

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VERENLERİN SAĞLIK EĞİTİMİ
GEREKSİNİMLERİ İLE BAKIM YÜKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe Gül YAVAŞ AYHAN

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Cahit PEKYARDIMCI

Yardımcı Danışman
Doç. Dr. Gülsüm ANÇEL

ANKARA
Eylül 2013

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VERENLERİN SAĞLIK EĞİTİMİ
GEREKSİNİMLERİ İLE BAKIM YÜKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe Gül YAVAŞ AYHAN

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Cahit PEKYARDIMCI

Yardımcı Danışman
Doç. Dr. Gülsüm ANÇEL

ANKARA
Eylül 2013

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 11/09/2013

İmza
Ünvanı Adı ve Soyadı
Gazi Üniversitesi
Jüri Başkanı
Prof.Dr.Zehra ARIKAN

İmza
Ünvanı Adı ve Soyadı
Gazi Üniversitesi
Doç.Dr.Satı DEMİR

İmza
Ünvanı Adı ve Soyadı
Gazi Üniversitesi
Yrd.Doç.Dr.Cahit PEKYARDIMCI

İmza

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	i
İçindekiler	ii
Şekiller ve Grafikler.....	v
Tablolar	vi
Kısaltmalar.....	vii
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Hipotez	5
1.3. Araştırmanın Amacı	5
1.4. Araştırma Soruları	5
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Şizofreninin Tanımı.....	7
2.2. Epidemiyoloji Ve Etiyoloji.....	7
2.2.1. Stres Yatkınlık Modeli	8
2.2.2. Nörobiyolojik Kuramlar	9
2.2.3. Nörogelişimsel Kuramlar	10
2.2.4. Nörodejeneratif Kuramlar	10
2.2.5. Nörotransmitterlerle İlgili Kuramlar	10
2.2.5.1. Dopamin Varsayımı	10
2.2.5.2. Serotonin Varsayımı	11
2.2.5.3. Norepinefrin Varsayımı	11
2.2.5.4. Gaba Varsayımı	11
2.2.5.5. Glutamat Varsayımı	11
2.2.5.6. Genetik Etkenler	12
2.3. Klinik Belirti Ve Bulgular	13
2.3.1. Hastalık Öncesi Uyum Ve Başlangıç Biçimi	14
2.3.2. Genel Görünüm Ve Davranış	15
2.3.3. Bilinç Ve Yönelim	15
2.3.4. Dikkat Ve Bellek	16
2.3.5. Konuşma Ve İlişki Kurma	16
2.3.6. Düşünce	16

2.3.7. Algılama	17
2.3.8. Duygudurum Ve Duygulanım	17
2.3.9. Somatik Belirtiler	18
2.4. DSM IV-R'ye Göre Tanı.....	18
2.5. Şizofreni Alt Tipleri.....	19
2.6. Şizofreni Prognozu	19
2.7. Tedavi.....	21
2.7.1. İlaç Tedavisi	22
2.7.2. Psikososyal Tedavi Yöntemleri	23
2.8. Şizofreni Hastalarının Aileleri Ve Bakım Veren Kavramı	28
2.9. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Yük Kavramı.....	31
2.9.1. Bakım Yüğü	31
2.10. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Sağlık Eğitimi Gereksinimi.....	36
2.11. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Ailelere Yönelik Hemşirelik Yaklaşımı.....	39
3. GEREÇ VE YÖNTEM	43
3.1. Araştırmanın Türü:.....	43
3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yerler Ve Özellikleri:.....	43
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi:.....	44
3.4. Araştırmaya Alınma Ölçütleri.....	45
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	46
3.6. Veri Toplama Araçları	46
3.6.1. Tanıtıcı Özellikler Soru Formu:.....	46
3.6.2. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı	47
3.6.3. Sağlık Eğitimi Gereksinimleri Değerlendirme Formu	47
3.7. Araştırma Etiğı	48
3.8. Verilerin Analizi.....	49
4. BULGULAR	50
4.1. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi.....	50
4.2. Bakım Verenlerin Sağlık Eğitimi Gereksinimlerinin İncelenmesi....	55
4.3. Bakım Verenlerin Bakım Yüğü Düzeylerinin İncelenmesi	56

4.4. Bakım Verenlerin Demografik Özelliklerine Göre Sağlık Eğitimi Gereksinimlerinin İncelenmesi.....	57
4.5. Bakım Verenlerin Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Puanlarının İncelenmesi.....	63
5. TARTIŞMA	70
5.1. Bakım Verenlerin Sağlık Eğitimi Gereksinimlerine İlişkin Bulguların İncelenmesi	70
5.2. Bakım Verenlerin Demografik Özellikleri İle Bakım Yükü Bulgularının İncelenmesi	77
5.3. Bakım Verenlerin Sağlık Eğitimi Gereksinimleri İle Bakım Yükü Bulgularının İncelenmesi	81
6. SONUÇLAR.....	83
6.1. Bakım Verenlerin Demografik Özellikleri Ve Sağlık Eğitimi Gereksinimlerine İlişkin Sonuçlar ;.....	83
6.2. Bakım Verenlerin Demografik Özellikleri Ve Bakım Yüklerine (By) İlişkin Sonuçlar ;.....	85
6.3. Sağlık Eğitimi Gereksinimi Ve Bakım Yükü	86
7. ÖZET	89
8. SUMMARY	91
9. KAYNAKLAR	93
10. EKLER.....	109
Ek -I Bakım Verici Birey İçin Tanıtıcı Özellikler Formu.....	109
Ek-II Şizofreni Hastalarının Yakınlarının Sağlık Eğitimi Gereksinimleri Formu.....	112
Ek-III Bakım Verme Yükü Ölçeği.....	115
Ek-IV Etik Kurul Ve Uygulama İzinleri.....	113
Ek-V Teşekkür.....	121
11. ÖZGEÇMİŞ.....	122

ŞEKİLLER VE GRAFİKLER

Şekil 1. Şizofreni risk etmeni modeli	13
Şekil 2. Bakım verici yük modelinin yapısal şekli.....	32
Şekil 3. Bakım verenlerin yük düzeyleriyle sağlık eğitimi gereksinimleri arasındaki ilişkinin serpmme grafiği	68

TABLULAR

Tablo 1: Bakım Verenlerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları	51
Tablo 2: Bakım Verenlerin Durumsal Özelliklerine Göre Dağılımları	52
Tablo 3: Bakım Verenlerin Sağlık Eğitimi Gereksinimleri Puan Ortalamaları	55
Tablo 4: Bakım Vericilerin Bakım Verme Yükü Ölçeği Min- Max ve Ortalama Puanlarının Dağılımı	56
Tablo 5 : Bakım Verenlerin Demografik Özelliklerine Göre Sağlık Eğitimi Gereksinimi Puanlarının Karşılaştırılması	57
Tablo 6 : Bakım Verenlerin Durumsal Özelliklerine Göre Sağlık Eğitimi Gereksinimi Puanlarının Karşılaştırılması	59
Tablo 7: Bakım Verenlerin Demografik Özelliklerine Göre Yük Düzey Puanlarının Karşılaştırılması	63
Tablo 8: Bakım Verenlerin Durumsal Özelliklerine Göre Yük Düzey Puanlarının Karşılaştırılması	64
Tablo 9: Bakım Verenlerin Yük Düzeyleriyle Sağlık Eğitimi Gereksinimleri Arasındaki İlişki	67
Tablo 10: Bakım verenlerin Yük Düzeyleriyle Sağlık Eğitimi Gereksinimi Alt Boyutları Arasındaki İlişki	69

KISALTMALAR

S.E.G.P. : Sağlık Eğitimi Gereksinimi Puanı

S.E.G.D.F. : Sağlık Eğitimi Gereksinimi Değerlendirme Formu

B.Y.Ö. : Bakım Y¼k¼ Ölçeği

B.Y.P. : Bakım Y¼k¼ Puanı

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Şizofreni; beynin yapısında, fizyoloji ve kimyasında önemli değişikliklerin olduğu, algılamayı, düşünmeyi, konuşmayı, motor davranışları, dikkati, duygusal ifadeleri ve bireyin işlevselliğini önemli ölçüde bozan, kişiler arası ilişki sorunlarının görüldüğü, relapslarla devam eden, toplumsal, ekonomik ve duygusal maliyeti çok ağır olan kronik bir psikiyatrik bozukluktur^{1, 2, 3}.

Dünya Sağlık Örgütü'nün(WHO) verilerine göre⁸; şizofreni, 15-40 yaşları arasında görülen, yeti yitimine ve engelliliğe en çok neden olan ilk 10 hastalık arasında yer almakta ve dünya nüfusuna her yıl yirmi milyon yeni şizofreni hastası katılmaktadır^{8, 9}. Ülkemizdeki yıllık prevalansı % 0.9, yaşam boyu prevalansı %1.5 olarak açıklanan şizofreniye¹, her yıl altı binden fazla yeni şizofreni vakası eklendiği ve 200 binden fazla ailenin bu hastalıktan dolayı olarak etkilendiği açıklanmaktadır⁶.

Şizofrenide; hasta birey, gerileyen işlevlere bağlı olarak öz bakımını yapmada, çevresiyle sosyal ilişkiler kurmada, kendisini ifade etmede ve yaşamını bağımsız olarak sürdürmede sorunlar yaşamakta ve toplumdan izole bir yaşam sürdürmektedir^{4, 5, 6, 7}.

Şizofreni bir çok etkenle etkileşim göstermektedir bu yüzden yaygınlığı toplumsal özelliklere göre değişebilmektedir. Türkiye'de Binbay T ve ark.(2011)¹⁰ yaptıkları çalışmaya göre Şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı % 0.9 olarak bulunmuş olup bu yaygınlığın erkek cinsiyetine sahip olma, alkol kullanma gibi faktörlerden etkilendiği bildirilmektedir¹⁰.

Şizofreni ruhsal hastalıklar içinde birey, aile ve toplum açısından en yıkıcı olanıdır^{11,12}. Bu nedenle şizofrenili bireylerin sağlık ve iyi olmakla ilgili geniş kapsamlı ihtiyaçları bulunmaktadır. Ancak günümüzde, sağlık kaynaklarının azalması, bu hastaların uzun süreli ve geniş kapsamlı bakıma gereksinimlerinden dolayı, hastane tabanlı sağlık bakım sistemi bu popülasyonun ihtiyaçlarını yeterli olarak karşılayamamaktadır. Bu yüzden, bu bireylerin tedavileri ve bakımları için; tedaviye hasta ailelerinin de dahil edildiği informal kaynaklar tanımlanmasının gerekli olduğu belirtilmektedir^{13,14}. Ayrıca aile üyelerinin; ruhsal hastalığa sahip olan bir çok bireyin yaşamında tamamlayıcı bir rol oynadığı ve ruhsal hastalığa sahip bireylerin tedavilerinin önemli bir parçası oldukları vurgulanmaktadır¹⁵. Tüm bu nedenlerden dolayı günümüzde, hastaların evde bakım sorumluluğu aileye devredilmekte ve aileden taburcu olan hastaya destek olması beklenmektedir ^{15,16,17}.

Dünya Sağlık Örgütü'nün(WHO) 2001 raporuna göre dünya nüfusunun en az %25'inde bir ruhsal sağlık sorunu bulunduğu ve bu kişilere bakım veren ailelerin yük ve stres yaşadıkları açıklanmaktadır.⁸ Raporda şizofreni, ruhsal hastalıklar arasında ailede yük ve stres oluşturan ilk 5 hastalıktan biri olarak değerlendirilmektedir. Şizofreni, hastada yarattığı bilişsel zararlar, yeti yitimi, problem davranışlar, sosyal ve ekonomik kayıplar nedeniyle hem hastalar hem de bakım verici aileler için yoğun stres ve yük kaynağı olarak görülmektedir ^{17, 18, 19, 20}.

Şizofreni gibi kronik ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verenlerin %29-60' nın bakım sürecinde sağlık durumlarını olumsuz yönde etkileyen düzeyde stres yaşadıkları açıklanmaktadır ^{15, 21}. Şizofreni hastalarına bakım veren aileler için bakım verme sürecinde yüke neden olan stresörler: hastada görülen davranışsal sorunlar ^{5, 7, 19, 22} hastanın toplumsal alanda işlev kaybının belirginleşmesi veya rolünü yerine getirememesi nedeniyle diğer aile üyelerinin sorumluluklarının artması,

hasta bireyle iletişim kurmada, kişiler arası ilişkilerde ve aile içi etkileşimde yaşanan güçlükler^{13, 22, 23} toplum tarafından damgalanma ve bunun bir sonucu olarak yalnızlık yaşama^{14, 24, 25}, gelecekte hastanın geçimini nasıl karşılayacağı ve hastaya kimin bakacağı konusunda yaşanan belirsizlik, ailenin hastalık nedeniyle kendilerini suçlaması, hastanın iyileşemeyeceğine yönelik inanışlar¹⁷ olarak tanımlanmıştır.

Yük kavramı; hasta bireye bakım vermenin aile üzerindeki sosyal,duygusal,ekonomik ve fiziksel etkilerini kapsayan bir kavramdır^{23,26,27,28}. Yük kavramı bazı yazarlarca nesnel/objektif yük (gelir kaybı, sosyal etkinliklerin kısıtlanması, aile rutinlerinin bozulması, fiziksel problemler, ailedeki gerginlikler gibi) ve öznel/subjektif yük (hastayla ilgili duygusal sıkıntı ya da hastayla ilgili olarak yaşanan hasta yakınlarının belirttiği öznel sıkıntı düzeyi) olmak üzere iki grupta incelenmektedir^{23, 26}.

Bir çok araştırma şizofreni hastalarına bakım verenlerin yüksek seviyede yük / güçlük yaşadıkları^{19, 21, 24, 28, 29}, özellikle hastalardaki negatif belirtilerin ailenin yükünü arttırdığı belirtilmektedir^{30, 31}. Bunun dışında hastalığın alevlenme sayısı, hastanın kendine ve çevresine şiddet uygulama durumu, hastalığın süresi, hastaneye yatış sayısı, bakımın yoğunluğu, toplumun olumsuz bakış açısı ve aile içi olumsuz iletişim diğer güçlükler olarak tanımlanmaktadır^{12, 20, 24, 31, 32}.

Şizofreni veya diğer ciddi ruhsal hastalığı bulunan bireye sahip aile üyeleri, hasta olan akrabalarına önemli derecede bir destek sağlasalar da, bakım verici rollerine yönelik sorunlarla etkili olarak başa çıkmak için gerekli bilgi ve kaynağa ulaşmada yetersizdirler³³. Bu aile üyeleri, kronik hastalığa sahip bireylere bakım vermek için gerekli bilgi ve beceriye sahip olmadıklarından, şizofrenili bireyin hastalığı ile ilgili başa çıkmada yardımcı olabilecek destek ve eğitime ihtiyaç duyduklarından

bahsetmektedirler^{33,34}. Bu nedenden dolayı ciddi ruhsal hastalığı bulunan bireye sahip ailelerin, hastalıkla ilgili yaşadıkları güçlüklerle başa çıkabilmelerini sağlamak amacıyla çeşitli aile müdahaleleri geliştirilmiştir²².

Bir çok araştırmada aile üyelerinin gereksinimlerine yönelik yapılandırılmış aile müdahalelerinin yararı ortaya konmuştur^{14, 28, 33}. Aileleri kapsayan müdahalelerin; hem aile hem de hasta bireyler açısından daha iyi sonuçlar ortaya çıkarttığını gösteren güçlü kanıtlar bulunmaktadır³³. Yapılan araştırmalarda, aile müdahalelerinin relapsları %50 dolayında azalttığı, hastanede kalış süresini kısalttığı, aile-hasta ilişkisini geliştirdiği, sosyal işlevi, umut, memnuniyet ve bilgi düzeyini arttırdığı belirlenmiştir^{15, 33, 35, 36}.

Şizofreni hastasına bakım veren ailelerin bireysel sağlık durumlarının iyi olmadığı ve bu ailelerinin tedavi, bakım ve destek alanlarındaki gereksinimlerinin hala tam olarak karşılanmadığı^{19, 37}, bu ailelerin; şizofreni ile ilgili genel bilgiler, şizofreni belirtileri ile baş etme, iletişim ve sosyal ilişkiler, hastalığın süreci, ilaçlar gibi konular hakkında bilgi gereksinimleri olduğu belirlenmiştir^{34, 38, 39}. Ülkemizde 80 hasta ve 80 hasta yakını ile yapılan bir çalışmada, bakım verenlerin şizofreni hakkında genel bilgiler, şizofreni belirtileri ile baş etme, iletişim ve sosyal ilişkiler gibi konularda sağlık eğitimi gereksinimleri olduğu ortaya konmuştur³⁸.

Yapılan literatür taramasında şizofreni hastasına bakım verenlerin yükleri ile sağlık servislerini kullanımı arasındaki ilişkiyi içeren kaynaklara rastlansa da¹⁹; sağlık eğitimi gereksinimleri ile yükleri arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir kaynak tespit edilememiştir.

Bu çalışmadan elde edilecek veriler, bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimleri ile bakım yükleri arasındaki ilişkinin anlaşılmasında kullanılacaktır. Bu ilişkinin anlaşılması, bakım verenlerin gereksinimlerini tanımlayarak, bu bireylere yönelik müdahale programlarının oluşturulmasına katkı sağlayacaktır. Ayrıca elde edilen bulgular bakım verenlere yönelik ruh sağlığını koruyucu ve geliştirici hemşirelik uygulamalarının planlanması için kaynak oluşturacaktır.

1.2. Hipotez

Şizofreni hastalarına bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimleri ile bakım yükleri arasındaki anlamı bir ilişki vardır.

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada şizofreni hastasına bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimleri ile bakım yükleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

1.4. Araştırma Soruları

- Şizofreni hastasına bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimleri nedir?
- Şizofreni hastasına bakım verenlerin bakım yükü algısı nedir?
- Şizofreni hastasına bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimleri ile bakım yükleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

- Şizofreni hastasına bakım verenlerin yaş, cinsiyet, iş durumu, bakım verme süresi, hastanın tedaviye uyumu v.b. demografik özellikleri ile yükleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Şizofreni hastasına bakım verenlerin yaş, cinsiyet, iş durumu, bakım verme süresi, hastanın tedaviye uyumu v.b. demografik özellikleri ile sağlık eğitimi gereksinimleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Bakım verenlerin, bakım verme yükü ile sağlık eğitimi gereksinimleri formunun alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreninin Tanımı

Şizofreni kavramı ilk olarak 19. yüzyılın sonunda 1898'de Alman psikiyatrist Emil Kraepelin tarafından ortaya atılmıştır. Kraepelin psikozları periyodik seyredenler ve bunamaya gidebilenler olmak üzere ikiye ayırmıştır. Birincileri manik-depresif, ikincileri erken bunama (dementia praecox) olarak tanımlamıştır. İsviçreli Psikiyatrist Bleuler ise 20.yüzyılın başlarında ilk kez "şizofreni" terimini kullanmıştır. Bu gün bütün dünyada kabul gören bu terim Latince schism (yarılma), phren (zihin, akıl) sözcüklerinden meydana gelmekte ve günümüzde kişilik bölünmesi anlamında kullanılmaktadır^{40, 41, 42}.

2.2. Epidemiyoloji ve Etiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) verilerine göre; şizofreni, 15-40 yaşları arasında görülen, yeti yitimine ve engelliliğe en çok neden olan ilk 10 hastalık arasında yer almakta ve dünya nüfusuna her yıl yirmi milyon yeni şizofreni hastası katılmaktadır⁹.

Şizofreninin yaşam boyu yaygınlığının %1-1.4 arasında olduğu belirtilmekte ve yaşam boyu hastalanma riski her iki cins için %0.5-1 olarak açıklanmaktadır⁶. Genel sıklığı her iki cinste eşit olmakla birlikte, hastaneye başvuru konusunda erkek hastaların yarısından fazlasının, kadın hastaların 1/3'ünün 25 yaş öncesinde hastaneye başvurdukları bilinmektedir. Kadınlarda en sık başlangıç 25-35 erkelerde ise 10-25 yaş arasındadır¹.

Şizofreni tek tip bir hastalık değildir. Bir çok oluş nedeni ve bir çok tipi bulunmaktadır. Bu nedenlerden dolayı etiyolojisi henüz kesin olarak belirlenememiştir⁴². Bununla birlikte bazı faktörleri şizofreninin etiyolojisi ile ilişkili olarak bulunmuştur. Bu faktörler;

- Genetik faktörler
- Viral ve immün faktörler
- Endokrin faktörler
- Nörofizyolojik değişiklikler
- Nörokimyasal değişiklikler
- Beynin yapısal değişiklikleri⁴².

Hastalığı ortaya çıkarıcı bazı faktörlerin hastalığın seyrini etkilediği belirtilmekte olup bu faktörlerden bazılarının ; hastalığı ortaya çıkarıcı etkenin varlığı, ailede şizofreni öyküsü olup olmaması, ilk psikotik atağın başlangıç yaşı, hastanın tedaviye uyum ve yanıtı, hastanın sosyal becerisi ve kişilerarası işlevselliği ve yineleyen atakların sıklığı olduğu ifade edilmektedir^{38,43,44,45}.

Bu faktörler dışında, şizofreni etiyolojisine yönelik olarak çeşitli kuramlardan bahsedilmektedir. Bu kuramlar;

2.2.1. Stres Yatkinlık Modeli

Kraepelin, Bleuler ve Freud, şizofreninin biyolojik anormallik sonucu geliştiğine inanmışlardır⁴³.

Şizofreninin en yaygın kabul gören açıklaması, bu hastalığın nörolojik temelli duyarlılığı bulunan kişilerde görüldüğünün varsayılmasıdır. Bu varsayıma stres- duyarlılık modeli denmektedir.

Stres yatkınlık modeline göre birey, biyolojik, psikosozyal ve çevresel etkenlerin karşılıklı etkileşimi sonucunda, stresli bir durumla karşılaştığında şizofreni semptomları geliştirebilir. Bu etkenler arasındaki ilişki semptom başlangıcı, remisyonu ve nüksünü etkilemektedir. Stres-yatkınlık modelinde yatkınlık veya stres; biyolojik stres, çevresel stres veya her ikisi birden olabilir. Çevresel etmenler biyolojik (enfeksiyon) ve psikolojik (aile içi sorun veya bir yakının ölümü) etmenlerle birlikte olabilmektedir^{2, 41, 43}.

Özellikle anne baba tutumlarının hastalığın gelişmesinde ve seyrinde önemli olduğu belirtilmekte ve şizofrenlerin olağan yaşamsal stresörlerden çok kolay incinebildikleri, özellikle aile içinde yaşadıkları örseleyici reddedilme yaşantıları ya da bu şekilde algılamalarının hastalığın ortaya çıkmasında büyük rol oynadığı açıklanmaktadır. Hastalık gelişiminde biyolojik-organik bir zemin olsa da psikosozyal faktörlerin hastalığın en azından gidişini etkilediği ve psikosozyal faktörler ile psikopatoloji arasında bir bağlantı olduğu kabul edilmektedir^{2, 40}.

2.2.2. Nörobiyolojik Kuramlar

Kendi aralarında etkileşimleri bulunan bazal ganglia, serebellum, limbik sistem ve frontal korteksten herhangi birinde oluşan bir patolojinin diğer bölgeleri de etkilediği belirtilmektedir⁴¹.

2.2.3. Nörogelişimsel Kuramlar

Nörogelişimsel kuramda, fetal gelişim esnasında nörogelişimsel bir defektin oluştuğu⁴⁶, DNA'da meydana gelen bir anormalliğin; prenatal dönem veya erken çocukluk dönemindeki nörogelişimsel aşamada, yanlış sinaps bağlantılarının kurulmasına neden olabildiği dolayısıyla beynin fonksiyonlarını etkilediği belirtilmektedir^{43,47,48}.

Hamilelik sırasında geçirilen viral enfeksiyonların, prenatal dönemdeki beslenme yetersizliklerinin ve perinatal komplikasyonların(neonatal hipoksi) şizofreni gelişme riskini arttırdığı belirtilmesine karşın¹³², doğum anormalliklerinin mi şizofreniye yol açtığı yoksa fetusa ilişkin preşizofrenik anormalliklerin mi doğum komplikasyonlarına zemin hazırladığı açık değildir.^{47, 48, 49}

2.2.4. Nörodejeneratif Kuramlar

Son zamanlarda yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında, şizofreni hastalarının beynindeki nöron fonksiyonlarında nörodejeneratif bir sürecin olduğu belirtilmektedir⁴⁷. Yapılan görüntüleme çalışmalarında duygusal düzenleme ve hafıza fonksiyonundan sorumlu olan Talamus ve Temporal Lob'da, belirgin bir küçülme olduğunu ortaya koymuştur⁴⁶.

2.2.5. Nörotransmitterlerle İlgili Kuramlar

2.2.5.1. Dopamin Varsayımı

En yaygın olarak kabul gören hipotezdir. Bu hipoteze göre şizofrenide, dopamin düzeyinde ve dopaminerjik reseptörlerin duyarlılığında artış olduğu belirtilmektedir⁷.

2.2.5.2. Serotonin Varsayımı

Postsinaptik serotonin reseptörlerindeki duyarlılık artışının şizofrenideki bazı belirtilerden sorumlu olduğu, özellikle 5-HT_{2A} reseptörünün şizofrenide bilişsel süreçte etkili olduğu vurgulanmaktadır ^{41, 47}.

2.2.5.3. Norepinefrin Varsayımı

Noradrenalinin şizofrenide temel bir rol oynamaktan çok, dopamin ve diğer nörotransmitter sistemlerindeki bozulmanın sonucunda etki gösterdiği bildirilmekte olup, bu sistemdeki değişikliklerin, hastayı akut faz için yatkın hale getirdiği, şizofreni hastalarının bir kısmında beyinde ve beyin omirilik sıvısında noradrenalinin arttığı ve bu yolla dopaminin çoğaldığı bildirilmiştir ^{8, 41, 43, 47, 46}.

2.2.5.4. GABA Varsayımı

Şizofreni hastalarının dorsal prefrontal korteksinde, GABA(Gama Amino Butirik Asit) sentezlenmesine neden olan temel enzimin (glutamik asit dikarboksilaz) azaldığı; bunu sonucu olarak sinaptik iletinin bozulduğu, ve beyin bilişsel-davranışsal bölgesinin zarar gördüğü belirtilmektedir ^{41, 47, 46}.

2.2.5.5. Glutamat Varsayımı

Glutamat beyindeki birincil eksitator nörotransmitterdir. Şizofrenide kortikal glutamat sentezinin ve NMDA(N-Metil D-Aspartat) reseptör fonksiyonlarının azaldığı belirtilmektedir. Glutamat sentezi ve GABA sentezi birbiriyle ilişkili olduğu, GABA sentezlenmesindeki kaybın,

NMDA reseptörlerinin aktive olmasına ve bilişsel fonksiyonların bozulmasına neden olduğu bildirilmektedir ⁴⁶.

2.2.5.6. Genetik Etkenler

Etiyolojiyi saptamaya yönelik yapılan aile çalışmaları, şizofreninin geçişinde güçlü bir genetik geçiş komponenti olduğunu göstermektedir ^{2, 50}. Şizofrenlerin birinci dereceden akrabalarında şizofreni gelişme riski, normal kişilerin akrabalarına göre en az beş kat daha yüksektir. Birçok araştırmada birinci derece akrabalarda bu hastalığın görülme oranı %10 – 15 arasında verilmektedir. Ebeveynlerden birisi şizofrenik ise çocuklarda görülme oranı %12'si , her ikisi şizofrenik ise bu oran % 35 – 45 kadar olmaktadır ^{51,52}.

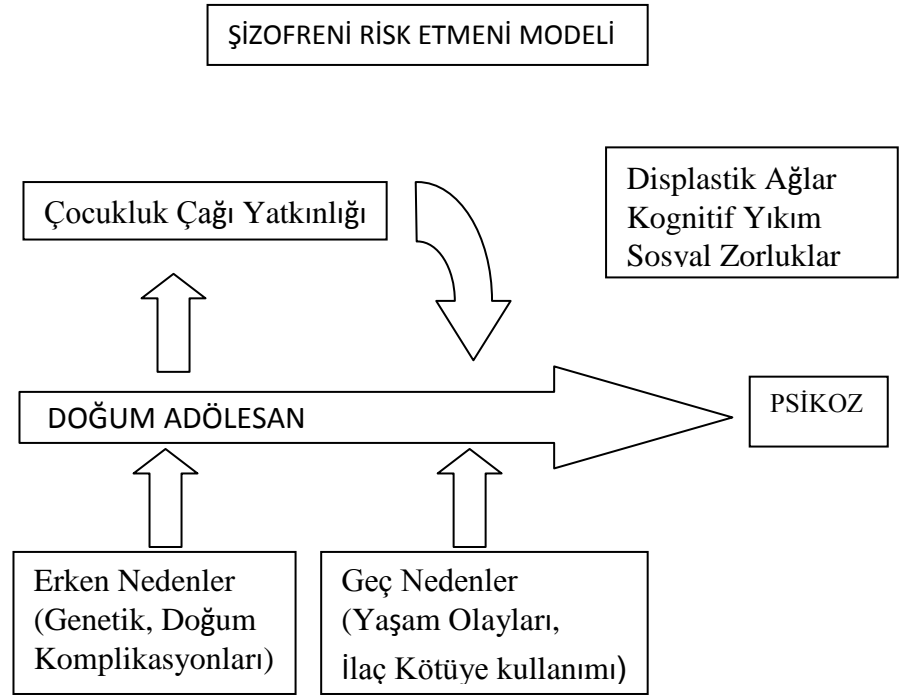
İkiz çalışmalarında ise Monozigot ikizlerde hastalık konkordansı %33-78 arasında değişirken, aynı oran dizigot ikizlerde %8-28 arasında değiştiği saptanmıştır ^{51, 52}.

Gebelik ve doğum komplikasyonları açısından incelendiğinde, doğum komplikasyonuna maruz kalmanın şizofreni riskini yaklaşık iki kat arttırdığı belirtilmekte olup, özellikle gebelik ve doğum sırasında bebeğin oksijensiz kalmasına yol açan durumların olması, Rh uyuşmazlığı ve gebeliğin 6. – 7. aylarında geçirilen İnflüenzanın çocuklarda şizofreni riskini arttırdığı düşünülmektedir ^{2, 46}. Ancak bu etkinin hastalığı 25 yaşından önce başlayan şizofreni hastaları için geçerli olduğu bildirilmektedir ^{2, 40}.

Şizofrenide yapılan genetik epidemiyolojik çalışmalar, geçişin kalıtsal olduğunu göstermiştir ⁴⁶. Ancak, hastalığın ortaya

çıkmasının; kalıtsal olan bu genin çevresel etkenlerle etkileşimine bağlı olduğu sonucuna varılmıştır^{2, 7, 46}.

Şizofrenide riski arttıran çok sayıda etken bulunmaktadır. Şizofreni için bazı risk etkenleri Şekil 1'de özetlenmiştir.



Şekil 1. Şizofreni risk etkenleri yaşamın erken ve geç dönemlerinde oluşmaktadır ve kompleks bir şekilde birbirleriyle etkileşmektedir (40).

2.3. Klinik Belirti ve Bulgular

Bireyde duygulanım, düşünce, algılama, davranış, sosyal ve kişilerarası ilişkiler, günlük yaşam ve iş yaşamı gibi alanları olumsuz olarak etkileyen şizofrenik bozukluklar; hastalık öncesi işlevselliğe göre yeti yıkımına neden olan ve relapslarla giden kronik belirtiler kümesidir^{2, 53, 54}.

2.3.1. Hastalık Öncesi Uyum ve Başlangıç Biçimi

Şizofreni genellikle ergenlik ya da erken erişkinlik döneminde görülen, ortaya çıkış nedenleri kişiye göre farklılık gösteren kronik bir hastalıktır. Genellikle ilk hastaneye yatış zamanı, şizofreni başlangıcı olarak kabul edilmekte hastalığın belirti ve bulgularının sıklıkla aylar yada yıllar öncesinden var olduğu belirtilmektedir. Kişilerde hastalığa yönelik prodromal belirtiler görülmeden önce, güç fark edilen, sinsi ve ilerleyici bir dönem olan premorbid dönem görülmektedir. Bu dönemde, bireylerde genellikle karakteristik olarak şizoid ve şizotipal kişilik özelliklerinin bulunduğu belirtilmektedir. Premorbid dönemde bireylerin, çevreye ilgisiz, sessiz, pasif, içe-dönük, uysal, aşırı utangaç, yalnızlığı tercih eden, ilgileri sınırlı, stres karşısında kolay incinen, güvensiz kişiler olduğu belirtilmektedir. Bu kişilik özelliklerinin yanı sıra, aşırı şekilde bedeniyle ve organları ile uğraşma, metafizik ve dini konulara ilgi duyma, kendi düşüncelerine aşırı yoğunlaşma, değişik algısal deneyimler yaşama, garip davranışlar sergileme, sıra dışı konuşmalar yapma, obsasif uğraşlarda bulunma, sık öz-doyurum yapma ve zaman kavramını umursamama hastalık öncesinde tanımlanan belirtilerdir. Hastalığın prognozunun ilerlemesi ile hastanın daha çok içine kapandığı, dış dünyasından, yaşamdaki gerçeklerden daha fazla koptuğu ve hastalıkla ilgili belirtilerin daha çok görüldüğü belirtilmektedir. Bunun yanı sıra hastanın aile ve arkadaşlarının, hastalık sürecinin ilerlemesi ile hastanın düşünce ve davranışlarında değişme olduğunu, kişisel, sosyal ve mesleki etkinliklerde eskisi gibi işlevsellik gösteremediğini fark ettikleri belirtilmektedir ^{2, 40, 41, 42, 55, 56}.

2.3.2. Genel Görünüm ve Davranış

Şizofreni tanısı almış bireylere özgü, tipik bir görünüm ve belirti olmamasına rağmen, bu kişilerde garip görünüm ve davranışlar olduğu ve bu kişilerin düşünce ve davranışlarının toplumsal kurallara ve kültürel yapıya uymadığı belirtilmektedir. Bu bireylerin çoğunun olaylar karşısında vurdum duymaz, ilgisiz, çekingen ve donuk oldukları, ayrıca enerji ve dürtü kaybı yaşadıkları bildirilmektedir. Hareketi başlatma ve sürdürmede yetersizlik yaşayan bu bireylerin, kendine bakım ve temizlikle ilgili işlevler yerine getirmekte, sosyal ilişkileri, düzenli bir iş ya da okul yaşamını sürdürmekte güçlük yaşadıkları belirtilmektedir. Dürtü kaybı nedeniyle birden ortaya çıkan öz kıyım girişimleri olabilmektedir. Hastaların %40'ının özkıyım girişiminde bulunduğu ve %10'unun bu yolla yaşamlarını kaybettikleri belirtilmektedir ^{2,4, 53, 56}.

Şizofrenik bireylerin davranış biçiminde, öngörülemezlik, olağan dışılık uygunsuzluk ve tutarsızlık yönünde değişiklikler gözlenmekte olup, belirtilerin çevreye karşı ilgisizlik ve günlük fiziksel ve sosyal aktivitelerinde azalma şeklinde olduğu bildirilmektedir. Kronik şizofreni hastaları bazen tuhaf, uygun olmayan ve amaçsız hareketleri tekrarlayabilirler. Bu hastalarda garip yüz, göz hareketleri (manyerizm), kalıplaşmış yineleyici el, kol, beden hareketleri (sterotipi), hareketi (ekopraksi), belli bir durumda donmuş gibi kalma (katatoni), saldırgan ve ajite davranışlar, işbirliği yapmama (negativizm) görülmektedir ^{2, 7, 44, 46}.

2.3.3. Bilinç ve Yönelim

Şizofrenili bireylerde bilinç açıktır ve genellikle kişiler yer ve zaman yöneliminde sorun yaşamazlar. Bu bireylerin dikkatini toplama ve sürdürmede sorunların görülebildiği, bazı bireylerde düşünce bozukluğu

ve dikkat dağınıklığı nedeniyle yanlış yanıtlar alındığı bildirilmektedir.^{2, 41, 53, 46}

2.3.4. Dikkat ve Bellek

Şizofrenili bireylerin genellikle bellek bozukluğu yaşamadıkları ancak bir konu üzerinde odaklanma, dikkatini sürdürme ve dikkat odağını değiştirmede zorluk yaşadıkları bildirilmektedir^{42,57}.

2.3.5. Konuşma ve İlişki Kurma

Düşünce bozukluğunun olduğu şizofrenili bireylerde genellikle dezorganize konuşma görölmektedir. Konuyla ilişkili olmayan cümleler kurma, yeni kelime uydurma (neolojizm), konuşma tekrarlama (ekolali), teğetsel konuşma, klang çağrışımı, konuşmada bloklar, konuşmada yoksullaşma, konuşma hızının düşünme hızına yetişememesi (alogia) ve ya yavaşlaması, konuşmada düzensizlik, kalıplaşmış yinelemeler(stereotipi), hiç konuşmama(mutizm), anlamsız konuşmalar (sözcük salatası) gibi belirtiler görölebilmektedir. Ses tonu genellikle tek düzedir ve duygularını belli etmez. Bu hastalarla ilişki kurmak güçtür.^{7, 50,46, 57}

2.3.6. Düşünce

Düşünce süreci bozukluğundaki belirtiler iki grupta kümelenmektedir. Bunlar; 1. Negatif yapısal düşünce bozukluğu: konuşmanın ve konuşma içeriğinin yoksullaşması ile karakterizedir.

2. Pozitif yapısal düşünce bozukluğu: basınçlı konuşma, çağrışım çözüklüğu (fikir uçuşması), enkoherans, mantıksızlık, klang

çağrışım, bloklar, neolojizm, ekolali, perseverasyon gibi farklı bozukluk tipleri şeklinde görülebilmektedir. Düşünce içeriğinin en belirgin bozukluğu ise sanrıdır. Sanrı bir anormalliği temsil eder ve kişinin kültürel geçmişiyle açıklanamayacak yanlış bir inanışlarıdır. En çok görülen sanrı çeşitleri ise şunlardır: kötülük görme, kıskançlık, günahkârlık ya da suçluluk, büyüklük, dinsel, somatik, referans, kontrol edilme, zihin okunması, düşünce yayımlanması, düşünce sokulması².

2.3.7. Algılama

Şizofrenide sıklıkla görülen algı bozuklukları varsanılar (halüsinasyon) ve yanılsamalar (illüzyon) şeklinde ortaya çıkmaktadır. En sık işitme varsanıları görülmekte olup bunun dışında dokunma, görme, tat ve koku varsanılarına rastlanmaktadır. Hayali olarak nesnelere hareket ettiğini görme, olmayan tat ve kokuları alma, olmayan sesleri işitme, bir uyarı olmadan dokunulma hissetme, şizofrenili bireylerin yaşadığı algılama bozuklukları olarak belirtilmektedir.^{2, 46, 53, 54, 57}

2.3.8. Duygudurum ve Duygulanım

Şizofrenili bireylerde duygulanım değişikliklerinin, depresyonda olduğu gibi, anksiyete, irritabilite ya da öfori tarzında görülebildiği, akut dönemde, duygulanım değişiminde bir azalma, düzleşmenin ortaya çıktığı ve değişmeyen bir duygulanım (indifere) halini aldığı belirtilmektedir. Bu bireylerde duygulanım genellikle düz, künt, uygunsuz ve ambivalan şekilde ortaya çıkmaktadır^{41, 46}.

2.3.9. Somatik Belirtiler

Somatik belirtiler açısından şizofreniye özgü bir belirti bulunmamaktadır. Hastalığın başlangıcında polimorf ağrı, halsizlik ve hazımsızlık gibi yakınmalar görülebilmektedir. Akut alevlenme dönemlerinde uyku bozuklukları, terleme, taşikardi ve kan basıncında yükselme gibi belirtiler görülebilmektedir⁵³.

2.4. DSM IV-R'e Göre Şizofreni Tanı Ölçütleri

A- Karakteristik belirtiler: sanrılar, varsanılar, dezorganize (karmaşık) konuşma, ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranış, negatif semptomlar (affektif donukluk, aloji ya da avolüsyon)

B- Toplumsal ya da iş uyumunda bozukluk

C- Hastalık belirtileri en az altı ay sürmelidir ve en az bir ayında belirtiler A ölçütüne uymalıdır.

D-Şizoaffektif bozukluk ve duygudurum bozukluğu bulunmamalıdır.

E- Belirtiler ilaç/madde kullanmaya ya da fiziksel tıbbi bir duruma bağlı olmamalıdır.

F-Yaygın gelişimsel hastalık ya da otistik bozukluk varsa en az bir ay süre ile sanrı ve varsanıların bulunması gerekmektedir⁴.

2.5. Şizofreni Alt Tipleri

1- Paranoid Tip: Bir ya da birden fazla sanrı(daha çok kötülük görme) ve varsanıların (sıklıkla işitsel) olması ile birlikte dezorganize konuşma, dezorganize ya da katatonik davranış, donuk ya da uygunsuz affektin bulunmaması.

2- Dezorganize Tip: Dezorganize konuşma, dezorganize davranış, donuk ya da uygunsuz affekt olması ve katatonik tip olmaması.

3- Katatonik Tip: Katalepsi ya da stupor ile belirlendiği üzere motor hareketsizlik, aşırı motor aktivite, aşırı negativizm ya da mutizm; postür alma, basmakalıp hareketler, belirgin manyerizm ya da davranışlarda acayıplık olması, ekolali ya da ekopraksi olması.

4- Farklılaşmamış Tip: A tanı ölçütünün karşılandığı belirtilerin olduğu şizofreni tipi, ancak Paranoid, Dezorganize ya da Katatonik Tipin tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

5- Rezidüel Tip: Belirgin sanrılar, varsanılar, dezorganize konuşma ve ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranışın olmaması. Negatif belirtilerin ya da A Tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla semptomun daha hafif biçiminin varlığı ile bu bozukluğun sürdüğüne ilişkin kanıtların bulunması ⁴. DSM-V'te şizofreni alt tipleri kaldırılmıştır.

2.6. Şizofreni Prognozu

Şizofreninin prognozu cinsiyete, medeni duruma, genetik faktörlere, yaşa, aile öyküsü gibi bir çok faktöre göre farklılık

göstermektedir. Bazı hastalarda yatışmalar (remisyon) görülürken bazılarında alevlenmeler (şizofrenik epizotlar) veya suicidal (intihar girişimi) davranışlar görülebilmektedir ^{12, 44, 45, 58}.

Şizofrenide Olumlu Prognoz Göstergeleri

- Kadın olmak
- Ailesinde şizofreni hikayesinin olmaması
- Hastalığının başlamasından önce iyi bir sosyal ve ekonomik fonksiyonunun olmak
- Evli olmak
- IQ seviyesinin yüksek olması
- Hastalığın gaha geç yaşta görülmesi
- Hastalığın akut şekilde ortaya çıkması
- Hastanın daha az psikotik episod geçirmiş olması
- Episod ve remisyonların meydana geliş biçimi
- Disorganize düşünce semptomunun olmaması
- Hastalık başlamadan öncesi uyumun iyi olması
- Pozitif belirtilerin görülmesi

Şizofrenide Olumsuz Prognoz Göstergeleri

- Erkek olmak
- Bekar olma
- Aile hikayesinde şizofreni hastalığı öyküsü bulunması
- Genç yaşta başlama
- Negatif semptomlar
- Sinsi başlangıç
- Beyin ventrikülünde genişleme olması
- Antipsikotik ilaçlara verilen ilk tepkinin zayıf olması

- Tetikleyici etkenlerin yokluğu
- Hastalık öncesi uyumun kötü olması
- Negatif belirtilerin varlığı
- Saldırganlık öyküsü
- Sosyal geri çekilme ve otizm
- Destek sistemlerinin kötü olması ^{44,45}

2.7. Tedavi

Şizofreni hastalığının kafa karıştırıcı ve korkutucu semptomlarının tedaviyi zorlaştırdığı⁵⁹, ancak günümüzde farmakolojik ajanlar, psikososyal rehabilitasyon ve psikososyal terapilerin kullanıldığı çok boyutlu bir yaklaşım ile, şizofreninin orta ve iyi düzeyde düzelmeye gösterdiği ve hastaların bireysel ve toplumsal yaşamlarını sürdürebildikleri açıklanmaktadır^{57, 60, 61, 62}.

Bireye özgü olması gerektiği belirtilen bu tedavi yaklaşımının üç bileşeni bulunmaktadır. Bu tedavi bileşenleri;

- Düzenli ilaç kullanımı ,
- Hasta ve ailelere yönelik eğitim ve psikososyal girişimler,
- Psikososyal Rehabilitasyondur ^{2, 9, 57,60}.

Şizofreni tedavisi ve rehabilitasyonunda amaç; bireyin uygun, gerçekçi ve istendik amaçlar edindirmek, şizofreninin pozitif ve negatif semptomlarını iyileştirmek, relapsları önlemek ya da geciktirmek, hastanın baş etme becerilerini ve baş etme kapasitesini güçlendirmek, aile veya toplum tarafından kabul edilmesi güç olan davranışları azaltmak ya da

ortadan kaldırmak, hastanın, bireysel fonksiyonlarından en üst düzeyde yararlanabilmesi için toplum desteğini ve buna yönelik servisleri sağlamaktır⁶¹.

2.7.1. İlaç Tedavisi

Şizofreni tedavisinde en önemli gelişmenin antipsikotik ilaçların(Nöroleptikler) kullanılması olduğu belirtilmektedir⁵⁹. Şizofreninin başlangıç (prodromal), alevlenme ve koruyucu dönemlerinde kullanılan ve tedavinin temelini oluşturan antipsikotik ilaçların (nöroleptiklerin), uzun süre ve düzenli kullanıldıklarında alevlenme riskini ve tekrarlı yatışları azalttıkları belirtilmektedir^{59, 63, 64}.

İçerdikleri kimyasal maddeler farklı olsa da antipsikotik ilaçların, beyinde postsnaptik alanda dopaminerjik reseptör blokajı yaparak etkinlik gösterdikleri açıklanmaktadır^{2, 7}.

Antipsikotik ilaçlar , 2 gruba ayrılmaktadır. 1.Grup klasik kuşak (tipik) antipsikotikler, 2. Grup yeni kuşak (atipik) antipsikotiklerlerdir. Klasik antipsikotik ilaçların dopamin reseptör antagonisti olduğu, sanrılar , varsanılar, kavgacılık, hostilite, hiperaktivite, negativizm, uyku sorunları ve kendine bakımın bozulması gibi pozitif psikotik belirtileri baskıladığı, ancak; emosyonel küntlük, sosyal geri çekilme, motivasyon eksikliği, konuşma ve düşünce fakirliği gibi negatif belirtileri iyileştirmede yetersiz kalabildiği bildirilmektedir. Hastaların yaşam kalitelerini ya da tedaviye uyumlarını olumsuz olarak etkileyen ekstrapiramidal yan etkilere yol açmaları , antipsikotik ilaçların kullanımlarını sınırlandırmaktadır^{46, 64, 65}.

Atipik antipsikotiklerin, tipik antipsikotiklere göre daha az ekstrapremidal yan etkilerinin olduğu, ve hastaların yaşam kalitesini da az olumsuz düzeyde etkilediği bildirilmektedir ^{46,66}.

Hastanın sağlık personeli tarafından değerlendirilmesi, ilaç tedavisinin planlanması, eğitim verilmesi ve izlem ilaç tedavisine uyumu, etkilemektedir. Bu uygulamalarla sağlık çalışanları, hastaların kendi tedavilerinde aktif rol almalarını sağlayabilirler. İlaç tedavisi planlanırken hasta katılımının sağlanmamasının, tedaviye uyumsuzluğuna neden olacağı açıklanmaktadır^{66,134}.

Multidisipliner ekip içinde hemşireler, hastanın ilaca cevabını, ilaçların hastaları üzerindeki etkilerini ve hastaların ilaca uyumlarını izlemede önemli bir role sahiptirler. Hemşireler ve diğer ekip üyeleri hastaların tedavilerini nasıl algıladıklarını ve tedavinin hastaları nasıl etkilediğini değerlendirmeli, aileyle işbirliği yaparak hasta ve aileleri ilaç tedavisi konusunda bilgilendirmelidir ^{67, 68}. Hasta ve yakınlarına, ilaçların etkileri, ilaçların alınma amacı ve yan etkileri dikkatli bir şekilde açıklanmalı, problemler oluştuğunda ekiple iletişim kurulması konusunda hasta ve ailesi bilgilendirilmelidir ^{57, 69,70}.

2.7.2. Psikososyal Tedavi Yöntemleri

Holistik bir tedaviden bahsedebilmek için ilaç tedavisine ek olarak psikososyal tedavinin gerekli olduğu belirtilmektedir⁵⁷.

şizofreni, bireylerin çok çeşitli yaşam alanlarını etkilediği için uygulanacak etkin tedavilerin kapsamlı olması ve birden çok alana hitap etmesi gerekmektedir. şizofrenide, hastaların ilaç tedavisine uyum sorunları yaşamaları, düzenli ilaç kullanan hastalarda, düzenli ilaç

kullanımına rağmen relapsların ortaya çıkışının engellenememesi ve bazı belirtilerin devam etmesi farmakolojik tedavinin tek başına yetersiz kaldığını düşündürmektedir⁶³. Şizofren hastaların çoğunun ilaç tedavisi ve psikososyal tedavinin birlikte kullanıldığı kapsamlı tedavi yaklaşımlarından daha çok yararlandığı açıklanmakta ve psikososyal tedavinin ilaç tedavisiyle bütünleştirilmesinin önemi vurgulanmaktadır^{41,57,71,72}.

Şizofreni tedavisinde kullanılan psikososyal tedavi yaklaşımları arasında; bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi, uyumlandırma tedavileri(psikososyal beceri eğitimi, işe uyumlandırma terapisi, bilişsel davranışçı terapiler, stres ve kriz yönetimi) aile psikoeğitimi, aile grupları yer almaktadır. Psikososyal tedavi yaklaşımları arasında en çok uygulananlar aile psikoeğitimi ve uyumlandırma tedavileridir⁷³.

Son zamanlarda oldukça yaygınlaşan, hastayı mümkün olan en kısa zamanda hastaneden çıkarma eğilimi, aileyi bakım verici konuma getirmiş ve ailenin tedavi sürecindeki önemini artırmıştır⁷⁴. Aile bireyleri zamanlarının önemli bir kısmını hastalarıyla birlikte geçirmekte ve hastalık ve tedavi sürecinin içerisinde yer almaktadır. Bu nedenle aileler, şizofreni tedavisi sürecinde hem tedavi gören hem de tedavi veren kişiler olarak değerlendirilmeli ve bu ailelerin tedavi sürecinde yer almaları sağlanmalıdır¹².

Psikososyal tedavi yaklaşımının amaçları şunlardır:

- Şizofreninin belirtileri, tedavisi, prognozuna yönelik eğitim verme,

- İlaçların kullanım nedenleri, etkileri ve yan etkilerine yönelik bilgilendirme yapma,
- Belirtilerle baş etmeyi sağlama,
- Hasta ve aile üyelerinin aile içi ve kişiler arası iletişimi güçlendirme ve problem çözme becerilerini geliştirme,
- Hastanın ve aile üyelerinin sosyalleşmesini sağlama,
- Erken tanı ve tedavi sağlama,
- Relapsları önleme ya da azaltma,
- Toplumsal işlevselliği artırma,
- Umut aşılama, gerçekçi beklentiler oluşturma
- Yaşam kalitesini artırma⁵⁹.

Şizofreni prognozuna, hasta ve yakınları arasındaki ilişkinin önemli olduğu bildirilmektedir. Yakınların duygusal uzaklığı, ilgisizliği, öfkeli, eleştirel yorumları ya da aşırı ilgisi, hastaneye yatış oranının artmasına yol açarken, içten sıcak tutum ve olumlu uyarıların koruyucu rol oynadığı gösterilmiştir^{2, 75, 76}. Aile tedavisinin, hastalığın relaps oranını düşürmede büyük önemi vardır. Yapılan çalışmalar, ilaç ile birlikte uygulanan aile tedavisinin, tek başına ilaç tedavisine göre relaps oranını %50 oranında azalttığını ortaya koymuştur^{27, 74, 75, 77, 78}. Ayrıca hastası rehabilitasyon uygulamalarında yer alan ailelerin daha düşük düzeyde yük yaşadıkları açıklanmakta ve rehabilitasyon uygulamalarıyla bakım verenlerin sağlığının korunabileceği vurgulanmaktadır⁷².

Şizofrenide aile tedavisinin içeriği oluşturulurken aile üyelerinin şizofrenili bir bireyle yaşamaktan kaynaklanan ihtiyaçları belirlenerek, yaşadıkları zorlanma ve olumsuzluklar tedavide mutlaka ele alınmalıdır. Buradaki amaç, ailenin hastalığı doğru şekilde anlamasını, olumlu tutumlar geliştirmesini, gerçekçi beklentiler oluşturmalarını, etkili iletişim ve problem çözme becerileri geliştirmesini¹² sağlayarak ailede oluşmuş ya da oluşabilecek olumsuzlukları ortadan kaldırmak, hem hasta

hem aile hasta için olumlu bir ortam yaratmak ve relapsları önlemektir^{28, 55, 59, 79}.

Hastalardaki yeti yitiminin azaltılarak, hastaların hasta kimlikleri dışında toplumsal bir birey olabilmelerini sağlamak ve kişiliklerine yeni boyutlar katabilmek için hastalara gerekli becerilerin öğretilmesi ve bu süreçte onlara gerekli çevresel ve toplumsal desteğin sağlanması, hastalarda ve aile üyelerindeki işlevselliğin artırılması, sonuç olarak da yaşam kalitesinin yükseltilmesine yönelik uygulanan tüm bu tedavi yöntemleri psikososyal rehabilitasyon kavramı içinde yer almaktadır^{5,57, 59}. Rehabilitasyon programının içeriğinde değerlendirme, eğitim, destekleme, bireysel ve toplumsal yaşam alanlarının uygun şekilde düzenlenmesi yer almalıdır⁷¹. Psikiyatrik rehabilitasyon, psikofarmakolojinin, psikososyal tedavilerin (bireysel, grup, bilişsel davranışçı, destekleyici terapiler ve aile terapileri, aile destek grupları), sosyal beceri eğitiminin, uğraş tedavisinin, gündüz hastanesi uygulamalarının, özelleşmiş yaşam alanlarının, dernek-kulüp gibi sivil-sosyal örgütlenmelerin ve endüstriye yönelik programların bir entegrasyonu olmalıdır⁸⁰.

Ülkemizde psikiyatri hastalarının rehabilitasyonuna yönelik politikalar Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda belirtilmiştir⁸⁰. Ülkemizde uygulamaya konulan bu plana göre, ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar açılan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri(TRSM) tarafından kayıt altına alınıp takip edilmekte olup, halen hastanede yatmakta olan ve ihtiyacı bulunan hastaların projenin sonraki aşamasına açılacak yarı-yol evleri ve korumalı evlerde kalması ve korumalı işyerlerinde istihdamlarının sağlanması hedeflenmiştir⁸⁰.

Psikiyatrik rehabilitasyon ve gündüz hastanesi uygulaması Türkiye'de Bakırköy ve Ankara Üniversitesi Psikiyatri Kliniklerinde

denenmiştir. Günümüzde Ankara Üniversitesi Gündüz Hastanesi faaliyetini ve Kocaeli Üniversitesi Psikiyatri Kliniği'ne bağlı olarak kurulan Gündüz Hastanesi hasta bireye ve ailelerine yönelik rehabilitasyon aktivitelerini sürdürmektedir⁷³. Ayrıca ülkemizde hasta ve hasta yakınlarını desteklemeye yönelik olarak kurulmuş dernekler bulunmaktadır. Ayrıca psikiyatrik hastalara yönelik toplumsal beceri eğitimine yönelik uygulamalar yapılmakta ve çok merkezli çalışmalarla etkinliği araştırılmaktadır^{63,73}.

Psikiyatrik hastaların toplumsal beceri kazanmalarında psikososyal rehabilitasyonun etkisi üzerinde çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalarda yeti yitimini azaltmada , sosyal işlevsellik düzeyini arttırmada ve klinik durumdaki iyileşmede psikiyatrik rehabilitasyonun önemli bir yeri olduğu belirtilmiştir^{63, 73, 81}.

Psikofarmakolojik ve psikososyal tedavilerin multidisipliner bir ekip anlayışı çerçevesinde yürütüldüğünde ve tedavi sürecine hasta ve hasta ailesi dahil edildiğinde tedavilerin etkinliğinin attığı belirtilmektedir. Bu ekibin bir parçası olan psikiyatri hemşiresinin birçok rol ve sorumluluğu bulunmaktadır^{24, 82, 83}. İlk ve en temel rolü hasta ve yakınlarıyla işbirliği kurarak hastaya holistik bir bakım sağlamaktır. Diğer rolleri, hasta ve yakınlarına yönelik değerlendirmeler yaparak ihtiyaç duyulan konularda psikoeğitim vermek, hastanın sosyal becerilerini geliştirmeye yönelik müdahalelerde bulunmak olarak belirtilmektedir⁵⁷. Ayrıca hemşireler hasta ve ailelere yönelik grup eğitimleri uygulayabilmektedirler. Bu grup eğitimleri; sosyal beceri eğitimi grupları, yatan hasta grupları, sanat terapisi grupları, taburculuk ve aile destek gruplarıdır^{24, 82, 83}.

Psikiyatri hemşireleri tarafından yönetilen bu grupların çeşitli amaçları vardır. Bu amaçlar: hastanın motivasyonunu arttırmak, duygu ve dűřüncelerini paylaşmasını sağlamak, istedik davranış değişikliği oluşturmasını sağlamak, kişilerarası iletişimi ve sosyal becerileri geliştirmek, bilgi vermek, hastayı teşvik etmek,ı desteklemek ve cesaretlendirmek, ւmit oluşturmak veya ւmidi korumak, benlik saygısını geliştirmek ve farkındalığı sağlamaktır^{57, 59, 84, 85}. Aileye yönelik gruplarda ise, aile bireylerinin kendilerini ifade etmesini sağlamak, aile içi iletişimi arttırmak, ailelerin hastalığı doğru anlamasını sağlayarak hastalıkla ilgili neden sonuç ilişkisini kumalarına yardımcı olmak, ailelerin hastaya ve hastalığa karşı olumlu tutumlar ve gerçekçi beklentiler geliştirmelerini sağlamak, ruhsal hastalıkla bař etme, problem çözme becerilerini kazandırmak, aileye destek sağlamak ve bu yolla aile yükünü ve stresinin azaltılması amalanmaktadır^{16, 57, 79, 86}.

2.8. şizofreni Hastalarının Aileleri, Bakım ve Bakım Veren Kavramı

Bakım terimi, Türkçe sözlüğünde şu şekilde tanımlanmaktadır: Bakma içi; bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek; birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini ւstlenme ve sağlama iři⁸⁷.

Bakım veren (caregiver) terimi ise, Merriam-Webster Sözlüğü'nde; ocuk, yaşlı birey ya da kronik hastalığı bulunan bireye direk bakım sağlayan kişi" olarak tanımlanmıřtır⁸⁸.

Bakım veren kavramı: Hastayı gözlemleyen, hastanın bakımını sağlayan, hasta bireye yardım eden, bilgi veren, fiziksel, emosyonel, maddi ve sosyal destek sağlayan kişi olarak açıklanmaktadır.^{60, 89, 90}

Bakım verme, genellikle formal ya da informal olmak üzere iki şekilde incelenmektedir. Formal bakım verme; bakımının, sağlık çalışanları tarafından, evde ya da sağlık kuruluşunda verildiği bakım hizmetleridir. İnfomal bakım verme: bir kişinin bir yakınına bakım verme rolünü üstlenmesidir. Primer bakım veren ise hastaların ihtiyaçlarının karşılanmasında, günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesinde gerekli desteği sağlayan ve bu sorumluluğu sürdürmekten birinci derece sorumlu olan kişidir^{25, 59, 91}.

Bilindiği üzere toplum ve hasta ailesi, en çok kullanılan ve en geçerli rehabilitasyon ortamıdır. Son zamanlarda ruhsal hastalıkların tedavisinde toplum temelli olmaya başlaması, tedavi ve bakımda aile ile geçirilen sürenin artmasına, ailelerin aktif olarak bakımda yer almasına ve ailelerin öneminin artmasına neden olmuştur.^{30,74,80} İngiltere’de şizofreni hastalarının çoğunun taburcu olduktan sonra ailelerinin yanına döndüğü ve bu nedenle hastalarının bakım verenlerinin genellikle aileleri olduğu belirtilmektedir⁵⁹. ABD’de bu oranın %60’tan fazla olduğu açıklanmakta⁹², kültürel yapı ve maddi olanaklar gibi özelliklerin hastaların ailelerin yanına dönüşünü etkilediği belirtilmektedir⁵⁹. Ülkemizde de hastaların büyük kısmının aileleriyle birlikte yaşadığı ve hastaların en büyük destek kaynaklarının da hastalara bakım veren aileler olduğu açıklanmaktadır. Bakım verme sürecinde ailelerin hem hastanın hem de kendi ihtiyaçlarıyla baş etmeye çalıştığı, hastalık sürecinden etkilenerek bakım verici rolüne uyum sağlamakta zorlandıkları ve desteğe ihtiyaç duydukları belirtilmektedir^{24,71,81}.

Ailelerin bakım verici rolüne uyum sağlamanın hastalığın özellikleri ve prognozuna bağlı olduğu belirtilmekte, ayrıca bakım verenlerin hastalıkla ilgili bilgi düzeylerinin, hastalığın semptomların ağırlaşma ya da gerileme periyotlarının, hastadaki pozitif ve negatif belirtilerle ilişkili olan rahatsız edici davranışların, hastalığın atak

sıklığının, kişiler arası ilişkilerde yaşanan güçlüklerin, sosyal desteğin ve stigmatizasyonun bakım verenlerin bakım rollerine uyum sağlamasını etkilediği bildirilmektedir ^{24,42,93}.

Şizofreni hastasına bakım veren aileler tarafından hastalık belirtilerinin yanlış yorumlanması, yüksek duygu dışavurumuna (düşmancıl, eleştirel, aşırı koruyucu kollayıcı) neden olmaktadır. Yüksek duygu dışavurumu olan ailelerde, aile içi dinamikleri olumsuz olarak etkilediği, relaps ve tekrarlı yatışların daha sık olduğu bildirilmektedir ^{57,59}. Bu nedenle hastanın gerçekten hasta olduğu, belirtilerin hastalık sürecinden kaynaklandığı ve gerek hastalık gerek farmakolojij tedavi nedeniyle davranışları üzerinde yeteri kadar kontrolünün olmadığına aileye öğretilmesini ve bu şekilde ailenin hastalığa uyumunun sağlanmasını amaçlayan psikoeğitimlerin önemli olduğu vurgulanmaktadır ^{94, 95, 96, 97}. Şizofrenide belirtiler akut ve remisyon dönemlerine göre farklılık gösterebildiği ve belirtilerin şiddeti değişebildiği için hasta ve ailelerin hastalığın belirtilerini bilmeleri ve fark edebilmeleri son derece önemlidir. En sık rastlanan erken uyarıcı belirtiler: anksiyete ve ajitasyon, uyuyamama, bireysel hijyende azalma, gündüz-gece dengesinin bozulması, dikkatini toplayamama, içe kapanma, saldırganlık, huzursuzluk, halüsinasyonlar, şüphencilik, tuhaf davranışlardır. Bu belirtilere yönelik olarak hemşire, hasta ve ailenin gereksinimlerini değerlendirmeli ve gerekli durumlarda hasta ve ailesine yönelik müdahalelerde bulunmalıdır ^{57,59,70}.

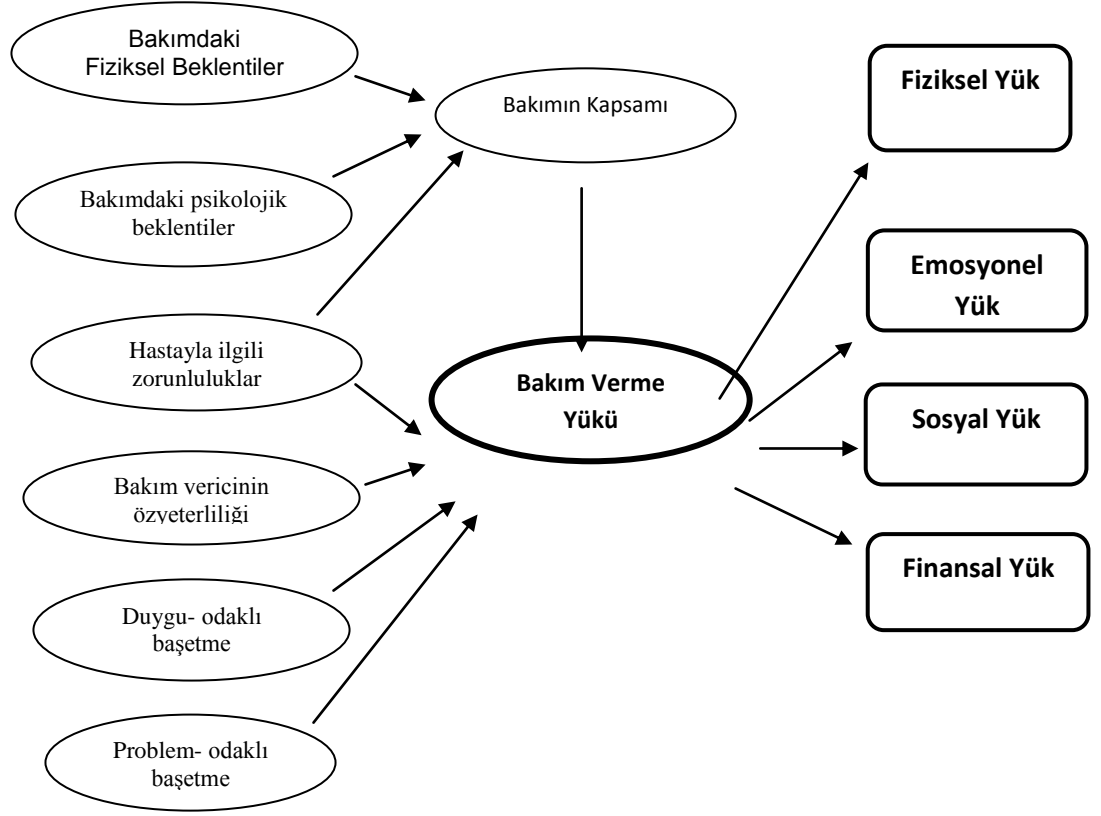
2.9. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Yük Kavramı

2.9.1. Bakım Yükü

Bakım yükü kavramı; sağlığı bozuk olan bireylere verilen bakım sonucu ortaya çıkan, bakım vereni fiziksel, psikolojik, duygusal, çevresel ve sosyal yönden olumsuz etkileyen nesnel yada öznel olarak algılanabilen bir kavramdır.

Yük (Burden) kavramı, hem bakım vermenin bakım veren aileler üzerindeki etkilerini hem de bakım vermeye karşı kişisel tepkileri incelemek için kullanılan bir kavramdır^{24,30,88}.

Chou'nun⁹⁸ 2000 yılında geliştirdiği "Bakım Verici Yük Modeli"ne göre yükün tanımı; bakım verme sürecinde kişinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve finansal perspektiften bir ya da daha fazlasında kendini aşırı yüklenmiş olarak hissettiği subjektif algısıdır. Yük kavramı bazı yazarlarca nesnel/objektif yük (gelir kaybı, sosyal etkinliklerin kısıtlanması, aile rutinlerinin bozulması, fiziksel problemler, ailedeki gerginlikler hastalığın sebep olduğu aksaklıklargibi) ve öznel/subjektif yük (hastayla ilgili fiziksel/duygusal sıkıntı ya da hastayla ilgili olarak yaşanan öznel sıkıntı düzeyi) olmak üzere iki grupta incelenmektedir^{26, 26}.



Kaynak: Chou KR. Caregiver Burden: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing* 2000; 15 (6):398-407.

Şekil 2. Bakım verici yük modelinin yapısal şekli

Günümüzde toplum temelli yaklaşımın benimsenmesi, aileleri hastanın bakımında birinci derecede sorumlu konumuna getirmiş, bu durum ailelerin, şizofreni hastaları için en önemli destek kaynağı olarak görülmesine ve ailelerin yaşadığı yük ve sorumlulukların artmasına neden olmuştur²¹.

Ülkemizde şizofreni hastasına bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin birçok araştırma bulunmaktadır.Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarına bakım verenlerin yüksek seviyede yük yaşadıkları ²¹,

²⁹, hastadaki pozitif belirtiler ve özellikle de negatif belirtiler ailenin yükünü arttırdığı belirtilmiştir^{23, 99, 100}.

Bakım yüküne yönelik olarak yapılan araştırmalar bakım yükünün bazı değişkenlerle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur^{6,24,31,82,99,100}.

Bu çalışmalardan Gülseren'in¹⁰⁰ yaptığı çalışmada şizofreni hastasına bakım verenlerin yaşadıkları aile yükünün, hastanın erkek, bakım verenin kadın olduğu, bakım verenin fiziksel veya psikolojik bir hastalığının bulunduğu, bakım verenin sosyal desteğinin olmadığı, bakım verenin hastası tarafından şiddete maruz kaldığı, ekonomik durumu kötü olan ve hastası düzenli takip edilmeyen ailelerde daha fazla olduğu bulunmuştur¹⁰⁰.

Ailelerin, yakınlarına bakım verirken birçok problemler yaşadığı ve yetersiz destek nedeniyle bu olumsuzlukları güçlük ve yük olarak algıladıkları belirtilmektedir. Bakım yükünün bazı faktörlerden etkilendiği belirtilmektedir^{6,24,31,82,99,100,101}.

Bakım verme yükünü etkileyen faktörler:

- Bakım verenin kişisel özellikleri (cinsiyeti, çalışma durumu vb.)
- Hastanın kişisel özellikleri(cinsiyeti, çalışma durumu vb.),
- Hastalığın süresi,
- Bakım verme süresi,
- Şizofreni konusunda eğitim alma durumu
- Hasta-bakım veren arasındaki iletişim ve ilişkinin niteliği
- Hasta ile aynı evi paylaşma durumu,
- Bakım verenin fiziksel yada ruhsal hastalığının olması,

- Bakım verenin hasta bakımı dışında da sorumluluklarının olması(çalışma, çocuk vs.),
- Hastaya çok boyutlu bakım vermek zorunda olması (fiziksel, ekonomik, duygusal, ulaşım vb.),
- Bakıma yardım eden kimsenin olmaması,
- Yaşanan konutun özellikleri,
- Ekonomik durumun kötü olması,
- Yaşanılan toplumun özellikleri
- Sosyal desteğin varlığıdır^{6,24,31,82,99,100,101}.

Bakım verme ailelerin bakım verme sürecinde ailelerin sağlığını olumsuz olarak etkileyebilmekte ve güçlükler yaşamasına neden olabilmektedirler. Bu güçlükleri şu şekilde sıralanmıştır¹⁰².

1. Fiziksel Güçlükler

Bireylerde iştah değişimi, yemek düzeninde bozulma, kas ve baş ağrısı, vücut ağırlığında değişim, uyku düzensizliği, konsantrasyon zorluğu, bireysel bakımda görülmektedir^{102,103}.

2. Emosyonel güçlükler

Suçluluk, çaresizlik, öfke, korku, huzursuzluk, benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon, depresyon, stres, anksiyete alkol ve ilaç kullanımında artış ve problem çözmede güçlükler görülmektedir^{102,104}. En yaygın görülen belirtiler ise stres ve anksiyetede artma olmasıdır^{102,105,106}.

3. Sosyal güçlük

Bakım vermenin, sosyal ve kişilerarası problemlere de yol açtığı belirtilmektedir ¹⁰³. Bakım verenler, yaşamlarını genellikle bakım verdikleri kişinin gereksinimleri doğrultusunda düzenledikleri için aile, arkadaş ilişkileri ya da sosyal etkinliklerinden fedakarlık eden bakım verenin, dinlenmesi ve sosyalleşmesini sağlayan boş zaman aktiviteleri kısıtlanmakta, bu nedenle de sosyal destekte azalma, kendilerini bakım rolünde yalnız bırakılmış hissetme ve izolasyon yaşama olasılığı artmaktadır ^{102,103}.

4. Ekonomik ve iş ile ilgili güçlükler

Evde bakım sağlamanın ekonomik maliyeti, bakım verenlerin güçlük yaşamasında önemli bir etkidir ¹⁰⁷. Bu ekonomik sorunlar için de en sık yaşananlar, sağlık güvencesi tarafından karşılanmayan masrafların ek yük oluşturması, ya da işin sonlandırılmasıdır ¹⁰³. Toseland¹⁰³ ve arkadaşlarının aktardığına göre Stone, Cafferata & Songl 1987'de yaptıkları bir çalışmada bakım verenlerin % 20' sinin çalıştığını, çalışanların ise % 29'unun işinin yeniden düzenlediği ve %19' unun tamamen işini kaybettiğini belirtmişlerdir. Ülkemizde Gülseren(2002)²⁴, (2010)¹⁰⁰ ve Doğan'ın⁶ yaptığı çalışmalarda ekonomik durumunu kötü olan ailelerin daha çok yük yaşadıkları belirtilmiştir.

Avcı'nın¹⁰⁸ yük kavramının boyutlarının incelendiği çalışmasında; ailelerin yaşadıkları yük alanları %85.7 sosyal yük, %67.5 duygusal yük, %59.7 fiziksel yük ve %35 oranıyla ekonomik yük olarak bulunmuştur ¹⁰⁸.

Ayrıca ülkemizde şizofren hasta yakınlarının en sık yaşadığı zorlukların; aile içi ilişkilerdeki çatışmalar, sosyal ilişkilerde bozulma, geleceğe yönelik kaygı,^{56,99} hastalığın getirdiği üzüntü ve gerginlik , hastanın tedavisi için gerekli olan harcamalar ve hastanın kişisel masraflarını karşılama alanlarında olduğu bildirilmektedir⁹⁹.

Bunun yanı sıra hastalıkla etkin başa çıkma yollarını kullanamayan, yeterli sosyal desteği alamayan ve duygu dışavurumu yüksek olan ailelerin yükü daha fazla olmaktadır. Ekonomik sorunlar, aile içi çatışmalar, sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi, toplumun hastaları reddedici tutumu karşılaşılan belli başlı güçlüklerdir. Kişisel güvenlik ve parasal zorluklara ilişkin korku, çaresizlik, gelecek kaygısı ve öfke ailelerin sıklıkla yaşadığı duygulardır ve ailelerin yüksek düzeyde stres altında buldukları bildirilmiştir^{24,50,99,109,110}.

Toplum tarafından, ruh hastalığına ve hastalarına karşı damgalayıcı tutuma maruz kalan ailelerin yük düzeylerinin arttığı, hasta ve yakınlarının benlik saygılarının zedelendiği , aile ilişkilerinin zarar gördüğü, sosyal destek arama davranışı geliştirmedikleri, ve , toplum tarafından dışlanmamak için sağlık merkezine başvuru yapmadıkları ya da başvurularını olabildiğince geciktirdikleri bildirilmektedir²⁸.

2.10. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Sağlık Eğitimi Gereksinimi.

2.10.1.Sağlık Eğitimi

Sağlık eğitimi kavramı bireylerin ve toplumun, sağlığını geliştirmek için gerekli olan bilgi düzeyi karşılamayı, sağlıklarına yönelik sorumluluk almalarını sağlamayı amaçlamaktadır. Bu sayede birey ve

toplumun sağlık konusundaki tutum ve davranışları olumlu etkilenecek bireylerin sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sağlık hizmetinden yararlanma düzeyinin artırılması amaçlanmaktadır¹¹¹.

Toplumsal, ekonomik ve duygusal maliyeti oldukça ağır olan şizofreni ciddi bir ruhsal bozukluk olmasının yanında; sadece hastalar için değil, aile, akrabalar ve arkadaşlar için de kaygı verici zor bir süreçtir^{18,112,113}.

Günümüzde kronik ruhsal hastalıkların tedavisinde hastanede kalış süresini kısa tutma ve hastayı toplumda ve kendi ortamı içinde tedavi etme yaklaşımının benimsenmesi, hasta yakınları birincil bakım verici konuma getirmiş ve sorumluluklarını arttırmıştır^{5,16}. Fakat hasta ve hasta yakınlarının bu karmaşık ve kronik hastalıkla baş etmede genellikle bilgisiz ve donanımsız oldukları¹¹⁴, bu nedenle duygusal, sosyal ve maddi anlamda desteklenmeye, eğitime ve beceri kazandırılmaya gereksinim duydukları bilinmektedir^{18, 29, 99}. Bu nedenle bu alandaki çalışmalar son yıllarda artış göstermiştir.

Bu konuda yapılan çalışmalara göre şizofreni hasta ve yakınlarının hastalıkla baş etmede bir çok sıkıntı ve zorluk yaşadıkları belirtilmektedir.^{18, 104,, 115}. Hasta ve ailesinin çevreleriyle ilişkilerinin bozulması, sosyal etkinliklerinin azalması, kendine bakamama, evlilik ve aile içi rollerini yerine getirememe, işini kaybetme veya aksatma yaşanan başlıca sorunlardır^{24, 27, 28}. Ayrıca literatürde şizofreni hastasına bakım veren ailelerin eğitime gereksinim duydukları temel alanlar; hastalık, tedavi ve semptomlar hakkında bilgi, ilaçların yan etkileri, akut alevlenme belirtilerini fark etme, hasta davranışlarıyla baş etme, evde hasta bireyin tedavisinin yönetimi, iletişim becerileri, bakım verenin yaşadığı stresle baş etme becerilerinin geliştirilmesi ve stres yönetimi, toplumsal destek

kaynaklarından haberdar olması ve bu kaynakları kullanılması olarak sıralanmakta ve oluşturulan eğitim programlarının bu alanları kapsamaması gerektiği belirtilmektedir^{11,86,116,117,118,119,120}.

Literatürde şizofreni hastalarına ve yakınlarına uygulanan eğitim programlarının etkinliğini değerlendiren^{29, 114, 115} ve eğitim ihtiyaçlarını belirleyen çalışmalar yer almaktadır³⁸.

Mueser ve arkadaşları¹²¹ yaptıkları bir araştırmada, hasta ve hasta yakınlarının en çok şizofreni hakkında genel bilgiler ve genel problemler ile baş etme stratejileri konusunda eğitime gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir.

Canada Ruhsal Sağlık Birliği(CMHA) ruhsal hastalığı bulunan bireylerin büyük bir çoğunluğunun hastalıklarıyla, ulaşabilecekleri tedavi ve destekle ilgili bilgilerinin olmadığını bildirmiştir. Bu bulgulara dayanarak, ruhsal hastalığa sahip bireylere eğitim verme konusunda ciddi problemler olduğu, bireylerin akut dönemde yapması gerekenlere, hastane sürecine ve iletişim konusunda eğitime ihtiyaçları olduğu vurgulanmıştır¹²².

Ülkemizde, Babacan'ın 2006 yılında yaptığı araştırmaya göre³⁸, hasta yakınlarının şizofreni hakkında genel bilgiler, şizofreni belirtileri ile baş etme ve iletişim ve sosyal ilişkiler ile ilgili konularda sağlık eğitimine daha çok ihtiyaç duydukları belirtilmiştir.

Etkili bir sağlık eğitimi ancak hasta ve hasta yakınlarının özgül sağlık gereksinimlerini belirleyerek, bu gereksinimleri anlayarak ve bu gereksinimleri karşılayarak gerçekleştirilebilir^{13, 116}. Hasta yakınlarının eğitim gereksinimleri bireysel olarak belirlenip, bu doğrultuda eğitim

verildiği takdirde hasta yakınları desteklenmiş olacak, hastalık süreciyle daha rahat baş edebilecek, problem çözme yetenekleri artacak ve toplumda daha kaliteli bir yaşam sürdürmeleri sağlanacaktır^{13, 110, 116}.

2.11. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Ailelere Yönelik Hemşirelik Yaklaşımı

Şizofreni gibi kronik psikiyatrik hastalıkların tedavisinde multidisipliner bir ekip anlayışının benimsenmesinin son derece önemli olduğu, tedavinin planlanması ve uygulanması ve değerlendirilmesinin bu yaklaşım doğrultusunda yapılması gerektiği vurgulanmaktadır^{57,59}.

Psikiyatri hemşireleri psikiyatri ekibinin kilit üyesidir. Hastanın olaylara karşı tepkilerini aktif olarak değerlendirebilir, yönlendirebilir ve yönetebilir. Hemşirelerin en temel rolü, hastanın holistik bir şekilde kaliteli bakım almasını ve güvenliğini sağlamak ayrıca hastanın fonksiyonlarını ve becerilerini en üst düzeye getirebilmek için gerekli müdahaleleri planlamak ve uygulamak olarak tanımlanmıştır⁵⁷.

Amerikan Hemşireler Birliği tarafından toplum ruh sağlığı hemşiresi "Ruhsal hastalıkların birincil (ruh sağlığını korumak, ruhsal hastalıkların oluşumunu önlemek, psikoeğitimler yapmak), ikincil (hastalıkların erken tanı ve tedavisini sağlamak) ve üçüncül önleme (rehabilitasyon hizmetleri) aşamalarının sürekliliğini sağlayan ekip üyesi olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımlama hemşirenin ruh sağlığı hizmetlerinde tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeye katılan kişi olduğu belirtilmektedir.

Bu anlamda hemşire ; birey , aile ve toplumda şizofreni gibi ruhsal sağlık problemi gelişme riskinin tanımlanması , belirlenmesi,

engellenmesi, tedavi yada rehabilitasyon süreci için son derece önemli bir rol oynamaktadır⁵⁷

Hemşirelerin yürütmesi gereken görevlerden bir diğeri de ailenin bakım yükünün azaltılmasında etkili olabilecek aileye yönelik müdahalelerin geliştirilmesi için araştırmalar planlamak olmalıdır. Yapılacak araştırmalar ile psikiyatrik sağlık çalışanları, bakım verenlerin bakım yükü ile ilgili olarak bakım öncesinde, sırasında ve sonrasında neler deneyimlediklerini bulabilir, hem bakım verenlerin hem hastaların tedavi planlarına katılımlarını sağlayabilir, bakım sürecinin değerlendirmesini yapabilir ve bu süreç sonunda farklı müdahaleler geliştirebilirler⁸².

Birincil korumada psikiyatri hemşiresinin görevleri risk değerlendirmesi yapmak, şizofreni hastalığının gelişimini önlemede şizofrenisi olan bireylerin çocuk sahibi olup olamayacağına ilişkin danışmanlık yapmak, çocuklukta şizofreniye yol açabilen aile tutumlarının neler olduğuna ve şizofreninin erken belirtilerine ilişkin toplumsal bilgilendirme çalışmalarını yürütmektir^{60,69,70}. İkincil korumada, akut fazda hasta bireylerin tedaviye uyumuna, ilaçların etki ve yan etkilerine, bireylerin tepki ve davranışlarına ve taburculuğa yönelik değerlendirmeler yaparak bunlara yönelik müdahalelere bulunmaktır. Üçüncül korumada ,hasta bireyin yetersizliklerinin giderilmesine ve bireysel becerilerin olabilecek en üst düzeye çıkarılmasına yönelik müdahaleler yapmak olarak belirtilmiştir⁵⁷.

Dünyada ve ülkemizde toplum temelli bakıma geçilmesi sonucunda hastalar hastaneden daha çabuk taburcu olmakta ve kendi ortamlarına, özelliklede destek gördüklerini belirttikleri ailelerinin yanına dönmektedirler⁵⁷. Bu yaklaşım toplum içindeki hasta sayısının artmasına

neden olurken hasta yakınlarına da informal bakım verici olarak sorumluluk yüklemektedir. Şizofreni tedavisinde amaç bireyin hastalığıyla ve hastalığından kaynaklanan güçlüklerle baş edebilmesini sağlamak, yetersizliklerini gidermek ve bireysel işlevlerini en üst düzeye çıkarmaktır^{104,57,59}. Bu süreçte hastaların desteklenmesinin son derece önemli olduğu⁵⁷ bu nedenle hastaya destek olabilecek sistemlerin tanımlanmasının gerektiği belirtilmektedir¹¹⁷. Her ne kadar aileler hastaya destek sağlayan birincil kaynak olarak görülse de, ailelerin de sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan desteğe⁹⁹ ve aileye özgü müdahalelere⁸² ihtiyaç duydukları bildirilmektedir.

Özellikle temel hemşirelik uygulamalarından olan psikoeğitimsel programların hastaların ve ailelerin topluma ve kurumlara uyum sağlamasını kolaylaştırdığı⁸³, aileler açısından son derece önemli bir girişim olduğu¹⁰⁴ belirtilirken, belirtilerin kontrol altına alınmasının, hastaların sosyal işlevselliklerinin artırılmasının, sağlık personelinin de desteğini içeren sosyal desteğin ailenin yükünü azaltmaya yardımcı olduğu vurgulanmaktadır¹²².

Şizofreni hastalarının bakım verenlerine yönelik bu desteğin sağlanmasında;

1.Aileyle bağlantı kurularak hastalığa ve tedaviye yönelik bilgiler paylaşılır, ailenin görüşleri alınır ve ortak ve gerçekçi amaçlar belirlenir.

2.Baş etme konusuna odaklanılır. Bakım sürecine katılabilecek kişiler belirlenir, ailenin bakım süreci için plan oluşturması sağlanır.

3.Ailenin sınırlılıkları değerlendirilir, güçlendirilmesi gereken yönler tespit edilir, hastanın yavaş yavaş kendi sorumluluğunu üstlenmesi sağlanır.

4.İleriye yönelik gerçekçi amaçlar belirlenmektedir ¹¹⁷.

Şizofreni gibi kronik hastalıkların tedavisinde ekip yaklaşımına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu ekip yaklaşımında hemşire, yatan hasta kliniklerinde, psikiyatri polikliniklerinde ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde; hasta, merkeze yattığı andan itibaren hasta ve hastaların aileleriyle birlikte çalışma imkanına sahiptir. Bu süreçte amaç; aileyi tedaviye katarak; hastalık, hastaya uygulanan ilaç tedavisi, psikososyal programlar, diğer tedavi yöntemleri, hasta ve aileye destek olabilecek toplumsal kaynaklar hakkında bilgi vererek aileyi taburculuğa hazırlamak ve hastaneye yatış sonrası aile ile işbirliğini sürdürerek ailenin taburculuk sonrası süreçte baş etme kapasitesini arttırmak ve relapsları önlemektir ^{37, 86,100,117}.

Dixon L¹¹⁴, şizofrenili bireylerin ailelerine yönelik en iyi uygulama ve tedavinin, eğitim ve destek olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca bir çok çalışma, şizofreni hastasına bakım veren ailelerin hemşireyi önemli bir destek sistemi olarak gördüklerini ve daha çok destekleyici tedaviden yararlandıklarını göstermekte olup ^{16, 83, 95, 117}, bu desteği sağlamada psikiyatri hemşirelerinin aileye yönelik olarak primer rolünün eğitim ve danışmanlık olduğu, bakım verenlere destek sağlayabilmeleri, uygun girişimleri planlayabilmeleri ve girişimlerin sonuçlarını değerlendirebilmeleri için öncelikle bakım veren ailelerin yaşadıkları güçlükleri ve eğitim gereksinimlerini saptamaları gerektiği vurgulanmaktadır^{16,39,74,95,100}.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma şizofreni hastasına bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimleri ile bakım yükleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yerler ve Özellikleri

Araştırma, Şubat 2011 – Mayıs 2013 tarihleri arasında, Ankara'da şizofreni hastalarının tedavi gördüğü, izlendiği, destek ve rehabilitasyon hizmetleri verilen kurumlarda yapılmıştır. Bu kurumlar; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ve Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Psikiyatri Polikliniği'dir.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde 2 uzman doktor, 1 hemşire, 2 psikolog, 2 asistan doktor görev yapmakta ve psikiyatri polikliniğinde "Psikotik Bozukluklar" , "Duygudurum Bozuklukları" ve "Madde/alkol Bağımlılığı" v.b. tanıli hastalarının izlem ve tedavileri yapılmaktadır. Her gün şizofreni hasta ve ailelerine poliklinik hizmeti verilmektedir. Psikiyatri poliklinik hizmetinden ayda ortalama 60 şizofreni tanıli hasta yararlanmaktadır.

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Psikiyatri Polikliniği'nde 3 asistan doktor, 1 hemşire 1 psikolog görev yapmaktadır. Perşembe günleri hariç "Psikotik Bozukluklar" , "Duygu durum Bozuklukları" ve "Madde/alkol Bağımlılığı" v.b. tanıli hastalarının

izlem ve tedavileri yapılmaktadır. Psikiyatri poliklinik hizmetinden ayda ortalama 20 şizofreni tanılı hasta yararlanmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinden 470 ve Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Psikiyatri Polikliniğinden 977 kişi olmak üzere toplam 1447 hasta yakını oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini Şubat 2011 –Mayıs 2013 tarihleri arasında, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine ve Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Psikiyatri Polikliniğine başvuran ve araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul eden, bakım verenler oluşturmuştur. Sadece bir kez atak geçirmiş, yeni tanı konmuş olan bireye bakım verenler araştırma kapsamı dışında tutulmuştur.

Araştırmanın örnekleme evreni belli olan araştırma örneklem seçim yöntemi ile ;

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1)+t^2pq}$$

N: Hedef kitledeki birey sayısı.

n: Örneklem alınacak birey sayısı.

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı(gerçekleşme olasılığı).

q:İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı(gerçekleşmeme olasılığı, 1-p).

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer.

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen \pm sapma hatasını ifade etmektedir.

Bu formüle dayalı olarak,

N:1447, p :0.015, q:0.985, t: ($\alpha=0.03$ değeri için) 2.33, d: 0.03 olarak alınmıştır.

Formül sonucunda değerler yerine konduğunda, n değeri, 84.02 değeri tespit edilmiştir. Örneklemin hastanelere göre dağılımı ise orantısal tabakalı seçim yöntemi ile yapılmıştır. Tabaka ağırlığı hesaplanırken; n/N formülünden yararlanılmış ve tabaka ağırlığı 0.058 olarak tespit edilmiştir. Tabaka ağırlığı 0.058 olarak alındığı için, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Psikiyatri Polikliniğinden ($0.058*977$) 57 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinden ($0.058*470$) 28 bakım verici olmak üzere toplam 85 hasta yakını oluşturmuştur.

3.4. Araştırmaya Alınma Ölçütleri

1. DSM-IVR tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış bireyin bakım vereni olma,
2. En az 2 atak geçirmiş bireye bakım verici olma,
3. Hasta ile aynı evde yaşama,
4. Hasta ile en fazla zaman geçiren birey olma (haftada en az 35 saat)
5. Çalışmaya katılmaya gönüllü olma,
6. Ruhsal olarak soru formlarını anlayabilecek düzeyde olma.
7. Hastası ayaktan izleniyor olma.
8. Hastaya en az 2 yıldır bakım veriyor olma.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

1.Bağımlı Değişkenler : Bakım verenlerin bakım yükü puanları

2.Bağımsız Değişkenler : Sağlık eğitimi gereksinimi puanları, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, hastaya yakınlık derecesi, tedaviyi sürdürme biçimi, eğitim alma durumu, bakım süresi.

3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerini belirlemede, tanıtıcı özellikler soru formu; bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimlerini belirlemede Babacan³⁸ tarafından geliştirilen Sağlık Eğitimi Gereksinimleri Değerlendirme Formu (S.E.G.D.F.) ve yük düzeylerini belirlemede, geçerlilik güvenirliği İnci²⁵ tarafından yapılan Bakım Verme Yükü Ölçeği(B.Y.Ö.) kullanılmıştır. Bakım verenlere veri toplama araçları verilerek formları doldurmaları istenmiştir. Anlaşılmayan durumlarda, araştırmacı tarafından açıklama yapılmıştır. Veriler araştırma yapılan merkezlerdeki görüşme odalarında toplanılmıştır. Görüşme süresi her bakım veren için ortalama otuz dakika sürmüştür.

3.6.1. Tanıtıcı Özellikler Soru Formu:

Tanıtıcı özellikler soru formunda hasta ve bakım verene yönelik sosyo-demografik verilerin toplanmasını amaçlayan sorular bulunmaktadır. Form, ilgili kaynaklar incelenerek hazırlanmıştır^{15,33,38}. Formda, hastaya yönelik olarak; kaç kez yatışı yapıldığı, kaç yıldır hasta olduğu ve öz bakım yeteneğini belirlemeye yönelik 6 soru, bakım verenin sosyo-demografik özelliklerini tanımlamaya yönelik olarak; cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, hastaya yakınlık derecesi, hastaya bakma süresini içeren 17 soru olmak üzere toplam 23 soru yer almaktadır.

3.6.2. Bakım Verme Yüğü Ölçeği

Bakım Verme Yüğü Ölçeği (B.Y.Ö.), Zarit, Reeve ve Bach-Peterson¹²³ tarafından 1980 Yılında geliştirilmiş olup ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması 2006 yılında İnci²⁵ tarafından yapılmıştır. Bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadığı güçlüğü değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek "hiç", "nadiren", "bazen", "sık sık, " ya da "hemen her zaman" şeklinde 0 dan 4 e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanılan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin yapılan faktör analizi sonunda tek boyutlu olarak kullanılabilieceği belirlenmiştir. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısının 0.95 olduğu, madde toplam korelasyon katsayılarının orta, güçlü ve çok güçlü düzeyde değerler (0.43-0.85) aldığı, test-tekrar test değişmezlik katsayısının 0.90 olduğu saptanmıřtır²⁵.

3.6.3. Sağlık Eğitimi Gereksinimleri Değerlendirme Formu

Gümüř³⁸ tarafından 2006 yılında geliştirilen Sağlık Eğitimi Gereksinimleri Değerlendirme Formu (S.E.G.D.F.), bireylerin sağlık eğitimi gereksinimlerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olup, 6 alt boyut ve 35 maddeden oluşmaktadır. Hasta ve hasta yakınlarının formdaki maddeleri değerlendirebilmeleri için "Bu konuda eğitime ihtiyacım var" , "Kararsızım", "Bu konuda eğitime ihtiyacım yok" şeklinde 3'lü likert ölçeği kullanılmıştır. "Bu konuda eğitime ihtiyacım var" seçeğeneğine 3 puan , "Kararsızım" seçeğeneğine 2 puan, "Bu konuda eğitime ihtiyacım yok"

seçeneğine 1 puan verilerek yanıtlar sayısal verilere dönüştürülmüştür. Bu sayısal değerler kullanılarak, her madde ve her alt boyut için puan ortalamaları hesaplanmaktadır. Puan ortalamaları 3'e yaklaştıkça "Bu konuda eğitime gereksinimim var", 1'e yaklaştıkça "Bu konuda eğitime gereksinimim yok" şeklinde değerlendirilmektedir³⁸.

Form 5 hasta, 6 hasta yakını ve sağlık çalışanlarının (5 uzman hekim, 6 klinisyen hemşire, 1 sosyal hizmet uzmanı, 3 akademisyen hemşire) görüşüne sunulmuş, onların önerileri doğrultusunda düzenleme yapılarak içerik geçerliliği sağlanmıştır. Formun güvenilirliğini sınamak için, Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı hesaplanmıştır. Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı hastalar için $r=0.95$, hasta yakınları için $r=0.95$, her iki grup için (hasta ve hasta yakınları) $r=0.95$ olarak bulunmuştur. Formun yapı geçerliliğini belirlemek amacıyla faktör analizi yapılmış, faktör analizi sonucunda hastalar için 7, hasta yakınları için 8, her iki grup için 6 faktör belirlenmiştir. Verilerin analizinde her iki grup için belirlenen 6 faktör kullanılmıştır. Her faktör alt boyut olarak aşağıdaki şekilde isimlendirilerek, Sağlık Eğitimi Gereksinimleri Değerlendirme Formuna son şekli verilmiştir: boyut 1. Alt Şizofreni belirtileri ile baş etme (10madde), Alt boyut 2. Şizofreni hakkında genel bilgiler (9madde), Alt boyut 3. Günlük yaşam becerileri (5 madde), Alt boyut 4. Stresle baş etme (5 madde), Alt boyut 5. İletişim ve sosyal ilişkiler (5 madde), Alt boyut 6. İş bulma ve çalışma durumları (2madde)³⁸.

3.7. Araştırma Etiği

Araştırma için, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Klinik Araştırma Değerlendirme Kurulu'ndan onay alınmıştır. Araştırmanın yapılacağı; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı ve Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma Uygulama Merkezi Psikiyatri Polikliniği

içinde yazılı izin alınmıştır (Ek:IV). Ayrıca, araçların uygulanacağı hasta yakınlarından yazılı onam alınmıştır.

3.8. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde bakım veren bireylere özgü sosyo-demografik değişkenlerin değerlendirilmesinde sayı, ortalama, yüzde dağılımı gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Sosyodemografik özellikler, bakım yükü ve sağlık eğitimi ihtiyacı arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise ikili gruplarda Mann-Whitney, üçlü gruplarda Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi "0.05" olarak belirlenmiş olup, $p < 0.05$ olması durumunda anlamlı farklılık olduğu; $p > 0.05$ olması durumunda ise anlamlı farklılığın olmadığı belirtilmiştir. Bakım verenlerin bakım yükleri ile sağlık eğitimi gereksinimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Spearman's Korelasyon analizi uygulanmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmada yer alan 85 bakım verene ilişkin, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, hastaya yakınlık derecesi, bakım süresi gibi tanıtıcı özellikler, bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimlerinin tanımlanması ve bakım verenlerin, sağlık eğitimi gereksinimlerinin bakım yüküne olan etkisini belirtmeye yönelik bulgular yer almaktadır.

4.1. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi

Bu bölümde çalışmaya katılan bakım verenlerin, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, hastaya yakınlık derecesi, hastaya bakım verme süresi ve şizofreni ile ilgili grup eğitiminde yer alma gibi demografik ve durumsal özelliklerini açıklamaya yönelik bulgular yer almaktadır.

Tablo 1: Bakım Verenlerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları(n=85)

Demografik Özellikler	n	%
<u>Yaş</u>		
20-29	3	3.5
30-39	11	12.9
40-49	19	22.5
50-59	32	37.6
60-69	17	20.0
70-79	3	3.5
<u>Yakınlık Derecesi</u>		
Anne	50	58.8
Baba	7	8.2
Kızı	3	3.5
Oğlu	4	4.7
Kız kardeşi	8	9.4
Erkek kardeşi	7	8.3
Karısı	5	5.9
Yengesi	1	1.2
<u>Yaşadığı Yer</u>		
İl	78	91.8
İlçe	7	8.2
<u>Cinsiyet</u>		
Kadın	69	81.2
Erkek	16	18.8
<u>Medeni Durum</u>		
Evli	65	76.5
Bekar	8	9.4
Boşanmış	9	10.6
Dul	3	3.5
<u>Eğitim Durumu</u>		
Okur yazar değil	6	7.1
İlköğretim	42	49.4
Lise	14	16.5
Üniversite ve Üzeri	23	27.1

Tablo 1’de örnekleme yer alan 85 bakım verenin demografik özelliklerine dağılımı verilmiştir.Çalışmaya katılan bakım verenlerin %76,5’i 60 yaş altında olup, %81.2 ‘si kadındır ve %76.5’i evlidir. Bakım verenlerin %58,8 ‘inin şizofreni hastasının annesi, %9,4’ünün kız kardeşi, %8,2’sinin babası, %8,2’sinin erkek kardeşi, %5.9’unun eşi(kadın), %3.5’inin kızı ve %1.2’sinin yengesi olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumuna bakıldığında, bakım verenlerin %7.2’si okuma-yazma bilmemekte olup, %49.4’ü ilköğretim , %16.5’i lise, %27.1’i üniversite mezunudur ve %91.8 ‘i ilde yaşamaktadır.

Tablo 2 : Bakım Verenlerin Durumsal Özelliklerine Göre Dağılımları(n=85)

Durumsal Özellikler	N	%
<u>Çalışma Durumu</u>		
Çalışıyor	23	27.1
Çalışmıyor	62	72.9
<u>Gelirinin Geçimini Karşılama</u>		
Karşılıyor	40	47.1
Karşılamıyor	45	52.9
<u>Sosyal Güvencesi</u>		
Yok	2	2.3
Yeşil Kart	6	7.1
SGK	77	90.6
<u>Fiziksel Hastalık Durumu</u>		
Yok	53	62.4
Var	32	37.6
<u>Ruhsal Hastalık Durumu</u>		
Yok	77	90.6
Var	8	9.4
<u>Tanı Yılı</u>		
2 yıl	2	2.3
3-5 yıl	22	25.9
6-10 yıl	27	31.8
>10	34	40
<u>Hastaneye Yatış Sayısı</u>		
<6	73	85.9
6-10	9	10.6
<10	3	3.5
<u>Bakım Yılı</u>		
2-5 Yıl	26	30.6
6-10	32	37.6
11-15	19	22.3
16-20	3	3.6
21-25	-	-
26-30	4	4.7
31-35	1	1.2
<u>Hasta Psikoterapi</u>		
Alıyor	52	61.2
Almıyor	33	38.8
<u>Hasta Diğer Tedavileri</u>		
Alıyor	5	5.9
Almıyor	80	94.1
<u>İlaç Uyumu</u>		
Zorla Kabul	20	23.5
Yardımla	19	22.4
İkna ile	13	15.3
Kendiliğinden	33	38.8
<u>Psikoterapi Uyumu</u>		
Zorla Kabul	21	24.7
Yardımla	17	20
İkna ile	13	15.3
Kendiliğinden	34	40

Tablo 2'nin devamı

Durumsal Özellikler	N	%
<u>Şizofreni Eğitimi Alma Durumu</u>		
Evet	9	10.6
Hayır	76	89.4
<u>Eğitimi Hangi Kaynaktan Aldığı</u>		
Doktor	7	77.7
Hemşire	2	22.3
<u>Eğitimi Hangi Kaynaklardan Almak İsteyeceği</u>		
<u>Sağlık Personeli</u>		
Evet	82	96.5
Hayır	3	3.5
<u>Yazılı Verilmesi</u>		
Evet	60	70.6
Hayır	25	29.4
<u>Görerek Yapmak</u>		
Evet	57	67.1
Hayır	28	32.9
<u>Hasta Yakınları</u>		
Evet	37	43.5
Hayır	48	56.5
<u>Hastanın, Bakım Verene Hangi Zaman Aralığında Daha Çok İhtiyaç Duyduğu.</u>		
Gündüz	71	83.5
Gece	14	16.5
<u>Aile İçindeki Rolün Olumsuz Etkilenmesi</u>		
Evet	61	71.8
Hayır	24	28.2

Tablo 2'de, örnekleme yer alan 85 bakım verenin durumsal özelliklerine dağılımı verilmiştir. Tablo 2'de görüldüğü gibi, bakım verenlerin %72.9'u çalışmamakta, %52.9'unun geliri, geçimini karşılamamakta ve %2.4'nün hiçbir sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Bakım verenlerin %37.6'sında fiziksel, %9.4'nde ruhsal hastalık bulunmaktadır. Katılımcıların %83.5'i bakım verdikleri hastanın kendilerine gündüz ihtiyaç duyduğunu, %71.8'i bakım verme nedeniyle iş veya aile içindeki rollerinin olumsuz etkilendiğini belirtmiştir. Hastaya bakma süresi 2 (%4.7) – 35 (%1.2) yılları arasında olup, ortalama $\bar{X} = 9.7 \pm 6.52$ yıldır.

Şizofreni ile ilgili eğitim alma durumuna bakıldığında, katılımcıların %89,4'ü şizofreni ile ilgili eğitim almadıklarını belirtirken, %96,5'i sağlık personelinden eğitim almayı, %70,6'sı bilgilerin yazılı verilmesini, %67,1'i görerek/yaparak öğrenmeyi ve %43,5'i de hasta yakınlarıyla etkileşime geçerek eğitim almayı istediklerini belirtmişlerdir.

Katılımcıların bakım verdiği Şizofreni hastalarının %61.2'si psikoterapi almakta olup, bu hastaların %60'ının psikoterapi uyumu; zorla, ikna ile veya yardımladır. Katılımcıların bakım verdiği Şizofreni hastalarının %61.2'sinin ilaç uyumu; zorla, ikna ile veya yardımladır. Bakım vericilerin %40'ının, bakım verdiği hastanın 10 yıldan fazla süredir tanısı bulunmaktadır, hastaların %85.9'unun 6'dan az yatışı bulunmaktadır.

4.2. Bakım Verenlerin Sağlık Eğitimi Gereksinimlerinin İncelenmesi

Tablo 3: Bakım Verenlerin Sağlık Eğitimi Gereksinimleri Puan Ortalamaları (n=85)

Sağlık Eğitimi Gereksinimleri	$\bar{X} \pm SD$
<u>Alt boyut 1. Şizofreni belirtileri ile baş etme</u>	2.55 ± 0.72
Düşünce kopukluğu, konudan konuya atlama ile baş etme	2.56 ± 0.80
Yalnızlık ve içe kapanma ile baş etme	2.58 ± 0.76
Tekrarlayıcı düşünceler ve hareketlerle baş etme	2.56 ± 0.80
Bedensel hareket bozuklukları ile baş etme	2.44 ± 0.87
Endişe ve gerginlik ile baş etme	2.54 ± 0.78
İlgi ve dikkat azalması ile baş etme	2.62 ± 0.75
Saçma ve inanılmaz düşünceler ve inançlar ile baş etme	2.58 ± 0.78
Duyguların ifade edilmesindeki bozukluklarla baş etme	2.56 ± 0.77
Sesler duyma ve hayaller görme ile baş etme	2.58 ± 0.80
İntihar düşünceleri ile baş etme	2.50 ± 0.83
<u>Alt boyut 2. Şizofreni hakkında genel bilgiler</u>	2.65 ± 0.63
Şizofreninin zaman içinde gidişi ve seyri	2.60 ± 0.74
Şizofreninin nedenleri	2.62 ± 0.73
Şizofrenide uygulanan ilaç tedavisi	2.50 ± 0.82
Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri	2.62 ± 0.73
Şizofrenide uygulanan diğer (psikososyal) tedavi yöntemleri	2.69 ± 0.70
Şizofreninin belirtileri	2.70 ± 0.66
Şizofreninin tekrarlaması durumunda ortaya çıkan belirtiler	2.60 ± 0.75
Şizofreninin türleri	2.72 ± 0.66
Şizofreni hastalarının yasal hakları	2.80 ± 0.55
<u>Alt boyut 3. Günlük yaşam becerileri</u>	2.53 ± 0.73
Düzenli ilaç kullanmayı öğrenme ve sürdürme	2.45 ± 0.85
Başkalarına bağımlı olmadan günlük yaşamı sürdürme becerileri	2.48 ± 0.86
Sağlık hizmeti veren kurumlardan yararlanma	2.61 ± 0.77
Boş zaman aktivitelerini planlama	2.58 ± 0.79
<u>Alt boyut 4. Stresle baş etme</u>	2.41 ± 0.74
Hastaneye yatış sonrası uyum sorunları ile baş etme	2.55 ± 0.82
Hastane sonrası evdeki yaşama uyum sorunları ile baş etme	2.49 ± 0.85
Alkol veya uyuşturucu kullanma ile baş etme	2.24 ± 0.88
Aşırı sigara tüketme ile baş etme	2.34 ± 0.88
İş ve çalışma ortamından kaynaklanan sorunlarla baş etme	2.44 ± 0.82
<u>Alt boyut 5. İletişim ve sosyal ilişkiler</u>	2.60 ± 0.69
Şizofreni ile ilgili özel grup veya dernekler	2.54 ± 0.82
İletişim becerileri	2.56 ± 0.79
Sorun çözme becerileri	2.58 ± 0.76
Şizofreni hastaları ve yakınları için sosyal desteğin önemi	2.63 ± 0.75
Toplumda şizofreni hastası olmanın getirdiği sorunlarla baş etme	2.71 ± 0.66
<u>Alt boyut 6. İş bulma ve çalışma durumları</u>	2.68 ± 0.67
İş bulamama/çalışmamanın yarattığı sorunlarla baş etme	2.65 ± 0.71
Şizofreni hastalarının iş bulma/çalışma olanakları	2.71 ± 0.66
<u>Sağlık Eğitimi Gereksinimleri Toplam Puanı</u>	2.57 ± 0.64

Bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimleri puan ortalamaları (S.E.G.P.O) Tablo 3’de verilmiştir. SEGPO 3’e yaklaştıkça ”Bu konuda eğitime gereksinimim var”, 1’e yaklaştıkça “Bu konuda eğitime gereksinimim yok” şeklinde değerlendirilmiştir. Bulgulara göre bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimi puan ortalaması $\bar{X} = 2.57 \pm 0.64$ ‘dür. Bakım verenlerin sağlık eğitimine en çok ihtiyaç hissettikleri alan; 6. alt boyut olan “ İş Bulma ve Çalışma Durumları “alanıdır ($\bar{X} = 2.68 \pm 0.67$). Eğitim ihtiyacı hissedilen diğer alanlar ise sırasıyla, “Şizofreni Hakkında Genel Bilgiler” ($\bar{X} = 2.65 \pm 0.63$), ”İletişim ve Sosyal İlişkiler” ($\bar{X} = 2.60 \pm 0.69$), “Şizofreni Belirtileri İle Baş Etme” ($\bar{X} = 2.55 \pm 0.72$) , “Günlük Yaşam Becerileri” ($\bar{X} = 2.53 \pm 0.73$) ve “Stresle Baş Etme” ($\bar{X} = 2.41 \pm 0.74$) ‘ alanlarıdır.

4.3. Bakım Verenlerin Bakım Yükü Düzeylerinin İncelenmesi

Tablo 4: Bakım Vericilerin Bakım Verme Yükü Ölçeği Min- Max ve Ortalama Puanlarının Dağılımı(n=85)

	Alınabilecek min-max Değerler	Alınan min-max Değerler	$\bar{X} \pm SD$
Bakım Verme Yükü Ölçeği	0 – 88	15 – 87	52.2 ± 21.1

Tablo 4’de bakım vericilerin bakım verme yükü ölçeği min-max ve ortalama puanlarının dağılımı görülmektedir. Bu tabloya göre bakım vericilerin işaretlenen bakım yükü puanının toplam alt değeri 15, üst değeri 87 ve ortalaması , $\bar{X} = 51.8 \pm 21.6$ olarak bulunmuştur. Yük değerlendirmesinde 0-26 kesme değeri, 27-33 orta seviyede yük, 35-88 aşırı yük olarak değerlendirilmektedir. Tablo 4 bulgularına göre, çalışmada yer alan bakım vericilerin ortalamasının üzerinde yük yaşadıkları belirlenmiştir.

4.4. Bakım Verenlerin Demografik Özelliklerine Göre Sağlık Eğitimi Gereksinimlerinin İncelenmesi

Tablo 5 : Bakım Verenlerin Demografik Özelliklerine Göre Sağlık Eğitimi Gereksinimi Puanlarının Karşılaştırılması(n=85)

Demografik Özellikler	n	Median	Min - Max	SD	Test Değeri	Anlamlılık Düzeyi
Yaş		102	35 – 105	22.5		
< 40	14	102	35 – 105	24.4	$X^2 = 3.051$	p = 0.218
40-59	51	105	35 – 105	21.3		
>59	20	100	35 – 105	24.7		
Yakınlık Derecesi		102	35 -105	22.5		
Anne	50	104	36 -105	22.8	$X^2 = 8.355$	p = 0.079
Baba	7	90	35 -105	31.6		
Çocuk	7	101	35 -103	24.9		
Kardeş	15	101	50 -105	15.5		
Diğer	6	104	75 -105	11.9		
Yaşadığı Yer		102	35 - 105	22.5		
İl	78	102	35 - 105	23.1	U = 207.5	p = 0.277
İlçe	7	103	94 - 105	3.9		
Cinsiyet		102	35-105	22.5		
Kadın	69	103	35-105	22.0	U = 372.5	p = 0.036
Erkek	16	91	35-105	24.2		
Medeni Durum		102	35 – 105	22.5		
Evli	65	103	35 – 105	20.1	$X^2 = 10.484$	p = 0.005
Bekar	8	92	35 – 105	23.6		
Dul+Boşanmış	12	81	36 – 105	27.7		
Eğitim Durumu		102	35 – 105	22.5		
Okur-yazar değil	6	105	99 – 105	2.5	$X^2 = 39.377$	p = 0.000
İlköğretim	42	105	37 – 105	10.9		
Lise	14	72	35 – 102	25.3		
Üniversite ve üzeri	23	90	35 – 105	23.1		

X^2 : Kruskal-Wallis testi; U: Mann-Whitney testi; p:Anlamlılık düzeyi(p<0.05).

Tablo 5 'te, bakım verenlerin demografik özelliklerine göre sağlık eğitimi gereksinimleri puanları verilmiştir.Bakım verenlerden

cinsiyeti kadın olanların sağlık eğitimi gereksinimleri puanları(SEGP), cinsiyeti erkek olanlara gore daha yuksek olup aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur($U = 372.5, p = 0.036$).

Bakım verenlerin medeni durumlarıyla SEGP karşılaştırıldığında; en yuksek puana gore, 1. Sırada evli, 2.sırada bekar, 3. Sırada dul+boşanmış olanlar bulunmaktadır ve puanlar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır($U = 10.484, p = 0.005$).

Eğitim durumu ile SEGP arasındaki ilişkiye bakıldığında ; ilköğretim mezunu olan bakım verenlerin SEGP istatistiksel açıdan anlamlı derecede yuksek bulunmuştur. ($X^2 = 39.377, p = 0.000$)

Tablo 6 : Bakım Verenlerin Durumsal Özelliklerine Göre Sağlık Eğitimi Gereksinimi Puanlarının Karşılaştırılması(n=85)

Durumsal Özellikler	n	Median	Min – Max	SD	Test Değeri	Anlamlılık Düzeyi
<u>Çalışma durumu</u>		102	35 – 105	22.5		
Evet	23	99	41 – 105	21.7	U = 595.5	p = 0.228
Hayır	62	103	35 – 105	22.9		
<u>Gelirin geçimini karşılama durumu</u>		102	35 – 105	22.5		
Evet	40	93	35 – 105	23.2	U = 601.5	p = 0.006
Hayır	45	105	36 – 105	21.1		
<u>Sosyal Güvence</u>		102	35 – 105	22.5		
Yok	2	104	103 – 105	1.4	U = 103	p = 0.020
Yeşil Kart	6	105	103 – 105	0.8		
SGK	77	102	35 – 105	23.1		
<u>Fiziksel hastalık</u>		102	35 – 105	22.5		
Var	32	102.5	36 – 105	23.7	U = 815	p = 0.756
Yok	53	102	35 – 105	21.9		
<u>Ruhsal hastalık</u>		102	35 – 105	22.5		
Var	9	105	75 – 105	11.5	U = 296	p = 0.496
Yok	76	102	35 – 105	23.4		
<u>Tanı yılı</u>		102	35 – 105	22.5		
2 yıl	2	105	105 – 105	0.0	X² = 13.895	p = 0.003
3-5 yıl	22	105	76 – 105	7.4		
6-10 yıl	27	102	35 – 105	23.8		
> 11	34	90	35 – 105	25.2		
<u>Yatış sayısı</u>	85	10	-	-	r = -0.90	p = 0.413
<u>Bakım yılı</u>	85	10	-	-	r = -0.351	p = 0.001
<u>Hasta Psikoterapi</u>		102	35 – 105	22.5		
Alıyor	52	105	35 – 105	17.6	U = 483.5	p = 0.000
Almıyor	33	90	35 – 105	25.9		
<u>Hasta Diğer Tedavileri</u>		102	35 – 105	22.5		
Alıyor	5	50	41 – 105	33.0	U = 129	p = 0.194
Almıyor	80	102	35 – 105	21.2		

X² : Kruskal-Wallis testi; U: Mann-Whitney testi; r:Spearman's testi; p:Anlamlılık düzeyi(p<0.05).

Tablo 6 'nın devamı

Durumsal Özellikler	n (85)	Median	Min - Max	SD	Test Değeri	Anlamlılık Düzeyi
<u>İlaç Uyumu</u>		102	35 – 105	22.5		
Zorla kabul	20	105	50 – 105	13.4	X² = 7.382	p = 0.061
Yardımla	19	102	45 – 105	16.5		
İkna ile	13	102	37 – 105	18.2		
Kendiliğinden	33	90	35 – 105	27.5		
<u>Psikoterapi uyumu</u>		102	35 – 105	22.5		
Zorla kabul	21	105	50 – 105	13.1	X² = 10.023	p = 0.018
Yardımla	17	103	72 – 105	11.9		
İkna ile	13	102	37 – 105	18.4		
Kendiliğinden	34	87	35 - 105	27.4		
<u>Daha önce eğitim alma durumu</u>		102	35 – 105	22.5		
Evet	9	41	36 – 90	20.4	U = 54.5	p = 0.000
Hayır	76	103	35 - 105	18.0		
<u>Öz bakımını Karşılalamama</u>					r = 0.648	p = 0.000
Yeme –içme	85	0			r = 0.313	p = 0.004
Banyo		1			r = 0.478	p = 0.000
Alışveriş		3	-	-	r = 0.594	p = 0.000
Yemek hazırlama		4			r = 0.349	p = 0.001
Çevre ilişkisi		3			r = 0.521	p = 0.000
Boş zaman		3			r = 0.407	p = 0.000
<u>İhtiyaç zamanı</u>			102	35 – 105	22.5	
Gündüz	71	103	35 – 105	18.9	U = 193.5	p = 0.000
Gece	14	70	36 – 105	25.5		
<u>Rol etkilenmesi</u>		102	35 – 105	22.5		
Evet	61	103	35 – 105	19.2	U = 511	p = 0.025
Hayır	24	86.5	35 - 105	26.7		

X² : Kruskal-Wallis testi; U: Mann-Whitney testi; r: Spearman's testi; p: Anlamlılık düzeyi(p<0.05).

Tablo 6'da bakım verenlerin durumsal özelliklerine göre sağlık eğitimi gereksinimi puanlarının(SEGP) karşılaştırılması verilmiştir. Tablo 6' ya göre, geliri geçimini karşılamayanların SEGP, geliri geçimini karşılayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur(U = 601.5, p = 0.006).

Sosyal güvencesi SGK olan bakım verenlerin SEGP, sosyal güvencesi yeşil kart olanlara veya sosyal güvencesi olmayanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur (U = 103, p = 0.020).

Hastaların tanı yılına göre, bakım verenlerin SEGP karşılaştırıldığında; en yüksek puana göre, 1. sırada hastasının tanı yılı 2 yıl veya 3 - 5 yıl olan , 2. sırada 6 - 10 yıl olan, 3. sırada 11yıl ve üzeri olan bakım verenler bulunmaktadır ve puanlar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($X^2 = 13.895$, p = 0.003).

Bakım verenlerin bakım yılına göre SEGP puanları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur(r = -0.035, p = 0.001). Bakım verme yılı arttıkça, SEGP düşmektedir.

Bakım verenlerden, hastası psikoterapi alanların SEGP, hastası psikoterapi almayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (U = 483.5, p = 0.000).

Hastaların psikoterapiye uyum durumlarına göre, bakım verenlerin SEGP arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre psikoterapiyi zorla kabul eden hastaların bakım verenlerinin SEGP'si, yardımla, ikna ile ve kendiliğinden kabul eden hastaların bakım verenlerinin SEGP'sine göre daha yüksektir($X^2 = 10.023$, p = 0.018).

Bakım verenlerden, şizofreni konusunda eğitim almayanların, SEGP, daha önce eğitim alanlara göre yüksek bulunmuş olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (U = 54.5, p = 0.000).

Hastaların öz-bakımlarını karşılayamama toplam puanlarıyla, bakım verenlerin SEGP arasında pozitif yönde iyi düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur($r = 0.648$, $p = 0.000$).

Hastası tarafından gündüz ihtiyaç duyulan bakım verenlerin SEGP'leri, hastası tarafından gece ihtiyaç duyulan bakım verenlerin SEGP'lerinden yüksek bulunmuş olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($U = 193.5$, $p = 0.000$).

İş veya aile yaşantısında rol etkilenmesi yaşayan bakım verenlerin SEGP, rol etkilenmesi yaşamayan bakım verenlerin SEGP'lerine göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur($U = 511$, $p = 0.025$).

4.5. Bakım Verenlerin Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Puanlarının İncelenmesi

Tablo 7: Bakım Verenlerin Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Puanlarının Karşılaştırılması (n=85)

Demografik Özellikler	n	Median	Min- Max	SD	Test Değeri	Anlamlılık Düzeyi	
Yaş		59	35- 105	21.1			
< 40	14	48	35- 105	22.2	X² = 0.951	p = 0.622	
40-59	51	62	35- 105	19.7			
>= 60	20	50.5	35- 105	24.3			
Yakınlık Derecesi		59	15-87	21.1			
Anne	50	62.5	15-87	20.8	X² = 7.042	p = 0.134	
Baba		30	19-78	24.2			
Çocuk		7	36	17-65			15.8
Kardeş		15	55	30-85			20.8
Diğer		6	67.5	36-76			18.1
Yaşadığı Yer		59	15-87	21.1			
İl	78	57	15-87	21.7	U = 213.5	p = 0.341	
İlçe	7	62	51-76	9.6			
Cinsiyet		59	15-87	21.1			
Kadın	69	62	15-87	20.2	U = 438.5	p = 0.202	
Erkek	16	36	19-85	24.2			
Medeni Durum		59	15-87	21.1			
Evli	65	62	19-87	20.3	X² = 3.180	p = 0.204	
Bekar	8	60	17-76	23.5			
Dul/Boşanmış	12	38.5	15-76	22.3			
Eğitim Durumu		59	15-87	21.1			
Okur-yazar değil	6	66.5	33-87	21.5	X² = 29.937	p = 0.000	
İlköğretim	42	68	36-85	13.1			
Lise	14	25.5	15-76	16.2			
Üniversite ve üzeri	23	34	17-85	21.4			

X² : Kruskal-Wallis testi; U: Mann-Whitney testi; p:Anlamlılık düzeyi(p<0.05).

Tablo 7’de Bakım Verenlerin Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Puanlarının Karşılaştırılması verilmiştir. Tablo 7’ye göre, eğitim durumu ilköğretim olan bakım verenlerin bakım yükü puanları (BYP), okur – yazar olmayan, lise mezunu olan veya üniversite mezunu olan bakım verenlere göre daha yüksek olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($x^2 = 29.937$, $p = 0.000$).

Tablo 8: Bakım Verenlerin Durumsal Özelliklerine Göre Yük Düzey Puanlarının Karşılaştırılması (n= 85)

Durumsal Özellikler	n	Median	Min Max	SD	Test Değeri	Anlamlılık Düzeyi
<u>Çalışma durumu</u>		59	15-87	21.1		
Evet		36	19-85	21.2	U = 568	p = 0.151
Hayır	23	62.5	15-87	20.9		
	62					
<u>Gelirin geçimini karşılama durumu</u>		59	15-87	21.1		
Evet	40	37	17-85	18.7	U = 504.5	p = 0.000
Hayır	45	105	15-87	20.4		
<u>Sosyal Güvence</u>		59	15-87	21.1		
Yok	2	62.5	51-74	16.2	U = 159.5	p = 0.208
Yeşil Kart	6	69	36-78	19.5		
SGK	77	57	15-87	21.4		
<u>Fiziksel hastalık</u>		59	15-87	21.1		
Var	32	56.5	15-87	23.8	U = 813.5	p = 0.754
Yok	53	59	17-78	19.6		
<u>Ruhsal hastalık</u>		59	15-87	21.1		
Var	9	64	19-87	22.5	U = 317	p = 0.721
Yok	76	58	15-87	21.1		
<u>Tanı yılı</u>		59	15-87	21.1		
2 yıl	2	36	36-36	0.0	X² = 10.256	p = 0.017
3-5 yıl	22	68	19-78	13.4		
6-10 yıl	27	39	19-74	19.8		
> 11	34	34	15-87	23.6		
<u>Yatış sayısı</u>	85	-	-	-	r = 0.99	p = 0.367
<u>Bakım yılı</u>	85	-	-	-	r = -0.114	p = 0.298
<u>Hasta Psikoterapi</u>		59	15-87	21.1		
Alıyor	52	65.5	17-85	19.8	U = 576	p = 0.011
Almıyor	33	39	15-87	21.2		
<u>Hasta Diğer Tedavileri</u>		59	15-87	21.1		
Alıyor	5	30	25-51	10.8	U = 91	p = 0.040
Almıyor	80	62	15-87	21.1		
<u>İlaç Uyumu</u>		59	15-87	21.1		
Zorla kabul	20	68.5	30-85	16.8	X² = 27.56	p = 0.000
Yardımla	19	64	19-78	18.0		
İkna ile	13	67	39-85	11.2		
Kendiliğinden	33	33	15-87	18.6		

X² : Kruskal-Wallis testi; U: Mann-Whitney testi; r: Spearman's testi ; p: Anlamlılık düzeyi(p<0.05).

Tablo 8'in devamı

Durumsal Özellikler	n= 85	Median	Min Max	SD	Test Değeri	Anlamlılık Düzeyi
<u>Psikoterapi uyumu</u>		59	15-87	21.1		
Zorla kabul	21	68	30-85	16.5	X² = 29.170	p = 0.000
Yardımla	17	68	19-78	17.6		
İkna ile	13	67	39-85	11.2		
Kendiliğinden	34	33	15-87	18.4		
<u>Daha önce eğitim alma durumu</u>		59	15-87	21.1		
Evet	9	21	15-36	6.6	U = 50.5	p = 0.000
Hayır	76	63	17-87	19.6		
<u>Öz bakımı</u>						
<u>Karşılama</u>						
Yeme -içme	85	-	-	-	r = 0.820	p = 0.000
Banyo					r = 0.521	p = 0.000
Alışveriş					r = 0.619	p = 0.000
Yemek hazırlama					r = 0.763	p = 0.000
Çevre ilişkisi					r = 0.606	p = 0.000
Boş zaman					r = 0.769	p = 0.000
<u>İhtiyaç zamanı</u>		59	15-87	21.1		
Gündüz	71	63	17-87	19.4	U = 184.5	p = 0.000
Gece	14	23	15-73	18.8		
<u>Rol etkilenmesi</u>		59	15-87	21.1		
Evet	61	66	19-87	18.1	U = 182.5	p = 0.000
Hayır	24	33	15-67	11.7		

X² : Kruskal-Wallis testi; U: Mann-Whitney testi; r: Spearman's testi ; p: Anlamlılık düzeyi(p<0.05).

Tablo 8'de bakım verenlerin durumsal özelliklerine göre yük düzey puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Bakım verenlerden, geliri geçimini karşılayanların BYP'si, geliri geçimini karşılamayanlara göre daha yüksek olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır(U = 504.5 p = 0.000).

Hastaların tanı yılına göre, bakım verenlerin BYP'si arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre hastasının tanı yılı 3 - 5 yıl olan bakım verenlerin bakım BYP'si , hastasının tanı yılı 2 yıl, 6 - 10 yıl veya 11 yıl ve üzeri olanlara göre anlamlı derecede yüksektir (x² = 10.256, p = 0.017).

Bakım verenlerden, hastası psikoterapi alanların bakım yükü puanları, hastası psikoterapi almayanlara göre daha yüksek olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($U = 576$, $p = 0.011$).

Hastası, diğer tedavi yöntemlerini almayan bakım verenlerin bakım yükü puanları, hastası diğer tedavi yöntemlerini alan bakım verenlerin puanlarından daha yüksek olup, aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($U = 91$, $p = 0.040$).

Hastaların ilaç tedavisine uyum durumlarına göre, bakım verenlerin bakım yükü puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($KW = 27.56$, $p = 0.000$). Buna göre ilaç tedavisini zorla kabul eden hastaların bakım verenlerinin bakım yükü puanları, ikna ile, yardımla ve kendiliğinden kabul eden hastaların bakım verenlerinin bakım yükü puanlarına göre daha yüksektir.

Hastaların psikoterapiye uyum durumlarına göre, bakım verenlerin bakım yükü puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 = 29.170$, $p = 0.000$). Buna göre psikoterapiyi zorla kabul eden hastaların bakım verenlerinin bakım yükü puanları, ikna ile ve kendiliğinden kabul eden hastaların bakım verenlerinin bakım yükü puanlarından daha yüksektir.

Bakım verenlerden, şizofreni konusunda eğitim almayanların, bakım yükü puanları, daha önce eğitim alanlara göre yüksek bulunmuş olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($U = 50.5$, $p = 0.000$).

Hastaların öz-bakımlarını karşılayamama toplam puanlarıyla, bakım verenlerin bakım yükü puanları arasında pozitif yönde kuvvetli düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur($r = 0.820$, $p = 0.000$).

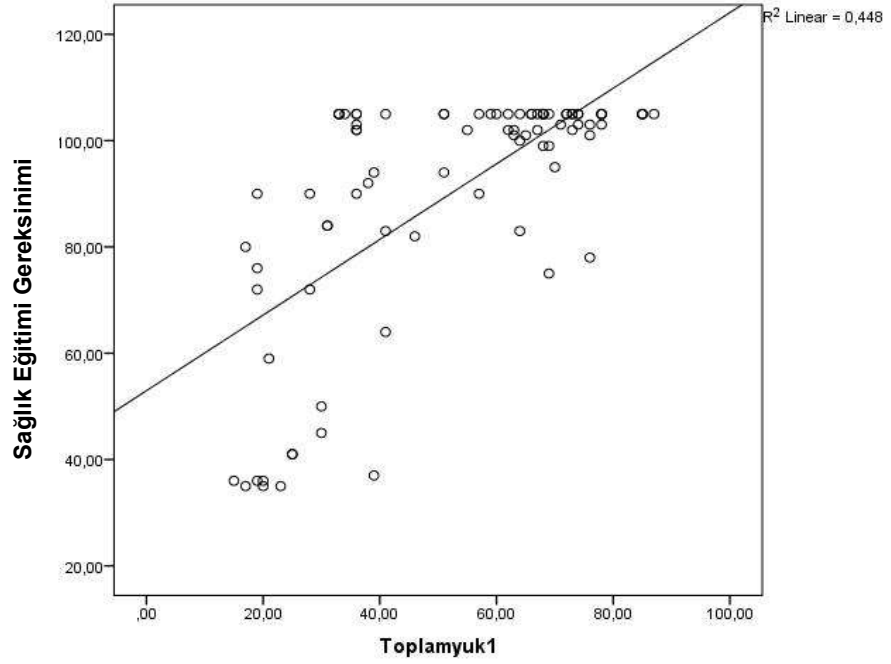
Hastası tarafından gündüz ihtiyaç duyulan bakım verenlerin bakım yükü puanları, hastası tarafından gece ihtiyaç duyulan bakım verenlerin bakım yükü puanlarından yüksek bulunmuş olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($U = 184.5$, $p = 0.000$).

İş veya aile yaşantısında rol etkilenmesi yaşayan bakım verenlerin bakım yükü puanları, rol etkilenmesi yaşamayan bakım verenlerin bakım yükü puanlarına göre yüksek olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır($U = 182.5$, $p = 0.000$).

Tablo 9: Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü Düzeyleriyle Sağlık Eğitimi Gereksinimleri Arasındaki İlişki(n=85)

	Bakım Verenlerin Sağlık Eğitimi Gereksinimleri Puanları
Bakım Verenlerin	$r = .605$
Bakım Verme Yükü	$r^2 = .36$
Düzeyi	$p = .000$

r:Spearman's korelasyon analizi; r^2 : Açıklayıcılık katsayısı;p:Anlamlılık düzeyi($p < 0.05$).



Şekil 3: Bakım verenlerin bakım verme yükü düzeyleriyle sağlık eğitimi gereksinimleri arasındaki ilişkinin serpmme grafiği (p<0.05).

Bakım verenlerin yük düzeyleriyle sağlık eğitimi gereksinimleri arasındaki ilişki, Spearman Korelasyon analizi ile değerlendirilmiş olup analiz sonucu Tablo 9'da ve Grafik 1 'de görülmektedir. Bu sonuca göre; bakım verenlerin yük düzeyleriyle sağlık eğitimi gereksinimleri arasında pozitif yönde, kuvvetli düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır($r = 0.605$, $r^2 = 36$, $p = 0.000$).

Tablo 10: Bakım verenlerin Bakım Verme Yükü Düzeyleriyle Sağlık Eğitimi Gereksinimi Alt Boyutları Arasındaki İlişki(n=85)

	Sağlık Eğitimi Gereksinimleri Alt Boyutları Puanları					
	Alt Boyut 1 SCH Belirtileriyle Baş etme	Alt Boyut 2 SCH Hakkında Genel Bilgiler	Alt Boyut 3 Günlük Yaşam Becerileri	Alt Boyut 4 Stresle Başetme	Alt Boyut 5 İletişim ve Sosyal İlişkiler	Alt Boyut 6 İş Bulma ve Çalışma Olanakları
Yük Düzeyi	r =.663	r = .475	r = .668	r = .559	r = .633	r = 436
	r ² =.43	r ² =.22	r ² =.44	r ² =.31	r ² =.40	r ² =.19
	p =.000	p = .000	p = .000	p = .000	p = .000	p = .000

r:Spearman's testi; r²= Açıklayıcılık katsayısı;p:Anlamlılık düzeyi(p<0.05).

Bakım yüküyle ile sağlık eğitimi gereksinimleri alt boyutları arasındaki ilişki, Spearman Korelasyon analizi ile değerlendirilmiş olup analiz sonucu Tablo 10'da görülmektedir. Bu sonuca göre; bakım verenlerin yük düzeyleriyle sağlık eğitimi gereksinimleri sırasıyla, 2.Altboyut (r = 0.475), 4.Altboyut (r = 0.559), ve 6.Altboyut (r = 0.436) arasında pozitif yönde, orta düzeyde, 1.Altboyut (r = 0.663), 3.Altboyut (r = 0.668) ve 5.Altboyut (r = 0.633) arasında pozitif yönde, kuvvetli düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır(p = 0.000).

5. TARTIŞMA

Şizofreni hastasına bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri, sağlık eğitimi gereksinimleri ve bakımın bir sonucu olarak oluşan bakım yükü arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik yapılan bu çalışmanın bulguları, ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Bakım Verenlerin Sağlık Eğitimi Gereksinimlerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Bu bölümde çalışmada yer alan bakım verenlerin sağlık eğitimi ihtiyaçları ve sağlık eğitimi ihtiyaçlarının bazı değişkenlerle ilişkisi ilgili literatür baz alınarak incelenmiştir.

Literatürde, şizofreni hastasının bakım verenlerine uygulanan psikoeğitim programlarına yönelik pek çok çalışma bulunmaktadır^{28,29,75,76,83,104,110,115,119,122}. Bu çalışmalarda bakım verenlerin sağlık durumları ve psikoeğitimin bakım verenler üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Ancak, bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimlerine yönelik sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır^{38,116,121,123,124}. Bu çalışmalardan birisi Babacan³⁸ tarafından yapılmış olup, bu çalışmaya göre bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimleri puan ortalamaları $\bar{X} = 2.42 \pm 0,66$ olarak bulunmuştur. Bu nedenle çalışmamızın bulgularını tartışırken bu iki çalışmanın bulguları kullanılacaktır.

Çalışmamıza göre bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimleri puan ortalamaları $\bar{X} = 2.57 \pm 0,64$ (**Tablo 3**) olup iki çalışmanın ortalama puan sonuçları benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza göre bakım verenlerin sağlık eğitimine en çok ihtiyaç hissettikleri alan; 6. alt boyut olan “ İş Bulma ve Çalışma Durumları ” alanıdır ($\bar{X}=2.68 \pm 0.67$). Eğitim ihtiyacı hissedilen diğer alanlar ise sırasıyla, “Şizofreni Hakkında Genel Bilgiler” ($\bar{X}=2.65 \pm 0.63$), “ İletişim ve Sosyal İlişkiler” ($\bar{X}=2.60 \pm 0.69$), “Şizofreni Belirtileri İle Baş Etme” ($\bar{X}=2.55 \pm 0.72$) , “Günlük Yaşam Becerileri” ($\bar{X}=2.53 \pm 0.73$) ve “Stresle Baş Etme” ($\bar{X}=2.41 \pm 0.74$) alanlarıdır.Bu bulgular Babacan³⁸'nın yaptığı çalışma bulgularıyla neredeyse aynıdır.

Babacan³⁸'nin yaptığı çalışmada, sağlık eğitimi ihtiyaç alanları sırasıyla, “Şizofreni Hakkında Genel Bilgiler” ,“İletişim ve Sosyal İlişkiler”, “Şizofreni Belirtileri İle Baş Etme”, “ İş Bulma ve Çalışma Durumları ” ,“ Günlük Yaşam Becerileri” ve “Stresle Baş Etme”dir. Her iki çalışmanın bulgularının benzer olması şizofreni hastalarıyla ilgili hizmetlerde sağlık eğitimi konusunun yer almadığını göstermektedir.

Bakım verenlerin iş bulma ve çalışma konusu ile sağlık eğitimi gereksinimi yüksek bulunmuştur. Bu sonucun, Türkiye’de ruhsal hastalığı bulunan bireylerin çalışmasına yönelik bir yapılanma ve örgütlenme bulunmamasına bağlı olduğu düşünülmektedir.Bunun yanında ruh sağlığı eylem planında korumalı işyerlerin uygulamasına geçilmesinin planlandığı belirtilmektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerin sağlık eğitimine en çok ihtiyaç duydukları konular, şizofreni hastalarının yasal hakları, şizofreninin türleri, toplumda şizofreni hastası olmanın getirdiği sorunlarla baş etme, şizofreni hastalarının iş bulma/çalışma olanakları, şizofreninin belirtileri, şizofrenide uygulanan diğer (psikososyal) tedavi yöntemleri, iş bulamama/çalışamamanın yarattığı sorunlarla baş etme, şizofreni hastaları ve yakınları için sosyal desteğin önemi, ilgi ve dikkat azalması ile

baş etme, şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlardan yola çıkarak, şizofreni hastasına bakım verenlerin şizofreni ile ilgili bilgi gereksinimlerinin karşılanmadığı ve her konuda sağlık eğitimi gereksinimlerinin olduğu düşünülmektedir. Bu bulgular literatürle uyumlu^{121,125,126} olmasına rağmen sıralamada değişiklikler bulunmaktadır. Sıralamadaki bu değişimin, bakım verenlerin demografik özellikleriyle, bilgiye ulaşma ve bilgiyi kullanma durumlarıyla, hastaya ve hastalığa karşı tutumlarıyla, hastayla ve hastalıkla ilgili beklentileriyle ve hastalıkla ilgili bilgi düzeyleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Babacan³⁸ 'nın çalışmasına göre, hasta yakınlarının sağlık eğitimine en çok gereksinim duydukları konular şizofreni hastalarının yasal hakları, şizofreninin tekrarlaması durumunda ortaya çıkan belirtiler, toplumda şizofreni hastası olmanın getirdiği sorunlar ile baş etme, şizofrenide uygulanan psikososyal tedavi yöntemleri, şizofreni ile ilgili özel grup veya dernekler, şizofreni hastaları ve yakınları için sosyal desteğin önemi, ilgi ve dikkat azalması ile baş etme, şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri ve şizofreninin zaman içinde gidişi ve sonlanması olarak belirlenmiştir.

Şizofreni hastasına bakım verenlerin her alanda sağlık eğitimi gereksinimleri bulunmaktadır ancak ülkemizde şizofreni hastasına bakım verenlere yönelik düzenli sağlık eğitimi programları yer almamaktadır. Ayrıca şizofreni hastasına bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimlerine yönelik yapılan çalışmalar sınırlı olduğu için karşılaştırma yapılamamaktadır. Bakım verenlere yönelik sağlık eğitimi konusundaki eksikliğin ülkemizdeki sağlığa yönelik politikadaki eksikliklerle ve sağlık hizmetlerin de bakım verenlere yönelik bir yapılandırmanın olmamasıyla ilgili olduğu düşünülmüştür.

Chien ve Norman¹¹, hasta yakınlarının en çok önem verdikleri konuları şizofreninin erken uyarıcı belirtileri, ilaç tedavisinin yan etkileri ve problem çözme becerileri olarak belirlemiştir. Mueser ve arkadaşları²¹ hasta yakınlarının en çok ilgilendikleri konuları ilaç tedavisi, ilaç tedavisinin yan etkileri ve ruh sağlığı sisteminden istediği şeyi elde etmek olarak bildirmişlerdir.

Sağlık eğitimi gereksinimi yaş,cinsiyet,rol etkilenmesi v.b. özelliklerden etkilenmektedir.

Çalışmamızda, bakım verenin rol etkilenmesi yaşayıp yaşamadığı, sosyal güvencesi, hastası tarafından ihtiyaç duyulduğu zaman aralığı ve hastanın öz-bakım bağımlılık düzeyi (**Tablo5**), sağlık eğitimi gereksinimini etkilemektedir. Buna göre rol etkilenmesi yaşayan, hastası tarafından gündüz ihtiyaç duyulan, sosyal güvencesi yeşil kart olan ve hastası öz-bakım konusunda bağımlı hastası olan bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimleri daha yüksektir. Literatür incelemesinde bu üç alanın, sağlık eğitimiyle etkileşimine yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Öz-bakım düzeyi, ihtiyaç duyulan zaman aralığı ve rol etkilenmesi yaşama durumunun yükükle de ilişkili olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bu alanlardaki sağlık eğitimi gereksiniminin yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Bu bulguyu, bakım verenin hastalıkla çoğu kez yalnız mücadele etmek zorunda kalması¹²⁷, artan sorumlulukla birlikte, günlük işleri yapmakta zorlanması¹²⁸ ve bununla baş edememesi¹²⁷ nedeniyle bilgi almak istemesi olarak açıklamak mümkündür.

Sosyal güvencesi yeşil kart olan bakım verenlerin ekonomik durumları daha düşük düzeyde olduğu için, sağlık hizmetine

ulaşamadıkları, düzenli tedavi ve takip edilemedikleri ve buna bağlı olarak sağlık eğitimi gereksinimlerinin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyi, sağlık eğitimi gereksinimini etkilemektedir. Bulgular, primer bakım verici olan bireylerin daha çok evli eğitim düzeyi düşük olan kadınlardan oluştuğunu göstermektedir.

Çalışma bulgularına göre cinsiyet bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimleriyle ilişkili bir faktör olarak ortaya çıkmış ve sağlık eğitimi gereksinimi anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu bulgu toplumumuzda hasta bakımının kadından beklenen bir sorumluluk olduğunu göstermektedir. Ayrıca evde bakım verenlerin genelde kadın, eğitim düzeyi düşük ve meslek sahibi olmayan kişiler olması nedeniyle sağlık eğitimi gereksinimlerinin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Medeni durum, sağlık eğitimi gereksinimini etkileyen durumdur. Bakım verenlerden, evli olanların sağlık eğitimi gereksinimi(**Tablo5**) daha yüksek bulunmuştur($p<0.05$). Babacan³⁸ tarafından yapılan çalışmada da medeni durumun sağlık eğitimi ihtiyacını etkilediği bulunmuştur. Bu bulgu cinsiyet faktörü ile birlikte düşünüldüğünde kadın ve evli olanların toplumsal sorumluluk olarak eşlerine bakmaları konusundaki beklentiyi ortaya koymaktadır. Ayrıca sonucun nedeni olarak, evli olan bakım verenlerin hasta eşlerine bakmak ve onlarla ilgilenmek için daha çok zaman harcadıkları, günlük yaşam aktiviteleri ve sorumluluklarını yerine getirirken daha çok zorlandıkları, dolayısıyla bu süreçle baş edebilmek için sağlık eğitimi gereksinimlerinin daha yüksek olduğu şeklinde düşünülebilir.

Çalışmaya göre, sağlık eğitimi gereksiniminin, eğitim durumundan etkilendiği, ilköğretim mezunu olan bakım verenlerin puanlarının daha yüksek olduğu (**Tablo 5**) bulunmuştur ($p < 0.01$). Sonuçlar literatürle uyumludur^{27,38}. Bu durum, genel eğitim düzeyinin, bilgiye ulaşma, bilgiyi anlamlandırma ve bilgiyi uygulama yönünden etkili olduğu şeklinde değerlendirilebilir.

Babacan³⁸'in, çalışmasında; şizofreni hakkında genel bilgiler boyutuyla ilgili olarak okuryazar/ilkokul mezunu olan hasta yakınlarının sağlık eğitimine daha çok gereksinim duydukları belirtilmiştir.

Eğitim durumu ilkokul olan bakım verenlerin, bilgiye ulaşma , bilgiyi anlamlandırmalarının eğitim durumu yüksek olanlara göre daha zor olduğu bu nedenle sağlık eğitimi gereksinimlerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Ayrıca literatürde eğitim düzeyi düşük olan bakım verenlerin bakım süreci nedeniyle sağlık riskinin daha yüksek olduğu²⁷ ve bakım süreciyle daha iyi baş edebilmeleri için bilgi ihtiyaçlarının daha fazla olduğu belirtilmiştir.

Ekonomik durumu yetersiz olanların sağlık eğitimi gereksiniminin daha yüksek olduğu (**Tablo 6**) bulunmuş olup ($p < 0.05$) , sonuç literatürle uyumludur. Ekonomik durumun yetersiz oluşunun yükü arttırdığı^{28,82}, sağlık hizmetine (tedavi ve takip) düzenli ulaşımı engellediği, bireyin bakım süreciyle baş etmede problemler yaşamasına neden olduğu ve dolayısıyla bireyin sağlık eğitimi gereksiniminin arttığı düşünülmektedir. Babacan³⁸, gelir düzeyi düşük hasta yakınlarının stresle baş etme, iş bulma ve çalışma durumları boyutunda sağlık eğitimine daha çok gereksinim duyduğunu saptamıştır.

Bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksiniminin, tanı yılı arttıkça azaldığı (**Tablo 6**), bulunmuştur($p<0.05$). Çalışmaya katılan bakım verenlerin yük düzeyleri zaman içinde azaldığı için sağlık eğitim gereksinimlerinin de azaldığı düşünölmektedir. Bunun nedeni olarak, hem bakım verenlerin hem de hastaların zaman içinde hastalık süreciyle baş etmeyi öğrendikleri ya da durumu kabullendikleri, talep etmekten vazgeçtikleri ve sağlık eğitim gereksinimlerini göz ardı ettikleri için sağlık eğitim gereksinimlerinin azaldığı söylenebilir.

Bakım yılı ile sağlık eğitim gereksinimi arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır (**Tablo6**). Bakım süresi arttıkça, sağlık eğitim gereksinimi azalmaktadır($r=-0.351$, $p<0.05$). Bu azalmanın nedeninin, bakım verenin bakım yılı arttıkça, hastalık ve bakım süreci hakkında bilgi sahibi olmasından kaynaklandığı düşünölmektedir.

Hastanın psikoterapi alması ve psikoterapiye uyum düzeyinin, bakım verenin sağlık eğitim gereksinimini etkilediği (**Tablo 6**) bulunmuştur($p<0.05$). Bu bulgu, hastaların %60'nın psikoterapiye zorla, ikna ile veya yardımla gittikleri bulgusu ile birleştirilerek düşünöldüğünde; bakım verenin bu durumla nasıl baş edeceğini bilmemesi veya yanlış baş etme yöntemleri kullanması sonucunda yükünün artması, yükteki artışa bağlı olarak da sağlık eğitim gereksiniminin artması ile açıklamak mümkündür.

Daha önce şizofreni konusunda eğitim alanların sağlık eğitim gereksinimleri puanları (**Tablo6**) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. Bu bulgu bakım verenlerin aldıkları eğitimin, yeterli ve etkili olduğunu, bakım verenlerin bakım süreci ile ilgili bilgi sahibi olmalarını sağladığını göstermektedir. Literatürde Şizofreniyle ilgili eğitim almayan hasta yakınlarının sağlık eğitimine daha çok gereksinim duydukları³⁸,

eğitim alanların hastalıkla ilgili bilgi ve tutumlarının olumlu yönde geliştiği belirtilmiřtir⁹⁸.

5.2. Bakım Verenlerin Demografik Özellikleri ile Bakım Yüğü Bulgularının İncelenmesi

Bakım verenlerin bakım verme yüğü puan ortalamaları incelendiğinde (**Tablo 3**); bakım yüğü puan ortalamaları 52.2 ± 21.1 olarak bulunmuştur. Schreiner'in¹²⁴ çalışması sonucunda Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin kesme değerleri 24 - 26 olarak kabul edilmiştir. Maldonado ve arkadaşlarının¹²⁵ çalışmasında ise , 0 - 26 arasındaki ölçek puanları "yük yok", 27 - 33 arasındaki ölçek puanları "orta yük", 34 - 88 arasındaki ölçek puanları "aşırı yük" olarak değerlendirilmiştir. Bu değerler doğrultusunda, araştırma gurubundaki bakım vericilerin bakım yüklerinin oldukça yüksek olduğu görölmüştür.Yapılan bir çok çalışmada, şizofreni hastasının bakım vericilerinin bakım yükünün, yüksek seviyede olduğu ortaya konmuş olup^{28,38},bu sonuçlar çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Durmaz'ın¹²⁶, 62 şizofreni hastası bakım vericisiyle yaptığı çalışmada, bakım vericilerin ortalama yük puanlarının $\bar{X} = 68.64 \pm 18.60$ olarak bulunmuştur.

Eğitim düzeyine göre bakım yüğü incelendiğinde(**Tablo 7**); eğitim düzeyi ilköğretim olanların medyan değerleri 68 ve okuma-yazması olmayanların medyan değerleri 66.5 olan bakım vericilerin daha yüksek puanlara sahip olduğu belirlenmiş ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görölmüştür($p < 0.05$). Bu yüksekliğin nedeni, bakım vericilerin hem hastalık hakkında hem de hastalık semptomlarıyla baş etme konusunda bilgi eksikliklerinin olmasıyla ilgili olabilir.

Arslantaş⁸⁸ ve Tanrıverdi²⁸'nin yaptığı çalışmalarda da eğitim düzeyi düşük olanlarda yük düzeyinin arttığı sonucuna varılmış olup, bu sonuçlar araştırma sonucuyla benzerlik göstermektedir. Eğitim düzeyinin, bilgiye ulaşma ve bilgiyi kullanma durumunu ve dolayısıyla hastalıkla baş etme sürecini etkilediği, bunun sonucu olarak yükün etkilendiği düşünülmektedir. Eğitim düzeyi arttıkça bilgi yükünün ve bilgiye ulaşmanın arttığı dolayısıyla yük düzeyinin azaldığı düşünülmektedir.

Çalışmada, ekonomik durum, bakım yükünü etkileyen bir değişken olarak belirlenmiştir (**Tablo 8**). Bakım verenlerden, geliri geçimini karşılamayanların, bakım yükü puanları, karşılayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Ekonomik durumu kötü olanların sağlık hizmetine yeterince ulaşamadıkları, bu durumun hastalık sürecini olumsuz etkilediği ve bunun sonucu olarak bakım yükünü arttırdığı düşünülmektedir.

Literatürde Gülseren ve arkadaşlarının¹⁰⁰ şizofreni hastalarının bakım verenlerinin yüklerini incelediği gelir durumu yetersiz olan aile üyelerinin daha çok yük yaşadıkları bulunmuştur. Çetin'in¹²⁸ yaptığı çalışmada da gelir durumunun yetersiz olmasının aile yükünü etkilediği sonucuna varılmıştır.

Çalışmada, tanı yılının bakım yükünü etkilediği (**Tablo 8**) ve en yüksek yük düzeyinin 3-5 yıl arasında görüldüğü (median = 68), daha sonra zamanla yük düzeyinin düştüğü bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu sonuca, tanı yılı arttıkça hem bakım verenin hem de hastanın, hastalık sürecine uyumunun artmasının ve zamanla hastalık sürecini yönetebilmelerinin neden olduğu düşünülmektedir. Arslantaş ve arkadaşları⁸² yaptıkları çalışmada hastalık süresinin bakım verenlerin yükünde önemli bir etken olduğunu bildirmişlerdir. Yinede literatürde tanı yılı arttıkça bakım yükünün

de arttığını gösteren çalışmalarda mevcuttur. Gülseren¹⁰⁰ ve Aydın³¹ tarafından yapılan çalışmalarda, tanı yılı arttıkça, bakım yükünün de arttığı bulunmuştur.

Bakım yükü ile bakım yılı arasında negatif yönde bir ilişki olduğu (**Tablo 8**) ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur($p>0.05$). Bu bulguya göre hasta yakınlarının bakım yükünün bakım yılından etkilenmediği saptanmıştır.

Bakım yükü ile ilişkili bir diğer durumun ilaç uyumu ve psikoterapi uyumu olduğu belirlenmiştir($p<0.05$). Çalışmada yer alan bakım verenlerin %62'si ilaç tedavisini, %60'ı psikoterapiyi hastalarına zorla, ikna ile veya yardım ile kabul ettirebildiklerini ifade etmişlerdir (**Tablo8**). İlaç veya psikoterapi uyumu “zorla, ikna ile veya yardım ile ” olan hastaların bakım verenlerinin yükleri yüksek bulunmuştur. Bu sonucun, bakım verenlerin, hastalarının tedavilerine uyumu konusunda zorlanmaları, sorumluluklarının artması, hasta ile problem ve çatışma yaşamaları ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Benzer şekilde Arslantaş⁸² ve Sales¹³³, ilaç alımı konusunda bakım verene bağımlılık arttıkça, bakım verenin sorumluluğunun arttığını, diğer yaşam rollerine yeterince zaman ayıramadığını dolayısıyla bakım verenlerin yük düzeyinin de arttığını belirtmişlerdir. Psikoterapi alan hastaların bakım verenlerinin yükü (**Tablo 8**) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur($p<0.05$). Bunun nedeninin, psikoterapi alan hastaların %60'ının tedaviyi, zorla, ikna ile veya yardım ile almaları, dolayısıyla bakım verenin sorumluluğunun artması olduğu düşünülmektedir. Literatürde, hasta tedaviyi reddettiği zaman¹²⁶ yada tedaviyi zorla, ikna ile veya yardım ile aldığı⁸², aile üyelerinin sorumluluğunun ve yükünün arttırdığına ilişkin sonuçlar bulunmaktadır. Bu nedenle çalışma bulgularının literatürle benzerlik taşıdığı söylenebilir. Ayrıca psikoterapiden yararlanma düzeyinin, kişinin hastalığına ve

tedavisine tutumunu, dolayısıyla bakım verenin yükünü etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Diğer tedavi yöntemlerini (EKT,grup terapisi,sosyal destek, dernek etkileşimi v.b) alan hastaların yakınlarının bakım yükleri(**Tablo 8**) almayanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur($p<0.05$). Literatürde bu konuyla ilgili olarak, Çetinkaya⁷⁶, Tomruk¹³¹ ve Sungur¹³² diğer tedavi yöntemlerinin hastaların belirtilerinin şiddetini ve tekrarlı yatış sayısını azalttığını belirtmişlerdir.

Hastaların öz-bakım düzeylerinin, bakım vericilerin yüklerini etkilediği (**Tablo 8**), ve öz-bakımını karşılayamama düzeyi arttıkça, bakım yükünün de arttığı saptanmıştır($p<0.05$). Hastanın öz-bakımını karşılayamama düzeyi arttıkça bakım verenin sorumluluğunun da arttığı ,günlük yaşam aktivitelerine daha az zaman ayırmak zorunda kaldığı ve buna bağlı olarak bakım yükünün arttığı düşünülmektedir.Arslantaş⁸² banyo, yemek yeme, yemek hazırlama gibi öz- bakım aktivitelerindeki bağımlılığın artmasının , yükü arttırdığını belirtmiştir.

Bakım vericiye duyulan ihtiyaç zamanı (**Tablo 8**), yük ile ilişkili bulunmuştur($p<0.05$).Hastası tarafından gündüz ihtiyaç duyulan bakım verenlerin yük puanları daha yüksektir. Bunun nedeninin, ailelerin gün içinde hem hastanın ilaç uygulamaları, bireysel hijyeni gibi konulara, hem de kendileriyle ilgili diğer yaşam rollerine ve diğer aile üyelerine zaman ayırmak zorunda kalmaları olarak belirtilmiştir⁸².

Rol etkilenmesi yaşamanın yük düzeyini etkilediği (**Tablo 8**), rol etkilenmesi yaşayanların bakım yüklerinin anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur($p<0.05$).Literatürde de aile içindeki rol etkilenmesinin bakım yükünü etkilediğine, rol etkilenmesi yaşayan bakım verenlerin

yüklerinin fazla olduğuna dair bulgular bulunmuş olup ^{56,33} sonuçlar, çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Bunun nedeninin rol etkilenmesi yaşayan bakım verenlerin, günlük yaşam aktivitelerini ve bakım verme dışındaki sorumluluklarını yerine getirememeleri veya bu sorumlulukları yerine getirmede zorlanmaları olduğu düşünülmektedir.

5.3. Bakım Verenlerin Sağlık Eğitimi Gereksinimleri ile Bakım Yükü Bulgularının İncelenmesi

Çalışma sonucuna göre, bakım verenlerin yük düzeyleriyle sağlık eğitimi gereksinimleri arasında **(Tablo9)** pozitif yönde, kuvvetli düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır($r = 0.605$, $p < 0.05$). Bu sonuç araştırmanın **“Şizofreni hastalarına bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimleri ile bakım yükleri arasındaki anlamlı bir ilişki vardır.”** hipotezini doğrulamaktadır.

Bu sonuca göre, şizofreni hastasına bakım verenler bakım verme yükü yaşamakta ve hastalık süreciyle baş edebilmek için, her bakım verene özgü, kapsamlı bir sağlık eğitimine ihtiyaç duymaktadırlar.

Son yıllarda yapılan araştırmalar göstermiştir ki, bakım süreci stres dolu⁷⁶ bakım vericilerin yaşam kalitelerini önemli oranda düşüren ve daha yüksek yük algısına neden olan bir süreç olup,^{28,134} bakım verenlerin sağlıklarını etkilemektedir^{27,56}. Özellikle aile işlevleri, aile içi ilişkiler ve aile içinde paylaşılan roller bu durumdan oldukça fazla etkilenerek ailenin sorun yaşamasına neden olabilmektedir^{76,134,135}.

Ülkemizde şizofreni hasta yakınlarının tamamının hasta bakımında güçlük yaşadıklarını ²⁹ ancak bakım verenlerin gereksinimlerine yönelik verilen psiko eğitimlerle³⁸ hasta yakınlarının

hastalık semptomlarını ve bakım sürecini etkin şekilde ele alabileceklerini ve yük düzeylerinin azaltılmasına destek sağlanılabileceği belirtilmektedir^{28,29,56}.

Bu nedenle ailelerin hastalıkla ilgili bilgi düzeyleri, hastalıkla ve hastayla ilgili tutumları, hastadan beklentileri, aile işlevleri değerlendirilmeli yapılan bu değerlendirmeler sonucunda aile

6. SONUÇLAR

Şizofreni hastalarına bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimleri ve bakım yükleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın genel sonuçları şöyledir;

6.1. Bakım verenlerin demografik özellikleri ve sağlık eğitimi gereksinimlerine ilişkin sonuçlar ;

-Bakım verenlerin SEG puan ortalamaları $\bar{X} = 2.57 \pm 0.64$ olup bu değer ortalamanın üzerindedir.

-Sağlık eğitimine en çok ihtiyaç duyulan alan 6. Altboyut olan "İş bulma ve çalışma" alanıdır. İhtiyaç duyulan diğer alanlar sırasıyla, şizofreni hakkında genel bilgiler, iletişim ve sosyal ilişkiler, şizofreni belirtileri ile baş etme, günlük yaşam becerileri ve stresle baş etmedir.

-Kadın bakım verenlerin SEG, erkek bakım verenlerden daha fazladır($U=372.5$, $p=0.036$).

-Evli olan bakım verenlerin SEG, bekar veya boşanmış/dul olanlara göre daha fazladır($\chi^2=10.484$, $p=0.005$).

-Okur-yazar olmayan ve ilköğretim mezunu olanların SEG'leri eşit olup, lise veya üniversite mezunu olanlara göre daha fazladır($\chi^2=39.377$, $p=0.000$).

-Geliri geçimini karşılamayanların SEG, karşılayanlara göre daha fazladır($U=601.5$, $p=0.006$).

-Sosyal güvencesi yeşil kart olanların SEG, sosyal güvencesi SGK olanlara göre daha fazladır($U=103$, $p=0.020$).

- Hastaların tanı yılına göre, bakım verenlerin SEGP karşılaştırıldığında; en yüksek puana göre, 1.sırada tanı yılı 2 veya 3 - 5 yıl olan, 2. sırada 6 - 10 yıl olan, 3. sırada 11yıl ve üzeri olan bakım verenler bulunmaktadır ($X^2 = 13.895$, $p = 0.003$).

-Bakım yılı arttıkça, SEG azalmaktadır($r=-$).Hastası psikoterapi alnlarda SEG , almayanlara göre daha yüksektir($U=483.5$, $p=0.000$).

-Hastası zorla psikoterapi kabul eden bakım verenlerin SEG, yardımla,ıkna ile ve kendiliğinden alanlara göre daha yüksektir($X^2=10.23$, $p=0.018$).

-Daha önce şizofreni ile ilgili eğitim almış olanların SEG , almayanlara göre daha düşüktür($U=54.5$, $p=0.000$).

-Hastanın öz-bakımını karşılayamama düzeyi arttıkça, bakım verenlerin SEG de artmaktadır($r=0.648$ $p=0.000$).

-Hastası tarafından gündüz ihtiyaç duyulan bakım verenlerin SEG, gece ihtiyaç duyulanlara göre daha fazladır($U=193.5$, $p=0.000$).

-Rol etkilenmesi yaşayan bakım verenlerin SEG, yaşamayanlara göre daha fazladır($U=511$, $P=0.025$).

6.2. Bakım verenlerin demografik özellikleri ve bakım yüklerine (BY) ilişkin sonuçlar ;

-Eğitim durumu ilköğretim olan bakım verenlerin BY'leri, okur-yazar olmayan, lise veya üniversite mezunu olanlarda ndaha fazladır($X^2=29.937$, $p=0.000$).

-Geliri geçimini karşılamayan bakım verenlerin BY'leri, karşılayanlardan daha fazladır($U=504.5$, $p=0.000$).

-Tanı yılı 3-5 yıl arasında olan hastaların bakım verenlerinin BY'leri, diğerlerine göre yüksek bulunmuştur($X^2=10.256$, $p=0.017$).

-Psikoterapi alan hastaların bakım verenlerinin BY'leri, almayanlara göre daha yüksektir($U=576$, $p=0.011$).

-Hastası, diğer tedavi yöntemlerini almayan bakım verenlerin BY'leri, alanlara göre daha yüksektir($U=91$, $p=0.040$).

-İlaç uyumu "zorla " olan hastaların bakım vericilerinin BY'leri, yardımla, ikna ile veya kendiliğinden alanlara göre daha yüksektir($X^2=27.56$, $p=0.000$).

-Psikolojik tedaviye uyumu "zorla" veya yardımla olan hastaların bakım verenlerinin BY'leri, ikna veya kendiliğinden olanlara göre daha fazladır($X^2=29.170$, $p=0.000$).

-Daha önce şizofreni konusunda eğitim almayanların BY'leri, eğitim alanlardan daha fazladır($U=50.0$, $p=0.000$).

-Hastanın öz-bakımını karşılayamama durumu arttıkça, bakım yükü artmaktadır($r=0.820, p=0.000$).

-Hastası tarafından gündüz ihtiyaç duyulanlarda, BY daha fazladır($U=184.5, p=0.000$).

-Rol etkilenmesi yaşayan bakım verenlerde yük daha fazladır($U=182.5, p=0.000$).

6.3. Sağlık eğitimi gereksinimi ve bakım yükü

- Bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimi arttıkça, yük düzeyi artmaktadır($r=0.605, p=0.000$).

-Bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimleri alt boyut puanları arttıkça, yük düzeyleri artmaktadır.

Şizofreni hastasına bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimleri ve bakım yükleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yürütülen bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulabilir;

1.Şizofreni hastasına bakım veren bireylerin yüksek düzeyde yük yaşama açısından riskli bir grup olduğunun bilinmesi, özellikle eğitim düzeyi düşük, geliri geçimini karşılamayan, hastasına 6 yıldan daha az süredir bakım veren, şizofreni konusunda eğitim almamış, rol etkilenmesi yaşayan, hastası tarafından daha çok gündüz ihtiyaç duyulan, hastası psikoterapi alan ve hastasının ilaç ve psikoterapi uyumu zor olan bakım verenlerin yük açısından değerlendirilmesi,

2. Şizofreni hastasına bakım verenlere yönelik gruplar veya eğitim programları oluşturulurken, bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimleri ile, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durumu, bakım süresi, hastalık süresi gibi değişkenlerin dikkate alınarak grupların oluşturulması ve eğitim programlarının içeriğinin bu değişkenler göz önünde bulundurularak belirlenmesi,

3. Her bakım verenin yaşadığı günlük farklı olacağından, bireylerin yaşadığı yükü ve gereksinimleri belirleyen standart formların oluşturulması,

4.Şizofreni ile ilgili eğitim almamış bakım verenlerde bakım yükü daha yüksek olduğundan; şizofreni hastasına bakım veren ailelerin hastalık süreciyle ve yaşadıkları problemlerle etkili bir şekilde baş edebilmelerine yönelik kapsamlı, düzenli, sürekli ve bakım verenlerin kapasitelerine uygun eğitim programlarının oluşturulması ve bu programların tüm psikiyatri hizmetlerinde (klinik, poliklinik, dernek) rutin uygulamalar olarak verilmesi,

5.Şizofreni hastasına bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimleri belirlendikten sonra oluşturulacak ve uygulanacak eğitim programlarının, bakım verenlerin yük düzeyine olan etkisine yönelik araştırmalar yapılması

6. Sağlık eğitimi gereksiniminin karşılanmasında multidisipliner çalışmanın benimsenmesi,

7.Bakım verenlere yönelik etkileşim grupları oluşturulması.

8. Sağlık eğitiminin, hasta ve yakınlarına verilen hizmetin içinde yapılandırılması ve politikalarla desteklenmesi.

9. Ruhsal hastalığı bulunan bireylere yönelik korumalı işyerlerinin ve istihdam alanlarının oluşturulması.

7. ÖZET

Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Sağlık Eğitimi Gereksinimleri Ve Bakım Yükleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu çalışmanın amacı, şizofreni hastasına bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimleriyle bakım yükleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Araştırmanın örneklemini, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Psikiyatri Polikliniğinde izlenen 58, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğinde izlenen 27 olmak üzere toplam 85 bakım veren oluşturmaktadır.

Araştırma verileri, Tanıtıcı Özellikler Formu, Sağlık Eğitimi Gereksinimleri Formu ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği ile toplanmıştır.

Bakım verenlerin sağlık eğitim gereksinimi 6 alt boyutta incelenmiş olup, sağlık eğitimine ihtiyaç duyulan boyutların sırasıyla, “İş Bulma ve Çalışma”, “Şizofreni Hakkında Genel Bilgiler”, “İletişim ve Sosyal İlişkiler”, “Şizofreni Belirtileri İle Baş etme”, “Günlük Yaşam Becerileri” ve “Stresle Baş Etme” boyutları olduğu belirlenmiştir. Test sonuçlarına göre; sağlık eğitimi gereksinimi ve bakım yükü arasında pozitif yönde kuvvetli düzeyde ilişki saptanmıştır. Sağlık eğitimi gereksiniminin; bakım verenin cinsiyetine, medeni durumuna, eğitim durumuna, gelir durumuna, sosyal güvencesine, şizofreni konusunda eğitim almasına, bakım süresine, rol etkilenmesi yaşamasına, hastanın hastalık süresine, psikoterapi almasına, psikoterapiye uyumuna, özbakım düzeyine ve bakım verene ihtiyaç duyduğu zaman dilimine göre anlamlı düzeyde farklılık

gösterdiği bulunmuştur. Ayrıca bakım verenin eğitim durumu, ekonomik durumu, rol etkilenmesi yaşaması, şizofreni konusunda eğitim almasıyla, hastaların hastalık süresi, psikoterapi ve diğer tedavileri alma durumu, ilaç ve psikoterapilere uyum düzeyi, özbakım düzeyi, bakım verene ihtiyaç duyduğu zaman dilimiyle yük düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Şizofreni hastasına bakım verenlerin, verilen eğitimlerden istedik düzeyde yararlanabilmesi ve yük düzeylerinin azaltılabilmesi için, gereksinimleri belirlenmeli ve bu gereksinimlere yönelik eğitim programları oluşturulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Bakım Yüğü, Sağlık Eğitimi Gereksinimi, Bakım Veren.

8. SUMMARY

Identification of the relationship between health education need and burden of care of the people caring for schizophrenic patients.

The aim of this study is to determine the relationship between health education needs and burden of care of people caring for schizophrenic patients.

The cases in this study were gathered from Gazi University Psychiatric Clinic Health Research and Applied Psychiatric Clinic where 58 health care professionals were monitored and the Faculty of Medicine at Ankara University with 27 monitored health care staff. The total number of cases was 85.

The research data was collected through a Descriptive Characteristics Questionnaire, Health Education Requirements Questionnaire and the Burden Interview.

The health care training requirements consisted of 6 training needs dimensions, respectively: "Employment and Labour", "General Information About Schizophrenia", "Communication and Social Relations", "Coping With The Symptoms of Schizophrenia," "Daily Life skills "and" Coping with Stress".

According results there is a strong positive correlation between health education requirements and burden.

There was significant variation within the education needs of health care professionals, according to: caregiver gender, marital status, education level, income level, social assurance etc.

In addition, lots of factors , economic status, psychotherapy and other treatments, training on schizophrenic patients, the duration of the patient's illness, psychotherapy and other treatments, were regarding burden.

The training needs assessment together with training programs should be established in order that health care professionals could benefit from trainings as well as to reduce the burden of care.

Key Words: Schizophrenia, Burden, Health Education Requirements.

9. KAYNAKLAR

1. Ertan T. Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi 2008; 62: 25-30.
2. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. İkinci Baskı. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi; 2001.
3. Soygür H. Şizofreni ve yaşam niteliği. Klinik Psikiyatri 2003; 14:1:9.
4. Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatrik Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı. Köroğlu E (Çev), Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR) , Ankara, Hekimler Yayın Birliği; 2001.
5. Okay T, Göka E. Psikiyatrik hospitalizasyondan rehabilitasyona. 3P Dergisi 2000; (8):5-10.
6. Doğan O. Psikiyatrik Epidemioloji. İzmir: Ege Psikiyatri Yayınları; 2002.
7. Öztürk O. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 10. Basım. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2004.
8. World Health Organization. The world health report. Mental health : new understanding, new hope. Burden of mental health and behavioural disorders. chapter 2. 2001(15.06.2011) www.who.int/whr/2001
9. The WPA Global Programme Against Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia. Geneva,1996.

10. Davidson GJ, Neale JM, Kring AM. Abnormal Psychology Ninth Edition John Wiley & sons, Inc. 2004 318-356,
11. Chien WT, Norman I. Educational needs of families caring for Chinese patients with schizophrenia. Journal of Advanced Nursing 2003; 44(5): 490–498.
12. Yıldız M. Şizofreninin nedenleri üzerine ruhsal ve toplumsal yaklaşımlar. İçinde: Ceylan E, Mesut Ç Ed. Araştırma ve Klinik Uygulamalarda Biyolojik Psikiyatri: 3. Baskı . İstanbul: Yerküre tanıtım ve yayıncılık; 2005. 613-620.
13. Pickens J. Formal and informal care of people with psychiatric disorders: historical perspectives and current trends. Journal Of Psychiatric Nursing 1998; 36: 37-38.
14. Rowlands P. The challenge of implementation, advances in Psychiatric Treatment .The NICE Schizophrenia guidelines 2004; 10: 403–412.
15. Murray-Swank A, Dixon LB, Stewart B. Practical interviewing strategies for building an alliance with the families of patients who have severe mental illness. Psychiatry Clinics North America 2007; 30(2): 167-180.
16. Doornbos M. Professional Support for Family Caregivers of People With Serious and Persistent Mental Illnesses. Journal of Psychosocial Nursing 2001; 39 (12): 39-45.
17. Ferriter M, Huband N. Experiences of parents with a son or daughter suffering from schizophrenia. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2003; 10: 552-560.

18. Saunders J. Families living with severe mental illness: A Literature Review. *Issues in Mental Health Nursing* 2003; 24: 175-198.
19. Perlick DA, Hohenstein JM, Clarkin JF, Kaczynski R, Rosenheck RA. Use of mental health and primary care services by caregivers of patient with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar Disorders* 2005; 7: 126-135.
20. Schulz R, Sheerwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *American Journal of Nursing* 2008; 108(9): 23-26.
21. Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C, Malangone C & Maj M. Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Social Science & Medicine* 2005; 61: 313-322.
22. Murray-Swank A, Glynn S, Cohen AN, Sherman M, Medoff DP, Fang LJ, et al. Family contact, experience of family relationship, and views about family involvement in the treatment among veterans with serious mental illness. *Journal of Rehabilitation Research & Development* 2007; 44(6): 801-812.
23. Provencher HL, Mueser KT. Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 1997; 26: 71-80.
24. Gülseren L. Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13(2): 143-151.
25. İnci FH. Bakım verme yükü ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. Yüksek Lisans Tezi. Denizli: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı; 2006.

26. Shibre T, Kebede D, Alem A, Negash A, Deyassa N, Fekadu A et al. Schizophrenia: illness impact on family members in a traditional society – rural Ethiopia. *Social Psychiatry Psychiatry Epidemiology* 2003; 38 : 27–34.
27. Şengün F. Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı; 2007.
28. Tanrıverdi D. Şizofreni hastalarının bakım vericilerine verilen psikoeğitimin bakım yüküne etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı; 2008.
29. Tel H, Terakye G. Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psiko eğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1(3): 133-142.
30. Glanville DN, Dixon L. Caregiver burden, family treatment approaches and service use in families of patients with schizophrenia. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 2005; 42(1): 15-22.
31. Aydın A, Eker SS, Cangür Ş, Sarandöl A, Kırılı S. Şizofreni hastasına bakım verenlerin külfet düzeyinin sosyo-demografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi* 2009; 46:10-14.
32. Ünal S, Kaya B, Çekem B, Özışık H, Çakıl G, Kaya M. Şizofreni, iki uçlu duygu durum bozukluğu ve epilepsi hastalarında aile işlevlerinin karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004;15(4): 219-299.
33. Drapalski AL, Dixon L, Leith J. Involving families in the care of persons with schizophrenia and other serious mental illnesses: history, evidence

and recommendations. *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses* 2009; April:39-49.

34. Given B, Sherwood PR, Given CW. What knowledge and skills do caregivers need? *American Journal of Nursing* 2008; 108(9): 28-33.
35. Pitschel-Walz G, Leucht S, Bauml J. The effects of family interventions on relaps and rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin* 2001; 27: 73-92.
36. Balcıoğlu İ, Başer ZS. şizofreni ve aile. *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Dizisi* 2008; 62: 355-358.
37. Drapalski AL, Marshall T, Seybolt. Unmet. Needs of families of adults with mental illness and preferences regarding family services. *Psychiatry Services* 2008;59: 655-62.
38. Babacan Gümüş A. şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitimi Gereksinimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006; 7: 33-42.
39. Yedidia MJ, Tiedeman A. How do families describe their needs for professional help? *American Journal of Nursing* 2008; 108(9): 35-37.
40. Stefan M, Travis M, Murray R.M. *An Atlas of Schizophrenia*. New York. The Parthenon Publishing Group 2004; 7-42.
41. Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock Synopsis of Psychiatry Ninth edition. Aydın H(Çev), 2. baskı. İstanbul: Güneş Kitabevi ; 2005.
42. Köroğlu E. Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri: Psikonazoloji. Ankara: HYB Yayıncılık; 2001.189-226.
43. Ebert M, Peter T, Nurcombe. *Psikiyatri Tanı ve Tedavi*. Birsöz S(Çev), Karaman T(Çev). Ankara: Güneş Kitabevi ;2003.
44. <http://www.turkpsikiyatri.org/arsiv/sizofreni.pdf>

45. J ELLIOT. Medifocus Guidebook on Schizophrenia a comprehensive guide to symptoms treatment, research and support. Medifocus.com Publisher, Kindle Edition 2012.
46. McCance Kathryn L, Huether Sue E. Pathophysiology The Biological Bases For Disease in Adults and Children İÇİNDE TAKAHASHİ LOREY K. Neurobiological of Schizophrenia, Mood Disorders and Anxiety Disorders. Fifth Edition Elsevier Mosby Canada 2006 SYF 606.
47. Stahl S. M. Temel Psikofarmakoloji, Taneli B (Çev), Taneli Y(Çev), 2.Baskı. Ankara: Yelkovan Yayıncılık; 2003.
48. Hultman CM, Ohnes A. Prenatal and neonatal risk factors for schizophrenia. The British Journal Psychiatry 1997; 170: 128-33.
49. Geddes J, Lawrie S. Obstetric complication of schizophrenia: a meta analysis. British Journal of Psychiatry 1995; 167: 786-93.
50. Kültür S, Mete L, Erol A. Şizofreni. İçinde: Köroğlu E, Güleç C Ed. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara, 2. Baskı, HYB Basım Yayım, 2007: 184-204.
51. Ceylan M. Emin Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri : Şizofreni. 2. Baskı. İstanbul: 1. cilt, 2002: 14-17.
52. Gottesman I. Schizophrenia Genesis: The origins madness, Newyork WH Freeman and Company 1991.
53. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. 1.Baskı. Ankara: Ajans Matbaacılık; 1997.
54. Henry A.N, Donald J.M. Hand-books in Health Care: Contemporary Diagnosis and Menagement of The Patient with Schizophrenia. USA.: Comp.; 2002. 5-38.

55. Angermeyer MC, Bull N, Bernert S, Dietrich S, Kopf A. Burnout Of Caregivers: A Comparison Between Partners Of Psychiatric Patients And Nurses. Archives Ofpsychiatric Nursing 2006; 20(4): 158–165.
56. Dülgerler Ş. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psikoeğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı ; 2004
57. Antai-Otong Deborah. Psychiatric Nursing Biological&Behavioral Concepts Second Edition İÇİNDE Warren Barbarajohannes, Antai-Otong DEBORAH. Canada Thompson Delmar Learning 2008 , SYF 390.
58. Yavuz RUHİ İ.Ü. Şizofreni. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi 2008;62:48-49.
59. Davidson GJ, Neale JM, Kring AM. Abnormal Psychology Ninth Edition John Wiley& sons, Inc. 2004 318-356.
60. Parker B.A. Living with Mental İllnes: The Family as Caregiver. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services 1993; 31 (3): 19-21.
61. Liberman R.P. Kopelowicz A. Basic Elements in Biobehavioral Treatment and Rehabilitation of Schizophrenia. International Clinical Psychopharmacology 1995; 9 (5): 51-58.
62. Provencher HL, Mueser KT. Positive And Negative Symptom Behaviors And Caregiver Burden İn The Relatives Of Persons With Schizophrenia. Schizophrenia Research 1997; 26: 71-80.

63. Aker T, Yazıcı A. Şizofrenide Bilişsel-Davranışçı Terapi Yöntemleri ve Rehabilitasyon Uygulamaları. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 2000; 8 (Ek 4): 21-29.
64. Sofuoğlu S. Şizofrenide Klasik Antipsikotiklerle Tedavi. Şizofreni Dizisi 2000; 1: 45-57.
65. Soygür H. Şizofreni Tedavisine Genel Bir Bakış. Psikiyatri Dünyası 1999; 3: 83-90.
66. Gülseren L. Erol A. Şizofrenide İlaç Sağaltımı. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2000; 10: 213-227.
67. Marland G.R, Cash K. Long Term İlness and Patterns of Medicine Taking: Are a People with Schizophrenia a Unique Group? Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2001; 8:197-204.
68. Van Dongen C.J. Attitudes Toward Medications Among Persons with Severe Mental İllness. Journal of Psychosocial Nursing 1997; 35 (3): 21-25.
69. Keltner N.L., Schwecke L.H., Bostrom C.M. Psychiatric Nursing. Second Edition, Mosby-year Book, İNC.St.Lows, 1995; 374-380.
70. Varcarolis E.M. Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing, W.B. Saunders Company. 1990; 507-529.
71. Yıldız M. Psikiyatrik Rehabilitasyonun Felsefesi. 3P Dergisi 2000; 8 (4): 11-15.
72. Koukia E, Madianos M.G. Is Psychosocial Rehabilitation of Schizophrenic Patients Preventing Family Burden? A Comparative Study. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2005; 12: 415-422.

73. Gökalp P.G. Şizofrenide Psikososyal Kuramlar ve Tedaviler. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları. 1996; 1 (4): 674-682.
74. Arieti S. Bir Şizofreni Anlamak: Aile ve Arkadaşlar İçin Rehber. Aylin Eti(Çev),1. Baskı. İstanbul: Doruk Yayıncılık; 2003.
75. Yıldırım A. Psikoeğitimsel yaklaşımın ve izleme çalışmasının şizofreni tanılı hasta ailelerinin aile işlevleri ve hastaların sosyal destek düzeylerine etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı; 2007.
76. Çetinkaya Duman Z, Aşti N, Üçok A, Kuşçu MK. Şizofreni Hastalarına Ve Ailelerine 'Bağımsız Ve Sosyal Yaşam Becerileri Topluma Yeniden Katılım Programı' Uygulaması, İzlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8: 91-9.
77. Semiz ÜB. Şizofrenide Rölaps. İçinde: Ceylan E, Mesut Ç Ed. Araştırma ve Klinik Uygulamalarda Biyolojik Psikiyatri: Şizofreni-1. İstanbul: Yerküre tanıtım ve yayıncılık; 2005.
78. Lawrence HY, Pearson VJ. Understanding Families In Their Own Context: Schizophrenia And Structural Family Therapy in Beijing. Journal of Therapy 2002; 24: 233-257.
79. Alp ER. Şizofreni: Sorular ve Yanıtlar. 1.baskı.İstanbul:Şizofreni Dostları Derneği Yayınları; 2010.
80. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı Ankara 2011
81. Yıldız M. Kocaeli Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD. Psikiyatrik Rehabilitasyon Birimi Gündüz Hastanesi Uygulaması: Bir İlk Deneme Değerlendirmesi. Psikiyatrik Rehabilitasyon Bülteni 2005; 1 (1): 1-19.

82. Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2011; 3(2): 251-277.
83. Arslantaş H, Sevinçok L, Uygur B,Balcı V, Adana F. Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Yapılan Psikoeğitimin Hastalardaki Klinik Gidişe Ve Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu Düzeylerine Olan Etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2009; 10(2) : 3-10
84. Clarke D.E, Adamoski E, Joyce B. İnpatient Group Psychotherapy: The Role of the Staff Nurse. Journal of Psychosocial Nursing 1998; 36 (5): 22-26.
85. Servellen G.V, Poster EC, Ryan J, Allen J. Nursing –Led Group Modalities in a Psychiatric İnpatient Setting: a Program Evaluation. Archives of Psychiatric Nursing 1991; 5 (3):128-135.
86. Goldstein MJ. ABD’de Şizofreni Tedavisi Kapsamında Ruhsal-Eğitsel Aile Programları. Şen N(Çev), 1.basım. Ankara,Şizofreni Yazıları Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği Yayın Organı; 2000
87. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.522c1f1ec1d431.91703132
88. <http://www.merriam-webster.com/dictionary/caregiver>
89. Charmine C, Williams M.M, Magnus MM. Care: Giving, Receiving and Meaning in The Context of Mental İllnes. Psychiatry. 2006; 69 (1): 26-46.
90. Cheng Y.C. Caregiver Burnout: A Critical Rewiev of The Literature. San Diego. Faculty of The California School of Professional

Psychology at Alliant International University. Degree Doctor of Psychology 2005.

91. Kuşçu K. Rehabilitasyon Süreci ve Bakım Vericilik : Zedeleyen mi yoksa İyileyen mi? 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 2000; 8: 30-34.
92. Addington D, Bouchard R.H, Goldberg J, Malla A. ve ar. Clinical Practice Guidelines Treatment of Schizophrenia. The Canadian Journal of Psychiatry.2005; 50 (1): 1-55.
93. Rungreankulkij S. Experience of Thai Families of A Person Schizophrenia: Family Stres and Adatation. San Francisco: University of California Degree of Doctor of Philosophy in Nursing 2000.
94. Doornbos M. Professional Support for Family Caregivers of People With Serious and Persistant Mental İllnesses. Journal of Psychosocial Nursing 2001; 39 (12): 39-45.
95. Gall S, Atkinson J, Eliot L, Johansen R. Supporting Carers of People Diagnosed with Schizophrenia : Evaluating Change in Nursing Practice Following Training. Journal of Advanced Nursing. 2002; 41 (3), 295-305.
96. Anzai N, Yoneda S., Kumagai N, Nakamura Y. ark. Training Persons Schizophrenia in İllnes Self-management: a Randomized Controlled in Japan. Psychiatric Services 2002; 53 (5): 545-547
97. Noreen C.F, Lawrence E.F. Psychiatric Mental Health Nursing. US Second Edition. Limp. Comp. 2002.
98. Chou KR. Caregiver Burden: A concept analiysis. Journal of Pediatric Nursing 2000; 15(6): 398-407.

99. Karancı N. Şizofren Hasta Yakınlarının Dünyası: Nedensel Atıflar, Yükler,Umutlar. Şizofreni Yazıları 2000; 1 (2): 6-12.
100. Gülseren L, Çam B, Karakoç B ve Ark. Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler. Türk Psikiyatri Derg 2010; 21: 203-12.
101. Seloiwe ES. Experiences and demands of families with mentally ill people at home in botswana. Journal of Nursing Scholarship 2006; 38(3): 262-268.
102. Kasuya R.T., Polgar-Bailey, and Takeuchi, R. Caregiver Burden and Burnout. Postgraduate Medicine 2000; 108(7):119-123.
103. Toseland R.W, Smith G, Mccallion P. Family Caregivers of The Frail Elderly Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations. Columbia: Columbia University Press;2001
104. Nasr T, Kausar R. Psychoeducation and the family burden in Schizophrenia : a randomized controlled trial.Annals Of Genereal Psychiatry 2009;8:17.
105. Kinsella G, Cooper B, Picton C, et al. A Review of The Measurement of Caregiver and Family Burden In Palliative Care. Journal of Palliative Care 1998; 14(2): 37-45.
106. Zarit S.H. Dementia: Caregivers and Stress. University Park, PA: Pennsylvania State University Gerontology Center 1998.
107. Allender J.A, Spradley B.W. Clients In Home Health, Hospice, and Long-Term Settings. Community Health Nursing Concepsts and Practice 2001; 739-753.

108. Avcı A. Şizofren Hasta Ailelerinin Aile yükünün Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı; 2001.
109. Bury L, Zaborowski B, Konieczynska Z, Jarema M, Cikowska G, Kunicka A, Bartoszewicz J, Muraszkievicz L. Family Burden Of Schizophrenic Patients With Various Forms Of Psychiatric Care. *Psychiatr Pol* 1998; 32(3): 275-85.
110. Mcdonell MG, Short RA, Berry CM, Dyck DG. Burden İn Schizophrenia Caregivers: Impact Of Family Psychoeducation And Awareness Of Patient Sukidality. *Family Process* 2003; 42(1):91-103.
111. T.C. Sağlık Bakanlığı (2008). Ailede ruh sağlığı ve karşılaşılabilecek başlıca sorun alanları. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Ruh Sağlığı Modülleri, Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Ankara.
112. Soygür H, Aybaş M, Hınçal G, Aydemir Ç. Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği, Güvenirlik Ve Yapısal Geçerlik Çalışması. *Düşünen Adam* 2000; 13: 204-210.
113. Soygür H. Şizofreni tedavisinde aileye yaklaşım. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1993; 1: 117-127.
114. Dixon L. Providing Services to Families of Persons with Schizophrenia: Present and Future. *The Journal of Mental Health Policy and Economics* 1999; 2: 3-8.
115. Mcgill CW, Falloon IRH, Boyd JL, Wood-Siverio C. Family Educational Intervention İn The Treatment Of Schizoprenia. *Hosp Comm Psychiatry* 1983; 34: 934-938.

116. Payson AA, Wheeler K, Wellington TA. Health Teaching Needs Of Clients With Serious And Persistent Mental Illness: Client And Provider Perspectives. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 1998; 36:32-35.
117. Mohr W. Partnering With Families. Journal Of Psychosocial Nursing. 2000; 38 (1), 15-22.
118. http://www.schizophrenia.ca/docs/Rays_of_Hope_4th_edition.pdf(IEARNING About Schizophrenia 4'th Revised Edition Schizophrenia Society of Canada 2012).
119. Goldman CR, Quinn FL. Effects Of A Patient Education Program In The Treatment Of Schizophrenia. Hosp Comm Psychiatry 1988; 39: 282-286.
120. Broker C. The Health Educational Needs of Families Caring For Schizophrenic Relative and The potential role for Community Psychiatric Nurses. Journal of Advanced Nursing 1990; 15(1): 1092-1098.
121. Mueser KT, Bellack AS, Wade JH, Sayers SL, Rosenthal CK. An Assessment Of The Educational Needs Of Chronic Psychiatric Patient And Their Relatives. Br J Psychiatry 1992; 160: 674-680.
122. Gournay K. Role of The Community Psychiatric Nurse in The Management of Schizophrenia. Advances in Psychiatric Treatment 2000; 6: 243-251.
123. Zarit SH, Zarit JM. The Memory And Behavior Problems Checklist And The Burden Interview. University Park, PA: Pennsylvania State University Gerontology Center, 1990.
124. Schreiner AS, Morimoto T, Arai Y, Zarit S. Assessing Family Caregiver's Mental Health Using A Statistically Derived Cut-Off

Score For The Zarit Burden Interview. *Aging & Mental Health* 2006; 10(2): 107–111.

125. Maldonado JG, Urizar AC. Effectiveness Of A Psycho-Educational Interventionfor Reducing Burden In Latin American Families Of Patients With Schizophrenia. *Quality Of Life Research* 2007;16 (5):739-747.
126. Durmaz H. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Öz Etkililik Düzeylerinin Yüküne Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı; 2011.
127. Çınar İ. Şizofreni Hasta Ailelerinin Bakım Yükleri Ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı; 2011.
128. Çetin N. Şizofreni Hastalarının Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi İle Aile Üyelerinin Bakım Yükü Ve Dışa Vuran Duygu Durumu İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara:Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Hemşirelik Programı; 2011.
129. Gibbons JS, Horn SH, Powell JM, Gibbons JL. Schizophrenic Patients And Theirfamilies: A Survey In A Psychiatric Service Based On A DGH Unit. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 70-77.
130. Barrowclough C, Tarrier N. The Family Questionnaire (FQ): A Scale For Measuring Symptom Appraisal In Relatives Of Schizophrenic Patients. *Acta Psychiatr Scand.* 2003; 108: 290-296.
131. Tomruk NB, Oral T. Elektrokonvulsif Tedavinin Klinik Kullanımı: Bir Gözden Geçirme : *Anatolian Journal Of Psychiatry* 2007; 8:302-309.

132. Sungur MZ, Yalnız Ö. Şizofreni Tedavisinde Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımlar. Klinik Psikiyatri 1999; 2: 160-166.
133. Sales E. Family Burden And Quality Of Life . Qual Life Res 2003;12(1): 33-41.
134. Foldemo A, Gullberg M. Ek CA, Bogren L. Quality Of Life And Burden İn Parents Of Outpatients With Schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005; 40: 133–138.
135. Ebrinç S, Çetin M, Başoğlu C, Ağargün M.Y, Seçil M.Şizofren Hasta Ve Ailelerinde Aile İşlevselliği, Sosyal Destek Ve Duygu Dışavurumunun İncelenmesi.Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001;2(1):5-1.
136. Yazıcı A. Şizofreni Rehabilitasyonuna Ailenin Katılım Süreci.3P Dergisi 2000;38(1):15-22.

10. EKLER

EK -I BAKIM VERİCİ BİREY İÇİN TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

1. Anket No: Tarih:...../...../.....
2. Yaşınız:
3. Yakınlık derecesi:.....
4. Yaşadığınız Yer: () İl () İlçe () Kasaba () Köy
5. Cinsiyetiniz: ()Kadın () Erkek
6. Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar () Boşanmış ()Dul () Ayrı Yaşıyor
7. Eğitim durumunuz:
() Okur-yazar değil ()İlköğretim () Lise () Üniversite ve üzeri
8. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
() Evet: () Hayır
9. Size göre geliriniz geçiminizi karşılayacak düzeyde mi?
() Evet: () Hayır
10. Sosyal güvencesi: () Yeşil Kart () SGK ()Yok
11. Herhangi bir fiziksel ya da ruhsal hastalığınız var mı? Varsa lütfen ne olduğunu açıklayınız
() Evet: () Hayır
12. Hastanız kaç yıldır Şizofreni tanısıyla izleniyor?
() 2 Yıl ()2 – 5 Yıl
() 5 – 10 Yıl ()11 Yıl ve üzeri
- 13.Hastanız bu güne kadar kaç defa hastaneye yattı?
14. Hastanıza kaç aydır/yıldır bakıyorsunuz?

15. Hastanıza yapılan/uygulanan tedaviler nelerdir?

İlaç tedavisi Psikoterapi Diğer

16. Hastanın ilaç tedavisine uyumu nasıl?

Zorla kabul ediyor Kendiliğinden düzenli alıyor

Yardımla düzenli alıyor İkna ile alıyor

17. Hastanın psikoterapi ve diğer tedavilere uyumu nasıl?

Zorla gidiyor Kendiliğinden düzenli gidiyor

Yardımla düzenli gidiyor İkna ile gidiyor

18. Hastanıza bakım vermek için herhangi bir eğitim aldınız mı?(Cevabınız "Hayır" ise 21. soruya geçiniz, cevabınız "Evet" ise eğitim içeriğini lütfen açıklayınız.)

Evet Hayır

19. Eğitimi hangi kaynaklardan aldınız?

Doktor Başka bir hasta

Hemşire Kitap/internet

Diğer (Açıklayınız)

20. Tercih ettiğiniz öğrenme şekli (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):

Sağlık personeli (doktor/hemşire) tarafından bana anlatılmasını isterim,

Yazılı bilgilerin bana verilmesini isterim

Görerek/yaparak öğrenmek isterim

Başka hasta yakınlarıyla tanışmak, görüşmek ve onların deneyimlerinden yararlanmak isterim.

21. Baktığınız kişinin öz-bakım yeteneği: (0= Bağımsız 1= Yardımcı araçlarla 2= Başkalarının yardımı ile 3= Başka kişinin ve araçların yardımı ile 4= Tamamen bağımlı) nedir?

	0	1	2	3	4
Yeme/İçme					
Banyo/ Yıkama					
Alışveriş					
Yemek Pişirme					
Arkadaşları ve Çevre İle İlişki					
Boş zaman değerlendirme aktiviteleri/ faaliyetler.					

22. Hastanız size, gün içerisinde en çok hangi zaman aralığında ihtiyaç duyuyor?

() Gece () Gündüz

23. Hastanıza sağladığınız bakım nedeniyle aile içindeki ve iş ortamındaki rolünüz olumsuz etkilendi mi?

() Evet () Hayır

EK-II ŞİZOFRENİ HASTALARININ YAKINLARININ SAĞLIK EĞİTİMİ GEREKSİNİMLERİ FORMU

Açıklama: Aşağıda insanların sağlık eğitimi ile ilgili ihtiyaçlarını gösteren ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra “Bu konuda eğitime ihtiyacım yok”, “Kararsızım”, “Bu konuda eğitime ihtiyacım var” olmak üzere sizin hangi düzeyde ihtiyacınız olduğunu gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

SAĞLIK EĞİTİMİ GEREKSİNİMLERİ DEĞERLENDİRME FORMU

		Bu konuda eğitime ihtiyacım YOK.	Kararsızım.	Bu konuda eğitime ihtiyacım VAR.
1.	Düşünce kopukluğu, konudan konuya atlama ile baş etme.			
2.	Yalnızlık ve içe kapanma ile baş etme.			
3.	Tekrarlayıcı düşünceler ve hareketlerle baş etme.			
4.	Bedensel hareket bozuklukları ile baş etme.			
5.	Endişe ve gerginlik ile baş etme.			
6.	İlgi ve dikkat azalması ile baş etme.			
7.	Saçma ve inanılmaz düşünce ve inançlarla baş etme.			
8.	Duyguların ifade edilmesindeki bozukluklarla baş etme.			
9.	Sesler duyma ve hayaller görme ile baş etme.			
10.	İntihar düşünceleri ile baş etme.			

		Bu konuda eğitime ihtiyacım YOK.	Kararsızım.	Bu konuda eğitime ihtiyacım VAR.
11.	Şizofreninin zaman içinde gidişi ve seyri.			
12.	Şizofreninin nedenleri.			
13.	Şizofrenide uygulanan ilaç tedavisi.			
14.	Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri.			
15.	Şizofrenide uygulanan diğer tedavi yöntemleri.			
16.	Şizofreninin belirtileri ile baş etme.			
17.	Şizofreninin tekrarlaması durumunda ortaya çıkan belirtiler.			
18.	Şizofreninin türleri.			
19.	Şizofreni hastalarının yasal hakları.			
20.	Düzenli ilaç kullanmayı öğrenme ve sürdürme.			
21.	Başkalarına bağımlı olmadan günlük yaşamı sürdürme becerileri.			
22.	Sağlık hizmeti veren kurumlardan yararlanma.			
23.	Boş zaman aktivitelerini planlama.			
24.	Hastaneye yatış sonrası uyum sorunları ile baş etme.			
25.	Hastane sonrası evdeki yaşama uyum sorunları ile baş etme.			
26.	Alkol veya uyuşturucu kullanma			

		Bu konuda eğitime ihtiyacım YOK.	Kararsızım.	Bu konuda eğitime ihtiyacım VAR.
	ile baş etme.			
27.	Aşırı sigara tüketme ile baş etme.			
28.	İş ve çalışma ortamından kaynaklanan sorunlar ile baş etme.			
29.	Şizofreni ile ilgili özel grup/dernekler.			
30.	İletişim becerileri.			
31.	Sorun çözme becerileri.			
32.	Şizofreni hastaları ve yakınları için sosyal desteğin önemi.			
33.	Toplumda şizofreni hastası olmanın getirdiği sorunlarla baş etme.			
34.	İş bulamama/çalışamamanın yarattığı sorunlarla baş etme.			
35.	Şizofreni hastalarının iş bulma/çalışma olanakları.			

EK-III BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda, insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları “hiçbir zaman”, “nadiren”, “bazen”, “oldukça sık” ve “hemen her zaman” olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Ölçekte yer alan sayılardan 0: Hiçbir zaman ,1: Nadiren, 2: Bazen, 3: Oldukça sık, 4: Hemen her zaman anlamına gelmektedir.

		0	1	2	3	4
1.	Yakınınızın, ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?					
2.	Yakınına harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?					
3.	Yakınına bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?					
4.	Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?					
5.	Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?					
6.	Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilendiğini düşünüyor musunuz?					

		0	1	2	3	4
7.	Geleceğin yakınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?					
8.	Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?					
9.	Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?					
10.	Yakınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?					
11.	Yakınızın nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?					
12.	Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?					
13.	Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?					
14.	Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?					
15.	Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?					
16.	Yakınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?					
17.	Yakınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?					

		0	1	2	3	4
18.	Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?					
19.	Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?					
20.	Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?					
21.	Yakınınızın bakımında yapabileceğinizin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?					
22.	Yakınına bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?					

EK-IV ETİK KURUL VE UYGULAMA İZİNLERİ



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



15755-22.07.2011

Sayı : B.30.2.ANK.0.20.70.01

Konu : Çalışma dosyası hakkında

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına

Fakülteniz Hemşirelik Bölümü öğretim üyelerinden Yrd.Doç.Dr.Cahit Pekyardımcı'nın sorumluluğunda yürütülecek olan "Şizofreni hastasına bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimleri ile bakım yükleri arasındaki ilişkinin incelenmesi" başlıklı çalışma dosyası, klinik araştırmalar değerlendirme kurulunun 11 Temmuz 2011 tarihli toplantısında görüşülmüş olup, alınan karar örneği ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve ilgiliye tebliğini saygı ile arz ve rica ederim.


Prof.Dr.T.Murat ÖZSAN
Dekan'a.
Dekan Yardımcısı

Eki: 2 karar örneği

**KLİNİK ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KURULU
DEĞERLENDİRME FORMU**

DEĞERLENDİRME KURULUNUN ADI	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Değerlendirme Kurulu
ACIK ADRES	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Morfoloji Binası 06100 Sıhırye/Ankara
TELEFON	0312 310 30 10/227
FAKS	0312 310 63 70
E-POSTA	etik@medicne.ankara.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofreni hastasına bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimleri ile bakım yükleri arasındaki ilişkinin incelenmesi		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU			
	EUDRACT NUMARASI			
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr.Cahit Pekyardımcı		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri		
	KOORDİNATORÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI			
	KOORDİNATORÜN UZMANLIK ALANI			
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü		
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ			
	BAŞVURULAN DEĞERLENDİRME KOMİSYONUNUN ADI	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Değerlendirme Kurulu		
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ			
	UZMANLIK TEZ/AKADEMİK AMAÇLI	YÜKSEK LİSANS TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
FAZ 2		<input type="checkbox"/>		
FAZ 3		<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>		
BE/BY		<input type="checkbox"/>		
DiĞER		<input type="checkbox"/>	Diğere ise belirtiniz:	
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	İL AÇI ARAŞTIRMA	<input type="checkbox"/>	Belirtiniz:	
	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğere <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğere <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğere <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğere <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN DiĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>
	İLAN	<input type="checkbox"/>
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>
DiĞER	<input type="checkbox"/>	


 Hasan TUNA
 Uzm. Dr. Tıp Fakültesi
 Klinik Araştırmalar Bölümü Şefi

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:33-723	Tarih: 11 Temmuz 2011
	Yrd.Doç.Dr.Cahit Pekyardımcı'nın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler; araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri ile bilgilendirilmiş gönüllü olur formu dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Kurulu üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.	

DEĞERLENDİRME KURULU BİLGİLERİ	
CALISMA ESASI	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
DEĞERLENDİRME KURULU BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof.Dr.Mehmet MELLİ	
DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof.Dr.Mehmet Mellî	Tıbbi Farmakoloji	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>M. Mellî</i>
Prof.Dr.Cihan Yurdaydın	Gastroenteroloji	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>C. Yurdaydın</i>
Prof.Dr.Ahmet Demirkazık	Tıbbi Onkoloji	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>A. Demirkazık</i>
Prof.Dr.Tanju Özçelikay	Eczacı-Farmakolog	Ankara Üniv. Ecz. Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>T. Özçelikay</i>
Prof.Dr.Cem Albaşoğlu	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>C. Albaşoğlu</i>
Prof.Dr.Hakan Uncu	Genel Cerrahi	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Prof.Dr.Nuhan Purah	Biyofizik	Hacettepe Üni. Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	YURTDIŞINDA
Prof.Dr.H.Serdar Öztürk	Tıbbi Biyokimya	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Prof.Dr.H.Serap Sivri	Çocuk Sağlığı	Hacettepe Üni. Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>S. Sivri</i>
Prof.Dr.Muharrem Özen	Avukat-Öğr.Üyesi	Ankara Üniv. Hukuk Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TOPLANTIDA
Prof.Dr.Banu Çakır	Halk Sağlığı	Hacettepe Üni. Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>B. Çakır</i>
Öğr.Gör.Dr.Volkan Kavas	Deontoloji	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>V. Kavas</i>
Gülsüm Aslan	Sağlık Mes. Dış- Emekli	-----	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>G. Aslan</i>

- * :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

Hasan TUNA
A. Ü. Tıp Fakültesi
İdari Personel Bürosu Şefi

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:33-723	Tarih: 11 Temmuz 2011
	Yrd.Doç.Dr.Cahit Pekyardımcı'nın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler; araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri ile bilgilendirilmiş gönüllü olur formu dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Kurulu üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.	

DEĞERLENDİRME KURULU BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
DEĞERLENDİRME KURULU BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof.Dr.Mehmet MELLİ	
DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof.Dr.Mehmet Melli	Tıbbi Farmakoloji	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>M. Melli</i>
Prof.Dr.Cihan Yurdayın	Gastroenteroloji	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>C. Yurdayın</i>
Prof.Dr.Ahmet Demirkazık	Tıbbi Onkoloji	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>A. Demirkazık</i>
Prof.Dr.Tanju Özçelikay	Eczacı-Farmakolog	Ankara Üniv. Ecz. Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>T. Özçelikay</i>
Prof.Dr.Cem Atbaşoğlu	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>C. Atbaşoğlu</i>
Prof.Dr.Hakan Uncu	Genel Cerrahi	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Prof.Dr.Nuhan Puralı	Biyofizik	Hacettepe Üni. Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	YURTDIŞINDA
Prof.Dr.H.Serdar Öztürk	Tıbbi Biyokimya	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Prof.Dr.H.Serap Sivri	Çocuk Sağlığı	Hacettepe Üni. Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>H. Sivri</i>
Prof.Dr.Muharrem Özen	Avukat-Öğr.Üyesi	Ankara Üniv. Hukuk Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TOPLANTIDA
Prof.Dr.Banu Çakır	Halk Sağlığı	Hacettepe Üni. Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>B. Çakır</i>
Öğr.Gör.Dr.Volkan Kavas	Deontoloji	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>V. Kavas</i>
Gülsüm Aslan	Sağlık Mes. Dışı- Emekli	-----	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>G. Aslan</i>

- * :Araştırma ile ilişki
** :Toplantıda Bulunma

Hasan TUNA
A. Ü. Tıp Fakültesi
İdari Personel Bürosu Şefi

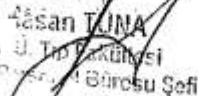
**KLİNİK ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KURULU
DEĞERLENDİRME FORMU**

DEĞERLENDİRME KURULUNUN ADI	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Değerlendirme Kurulu
ACIK ADRES	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Morfoloji Binası 06100 Sıhhiye/Ankara
TELEFON	0312 310 30 10/227
FAKS	0312 310 63 70
E-POSTA	etik@medicine.ankara.edu.tr

BASVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofreni hastasına bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimleri ile bakım yükleri arasındaki ilişkinin incelenmesi		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU			
	EUDRACT NUMARASI			
	SORUMLU ARAŞTIRMACI İN VANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr.Cahit Pekyardımcı		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri		
	KOORDİNATORUN İN VANI/ADI/SOYADI			
	KOORDİNATORUN UZMANLIK ALANI			
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü		
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ			
	BASVURULAN DEĞERLENDİRME KOMİSYONUNUN ADI	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Değerlendirme Kurulu		
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ			
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	YÜKSEK LİSANS TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
FAZ 2		<input type="checkbox"/>		
FAZ 3		<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>		
BE/BY		<input type="checkbox"/>		
DİĞER		<input type="checkbox"/>	Diğer ise belirtiniz:	
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	İLAC DİŞİ ARAŞTIRMA	<input type="checkbox"/>	Belirtiniz:	
	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>	
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>	
	İLAN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
DİĞER	<input type="checkbox"/>		


 Hasan TUNA
 Ankara Üniversitesi
 Tıp Fakültesi
 Başhekim Yardımcısı



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

SAYI : B.30.2.GÜN.0.42.00.00 /147
KONU : İzin Hk.

ANKARA
21.01.2011

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği Anabilim Dalı Başkanlığına

Enstitümüz Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi Ayşe Gül YAVAŞ AYHAN'ın, Yrd.Doç.Dr. Cahit PEKYARDIMCI danışmanlığında yürütmekte olduğu "Şizofren Hastalarına Bakım Verenlerin Sağlık Eğitimi Gereksinimleri ve Bakım Yükleri Arasındaki İlişki" konulu tezi ile ilgili olarak yapacağı tez çalışması için gerekli iznin verilmesi bilgilerinize arz olunur.

Prof.Dr. Tuba TORTOP
ENSTİTÜ MÜDÜRÜ V.

EK: Tez Önerisi

---/---/2011 Memur N.DOĞAN
24---/04/2011 Şef Sor. C.ÇATALAN
---/---/2011 Ens.Sek.V. B.YAŞI

Adres : Bandırma Sok;No:6 Etiler/Ankara
Tel : 0-312-2226208
Faks : 0-312-2124985

E-Mail: saglikb @ gazi.edu.tr
Web: www.Saglikb.gazi.edu.tr



T.C.
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı



Sayı: B.30.2.ANK.0.20.11.15-903.07 -283
Konu: İzin hk.

06.02.2012

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İlgi: 21.10.2011 tarih ve B.30.2.GÜN.0.42.00.00/147 sayılı yazınız.
Enstitünüz Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi Ayşe Gül YAVAŞ AYHAN'ın.
Yrd. Doç. Dr. Cahit PEKYARDIMCI danışmanlığında yürütmekte olduğu 'Şizofren Hastalarına
Bakım Verenlerin Sağlık Eğitimi Gereksinimleri ve Bakım Yükleri Arasındaki İlişki' konulu tezi
ile ilgili tez çalışması yapması Anabilim Dalımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi saygılarımla arz ederim.

Prof. Dr. Abdülkadir ÇEVİK
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı Başkanı V.

Telefon: 0312 595 66 17

Faks: 0312 319 19 33

06260 Dikimevi/ANKARA

E-mail: psikiyat@medicine.ankara.edu.tr



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

SAYI : B.30.2.GÜN.0.42.00.00 /148
KONU : İzin Hk.

ANKARA
21.01.2011

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Psikiyatri Kliniği Anabilim Dalı Başkanlığına

Enstitümüz Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi Ayşe Gül YAVAŞ AYHAN'm, Yrd.Doç.Dr. Cahit PEKYARDIMCI danışmanlığında yürütmekte olduğu "Şizofren Hastalarına Bakım Verenlerin Sağlık Eğitimi Gereksinimleri ve Bakım Yükleri Arasındaki İlişki" konulu tezi ile ilgili olarak yapacağı tez çalışması için gerekli iznin verilmesi bilgilerinize arz olunur.

29.03.2011
Prof. Dr. Behçet COŞAR
G.Ü.İ.F. Psikiyatri A.D.
Öğretim Üyesi
Dip. No: 216
Prof. Dr. Behçet COŞAR
G.Ü.İ.F. Psikiyatri A.D.
T.C.Öğretim Üyesi
Psikiyatri A.D.
Diploma No: 14-022-1/6

Prof. Dr. Tuba TORTOP
ENSTİTÜ MÜDÜRÜ V.

EK: Tez Önerisi

-----/2011 Memur N.DOĞAN
24-04/2011 Şef Sor. C.ÇATAL
-----/2011 Ens.Sek.V. B.YAŞI

Adres : Bandırma Sok:No:6 Etiler/Ankara
Tel : 0-312-2226208
Faks : 0-312-2124985

E-Mail: saglikb @ gazi.edu.tr
Web: www.Saglikb.gazi.edu.tr

TEŞEKKÜR

Bu tezin yürütülmesinde ve yüksek lisans eğitimim boyunca bilimsel katkılarıyla çalışmalarına rehberlik eden, beni yönlendiren ve bu süreçte her türlü desteği sağlayan, zamanını esirgemeyen değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Cahit PEKYARDIMCI'ya ve Sayın Doç. Dr. Gülsüm ANÇEL'e, çalışmaya katılan tüm hasta yakınlarına ve hayatımın her aşamasında beni destekleyen, bana güç veren değerli aileme ve eşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ayşe Gül YAVAŞ AYHAN

11. ÖZGEÇMİŞ

1. **Adı Soyadı:** AYŞE GÜL YAVAŞ AYHAN

2. **Doğum Tarihi:** 15/12/1980 **Doğum Yeri :** Çanakkale

3. **Öğrenim Durumu:**

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	HEMŞİRELİK	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ	2002-2007
Y. Lisans	PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ – GAZİ ÜNİVERSİTESİ(YATAY GEÇİŞ)	2008- 2009 2010-...

4. **Çalıştığı Kurum:** Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Araştırma Görevlisi

5. **Yabancı Dil Düzeyi:** İyi . ÜDS Puanı: 83.75 (2007)

6. **Yayınlar:**

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceedings) basılan bildiriler

1. YAVAŞ AYHAN Ayşe Gül., ANÇEL G. , Determining whether Turkish psychiatric professionals are interested in schizophrenic patients' caregivers burden or not. World Psychiatric Association Thematic Conferance 9- 12 June Istanbul 2010 ; 75
2. YAVAŞ AYHAN Ayşe Gül., Psikiyatri Hemşireliği Açısından Sağlık Okur Yazarlığı. I.Uluslararası V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi 22 – 24 Eylül İstanbul 2011; 406
3. YAVAŞ AYHAN Ayşe Gül., TURAN Nazan Deniz., Psikolojik Şiddet. II.Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi; 4-7 Ekim 2012

- 4.YAĞAŞ AYHAN Ayşe Göl., TURAN Nazan Deniz., Şizofreni ve Şiddet. II.Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi; 4-7 Ekim 2012
- 5.ANÇEL G., YAĞAŞ AYHAN Ayşe Göl., Turan Nazan., Health Communication.2'nd. European Mental Health Conference; 22-26 May 2013 Finland
6. ANÇEL G., YAĞAŞ AYHAN Ayşe Göl.,Ege Miray EYRENCİ., Melek ÖZTÜRK Recovery Within The Psychiatric Mental Health Area: Nurse Students' Opinions. 2'nd. European Mental Health Conference; 22-26 May 2013 Finland

7. İletişim Bilgileri:

Adres: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Şükriye Mahallesi Aktaş Kavşaağı No:5 Altındağ/ ANKARA

İş Tel : 0 312 319 14 50

Elektronik Posta: ayavas@ankara.edu.tr, segull@gmail.com