

156208

T.C.

EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİK BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN
AİLELERİNE VERİLEN PSİKOEĞİTİMİN ETKİNLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Şeyda DÜLGERLER

DANIŞMAN

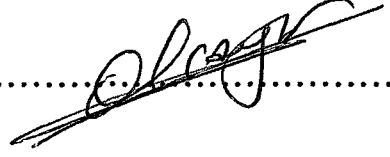
Doç. Dr. Olcay ÇAM

İZMİR

2004

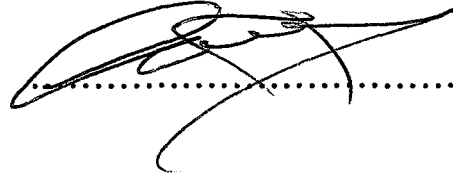
DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Başkan: Doç. Dr. Olcay ÇAM

.....


(Danışman)

Üye: Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU

.....


Üye: Doç. Dr. Besti ÜSTÜN

.....


Üye: Yard. Doç. Dr. Gönül ÖZGÜR

.....


Üye: Yard. Doç Dr. Ayça GÜRKAN

.....


Doktora Tezinin Kabul Edildiği Tarih

.....

ÖNSÖZ

Araştırmanın başlangıcından itibaren her aşamasında desteği ve değerli katkıları olan tez danışmanım Sayın Doç.Dr. Olcay ÇAM'a , değerli bilgileri ve önerileri ile katkıda bulunan Sayın Yard.Doç.Dr. Aycan KARAASLAN'a teşekkür ederim.

Çalışmanın uygulanmasına olanak sağlayan, İzmir ve Manisa İl Sağlık Müdürlüğü, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ve Ege Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Psikozy Birimi çalışanlarına teşekkür ederim.

Psikoeğitim programının yürütülmesi sırasında, kullandığımız grup odalarının tahsisi konusunda yardımlarını esirgemeyen Manisa İli Şizofreniyle Yaşam Derneği çalışanları ve E.Ü.T.F.H. Psikiyatri Kliniği Başhemşiresi Sayın Nuran Horozoğlu'na teşekkür ederim.

Bu tezin hazırlanmasında, destekleri ifade edilemeyecek kadar çok olan Leyla BAYSAN, Aynur UYSAL, Şafak ERGÜL, Esra ENGİN ve diğer tüm arkadaşlarıma sonsuz teşekkür ederim.

Ayrıca, uzun süren çalışmalarım sırasında, sonsuz hoşgörü ve sabırlarını hiç esirgemeyen rahmetli eşim Yusuf DÜLGERLER ile biricik kızım Melisa DÜLGERLER'e ve bana her zaman ilgi ve destek gösteren aileme de sonsuz teşekkür ederim.

Şeyda DÜLGERLER

İZMİR, 2004

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖNSÖZ.....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
TABLolar DİZİNİ.....	VIII
GARFİKLER DİZİNİ.....	X

BÖLÜM I

GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	7
1.2. Araştırmanın Önemi.....	9
1.3. Genel Bilgiler.....	15
1.3.1. Ruh Sağlığı ve Ruhsal Bozukluk.....	15
1.3.2. Şizofrenik Bozukluklar.....	16
1.3.2.1. Tanım.....	16
1.3.2.2. Tarihçe.....	16
1.3.2.3. Epidemiyoloji.....	17
1.3.2.4. Etiyoloji.....	19
1.3.2.5. Klinik Belirtiler ve Bulgular.....	23
1.3.2.6. Tanı ve Sınıflandırma.....	27
1.3.2.7. Gidiş ve Sonlanım.....	30
1.3.2.8. Tedavi.....	32
1.3.2.9. Hemşirelik Bakımı.....	44
1.3.3. Sağlık Eğitimi.....	47
1.3.3.1. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Yakınlarının Sağlık Eğitimi Gereksinimleri.....	50
1.3.4. Aile Yaklaşımı.....	55
1.3.4.1. Aile Değerleri.....	55
1.3.4.2. Aile İşlevleri.....	56
1.3.4.3. Ailede Alt Sistemler ve İşlev Bozuklukları.....	66
1.3.4.4. Ailenin Ruhsal Hastalıklardan Etkilenme Durumları.....	67
1.3.4.5. Ailenin Kriz Durumu ile Karşı Karşıya Gelmesi ve Baş etmesi Durumları.....	68
1.3.4.6. Aile ve Hemşirelik.....	71

1.3.4.7. Şizofreni ve Aile.....	74
1.3.4.7.1. Ruhsal Hastalığı Olan Ailelerin Stresi ve Başa Çıkma Yöntemleri.....	76
1.3.4.8. Ailenin Duygu İfadesi.....	79
1.3.4.9. Ailelerle İşbirliğini Başlatma ve Sürdürme.....	81
1.3.4.10. Psikoeğitim(Ruhsal Eğitim).....	84
1.3.4.11. Şizofrenik Hasta Ailelerinde Psikoeğitim (Ruhsal Eğitim) Grupları.....	90
1.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	100
1.5. Tanımlar.....	101

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi.....	102
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	102
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	103
2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	104
2.5. Veri Toplama Yöntemi.....	105
2.5.1. Veri Toplama Araçları.....	105
2.5.2. Veri Toplama Yöntemleri ve Psikoeğitim Grubunun Oluşturulması	108
2.5.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması ve Değerlendirilmesi.....	110
2.6. Verilerin Analizi.....	114
2.6.1. Değişkenler.....	114
2.6.1.1. Bağımlı Değişkenler.....	114
2.6.1.2. Bağımsız Değişkenler.....	114
2.6.2. Verilerin Değerlendirilmesi.....	114
2.7. Araştırmanın Süresi ve Olanakları.....	116
2.8. Araştırmanın Etiği.....	116

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi.....	117
3.2. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Hastalıktan Etkilenme Durumları ve Başetme Özelliklerinin İncelenmesi.....	122

3.3. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Hastalarına Verdikleri Bakımdan Kendilerinin ve Hastalarının Memnun Olma Durumlarının İncelenmesi.....	125
3.4. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Sağlık Personeli İle İlgili Beklenti ve Memnuniyetlerinin İncelenmesi.....	127
3.5. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Hastalığa Bağlı Yaşam ve İlişkilerde Karşılaştıkları Sorunların İncelenmesi.....	129
3.6. Deney Grubu Hasta Yakınlarının Psikoeğitim Grubu İle İlgili Beklentilerinin İncelenmesi.....	130
3.7. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi Şizofrenik Bozukluk Hakkındaki Bilgi Değerlendirme Formu, Aile Değerlendirme Ölçeği (A.D.Ö.) ve Stresle Başetme Tarzları Ölçeği (S.B.T.Ö.) Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi(Ön Test).....	132
3.7.1. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi Şizofrenik Bozukluk Hakkındaki Bilgi Değerlendirme Formu Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	132
3.7.2. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi A.D.Ö. Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	133
3.7.3. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi S.B.T.Ö. Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	134
3.8. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Sonrası Şizofrenik Bozukluk Hakkındaki Bilgi Değerlendirme Formu, Aile Değerlendirme Ölçeği (A.D.Ö.) ve Stresle Başetme Tarzları Ölçeği (S.B.T.Ö.) Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi(Son Test).....	135
3.8.1. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Sonrası Şizofrenik Bozukluk Hakkındaki Bilgi Değerlendirme Formu Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	135
3.8.2. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Sonrası A.D.Ö. Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	136
3.8.3. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Sonrası S.B.T.Ö. Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	137
3.9. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi ve Sonrası Şizofrenik Bozukluk Hakkındaki Bilgi Değerlendirme Formu, Aile	

Değerlendirme Ölçeği (A.D.Ö.) ve Stresle Başetme Tarzları Ölçeği (S.B.T.Ö.) Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	139
3.9.1. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi ve Sonrası Şizofrenik Bozukluk Hakkındaki Bilgi Değerlendirme Formu Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	139
3.9.2. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi ve Sonrası A.D.Ö. Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	141
3.9.3. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi ve Sonrası S.B.T.Ö. Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	146

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarına İlişkin Tanıtıcı Bilgiler	149
4.2. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Hastalıktan Etkilenme Durumları ve Başetme Özelliklerine İlişkin Verilerin İncelenmesi.....	152
4.3. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Hastalarına Verdikleri Bakımdan Kendilerinin ve Hastalarının Memnun Olma Durumlarının İncelenmesi.....	155
4.4. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Sağlık Personeli İle İlgili Beklenti ve Memnuniyetlerinin İncelenmesi.....	157
4.5. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Hastalığa Bağlı Yaşam ve İlişkilerde Karşılaştıkları Sorunların İncelenmesi.....	158
4.6. Deney Grubu Hasta Yakınlarının Psikoeğitim Grubu İle İlgili Beklentilerinin İncelenmesi.....	159
4.7. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi Şizofrenik Bozukluk Hakkındaki Bilgi Değerlendirme Formu, Aile Değerlendirme Ölçeği (A.D.Ö.) ve Stresle Başetme Tarzları Ölçeği (S.B.T.Ö.) Puan Ortalamalarının İncelenmesi(Ön Test).....	161
4.7.1. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi Şizofrenik Bozukluk Hakkındaki Bilgi Değerlendirme Formu Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	161

4.7.2. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi A.D.Ö. Puan Ortalamalarının İncelenmesi	162
4.7.3. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi S.B.T.Ö. Puan Ortalamalarının İncelenmesi	162
4.8. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Sonrası Şizofrenik Bozukluk Hakkındaki Bilgi Değerlendirme Formu, Aile Değerlendirme Ölçeği (A.D.Ö.) ve Stresle Başetme Tarzları Ölçeği (S.B.T.Ö.) Puan Ortalamalarının İncelenmesi (Son Test).....	163
4.8.1. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Sonrası Şizofrenik Bozukluk Hakkındaki Bilgi Değerlendirme Formu Puan Ortalamalarının İncelenmesi	163
4.8.2. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Sonrası A.D.Ö. Puan Ortalamalarının İncelenmesi	165
4.8.3. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Sonrası S.B.T.Ö. Puan Ortalamalarının İncelenmesi	167
4.9. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi ve Sonrası Şizofrenik Bozukluk Hakkındaki Bilgi Değerlendirme Formu, Aile Değerlendirme Ölçeği (A.D.Ö.) ve Stresle Başetme Tarzları Ölçeği (S.B.T.Ö.) Puan Ortalamalarının İncelenmesi	168
4.9.1. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi ve Sonrası Şizofrenik Bozukluk Hakkındaki Bilgi Değerlendirme Formu Puan Ortalamalarının İncelenmesi	168
4.9.2. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi ve Sonrası A.D.Ö. Puan Ortalamalarının İncelenmesi	169
4.9.3. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi ve Sonrası S.B.T.Ö. Puan Ortalamalarının İncelenmesi	174

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

A. SONUÇ	176
B. ÖNERİLER	183
ÖZET	185
SUMMARY	187

KAYNAKLAR

189

EKLER

- EK-I Hasta Yakınlarını Tanıtıcı Bilgi Formu
EK-II Şizofrenik Bozukluk Hakkında Bilgi Düzeyi Belirleme Formu
EK-III Aile Değerlendirme Ölçeği
EK-IV Stresle Başetme Tarzları Ölçeği
EK-V Memnuniyet Belirleme Formu
EK-VI Grup Sonrası Değerlendirme Formu
EK-VII Aileye Yönelik Psikoeğitim Programı
EKVIII Psikoeğitim Programı Grup Süreci
EK-IX Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul Kararı
EK-X Ege Üniversitesi Rektörlüğü Hastane Başhekimliği İzin Yazısı

ÖZGEÇMİŞ



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	119
Tablo 2: Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Hastalıktan Etkilenme Durumları ve Başetme Özelliklerine Göre Dağılımı	122
Tablo 3: Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Hastalarına Verdikleri Bakımdan Kendilerinin ve Hastalarının Memnun Olma Durumlarına Göre Dağılımı	125
Tablo 4: Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Sağlık Personeli İle İlgili Beklenti ve Memnuniyetlerine Göre Dağılımı	127
Tablo 5: Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Hastalığa Bağlı Aile İçi Yaşam Ve İlişkilerde Karşılaştıkları Sorunlara Göre Dağılımı	129
Tablo 6: Deney Grubu Hasta Yakınlarının Psiko-Eğitim Grubu İle İlgili Beklentilerine Göre Dağılımı	130
Tablo 7: Deney Ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi (Ön Test) Şizofrenik Bozukluk Hakkındaki Bilgi Değerlendirme Formu Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	132
Tablo 8 : Deney Ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi (Ön Test) A.D.Ö. Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	133
Tablo 9 : Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi (Ön Test) S.B.T.Ö. Al Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	134
Tablo 10 : Deney Ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Sonrası (Son Test) Şizofrenik Bozukluk Hakkındaki Bilgi Değerlendirme Formu Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	135
Tablo 11 : Deney Ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Sonrası (Son Test) A.D.Ö. Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	136
Tablo 12 : Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Sonrası (Son Test) S.B.T.Ö. Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	137
Tablo 13 : Deney Ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Ön Test ve Son Test Şizofrenik Bozukluk Hakkındaki Bilgi Değerlendirme Formu Puan Ortalamalarının Dağılımı	139
Tablo 14 : Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Ön Test ve Son Test A.D.Ö. Puan Ortalamalarının Dağılımı	141

Tablo 15 : Deney Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi (Ön Test) ve Eğitim sonrası (Son Test) A.D.Ö. Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	142
Tablo 16 : Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi (Ön Test) ve Eğitim Sonrası (Son Test) A.D.Ö. Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	144
Tablo 17 : Deney Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi (Ön Test) ve Eğitim Sonrası (Son Test) S.B.T.Ö. Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	146
Tablo 18 : Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi (Ön Test) ve Eğitim Sonrası (Son Test) S.B.T.Ö. Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	147



GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1: Deney Grubu Hasta Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	119
Grafik 2: Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	119
Grafik 3: Deney Grubu Hasta Yakınlarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı ...	119
Grafik 4: Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı	119
Grafik 5: Deney Grubu Hasta Yakınlarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı	119
Grafik 6: Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı	119
Grafik 7: Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Bilgi Değerlendirme Formu (BDF), Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), Stresle Başetme Tarzları Ölçeği (SBTÖ) Son Test Puan Ortalamalarının Dağılımı ...	138
Grafik 8: Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Bilgi Değerlendirme Formu (BDF) Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Dağılımı .	140
Grafik 9: Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Dağılımı ...	142
Grafik 10: Deney Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi (Ön Test) ve Eğitim Sonrası (Son Test) Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	143
Grafik 11 : Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi (Ön Test) ve Eğitim Sonrası (Son Test) Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	145
Grafik 13: Deney Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi (Ön Test) ve Eğitim Sonrası (Son Test) Stresle Başetme Tarzları Ölçeği (SBTÖ) Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	147
Grafik 14: Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi (Ön Test) ve Eğitim Sonrası (Son Test) Stresle Başetme Tarzları Ölçeği (SBTÖ) Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	148

BÖLÜM I

GİRİŞ

Günümüzde hastanede kalış süresini azaltmaya yönelik bir sağlık politikası uygulanmaktadır. Bu politika hastanın kendi ortamında tedavi edilmesi gerektiği düşüncesinden ortaya çıkmıştır. Bu yeni yaklaşımla beraber toplum içindeki hasta sayısı giderek artmış ve artmaya da devam etmektedir. Ancak yapılan araştırmalar evde bakılan hastaların çoğunun yardıma gereksinimleri olduğunu ortaya koymakta ve sağlık sistemi ruh sağlığı bozulmuş bireylerin toplum içinde yeterli işlev görebilmeleri ve hastalığın tekrarını önleme gereksinimine yönelmenin gerekliliğini vurgulamaktadır. Uygulanan tedaviden en üst düzeyde sonuçlar elde edilebilmesi ancak hastanın toplum içindeki durumu hakkında bilgi sahibi olunması, ailenin ele alınması ve tedaviye katılımlarının sağlanması ile gerçekleşebilir(10,14,17).

Hastanın kendi ortamı içinde tedavi edilmesini öngören sağlık politikası bakım sorumluluğunun çoğunu aileye devrederek, aileden taburcu olan hastaya en büyük destek kaynağı olmasını beklemektedir. Bununla birlikte ruh sağlığı bozulmuş bir üyesi olan ailelerde, hasta kim olursa olsun diğer ailelere göre daha fazla işlev bozukluğu görüldüğüne ilişkin bir çok araştırma sonucu bulunmaktadır. Bir üyesinin hastaneye yatışı, orada kalması ve taburculuğu, aile için problem yaratan olaylardır ve hastalıklar aile üzerinde büyük etkiler yaratmaktadır. Aile hastadan ve hastalıktan etkilenirken, hastada aileden ve içinde bulunduğu ortamdan etkilenmektedir. Yapılan çalışmalar hastalığın tekrarlama oranının düzenli ilaç kullanmalarına rağmen eşleri ve ebeveynleri ile yaşayan şizofrenlerde, kardeşleriyle ve yurtlarda yaşayanlara göre daha fazla olduğunu göstermiştir (16,17,24).

Şizofreni tanımı, sınırları, klinik belirtileri ve seyri bakımından çeşitlilik gösteren, her toplumda ve her türlü sosyo-ekonomik ortamda görülebilen, toplumsal, ekonomik ve duygusal maliyeti çok ağır olan ciddi bir ruhsal bozukluktur. Günümüzde çağdaş bakış açısı ile aile geçmişte olduğu gibi şizofreninin muhtemel nedenlerinden biri olarak düşünülmemekte, hastalıkla mücadelede olumlu katkılar sağlayabilecek en büyük doğal kaynak olarak görülmektedir. Şizofrenik bozukluk sadece bireyin kişisel talihsizliği değil, aynı zamanda aile, akrabalar ve arkadaşlar içinde kaygı verici bir yaşantıdır(37,44,56).

Hasta ve hasta yakınları arasındaki olumsuz etkileşimler hastanın semptom tekrarına duyarlılığını artırır, hastanın semptomlarının artmasının hasta yakınlarındaki olumsuzluğu arttırmasıyla da kısır döngü oluşur. Şizofren bireylerin ev ortamındaki duygusal atmosfer ve hasta yakınlarının hastaya karşı olumsuz tutumları hastalığın seyrini belirgin biçimde etkiler. Bu nedenle tedavi girişimleri sadece hastaya odaklanmamalı, aileyi de kapsamalıdır. Aile ve ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çok araştırma ruhsal bozuklukların tedavisinde klinik hizmetlerin yeterli olmadığını, aile üyelerinin de tedaviye katılmaları gerektiğini ve ailenin yardıma gereksinimi olduğunu ortaya koymuştur(64,69,80).

Evde ruh sağlığı bozulmuş bir üyenin varlığı yakınlarının birçok güçlükle yüz yüze kalmasına neden olmaktadır. Youssef (1989), ailelerin genellikle hastalıkla ilgili bilgi eksikliği ve sağlık personeli ile yeterli ilişki kuramama gibi nedenlerle hastanın taburculuğuna hazır olmadıklarını belirtmiştir(80).

Aileyi en çok tedirgin eden, gerginlik yaratan durum, ne olacağını bilmemektir. Soygür'ün(1998) belirttiğine göre Torrey, şizofrenik hastanın aile atmosferini, patlamaya hazır bir bombanın başında beklemeye benzetmiştir. Böyle bir atmosferde en önemsiz sorunlar bile büyük bir sorun haline gelebilir (92,93,94).

Bulut ve Kahramanoğlu(1985), farklı tanı grubuna sahip hasta aileleri ile yaptıkları çalışmada, ailelerin 2/3'sinden fazlasının(%63.3) evde bir ruh hastası bulunmasının aile ilişkilerini kötü yönde etkilediği kanısında olduklarını belirtmişlerdir (16,19).

Psikiyatrik hastalığı olan bir bireyle yaşamak aile için üzücü, şaşırtıcı, korkutucu bir deneyimdir. Aile üyeleri hastalık belirtilerinden korkabilir, baş edemeyebilir. Bu hastalığın kendilerini, fiziksel ve zihinsel olarak, sürekli tehdit ettiğini düşünebilirler. Genellikle yalnız kalmak istemezler, yanlarında en az iki kişinin bulunmasına özen gösterirler. Hasta birey ile birlikte sokağa çıkmak, aile için başlı başına bir korku kaynağı olabilir (11).

Toplumun genel olarak ruh sağlığı kavramını, ruh sağlığı çalışanlarına göre daha dar kalıplarda aldığı ve olumsuz bir tavır içinde olduğu bilinmektedir. Ağır ruh hastalıklarının çeşitli şekillerde beraberinde getirdiği damgalanma olgusu, hastalığın kendisinden daha da kötüdür. Sadece bu saptama bile , ailenin içinde bulunduğu durumun hassasiyetini yeterince vurgulamaktadır. Soygür (1993)'ün belirttiğine göre 1989'da yapılan bir çalışmada, hastalık damgasının aile üzerindeki etkileri konusunda, benlik saygısında azalma ve aile ilişkilerinin zarar görmesi en çok belirtilen noktalar olmuştur (92,93,94).

Tuna'nın (1999) yapmış olduğu bir çalışmada, ailesinde ruh hastası bulunmayanların, ailesinde ruh hastası bulunanlara göre ruh hastalarını daha fazla reddedebildikleri, toplumun bu reddedici yaklaşımı karşısında hasta yakınlarının olumsuz yönde etkilendikleri belirtilmiştir (11).

Karancı'nın (1997) şizofren hasta yakınları ile yaptığı çalışmada, hasta yakınlarının , hastalarla ilgili olarak en sıklıkla bahsettikleri zorluklar; aile yaşamındaki çatışmalar(%57), hastanın getirdiği üzüntü, kaygı, stres ve gerginlik gibi duygusal yükler(%48), hastanın tedavisi için gerekli olan harcamalar ve hastanın kişisel masrafları(%27) şeklinde bildirilmiştir (58).

Buldukoğlu ve Tel'in(2000) belirttiğine göre, King ve Nazareth şizofren hastaların yakınları ile yaptıkları çalışmada, hasta yakınlarının hastaya bakım verirken duygusal ve davranışsal güçlükler yaşadıklarını, hastanın davranışlarını önceden tahmin edemediklerinden hastanın kontrolsüz davranışları karşısında nasıl tepki vereceklerini ve beklenti koyacaklarını bilmediklerini, bu nedenle endişe yaşadıklarını genellikle hastayı kendi haline bıraktıklarını saptamışlardır. Buldukoğlu ve Tel(2000), şizofrenik hasta aileleri ile yaptıkları bir çalışmada, hastanın kontrolsüz davranışları olduğunda hasta ailelerinin %47'sinin hiçbir şey yapamadıklarını ve hastayı kendine haline bıraktıklarını, %17'sinin hastaya engel koyduklarını belirlemişlerdir (102).

Ebrinç ve ark.(2001) yapmış oldukları çalışmada, hasta ailelerinde “duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, rol ve davranış kontrolü” aile işlevlerinin sağlıklı olduğunu bildirmişlerdir (32).

Kronik ruhsal hastalıklar, aile içindeki evlilik ilişkilerini etkileyen önemli bir yaşam krizidir. Eşlerden birinin hastalanması ailenin dengesini bozmakta ve hastalık süresince sağlıklı eşin, hasta eşin aile içi rollerini yüklenmesine neden olmaktadır.

Araştırma bulguları eşlerin sosyal ilişkilerinde azalma, kendine zaman ayıramama, dinlenememe ve maddi gelirden azalma yanında, hastanın bakım gereksinimleri ile kuşatılmış olduğunu göstermektedir (11,32).

Aileyi hastalığa neden olan bir olgu olarak değil, hastalıkla ve onun getirdiği güçlüklerle baş edebilecek ve tedaviye katkısı olabilecek bir olgu olarak gören yaklaşım, ruh sağlığı ekibine aile ile çalışma ve güçlüklerini tanıma fırsatı vermiştir(45,47,87).

Genellikle öfke ve suçluluk gibi duygular yaşayabilen aile üyelerinin ekonomik yetersizlikler, rol değişimleri, hastanın hastalığı ve bakımı hakkında bilgilendirme ve eğitim de yetersizlik gibi güçlükler yaşadıkları, emosyonel desteğe ve işbirliğine gereksinim duydukları bu nedenle de aile ile çalışmanın önemi literatürde tartışılmaktadır (45).

Şizofrenik bozuklukların tedavisinde de hasta, aile ve tedavi ekibinin işbirliği içinde olması tedavi etkinliğini arttıran önemli bir girişimdir. Hasta ve hasta ailesinin hastalığa uyumu ve kendi gereksinimlerini karşılayacak duruma gelmesini sağlamak için etkili bir eğitim programı planlanması ve uygulanması bu işbirliği anlayışı içinde ayrı bir öneme sahiptir (56,58).

Hasta yakınlarına psikiyatrik hastalık hakkında eğitici klinik uygulamalar yaygın olarak verilmesine rağmen, spesifik bilgileri içeren kapsamlı eğitim programları ancak son yıllarda uygulanmaya başlamıştır. Dünyada ve ülkemizde özellikle son on yıldır şizofreninin psikososyal tedavisinde çalışmaların çoğunluğunu aileye yönelik programlar oluşturmaktadır. Özellikle İngiltere ve A.B.D.'de bu programların hastaların hastanede yatış sürelerini önemli ölçüde azalttığı aktarılmaktadır (88, 94, 107).

Aileye yönelik programlarda vurgulanan en önemli yaklaşımlardan biri aile üyelerinin hasta hakkındaki kayguları azaltmak, kendilerine güvenlerini ve hastalık hakkındaki bilgilerini arttırarak aile içindeki dengeyi sağlamak amacıyla yapılan psikoeğitim (ruhsal eğitim) gruplarıdır. Aileye uygulanan psikoğitim grupları ailenin tedaviye aktif katılımını sağlayarak hastalığın tekrarlarını azaltmakta ve aile üyelerinin kendi yaşadıkları duygularını paylaşabilmelerine, hastalığı tanımları ve kabul edebilmelerine, sonuçta da hastaya destek sağlayacak bir konuma gelmelerine yardımcı olmaktadır. Bu tür gruplar psikiyatristler, psikologlar, sosyal çalışmacılar ve psikiyatri hemşireleri tarafından yapılabilir (107,108,110,112).

Ruh sağlığı ekibinin ayrılmaz bir parçası olan psikiyatri hemşireleri hasta yakınlarının eğitim gereksinimlerini değerlendirmede ve bu gereksinimlere yönelik girişimlerde bulunmada diğer ekip üyelerine oranla daha uygun bir konuma sahiptirler. Hasta yakınlarıyla daha uzun süre bir arada bulunan psikiyatri hemşireleri ailelerin hastalık ile ilgili endişelerini, hangi durumlarda yardım ve desteğe gereksinim duyduklarını daha iyi gözlemleyip tespit edebilirler ve elde ettikleri veriler sonucunda sistematik olarak psikoeğitim grupları oluşturabilirler.

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Birey, aile ve topluma sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılmasında, sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirmede eğitim önemli bir yer tutar. Eğitim kavramı psikiyatride genişletilmiş ve psikoeğitim sözcüğü ile yapılandırılmıştır. Bu kavram bazı özel alanlara yoğunlaştırılmış programları anlatmak için kullanılmaktadır(1,111).

Şizofrenik bozukluklarda psikoeğitimin amacı, hasta ve aileyi hastalık hakkında bilgilendirerek tedaviye uyumunu arttırmak, hastalıkla başa çıkma yeteneklerinde olumlu değişiklikler sağlayarak hastalığın tekrarını azaltmaktır. Bir çok araştırma bu girişimlerin aileler üzerinde pozitif etkisi olduğunu göstermektedir (24,33,111).

Şizofreni hastalarının tedavisinde biyolojik yöntemler temel bir öneme sahip olmakla birlikte psikososyal yaklaşımlarla desteklenmedikçe, bu yöntemlerin başarısı sınırlı kalmaktadır. Bu alanda aileye yönelik olarak yapılan eğitim gruplarının gerek bozuklukla ilgili sorunlarda gerekse yaşam kalitesinde olumlu etkilerinin olduğu gösterilmiştir (40,110).

Psikososyal tedavilerin etkinliği, ekip çalışması anlayışı içinde yürütüldüğünde ve hasta ve ailesinin de bu sürece katılmasıyla birlikte artar. Tedavi ve bakım ekibi, psikiyatrist, psikiyatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve diğer meslek üyelerinden oluşur. Psikiyatri hemşireleri, ruhsal hastalığı olan kişilere psikososyal hizmetleri sağlayan multidisipliner ekibin bir parçasıdır (16,31,). Yataklı tedavi ünitelerinde psikososyal girişimlerin gelişmesiyle, akut yatışların olduğu psikiyatri servislerinde çalışan psikiyatri hemşirelerinin rolleri ve sorumlulukları da gelişmiştir. Hastanın eğitimi, sosyalizasyonu ve psikoeğitsel aile programları, gelişen bu roller çerçevesindeki hemşirelik aktiviteleri içinde yer alır (55, 101). Disiplinlerarası etkileşim, her bir ekip üyesinin sağladığı hizmetler, hasta ve ailesinin bakıma

katılmalarının önemi ve toplumsal kaynakların nasıl kullanılacağı hemşirenin bilmesi gereken konulardır (11, 31,51).

Hasta, ailesi ve psikiyatri hemşiresi belirlenen hedefleri başarmaya yönelik birlikte çalışma ve işbirliğini geliştirebilirler (77,90). Psikiyatri hemşiresi ailenin duygularını, algılarını ve davranışlarını değerlendirebilir ve bu bilgileri spesifik psikoeğitsel programları oluşturmak ve uygulamak için kullanabilir (11,53,90). Psikiyatri hemşireleri tarafından uygulanan bu programlara ailenin katılımıyla; şizofreni tanılı bireyin ve ailesinin hastalığı yönetme becerilerinin gelişmesi, kriz durumları ile baş etmeleri, hastaneye yatışların azalması, aile ve toplumda işlevsellik düzeylerinin artması ve yaşam kalitelerinin yükselmesi sağlanabilir (30,90,99).

Şizofreni hastalarının ve hasta yakınlarının şizofreni, tedavisi ve onunla yaşama konusunda bilgilendirilmeleri ve eğitilmeleri hastalıkla baş etmede son derece önemlidir. Hasta ailesinin hastalığa uyumu ve kendi gereksinimlerini karşılayacak duruma gelmesini sağlamak için etkili bir psikoeğitim programı planlanması ve uygulanması gereklidir. Bu temel amaç doğrultusunda araştırmanın alt amaçları şunlardır:

1. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının tanıtıcı özelliklerini belirlemek
2. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu, aile değerlendirme ölçeği ve stresle başetme tarzları ölçeği puan ortalamalarını karşılaştırmak
3. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının eğitim öncesi ve sonrası şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu, aile değerlendirme ölçeği ve stresle başetme tarzları ölçeği puan ortalamalarını karşılaştırmak

1.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Şizofreni genç yaşta başlayan kişilik bölünmesi, gerçeği değerlendirme yeteneğinin kaybı ile karakterize şiddetli bir nörobiyolojik bozukluktur. İnsanın kendine özgü bir içe kapanım dünyasında yaşadığı, düşünüş, duyuş ve davranışlarda önemli bozuklukların görüldüğü bir psikozdur (86).

Şizofreni her tür toplumda en sık görülen ruhsal bozukluklardandır. DSÖ 1980'li yıllarda dünyada %0.1 oranında şizofreni ve benzeri ağır ruhsal bozukluklar olduğunu ve tüm sakatlıkların %20'sinin ruhsal bozukluklardan kaynaklandığını belirtmektedir. Bu tür sakatlıkların başında şizofreninin bireyde yarattığı toplumsal ve psikolojik yeti yitimi gelmektedir. DSÖ'nün bildirdiği %0.1 oranına göre ülkemizde de her yıl altı binden fazla yeni şizofren hastanın ortaya çıktığı ve 15-45 yaş grubu içinde iki yüz binden fazla şizofren hastanın bulunduğu ve iki yüz binden fazla ailenin de bu hastalıktan ileri derecede tedirgin v rahatsız olduğu belirtilmektedir. 1990'lı yılların literatüründe ise bu %0.1'lik oran %1 olarak kabul edilmekte ve her yıl dünya nüfusuna yirmi milyon yeni şizofreni hastasının katıldığı bildirilmektedir (7,23,54,74).

Dünyada psikotik bir hastalık tanısı alan kişi sayısının her geçen gün artmasında tedavi güçlüğü, klinik ağırlıklı tedavi, tekrarlı yatışlar, maliyet, hastalık ve tedavisi hakkında hasta, aile ve toplumun bilgi eksikliği, hastalıkla baş etmede ki güçlükler, toplumsal izolasyon, geleneksel tedavi yöntemleri, sosyal destek azlığı gibi nedenler yer almaktadır. Son yıllarda ise ruh hastalıklarından korunma ve tedavi alanında köklü değişiklikler olmakta ve ruh hastalarının tedavilerinin yataklı kurumlar dışında gerçekleştirilmesine doğru yönelme eğilimi artmaktadır. Psikiyatri hastanelerinde sunulan geleneksel hizmetlerin etkinliğinin azalması, hastane masraflarının artması, antipsikotik ilaçların gelişimi bu eğilimi destekleyen ana etkenler olmuştur. Artık bir

çok ülkede kronik ruh hastalıkları için ayrılan yatak sayısı azaltılmakta ve depo hastaneleri kavramı ortadan kaldırılmaya çalışılmaktadır. Bunun içinde bir çok ülkede klinikler yerine gündüz hastaneleri, toplum tedavi merkezleri vb gibi kuruluşlar yaygınlaştırılmaya çalışılmaktadır (2,8,16,28).

Ülkemizde ise henüz toplum içi hizmet sistemleri tam gelişmemiş ve yerleşmemiştir. Ruh hastalarının tedavileri çoğunlukla kliniklerde yatarak, ilaç, bireysel görüşme, uğraş terapileri, grup terapileri, aile terapileri vb ile sürdürülmeye çalışılmaktadır. Bir çok il ve hastanelerde ise hasta ve ailesine eğitim yapacak yada rehabilitasyon konusunda eğitilmiş psikiyatri ekibi bulunmamaktadır. Klinikteki tedavinin amacı akut duruma müdahale ederek semptomların azaltılmasına yönelik olup, eğitim ve rehabilitasyon hizmetlerine yer verilmemektedir. Oysa hastane birey için geçici bir ortamdır. Birey taburcu olduğunda yeniden kendi ortamına dönecektir. Birey kendi yaşadığı ortam içinde ailesiyle birlikte ele alınıp izlenmedikçe yeniden hastaneye yatma olasılığı artacaktır (28,32,35).

İnsanın ilk toplumsal ortamı ve çevresinin aile olduğu bilinmektedir. İnsanların birbirleriyle yakın ve yakın olduğu kadarda karmaşık ruhsal ilişki ve etkileşim içinde buldukları bir ortam olması nedeniyle aile bu gün artık sadece toplum bilimlerinde değil ruh bilimlerinde de giderek büyüyen bir önem kazanmıştır (14).

Aile bir sistem olarak ele alınırsa sistemin parçaları arasında daima etkileşim vardır. Hastalıkta bireyin fonksiyon görmesinde değişikliğe neden olduğundan ailedeki diğer bireylerde bu durumdan etkilenecektir. Yapılan araştırmalara göre ruhsal sorunları olan her yaş grubundaki hastaya sahip olmak aileye maddi-manevi yük ve büyük sorumluluklar getirmektedir. Kozloff (1987); çocuk, Lefley (1987); yetişkin, Zarif ve Told (1986); yaşlı hastalara bakım veren aileler ile yapmış oldukları araştırmalar ile

ciddi ruhsal sorunu olan çocuk, yetişkin ve yaşlılara sahip aileler için bakımın büyük bir yük olduğunu saptamışlardır. Aynı zamanda Amerika'da yapılan bir çalışmada ruh hastalarının ailelerinin psikolojik ve fiziksel kaynaklarının bozulma riskinde olduğu bulunmuştur (16,69,87).

Ruhsal sorunlu bireyleri olan ailelerin değişik duygular ve güçlükler yaşadığı saptanmıştır. Aile üyeleri hastalık nedeniyle hastayı ve birbirlerini suçlayıp, utanç duyabilirler. Bu duygu aileyi hastalığı ve hastayı gizleme yada reddetmeye götürebileceği gibi öfkede doğurabilir. Aile üyelerinin öfke duygusu yaşamalarının en önemli nedeni çaresizlik hissetmeleridir. Benzeri duyguları kendi içinde yaşayan hastada aileye karşı öfke duyabilir veya kendini izole etme isteği içine girebilir. Ailenin utanç ve şaşkınlığını arttıran bu durum ailenin kendini toplumdaki soyutlamasına neden olur. Günlük yaşamı kısıtlanan, sosyal aktiviteleri azalan aile öfkesini hastaya yöneltebilir. Öfkenin açıkça belirtilip belirtilmemesi bile bir ikilem konusu olabilir. Bazı aileler hastayı kırmamak için yada zarar verecekleri endişesi ile öfkelerini bastırır ve kendilerine yöneltirler. Bazıları ise; kızar, bağırır hatta müdahale eder veya suçlarlar. Bu duygusal ortam içinde aile üyelerinde anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sorunlar ortaya çıkabilir. Aile ve akraba gruplarının hasta üzerindeki yoğun duygusal baskıları alması ve hastanın kendi duygusal yetersizliklerinin hastalığın tekrarlanmasına neden olduğu; duygusal tepkilerin daha az yoğun ve daha tolere edilebilir olan ailelerde ise hastalığın tekrarında azalma ve prognozun iyi olmasında etken olduğu araştırmalar ile saptanmıştır (45,46,80).

Ruhsal sorunu olan hasta ve ailelerin yaşadığı bu duyguların yanı sıra bazı güçlükler yaşadıkları da saptanmıştır. Bu güçlükler öz bakım, sosyal faaliyetlere katılım, boş zamanları değerlendirme, ilaç kullanımı, hastalığın semptomlarını tanıma,

semptomlara yönelik ailenin ne yapacağını ve nasıl davranacağını bilmemesi, kontrollere gitmeme, stresle baş etmede yetersizlik, duygularını uygun şekilde ifade edememe, sosyal destek ve tüm bu sorunlarla ilişkili eğitim eksikliği olarak belirlenmiş, hastalıkla ilgili sağlık eğitimi gereksinimleri olduğu ortaya çıkmıştır (45,46).

Şizofrenik bozukluğu olan bireylerin ve ailelerinin sağlık eğitimi gereksinimlerini belirlemek üzere yapılan başka bir çalışmada ise ailelerin eğitime en fazla gereksinim duydukları konuların sırasıyla şizofreni belirtileri ile baş etme, şizofreni hakkında genel bilgiler,günlük yaşam becerileri, stresle baş etme, iletişim ve sosyal ilişkiler, iş bulma ve çalışma durumları ile ilgili olduğu saptanmıştır (11).

Psikiyatrik hastalıkların klinik gidişinde önemli ölçüde belirleyici role sahip olan aileler artık hastanın tedavisinin ayrılmaz bir parçası olarak görülmekte, psikiyatrik hastalığı olan bir üyeye sahip olmanın aile için başlı başına bir stres etmeni olduğu göz önünde bulundurularak tedavi planı yapılırken ailelerinde bu plana dahil edilmesinin yararlı olacağı bildirilmektedir. Ailelere yönelik eğitim ve destek grupları aile üyelerinin hastalıkla başa çıkma, problem çözme yetilerini arttırmada ve daha iyi düzeyde işlev görmelerinde yardımcı olacaktır (107,109,110,).

Psikiyatrik hastalık ve aile arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmaların çoğu şizofreni tanısı konmuş üyesi olan ailelere yöneliktir. Şizofreninin etiolojisinde ailenin önemli bir rol oynadığı görüşünün geçerli olmadığı kanıtlanmakla birlikte, hastalığın gidişinde ve tedavisinde aile içi duygusal ortamın çok önemli olabileceği bildirilmektedir. Hasta bireye karşı içten, sıcak, kabullenici tutum ve olumlu uyarılar koruyucu rol oynarken, hostile, eleştirel yorumlar ve yakınların aşırı ilgisi(yüksek dışa vurumu) hastalığın ortaya çıkmasını kolaylaştırır, yineleme ve hastaneye yatma oranının artmasına yol açar (16,35,45). Duygu dışavurumunun azaltılmasıyla bağlantılı olarak

hastalığın yinelenme sıklığı ve hızı azalırken, hastaların tedaviye uyumlarında ve yinelemelerin azaltılmasında aileye verilen düzenli eğitimin çok önemli bir yeri vardır (45,47).

Aileler hastanın sorun yaratan davranışları yanında belirtilerde küntleşme, yeniden hastaneye yatışlar, ilaç tedavisinin izlenmesi, hastaları için sosyal destek bulma, kendi sosyal yaşamlarının kısıtlanması ve hastalıkla ilişkili olarak ortaya çıkabilecek çeşitli duygusal ve aile içi çatışmalarla da başa çıkmak zorunda kalmaktadırlar. Psikiyatrik hastalığı olan bir üyenin varlığı aile yaşamı ve ailenin rehabilite edici bir çevre sağlayabilme kapasitesi üzerinde oldukça yıkıcı ve sınırlayıcı etki gösterebilir. Bu nedenle, şizofrenide uzun süreli tedavi planı yapılırken ortaya çıkma olasılığı olan sorunlarla başa çıkmalarına yardımcı olmak için ailelerde tedavi planına katılmalı ve desteklenmelidir (69,70,72,88).

Temel sağlık hizmetlerinde hastaya olduğu kadar ailelere de destekleyici hizmet verme yaklaşımının yaygınlaşmaya başlaması, sağlık problemi ile etkin bir şekilde baş edebilme gereksinimi duyan aile üyelerine yardımcı amaçlayan aile merkezli hemşirelik bakımına olan gereksinimi ortaya çıkarmış, böylece psikiyatri hemşiresinin geleneksel rolü değişip, gelişmiştir (10,80,99).

Psikiyatrik hastalık binlerce kişiyi etkilemekte fakat daha fazla kişi, aile üyesi ve arkadaş olarak dolaylı etkilenmektedir. Yapılan bir çok araştırma göstermiştir ki, aileler psikiyatri tedavisinde önemli bir rol oynamakta fakat yine yapılan araştırmalar göstermektedir ki, aileler istenen oranda tedaviye katılmamaktadır. Şizofreni tanı-tedavi ile ailelerin baş etmelerinde uygulanabilir teknikler ve şizofreni ile ilgili hastalık bilgisi onların tedaviye katılmalarını sağlamada oldukça yardımcıdır. Ailelerin ve sağlık personelinin aktif katılımını gerektiren bu tedavi şeklinde psikiyatrist tek başına yeterli

olamaz; ekip çalışmasına gereksinim vardır ve ekip üyeleri içinde hasta ailesi ile klinik, ev ziyaretleri, sosyal aktiviteler de daha aktif olarak birlikte olabilecek kişi hemşiredir. Hemşire eğitim- danışma- terapi rollerini kullanarak hasta ve ailelerine uygulanabilir teknikler ve hastalık bilgisini sağlayabilir. Yine hemşire hasta, aile ve diğer sağlık personeli arasındaki devamlılığı sağlayarak tedavideki kesintileri azaltır. Böylece ruh hastalıklarındaki tekrarlar da azalma ve bireylerin topluma yeniden katılması ruhsal sorunu olan birey ile yaşayan aile üyelerinin ruh sağlığının korunması gibi önemli sorunlarına çözüm getirmiş olur (10,17,35,47).



1.3. GENEL BİLGİLER

1.3.1. Ruh Sağlığı ve Ruhsal Bozukluk

İnsan biyo-psiko-sosyal bir varlıktır. Yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi için bu üç ögenin birbirleriyle karşılıklı etkileşmesi ve dengeli bir ilişki içinde olması gerekir. Dünya Sağlık Örgütü de, sağlığın tanımını yaparken bu üç ögeye yer vererek, sağlığı “fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak” tanımlanmıştır (5,83).

Ruh sağlığını tanımlamak güçtür. Çünkü bilimsel açıdan normal ve normal dışı davranışların ayırımını yapmak için kullanılacak belli bir ölçüt yoktur. Literatürde, ruh sağlığı tanımının yapılmaya çalışıldığı bir çok görüş bulunmaktadır(38,80). Bu görüşleri de kapsayacak şekilde ruh sağlığı “Bireyin kendi kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesi” olarak tanımlanabilir (83).

Ruh sağlığı bozulan kişi genellikle duygu, düşünce ve davranışlarda, değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik özellikleri taşır. Bu özellikleri taşıyan duygu, düşünce ve davranışların ruhsal bozukluk olup olmaması, bunların şiddeti, süresi, ortaya çıktığı çevre, toplum, kültür ortamı, kişilik gelişmesi içindeki yeri, kişinin olanak ve yetenekleri, gerçekle bağlantısı, denge ve uyumunu bozup bozmaması gibi bir çok değişkene göre değerlendirilir (83,86).

1.3.2. ŞİZOFRENİK BOZUKLUKLAR

1.3.2.1. TANIM

Şizofreni, genellikle genç yaşlarda başlayan, kişinin alışlagelmiş algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak, kendine özgü bir içe kapanım dünyasında yaşadığı duygu, düşünce ve davranışlarda önemli bozukluklarla giden bir psikozdur (54,86).

1.3.2.2. TARİHÇE

Şizofreni uzun yıllardır bilinen, toplum içinde ve psikiyatri hastanelerinde çok sık karşılaşılan süreğen gidişli bir hastalıktır. Şizofreninin tarihçesi İsa'dan sonra I. ve II. Yüzyıllara dayanmaktadır. Bu dönemde şizofrenik yıkımdan ve hezeyanlardan söz edilmiştir (54).

Şizofreni, 19. Yüzyılın sonlarına doğru bilimsel açıdan incelenmeye başlanmıştır. Morel 1860 yılında, "erken bunama" anlamına gelen "dementia precox" terimini kullanmıştır. 1871'de Hecker hebefreniyi, 1874'de Kahlbaum katatoniyi tanımladıktan sonra, 1896'da Kraepelinbu iki hastalık tipine, paranoid ve basit tiplerini de ekleyerek hepsini "dementia praecox" tanısı altında toplamıştır. Kraepelin'in bir diğer önemli katkısı, günümüzün şizofreni kavramı içinde önemli bir yer tutan pozitif-negatif belirti ayırımının kavramsal çerçevesini hazırlamış olmasıdır (23,54).

1911'de Bleuler, hastalığı Yunanca "zihin bölünmesi, yarılması" anlamına gelen "schizophrenia" olarak adlandırmıştır. Bleuler, şizofreninin temel klinik belirtilerini dört ana başlık altında toplayarak bunlara "4A belirtisi" adını vermiştir. Bu belirtiler, assosiyasyon (çağırışım), affekt bozuklukları, autism ve ambivalanstır (54).

Meyer, şizofreninin kişinin geçmişinde yaşadığı çeşitli toplumsal, psikolojik ve fiziksel etmenlerden etkilenen bir yaşamın doğal sonucu olduğuna inanmıştır (54,83).

Freud şizofreniyi insan ilişkilerindeki çatışma ve engellenmelere karşı tepki sonucu, “birincil özseverlik(narsisizm) dönemine gerileme(regresyon) sonucunda ortaya çıkan klinik bir tablo olarak ele almıştır (38,54).

Schneider, şizofrenide en sık rastlandığına inandığı belirtilere “birinci sıra belirtiler” adını vermiştir. Schneider, işitme varsanıları, kendi düşüncelerinin yüksek sesle söylendiğini işitme, dış güçler tarafından bedenin etkilenmesi, düşünce çalınması ve düşünce sokulması gibi sanrı ve varsanılardan oluşan bir grup belirtiyi “birinci sıra belirtiler” olarak adlandırmış ve şizofreni tanısında bunlara öncelik vermiştir (24,38,54).

1.3.2.3. EPİDEMİYOLOJİ

Şizofreni her toplumda en sık görülen bozukluklardan biri olmakla birlikte, sıklık ve yaygınlığına ilişkin veriler çeşitli nedenlerle oldukça değişik bir görünüm sergilemektedir (86).

A.B.D.’de, şizofreninin bir yıllık yaygınlığı %1, yaşam boyu yaygınlığı %1.4 olarak saptanmıştır. Şizofreninin toplumda yaşam boyu yaygınlığı %1.4 olmasına rağmen, bu oran cezaevlerinde %6.7, bakım kurumlarında % 3.8, akıl hastanelerinde %20.4 olarak belirlenmiştir (5,55,81).

Literatürde Arıhan (1998), yaşam boyu hastalanma riskini(life time morbid risk) her iki cins için %1 olarak belirlemektedir (7).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, Avrupa ve Asya’da şizofreni sıklığı binde 0.85’tir (86).

Literatürde Arıhan (1998), Sivas ilinde şizofreni yaygınlığının araştırıldığı bir çalışmada şizofreninin bir yıllık ve yaşam boyu yaygınlığının %0.5 oranında saptandığını belirtmektedir (7).

Hastalığın ortalama başlama yaşı 15 ile 40 yaş arasında değişmekle birlikte hastaların %90'ı 15-25 yaş grubundadır. Ancak son yıllarda yapılan araştırmalar geç başlangıçlı şizofreninin de sanıldığı kadar ender olmadığını göstermektedir (7,34,54).

Kadın ve erkekte aynı oranda görülmekle birlikte, hastalığın başlaması ve gidişinde farklılıklar gözlenmektedir. Erkeklerde başlama yaşı 15-25, kadınlarda 25-35 dolayındadır (54).

Şizofreni her toplumda ve her türlü sosyoekonomik ortamda görülmektedir. Gelişmiş toplumların düşük sosyoekonomik kesimlerinde daha sık olduğu görülmüş, ancak düşük sosyoekonomik düzeyin, hastalığın nedeni mi yoksa sonucu mu olduğu henüz aydınlatılmamıştır (7,14,74).

Şizofreni tanısı almış kişiler arasında evlilerin oranı, toplum ortalamasının altındadır. Medeni durumla ilgili olarak iki görüş öne sürülmektedir. Yalnız yaşamak şizofreniye yatkınlığı artırıyor olabilir yada bu kişiler, hastalık nedeniyle aile kurmakta güçlük çekmekte ve daha sık boşanmaktadırlar (7,54,55).

Şizofrenide hastaların daha çok kış ve ilkbahar aylarında doğdukları saptanmıştır. Bu mevsimlerde fetüs beyrinde değişik etkilere neden olabilecek çevresel etmenlerin (ısı, beslenme, viral ajanlar vb.) erişkin dönemde şizofreniye neden olabileceği görüşü öne sürülmektedir (5,10,11).

Ani ve beklenmedik yaşam olayları, hastalığın ortaya çıkmasında tetikleyici etkenler arasında yer almaktadır. Büyük olasılıkla bu tür sorunlar yalnızca yatkınlığı olan kişilerde şizofreniye yol açmaktadır (54,55).

Şizofreninin göçmen kişiler arasında daha sık görüldüğüne dair yayınlar vardır. Ancak göçmenliğin yarattığı sorunların doğrudan şizofreniye yol açtığı gösterilebilmiş değildir (54).

1.3.2.4. ETİYOLOJİ

Bir çok otorite, tek bir teorinin bu bozukluğu tatmin edici bir şekilde açıklayamaması nedeniyle şizofreniye neden olan çoklu faktörü önerir. Oluş nedenlerine yönelik araştırma v varsayımlar şu başlıklar altında incelenebilir (23,86).

Kalıtımsal Nedenler

Genetik yatkınlığın şizofrenide önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir. Kalıtımla ilgili yapılan çalışmaların sonucuna göre bir çok gene bağlı, çok etmenli bir geçişin söz konusu olduğu düşünülmektedir. Bu yöndeki çalışmalar dört ana başlık altında toplanabilir: (1) Aile araştırmaları, (2) İkiz araştırmaları, (3) Evlat edinme araştırmaları, (4) Moleküler genetik araştırmaları (56).

Aile Araştırmaları

Şizofreni tanısı almış kişilerin yakınlarında şizofreni görülme oranı 5-10 kat daha fazla yüksek bulunmuştur. Ancak şizofrenideki bu ailesel yatkınlığın ne oranda genetik, ne oranda çevresel etkenler tarafından belirlendiği açık değildir (86).

İkiz Araştırmaları

Eş hastalanma oranları, tek yumurta ikizlerinde %50, çift yumurta ikizlerinde %15'tir. Şizofrenide genetik riskler incelendiğinde; erkek veya kız kardeşlerin etkisi %10, bir ebeveynin etkisi %15, her iki ebeveynin etkisi %35, ikinci derece akrabanın etkisi %2-3, hiç ilişki olmaksızın etki %1'dir(81,85,86).

Evlat Edinme Araştırmaları

Şizofreni tanısı almış kişilerin sağlıklı ailelerde yetişen çocuklarında şizofreni daha sık görülmektedir. Şizofreni tanısı alan evlatlıkların biyolojik akrabalarında şizofreni görülme oranı daha yüksektir (85,86).

Moleküler Genetik Araştırmaları

Moleküler genetik araştırmalarından elde edilen en ısrarlı bulgu, en az iki kuşak boyunca hastalığı gösteren ailelerde 5. Kromozom üzerinde bir lokusun varlığıdır. 11, 18, 19 ve X kromozomlarının şizofreni ile ilişkili olabileceğini ileri süren çalışmalar vardır (54,86).

Biyolojik Nedenler

Biyokimyasal Nedenler

Beyinde şizofreniye özgü biyokimyasal bir bozukluğun olup olmadığı üzerine sayısız araştırma yapılmıştır. Bu çalışmalardan önemli bulgular elde edilmiş ancak ne sürülen varsayımların çoğu tam olarak doğrulanamamıştır. şizofrenide beyin biyokimyasını inceleyen çalışmalar nörotransmitterler üzerinde odaklanmaktadır. Araştırılan nörotransmitter sistemleri dopamin, norepinefrin, seratonin, glutamat ve gama amino bütirik asit(GABA)'tir (54).

Beyin Görüntüleme alışmaları

Beynin Yapısal zellikleri

Pnmoensefalografi ile başlayan bu araştırmalar bilgisayarlı beyin tomografisi ve manyetik rezonans görüntülemesini kullanarak sürdürülmüştür. Elde edilen sonuçlar arasında en ısrarlı bulgu şizofrenik kişilerde yan ventriküllerin genişlemiş olmasıdır (5,54,86).

Beynin İşlevsel Özellikleri

Bu çalışmalar bölgesel beyin kan akımının ve beyin glikoz kullanımının pozitron emisyon tomografisi ve tek foton emisyon tomografisi kullanılarak ölçülmesine dayanmaktadır. Şizofrenide frontal bölge kan akımında ve glikoz metabolizmasında azalma söz konusudur (86).

Psikofizyoloji Çalışmaları

Psikofizyoloji çalışmaları, göz hareketlerindeki işlev bozukluğu ve EEG bulguları üzerinde odaklanmaktadır. Hareket halindeki bir sarkacı gözle izlemedeki bozukluklar şizofrenik hastalarda ilaç ve klinik durumdan bağımsız bir özellik olarak görülmüştür. Bu durumun hastaların birinci derece yakınlarında da görülmesi dikkati çekmiştir. Bu güne kadar şizofreniye özgü bir EEG bulgusu saptanmamıştır (54).

Psikososyal Nedenler

Psikodinamik Görüşler

Psikodinamik görüşe göre, şizofrenide ruhsal yada biyolojik nedenlerle libido gelişmesi narsistik bir düzeyde saplanır kalır. Yaşamın sonraki dönemlerinde, değişik stresler ile benlik bu ilkel düzeye geriler(regresyon) ve libido nesnelere çekilerek benliğin kendisine yatırılır(ikincil narsizm). Bu durum kişinin dış dünya ile ilişkilerini azaltır. Bu gerileme durumu, çocukluktan başlayarak temel güven duygusunun sağlanmaması, sürekli düş kırıklığı ve kişilerarası ilişkilerin bozukluğu yüzünden olabilir. Böyle bir zeminde çevre ilişkilerindeki büyük- küçük incinmeler bu gerileme eğilimini kamçılar. Buna göre içe kapanım ve şizofreninin diğer belirtileri bir çeşit savunma ve uyum biçimidir (2,40,54,86).

Aile Varsayımları

Aile içi dinamiklere ve etkileşimlere ağırlık veren kuramcılar ampirik kanıtlara dayanan, bozukluğun ortaya çıkışında önemli görülen etkenleri kavramsallaştırmaya çalışmışlardır (69).

1920’li yıllarda Sullivan sosyal ve çevresel faktörlerin önemi ve aile içi iletişim üzerinde durmuştur (69,70).

1940’lı yıllarda Fromm- Reichman “şizofrenik anne”(aşırı koruyucu – kollayıcı yada soğuk, mesafeli anksiyöz anne) kavramını geliştirmiştir (9).

1950’li yıllarda Lidz “marital schizm”(yarılma) kavramını biri aşırı baskın ve saldırgan, diğeri bağımlı ve edilgen ana babanın birbirlerinde bulamadıkları doyum ve desteği çocuklarda arama girişimleri olarak açıklanmıştır. Bateson ve ark. “Double Bind”(ikili çıkmaz) kavramını yıllarca farklı yada çelişik girdiler alan ve bir çıkmaz içinde giderek kendine özgü bir iletişim biçimi oluşturan çocuk olarak açıklamıştır. Brown ve ark. 1958’deki, hastanın aile ile birlikte geçirdiği sürenin uzunluğunun yineleme riskini arttırdığını gözlemlemişler, 1959’da ilk kez “Expressed Emotion” (Duygu dışavurumu) kavramını ele almışlardır (9,47,55).

1960’lı yıllarda Wynne ve Singer, aile içinde yalancı sevgi ve birlikteliğin çok sık görüldüğünü vurgulamışlar, şizofrenlerin ailelerinde çarpık iletişimlerden söz etmişlerdir. Laing ve Esterson aile içinde bir üyenin “günah keçisi” olduğunu, bozuk aile içi iletişimin yükünü taşıyan bu üyenin sonradan şizofreni geliştirecek kişi olduğunu öne sürmüşlerdir. Brown ve ark. 1966 yılında Camberwell Aile Görüşme Yöntemini geliştirmişlerdir (54).

1.3.2.5. KLİNİK BELİRTİLER VE BULGULAR

Hastalık Öncesi Uyum ve Başlangıç Biçimi

Şizofreninin belirli bir başlangıç biçimi yoktur. Genellikle ergenlik yada erken erişkinlik döneminde başlar. Psikotik nöbet güç fark edilen, sinsilerleyici bir dönemin ardından yada ansızın ortaya çıkabilir. Her türlü ruhsal belirti şizofrenide görülebilir. Belirtiler zaman içinde değişebilir. Hastalık öncesinde genellikle şizoid ve şizotipal kişilik özellikleri görülür. Geriye dönerek incelendiğinde, bu kişilerin bir bölümünün, erken çocukluk döneminde aşırı utangaç, içe dönük, ilişki kurulması güç ve duygusal açıdan kısıtlı oldukları görülür. Aşırı şekilde bedeniyle , organlarıyla uğraşma, sık öz doyum yapma metafizik, dinsel uğraşlar, zamana aldırma, kendi düşleri ile aşırı yoğunlaşma, garip davranışlar, sıra dışı konuşmalar, değişik algısal deneyimler, obsesif uğraşlar görülebilir. Bu kişiler stres karşısında kolay incinirler. Motor beceriksizlik ve düzensiz bir gelişimsel ilerleme gösterirler. Aile, okul yada iş gibi önemli işlevsellik alanlarında uyumları azalmıştır. Aile tarafından bunlar çoğu zaman hastalık belirtisi olarak yorumlanmaz, yaşamın günlük sorunlarına bağlanabilir. Bu dönemde hastalar yanlış tanı alabilirler. Hastalık ilerledikçe hastanın daha çok içine kapandığı, dış dünya ve gerçeklerden daha fazla koptuğu ve daha fazla hastalık belirtisinin ortaya çıktığı görülür (13,40,54,61,78,80).

Belirti ve Bulgular

Genel Görünüm ve Davranış

Şizofreniye özgü tipik bir görünüm yoksa da tuhaf görünüm ve davranış sık rastlanan belirtidir. Hastaların çoğunda belirgin bir vurdumduymazlık, ilgisizlik, donukluk ve çekingen bir görünüm vardır. Uzun süre hasta olanlarda bakımsızlık,

dağınıklık ve temizliğe özen göstermeme görülür. En sık görülen ve en önemli olan belirti ağır ilgisizlik, eylem azlığı ve toplumdan geri çekilmedir. Ağır bir durgunluk ve ilgisizlikten, aşırı taşkınlığa kadar değişik görünümelerde olabilir. Garip yüz, göz hareketleri (manyerizm), kalıplaşmış yineleyici el, kol, beden hareketleri (stereotipi), hareket yankılanması(ekopraksi), belli bir durumda donmuş gibi kalma (katatoni) görülebilir. Beklenmedik biçimde saldırgan ve ajite davranabilirler. Davranışları genellikle toplumsal normlara uymaz (23,26,54,86).

Bilinç ve Yönelim

Bilinç açık, zaman, yer v kişiye yönelim tamdır. Ancak ağır yıkım gösteren olgularda yönelim ve bellek bozuklukları varmış izlenimi alınır. Fakat bu bulgular hastanın ilgi azlığına ve dikkat dağınıklığına bağlıdır (5,81,86).

Dikkat ve Bellek

Dikkatin yoğunlaştırılmasında yetersizlik görülebilir. Dikkat çabuk dağılır. İlgi azlığı ve dikkat yetersizliğinden kaynaklanan bir bellek bozukluğu ortaya çıkabilir (54,86).

Konuşma ve İlişki Kurma

Konuşmada düzensizlik, dağınıklık, hızlanma, yavaşlama, yoksullaşma, kalıplaşmış yinelemeler(stereotipi), konuşma yankılanması(ekolali), hiç konuşmama(mutizm), yni sözcükler uydurma(neolojizm), abuk sabuk anlamsız konuşmalar(sözcük salatası), çağrışım çözüklüğüne bağlı dağınık, anlamsız konuşma(enkoherans) gibi çok değişik belirtiler görülebilir. Ses tonu genellikle tek düzedir ve duygulanımı belli etmez. Kişi kısa, somut ve ayrıntısız yanıtlar vermeye yatkındır. Bu hastalarla ilişki kurmak çok zordur (86).

Düşünce

Çağrışımlar(Düşünce Biçimi ve Akımı)

Düşünceyi oluşturan sözcükler ve simgeler arasındaki mantıksal zincir kopmuştur. Düşüncenin akışında durmalar(blok), bir düşünceden bir başkasına kaymalar, sapmalar, düşüncelerin çok yoğun olarak zihne üşüşmesi, düşünce sıkışması görülür. Hasta düşüncede anlamdan çok sözcüklerin akımına, ahengine, uyağına kendini kaptırır(klang çağrışım). Düşünce soyutluktan çıkarak somutlaşır. Düşünce çocuklaşır(regresif düşünce)(54,74,86).

Duygulanım

Duyguların dışavurumunda ve duygusal tepki vermede bir yetersizlik söz konusudur. Duygulanım düz, künt, uyumsuz ve uygunsuzdur. Hastaların sıklıkla soğuk, ilişki kurulması güç kişiler olduğu görülür. Ancak bu belirtiler hastaların duygusuz olduğunu v acı çekmediklerini göstermez (54,55,74,86).

Algılama

Şizofrenide bilişsel işlevlerin bozulduğu en önemli alan algılamadır. Niteliksel olarak önemli algı bozuklukları varsanılar(hallüsinasyon) ve yanılsamalardır(illüzyon). En sık işitme varsanıları görülür. Bunlar genellikle korkutan, hor gören, aşağılayan olumsuz sözler, küfürler, emir veren komutlar, yaptığı eylemleri tanımlatıcı seslerdir. Somatik, dokunma, koku, tat ve görme varsanıları şizofrenide daha az sıklıkta görülür (23,43,49,78,80).

Soyut Düşünme Yetisi

Soyut düşünme yetisi genellikle bozulmuştur. Soyut kavramlar somut bir biçimde yorumlanır. Farklılık ve benzerlikleri kavrama yeteneği yitirilebilir (50,59).

Gerçeği Değerlendirme Yetisi

Nesnel dış dđnyada olup bitenle, kişinin i dđnyasında meydana gelenleri birbirinden ayırt edebilme yetisi genellikle bozulmuştur (74).

Motor Etkinlik

Enerji ve dđrtđ kaybı gđrđlebilir. Hareketi başlatma ve sđrdđrmede bir yetersizlik vardır. Bu nedenle bu kişiler kendine bakım ve temizlikle ilgili işlevleri yerine getirmemekte, dđzenli bir iş yada okul yaşamını sđrdđrmekte gđlđk çekmektedirler (54,74,86).

Dđrtđsellik ve Öz kıyım

şizofreniklerde dđrtđ denetimi son derece zordur. Birden ortaya çıkan Öz kıyım girişimleri olabilir. şizofrenik bozukluğu olan hastalarla yapılan 1yıldan 40 yıla kadar değişen zaman aralıklarını içeren izleme çalışmalarında, şizofrenide Őlđmle sonuçlanan intihar oranları %10-13 oranında bulunmuştur. İntihar girişiminde bulunan hastaların oranı ise %40'tır (7,26,63).

Somatik Belirtiler

şizofreniye Őzgđ somatik bir belirti yoktur. Hastalığın başlangıç dđneminde polimorf ağrı, halsizlik ve hazımsızlık gibi yakınmalar, akut alevlenme dđnemlerinde uyku bozuklukları, iştahsızlık,terleme, taşikardi, kan basıncı yđkselmesi gibi belirtiler ortaya çıkabilir. Bazı hastalarda aşırı yeme, kilo alma, bazılarında yememe ve zayıflama olabilir. Ayrıca silik nđrolojik bulgular saptanabilir(74).

şizofreni ve Depresyon

şizofreni hastalarının %25'inde herhangi bir dđnemde depresif belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bu belirtiler akut alevlenme ve psikozdan çıkış dđnemlerinde daha sık gđrđlmektedir (54,86).

1.3.2.6. TANI VE SINIFLANDIRMA

Şizofrenik bozukluklar M.Ö. 1400'lerden bu yana tanınmasına karşın, tablonun standart bir şekilde tanımlanması ve sınıflandırılması konusundaki güçlükler henüz çözümlenmemiş, bu alandaki çalışmalar halen sürmektedir. Günümüzde kullanılan çeşitli alt tiplendirme sistemleri arasında; DSM-4 (APA 1994), Dünya Sağlık Örgütü'nün Hastalıkların Uluslar arası Sınıflandırması (ICD-10)(DSÖ, 1992) ve negatif/pozitif(N/P) tanı sistemi(Andreasen ve Olsen 1982) güncelliğini koruyan sistemlerdir (26,34).

Şizofreni İçin DSM-4 Kriterleri

A- Karakteristik Semptomlar: Aşağıdakilerden en az ikisi bir aylık sürenin önemli bir kesiminde bulunmalı

- Sanrılar
- Varsanılar
- Dezorganize konuşma
- İleri derecede dezorganize yada katatonik davranışlar
- Negatif semptomlar

B- Toplumsal/ Mesleki İşlev Bozukluğu: Çalışma, kişilerarası ve kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarında bir yada birden fazlasında bozulma veya düzeyine göre gerileme.

C- Süre: Bu bozukluğun süreleri en az altı ay süre ile kalıcı olur.

D- Şizoaffektif bozukluğun ve duygu-durum bozukluğun dışlanması

E- Madde kullanımının/ genel tıbbi durumun dışlanması

F- Bir yaygın gelişimsel bozuklukla ilişkisi: Otistik bozukluk yada yaygın gelişimsel bozukluk öyküsü varsa ancak en az 1 ay süreyle belirgin sanrı yada varsanılar da varsa şizofreni ek tanısı konabilir (26,34,43,47).

DSM-4 tanı sistemi şizofreniyi 5 alt tipe ayırmaktadır.

1. **Paranoid Tip:** Diğer alt tiplere göre daha akut ve geç başlangıçlıdır. Klinik gidişi iyidir. Görece değişmez nitelikte, sıklıkla paranoid türden sanrılar, bu sanrılara eşlik eden algı bozuklukları, özellikle işitme varsanıları klinik tabloya egemendir. tabloya anksiyete, kızgınlık, kavgacılık ve şiddet eşlik edebilir. Kişiler arası ilişkileri sıklıkla yapmacık, tek düze yada aşırı yoğunluktadır (26,28,34).
2. **Katatonik Tip:** 15- 25 yaşlarında başlar. Bu tipte katalepsi yada stupor, aşırı motor aktivite, aşırı negativizm, postür alma, ekolali yada ekopraksi izlenmektedir. Mutizm, balmumu katılığı, stereotipi ve mannerizm izlenebilir. Ciddi beslenme sorunları nedeniyle halsizlik ve hiperpreksi gelişebilir (23,26,34).
3. **Dezorganize Tip:** Genellikle genç yaşta, birden ve renkli pozitif belirtilerle başlayıp, sinsî bir gidiş göstermektedir. Düşünce ve devinim bozuklukları baskındır. Enkoherans çağrışımlarda dağınıklık, dezorganize ve regresif davranışlar, künt yada uygunsuz duygulanım sık görülür. Benlik yıkımı hızlıdır (26,34).
4. **Ayrışmamış Tip:** Bir çok şizofreni tipinin özelliklerini karşılayan yada diğer tiplerin hiçbirinin özelliklerini tamamıyla karşılamayan belirtiler mevcuttur. Genellikle kötü prognozludur (23,26,34).

5. Rezidüel Tip: Duygu küntlüğü, vurdumduymazlık, girişim azlığı, sosyal çekilme, düşüncede somutlaşma ve yoksullaşma, kendine bakımda azalma, apati gibi negatif duygular ön plandadır. Akut alevlenmeli dönemlerin arasında kalıntı belirtiler olarak bu belirtiler sürerler. Sanrı ve varsanılar öne çıkan belirtiler değildir (26,34,54,86).

Şizofrenik bozukluk değerlendirilirken negatif ve pozitif belirtiler kavramlarına da önem verilmiştir. **N. Andreasen'in** sınıflamasına göre:

Negatif Belirtili Şizofreni: Doğal işlevlerde eksiklik yada yokluk belirtileri negatif belirtilerdir. Duygulanımda küntlük, konuşma ve düşünce içeriğinde yoksullaşma, ilgi ve isteğin azalması, zevk alamama, sosyal geri çekilme, kendine bakımın bozulması gibi belirtilerin önde olduğu tiptir.

Pozitif Belirtili Şizofreni: Doğal işlevlerde fazlalık, aşırılık ve sapmalar pozitif belirtilerdir. Sanrı, varsanı, bizar davranış, çağrışım çözüklüğü, enkoherans gibi belirtilerin önde olduğu tiptir (54,86).

Ayrıca **Crow**, pozitif belirtilerin bulunduğu, akut başlangıçlı, sağaltıma yanıtın ve hastalık öncesi işlevselliğin daha iyi olduğu tipi, **Tip 1 şizofreni**, negatif belirtilerin önde olduğu, sinsi başlangıçlı, sağaltıma yanıtın ve hastalık öncesi işlevselliğin daha kötü olduğu ve yapısal bozuklukların bulunduğu tipi, **Tip 2 şizofreni** olarak adlandırmıştır (54,86).

1.3.2.7. GİDİŞ VE SONLANIM

Şizofreni çok değişik gidiş ve sonlanım gösteren, genellikle süreğen ve yeti yitimine yol açan bir hastalıktır. Hasta gruplarının uzun süreli izlenmesiyle hastaların %60 'ının belirgin düzeyde yada tam olarak iyileştiği, geriye kalan bölümünün ise anlamlı bir düzelme göstermediği bildirilmektedir. Şizofreni, öz kırım, fizik hastalık ve erken ölüm riskinin artmasına yol açar. Hastaların yaşam ortalaması 10 yıl kadar azalmıştır. Buna karşın hastalık sürekli kötüleşmemekte, 5 yıl kadar sonra bir plato çizmektedir (19,23,26,54).

İyi Sonlanım Belirtileri

- Geç başlangıç
- Açık tetikleyici etkenlerin varlığı
- Hastalık öncesi uyumun iyi olması
- Evli olma
- Ailede duygu durum bozukluk öyküsü
- Sosyal destek sistemlerinin iyi oluşu
- Pozitif belirtiler
- Hayatta bir amaç veya yön olduğu duygusu: iş veya hobiler
- Ailede şizofreni öyküsünün olmaması
- Dengeli yaşam koşulları
- Güvenli ve yapılandırılmış bir çevre
- Fiziksel iyilik hali
- Gerçekçi beklentiler, gelecekte umutlu olma (38,59).

Kötü Sonlanım Belirtileri

- Erken başlangıç
- Tetikleyici etkenlerin yokluğu
- Hastalık öncesi uyumun kötü oluşu
- Sinsi başlangıç
- Bekar veya dul olma
- Ailede şizofreni öyküsü
- Destek sistemlerinin iyi olmaması
- Negatif belirtiler
- Nörolojik belirti ve bulgular
- Perinatal travma öyküsü
- 3 yıl içinde düzelme olmaması
- Nüksler, özellikle pozitif semptomların yeniden ortaya çıkışıyla giden sık nüksler
- Saldırganlık öyküsü
- Madde kötüye kullanımı
- Aşırı stres (23,26,54,86).

1.3.2.8. TEDAVİ

Şizofreninin tedavisinde çok yönlü yaklaşımların daha etkili olduğu düşünülmektedir. Şizofrenik hastalıkların tedavisinde ilaç(antipsikotik) tedavisi ve psikososyal tedavi yöntemleri(davranış, aile, grup, bireysel, sosyal yeti ve rehabilitasyon terapisi) kullanılmaktadır (5,11,13,44).

Şizofreninin gidiş ve prognozu ile ilgili araştırmalarda, ilaç tedavisi ile psikososyal yöntemlerin birlikte kullanıldığı gruplarda alınan sonuçlar, herhangi birinin tek başına uygulandığı gruplara göre daha iyidir (44).

Günümüzde şizofren hastaların kendi aile ve toplumsal ortamları içinde tedavi edilmelerinin çok daha önemli olduğu, bunun tersine hastaların uzun süre hastanede tutulmalarının hastalığın doğasından ötürü, kişide oluşturduğu toplumsal izolasyonu daha da arttırıp, çevreyle ilişkilerini ve bağlarını git gide koparmasına yol açtığı anlaşılmıştır (23,54,86).

Çoğu gelişmiş ülkede, büyük kapasiteli akıl hastaneleri yerine, hastalığın akut dönemlerinde girişim yapabilecek, hasta ve ailesinin kolayca ulaşabileceği küçük tedavi birimleri ve merkezleri kurma yoluna gidilmektedir. Bu merkezlerde kısa süreli yatırılan hastalar, tedavi konusunda işbirliği sağlayacak duruma geldiğinde tekrar kendi ortamlarına gönderilip, tedavisine ayaktan devam etmesi sağlanmaktadır. Bu tür yaklaşımların hem hastalığın prognozu hem de ekonomik yönden hastaya ve tedavi kurumlarına yarar sağladığı , nüksleri azalttığı, ilaç kullanımı ve kendilerine bakım davranışlarını olumlu yönde etkilediği izlenmektedir (23,54,86,92).

İlaç Tedavisi

Temel ilaçlar dopamin reseptör antogonisti olan klasik antipsikotiklerdir (haloperidol, klorpromazin). Akut alevli dönemlerin tedavisinde kullanılan nöroleptikler en etkin ve ilk baş vurulacak tedavi yöntemidir. İlaçlara yanıt ve duyarlılık bireyden bireye büyük farklılıklar göstermektedir. Bu nedenle her hasta için ayrı farmakolojik tedavi planı oluşturulmalı ve ilk aşamada hangi ilacın hangi dozda kullanılacağına karar verilmelidir. Etkin dozda ve düzenli olarak 4-6 haftalık kullanımdan sonra, ilaca olan yanıt değerlendirilmelidir (19,23,54,86).

Klasik antipsikotikler daha çok pozitif belirtiler üzerinde etkili ilaçlardır. Ancak negatif belirtiler üzerine etkileri azdır. Hastaların %30'unda bu ilaçlara karşı direnç gelişebilir. Son yıllarda klasik antipsikotiklere yanıt vermeyen yada ağır ekstrapramidal yan etkileri nedeniyle bu ilaçları kullanamayan hastalarda seratonin-dopamin reseptör antagonistleri (klozapin, sülpirid, risperidon vb.) kullanılmaya başlanmıştır. Atipik antipsikotik olarak nitelendirilen bu ilaçlar şizofreni sağaltımında yeni ufuklar açmıştır (19).

Antipsikotik İlaçların Yan Etkileri

Santral Sinir Sistemi Üzerine Toksik Etkileri

1. Ekstrapramidal yan etkiler
 - Akatizi
 - Distoni
 - Akinetik sendrom
 - Geç(tardiv) disknezi
 - Kesilme disknezisi
2. Konvülsif nöbet

Otonom Sinir Sistemi Üzerine Toksik Etkileri

Zıt Davranışsal Etkiler

1. Uyku hali
2. Nadir etkiler
 - Depresyon
 - Psikotik semptomlarda artış
 - Gerçek dışı hissetme
 - Aşırı duyarlılık psikozu
3. Konfüzyonel sendromlar
4. Çekilme semptomları

Allerjik yada Toksik Etkiler

1. Granülositoz
2. Dermatozlar
 - Sistemik dermatozlar
 - Kontakt dermatozlar
 - Işığa duyarlılık
3. Sarılık

Metabolik ve Endokrin Etkiler

1. Kilo alma
2. Feminizan etkiler
 - Galaktore- Jinekomasti
 - Amenore
 - Luteinizan hormon değişiklikleri
3. Şeker metabolizması üzerine etkileri

4. Tiroid hormon üzerine etkileri
5. Büyüme hormonu üzerine etkileri
6. Vücut ısısı değişiklikleri
7. Cinsel işlev üzerine etkileri

Diğer Etkiler

1. Toksik retinopati
 2. Deri/ göz sendromu
 3. Yeni doğan üzerindeki etkiler
 4. Dijestif bozukluklar
 5. Elektroensefelografi üzerine etkileri
 6. Ölümcül olaylar
- Nöroleptik malign sendrom
 - Ani ölümler
 - Akut solunum yetmezliği

Hastalığın akut alevli dönemlerinde, ilaç tedavisinin düzenlenmesi ve destek sağaltımın verilebilmesi için hastalar hastaneye yatırılabilir. Ancak 4-6 haftalık süreden daha fazla yatışa gerek olmadığı düşünülmektedir. Daha sonra uzun dönemde ilaç tedavisine ek olarak uygulanan psikososyal yaklaşımlar hastalığın sonlanımını ve sürecini olumlu yönde etkilemektedir (19,54,86).

Elektrokonvülsif Tedavi

Sık kullanılan bir yöntem değildir. İlaçlara dirençli, ağır eksitasyon gösteren yada katatonik hastalarda semptomatik yatıştırma için uygulanmaktadır (54).

Psikososyal Tedavi Yöntemleri

Son yıllarda şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımların uygulanmasında ve bunların etkisiyle ilgili araştırmalarda hızlı bir artış vardır. Yeni teknikler geliştirilmekte, kontrollü çalışmalarla etkinlikleri araştırılmaktadır. Psikososyal yaklaşımlar tek başına şizofrenik bozuklukların tedavisinde etkili olmamakla birlikte, kapsamlı bir tedavi yaklaşımının bir parçası olarak psikofarmakolojik bir tedaviyle birlikte şizofreninin gidişini iyileştirebilir. Bu yaklaşımlar nüksleri önleme, baş etme becerileri, daha iyi toplumsal ve mesleki işlevsellik, bağımsız işlev görme gibi alanlarda ek yarar sağlayabilir (2,14,40,44).

Şizofrenik bozuklukların tedavisinde kullanılan psikososyal yaklaşımların arasında aile psikoeğitimi, bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi, uyumlandırma tedavileri(sosyal beceri eğitimi, işe uyumlandırma, bilişsel davranışçı tedaviler) vardır (44). Psikososyal yaklaşımlar arasında en çok uygulananlar aile psikoeğitimi ve uyumlandırma tedavileridir. Bunların amaçları genel olarak şunlardır (44,45,46):

- Şizofreninin belirtileri, tedavisi, gidişi, sonlanması ve ilaçlar hakkında eğitim
- Belirtilerin şiddetini ve komorbiditeyi azaltma,
- Aile içi ve kişilerarası ilişkileri geliştirme,
- Aşırı duygu dışavurumunu azaltma,
- Erken tanı ve tedavi,
- Nüksleri önleme yada azaltma,
- Toplumsal işlevselliği artırma,
- Toplumda özerk davranmayı ve toplumsal yeterliliği sağlama, bağımsız yaşamayı artırma,

- Gerçekçi beklentiler oluşturma, günlük yaşam etkinliklerini yerine getirmeyi sağlama,
- Yaşam kalitesini artırma

Bireysel Psikoterapi

Bireysel psikoterapi ciddi bir psikiyatrik bozukluğa uyumun insan yönlerine yönelir; hedefi yadsıma, cesaretsizlik, tedaviye uyum, kişisel ilişkiler, kendine güven gibi sorunlardır. Bu hedefi gerçekleştirmek için hastanın inançlarını, tutumlarını, umutlarını, yaşantılarını anlamada odaklanır (2,44).

Bireysel psikoterapilerin en çok bilinen biçimleri destekleyici ve iç görü yönelimli olanlardır. Günümüzde bireysel psikoterapiler esnek psikoterapiler başlığında toplanır. Bozukluğun alttipine ve evresine göre esnek biçimde uygulanır. Bu özelliklere göre destekleyici, yönlendirici, eğitimsel, araştırmacı, içgörü yönelimli olabilir.

Grup Tedavisi

Grup tedavileri kavramı psikoeğitim gruplarını, destekleyici yada dinamik yönelimli grup psikoterapisini , grup danışmanlığını yada bunların bir karışımı olan bütüncül yaklaşımlı grup tedavisini gösterir. Grup tedavisinin amaçları hastanın bozukluğun hangi döneminde olduğuyla yakından ilgilidir; Bu amaçlar arasında problem çözme becerisinin kazandırılması ve artırılması, hedefleri belirleme, toplumsal etkileşimler, bağımsız günlük yaşam etkinliklerinin geliştirilmesi, ilaçların ve yan etkilerinin denetim altına alınması vardır (2,40,44,109).

Grup tedavilerinin şimdi ve burada ilkesinde odaklanmasının gerektiği, hastaların baş etme becerilerini artırmada etkili olduğu belirtilmektedir. Yatan hastalarda grup tedavisinin etkinliğinin olmadığı belirtilmekte, genel olarak stabil, ayaktan hastalar için

önerilmektedir. Grup tedavisine alınacak hasta sayısının 6-8 arasında olması önerilir (44,107,109,112).

Grup tedavisi için hasta seçiminin ölçütleri klinik deneyimlerle, hastanın ve bozukluğun özellikleriyle ilgilidir. Grup tedavisine alınacak hastalar stabil olmalı, gruba anlamlı katılım için gerçeği değerlendirmeleri yeterli düzeyde olmalıdır. Grup tedavisine alınma ölçütleri ise, hastanın sanrı yada varsanılarla aşırı uğraşması, ciddi düşünce organizasyonu bozukluğu ve dürtü kontrolünün çok bozuk olmasıdır (107).

Grup tedavisinin kimi zaman olumsuz etkileri de olabilir. Grup ortamı hastalar için aşırı stresli bir duruma gelirse, belirtiler kötüleşebilir. Aşırı duygu dışı vurumu, yüzleştirme, sorunları deşme uyarıcı olabilir ve hastayı olumsuz etkiler. Bunlardan kaçınmak için terapistin sınır koyması gerekir. Akut dönemdeki yatan hastalarda iç görüş psikoterapisinin yararı olmadığı gibi, tehlikeli bile olabilir (44,109).

Stabil, ayaktan şizofreni hastalarında grup tedavilerinin etkinliğinin güçlü kanıtları yoktur. Kontrollü çalışmaların çoğu, özellikle destekleyici ve etkileşim yönelimli grup tedavilerinin yararlı olduğunu göstermiştir. Bu yararlar hastaların belirtileriyle baş etmelerinde, toplumsal uyumu iyileştirmede, tedavi ekibiyle işbirliğini geliştirmede görülür (40,44,109).

Aile Tedavisi

Şizofrenili hastaların bakımının hastaneden çok toplumda yürütülmesiyle ailelerin önemi daha da artmıştır. Uzun süreli bakım gerektiren şizofreni hastalarının bakıcıları genellikle aileleridir. Bir hastanın yaşamındaki en değişmez öğelerden biri ailesidir. ABD'de taburcu olan hastaların % 60'tan çoğunun ailelerinin yanına döndüğü belirtilmektedir (44,107,109,112,111). Bu oranının ülkemizde daha yüksek olduğunu

söylemek yanlış olmaz. Anne babasıyla birlikte yaşamayanlar bile, sıklıkla onlarla yakın ilişkilerini sürdürürler.

Şizofreni hastalarının aileleri çeşitli güçlükler yaşarlar. Bu güçlükler iki grupta toplanabilir. Birinci gruptaki güçlükler hastaların sosyal çekilmesiyle, ilgilerinde azalmayla, kişiler arası ilişkilerin sınırlılığıyla ilgilidir. İkinci gruptaki güçlükler hastaların bozuk ve inhibe olmuş davranışları ile ilgilidir. Bu güçlükler aile üyelerinde sıkıntı, depresyon, utanma ve suçluluk duyguları, korku, toplumsal ilişkilerde azalma, zamanla tükenmişlik duygusu ve ekonomik güçlükler yaratabilir (44,58,69,70).

Çalışmalar, aile üyelerinin bazılarının şizofrenik bozukluklar hakkında yeterli bilgisinin olmadıklarını, hastalarına karşı aşırı eleştirel ve koruyucu olabildiklerini, bu davranışların da hastalığın tekrarlama oranlarını artırdığını göstermiştir. Hastanın aile yada akrabalarıyla yakın ilişkide olmasının ve ailede aşırı duygu dışavurumunun olmasının bu tekrarlama oranlarını arttırdığı gösterilmiştir (70,72,87). Uyarının çok olması pozitif belirtileri, az olması negatif belirtileri kötüleştirir.

Son 30 yılda ailelerin tedavi ekibinin etkin üyeleri olmalarına çalışılmaktadır. Aile ekip üyeleri için değerli bir bilgi kaynağıdır. Aile üyeleri erken belirtileri hastalardan daha önce tanıyabilir, tedaviyi planlamada ve uygulamada etkili olabilir, aile içi etkileşimi düzenleyebilir. Aileyi psiko-egitimsel aile toplantılarına çekmek için en uygun zaman akut dönemdir. Aileler hastanın durumu kötüyken ilişki kurma, ilişkiyi sürdürme, bilgi alma, güven arama, soru sorma konularında daha motivedirler. Aile eğitimi tek yada grup halinde yapılabilir (88,91,92,95,96).

Aile tedavisinin amaçları hastalığın tekrarlama oranlarını azaltmak, aile işlevlerini iyileştirmek, işbirliğini ve tedaviye uyumu artırmaktır. Bu hedeflere ulaşıldıktan sonra

aşama, hastanın bağımsız bir birey olarak yaşamasına doğru ilerlemesini kolaylaştırmaya çalışmaktır (44,95,96).

Aile tedavisi ilaç tedavisine eklendiğinde hastalığın tekrarlama oranı yarıya düşmüş, ilaca uyum ve iş uyumu artmıştır (44).

Aile tedavisinin ortaya çıkarabileceği olumsuzluk, hasta hala akut evrede ve yoğunlaşması bozukken stresli aile ortamlarında aşırı uyarılması ve kötüleşmesi olabilir (94).

Psikososyal Beceri Eğitimi

Şizofreni hastalarının tedavisinde biyolojik yöntemler temel bir öneme sahip olmakla birlikte, psikososyal yaklaşımlarla desteklenmedikçe, bu yöntemlerin başarısı sınırlı kalmaktadır. Bu alandaki eğitim çalışmalarının gerek bozuklukla ilgili sorunlarda gerekse yaşam kalitesinde olumlu etkilerinin olduğu gösterilmiştir (44,59,94,105).

Şizofreni hastalarının bozukluğun belirtileriyle baş etmede, kişilerarası ilişkilerde, iş yaşamında, günlük yaşam etkinliklerinde yaşadıkları sosyal beceri sorunları vardır. Bunların şizofreninin pozitif yada negatif belirtilerine ikincil etken olup olmadığı net değildir. Bu sorunlarla baş etme becerilerinin geliştirilmesi, artırılması, yeni beceriler kazandırılması hastanın işlevselliği yönünden önemlidir. Hastaların bu tür programlara katılması bozukluğun gidişini olumlu yönde etkilediği gibi, sorumluluğu kendilerinin almasını ve bireysel etkinlik kazanmalarını da sağlar (105,109).

Psikososyal beceri eğitimi, toplumsal yaşamın beklentilerini karşılamak için hastalara gerekli becerileri kazandırmada öğrenme etkinliklerini ve davranışsal teknikleri kullanır. Eğitim etkileşimsel niteliktedir. Bu eğitim bireysel yada grup temelinde verilebilir. Psikososyal beceri eğitiminin temel amacı, hastaların psikososyal

işlevlerdeki özgül yetersizliklerini/ bozukluklarını iyileştirmek; en üst düzeyde yaşam kalitesi ve üretkenlik sağlamaktır (105).

Psikososyal beceri eğitimi için seçilen hastaların orta yada ciddi düzeyde beceri eksikliklerinin olması, hastalıklarına karşı iç görülerinin olması, eğitime etkin biçimde katılabilecek olmaları istenir (44,94,105,107).

Bilişsel İyileştirme ve Tedavi

Şizofreni hastalarında düşünce yapısında ve içeriğinde bozukluk olduğu Bleuler'den bu yana bilinmektedir. Bununla birlikte, şizofreni tedavisinde bilişsel ve davranışçı yaklaşımlar yeterince vurgulanmamış ve uygulanmamıştır. Bunun nedenleri arasında gerek şizofrenik bozukluklar, gerekse bilişsel davranışçı yaklaşımlarla ilgili ön yargılar yatmaktadır (2,44,54,105).

Bilişsel davranışçı yaklaşımların başarıya ulaşmasında hastayla işbirliği önemlidir. Burada da hastanın tedaviye etkin olarak katılması, stabil durumda bulunması gereklidir. Bu yaklaşımın amacı, hastanın bozuklukla ilgili ön yargılarının ve toplumsal işlevselliğinin artırılarak diğer yaklaşımlardan yararlanması için anormal bilişsel yaklaşımları düzeltmektir.

Bilişsel tedavi bu hastalarda iki yaklaşım kullanır. Birincisi bir çok şizofreni hastasında görülen dikkatini toplayamama, bellek sorunları, uyanıklık/canlılıkta azalma, planlamada ve karar vermede sınırlılık gibi bilişsel bozuklukların düzeltilmesi. İkincisi ise, Beck'in depresyonda yaptığına benzer tedavi girişimlerinde bulunmaktır (2,54,107,109).

Şizofreni hastalarında nöropsikolojik bozuklukların düzeltilmesinin etkinliği deneysel çalışmalarla gösterilmiş, fakat bu etkilerin sürekliliği onaylanmamıştır. Bilişsel tedavilerin şizofrenide kullanılması ile ilgili düzenlemeler sürmektedir (2).

Mesleksel Uyumlandırma

Mesleksel uyumlandırma programları yatan hastalarda kuruma bağımlılığı artırabileceğinden, temel olarak toplum içinde yaşayan hastalarda odaklanmalıdır. Temel amacı, hastanın mesleksel işlevsellikte en üst düzeye çıkması için cesaretlendirmektir. Bazı çalışmalar şizofrenili hastaların bir işte çalışma oranlarının %15-40 arasında olduğunu göstermiştir (44,96,108).

Mesleksel uyumlandırma programları korumalı işyerleri, iş desteği, iş klüpleri, Boston Üniversitesi modeli, geçici iş verme gibi alt başlıklarda ve uygulamalarda yürütülür. Bunların amaçları arasında hastalara daha kısa iş günü sağlamak, iş baskısını azaltmak, basitleştirilmiş görevler ve olumlu iş çevresi sağlamak, sürekli olarak iş desteği sağlamak, hastaların özelliklerine uygun iş bulmalarına , iş istemelerine, iş görüşmelerini sürdürmelerine yardımcı olmak sayılabilir (108).

Erken Girişim İçin Özgül Programlar

Prodromal belirtiler ortaya çıktığında erken girişimde bulunmak hastalığın tekrarlaması ve yeniden yatışların önlenmesinde etkin olabilir. Çalışmalar, nüksün genellikle bir kaç gün- bir kaç hafta arasında sonlanabilen prodromal belirtilerin ardından ortaya çıktığını göstermiştir. Kontrollü çalışmalar, prodromal belirtiler ve erken girişim konularında hastaları ve ailelerini eğitmek için özgül programların hastalığın tekrarlama oranlarını azaltmada yararlı olabileceğini göstermiştir (2,44,54,108).

Erken girişim için formal bir stratejiyi uygulamada hastalar ve aile üyeleri prodromal belirtiler ve davranışlar için eğitilir, düzenli olarak izlenir. Bazı hastalarda prodromal dönem çok kısa olabildiğinden, hastalar ve aileleri günün her saatinde yardım için telefon edebilmelidir (108).

Bu programları uygularken ekip üyeleri, hastalar ve aileler prodromal belirtilerin gözlenmesinde gereğinden çok odaklanmamalıdır. Bu durum yanlış pozitif değerlendirmeye ve ilaç dozunun yükseltilmesine, yan etkilerin artmasına neden olabilir. Bir başka önemli nokta, tedavinin salt psikopatolojiye değil, belirtilerde iyileşmeye de dikkat çekmesinin önemli olduğudur (44,108).

Yaygın bir gözlem, şizofrenili hastaların gerekli ve yeterli bakımı alamadıklarıdır. Bu durumu ortadan kaldırmak için olgu yönetimi uygulaması geliştirilmiştir. Tedavi ekibinin bir kaç üyesi olgu yöneticisi olur. Hastalar eş güdümlü, sürekli ve kapsamlı tedavi hizmetleri alır.

Olgu yönetimi hizmetlerinin verilebilmesi için uygun tedavi kaynaklarının bulunması temel öneme sahiptir. Hasta evde, işte izlenip gerektiğinde hemen yardımcı olacak girişimlerde bulunulur. Olgu yöneticisi bağımsız işlev görüp tedavi ekibiyle birlikte çalışmazsa, uygulamada sorunlar ortaya çıkar (2,6,44,108).

Kendine Yardım Grupları

Günümüzde şizofreni hastaları ve aileleri tedavi sürecinde giderek artan biçimde etkin olarak rol almaktadırlar. Bu durumun amaçları, hastaların ve ailelerin tedavinin planlanmasında ve uygulanmasında söz sahibi olmayı, profesyonellere bağımlılıklarını azaltmayı, tedavi ve araştırma için yeterli desteğe ulaşmaya çalışmayı kapsar. Bu alandaki kendine yardım gruplarının alt tipleri şunlardır; Hasta organizasyonları, kendine yardım tedavi organizasyonları, akraba organizasyonları. Bunların dışında toplumsal yaklaşımlarda vardır. Hepsinin amacı psikososyal yaklaşımlarla ortaktır (6,44,108).

1.3.2.9. HEMŞİRELİK BAKIMI

Hasta ile kurulan ilişkide hemşirelik mesleğinin yoğunlaştığı nokta “hasta ve onun gereksinimleridir”. Hasta bireye gereksinim duyduğu bu yardımın verilebilmesi, onunla kurulacak mesleki ilişkinin niteliğine bağlıdır. Çünkü hasta ile kurulan ilişki tedavide en önemli öğelerden ve iyileşmeyi belirleyen en etkin belirleyicilerden biridir (15,17,24,61).

Şizofrenik Hasta ile İlişki Kurma

Bir psikiyatri hemşiresi öncelikle hasta ile yakın bir tedavi edici ilişki geliştirmelidir. Şizofreni tanısı konmuş bir hasta ile ilişki kurmak hasta- hemşire işbirliğindeki en önemli evredir (61).

Şizofrenik birey, kişiler arası ilişki kurmakta güçlük çeker. Şizofrenik bir hastanın başkalarıyla ilişki kurabilmesi için bir çok kişinin gereksinimi olandan daha fazla zamana gereksinimi vardır. Hemşire, bu hastaların duygularını küçümsenme korkusu olmadan ifade edebileceği bir ortam oluşturmalıdır (61,87,106).

Tedavi Edici Hasta- Hemşire İlişkisi Oluşturmada Genel Kurallar;

- Hastayla konuşurken sakin olunur. Anksiyete bulaşıcıdır ve olumsuz sonuçlara neden olur.
- Hasta olduğu gibi kabul edilir ancak tüm davranışları kabul edilmez. Kabul benlik değerini artırır.
- Verilen sözler tutulur. Güven vermek güveni oluşturur.
- Tutarlı olunur. Tutarlılık güven oluşturur.
- Dürüst davranılır. Dürüstlük güven oluşturur.
- Delirler ve hallüsinasyonlar pekiştirilmez. Hemşire gerçeği algılayışını basit bir dille ifade etmelidir

- Hasta zamana, yere ve kişiye oryante edilir. Oryantasyon gerçeği pekiştirir.
- Haber vermeden hastaya dokunulmaz. Hasta dokunmayı bir tehdit olarak algılayabilir.
- Olumlu davranışlar pekiştirilir. Pekiştirme olumlu davranışların artmasını sağlar.
- Diğer hastalarla yarışma tarzındaki aktivitelerden kaçınılır. Yarışma tehdit edicidir ve benlik saygısını azaltır.
- Hastayı utandırmaktan kaçınılır. Hastalar utandırılmaktan korkarlar ve bu yüzden ilişki kurmaktan çekinirler.
- İçe kapanık hastalarla birebir iletişime girilir. Hasta – hasta etkileşimine göre hemşire- hasta etkileşimi daha tedavi edicidir
- Duyguların ifade edilmesine izin verilir ve bu konuda hastalar cesaretlendirilir (87,97,106).

Ortam Yönetimi

Tedavi ortamının düzenlenmesi, şizofreni hastalarının bakımında son derece önemlidir. Çok aktif, aşırı personeli olan klinikler şizofreni hastaları için uygun değildir. Bu hastalar daha çok uyarınları azaltılmış ortamlardan ve açık rol modellerinden fayda görürler (61).

Şizofrenik Bozuklukların Önlenmesinde ki Düzeyler

Şizofrenik bozukluklar ve hastalığın derecesi ile ilgili hemşirelik girişimleri şunlardır;

Birincil Önleme

1. İsteyen ebeveynler için, sağlıklı aile oluşturma yöntemlerinin öğretildiği ebeveyn eğitimi verilir. Bu yolla çocukta şizofreniye yol açan aile işlevleri azaltılabilir.
2. Genetik tarama; şizofrenisi olan ebeveynlere çocuk sahibi olma konusunda danışmanlık yapılır. Bu danışmanlığın amacı, bu bireylere çocuk sahibi olmama konusunda baskı yapmaktan çok, şizofrenisi olan bir çocuğa sahip olma olasılığından haberdar olmalarına yardımcı olmaktır.
3. Adölesanlar ve adölesanların aileleri için destek grupları sağlanır. Adölesanlığın yaşandığı dönem, bir çok kişinin şizofreni semptomlarını açıkça yaşadığı bir dönemdir (61,87,106).

İkincil Önleme

1. Hemşirelik sürecinin yerinde uygulanabilmesi için bireyin içinde bulunduğu ortama bakılmaksızın, bireyin psikolojisi tüm boyutları ile değerlendirilir.
2. Hemşirelik süreci, vakaların başlangıç döneminde teşhis edilmesine yardım eder. Şizofreninin aktif döneminin gelişmesi genellikle prodromal bir dönem ile başlar ki bu dönemde fonksiyon görmede bozulma belirgindir.
3. Şizofreninin ilk dönemindeki hastalar için tedavi yöntemlerinin araştırılması, hastalığın ilerlemesini önler ve daha önceki sağlık düzeyine ulaşmayı sağlar.
4. Şizofreninin belirtilerini tanımak için sağlık personeline, öğretmenlere ve danışmanlara eğitim verilir.

5. Hasta ve ailesinin hızlı ve kapsamlı tedavi görebildiği psikiyatri servislerinde özel “kriz üniteleri” oluşturulur (61,87,106).

Üçüncül Önleme

1. Psikiyatri servislerinde uzun süre çalışmak üzere profesyonel hemşire sayısı yeterli düzeye getirilir
2. Hastalar hastaneden taburcu olduktan sonra evde bakım alması için ulusal düzeyde destek sağlanır.
3. Evde ve bakım evlerinde yaşayan hastalara psikoterapötik girişimler yapacak psikiyatri hemşireleri için fonlar arttırılır.
4. Remisyonda olan hastaların en iyi nasıl tedavi edileceği konusunda araştırmalar yapılır.
5. Ağır hastalarla çalışan psikiyatri hemşirelerinin etkinliğini artırma konusunda araştırmalar yapılır (61).

1.3.3. SAĞLIK EĞİTİMİ

Sağlık, somut bir kavram değildir ve sağlık hakkındaki görüşümüz zaman zaman değişebilir. Sağlık fiziksel, sosyal ve mental açıdan tam bir iyi olma halidir. Yaşadığımız çevreye uyum sağlama, kendimizi yaşadığımız çevreye uydurabilme yeteneği sağlık olarak tanımlanabilir. Üretebilmekte sağlıklı olabilmek için bir koşuldur. Sağlık- hastalık kavramı toplumdan topluma göre değişebilir (1,12,84).

1997’de Dünya Sağlık Örgütü sağlıktaki eşitsizlikler, eşitsizliğin azaltılması ve herkes için sağlık yaklaşımlarını ortaya koymuştur. Bu da kapsamlı bir sağlık eğitimini beraberinde getirmektedir (84).

Eğitim, bireyin davranışlarında kendi yaşantısı yoluyla ve amaçlı olarak istenilen davranışların gelişmesi için uygulanan süreçlerin tümüdür. Sağlık eğitimi, kişilere sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetmeye ve uygulamaya inandırmak, sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya alıştırmak, sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacıyla birey olarak veya topluca karar aldırmaştır (1,11,111).

Sağlık eğitimi çeşitli amaçlar doğrultusunda yapılmaktadır. Bu amaçlar, kişilerin sağlıklarını korumalarını ve geliştirmelerini, tedavi olanaklarından yararlanmalarını, olumlu bir çevre yaratmalarını sağlayacak olumlu davranış değişikliğini oluşturmayı, kişilerde kendi yaşantılarıyla ilgili düşünce, inanç,davranış ve yaşam biçimi değişikliği oluşturmayı sağlamaktır. Kronik bir hastalığı olan kişilerin bu sürecin içine girmesi zorunludur (84,111).

Şizofrenik bozukluğu olan hastalara, ailelerine ve diğer bakım verenlere sağlık eğitimi verilmesi hastalığın stabilizasyonunda son derece önemlidir (1,11,84,92,94,99).

Hasta ve hasta ailesi için eğitimin amaçları şunlardır:

1. Hasta ve ailenin tedaviye aktif olarak katılımını sağlamak.
2. Hastalık hakkında hasta ve ailesini eğitmek. Stres ve ilaç tedavisinin hastalığı nasıl etkilediğini vurgulamak. Bu tür bilgi verilmesi ilaç tedavisine uyumu ve psikososyal aktivitelere katılımı artırabilir.
3. Hastaların kendine bakım becerilerini geliştirmek ve taburcu olduktan sonra oluşabilecek komplikasyonları önlemek.
4. Emosyonel destek sağlamak.
5. Hasta ve ailesi için yaşam kalitesini artırmak, yeni başa çıkma yetenekleri edinmelerine yardım etmek.

6. Aile yükünü ve stresini azaltmak.

7. Değişim umudunu artırmak.

Varcarolis(1990)'in belirttiğine göre literatürde çalışmalar, şizofreni hastası için aile çevresinin önemini göstermektedir. Bir şizofreni hastası sıcak, ilgili ve destekleyici davranışlar içeren bir aile ortamına döndüğünde, hastanın tekrar bir hastalık tekrarı yaşaması daha az bir olasılıktır. Yüksek eleştirel bir aile ortamı ise, tekrarlayıcı şizofreni epizotları ile muhtemelen daha ilişkilidir (106).

Şizofreni belirtilerini tanımadaki yetersizliğin sonucu olarak hastalara gösterilen eleştirel yaklaşımlardan bazıları şunlardır; Örneğin hastada görülen apati(duygu, endişe, ilgi, heyecanın olmaması), çalışma isteksizliği ve motivasyon yetersizliği, yanlışlıkla tembellik olarak yorumlanabilir. Bu yanlış varsayım aile bireylerinin bazılarını ve genellikle toplumdaki bireyleri bu hastalara karşı düşmanlığa teşvik edebilir. Bu yüzden şizofreni hastalık sürecinin öğretimi ailelerdeki ve toplumdaki gerilimi azaltabilir (106,107,111).

Uzun dönem antipsikotik ilaç tedavisine gereksinim duyan hasta ve aileleri bilgilendirilmelidir. Bu alanda etkili öğretim tıbbi uyumu artırmaya yardımcı olabilir. İlaçların yan ve toksik etkileri dikkatlice açıklanmalı ve problemler meydana geldiğinde tıbbi ilişki kolayca kurulmalıdır (106).

Madde kullanımı, şizofren hastaların tedavi programları üzerinde kötü sonuçlarla birleşen olumsuz bir etkiye sahiptir. Hasta ve ailesi mafetamin ve marihuana kullanımına ilişkin olarak uyarılmalıdır. Bu maddeler şizofreni belirtilerinin şiddetini artırabilir (99,103,106).

Şizofrenik bozuklukta belirtiler hastalık boyunca alevlenme ve hafiflemelerle devam etmektedir. Hasta ve aileler hastalığın erken uyarıcı belirtilerini tanımalı ve bu konuda uyarılmalıdırlar (106).

En sık rastlanan erken uyarıcı belirtiler;

- anksiyete ve ajitasyon
- depresyon ve içe kapanma
- inhibisyon kaybı(saldırganlık, huzursuzluk)
- Varsanılar, paranoya, tuhaf davranışlar (106).

Sağlık eğitimi, hemşireliğin önemli işlevlerinden biridir. Her hizmet ortamında hemşirenin eğitici rolünü kullanma olanağı vardır. Sağlık eğitim süreci hemşire, hasta ve hasta yakını arasında dinamik bir etkileşimi içermektedir. Hasta eğitiminde hemşirenin rolü, bireyin sağlığını sürdürmesi, geliştirmesi için yöntemler belirlemek, değerlendirmek ve ilerisi için eğitimi uygulamaktır (97,102,106).

1.3.3.1. ŞİZOFRENİK BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN YAKINLARININ SAĞLIK EĞİTİMİ GEREKSİNİMLERİ

Kronik psikiyatrik hastalar, kolayca incinebilir. Aile destekleri, mesleki becerileri, toplum kaynaklarını kullanma yetenekleri, günlük yaşam ve sorunlarıyla baş etme becerileri azalmış yada kaybolmuş olabilir (11,14,16). Hazırlıksız olarak bakım verme rolüne giren hasta yakınları ise, suçluluk, korku, güçsüzlük, öfke gibi duygular içinde, çoğu kez ne yapacaklarını bilmeyen bir şaşkınlık içinde olabilirler (14).

Psikiyatrik hastalıkların klinik gidişinde önemli ölçüde belirleyici role sahip olan aileler değerlendirme, tedavi ve iyileşme sürecinin ayrılmaz bir parçası olarak görülmekte ve ailenin rolü daha çok vurgulanmaktadır. Bir yandan ailenin kendi

gereksinimleri ele alınırken, diğer yandan terapötik sürece daha fazla katılmaları için cesaretlendirilmektedir (28,32,56,73,87).

Geleneksel olarak, kişide psikiyatrik bozukluktan özellikle de bu şizofreniyse üstü kapalı biçimde veya açıkça aile sorumlu tutulmaktadır. Bu inanç aileye yönelik iki genel yaklaşımın doğmasına yol açmıştır:

- Hastanın psikopatolojisi üzerine olumsuz etki gösterdikleri düşüncesiyle aileyi terapötik programdan dışlamak
- Bir işlev bozukluğu olduğunu varsayarak aileyi tedavi etmek.

Bu inancın kalıntıları hala varlığını sürdürmekle birlikte, günümüzde antipsikotik ilaçlardaki gelişmeler ve bunun sonucunda tedavinin hastanelerin dışına kaydırılmasıyla, ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım vereni kendi ailesi olarak görülmektedir. Ancak ailenin bu rolünü yerine getirebilmesi için, hastayla birlikte yaşamaya ve beraberinde getireceği sorunlara hazırlanmış olması gerekmektedir (28,73,87).

Ruhsal hastalığın başlangıcı büyük olasılıkla aile üzerinde şu açılardan etki yaratır; duygusal rahatsızlık, gündelik yaşamda kesintiler, maddi yük, ilişkilerin gerginleşmesi. Bir bireye ruhsal hastalık tanısı konduktan sonra aile içinde en yoğun yaşanan duygular ise şunlardır; yadsıma, yas, üzüntü, suçluluk, etiketlenme korkusu, şaşkınlık, başarısızlık, utanç yada rezil olma, öfke, rahatlamadır (91,92,94,96).

Aileler hastaları, hastalarda aileleri karşılıklı olarak etkilemektedir. Şizofren bireyin aile üyelerinde yarattığı sorunlar, güçlükler, olumsuz olaylar “yük” olarak tanımlanmaktadır. Prodromal evrede aileler genellikle bir kargaşa ve örselenme ile karşı karşıya gelirler. Ardından gelen kriz, sorunlarla başa çıkma kaynaklarını tüketebilir. Ailelerin bu sorunlarla uğraşırken uzman yardımına gereksinimleri olabilir. Aileler

sorunun doğası konusunda genellikle fikir birliği içinde olmazlar ve bir eylem planı üzerinde karar kılmakta zorlanırlar (91,92,94,99).

Aile bireyleri, psikoza çeşitli açıklamalar getirme çabasında olabilir. Bu açıklamalar “dışsal-dengesiz-özgül” olabileceği gibi, “içsel-dengesiz-genel” olabilir. Yadsıma, kabullenmeye doğru ilerledikçe, üzüntü veya yas ortaya çıkabilir. Gelecekte sağlıklı ve başarılı bir birey olmasını bekledikleri insanın sosyal açıdan başarısız birine dönüşmesinin yarattığı hayal kırıklığı, aileyi yasa boğar, umutlar ve hayaller yok olmuştur. Aile üyeleri hastayı, birbirlerini ve kendilerini suçlayabilirler. Ailenin bir başka duygusal tepkisi utanç duymadır. Aile, çevrenin bu durumu öğrenince dedikodu yapacağından çekinmekte, hastadan utanmaktadır. Bu duygu, aileyi, hastalığı ve hastayı gizleme davranışına yada hastayı reddetmeye kadar götürebilir. Utanç, öfke ve kızgınlık da doğurabilir. Bu karmaşadan hastanın etkilenmemesi olanaksızdır. Benzeri duyguları kendi içinde yaşamamanın sarsıntısındaki hasta, aileye karşı öfke duyabilir veya kendisini daha da izole etme isteği içine girebilir. Bu durum ailenin şaşkınlığını daha da artırır. Ailenin toplumsal , ekonomik durumu, planları ve olağan gidişi sarsılır, gereksinimlerini karşılamakta güçlük çeker (11,14,37,101,102).

Aile üyelerinin öfke ve kızgınlık duygusu içinde olmalarının en önemli nedeni çaresizlik hissetmeleridir. Aile şu soruyu sorar: “Niçin biz?” Günlük yaşamı kısıtlanan, sosyal aktiviteleri azalan aile öfkesini hastaya yöneltebilir. Kızgınlığın veya öfkenin açıkça belirtilip belirtilmemesi bir ikilem konusudur. Kimi akrabalar hastayı kırmamak için yada ona zarar verecekleri endişesiyle öfkelerini bastırır veya kendilerine yöneltirler. Kimileri ise kızar, bağırır hatta müdahale eder veya suçlarlar. Bu atmosfer içinde aile üyelerinde anksiyete, depresyon gibi ruhsal sorunlar ortaya çıkabilir (102).

Yener ve ark.(1991) yapmış oldukları çalışmada, şizofrenlerin aile bireylerinde daha fazla sıklıkta ruhsal bozuklukların ve belirtilerin görüldüğünü bildirilmişlerdir (108).

Aileyi en çok tedirgin eden, gerginlik yaratan durum, ne olacağını bilmemektir. Soygür'ün(1998) belirttiğine göre Torrey, şizofrenik hastanın aile atmosferini, patlamaya hazır bir bombanın başında beklemeye benzetmiştir. Böyle bir atmosferde en önemsiz sorunlar bile büyük bir sorun haline gelebilir (92,93,94).

Bulut ve Kahramanoğlu(1985), farklı tanı grubuna sahip hasta aileleri ile yaptıkları çalışmada, ailelerin 2/3'sinden fazlasının(%63.3) evde bir ruh hastası bulunmasının aile ilişkilerini kötü yönde etkilediği kanısında olduklarını belirtmişlerdir (16,19).

Psikiyatrik hastalığı olan bir bireyle yaşamak aile için üzücü, şaşırtıcı, korkutucu bir deneyimdir. Aile üyeleri hastalık belirtilerinden korkabilir, baş edemeyebilir. Bu hastalığın kendilerini, fiziksel ve zihinsel olarak, sürekli tehdit ettiğini düşünebilirler. Genellikle yalnız kalmak istemezler, yanlarında en az iki kişinin bulunmasına özen gösterirler. Hasta birey ile birlikte sokağa çıkmak, aile için başlı başına bir korku kaynağı olabilir (11).

Toplumun genel olarak ruh sağlığı kavramını, ruh sağlığı çalışanlarına göre daha dar kalıplarda aldığı ve olumsuz bir tavır içinde olduğu bilinmektedir. Ağır ruh hastalıklarının çeşitli şekillerde beraberinde getirdiği damgalanma olgusu, hastalığın kendisinden daha da kötüdür. Sadece bu saptama bile , ailenin içinde bulunduğu durumun hassasiyetini yeterince vurgulamaktadır. Soygür (1993)'ün belirttiğine göre 1989'da yapılan bir çalışmada, hastalık damgasının aile üzerindeki etkileri konusunda, benlik saygısında azalma ve aile ilişkilerinin zarar görmesi en çok belirtilen noktalar olmuştur (92,93,94).

Tuna'nın (1999) yapmış olduğu bir çalışmada, ailesinde ruh hastası bulunmayanların, ailesinde ruh hastası bulunanlara göre ruh hastalarını daha fazla reddedebildikleri, toplumun bu reddedici yaklaşımı karşısında hasta yakınlarının olumsuz yönde etkilendikleri belirtilmiştir (11).

Karancı'nın (1997) şizofren hasta yakınları ile yaptığı çalışmada, hasta yakınlarının , hastalarla ilgili olarak en sıklıkla bahsettikleri zorluklar; aile yaşamındaki çatışmalar(%57), hastanın getirdiği üzüntü, kaygı, stres ve gerginlik gibi duygusal yükler(%48), hastanın tedavisi için gerekli olan harcamalar ve hastanın kişisel masrafları(%27) şeklinde bildirilmiştir (58).

Buldukoğlu ve Tel'in(2000) belirttiğine göre, King ve Nazareth şizofren hastaların yakınları ile yaptıkları çalışmada, hasta yakınlarının hastaya bakım verirken duygusal ve davranışsal güçlükler yaşadıklarını, hastanın davranışlarını önceden tahmin edemediklerinden hastanın kontrolsüz davranışları karşısında nasıl tepki vereceklerini ve beklenti koyacaklarını bilmediklerini, bu nedenle endişe yaşadıklarını genellikle hastayı kendi haline bıraktıklarını saptamışlardır. Buldukoğlu ve Tel(2000), şizofrenik hasta aileleri ile yaptıkları bir çalışmada, hastanın kontrolsüz davranışları olduğunda hasta ailelerinin %47'sinin hiçbir şey yapamadıklarını ve hastayı kendine haline bıraktıklarını, %17'sinin hastaya engel koyduklarını belirlemişlerdir (102).

Ebrinç ve ark.(2001) yapmış oldukları çalışmada, hasta ailelerinde “duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, rol ve davranış kontrolü” aile işlevlerinin sağlıklı olduğunu bildirmişlerdir (32).

Kronik ruhsal hastalıklar, aile içindeki evlilik ilişkilerini etkileyen önemli bir yaşam krizidir. Eşlerden birinin hastalanması ailenin dengesini bozmakta ve hastalık süresince sağlıklı eşin, hasta eşin aile içi rollerini yüklenmesine neden olmaktadır.

Araştırma bulguları eşlerin sosyal ilişkilerinde azalma, kendine zaman ayıramama, dinlenememe ve maddi gelirden azalma yanında, hastanın bakım gereksinimleri ile kuşatılmış olduğunu göstermektedir (11,32).

Sürekliği olan hastane tedavileri, ilaç kullanma zorunluluğu, özellikle sağlık sigortası olmayan aileler için karşılanması güç, maddi bir külfet getirmektedir. Bunların yanı sıra, hastaya verilen bakım hizmeti sırasında, aile bireylerinin harcamış oldukları fiziksel ve zihinsel enerji ile bu sürecin getirdiği yük, hiç bir maddi değerle ölçülmeyecek orandadır (11).

1.3.4. AİLE YAKLAŞIMI

1.3.4.1. AİLE DEĞERLERİ

Aile, bireylerin içinde büyüdüğü, geliştiği en küçük toplum birimidir. Çocuğun ruhsal gelişiminde en önemli ortam, en önemli toplumsal kurumdur. Çocuk toplumda kaynaşmayı, toplumun üyesi kimliğini, sağlıklı ruhsal gelişmesini bu çevrede kazanır. Çocuğun toplumsal gelişmesinde ana-baba-çocuk ilişkisi, ana-baba tutumlarında önemli rol oynar (6).

Diğer yandan aile, üyelerini ortak bir kültür içerisinde bilinçli yada bilinçsiz birbirine bağlayan bir oluş, düşünce, davranış ve inanç sistemi olarak tanımlanır. Ailede bireyin kendi rolünü, yaşama verdiği anlamı, hedeflerine ve değerlerine nasıl ulaşacağını anlamasında belirleyici olan inançlar sistemini ve normları oluşturan ana kaynak olmalıdır (20).

İnformal roller ailede bireylerin duygusal gereksinimlerini karşılama ve dengesini sürdürmede önemli rol oynar. İnformal roller açık ve kapalı duygusal ve ima şeklinde olabilir. Bu roller ailenin uyumu ve bütünlüğü açısından gereklidir. İnformal rolle, formal rollerin performansının daha iyi olmasını sağlayabilir (70,75).

Değerlerin öğrenildiği yer olan aile, değerlerin nesilden nesile ve ailenin bir parçasını oluşturduğu toplum ve kültür içerisinde aktarılmasında bir temel oluşturur. Aile değerleri çoğunlukla ailenin yada bireyin içinde bulunduğu toplumun ve ailenin tanımladığı alt kültürlerin bir yansımasıdır (69,72).

1.3.4.2. AİLE İŞLEVLERİ

A. SORUN ÇÖZME

1) AİLEDE SORUNLAR VE SORUN ÇÖZME YOLLARI

Ailenin işlevlerinden biri, karşılaştığı sorunları gerekli aşamalardan geçerek çözebilmesidir. Ailede sorunlar pratik ve duygusal olmak üzere iki tiptir. Pratik sorunlar; ailenin günlük gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik olan, daha çok somut sorunlardır(Para yönetimi ve yaşanacak yerin seçimi). Duygusal sorunlar; geçmişe ilişkin yaşantıların izlerini taşıyan, daha karmaşık sorunlardır (20,35).

Her ailede yapılması gereken bazı işlevler vardır. Bu işlevler şöyle sınıflandırılabilir. Temel işlevler; yeme, içme, barınma ve eğitim gibi her ailenin bireylerinin temel gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik işlevlerdir. Gelişimsel işlevler; ailenin gelişimsel aşamalarında ortaya çıkan sorunların çözümü, gerektiğinde kuralların ve kalıpların değiştirilmesi gibi işlevleri kapsar. Son olarak kriz dönemindeki işlevler ise, hastalık, ölüm, iş kaybı, yangın gibi durumlardaki işleri kapsar. Bir ailenin

krizle başa çıkma yetisi, kuşkusuz krizin özellikleri kadar, ailenin kriz öncesi ilişki ve uyum düzeyi ile ilişkilidir (20,35,69,70).

Bütün bu işlerde hem pratik hem de duygusal özellikler çoğunlukla birbirleriyle ilişkili olmasına karşın aralarında belli bir hiyerarşik ilişki gösterilebilir. Pratik sorunların üstesinden gelemeyen ailede duygusal boyutun tanımlanması ve çözümlenmesi genellikle zordur (70).

İyi işlev gören, problemlerini çözebilen bir ailede herhangi bir sorunun çözümü şu evrelerden geçer (20).

- Önce problem tanımlanır.
- Seçenekler ortaya konur.
- Seçeneklerden biri benimsenir.
- Eyleme geçilir.
- Zaman zaman durum değerlendirilir.

Sorunlarla başa çıkma kapasitesi genellikle bir ailenin uyum düzeyinin göstergesidir. Her ailede çözümünde az yada çok enerji gerektiren sorunlar, kriz dönemleri olabilir. Kriz sonrasında ise bazı aileler eski dengesine ulaşırken, bazılarında önemli yapısal ve işlevsel değişiklikler ortaya çıkar. Yapılan çalışmalar, ailelerin sorun çözme yeteneğinin sosyal sınıf, aile yapısı, ırk ve dinsel özellikler gibi etkenlerle ilişkili olmadığını, daha çok çevredeki diğer ailelerle paylaşılan sorun çözme stilleriyle ilişkili olduğunu göstermiştir. Sorun çözme yeteneği yüksek olan aileler toplumsal dış dünya ile ilişkilerini grup olarak kuran ve sürdüren, günlük programları düzenli ve eş güdümlü olan ailelerdir (16,20,35,69).

Sorun çözerken izlenen yolda aksamalar olabilir. Belli bir eylem saptandığı halde uygulanamayabilir yada eyleme geçirilir ama uygulanamaz veya uygulanır. Ancak başarılı olamaz, çünkü izlenen yol yanlıştır. Böyle olduğunda zaman zaman ulaşılan durumun değerlendirilmesi önem kazanır (20,70).

Ailenin sorun çözme yeteneği araştırılırken şu sorular yol göstericidir (72,73);

- * Aile ortaya bir sorun çıktığında ne yapıyor?
- * Kim ne hissediyor?
- * Kim hangi konuya ilk kez dikkat çekiyor?
- * Sorun kimler arasında tartışılıyor?
- * Bireylerin yinelenen yaklaşım modelleri var mı?
- * Seçenekler ortaya konup tartışılıyor mu?
- * Kimler tarafından tartışılıyor?
- * Sonuçtaki kararı kim veriyor?
- * Benimsenen seçeneğin sonuçları değerlendirilir mi?
- * Nasıl?
- * Yapılan işin başarısı ve uzun süren ve çözülemeyen sorunlar olmuş mu?
- * Halen sürmekte midir?

2) AİLENİN SORUN ÇÖZERKEN KARŞILAŞTIĞI SORUNLAR

Ailede sorun çözme ile ilgili bir güçlük olduğu bildiriliyorsa, somut örnekler üzerinde bunun gerçekten sorun çözme kapasitesindeki bir yetersizlikten mi, yoksa bilgi veren kişinin bunu sorun yapmasından mı kaynaklandığını ayırt etmek gerekir (20). İşlevleri en iyi aileleri yukarıda tanımlanan sorun çözme aşamalarını basamak basamak aşabildiği, en işlevsiz ailelerin ise birinci basamakta kaldıkları, yani sorunu ortaya

koyup adlandırmayı bile başaramadıkları izlenir. Sorun çözmeye zorluk görülen durumlarda büyük ölçüde kuşaklardan gelen eğilim ve inançların payı olduğu ve görünürde sorunu olmayan ailelerde de bazı sorunların çözümlenmesinde güçlükler olabileceği akla gelebilir (69,70).

3) PROBLEM ÇÖZMEDE(SORUN ÇÖZMEDE) BİREYSEL ETKENLER

Bir kimsenin problem çözmeyeindeki başarısı problemin özelliklerinden çok, bazı kişisel etkenlere, yani bireyin kendisine ilişkin özelliklerine bağlıdır. Zeka bu etkenlerden biridir. Birey ne kadar zeki ise, problem çözmeyeindeki başarısı o kadar fazla olacaktır. Problem çözmeye yeteneği, güdülenme, kurulum ve işleme takılma etkenlerine bağlıdır (91,102).

İnsanlar problem çözmeye için güdülenmiş olmalıdır. Yoksa, düşünceleri amaçsız olacak belki de çözüme ulaşamayacaktır. Güdülenme düşünmeyi yönlendirir. Böylece yalnızca problemin amacına ilişkin düşünceler üzerinde durulur(16,20,102).

B. İLETİŞİM

İletişim, bir organizmanın ürettiği, başka organizmalar için anlamlı olan ve böylelikle davranışlarını etkileyen sinyallerden oluşur. İki çeşit sinyal vardır. Bunlardan birincisine işaret adı verilir. İşaret, olaylar arasındaki doğal ilişkilerle anlam kazanır. Örneğin, bir köpeğin havlaması ısırabileceğinin göstergesidir. Bu olaylarda her işaretin belirli bir anlamı vardır. Çünkü daha önceden bu uyarıcıların birbirleri ile ilişkili olduğu öğrenilmiştir. İkinci çeşit sinyal insanlar tarafından üretilmiştir. Buna sembol denir. İnsanlar her sembole bir anlam vermişlerdir ve kendi aralarında iletişim kurmak için

kullanmışlardır. Semboller değişik biçimlerde kullanılabilir. Ailede de bireylerin gerek kendi aralarında gerekse dış ortamda bilgi alışverişi iletişimle sağlanır (20).

1) AİLEDE İLETİŞİMİN ÖZELLİKLERİ

Ailede bireylerin açık dolaysız v karşılıklı bir iletişim kurabilme yeteneğinde olmaları beklenir. Hiç kimse uzun süre iletişim kurmadan kalmaz. Aslında iletişim kurmamak bir iletişimdir. İletişim sadece bilgi aktarma aracı olmayıp aynı zamanda bir alış verıştır, ayrıca güç dengelerinin belirlenmesinde önem taşır. İletişim sözel ve sözel olmayan biçimde kullanılabilir. Sözel iletişim sözcüklerle ifade edilenleri kapsar. Sözel olmayan iletişimse jestler, mimikler ve ses tonu gibi öğelerden oluşur.

İletişim değerlendirilirken;

İletişimin açık mı kapalı mı olduğuna dikkat etmek gerekir. Açık iletişimde kime ne söylendiği anlaşılır biçimde ifade edilir. Maskeli iletişimde ise içerik örtülüdür. İletişimin doğrudan mı, dolaylı mı olduğu değerlendirilir. Bunu anlamak için kime hitap edildiğine dikkat etmek gerekir. İletişimin kime yöneltildiği belli ise mesaj doğrudan, belli değilse dolaylı bildirilmektedir (6,10,20,69).

2) AİLEDE İLETİŞİM SORUNLARI

İyi işlev gören ailelerde, ana-babaların iletişimi çocuklarıkinden daha sıktır. En işlevsel iletişim stili açık ve doğrudan ilişki olduğu halde en sorunlu iletişim kapalı ve dolaylı olanıdır. Bazı ailelerde kişiler bağımsızca konuşup düşüncelerini paylaştıkları halde, bazılarının da kişilerin evde güç sahibi olan kim ise, o kişinin düşüncelerini yineledikleri görülür (69,70).

Çok sayıda araştırmacı daha çok sözel iletişim sorunları üzerinde çalışmışlardır. Ancak yorumlanmalardaki zorluklara karşın sözel olmayan iletişim sorunları daha önemlidir. Ailelerin iletişimde niceliksel zorlukları olabilir. Bazı ailelerde iletişim miktarı yetersizdir, bazılarında ise iletişime olanak vermeyecek ölçüde hızlıdır (64,69,70,102).

Bazı ailelerden niteliksel sorunlar yaşanabilir. Örneğin, sözel iletişim ile sözel olmayan iletişim aynı mesajı iletmemektedir. Yani ileti açık değildir (20).

Ailelerin bir kısmı da pratik konularda iyi iletişim kurabilmekteyken, duygusal konularda oldukça yetersiz olabilirler. Ailelerdeki iletişim tarzı güç dengesi ile yakından ilişkilidir (20,69).

C- ROLLER

Roller, ailenin maddi ve manevi gereksinimlerini karşılayan davranış şekilleridir. Ailede günlük işlerin yürütmesini sağlayan “pratik roller” ve gelişme, destek, yetişkin cinsel doyumu kapsayan “duygusal” roller bulunmaktadır. Kuşaklar arasında cinsiyete dayalı rollerde dikkat çekicidir. Geleneksel özellikler arttıkça kadın ve erkeğin görev sınırları kesinleşir. Roller arasındaki kesin sınırlar kadar, belirsizlikte sorun kaynağı olabilir. Genellikle ana-baba-çocuk ilişkisinde geleneksel sınırların özellikleri, baba-çocuk arasında sınırlı, anne-çocuk arasında daha iç içe bir ilişki biçiminde görülür. Gerek bireyler gerekse roller arasındaki sınırların özelliği o ailenin bireyselleşme düzeyi hakkında bilgi verir (35,36).

Mc. Master Aile İşlevleri Modeli ailenin kaynak kullanımı, bakıp, büyütme, destekleme ve kişisel gelişim sağlama, aile sistemini idare etme gibi konularda davranış kalıbı geliştirip geliştirmediği üzerinde odaklanmaktadır. İlave olarak roller ile ilgili

boyut, görevlerin belirgin ve eşit olarak üyelere dağılımı ile görevlerin aile üyeleri tarafından sorumlu bir şekilde yerine getirilip getirilmemesini de içermektedir. Başka bir deyişle, para, konut, giyim, yeme gibi maddi gereksinimlerin karşılanması rollere bağlı olarak ele alınmaktadır. Bu konuda işlevsel bir aile, çocukların ve ebeveynin bakımı, beslenme ve gelişmesini sağlayacak şekilde rolleri belirlemiş olan ailelerdir. İşlevler, para-sağlık gibi konularda kural koymayı ve karar vermeyi gerektirir (20,35,69,70).

Çoğunlukla yetersiz iletişim sonucu olarak roller arasındaki sınırların belirsiz olması işlerin yürütülmesinde zorluklara yol açar. Sınırları çok iyi çizilmiş roller ise kriz dönemlerinde esnekliğin olmaması nedeniyle sorun yaratabilir. Bazen de aile bireylerinden birinin farklı bir rol üstlendiği görülür (20,70).

Sorun olabilen rollerden birisi “günah keçisi” rolüdür. Bu deyim bir Yahudi söylencesinden gelmektedir. Örneğin bir ailede çocuğun günah keçisi rolü dikkat çektiğinde mutlaka çocuğun kötüye kullanımını araştırmak gerekir (72,73).

Bir başka rol “ana-baba işlevini yüklenmiş çocuk” rolüdür. Özellikle kalabalık ailelerde büyük çocuğun, kardeşler alt sisteminden ana-babalar alt sistemine geçtiği görülür. Yani yaşının gerektirdiği roller yerine ek olarak, erkenden ana- baba sorumluluğu ve işlevleri kazanır. Diğer bir rol “Kutsal kurban” rolüdür. Aile bireylerinden biri tüm istek ve beklentilerini aile adına feda etmiştir. En son rol olarak da “İyi çocuk” rolü verilmiştir. Çalışkan, sorumlu, kurallara bağlı ancak yalnızlık duyan ve gergin olabilen çocuğu tanımlar(20,70,73).

D- DUYGUSAL TEPKİ VEREBİLME

Aile üyelerinin her türlü uyarılar karşısında en uygun tepkiyi göstermesi anlamına gelmektedir. Burada sevgi, mutluluk, neşe gibi ferahlık ifade eden duyguların yanında, kızgınlık, üzüntü, korku gibi acil durumları da içermektedir. Bir başka deyişle, işlevini yerine getirebilen bir ailede aile üyeleri her türlü duygularını ağırlıklı bir şekilde sözlü veya hareketle ifade edebilirler (20).

Kültürel ve toplumsal yerel özellikler ailenin duygusal tepkilerini belirlemede önemli rol oynar. Aile bireyleri bu tepkilerini sözlü ve sözlü olmayan şekillerde anlatabilirler (35,72,73).

Sağlıklı ailede bu duygusal tepkiler uygun ve çeşitlidir. İşlevleri iyi olmayan ailede ise duygusal tepkiler nitelik ve nicelik açısından bozulmuş ve çoğu kez bir kaç başlığa inmiştir. Duygusal tepkilerin niceliğinin bozulduğu durumlarda bireylerin duygu ifadeleri çok kısıtlanmıştır. Herkes içe dönük yaşar. Bazı ailelerde ise duygusal tepkiler bombardıman halinde yaşanır (20,69,102).

E- DUYGUSAL KATILIM

Aile üyelerinin birbirlerine gösterdiği ilgi, bakım, sevgiyi içerir. En sağlıklı aileler birbirleriyle orta derecede ilgilenirler. Az veya çok ilgilenen aileler bu konudaki işlevini yeterince yerine getiremiyor demektir. Çok ilgilenme, aile üyelerinin birbirine fazla bağımlı olduğunun, az ilgilenme ise birbirlerine az sevgi ve ilgi gösterdiklerinin belirleyicisidir (20,87).

Aile bireylerinin duygusal katılımı yine çeşitli düzeylerde olabilir. Bunlar aşağıdaki şekildedir;

•**Katılm olmayabilir;** Burada bireylerin birbirleriyle ilgilenmeyip sadece pratik işleri yürüttükleri izlenir.

•**Zorunlu katılım vardır;** Burada aile bireylerinin birbirlerinin etkinliklerine entelektüel düzeyde katıldıklarına ilişkin ip uçları olsa dahi bireylerin birbirlerine duygusal yatırımları yoktur.

•**Narsistik katılım;** Ben merkezci düzeyde katılım vardır, yani kişi kendi duygusal gereksinimlerini karşılamak üzere diğerleriyle ilgilidir.

•**Empatik katılım;** En sağlıklı katılım biçimidir. Bireyler birbirlerinin yaşamı ve etkinlikleriyle derin bir şekilde empati yapabilme yeteneğindedirler.

•**Aşırı katılım;** Aşırı koruyuculuğu kapsar.

•**Simbiyotik katılım;** İki yada daha fazla aile bireyi arasındaki sınırların bulanık ve ilişkilerin yoğun oluşuyla dikkati çeker. Çoğunlukla derin bir patolojiye ilişkin ip ucudur (20).

Katı aile kuralları duygu ifadelerini kısıtlar. Bu kısıtlama bazen aile bireylerinde ruhsal bozukluklara yol açabilir. Bunların içinde en sağlıklı empatik katılım, en sağlıksız ise katılımsızlık veya simbiyotik katılımıdır (20).

Aile bireylerinin her zaman aynı duyguları paylaşması olanaksızdır. Yapıcı eleştirel tutum daha çok ortadaki sorunlu duruma yöneliktir. Oysa olumsuz eleştiri daha çok kişiliğe yönelir ve zedeleyicidir(20).

F- DAVRANIŞ KONTROLÜ

Davranış kontrolü, ailenin üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama biçimidir. Psikolojik ve sosyal tehlike karşısındaki davranışlar değerlendirilir. Ayrıca kontrolün esnek, katı, serbest, düzensiz oluşu da ele alınmaktadır (2,6,20).

Aşağıdaki durumlarda ortaya çıkan davranış örüntüleri ailenin davranış kuralları hakkında bilgi verir (20).

Fiziksel olarak tehlikeli durumlar; Ailenin karşılaştığı ve ansızın ortaya çıkan sorunlardaki tepkileri. Örneğin küçük çocuklarını balkon demirlerine tutunmuş olarak gören aile bireylerinin o andaki davranışları.

Psikobiyolojik denetim sorunları; Yeme, içme, boşaltım, uyku, cinsellik, saldırganlık konusundaki eğilimler.

Toplumsal denetim; Aile bireyleri arasındaki ve ailenin aile dışındaki kişilerle ilişkileri.

Davranış denetiminin niceliksel yönden dört tarz görülür (2,6,20,69).

Katı denetim; Kuralların katı,değişmez biçimde uygulandığı denetim.

Esnek denetim; Her koşulda duruma göre değişebilen akla uygun denetim yolları

Gevşek denetim; Çok serbestliğe izin vermeyen ancak sınırları önceden çizilmeyen denetim.

Kaotik denetim; Aynı durum karşısında bile her seferinde farklı uygulanan önceden belirlenemeyen, bazen de hiç uygulanmayan denetim tarzıdır (2,6,20,69).

Genel Fonksiyonlar

Bu boyut yukarıda ifade edilen altı boyutu kapsayacak şekilde bilgi toplamayı amaçlamaktadır (20).

1.3.4.3. AİLEDE ALT SİSTEMLER VE İŞLEV BOZUKLUKLARI

Gurman, Munichin(1987) tarafından geliştirilen yapısal aile terapisi yaklaşımı temelde insanların birbirinden ayrı olarak yaşamadıkları görüşüne dayanmaktadır. Her birey var olan sosyal grupların etki ve tepkide bulunan bir üyesidir. Yapısal aile terapisi bireye bulunduğu sosyal çevre içerisinde yaklaşan bir modeldir. Bu modele göre aile, bireylerin toplamından daha büyük bir birim oluşturmaktadır. Munichin aileyi kişiler arası davranış örüntüleri ile işlevini yürüten bir sistem olarak kabul etmektedir. Bu sistemin üç belirli özelliği söz konusudur. (16,70)

1. Aile yapısı sistem olarak devamlı değişim içerisindedir.
2. Aile bir gelişim süreci içerisinde yeniden yapılanmayı gerektiren dönemlerden geçer.
3. Aile, bireylerin psikososyal gelişimlerini arttırmak için değişen durumlara uyum sağlar.

Ailenin yapısı Munichin tarafından, aile bireylerinin birbirleri ile olan ilişkilerini düzenleyen ve ancak aile bireylerinin birbirleri ile etkileşim halinde olduğu zaman görülebilen işlevsel istekler bütünü olarak tanımlanmaktadır demiştir.

Bütün var olan alt sistem ve sistemlerin bir sınırı vardır. Sağlıklı fonksiyon gösteren aileler, uygun sınırlara sahip ve açık hiyerarşi, jenerasyonlar arası geçiş koalisyonları yönünden uygun aileler olarak tanımlanır. Bununla beraber, sağlık bakım kurumlarında, aileleri değerlendirmede, bu boyutların en önemlisi, bu sınırların aile gelişimi olarak düzenlendiğidir. Alt sistemler sınırlar tarafından ayrılır. Bu sınırlar, bir alt sisteme kimin ve nasıl katılacağını belirleyen kurallardır. Uygun aile fonksiyonları için alt sistemlerin sınırları açık olmalı ve uygunsuz karışma olmaksızın onların fonksiyonlarını tanımaları için bir alt sistemin üyelerine izin verilecek şekilde tanımlanmış olmalıdır. Örneş hasta ise, tedavi seçeneklerinin tartışılması gerekiyorsa

bu seçenekler her iki eş ile tartışılmalıdır. Bir aile içindeki sınırların açıklığı, aile fonksiyonunun değerlendirilmesi için kullanışlı bir parametredir (39,40).

1.3.4.4. AİLENİN RUHSAL HASTALIKLARDAN ETKİLENME DURUMLARI

Klinik gözlemlerde, şizofrenik hastaya sahip ailelerin bazı üyelerinin sabırsız, öfkeli, bazen çaresiz, umutsuz, bıkkın, ilgisiz tavırlar sergiledikleri şeklindedir. Bu da, bu aile üyelerinin her zaman psikiyatrik bir tanı koyduracak olmasa bile bir takım ruhsal bozukluk gösterdikleri izlenimini ifade etmektedir (6,10,24).

Aile bireylerinde görülen ruhsal belirtilerin ve süregelen stresin hastalığın iyileşmesinde, uzun sürmesinde, sık alevlenmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Yapılan bir araştırmaya göre, şizofrenik ailelerde, özellikle hostilite, paronoid düşünce ve psikotizm puanları ileri derecede anlamlı yükseklik göstermektedir. Bu sonuç şizofrenik hastaların ailelerini daha düşmanca, daha kuşkucu ve daha psikotik olarak tanımlayan bilgilere benzerlik göstermektedir. Şizofrenik hastaya sahip ailelerde, kontrol grubuna kıyasla, anksiyete puanı anlamlı, depresyon ve kişilerarası duyarlılık puanları da ileri derecede anlamlı bulunmuştur. Bu sonucun şizofrenik bir bireye sahip olmanın ve onunla birlikte yaşamının verdiği zorluktan ve kendini küçük görme duygularından ileri geldiği düşünülebilir (25,27,36,70).

Öte yandan sık alevlenme gösteren şizofrenlerin ailelerinde, ruhsal bozuklukların oldukça yüksek çıkmasını, alevlenmelerin sebebi değil, bir sonucu olduğu yolunda yorumlamak mümkündür. Bazen hastanın tedavi sonrası, hastaneden eve dönüşü aileye ileri derecede bir yıkım oluşturabilir. Bu sebeple psikiyatri ekibi hastanın taburculuğunun hem hastaya hem aileye olan patojenik etkilerini göz önünde bulundurmalıdır (20,36,70).

Psikiyatrik sorunları olan çocukların anne ve babalarındaki psikopatolojinin, bozuk aile içi etkileşimlerin, hatalı anne baba tutumlarının daha sık olduğu, ailedeki bu sağlıksız özelliklerinde psikopatolojinin oluşumunda da önem taşıdığı ileri sürülmektedir. Çocuk ve ergen ruhsal bozukluklarında, aile paterninin önem taşıdığı; anksiyete bozukluğu, anoreksiya nevroza, tik bozukluğu, kekemelik, fonksiyonel enürezi, OKB, hiperaktivite, dikkat eksikliğinde aynı yada benzer tipteki psikopatolojik özelliklerin aile bireylerinde daha sık görüldüğü bildirilmektedir Ayrıca ailenin işbirliğini isteyen programların yaygınlaşmasından önce risklerin değerlendirilmesini ve mümkün olduğunca azaltılmaları tavsiye edilmektedir (2,6,20).

Hasta özellikleri açısından en fazla olumsuz tutumlara maruz kalanlar, gözlenebilir şekilde rahatsızlığı olan kişiler, davranışları önceden kestirilemeyenler, erkek hastalar, bir azınlık grubu üyesi olanlar, toplumsal bağları çok zayıflamış ve bir psikiyatri kliniğinde somatik tedavi gören kişilerdir. Ayrıca bir kısım yazar, psikiyatri hastalarına veya desteğe gereksinimi olanlara bakanlar üzerinde yaratabileceği yük ve strese dikkati çekmişlerdir (20,69,7

1.3.4.5. AİLENİN KRİZ DURUMU İLE KARŞI KARŞIYA GELMESİ VE BAŞETME DURUMLARI

Pek çok aile farklı evreli gelişimsel yaşam döngüsünden geçer. Bütün bir aile tarafından düzenlenen görevlerden herkes payını alır. Bir yaşam döngüsünden diğerine geçişte, birey ve ailenin bileşiminin, her ikisi içinde önemli bir basamağını oluşturduğu bir gerçektir. Bu evreler, aile üyelerinin değişimi, her biri ile ilgili, aile üyelerinin değişen durumu ve aile üyelerinin yönelimi, aileden uzaklaşma ile ailenin gelişimsel sürecinin bu harekete yönelmesi ile ilgilidir. Bir aile bu değişim boyunca, çok derin

değişiklikler yaşar. Aile stresleri bu noktada en yüksektir. Aile üyeleri, aile sisteminden çıktığında ve girdiğinde dengesi alt üst olur (58,64,72,75).

Bireysel yaşamın temel evreleri arasında her geçiş döneminde, kişi nasıl geçici bir bocalamaya uğruyorsa, aile yaşamında da buna benzer bir şekilde geçiş dönemlerinde ağırlığı ve süresi aileden aileye farklılık gösteren krizler yaşanmaktadır. Aile bütünlüğünü tehdit eden stresleri ve buna bağlı kriz dönemlerini şu başlıklar altında toplayabiliriz:

- Tanışma ve flörtten evliliğe geçiş sırasında ortaya çıkan kopmalar ve ayrılmalar
- Çocukların doğumu
- Çocukların evden ayrılışı
- Emeklilik
- Hastalık
- Eşlerden birinin ölümü

Bu stres koşullarından her biri ailenin kurulu dengesini bozabilir, kesintisiz bir denge içinde görünen aile birliği ve ilişkileri çözülmeye uğrar. Aile kısa bir süre içinde uygun ve yeterli savunmalarla söz konusu stresle baş etmeyi başaramazsa aile krizi ortaya çıkmış demektir. Kriz, streslerin baş edilemeyecek kadar ağır ve ciddi oluşundan doğabileceği gibi, aile sisteminin zedelenmeye, örselenmeye yatkın ve elverişli olduğunda da ortaya çıkabilir (64,72,75,78).

Ailenin gelişim stratejileri aile içi ilişki ve etkileşimler ile güç dengesi ile değişir. Bu değişim, aile içi kriz, çalışma, yetersizlik, ailede parçalanma, boşanma, ayrı yaşama, anlaşmazlık, bedensel ve ruhsal bunalımlar ve hastalıklar, suç ve fuhuşa yönelme, alkol ve uyuşturucu kullanımı gibi değişik durumlar ve sorunlar çıkarır. Ailenin temel

işlevlerini yerine getirememesi, ekonomik, sosyal ve çocuk yetiştirme işlevlerindeki kayıplar, babanın ölümü, annenin ölümü yada her ikisinin ölümü ile birleşerek, parçalanmış aile yapılarını ortaya çıkarır (87,91,94).

Aile bireylerin içinde geliştiği en küçük toplum birimidir. Duygusal gelişimin temel ünitesidir. Kişi, toplumla kaynaşmayı, toplum üyesi kimliğini, sağlıklı ruhsal gelişmesini bu çevrede kazanır. Çocuğun toplumsal gelişmesinde ana- baba- çocuk ilişkisi, ana-baba tutumları temel etken olarak rol oynar (20,69,70).

Ailenin yaşam döngüsünün belli safhaları ile uyumlu beceriler, görevler ve kurallar geliştirdiği ve hakim hale geldiği durumlar vardır. Dengenin yeni süreci, aile üyeleri tarafından deneyimlenir. Bu süreç, geç aile yaşamının ayrılma kaynağı ve evrelerinin gerekliliği olarak değerlendirilir (20,72).

Aile krizlerine yol açan diğer neden, aile üyelerinin aile içinde bireysel ve kişisel özgürlüklerini koruma ve görece özerk olmayı sürdürebilme yetersizliğidir. Kişisel farklılıklardan doğan çatışmaları, geleneksel ailelerde erkeğe boyun eğme, erkeğin dilek ve normlarını tartışmasız kabul etme ile bir dereceye kadar çözmek mümkün olmaktadır (20,69,72,94).

Aileler, acil servise aile sorunlarından yakınlıkla gelebilirler de, çoğunlukla yardıma gereksinimi olan, tek bir kişiyi belirlemiş olarak başvururlar. Ailesi eşliğinde gelen hastanın sorunları, genellikle ailenin sorunlarını yansıtmaktadır. Hastanın sıkıntısı ile birlikte yaşayan kişilerle yapılan aile görüşmesi, bireylerin durumuna ilişkin soru ve istekleri, bakış açılarını anlatmaları açısından fayda sağlar. Tek başına bu süreç bile ailenin sıkıntısını azaltmaya ve etkin üyelerin çözümüne katılmalarına yardımcı olabilir; zira aile üyeleri çözümün vazgeçilmez bir parçasıdır. Durum ne olursa olsun, acil sorunun çözümüne aileyi de katmak, onların ilerideki krizlerle başa çıkma yetisini

arttıracak ve her şeyin sorumluluğunu hastanın yüklenmesini önleyerek gereksiz yatışlara engel olacaktır (69,72).

Ailenin baş etmesi ise, ailenin yönetime yardımcı olacak uygun sosyal destek veya informal dış kaynaklar oluşturmaktan geçer. Bunu telafi etmeye yarayan tutum; bakım verici ve hastanın yalnız yaşaması değildir. Bu durumda koşullar ilave destek gereksiniminin karşılanmasında telafi edici olabilirler. Mekanizmaların eksikliği için plan yapmak ve önceden denemek gereklidir. Araştırmacılar, desteğin derecesinin, çalışmaların düzeyi, desteğin miktarı ve ilişkilerde karşılıklı anlaşmazlık boyutunun gerekliliğini ifade etmişlerdir (102).

Destek gruplarının öykü tarzındaki cevapları, psikiyatri alanında çalışanlar için temel bir destek ve eğitim rolü oynadıklarını ortaya koymaktadır. Bununla birlikte grup destek mekanizması, tüm bireyler için etkili ve kabul edilebilir değildir. Bunun nedeni, devam etmekte olan problemler, imkanlardan sınırlı yararlanabilme ve bireylerin tercihleri olabilir. Bir çok kategorideki destek tipleri, desteğin spesifik anlamı, doğrudan psikiyatrik bakım verenlerin rolü yada durumlarına bağlıdır (20,69,102).

1.3.4.6. AİLE VE HEMŞİRELİK

Günümüzde, toplum ruh sağlığı alanındaki pek çok çalışmacı ruh hastalarının evde bakılmaları konusunu savunmakla birlikte, hizmet dağıtımındaki bu modelin uygulanmasına ve değerlendirilmesine ilişkin yeterli girişimlerin sayısının az olduğu görülmüştür. Bu durumda da eğitilmiş psikiyatri personelinin katkısıyla, ruh hastalarının evde tedavi edilmeleri konusu, hizmet dağılımının çeşitli şekillerinden birisi durumuna gelmektedir. Böylece hemşireliğin daha çok geliştirilmesine ve ruh sağlığı bakımından

her aşamasında daha anlamlı katkılarda bulunmasına duyulan gereksinim açıkça ortaya çıkmaktadır (10,15,17).

Aile hemşireliği sisteminde, başarılı uygulamalara gereksinim duyulur. Çalışma içeriğinde yönetim, kliniksel ve eğitimsel desteğin varolması zorunludur. Tüm ekip üyeleri, aile üyelerini özellikle tedavi süreci ve beklentilerini içeren mesajları onlara vermek zorundadırlar. Değişmeyen bakış açısı ailenin hastane sisteminden nasıl etkilendiği ile ilişkilidir (10,15,17,25,36).

Diğer yandan psikiyatri kliniklerinde taburcu olmaya hazır hasta ve hasta ailelerinin gereksinimlerinin araştırıldığı diğer bir araştırmada, psikiyatri hemşiresinin, taburcu planını oluşturacak ekibin anahtar üyesi olarak görev yaptığı ortaya konmuştur. Psikiyatri kliniğinden taburcu olmak, hasta ve ailesinde anksiyeteye neden olur. Çünkü eve dönüş ile birlikte, hasta ve ailesi psikiyatri hastası damgasının olumsuz etkilerini yaşarlar. Ayrıca uyum, iletişim, tedavi ve bakımın sürdürülmesi gerektiğinde yada kontrollerde nereye nasıl baş vurulacağı konularında ve kendilerini ekonomik ve psikososyal yönden destekleyecek kurum ve kuruluşlarla ilgili bir çok sorunları vardır (61).

Hemşireler terapi ve prognoz ilişkisine olumlu bakmakta ve psikoterapinin ilaç tedavisinden daha anlamlı olduğuna inanmaktadırlar. Bu bulgunun ışığı altında, üniversite mezunu hemşireler prognoz ile ilişkili psikoterapinin kullanımına daha gerçekçi bakmaktadır (63,64,80).

Hemşire terapist, terapötik ritüellerin oluşumunun temelinde yatan ailenin yaşam deneyimlerini anlamaya çalışır. Seçilen girişimlerde önemli olan, ailenin dünyaya bakış açısını kapatmasıyla ilgili ritüeller, problemler, tanımlanan çözümlerdir (80).

Roman ve Floyd (1981) psikiyatri hastaları ile daha fazla uygulama deneyimi olanlarda daha az deneyimi olanlara oranla hastayı daha fazla kabullenme eğiliminin olduğunu belirtmişlerdir. Jaffe ve ark. (1979) hemşireler arasında yaptıkları bir çalışmada yalnızca sınıfta eğitimin etkisi olmadığını, psikiyatri hastaları ile doğrudan etkileşimin olduğu uygulama deneyiminin tutumları etkilediğini bulmuşlardır. Ayrıca uygulama deneyiminin olduğu hastane ortamının önemli olduğu ve olumlu tutumların hakim olduğu bir hastanede deneyimin olumlu tutum geliştirmeye götürdüğünü bulmuşlardır (80,102).

Bir başka çalışmada(Eker ve Arkar, 1991), hemşirelerde meslekte geçen senelerle deneyim sahibi olunan farklı servis sayısı, psikiyatri hastaları ile ilgili tutumlarla ilişki bulunmamıştır. Molla ve Show(1987) akademik yada klinik psikiyatri eğitimi olan ve olmayan hemşireler arasındaki karşılaştırmalarında tutumların çoğunda farklılıklar olmadığını görmüşlerdir (102).

Leahey (1991) tarafından yapılan araştırmada, aile sistemi hemşireliğinin aktif toplu bakım veren hastanelerde uygulanmasının başarılı olabileceği vurgulanmıştır. Ayaktan tedavi gören hastaların tedavi gördüğü ünitelerdeki aile sistemi hemşireliğinin başarısı ve ilgisi nedeniyle Calgary Bölge Hastanesinde aile sistemi hemşireliği uygulamalarının yayılması konusunda cesaretlendirici çalışmalar yapılmıştır. Aile ve hastane görüşmeleri, özellikle zor durumların çözümünün geliştirilmesinde aile hemşireliği enstitüsündeki personel ile birlikte düzenlenir(69).

1.3.4.7. ŞİZOFRENİ VE AİLE

Şizofreni ve aile arasındaki ilişkiye tarihsel gelişim açısından bakıldığında önceleri şizofreninin tamamen biyolojik yada tamamen psikolojik bakış açısıyla anlaşılmaya çalışıldığı görülmektedir. Psikodinamik kuramı savunanlar aileyi hastalığın aileye hastalığın önemli bir nedeni olarak kabul etmişlerdir (37). Şizofrenisi olan hastaların anne babaları reddedici, soğuk, baskıcı, aşırı koruyucu, başkalarının duygu ve gereksinimlerine kapalı olarak sınıflandırılmakta, şizofrenide anne çocuk etkileşimi, inmatürasyon ve anksiyeteyi hızlandırıcı, çocuğun kendilik duygusunu engelleyici olarak tanımlanmaktaydı(31). Bu tanımlamalar çerçevesinde ruhsal hastalıklı bireylerin aileleriyle ilk etkileşim çalışmaları başlıca; şizofrenik anne baba, yıkıcı karı- koca etkileşimi, rol esnekliği, bozuk- yanlış etkileşim ve kişisel güvenliğin azalması gibi faktörlere odaklanmaktaydı(77).

Ruhsal hastalıklı çocukların ailelerinde yıkıcı karı- koca etkileşimlerini inceleyen Lidz, bu ailelerin rahatsızlığının çocukta egosentrik bilişsel regresyonun gelişmesinde etkili olduğu ve sonuçta şizofreninin özelliği olan bilişsel rahatsızlığın ortaya çıktığını belirtmiştir. Lidz, şizofrenili çocuğu olan anne-babaların “sorunlu, yönlendirici” özellikler gösteren kişiler olduğunu, tutarlı olarak düşünme ve anlamlı iletişim kurmada problemliler olduklarını ve çocuğun bilişsel yeteneklerinin gelişmesinde uygun olmayan bir ortam yarattıklarını belirtmiştir (45,77). Aile sistem kuramcıları ve psikodinamik yaklaşımı benimseyen kuramcılar aile yapısı ve çocuk üzerine etkileri konusunda farklı düşünceleri savunmuşlardır. Kuramcıların çoğu, ruhsal hastalığa ailenin sebep olduğunu belirten, deneysel desteklerin olmadığı çok sayıda literatür incelemesine rağmen sorunlu, semptomatik davranışların aile sistemindeki disfonksiyonel etkileşimlerden kaynaklandığı konusunda anlaşmaktadırlar(90).

1950'lerde, modern aile hareketinin başlaması ile birlikte şizofreni araştırmalarına odaklanıldı ve 1955'lerin başlarında araştırmacılar, evde ruhsal hastalıklı aile üyesine bakım verilirken yaşanan problemleri incelemeye başladılar.1960 ve 1970'lerde yürütölen aile tutum çalışmalarında hastanın hastalığından suçluluk hissetme, dűřmanlık, konfüzyon gibi bir dizi tepki belirtilmiş, ruhsal hastalığa ilişkin zorlanmalar, devam eden stresörler ve spesifik güçlükler tanımlanmış ve bu tepkilerin ailelerin baş etme şekillerini etkiledikleri belirtilmiştir. Bu araştırmalar aile terapisinin ana fikri olan bir çok kavramı ortaya çıkarmıştır (51).

1940 ve 1970 arasındaki otuz yıl boyunca hem uzun süreli hastane tedavileri, hem de ailenin yukarıda söz edildiği gibi patojen algılanması bir çok hastayı aile desteğinden yoksun bırakmıştır. 1970'lerin sonlarında kendi kendine yardım gruplarının, savunucu grupların ve özellikle Amerika'da Ulusal Ruh Sağlığı Birliği'nin (National Alliance for The Mentally III) teşvikiyle profesyonellerin ailelere bakış açıları hastalık temelli bakım modelinden sağlık temelli yeterlilik modeline doğru bir değişim yaşamıştır. Bu yeni yaklaşımda aileler patolojik veya işlevselliği bozuk ünite olarak görölmemektedir. Girişimin hedefi ailelerin bozuk işlevlerinin tedavisi değil, onların yaşamları üzerinde kontrollerini oluşturma ve bu kontrolü güçlendirmede yetkilendirilmesidir. Yeterlilik-yetki yaklaşımı, hiyerarşik roller üzerinde durmadan, klinisyenlerin aile üyelerine yönelik tutumlarını şekillendirerek yapısal faktörleri düzenlemeye yönelmektedir (90).

Günümüzde aile durumunun, hastalığın seyrini olumlu yada olumsuz yönde etkileyebildiği bilinmektedir. Bu ilişkiyi ilk kuranlardan birisi Brown olmuştur. Brown 1958 yılında hastaneden taburcu edilen hastalardan ailelerin yanına dönenlerin, pansiyonlara dönenlerden daha kötü bir hastalık seyri gösterdiklerini fark etmiştir. Bu gözlemini araştırma haline getiren Brown'a göre, ailesinde yüksek oranda eleştiri,

düşmanlık ve aşırı ilgi, koruma- kollama bulunan hastalar bulunmayanlara göre daha sık hastalanmaktadırlar(18,77). Bu yaklaşım daha sonraki çalışmalarda da önemsenmiş ve 1976 yılında Leff ve Vaughn tarafından duygu ifadesi(expressed emotion) kavramı tanımlanmıştır (41,66). Sonraki yıllarda söz konusu tutumların aileye yapılan çeşitli girişim yöntemleriyle dengelenmesinin, hastalığın sıklığını ve şiddetini belirgin olarak azaltacağı üzerinde durulmuştur (41,42,90).

1.3.4.7.1. Ruhsal Hastalığı Olan Ailelerin Stresi ve Başa Çıkma Yöntemleri

İnsan toplumsal bir varlıktır. İnsanın ilk toplumsal ortamı ve çevresinde aile vardır. Aile yapısal ve fonksiyonel örgütlenmiş bir sistemdir ve toplumun en küçük birimidir. Bu yapıyı ve fonksiyonu oluşturan alt birimlerde herhangi bir bozulma, yetersizlik, gitmezlik sistemin tümünü dolayısıyla toplumu da etkileyecektir. Hastalık da bireyin fonksiyon görmesinde değişikliğe neden olduğundan, ailedeki diğer bireyler de bu durumdan etkilenecektir. Ruhsal sorunları olan her yaş grubundaki hastaya sahip olmak, aileye maddi- manevi yük ve büyük sorumluluklar getirmektedir (17,43,48,49,57,79,89,100).

Tüm aileler aynı işlevlere sahip olmasına rağmen, her aile ve ailenin içindeki her birey kendine özgüdür. Her biri diğerlerinden farklı bir özgeçmiş ve özelliklere sahiptir. Hastalığın etkisi aileden aileye değişir (67,89).

Ağır ruhsal hastalıklı bireyler, bir kurumdan ziyade evde yaşadıklarında ruhsal hastalık önemli bir aile sorunu olmaktadır (76). Aileler çoğunlukla tanılama, bağlantı, izleme, günlük problemlere yardım, krize müdahale ve vaka yönetiminin işlevlerini sağlayıcı ruh sağlığı sisteminin bir uzantısı olarak hizmet görürler (68). Bir çok aile üzerindeki yük, özellikle şiddet davranışları ve tedaviyi reddetme davranışı

gösteren bireylerle uğraşmak zorunda olduklarında tolere edilemez olur. Aileler üzerinde objektif ve subjektif isteklerin “yük” olarak tanımlandığı şey, tam olarak “stresör” olarak tanımlanabilmektedir. Basit bir şekilde stresin tek başına yükten ziyade yükün etkisine tepkiler olduğu açıktır. Ağır ruhsal hastalık bütün aile için katosrofik bir stresördür ve aileler stresörle baş etme yeteneklerine göre farklılaşırlar. Bazı aileler yaşadıkları zorluklarla baş etmede trajediler yaşarlar, tükenebilirler ve vazgeçebilirler. Aile işlevleri etkilenir, bütün aile ilişkileri ve rolleri değişir ve bu değişiklikler sürekli bir durum halini alabilir (68). Bazı aileler baş etme stratejilerini uyarlamada ve yeni bir şeyleri planlamada zorlanırken, bazı aileler bunu etkili bir şekilde yapabilir (90).

Ailelerin tepkileri ve baş etme stratejileri zaman sürecinde değişebilir; ilk psikotik atağı geçiren bir hastanın ailesi şaşkınlık ve endişe içindeyken yedinci kez hastaneye yatan bir hastanın aile üyeleri bıkkınlık yaşıyor olabilirler. Tanı kesinleştiğinde ve hastalığın kronik doğası anlaşıldığında aile üyeleri hastadan kaçınarak veya hasta için uygun tedavi ve birbirleri için uygun desteği bulmak adına çabalarını arttırarak tepki verebilirler (45,90).

Psikiyatrik bir bozukluğu olan hasta ailelerinin işlevlerinin bozulduğu ve depresyon yaşadıkları belirtilmektedir. Anne-babalar hasta olan çocuklarıyla ilgili umutlarını ve beklentilerini yitirerek bunun yasını tutarlar. Bu adeta bitmeyen bir yas sürecidir. Ailenin diğer üyelerinde de duygusal sorunlar ortaya çıkabileceği gibi hasta yakınlarının mesleki verimlilikleri de düşebilmektedir (90). Bazı aileler yaşanan tüm olumsuzluklara karşın dikkatlerini ve enerjilerini psikotik üyeye yönelterek derin bir anlamda bulabilirler. Bunun olumlu bir sonucu derneklere katılma ve toplum yararına çalışmalara katılmadır. Bazen de şiddetli düzeydeki psikotik davranışlarla başa

çıkabilmek için gereken yoğun çaba aileyi bir arada tutan bir “tutkal” işlevi görebilir (45, 77, 90).

Ruhsal hastalıkla baş etmeyi tanımlayan mevcut çalışmalar ve klinik raporlarda üç önemli alana odaklanılmıştır; birincisi ailenin duygusal ortamı ve bu ortamın hasta üzerindeki etkisi, ikincisi stres yaşantıları ve aileye etkisi, üçüncüsü müdahale çalışmalarıdır. Şizofreni hastası olan ailelerin baş etmeleri ve duygu ifadeleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada duygu ifadesi düzeyinin doğrudan baş etmeyi etkilemediği fakat hastaların davranışları ve anne babaların baş etme şekilleri arasında doğrudan ilişkili olduğu bulunmuştur (50). Özellikle akrabalarının ruhsal hastalığıyla etkili baş eden ailelerin iyi eğitilmiş aileler oldukları, onların gereksinimleri hakkında konuşabildikleri, aktif olarak bilgi ve yardım arama davranışı gösterebildikleri ve birbirleriyle ilgilenmede gereken çabayı gösterecek potansiyelleri oldukları bulunmuştur (76,90). Şizofreni hastası olan ailelerde baş etme yolu olarak, ruhsal hastalık hakkındaki bilgiyi elde etmenin önemli olduğu belirtilmektedir. Bunun sonucu olarak 1980’lerde aileler için müdahale programlarının arttığı belirtilmektedir (42). Aileler hasta aile üyesinin tedavisinde sağlık uzmanları ile çalışmak istediklerini ve profesyonellerden empati ve destek talep ettiklerini belirtmişlerdir (68).

Ruhsal hastalığı olan ailelerin baş etme komponentlerinin anlaşılmasını sağlayan çalışmalarda etkili baş etme; bilişsel beceri ve gereksinimlerin karşılanması, normal yaşamı sürdürmek için çaba göstermek, gelecek için hedeflerin daha açık olması, ev dışı aktivitelere daha çok zaman ayırma ,evden uzakta anlamlı işlerle uğraşmak ve bir destek grubuna katılmak olarak gruplandırılmıştır (90)

1.3.4.8. AİLENİN DUYGU İFADESİ

1950'lerde Klorpromazinin keşfi ve şizofreninin tedavisinde etkililiği tedavi alanında devrim niteliğinde bir yenilik olmuştur. Ciddi ruhsal hastalıkların yıkıcı ve yoğun semptomları üzerinde olumlu etkiler sağlamış, başlangıçta yavaş, giderek hızlanarak toplum yaşamına dönen hasta sayısı artmıştır. Hastane koşullarında faydalar sağlayan klorpromazinin kullanımına devam edildiği halde şizofrenlerin bir kısmında hastalığın akut belirtilerinin tekrarlandığını gözleyen Brown, bu durumun muhtemel nedenleri üzerinde çalışmaya başlamıştır (18,42). Ailelerinin yanına dönen hastaların belirtilerinin alevlenmesi, ısrarlı semptomlara ve rahatsız edici davranışlara akrabaların toleransı, relaps ve tekrarlı hastane yatışlarının aile yaşamıyla ilişkisi, evdeki işler, sosyal, rol işlevleri, aile üyelerinin başetmesi ve uyum sağlama çabaları arasında etkileşimler üzerine sorular sorulmaya başlanmıştır. Ruhsal hastalığın sebep olduğu semptomlar ve özür arasındaki ilişkiyi açıklamak ve hasta yakınlarının duygusal ve davranışsal tepkilerini açığa çıkarmak için hastalar ve yakınlarıyla epidemiyolojik tekniklerin ve derinlemesine görüşmenin birlikte kullanıldığı çalışmalar başlatılmıştır (60,76). George Brown ve meslektaşları Londra'da Sosyal Psikiyatri Ünitesi'nde üç ayrı projeyi kapsayan ve on iki yıla yayılan bir seri epidemiyolojik incelemeyi yürütmüşlerdir (18).

İlk İnceleme iki yıl ve daha fazla süre hastanede yatan ve taburcu olan ve üçte ikisi şizofren olan 229 kronik erkek hasta ile yürütülmüş, semptomatik relaps ve hastaların hastaneden çıkış sonrası yaşadığı ortam arasında önemli bir ilişki saptanmıştır; Kardeşleriyle birlikte veya pansiyonlarda yaşamaya başlayan şizofren hastalar olumlu bir seyir gösterirken, anneleri ve eşleri ile birlikte yaşayanlarda hastalığın daha olumsuz seyrettiği, ayrıca aile ile geçirilen sürenin uzun olmasının

hastalığın gidişini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir. Bu iki önemli sonuç araştırmacıları hastaların döndükleri ortamdaki duygusal atmosferi incelemeye yönlendirmiştir (51,60). Hastaneden çıkış sonrası “yüksek duygusal düşkünlüğün” olduğu evlere dönen hastalarda ilk yılda relaps riskinin üç kat arttığı bulunmuştur. Reçete edilen ilacın rolü, hasta ve aile üyesi ile yüz yüze ilişkinin süresi, aile içinde yaşanan kritik yaşam olayları gibi faktörlerin hastalığın gidişi üzerine etkisi hakkında bir çok belirsizlikler görülmüştür (18,66). Daha sonraları etkinin türünü ve düzeyini belirlemek için ölçüm aracına odaklaşma çalışmaları başlamıştır. 1966 yılında Brown ve arkadaşları hasta yakınlarından hastalara yönelen duyguların değerlendirilmesi ve ölçülmesi için daha sağlıklı, güvenilir ve geçerli bir araç olan yarı yapılandırılmış standart Camberwell Aile Görüşmesini (CAG) (Camberwell Family Interview-CFI) geliştirmişlerdir. CAG’ni oluşturma aşamasında ailelere çok sayıda ölçek uygulanmış, bunlardan eleştirel, düşmanca tutumlar ve duygusal aşırı düşkünlük ölçeklerindeki yüksek değerlerin relapsla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Ailenin hastaya yöneltti bu tür tutum ve davranışlar ölçülebilir bir kavram haline getirilerek duygu ifadesi(Dİ) (Expressed Emotion EE) olarak adlandırılmıştır (18,76). Brown ve arkadaşları CAG’ni kullanarak yaptıkları çalışmada 101 erkek ve kadın hastanın hastaneden çıkış sonrası relapsla ilişkili durumlarını incelemişlerdir. Kullanılan Dİ indeksi aşırı koruyucu ve kollayıcılık, düşmanlık ve eleştirel cümlelerin sayısını içeren üç komponentten oluşmuştur. Çalışmanın sonuçları Dİ indeksinin semptomatik relapsların en iyi yordayıcısı olduğunu göstermiştir (12,18,51).

CAG’nin orijinal versiyonu 3 saat gibi uzun bir zamanı almakla birlikte değerlendirmeler iyi sonuç vermiştir. Vaughn ve Leff, 1976 yılında görüşme formatını tekrar gözden geçirerek 1-1.5 saat gibi kısa bir süreye indirmişlerdir. Bu tekrar gözden

geçirilmiş formu, Brown ve arkadaşlarının 1972 yılında yapmış oldukları çalışmayı aynen tekrar ederek kullandıklarında çok yakın sonuçlar bulmuşlardır (51,52). Örneğin her iki çalışmada hastaneden ayrıldıktan sonra dokuz aylık izlem sırasında yüksek Dİ'li ev ortamına dönen hastalar, düşük Dİ'li ev ortamına dönenlere göre 3-4 kez daha fazla relaps olasılıkları bulunmuştur. Bu önemli ilişki, Vaughn ve Leff'in çalışmasındaki iki yılı kapsayan izlemelerde de saptanmıştır. Çalışmaların her birinde hastaların klinik özelliğinden daha çok, hastaneye yatış sırasında belirlenen akrabaların Dİ'nin semptomatik relapsın en iyi belirleyicisi olduğu ispatlanmıştır. Düzenli ilaç kullanma ve aile üyesi ile ilişkiyi azaltma gibi diğer iki faktörün yüksek Dİ'li eve dönen hasta üzerinde koruyucu etki oluşturduğu bulunmuştur(51). Sonraki yıllarda bazı ülkeler ve bölgelerde kültürel farklılıklar ve Dİ'nin şizofrenide relapsı belirleyiciliği ile ilgili çalışmalara odaklanılmıştır (66).

1.3.4.9. AİLELERLE İŞBİRLİĞİNİ BAŞLATMA VE SÜRDÜRME

Ailede ruhsal hastalığın varlığı, hastalığa yanıt olarak bazı etkileşim biçimlerinin ortaya çıkmasına neden olur. Aile üyeleri arasında iletişim problemleri, duygusal, sosyal, ekonomik sorunlar yaşanır (45). Diğer sorun alanları hastanın kendine bakımını sürdürme, beslenme, para yönetimi gibi alanlardır. Aileler halüsinasyonlar, delüzyonlar ve tuhaf davranışlarla baş etme konusunda endişelenirler (90). Ailelerin özellikle yaralanma ve hastanın kendine zarar verici davranışlarıyla baş etmede yardıma gereksinimleri olur(45).

Tıbbi ve sosyal uygulamaların amacı; hasta bireyin hastalığı ve hastalığın yaşamında yarattığı güçlüklerle baş edebilmesi için gerekli gücü kazanmasına yardımcı olmaktır. O halde hastanın sorunları ile baş edebilecek düzeye gelmesi için ona destek

olabilecek dış güçlerin tanınması da gerekmektedir(77). Aile, bireyin içinde bulunduğu durumu anlamak ve bireyin ailesiyle birlikte uyumlu aynı zamanda da ailenin birbirleriyle uyumlu ve rahat yaşamasını sağlamak için ele alınmalıdır. Aile tedavi planına yada bakım verenlere direnç gösterebilir. Aile bakıma katılır ve aile üyeleri de ele alınırsa amaçlara daha etkin ulaşılabilir(77,90).

Aileye yardımda aşağıdakiler önerilmektedir:

1. Aile içinde ruhsal hastalıklı aile üyesi olduğu gerçeğinin kabul edilmesini sağlamak
2. Hastanın belirtilerini, tuhaf davranışlarını ve nedenlerini anlamalarını sağlamak
3. Şizofreniyle yaşamayan kişilerin önerilerinden sakınmalarını önermek
4. Mümkün olduğunca ümitli olmalarını hatırlatmak
5. Hastalık bilgisi vererek kendilerini suçlayıcı düşünceleri önlemek
6. Kendi kendine yardım grupları, dini kuruluşlar, organizasyonlarda yer almaya teşvik etmek.

Hastanın yararı ve ailenin iyilik düzeyinin sağlanabilmesi için ailelerle işbirliği yapmak ve tedavi sürecine aileyi katmanın yolları ise;

1. Hastayla ilgili hedefleri karşılıklı paylaşmak
2. Hem hastaların hem de kendilerinin yararlanabileceği programlar hakkında bilgi vermek
3. Hastalık ve tedavi bilgisi verirken açık, anlaşılır bilgi vermek, bilgileri sınırlandırmak
4. Ailelerin güçlerini tanımalarını sağlamak
5. Aile üyelerinin sisteme yönelik eleştirilerini kabul etmek

6. Aile üyelerini kendi gereksinimlerini tanımlamaları ve karşılamaları için teşvik etmek
7. Yapılan programların içerisinde ailelerden gelen pratik önerileri katmak
8. Geçerli, ulaşılabilir ve kaliteli toplum kaynakları hakkında bilgi vermek (21).

Ailelere çeşitli yardım edici yaklaşımlar vardır. İlki, aile üyelerine hastanın hastalığı ve yaşamları ile ilgili duygularını ifade etmesine izin verilmesidir. Diğer bir yaklaşım aileye gereken bilgiyi sağlamaktır(90). Aile üyelerinin gelecek hakkında yoğun kaygıları, korkuları olabilir. Aileler geri çekilerek veya aşırı kontrol sağlayarak, problemin ciddiyetini inkar ederek ruhsal hastalıkla baş etmeye çalışırlar. Uzmanın görevi ailenin kullandığı baş etme yöntemlerini tanımlamak ve değerlendirmektir(77,90).

Şizofreni hastalarının ailelerine girişimde bulunmak için 4 aşamalı bir süreç tanımlanmaktadır:

Birinci evrede, uzman aileyle bağlantı kurmaya odaklanır ve bu sosyal içerikli bir konuşma ile başlar, aile ortamına benzer atmosfer yaratarak anksiyeteyi azaltır, bilgi paylaşımını kolaylaştırır. Uzman, tedavi planı için verileri inceler ve aile ile bilgileri paylaşır. Ailenin hastalığa tepkileri incelenir, endişeleri öğrenilir. Sonuç olarak karşılıklı amaçların belirlendiği tedavi sözleşmesi oluşturulur.

İkinci evre, şizofreni ile yaşamak için hayatta kalma teknikleri üzerine odaklanılır.Ev içinde bu sürece katılabilecek diğer kişiler belirlenir. Aile içinde diğer bireylerin birbirlerine desteklerini geliştirebilecekleri planlar yapılır.

Üçüncü evrede, ailelerle bireysel olarak tartışmalar yapılır. Bu evrede genellikle iki konu vardır. Birinci, ailenin sınırlarını kuvvetlendirmek, ikincisi, hastanın yavaş yavaş kendi sorumluluğunu almasını sağlamak. Üyelerin konuşmasına izin verilerek

iletişim kurulur ve her bir üyenin incinebilirlik ve sınırlılıkları tanımlanır. Başlangıçta basit görevlerde aileye yardım edebilir. Sonra yavaş yavaş daha bağımsız yapmasına izin verir. Bu uzun, yavaş bir süreç olabilir. Beklentiler gerçekçi olmalıdır. Bir değişim olduğunda girişimde bulunulmalıdır.

Dördüncü evrede, ileriye yönelik ulaşılabilecek amaçlar belirlenir. Var olan ve oluşturulacak olan bir programa ailenin katılması için cesaretlendirilir (77).

1.3.4.10. PSİKOEĞİTİM (RUHSAL EĞİTİM)

Eğitim kavramı psikiyatride genişlemiş ve psikoeğitim sözcüğü yapılandırılmış ve bazı özel içerik alanlarına yoğunlaştırılmış programları anlatmak için kullanılır olmuştur. Psikiyatrik literatürde bu sözcüğün tanımında fikir birliği yoktur ve genelde geniş kognitif, davranışsal ve psikososyal tedavi yaklaşımlarını(aile ve hasta için) anlatmak için kullanılmaktadır. Yardım etmek, aileye bilgi vermenin yanında başa çıkma yeteneklerinin de kazandırılmasını içerir (107,110,112,111).

Eğitim, bireyin davranışlarında kendi yaşantısı yoluyla ve amaçlı olarak istenilen değişim olup, öğrenmenin gerçekleşmesi ve bireyde istenen davranışların gelişmesi için uygulanan süreçlerin tümüdür. Bu süreç aile ve hastaya hastalıkla ilgili öğretme, bilgi verme, bilgi ve donatma işleminin tümünü kapsar. Hasta ve ailesi uzman ekibin sağladığı etkileşim ortamında yüz yüze ve planlı olarak amaçlanan tanımlanmış değişim sürecini sürdürürler. Hasta ve ailesi için psikoeğitimin beklenen amaçları şunlardır (111).

- Hastalığın bazı semptomlarını iyileştirmek
- Aile yükünü ve stresini azaltmak
- Değişim umudunu artırmak

- Nüksleri önlemek
- Hasta ve ailesi için yaşam kalitesini artırmak için yeni başa çıkma yeteneklerine yardım etmek
 - Kognitif, affektif ve davranış değişiklikleri yapmak
 - Emosyonel destek sağlamak
 - Tedavi uyumunu artırmak

Günümüzde psikoedümsel gruplara yönelişin bir çok nedeni vardır

(107,111,112).

- Psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasına neden olan biyo-psiko-sosyal nedenleri birlikte gözden geçirerek bu konudaki değerlendirmelerin hasta ve ailelerine ulaştırılması ile hastalık belirtileri ile daha iyi baş edilebilmektedir.
- Uzun süreli tedavilerin maliyet tutarlarının artması ve bunu karşılayan kaynakların azalması,kısa yatış süreli hastane tedavilerinin ve ayaktan tedavilerin eğitimle desteklenme gereksinimi açığa çıkmıştır.
- Nükslerin önlenmesinde, ilaç ve tedaviye uyumda, iş ve günlük yaşam olaylarının hastalık sürecine olumsuz etkilerini gidermede ve ortaya çıkmasını önlemede anlamlı biçimde yararlı olduğu bilinmektedir.

Uzun süreli eğitim programları, hastane tedavisini izleyen bir yılı aşkın süreyi kapsayabilir. Bir yandan psikofarmakoterapinin de sürdürüldüğü bu uygulamalar kontrollü klinik çalışmalarda değerlendirilmiştir. Amaç, remisyonunda iken bilgilendirme, destek olma ve özgün başa çıkma yöntemleri ile aile ortamının stresör yoğunluğunu azaltabilmektir (111).

Hatfield'a (1991) göre aileler için psikoeğitimin amacı, kronik psikiyatrik hastası olan ailelere bu bilmedikleri ve zorlandıkları hastalık sürecindeki rollerini olabildiğince iyi öğretip benimsetebilmektir. Bu süreçte karşılaşılabilecekleri olası sorunlar hakkında bilgilendirilmek çözümü hızlandırıcı ve kolaylaştırıcıdır. Son yıllarda şizofreni, affektif bozukluklar, depresyon, alkol ve madde kullanımı olan hastalar ve ailelerini de kapsayan genelden özele sorun çözmeye yönelik psikoeğitim iyileştirme programları geliştirilmektedir (111,112).

İnsanlara hastalıkları ve tedavileri hakkında özel bilgi verilmesi kişilerin durumlarını daha iyi anlamalarını sağlar. Aynı zamanda tedaviye uyumu olumlu yönde etkilemektedir. Hastaya bakan ile hasta veya ailesi arasındaki iletişim eğitimin fonksiyonel olmasına yardım eder. Eğitim aynı zamanda kişisel farkında olma ve değiştirmeyi vurgulayan pek çok geleneksel psikoterapinin aslını oluşturmaktadır (107,110,111).

Sonuç olarak yapılan psikoeğitimsel gruplar yararlı bulunmuştur. Yurtsever(2002) tarafından aktarıldığı üzere, Dixon ve Lehman yapılan psikoeğitimsel yaklaşımların tarihçe ve yararları konusunda genel olarak bir özet sunmuşlardır (111).

Şekil 1: Psikoeğitimsel Yaklaşımların Gelişimi

Çalışma	Denekler	Tedavi	Karşılaştırma Grubu	Sonuçlar
Goldstein(1978)	104 şizofreni hastası çoğu ilk görüşme	Kriz merkezli kısa 6 haftalık seanslar eğitim, hastalığı kabullenme ve geleceğe yönelik plan yapma	Orta ve düşük düzeyde ilaç tedavisi	Aile eğitim gruplarında 6 ay için düşük tekrar oranı (p<0.005)
Falloon(1982) Falloon ve Pederson(1985)	Yüksek duygu dışı vurumu olan akrabalarla yaşayan veya tekrarlama riski yüksek olduğu düşünülen 36 şizofren hasta	Davranışsal aile tedavisi, ailenin evinde problem çözme ve iletişim becerileri eğitimi 3 ay yoğun terapive 6 ay takip seansları	Destekleyici bireysel psikoterapi ile beraber kısa aile danışmanlığı	Aile tedavisi grubunda daha az tekrar 9 ayda ve 2 yılda. Hastanın işlevselliğinde artış, yükünde azalma, tedavi grubunda masrafların düşmesi
Leff(1982,1985)	Duygu dışı vurumu yüksek akrabaları olan 24 şizofren hasta	Akrabaların eğitimi, akrabalar grubu, evde aile terapisi	Düzenli hastane takibi, aile ile az düzeyde yapılan iletişimler	9 ay için tekraralarda aile tedavisi grubunda düşüş , 2 ayda belirgin düşüş yok
Kottegen(1984)	Duygu dışı vurumu yüksek akrabaları ile yaşayan 29 şizofren hasta	Yalnız hasta grubu ve yalnız akraba grubunda eğitim ve tartışma	Standart bakım	Gruplar arasında tekrarlama açısından fark yok
Glick(1985) Haas(1986)	Şizofreni yada şizofreniform bozukluğu olan 80 hasta majör duygulanım bozukluğu olan 60 hasta	Yatan hasta ile en az 6 seanslık aile müdahalesi; eğitim, mevcut ve gelecekteki stresörlerin tanımlanması	Standart yoğun yataklı tedavi	Hasta aile grupları için aile değerlendirmelerinde ve kadın hastalarda tedavinin olumlu etkisi görüldü.
Hogart(1986,1991)	Yüksek duygu dışı vurumu olan akrabalarla yaşayan 1*3 şizofreni hastası	2 yıl süreli eğitim, tartışma, problem çözme ve iletişim eğitimi	Gündüz hastanesi sosyal beceri eğitimi	1 ve 2 yıllık takiplerde aile tedavisi tekrarı azaltmaktadır fakat hasta işlevselliğinde etkisi olmamıştır
Tarrier(1988)	83 Şizofreni hastası 64 yüksek duygu dışı vurumu olan ve 19 düşük duygu dışı vurumu olan akrabaların karşılaştırmalı grupları	9 ay süreli davranışçı program, eğitim, stresle baş etme, problem çözme, amaç koyma uygulanıyor	Yalnızca eğitim 2 kısa seans veya rutin tedavi	9 ay ve 2 yıllık süreler için aile tedavisi tekrarı ve psikiyatrik semptomlar azaldı.

Leff(1980)	Duygu dışı vurumu yüksek akrabaları olan 24 şizofren hasta	Eğitim tartışma evde aile tedavisi	Eğitim+ akrabalar için destek grubu	2 yıl için gruplar arası tekrar açısından fark yok(%35 ve%36). Sosyal ilişkilerde düzelme belirtisi yok
Levene(1989)	İlaç tedavisine uymayan 10 şizofreni hastası ve aileyle haftalık görüşme(belli bir konunun görüşüldüğü)	Fokal Aile Terapisi	Destekleyici Danışmanlık	İki grupta da semptomlar, topluma uyum ve sosyal işlevsellik açısından ilerleme görülmüş. İki grup arasında fark görülmemiştir.
Vaughan(1992)	İki ebeveyni ile yaşayan ebeveynlerden en az birinin yüksek duygu dışı vurumu olan 36 şizofreni hastası	10 haftalık akrabalara yönelik program işbirliğinin sağlanması ve problem çözme oryantastonlu	Standart ayaktan tedavi	Gruplar arasında tekrar ve semptomlar açısından fark yok
Zastowny(1992)	Ailelerine ulaşılabilen orta uzunlukta bir süre için yataklı birimde kalan 30 şizofreni hastası	Falloon'un çalışmasına dayanarak yapılan davranışçı aile yöntemi	Destekleyici aile yöntemi	İki grupta da semptomlar, topluma uyum ve sosyal işlevsellik açısından ilerleme görülmüş. İki grup arasında fark görülmemiştir.
Randolph(1994)	Haftada 4 saat aile ile görüşülen 41 şizofreni hastası	Falloon'un ve diğerlerinin çalışmalarına dayanarak yapılan klinik temelli davranışçı aile yöntemi	Standart servis	1 yıllık sürede tedavi grubunda daha düşük tekrar
McFarlane(1994)	Aileleri ile haftada 10 saat görüşülen 41 şizofreni hastası	Çok aileli psikoeducatif grup	Psikoeducatif tek aile tedavisi; dinamik çok aile tedavisi	4 yıllık süre için psikoeducatif çok aileli grupta daha düşük tekrar
McFarlane(1995)	Aileleri ile haftada 10 saat görüşülen 3 tanışma seansı ve bir formal eğitim programı ve/veya tedavisi seansına katılmış 172 şizofreni hastası	Çok aileli psikoeducatif grup	Tek aileli psikoeducatif grup	Çok aile grubunda çalışmayı tamamlayanlar için daha az tekrar. Daha semptomatik, yüksek duygu dışı vurumu hasta ve aileleri için birden

				fazla ailelerin katıldığı çok aile modelleri daha iyi sonuç veriyor. İki grupta da iş bulma da olumlu sonuçlar elde edilmiş ama çok aile psikoeğitimsel grupta daha az yüksek bulunmuş
Nina Schooler kişisel yazıma şizofreni için tedavi stratejileri(1995)	Aileleri ile yaşayan veya, aile ile iletişimi olan, antipsikotik ilaç tedavisine aday 528 şizofren hasta	Falloon'un modeline dayalı Davranışçı model	Destekleyici aile müdahalesi, psikoeğitimsel ve aylık destek grupları	Aile tedavi grupları arasında fark yok

Eğitimsel girişimlerde dersler, özel bir konu veya problem üzerinde yapılandırılmış gruplar, yarım gün yada tam gün psikoeğitimsel çalışmalar, zamanla sınırlandırılmış gruplar ve problem çözme, kognitif, davranışsal yetenekler üzerine kursları kapsamaktadır. Bu gruplarda, psikiyatrik hastalığın nedenleri ve etkileri; tedavi girişimleri, ilaç tedavisinin etkileri, hastalığın aileye etkileri, bakım planlaması ve özel konular(stresle başa çıkma) hakkında formel hasta eğitim oturumlarını kapsar. Eğitimin içeriği(öğretilen) ve işlem(nasıl öğretildiği) önemli parçalardır (111,112).

Ailenin ruh sağlığı çalışanları ile işbirliği yapabilmesi ve somut katkılarda bulunabilmesi, hastanın gereksinimlerinin farkına varılması, gereksinimlerin karşılanacağı yeterli bağlantı kurulması ve bu hizmetlerde sürekliliğin sağlanması, sağlanan hizmetlerin niteliklerinin gözden geçirilmesi, hastaların günlük yaşam etkenleri ve pratik sorunlarını çözmelerine yardımcı olunması kriz dönemlerine müdahale edilmesi ve hastaların yaşam kalitesini bireysel ve sistem düzeyinde artırmak için yaratılan destek çabalarına katılmaya bağlıdır (110,111,112).

1.3.4.11. ŞİZOFRENİK HASTA AİLELERİNDE PSİKOEĞİTİM

(RUHSAL EĞİTİM) GRUPLARI

Özellikle son elli yılda daha fazla olmak üzere giderek artan bir şekilde şizofreni hastalığının gidişi ve tedavi sürecinde hastanın ailesinin rolü ve etkisi incelenmekte, anlaşılmaya çalışılmaktadır. Şizofrenik bozukluklar için, ailenin etkisine dair bir çok değişik teori ileri sürülmekle birlikte, kesin olan tek şey ailenin mutlaka varolduğudur. Aileyi dışarıda bırakan şizofreni tedavi modellerinin ne denli etkisiz yada eksik kaldığı artık bilinmektedir. Zaman içinde şizofreni hastalığı toplumsal bir sorun olarak ortaya çıktıkça aile de bu sorunu çözmede neredeyse temel basamaklardan biri haline gelmiştir. Aileler hastaların bakımlarıyla birinci derecede ilgilenmekle yükümlü olmaları nedeniyle şizofrenik bir hasta için ihmal edilemeyecek bir öneme sahiptirler (88,99,103,107).

Şizofreni ve ailenin ilişkisi ilk düşünölmeye başlandığında aileler önce hastalığın nedeni kısmında yer aldılar ve sorumlu tutuldular. Bu bakış açısı aileyi tedavinin dışında tutmakla ve hatta engel olarak görmekle sonuçlanmıştır. Ancak sonraları hastalığa yatkınlık(vulnerabilite) modeli üstünde durulmaya başlandıkça aile ile terapötik bir işbirliği kurma gündeme gelmiştir. Aile içindeki bazı dinamiklerin hastalığın gidişi üzerindeki etkileri, nükslerdeki rolleri anlaşıldıkça ailenin de tedavi ekibine katılması bir zorunluluk haline gelmiştir (107,109,112).

Bizim toplumumuzda ise şizofreni hasta aileleri bu hastalıkla başetme konusunda oldukça yalnız bırakılmışlardır. Toplumsal destek sistemleri neredeyse yoktur. Hastaların neredeyse tamamı ailesiyle birlikte yaşamaktadır. Yalnızca buradan bakıldığında bile ailenin tedavi ekibi içine dahil edilmesinin ne kadar vazgeçilmez olduğunu görebilmek mümkündür (107,111).

Yurtdışında özellikle son on beş yılda şizofreni hastalarının aileleri için terapi programları giderek artan bir şekilde uygulanmaktadır. Çok sayıda terapi modelleri geliştirilmiştir. Her aileden bir kişinin katıldığı gruplar, tüm aileye (hastayla birlikte) uygulanan gruplar, bir kaç ailenin bir arada olduğu gruplar şeklinde, grup üyelerinin yapısındaki çeşitlilikler yada dinamik yönelimli gruplar, ruhsal eğitim grupları şeklinde grup tedavisi yönteminde yapılan değişiklikler gibi (92,93,94,107).

Çeşitli yöntemlerin birbirine üstünlüğüne dair birbirleriyle karşılaştırmalı çalışmalar yapılmaktadır. Aileye uygulanan ruhsal eğitim grupları sayesinde hasta ailelerinin de tedaviye aktif katılımları sağlanarak hastanın şizofreni nükslerini azalttığı yönünde yayınlar giderek artmaktadır. Hem zaman hem de ekonomik kazanım amacıyla birkaç ailenin bir arada olduğu gruplar daha sık uygulanmaktadır. Bu tür grup terapi yöntemlerinin diğerlerine daha üstün olduğunu gösteren yayınlarda giderek artmaktadır (107,108,112).

Aile Psiko eğitimi Nedir?

Aile psiko eğitimi, aile bireylerine ailelerindeki psikiyatrik hastalığın yol açtığı sorunların yaşanmasında spesifik ve yararlı becerilerin artırılması ve hasta bireyin iyileşmesini destekleyecek becerileri geliştirmesine yardım etmek amacıyla yönelik ailelerle ortak çalışmayı gerektiren bir yöntemdir. Bu yöntem, ailelerin bireysel, ailevi ve kültürel gerçeklerini ve perspektiflerini de göz önüne almakta ve kapsamaktadır. Umutsuzluk ve moral bozukluğu yerine umudun oluşmasını sağlar. Ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin aileleri bu yaklaşımdan oldukça fazla yarar sağlarlar (40,32,58,69,112).

Aile psiko eğitimi kapsamı şu şekilde görülmektedir (112).

Birey ve aileleri ile birlikte katılım; Ekip üyeleri; aile bireyleri ile ruhsal bozukluk ve tedavisi kapsamında kültürel perspektifler oluşturarak aile bireyleri ile saygıya, güvene ve yardıma dayanan bir ilişki kurmaktadır.

Hastalık ve doğru baş etme becerileri hakkında eğitim; Ekip üyeleri; aile bireylerinin hastanın hastalığını daha iyi anlamasına ve bunun hakkında yapabileceklerine dair aileye yardım etmektedir.

Hastalığın neden olduğu zorluklar için problem-çözme stratejileri; Etkin davranışsal, somut ve iletişim yöntemlerinden faydalanarak zorlukların ele alınmasında bir takım stratejiler belirlemek için ekip üyeleri aile ile birlikte çalışmaktadır.

Ruhsal bozukluğun tedavi edilebilmesi için optimal bir çevre oluşturmak; Ekip üyeleri tüm aile üyelerinin birbirine saygı duyduğu güç esaslı bir çevre oluşturmak için aile ile birlikte çalışmaktadır.

Sosyal destek grupları oluşturmak; Ekip üyeleri; genellikle tedaviyi birden fazla aile grupları ile ele almaktadırlar. Aileler benzer deneyimleri olan ve daha geniş sosyal bir ağ kazanmış diğer aileler ile iletişim kurmaktadır. Psiko eğitim çalışmasında ve devam eden birden fazla aile grubundaki diğer aileler birbirlerini desteklemektedirler.

Şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanısı konmuş aile bireyleri söz konusu bu tedavi yaklaşımından faydalanmaktadır. Ayaktan tedavi kliniklerinde tedavi edilen bir çok genç ve işsiz kişiler iş bulma ve çalışmaya başlama avantajına sahip olmaktadır. Bu yaklaşımda ayrıca bipolar bozukluk, depresyon veya borderline kişilik bozukluğuna yönelik uygulamalarda vardır.

Temel İlkeler ve Amaçlar

Şizofrenik hastaları olan aileler ile yapılan gruplardır. Aile üyelerinin hasta hakkındaki kaygılarını azaltmak, kendilerine güvenlerini ve hastalık hakkındaki bilgilerini arttırarak aile içindeki dengenin sağlanmasını amaçlamaktadır. Aileler hastaları bir yaşam boyu en yakından izleyen ve en iyi tanıyan kişiler olarak tedavi ekibinin doğal üyesidirler. Bu gruplar kısa süreli , şizofreni hastalığı hakkında eğitimi amaçlayan ve kendi deneyimlerini ve yaşadıklarını paylaşma şansı buldukları, şizofrenik bir hastanın yakını olan kişilerden oluşan gruplardır. Grubun amaçlarını şu şekilde sıralayabiliriz (107,111,112).

- Hastalığı yaşayan kişi olarak hasta, sorunu paylaşan ve uyum sağlamaya çalışan kişiler olarak hasta yakınları ve tedavi ekibi arasında bir ilişki başlatmak,
- Hastalığın bilimsel modeli olarak kabul edilerek nedeninin bilinmediği ve hasta ailesinin sorumlu olmadığı bir hastalık olarak kabul edilmesini sağlamak,
- Aynı sorunları olan insanlarla tanışarak, kendi yaşadıklarını pek çok ailenin yaşadığını görerek, gizlilik, utanç ve suçluluk duygularını paylaşabilmelerini sağlayabilmek,
- Şizofreni ve onunla baş etme hakkında bilgi; yanlış inançlar, bilgiler, şizofreni damgası hakkında konuşmak,
- Bazı ailelerde duygu dışı vurum düzeyinin yüksek olması, hastaya yönelik öfke, eleştiri gibi duyguların yoğunluğunda artışa neden olabileceğinden, aile ile işbirliği yaparak hasta üzerinde olumsuz rol oynayabilecek bu duyguların en aza inmesini sağlamak,

- Ailenin, şizofreni hastalığının hastanın yaşamında yaratacağı engelleri kabul ederek, hastadan bekleyebileceği şeyleri bilmesini ve bununla ilgili hastanın yaşayacağı zorlanmaları azaltmasını sağlamak,
- Ailenin kendi hastasının ilaç uyumunu arttırarak, hastalığının erken belirtilerini tanıyarak böylece olası nüksleri azaltmak ve hastalığın akut dönemleri sırasında yapılması gerekenler, hastaneye yatırma konusunda yaşanacak sorunlar konusunda da hazırlıklı olmalarını sağlamak,
- Hastayı aile içi ve aile dışı stres kaynaklarına karşı uyararak ve hazırlamak,
- Bazı ailelerde aile bireylerinin yaşamı tamamen hasta ve onun yaşantısı üzerine kurulduğundan , hasta ile aile bireylerinin bağımsız yapabilecekleri işleri saptamak ve aile bireylerinin de kendi sağlıklı yaşantılarını sürdürmelerini sağlamak,
- Tedavi ortamlarında ve evde ileri derecede yapılandırılmış ve önceden kestirilebilir çevre koşullarının oluşturulmasına çalışmak,
- Hasta ve ailesi için yaşam kalitesini arttıracak yeni baş etme yöntemleri edinmelerini sağlamak,
- Ailenin şizofrenik bir hasta ile birlikte yaşamının getirdiği güçlükleri daha kolay aşmasını sağlamak,
- Bu bütünlük içinde bilgi ve destek sağlamaktır.

Aile Psikoeğitimine Yönelik Yaklaşımlar

Kapsamlı araştırmalar aile psikoeğitiminin rutin ruh sağlığı uygulamalarında kullanılmasının çarpıcı biçimde ağır ruhsal bozukluğu olan kişilerin yaşamlarını değiştirdiğini ve geliştirdiğini göstermektedir. Bu programa ailelerinin katıldığı hastalar için kötü hale geri dönme oranları ve yeniden hastaneye yatmalar; bireysel terapi yapılmış veya yapılmamış sadece tedavi kullanılan gruplarla karşılaştırıldığında, hastaneye yattıktan sonraki ilk yıl içerisinde belirgin oranda azaldığı görülmüştür. Bir çok çalışmada, kötü hale geri dönme ve tekrar hastaneye yatma %50 veya daha fazla bir orandaki sıklıkta azalmıştır. Aile psikoeğitim grupları iyileşme kapsamını büyütme, iş gücüne tekrar kavuşmak ve sosyal becerileri geliştirmek için bireylerin gereksinim duyduğu desteği sağlamaktadır. Aileler karmaşıklık, baskı ve izole edilmişlik duygularında azalma bildirmektedirler. Aynı zamanda aile üyeleri için tıbbi tedavi maliyetleri de böylelikle azalmaktadır. Uzun yıllar içerisinde kombine etkiler bireylerin beş yıl hastanede yatmadan tedavi edilmelerinde %50 başarı göstermiştir; buda devam eden tedavi sürecinde oldukça kuvvetli bir esastır.

Aile psikoeğitiminin; birkaç ruhsal bozukluğu olan kişilerin tedavi masraflarının azalmasında etkin olduğu kanıtlanmıştır. Aile psikoeğitiminin uygulanması ilk ön masrafları kapsarken, çalışmalar sabit biçimde özellikle azalan hastane giderleri, hastanede yatış günlerinin azalması ve kriz müdahalelerindeki azalmalarda tasarruf esasında son derece düşük maliyet oranları vurgulanmaktadır (107, 109, 110, ,111,112).

Aile Psikoeğitimi Neden Gereklidir?

- Kapsamlı ve işbirlikçi bir tedavi modeli aracılığıyla ruh hastalığı olan birey için mümkün olan en iyi sonucu almak,
- Hasta bireyin iyileşmesini desteklemeye yönelik çabalarını destekleyerek ve bilgilendirerek aile üyeleri arasındaki karmaşa ve baskıyı azaltmak,
- Herkesin işbirlikçi bir ilişki esasında aynı hedefler için çalışmalarını sağlamaya yönelik destekleyici hizmet ve tedavinin tüm unsurlarını koordine etmek,
- Aileleri dinlemek ve onlara eşit partnerler şeklinde davranmak,
- Aile bireylerinin beklentilerini ortaya çıkarmak ve iyileşmenin desteklenmesinde bir ailenin güçlerini ve sınırlarını değerlendirmek,
- Duygusal acıya hassas cevaplar vererek aile içerisindeki anlaşmazlığın çözümüne yardımcı olmak,
- Aile üyeleri ve bireyler arasında kayıp duygularını belirlemek,
- Yapılandırılmış problem çözme teknikleri kapsamında aileye eğitim vermek,
- Ailenin kendi sosyal destek ağını genişletmesi için aileyi cesaretlendirmek
- Ailenin gereksinimlerini karşılamada esnek olabilmek için gereklidir (107,112) .

Ailenin Rolü Nedir?

Aile; aynı evde yaşayıp yaşamadıkları veya akrabalık olup olmadığına bakılmaksızın ruhsal bozukluğu olan bir kişinin destek ve bakımında gereksinim duyulan herhangi biri olarak tanımlanmaktadır(111).

Aileler iyileşmenin anahtar kavramı olarak ruhsal bozukluğu olan birey için optimal bir ev ve sosyal çevre alanı oluşturmaya yardım etmektedirler. Bireyin izni ile aileler kişinin bireysel istekleri ve perspektifi doğrultusunda yönlendirilirken kişinin durumu, yaşam konumu ve iyileşmesi hakkında tedavi ekibinin karar verme süreçlerine katılırlar(112).

Aile Psiko eğitimine İlişkin Hangi Materyaller Mevcuttur?

Aile eğitimi için bir uygulama kaynak seti geliştirilmiştir. Eğitim bileşenleri; bilgi formları, tanıtıcı ve eğitici videolar, çalışma kitapları, sonuç ölçümleri ve Web sitesi desteklerini kapsamaktadır. Uygulama kapsamında sınırlandırılmaksızın dahil edilenler aşağıda belirtilmektedir (112).

- Aile psiko eğitimi hakkındaki anlayış ve fikir birliğinin oluşturulması için oryantasyon programları
- Materyal kullanımı ve program felsefesinin ve girişimlerin öğrenilmesinin sağlanması
- Uygulama yapmaya ilgili ve istekli uygulayıcılar için klinik eğitim alanları
- Canlı toplantı, telekonferans telefon görüşmesi, video bağlantı veya web grupları, vb. aracılığıyla gruplarda yaygın biçimde yapılacak denetim
- Başlangıçtaki ve gerektiğinde ruh sağlığı program liderlerine danışma ve problem çözmeye yönelik kaynakların finanse edilmesi

Aile Psiko eğitiminde Grup Yöneticileri

Bu tür gruplar, psikiyatristler, psikologlar, sosyal çalışmacılar ve psikiyatri hemşireleri tarafından yapılabilir. Bu grubu yöneten kişilerde akademik kariyerlerinin yanında, şizofren hasta ile çalışmış olma deneyimi çok önemlidir. Özellikle şizofreni hastalığı hakkında bilgisi olmalı, bu hasta grubuna özgü sorunlar ve yine bu hasta grubuna özgü gereksinimlerden haberdar olmalıdır. Her ailenin ayrı bir iç dinamiği olduğu akılda tutularak katı ve değişmez bir yaklaşım yerine aileye özgü yaklaşımlar gerektiği unutulmamalıdır (107,109,110,112).

Ruhsal eğitim tedavi yöntemi tamamen yapılandırılmış bir yöntemdir. Grup yöneticisinin sıklıkla grup üyelerinin getirdiği bir takım duyguları da grup içinde çalışmayı başarabilmesi gerekir. Örneğin grup üyelerinin hastaları ile ilgili yaşadıkları suçluluk ve öfke duyguları gibi. Yönetici, grup üyelerinin rahatça kendilerini ifade edebildikleri, güven duydukları bir ortam yaratmalıdır (107).

Gruplarda belirlenen programa sadık kalınmalıdır. Ancak grup üyelerinin gereksinimine göre oturumların yerleri değiştirilebilir. Önemli konular grup üyelerinin hepsinin anladığından iyice emin olana kadar çalışılmalıdır. Grup üyeleri bazen programa uymayabilir, başka sorunları gruba getirmek isteyebilirler. Bu tür durumlarda sorunun grubu ne kadar ilgilendirdiğine ve grupta halledilip halledilemeyeceğine, o kişiye ne kadar yardımcı olup olunamayacağına bakılmalı ve sorunun grupta paylaşılmasına ona göre karar verilip daha sonra programın normal akışına döntülmelidir(111,112).

Bu grupların temeli, ruh hastalıklarının biyolojik doğası olan bir hastalık olsa da, uzun dönemdeki sonuçları üzerinde çevresel zorlanmanın önemli bir etkisi olduğu ve dolayısıyla hastanın daha az zorlanma yaşayacağı bir ortamda olması yada hasta ve

ailesinin günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorlanma ile başa çıkma yolları konusunda eğitilmesi esasına dayanır (107).

Terapistler bu modele dayanarak, aileyi hastalık hakkında bilgilendirmeli ancak bunların kalıcı bilgiler olmadığı mesajını da vermelidir. Bilimin ilerlediği, şizofreni hakkında bir çok araştırmaların yapıldığı, her geçen gün daha fazla şeyin bilinir, değişebilir ve gelişebilir olma ihtimali olduğu üstünde durulmalıdır (107,112).



1.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

“Şizofreni tanısı almış bireylerin ailelerine yönelik olarak hazırlanan psikoeğitim programı hasta yakınlarının bilgi düzeyleri, aile işlevleri ve stresle başetme davranışları üzerinde etkilidir” genel hipotezi altında aşağıdaki hipotezler incelenmiştir:

- Eğitim sonrası deney grubundaki hasta yakınlarının şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi puan ortalamaları kontrol grubu hasta yakınlarınınkinden daha yüksektir.
- Eğitim sonrası deney grubundaki hasta yakınlarının aile değerlendirme ölçeği puan ortalamaları kontrol grubu hasta yakınlarınınkinden daha düşüktür.
- Eğitim sonrası deney grubundaki hasta yakınlarının stresle başetme tarzları ölçeği puan ortalamaları kontrol grubu hasta yakınlarınınkinden daha yüksektir.
- Eğitim sonrası deney grubundaki hasta yakınlarının şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi puan ortalamaları eğitim öncesine göre daha yüksektir.
- Eğitim sonrası deney grubundaki hasta yakınlarının aile değerlendirme ölçeği puan ortalamaları eğitim öncesine göre daha düşüktür.
- Eğitim sonrası deney grubundaki hasta yakınlarının stresle başetme tarzları ölçeği puan ortalamaları eğitim öncesine göre daha yüksektir.

1.5.TANIMLAR

Şizofreni: Genellikle genç yaşlarda başlayan, kişinin alışlagelmiş algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak, kendine özgü bir içe kapanım dünyasında yaşadığı duygu, düşünce ve davranışlarda önemli bozukluklarla giden bir psikozdur (86).

Aile psikoeğitimi: Aile bireylerine ailelerindeki psikiyatrik hastalığın yol açtığı sorunların yaşanmasında spesifik ve yararlı becerilerin arttırılması ve hasta bireyin iyileşmesini destekleyecek becerileri geliştirmesine yardım etmek amacıyla yönelik ailelerle ortak çalışmayı gerektiren bir yöntemdir. Bu yöntem, ailelerin bireysel, ailevi ve kültürel gerçeklerini ve perspektiflerini de göz önüne almakta ve kapsamaktadır. Umutsuzluk ve moral bozukluğu yerine umudun oluşmasını sağlar. Ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin aileleri bu yaklaşımdan oldukça fazla yarar sağlarlar (112).

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, şizofrenik bozukluğu olan bireylerin yakınlarını hastalık hakkında bilgilendirerek, tedaviye uyumunu arttırmak, hastalıkla başa çıkma yeteneklerinde olumlu değişiklikler sağlayarak hastalık tekrarlarını azaltmak ve aile işlevselliğini arttırmak amacıyla planlanmış ön test- son test, kontrol gruplu yarı deneysel nitelikte bir araştırmadır.

2.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

Araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi genel polikliniği ve Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Psikoz biriminde Mart 2004 ile Ağustos 2004 tarihleri arasında yapılmıştır.

Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi 1539 yılında Kanuni Sultan Süleyman'ın annesi Hafsa Sultan adına yaptırılmıştır. 1540 yılında Manisa Bimarhanesi veya Manisa Dar-ül Şifası adı ile hizmete girmiştir.

Hastanenin 10 servisi mevcut olup, bu servislerden bir tanesi tutuklu- mahkum hastalara aittir (E- Blok Binası). A Blok Binası 1926 yılında, B Blok Binası 1958 yılında, C Blok Binası 1966 yılında, D Blok Binası ise 1969 yılında hizmete açılmıştır. Yemekhane, mutfak, çamaşırhane bloğu ile poliklinik binası 1973 yılında, mescit binası ise 1987 yılında inşa edilmiştir.

Hastanede 13 uzman-10 pratisyen hekim, 4 psikolog, 3 sosyal hizmet uzmanı ve 50 hemşire görev yapmaktadır.

E.Ü.T.F.H. Psikiyatri Anabilim Dalı Psikoz Birimi 2001 yılında kurulmuş olup, 2 uzman hekim, 1 hemşire, 1 psikolog ve 1 sosyal hizmet uzmanıyla hizmet vermektedir. Birimde hemşire, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı tarafından yürütülen grup, aile, bireysel, uğraş terapileri yapılmaktadır. Birimde ayaktan tedavi gören hastaların büyük çoğunluğu, daha önce hastanede yatan, taburcu edildikten sonra bu birime bağlanan hastalardan oluşmaktadır.

2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi genel polikliniği ve Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Psikoz birimine başvuran, şizofreni tanısı almış, klinikte standart tedavisi yapılmış, ayaktan tedavi gören hastaların yakınları araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

Araştırmaya, bu birimlerde ayaktan tedavi gören ve araştırmacı tarafından belirlenen kriterleri karşılayan, psikoeğitim programına katılmayı kabul eden hasta yakınları alınmıştır. Deney ve kontrol grubundaki hasta yakınlarının bazı bağımsız değişkenler (yaş, cinsiyet, yakınlık düzeyi, çalışma durumu, öğrenim durumu, hastalığın süresi) yönünden birbirine yakın dağılım göstermelerine dikkat edilmiş ve benzer özellikler taşımaları sağlanmıştır. Çalışma süresince deney grubuna 31, kontrol grubuna 31 hasta yakını alınmıştır. Araştırmaya alındıktan sonra psikoeğitim sürecini tamamlayan deney grubundaki 31 ve kontrol grubundaki 31 hasta yakını araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Örneklem seçiminde araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda bazı kriterler belirlenmiş olup, bu kriterler aşağıda belirtildiği şekildedir.

Örneklemin Seçim Kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı kabul eden
- Hasta ile birlikte yaşayan (hastasıyla haftada en az 35 saat ve üzeri birlikte olan aile üyesi olması)
- 18 yaşından büyük olan
- Hasta yakını olarak anne, baba, çocuk, eş, akraba (büyükanne, büyükbaba, teyze, hala, dayı, amca, vs.) olan
- Okur-yazar olan
- Hastasının akut tedavisi tamamlanmış, hastalık semptomları stabil olan
- Hastasının en az 2 yıllık bir hastalık öyküsü olan
- Hastasına ayaktan tedaviye geçilmiş olan hasta yakınları çalışmaya alınmıştır.

2.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma planlanırken psikoeğitim grubuna katılacak kişi sayısı 50 olarak düşünülmüştür. Ancak uygulama süresi ve belirlenen kriterleri karşılayan hasta yakını sayısının sınırlı olması nedeniyle 30 hasta yakınına ulaşılmıştır. Bunun dışında araştırmada başka bir sınırlılık bulunmamaktadır.

2.5. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

2.5.1. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama aracı olarak 6 form kullanılmıştır. Bunlar; Hasta yakınlarını Tanıtıcı Bilgi Formu, Şizofrenik Bozukluk Hakkında Bilgi Değerlendirme Formu, Aile Değerlendirme Ölçeği (A.D.Ö.), Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği (S.B.T.Ö.), Memnuniyet Belirleme Formu ve Grup Sonrası Değerlendirme Formudur.

Hasta Yakınlarını Tanıtıcı Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup, hasta yakınlarının tanıtıcı özelliklerini, yaşamlarındaki değişiklik ve baş etme durumlarını, sağlık personeli ve psikoeğitim grubundan beklenti ve memnuniyetlerini belirlemeye yönelik, kapalı ve açık uçlu olarak hazırlanan 29 sorudan oluşmaktadır (EK- I).

Şizofrenik Bozukluk Hakkında Bilgi Düzeyi Belirleme Formu: Araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup, hasta yakınlarının şizofrenik bozukluk ile ilgili bilgi düzeylerini belirlemeye yönelik olarak hazırlanan 20 sorudan oluşmaktadır (EK-II).

Aile Değerlendirme Ölçeği (A.D.Ö.): Epstein ve ark.(1983) tarafından geliştirilmiş ve Bulut (1990) tarafından ülkemize uyarlanmış olan A.D.Ö. 60 madde ve 7 alt ölçekten oluşmaktadır. Ailenin işlevlerini hangi alanlarda yerine getirdiği ya da getirmediğini aile üyelerinin algılamalarına göre değerlendirmeyi sağlayan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. A.D.Ö. 12 yaş üzerindeki tüm aile üyelerine bireysel olarak uygulanır. Ölçeğin başında, ayrı bir sayfa halinde soruların nasıl cevaplandırılacağına dair bir yönerge bulunmaktadır. Yönerge ve ölçek maddeleri, orta eğitim düzeyindeki her bir bireyin anlayabileceği ve cevaplandırabileceği düzeydedir. A.D.Ö.'de yer alan alt ölçekler ve ilgili maddeleri şunlardır; Problem çözme alt ölçeği

(2,12,24,38,50,60), İletişim alt ölçeği (3,18,29,43,59,14,22,35,52), Roller alt ölçeği (10,30,40,4,8,15,23,34,45,53,58), Duygusal tepki verebilme alt ölçeği (49,57,9,19,28,39), Gereken ilgiyi gösterme alt ölçeği (5,13,25,33,37,42,54), Davranış kontrolü alt ölçeği (20,32,55,7,17,27,44,47,48), Genel işlevler alt ölçeği (6,16,26,36,46,56,1,11,21,31,41,51). Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Epstein ve Bishop (1983) tarafından yapılmıştır. Buna göre ölçeğin iç tutarlık Cronbach alfa katsayısı altı boyutta 0.72 ile 0.92 arasında değişmektedir (19). Bizim çalışmamızda aile işlevleri ölçeği şizofrenik bozukluğu olan hasta yakınları üzerinde test edilmiştir. Hasta yakınlarının A.D.Ö.'ye verdikleri yanıtlara göre yapılan güvenilirlik çalışmasında iç tutarlık Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur. Bu değer ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.(EK-III).

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (S.B.T.Ö.): Psikometrik değerlendirmeleri Nesrin H. Şahin tarafından (1991) yapılan Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği 30 madde ve 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlar Kendine güvenli yaklaşım (8,10,14,16,20,23,26), Çaresiz Yaklaşım (3,7,11,19,22,25,27,28), Boyun Eğici Yaklaşım (5,13,15,17,21,24), İyimser Yaklaşım (2,4,6,12,18), Sosyal Destek Arama Davranışı (1,9,29,30)'dır. Likert tipi 4'lü (hiç uygun değil, uygun değil, uygun, tamamen uygun) dereceye göre cevaplandırılmaktadır. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin üç çalışmadaki faktör analizlerine bağlı olarak elde edilen alt ölçeklerinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları aşağıda belirtildiği şekildedir.

	1. Çalışma	2. Çalışma	3. Çalışma
İyimser yaklaşım	0.68	0.66	0.49
Kendine güvenli yaklaşım	0.80	0.77	0.62
Çaresiz yaklaşım	0.73	0.64	0.68
Boyun eğici yaklaşım	0.70	0.72	0.47
Sosyal destek arama	0.47	0.45	-

Ölçeğin güvenirlik katsayılarının uygunluğu, faktör yapısının özelliği, alt ölçeklerin çeşitli değişkenlerle beklenen yöndeki ilişkileri nedeniyle başa çıkma yöntemlerini ölçmek için kullanılacak güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu belirtilmektedir. Ölçek pratik ve kısa oluşu nedeniyle kolaylıkla kullanılabilir (20, 48). Bizim çalışmamızda Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği şizofrenik bozukluğu olan hasta yakınları üzerinde test edilmiştir. Hasta yakınlarının S.B.T.Ö.'ye verdikleri yanıtlara göre yapılan güvenirlik çalışmasında iç tutarlık Cronbach alfa güvenirlik katsayıları; İyimser yaklaşım 0.75, Kendine güvenli yaklaşım 0.70, Çaresiz yaklaşım 0.68, Boyun eğici yaklaşım 0.78, Sosyal destek arama 0.63 olarak bulunmuştur(EK-IV).

Memnuniyet Belirleme Formu: Araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup, hasta yakınlarının katılacakları eğitim grubu sonrası memnuniyet düzeylerini belirlemeye yönelik 6 ifadeden oluşan bir formdur. Hasta yakınlarının memnuniyet belirleme formuna verdikleri yanıtlara göre yapılan güvenirlik çalışmasında iç tutarlık Cronbach alfa güvenirlik katsayı 0.79 olarak bulunmuştur. (EK-V).

Grup Sonrası Değerlendirme Formu: Araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup eğitim sonrası hasta yakınlarının hastalık hakkında bilgilenip bilgilenmediğini ve kendilerini nasıl hissettiklerini belirlemeye yönelik olarak hazırlanan 25 sorudan oluşmaktadır. Hasta yakınlarının Grup Sonrası Değerlendirme Formuna verdikleri yanıtlara göre yapılan güvenirlik çalışmasında iç tutarlık Cronbach alfa güvenirlik katsayı 0.85 olarak bulunmuştur (EK- VI).

2.5.2. VERİ TOPLAMA YÖNTEMLERİ VE PSİKOEĞİTİM GRUBUNUN OLUŞTURULMASI

Veriler, gerekli izinler alındıktan sonra Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi genel polikliniği ve Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Psikoz birimine başvuran, sınırlamalara uyan, psikoeğitim grubu ve araştırmaya katılmayı kabul eden deney grubu ve psikoeğitim grubuna katılmayı kabul etmeyen ancak anket formlarını doldurmayı kabul eden kontrol grubu hasta yakınlarına, psikoeğitim programı öncesi ve sonrasında araştırmacı tarafından anket formları uygulanarak toplanmıştır.

Araştırmanın uygulama izninin alınmasından itibaren, veri toplamada kullanılan yöntemler uygulama sırasına göre aşağıda yer almaktadır: Araştırmanın yürütüleceği kurumlar belirlendikten sonra ilgili birimlerin sorumluları ve tedavi ekibi ile araştırmanın amacı, kapsamı ve program hakkında bir ön görüşme yapılarak araştırmacı tarafından belirlenen kriterlere uygun olan (hastasının en az iki yıllık bir hastalık öyküsü bulunması, akut tedavisi tamamlanmış, hastalık semptomlarının stabil olması, hasta ile birlikte yaşıyor olması vb.) hasta yakınları belirlenmiştir. Belirlenen hasta yakınlarına ulaşabilmek, programın tanıtımı ve duyurusunu yapabilmek için

hastaların randevu günleri saptanmış ve randevu günleri hastalarıyla birlikte gelen hasta yakınları ile programın amacı ve kapsamı hakkında bilgilendirme görüşmeleri yapılmıştır. Araştırmacı tarafından bilgilendirme görüşmeleri yapılamayan hasta yakınlarının telefon numaraları tespit edilip, kendilerine telefonla ulaşılmış ve program hakkında bilgi verilmiştir. Her iki kurumun ilgili birimlerine program hakkında duyurular asılarak hasta yakınlarına ulaşılmaya çalışılmıştır. Ulaşılan hasta yakınlarıyla her iki kurumda bir ön toplantı planlanmıştır. Toplantıda eğitim programının amacı, içeriği ve önemi konusunda açıklama yapılmış ve konuya hasta yakınlarının ilgilerinin yoğunlaşması sağlanmıştır. Belirtilen tarihte toplantıya katılan hasta yakınlarından 31'i psikoeğitim programına katılmak istediklerini ifade etmişler ve araştırmanın deney grubunu oluşturmuşlardır. Programa katılmaya uygun olmadıklarını belirten hasta yakınları ise araştırmanın kontrol grubunu oluşturarak anket formlarını doldurmayı kabul etmişlerdir.

Psikoeğitim programına katılmayı kabul eden 31 hasta yakını ile eğitim gruplarını ve psikoeğitim programı takvimini oluşturmak üzere bir toplantı daha yapılmıştır. Toplantı sonunda, programın başlama-bitiş tarihleri, yapılacak yer belirlenmiş ve en az iki toplantıya gerekçe bildirmeden katılmayan hasta yakınlarının grup süreci dışında bırakılacağı belirtildikten sonra, iki aile grubu oluşturulmuştur. Buna göre, 1. grupta 16 (Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi), 2. grupta 15 (E.Ü.T.F.H. Psikiyatri Kliniği, Psikoz birimi) hasta yakını belirlenmiştir.

Psikoeğitim grupları gerekli izinler alındıktan sonra Mayıs 2004-Ağustos 2004 tarihleri arasında Manisa ilinde "Şizofreniyle Yaşam Derneği Binası Grup Odası", İzmir ilinde E.Ü.T.F.H. Psikiyatri Kliniği "Mavi Grup Odası" kullanılarak yapılmıştır. Şizofreniyle Yaşam Derneği Binası Grup Odasının ve Mavi Grup Odasının, grup

uygulamalarının yapılması için yeterli büyüklükte, giriş çıkışların olmadığı, grup etkileşimleri ve paylaşımlar için uygun koşulları olan, güvenli bir ortam olduğu belirlenmiştir.

Psikoeğitim programı, belirlenen bir gruptaki (15-16 kişi) hasta yakınlarının birlikte katıldığı 14 oturum 2'şer saatlik (28 saat) gruplar şeklinde yapılmıştır. Gruplarda bilgisayarda hazırlanan eğitim slaytları, flipchart, tahta ve bilgilendirici broşürler grup oturumları boyunca kullanılmış, psikoeğitim içeriği ile birlikte hasta yakınlarının soruları cevaplanmış ve hasta yakınlarının hastalık ve hastalık belirtileri, baş etme konularında deneyimlerini paylaşabilecekleri etkileşim ortamı oluşturulmuştur.

Araştırmanın uygulaması bittikten sonra, kontrol grubundaki hasta yakınları ile yaklaşık 2 saat süren bir psikoeğitim grubu yapılmıştır.

2.5.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma verilerini toplamak amacıyla, deney ve kontrol grubu hasta yakınlarına, Hasta Yakınlarını Tanıtıcı Bilgi Formu, Şizofrenik Bozukluk Hakkındaki Bilgi Değerlendirme Formu, Aile Değerlendirme Ölçeği (A.D.Ö.) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (S.B.T.Ö.) eğitim öncesi ve sonrasında uygulanmıştır. Ayrıca uygulanan psikoeğitim programının etkinliğini ve hasta yakınlarının programdan memnun olup olmadıklarını değerlendirebilmek amacıyla deney grubu hasta yakınlarına eğitim sonrasında Memnuniyet Belirleme ve Grup Sonrası Değerlendirme Formları da uygulanmıştır.

Deney grubu hasta yakınları araştırmada kullanılan soru formlarını, eğitim öncesi ve sonrasında araştırmacının gözetimi altında, uygulamaların yapıldığı grup odalarında, bireysel olarak doldurmuştur. Formların doldurulması sırasında rahat ve sakin bir ortam oluşturularak, hasta yakınlarının birbirlerini etkilemelerine izin verilmemiştir. Hasta yakınlarına formlarda anlayamadıkları sorular olduğunda araştırmacıya sorabilecekleri söylenmiş ve soru soran hasta yakınlarının soruları, cevaplarını yönlendirmeyecek şekilde yanıtlanmıştır. Formları doldurmak için hasta yakınlarına belirli bir süre verilmemiş, ancak formların doldurulması yaklaşık olarak 20-25 dakika sürmüştür.

Hastalarıyla birlikte poliklinik randevularına gelen kontrol grubu hasta yakınları ise, araştırmada kullanılan soru formlarını doktor görüşmeleri sonrasında, poliklinik binasında yer alan görüşme odasında bireysel olarak doldurmuştur. Formların doldurulması yaklaşık olarak 20-25 dakika sürmüştür.

şizofrenik Bozukluk Hakkında Bilgi Düzeyi Belirleme Formu: şizofrenik Bozukluk Hakkında Bilgi Düzeyi Belirleme Formu 20 sorudan oluşan bir formdur. Her soru için bireylerden kendilerine göre “doğru” olan şıkkı seçmesi ve işaretlemesi istenir. Soruların yanıtları değerlendirilirken, hasta yakınlarının her soruya verdikleri “doğru yanıt”a 1 puan, yanlış yanıtı 0 puan verilerek puanlanmıştır. 20 madde puanlandıktan sonra sayılar toplanarak hasta yakınlarının bilgi düzeylerine yönelik puan ortalaması elde edilmiştir. Bilgi düzeyi puanı 0 ile 20 arasında değişmektedir.

Aile Değerlendirme Ölçeği: Aile Değerlendirme Ölçeği bir bütün olarak aile sisteminin çeşitli boyutları hakkında bilgi toplamak ve bu bilgiyi direkt olarak aile üyelerinden almak amacıyla Westley ve Epstein(1969) tarafından geliştirilmiş 60 madde ve 7 alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlardan 6 tanesi Mc. Master aile işlevleri modelinde

ele alınan alt ölçeklerdir. Her biri aile işlevlerindeki sorun alanlarını tek tek ele almaktadır. 7. alt ölçek ise A.D.Ö.'ye sonradan eklenmiş olup, ailenin sağlıklı olup olmadığını genel olarak değerlendirmektedir. Ölçeğin puanlanmasında; her madde için cevap seçenekleri dört sınıfta toplanmıştır.

SECENEKLER	PUAN
1	Aynen katılıyorum
2	Büyük ölçüde katılıyorum
3	Biraz katılıyorum
4	Hiç katılmıyorum

Tüm maddelerde 1 puanı sağlıklı cevabı, 4 puanı ise sağlıksız cevabı simgelemektedir. Bu şekilde elde edilen puanlar her alt boyut için toplanarak ortalaması alınır, her alt ölçek için hesaplanan puan ortalamaları 4'e yaklaştıkça o işlev açısından sağlıksızlığın arttığı yorumu yapılmakla beraber, yazarlar sağlıklılığı ve sağlıksızlığı ayırdedecek bir puan saptama yoluna da gitmişlerdir. En sağlıksız puan 4 olduğuna göre, teorik olarak 2 sağlıklı ve sağlıksız işlevleri ayırdeden bir puan olmaktadır. Ancak, bu durumda, en küçük puanın 1 olması nedeniyle sağlıksız alanın geniş tutulduğu göze çarpmaktadır. Yazarlar 2'nin üzerindeki puan ortalamalarının aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru gidişin bir göstergesi olduğuna dikkati çekerek , teorik olarak 2'yi ayırdedici bir puan olarak kabul etmişlerdir. Ancak, her bir alt ölçek için sağlıklı-sağlıksız ayırımını verebilecek ayırdedici sınır puanlarını saptamak üzere klinisyenlerin gözleminin alınması gerektiğini belirtmişlerdir.

Stresle Başetme Tarzları Ölçeği: Stresle Başetme Tarzları Ölçeği 5 alt ölçek ve 30 maddeden oluşmaktadır. Bunlar Kendine güvenli yaklaşım (8,10,14,16,20,23,26), Çaresiz Yaklaşım (3,7,11,19,22,25,27,28), Boyun Eğici Yaklaşım (5,13,15,17,21,24), İyimser Yaklaşım (2,4,6,12,18), Sosyal Destek Arama Davranışı (1,9,29,30)dır. Ölçek likert tipi 4'lü (hiç uygun değil, uygun değil, uygun, tamamen uygun) dereceye göre cevaplandırılmaktadır. Ölçeğin puanlaması yapılırken, her alt boyuta ait maddelerden(sosyal destek arama hariç) alınan puanlar madde sayısına bölünerek hesaplanır. Hiç uygun değil 4 , uygun değil 3, uygun 2, tamamen uygun 1 puan olarak hesaplanmaktadır. Sosyal destek arama boyutunda ise hesaplama diğerlerine göre farklıdır. Hiç uygun değil 1, uygun değil 2, uygun 3, tamamen uygun 4 puan olarak hesaplanmaktadır.

Memnuniyet Belirleme Formu: Memnuniyet Belirleme Formu 6 ifadeden oluşan bir formdur. Her madde için bireylerden “Hiç”, “Biraz”, “Kararsızım”, “Çok” gibi 4 şıktan birisini seçmesi ve işaretlemesi istenir. Hasta yakınlarına göre, maddedeki ifade “Hiç” ise 1 puan, “Biraz” ise 2 puan, “Kararsızım” ise 3 puan ve “Çok” ise 4 puan verilerek puanlanmıştır. 6 madde puanlandıktan sonra, sayılar toplanarak hasta yakınlarının memnuniyetlerine yönelik puan ortalaması elde edilmiştir. Puan aralığı 6 ile 24 arasında değişmektedir.

Grup Sonrası Değerlendirme Formu: Grup Sonrası Değerlendirme Formu 25 sorudan oluşan bir formdur. Bireylerden her bir maddeye “evet” yada “hayır” şıkkından birini seçerek işaretlemesi istenir. Hasta yakınlarına göre, maddedeki ifade “evet” ise 1 puan, “hayır” ise 0 puan verilerek puanlanmıştır. 25 madde puanlandıktan sonra, sayılar toplanarak hasta yakınlarının grup sonrası bilgilenme durumlarına yönelik puan ortalaması elde edilmiştir. Puan aralığı 0 ile 25 arasında değişmektedir.

2.6. VERİLERİN ANALİZİ

2.6.1. DEĞİŞKENLER

2.6.1.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri kapsamında hasta yakınlarının “Psikoeğitim Programı” öncesi ve sonrası şizofrenik bozukluk hakkında bilgi düzeyi belirleme formu ölçüm puanları, aile değerlendirme ölçeği ölçüm puanları, stresle başetme tarzları ölçeği ölçüm puanları bulunmaktadır.

2.6.1.2. Bağımsız Değişkenler

Psikoeğitim programının etkisi, ölçülmesi amaçlanan esas bağımsız değişkendir.

2.6.2. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma sonunda elde edilen verilerin analizi, araştırmanın amaçları doğrultusunda SPSS(Statistical Package for Social Sciences) 10.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Verilerin analizinde;

- Deney ve kontrol grubundaki hasta yakınlarının sosyodemografik verilerinin sayı, yüzde dağılımları,
- Deney ve kontrol grubundaki hasta yakınlarının yaş grubu, cinsiyet, medeni durum gibi sosyodemografik özelliklerinin homojenliğinin karşılaştırılması için ki- kare testi
- Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının, şizofrenik bozukluk hakkında bilgi düzeyi belirleme formu puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız iki grupta eşit varyanslı t testi,

- Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının, aile değerlendirme ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız iki grupta eşit varyanslı t testi,
- Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının, stresle başetme tarzları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız iki grupta eşit varyanslı t testi,
- Deney grubu hasta yakınlarının, eğitim öncesi ve sonrası şizofrenik bozukluk hakkında bilgi düzeyi belirleme formu puan ortalamalarının karşılaştırılması için eşleştirilmiş iki grup arasındaki farkın t testi,
- Deney grubu hasta yakınlarının, eğitim öncesi ve sonrası aile değerlendirme ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması için eşleştirilmiş iki grup arasındaki farkın t testi,
- Deney grubu hasta yakınlarının, eğitim öncesi ve sonrası stresle başetme tarzları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması için eşleştirilmiş iki grup arasındaki farkın t testi,
- Deney grubu hasta yakınlarının, eğitim öncesi ve sonrası şizofrenik bozukluk hakkında bilgi düzeyi belirleme formu puan ortalamalarının karşılaştırılması için eşleştirilmiş iki grup arasındaki farkın t testi,
- Deney grubu hasta yakınlarının, eğitim öncesi ve sonrası aile değerlendirme ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması için eşleştirilmiş iki grup arasındaki farkın t testi,
- Deney grubu hasta yakınlarının, eğitim öncesi ve sonrası stresle başetme tarzları ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması için eşleştirilmiş iki grup arasındaki farkın t testi analizlerinden yararlanılmıştır.

2.7. ARAŞTIRMANIN SÜRESİ VE OLANAKLARI

Araştırma konusunun seçimi, planlanması ve öneri şeklinde hazırlanmasına 01.10.2002 tarihinden itibaren başlanmış olup, 09.07.2003'de Tez ön komitesi tarafından doktora tezi olarak hazırlanması kabul edilmiştir. Mart - Ağustos 2004 tarihleri arasında araştırmanın uygulaması yapılmış ve verileri toplanmıştır. Değerlendirme çalışmaları yürütüldükten sonra araştırma raporu Doktora Tez çalışması olarak sunulmuştur.

2.8. ARAŞTIRMANIN ETİĞİ

Araştırmanın uygulanabilmesi, verilerin toplanabilmesi için Manisa İl Sağlık Müdürlüğü ve E.Ü.T.F.H. Psikiyatri Kliniği'nden resmi izin alınmıştır. Ayrıca araştırmanın yürütüleceği, T.C. Sağlık Bakanlığı Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ve E.Ü.T.F.H. Psikiyatri Kliniği'nde görev yapan ekip üyeleri ile görüşme yapılarak, araştırma hakkında gerekli bilgiler verilmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığı Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi genel polikliniği ve E.Ü.T.F.H. Psikiyatri Aabilim Dalı, Psikoz birimine başvuran hasta yakınları ile de görüşülerek, araştırmanın amacı, araştırmadan sağlanacak yararlılıklar ve harcayacakları zaman konusunda açıklamalar yapılmıştır. Bu bilgiler ışığında araştırmaya katılıp katılmama konusunda hiçbir baskı yapılmadan gönüllü katılım olmasına özen gösterilmiştir.

BÖLÜM III

BULGULAR

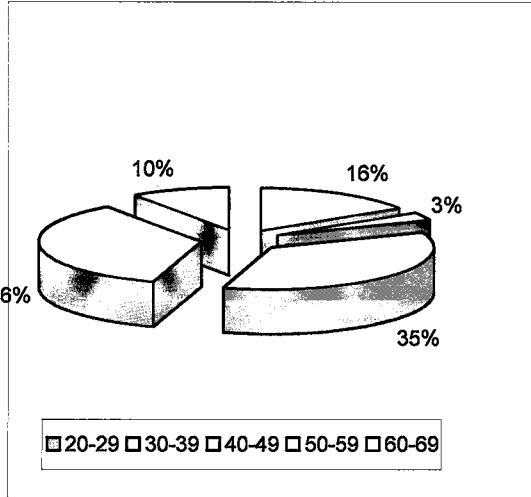
3.1. DENEY VE KONTROL GRUBU HASTA YAKINLARININ TANITICI ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Tablo 1: Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

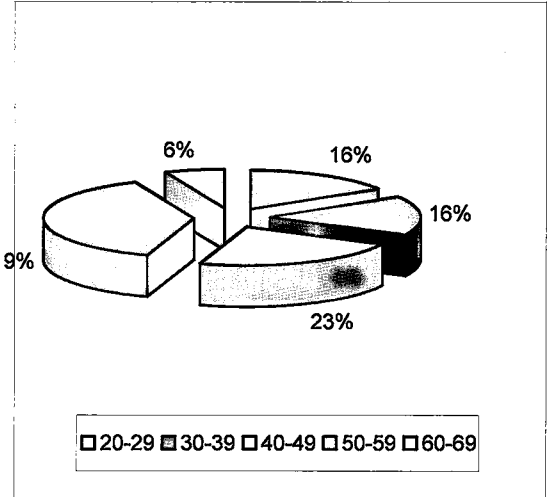
TANITICI ÖZELLİKLER	Deney		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%
Yaş Grubu				
20-29	5	16.1	5	16.1
30-39	1	3.2	5	16.1
40-49	11	35.5	7	22.7
50-59	11	35.5	12	38.7
60-69	3	9.7	2	6.4
$X_{deney} = 45.87 \pm 12.66$ $X_{kontrol} = 43.96 \pm 12.19$				
$X^2=25.112$ $SD=16$ $P > 0.05$				
Cinsiyet				
Kadın	17	54.8	16	51.6
Erkek	14	45.2	15	48.4
$X^2=0.027$ $SD=1$ $P > 0.05$				
Medeni Durum				
Bekar/ Boşanmış/dul	6	19.4	6	19.4
Evli	25	80.6	25	80.6
$X^2=1.786$ $SD=2$ $P > 0.05$				
Yakınlık Durumu				
Baba	11	35.5	11	35.5
Anne	7	22.6	7	22.6
Kardeş	4	12.9	4	12.9
Eş	5	16.1	5	16.1
Çocuk	4	12.9	4	12.9
Eğitim durumu				
Okur yazar/ilkokul	11	35.5	11	35.5
Ortaokul/ lise	11	35.5	10	32.3
Yüksekokul/fakülte	9	29.0	10	32.3

<u>Mesleki Durum</u>				
Memur	9	29.0	7	22.6
İşçi	1	3.2	3	9.6
Serbest meslek (esnaf)	0	0.0	3	9.6
Ev hanımı	12	38.7	7	22.6
Çiftçi	1	3.2	2	6.5
Emekli	6	19.4	7	22.6
Öğrenci	2	6.5	2	6.5
<u>Bir işte çalışma durumu</u>				
Çalışıyor	10	32.3	15	48.4
Çalışmıyor	21	67.7	16	51.6
<u>Gelir durumu</u>				
Gelir giderden yüksek	3	9.7	3	9.7
Gelir gider dengeli	23	74.2	23	74.2
Gelir giderden düşük	5	16.1	5	16.1
<u>Sosyal güvence durumu</u>				
Yok	2	6.5	0	0.0
Emekli sandığı	14	45.1	21	67.7
Bağkur	3	9.7	4	12.9
SSK	12	38.6	6	19.4
<u>En uzun yaşadığı yer</u>				
Köy	5	16.1	4	12.9
İlçe	11	35.5	10	32.3
Şehir	15	48.4	17	54.8
<u>Hastanın hastalık süresi</u>				
2-5 Yıl	14	45.2	11	35.5
6-10 Yıl	5	16.1	12	38.7
10 Yıl ve ↑	12	38.7	8	25.8
TOPLAM	31	100.0	31	100.0

Deney ve kontrol grubundaki hasta yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 1’de görülmektedir. Deney ve kontrol grubundaki hasta yakını grupları oluşturulurken, hasta yakınları yaş, cinsiyet, medeni durum vb. değişkenler açısından eşleştirilmiştir. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının gruplararası uyum iyiliğini test etmek için yapılan χ^2 testi ile iki grup arasında yaş grubu ($\chi^2 = 25.112$, $p > 0.05$), cinsiyet ($\chi^2 = 0.027$, $p > 0.05$) ve medeni durum bakımından ($\chi^2 = 1.786$, $p > 0.05$) istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır.



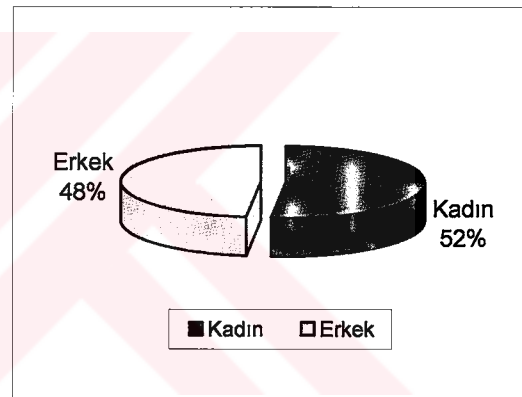
Grafik 1: Deney Grubu Hasta Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı



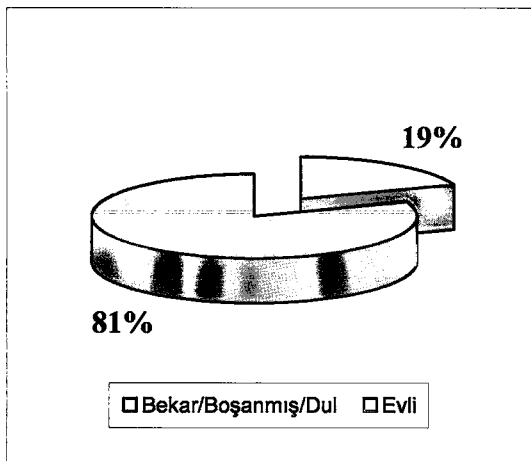
Grafik 2: Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı



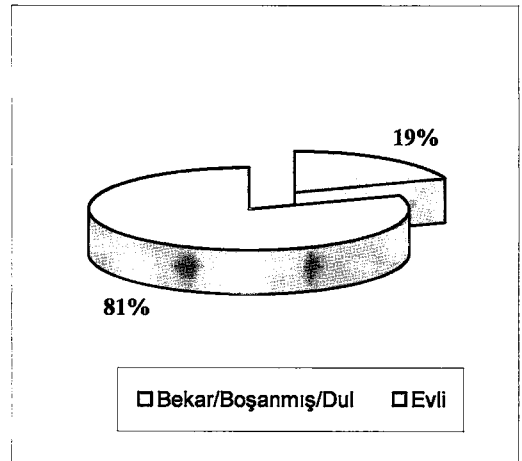
Grafik 3: Deney Grubu Hasta Yakınlarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı



Grafik 4: Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı



Grafik 4: Deney Grubu Hasta Yakınlarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı



Grafik 5: Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Deney grubundaki hasta yakınlarının %35.5'i 40-49 yaş grubunda, %35.5'i 50-59 yaş grubunda, %16.1'i 20-29 yaş grubunda, %9.7'si 60-69 yaş grubunda, %3.2'si 30-39 yaş grubunda yer almaktadır. Deney grubundaki hasta yakınları 20-68 yaşları arasında olup, yaş ortalaması $X=45.87\pm 12.66$ 'dır. Kontrol grubundaki hasta yakınlarının %38.7'si 50-59 yaş grubunda, %22.7'si 40-49 yaş grubunda, %16.1'i 30-39 yaş grubunda, %16.1'i 20-29 yaş grubunda, %6.4'ü 60-69 yaş grubunda yer almaktadır. Kontrol grubundaki hasta yakınları 20-63 yaşları arasında olup, yaş ortalaması $X= 43.96\pm 12.19$ 'dur (Tablo 1, Grafik 1-2).

Deney grubundaki hasta yakınlarının %54.8'i kadın, %45.2'si erkek iken, kontrol grubundaki hasta yakınlarının %51.6'sı kadın, %48.4'ü erkek olarak bulunmuştur (Tablo 1, Grafik 3-4) .

Her iki gruptaki hasta yakınlarının medeni durum ve hastaya olan yakınlık derecesi dağılımı eşit oranlarda olup, hasta yakınlarının %80.6'sı evli, %19.4'ü bekar, %35.5'i hastanın babası, %22.6'sı annesi, %16.1'i eşi, %12.9'u kardeşi ve %12.9'u da çocuğudur(Tablo 1, Grafik 4-5).

Deney ve kontrol grubundaki hasta yakınlarının eğitim durumları incelendiğinde; her iki gruptaki hasta yakınlarının %35.5'inin okur yazar / ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Deney grubundaki hasta yakınlarının %35.5'i ortaokul / lise mezunu olup, bir yüksek okul yada fakülte bitirenlerin oranı %29.0'dır. Kontrol grubundaki hasta yakınlarının ise %32.3'ü ortaokul / lise, %32.3'ü bir yüksekokul / fakülte mezunudur (Tablo 1).

Deney grubundaki hasta yakınlarının %38.7'si ev hanımı, %29.0'u memur, %19.4'ü emekli, %6.5'i öğrenci, %3.2'si işçi ve yine %3.2'si çiftçi iken, kontrol grubundaki hasta yakınlarının %22.6'sı memur, %22.6'sı ev hanımı, %22.6'sı emekli %9.6'sı işçi, %9.6'sı serbest meslek sahibi, %6.5'i öğrenci ve %6.5'i çiftçidir (Tablo 1).

Deney ve kontrol grubundaki hasta yakınlarının bir işte çalışıp- çalışmama durumlarına bakıldığında; deney grubundaki hasta yakınlarının %32.3'ünün, kontrol grubundaki hasta yakınlarının %48.4'ünün bir işte çalıştığı, deney grubundaki hasta yakınlarının %67.7'sinin, kontrol grubundaki hasta yakınlarının da %51.5'inin bir işte çalışmadığı görülmektedir (Tablo 1).

Her iki gruptaki hasta yakınlarının gelir durumu dağılımı eşit oranlarda olup, hasta yakınlarının %74.2'sinin gelirinin gidere göre dengeli, %16.1'nin gelirinin gidere göre az, %9.7'sinin gelirinin gidere göre yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Deney grubundaki hasta yakınlarının %45.1'i emekli sandığına, %38.6'sı SSK'ya, %9.7'si Bağkur'a bağlı olup, %6.5'inin sosyal güvencesi yoktur. Kontrol grubundaki hasta yakınlarının ise, %67.7'si emekli sandığına, %19.4'ü SSK'ya, %12.9'u Bağkur'a bağlı olup, sosyal güvencesi olmayan yoktur (Tablo 1).

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının en uzun yaşadıkları yerleşim birimleri incelendiğinde; deney grubu hasta yakınlarının %48.4'ünün şehirde, %35.5'inin ilçede, %16.1'inin köyde yaşadığı, kontrol grubu hasta yakınlarının ise, %54.8'inin şehirde, %32.3'ünün ilçede, %12.9'unun köyde yaşadığı bulunmuştur (Tablo 1).

Deney grubu hasta yakınlarının hastalarının %45.2'sinin 2-5 yıl, %38.7'sinin 10 yıl ve üzeri, %16.1'inin 6-10 yıldır, kontrol grubu hasta yakınlarının hastalarının %38.7'sinin 6-10 yıl, %35.5'inin 2-5 yıl, %25.8'inin 10 ve üzeri yıldır hasta olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

3.2. DENEY VE KONTROL GRUBU HASTA YAKINLARININ HASTALIKTAN ETKİLENME DURUMLARI VE BAŞETME ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Tablo 2: Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Hastalıktan Etkilenme Durumları ve Başetme Özelliklerine Göre Dağılımı

HASTALIKTAN ETKİLENME DURUMU	Deney		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%
<u>Hasta Yakınlarının Hastalıktan Etkilenme Durumları</u>				
Etkilenen	31	100.0	31	100.0
Etkilenmeyen	0	0.0	0	0.0
<u>Hasta Yakınlarının Hastalıktan Etkilenme Şekli</u>				
Hastalık nedeni ile aile, iş ve sosyal çevre ile olan ilişkilerde bozulma	20	64.5	12	38.7
Yaşam kalitesinde değişme	5	16.1	10	32.3
Hasta bireye karşı tutum ve davranışlarda değişme	6	19.4	9	29.0
<u>BAŞETME ÖZELLİKLERİ</u>				
<u>Tıp Dışı Yöntemlere Başvurma</u>				
Başvuran	19	61.3	22	71.0
Başvurmayan	12	38.7	9	29.0
<u>Tıp Dışı Başvurulan Yöntem</u>				
Başvurmayan	12	38.8	9	29.0
Hacı-hocaya giden	18	58.0	19	61.3
Bitkisel ot kullanan	1	3.2	3	9.7
<u>Güçlüklerle Baş etme Durumu</u>				
Çok iyi baş ediyor	3	9.7	3	9.7
İyi baş ediyor	18	58.0	17	54.8
Biraz baş ediyor	7	22.6	6	19.4
Hiç baş edemiyor	3	9.7	5	16.1
<u>Başetme Şekli</u>				
Ağlama	6	19.3	4	12.9
Kendisine yakın kişilerle konuşma	18	59.1	20	64.5
İbadet etme	3	9.7	3	9.7
Yürüyüşe çıkma	4	12.9	4	12.9

<u>Hasta yakınlarının sosyal destek alma durumu</u>				
Yok	12	38.7	18	58.1
Var biraz	9	29.0	8	25.8
Var orta	4	12.9	4	12.9
Var çok	6	19.4	1	3.2
TOPLAM	31	100.0	31	100.0

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının hastalıktan etkilenme ve başetme özellikleri tablo 2’de gösterilmiştir. Buna göre, her iki gruptaki hasta yakınlarının tamamı (%100.0) hastalıktan etkilendiklerini belirtmişlerdir.

Hasta yakınlarının hastalıktan etkilenme şekilleri incelendiğinde; deney grubu hasta yakınlarının %64.5’i hastalık nedeni ile aile, iş ve sosyal çevre ile olan ilişkilerinde bozulma, %19.4’ü hasta bireye karşı tutum ve davranışlarında değişme, %16.1’i yaşam kalitesinde değişim yaşadığını, kontrol grubu hasta yakınlarının %38.7’i hastalık nedeni ile aile, iş ve sosyal çevre ile olan ilişkilerinde bozulma, %32.3’ü yaşam kalitesinde değişim %29.0’u da hasta bireye karşı tutum ve davranışlarında değişme yaşadığını belirtmiştir.

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının başetme özelliklerine göre dağılımında; deney grubu hasta yakınlarının %61.3’ünün tıp dışı yöntemlere başvurduğu, %38.7’sinin bu yöntemleri kullanmadığı, kontrol grubu hasta yakınlarının ise %71.0’ının tıp dışı yöntemlere başvurduğu, %29.0’ının bu yöntemlere başvurmadığı saptanmıştır. Tıp dışı yöntemlere başvuran deney grubu hasta yakınlarının %58.0’ının hacı-hocaya gittiği, %3.2’sinin bitkisel ot kullandığı, bu yöntemleri kullanan kontrol grubu hasta yakınlarının ise, %61.3’ünün hacı-hocaya gittiği, %9.7’sinin bitkisel ot kullandığı belirlenmiştir.

Deney grubu hasta yakınlarının %58.0'ı yaşadıkları güçlüklerle iyi baş ettiklerini, %22.6'sı biraz baş ettiklerini, %9.7'si çok iyi baş ettiklerini ve %9.7'si de hiç baş edemediklerini ifade ederken, kontrol grubu hasta yakınlarının % 54.8'inin yaşadıkları güçlüklerle iyi baş ettiklerini, %19.4'ü biraz baş ettiklerini, %9.7'si çok iyi baş ettiklerini, %16.1'i de hiç baş edemediklerini ifade etmişlerdir.

Deney grubu hasta yakınlarının %59.1'i herhangi bir güçlükle karşılaştığında kendisine yakın kişilerle konuştuğunu, %19.3'ü ağladığını, % 12.9'u yürüyüşe çıktığını, %9.7'si ibadet ettiğini ifade etmiştir. Kontrol grubu hasta yakınlarının ise, %64.5'i herhangi bir güçlükle karşılaştığında kendisine yakın kişilerle konuştuğunu, % 12.9'u ağladığını, % 12.9'u yürüyüşe çıktığını, %9.7'si ibadet ettiğini belirtmiştir.

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının sosyal destek alma durumları tablo 2'de görülmektedir. Deney grubu hasta yakınlarının %38.7'si herhangi bir sosyal desteğinin olmadığını belirtirken, %29.0'ı biraz, %19.4'ü çok, %12.9'u orta düzeyde sosyal desteğe sahip olduğunu belirtmiştir. Kontrol grubu hasta yakınlarının ise, %58.1'i herhangi bir sosyal desteğinin olmadığını, % 25.8 'i biraz, % 3.2'si çok, %12.9' u orta düzeyde sosyal desteğe sahip olduğunu ifade etmiştir.

3.3. DENEY VE KONTROL GRUBU HASTA YAKINLARININ HASTALARINA VERDİKLERİ BAKIMDAN KENDİLERİNİN VE HASTALARININ MEMNUN OLMA DURUMLARININ İNCELENMESİ

Tablo 3: Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Hastalarına Verdikleri Bakımdan Kendilerinin ve Hastalarının Memnun Olma Durumlarına Göre Dağılımı

BAKIMDAN MEMNUN OLMA DURUMU	Deney		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%
<u>Hastaya verilen bakımı üstlenme</u>				
Hasta bakımını tek başına üstlenme	12	38.7	18	58.1
Diğer aile üyelerinden destek alma	19	61.3	13	41.9
<u>Hasta Bir Aile Üyesiyle Sürekli Yaşamaktan Memnuniyet</u>				
Çok memnun	0	0.00	0	0.00
Genellikle memnun	4	12.9	3	9.7
Şöyle böyle memnun	11	35.5	11	35.5
Genellikle memnun değil	5	16.1	7	22.6
Hiç memnun değil	11	35.5	10	32.3
<u>Hastanın Yakınından Memnun Olması</u>				
Memnun	23	74.2	27	87.1
Memnun değil	8	25.8	4	12.9
<u>Hastasına Verdiği İlgisi Ve Destekten Memnuniyeti</u>				
Memnun	29	93.5	29	93.5
Memnun değil	2	6.5	2	6.5
TOPLAM	31	100.0	31	100.0

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının hastalarına verdikleri bakımdan kendilerinin ve hastalarının memnun olma durumlarına göre dağılımı Tablo 3’de görülmektedir. Deney grubu hasta yakınlarının %38.7’si hastasının bakımını tek başına üstlenirken, %61.3’ü bu bakımda diğer aile üyelerinden yardım almaktadır. Kontrol grubu hasta yakınlarının ise, %58.1’i hastasının bakımını tek başına üstlenirken, %41.9’u bu bakımda diğer aile üyelerinden yardım almaktadır. Hasta yakınlarının hasta bir aile üyesi ile sürekli yaşamaktan memnuniyet durumları incelendiğinde; deney grubu hasta yakınlarının %35.5’inin hasta bir bireyle yaşamaktan hiç memnun olmadığı,

%35.5'inin şöyle-böyle memnun olduğu, %16.1'nin genellikle memnun olmadığı, %12.9'unun genellikle memnun olduğu saptanmıştır. Kontrol grubu hasta yakınlarının %32.3'ünün hasta bir bireyle yaşamaktan hiç memnun olmadığı, %35.5'inin şöyle-böyle memnun olduğu, %22.6'sının genellikle memnun olmadığı, %9.7'sinin genellikle memnun olduğu belirlenmiştir.

Deney grubu hasta yakınlarının bakım verdikleri hastalarının %74.2'si yakınlarından aldıkları bu bakımdan memnun olduklarını belirtirken, %25.8'i memnun olmadıklarını belirtmiştir. Kontrol grubu hasta yakınlarının bakım verdikleri hastalarının %87.1'i ise aldıkları bakımdan memnun olduklarını, % 12.9'u da memnun olmadıklarını ifade etmiştir.

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının hastasına verdiği ilgi ve destekten kendi memnuniyetleri incelendiğinde; hem deney grubu hasta yakınlarının hem de kontrol grubu hasta yakınlarının % 93.5'i hastasına verdiği ilgi ve destekten memnun olduğunu, % 6.5'i memnun olmadığını belirtmiştir.

3.4. DENEY VE KONTROL GRUBU HASTA YAKINLARININ SAĞLIK PERSONELİ İLE İLGİLİ BEKLENTİ VE MEMNUNİYETLERİNİN İNCELENMESİ

Tablo 4: Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Sağlık Personeli İle İlgili Beklenti ve Memnuniyetlerine Göre Dağılımı

BEKLENTİLER	Deney		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%
<u>Sağlık Personelinden Beklentiler</u>				
Beklentim yok	5	16.1	4	12.9
Güler yüzlü ve hoşgörülü davranılması	10	32.2	8	25.8
Tedaviye yönelik prosedürlerin kolaylaştırılması	4	12.9	3	9.7
Hastalık ve tedaviye yönelik bilgi verilmesi	7	22.5	9	29.0
Hastanın fiziksel ve ruhsal bakımının yeterli düzeyde sağlanması	5	16.1	7	22.6
<u>Beklentilerin Karşılama Durumu</u>				
Karşılıyor	11	35.5	13	41.9
Kısmen karşılıyor	18	58.0	16	51.6
Karşılanmıyor	2	6.5	2	6.5
<u>Memnun Olduğu Sağlık Personeli</u>				
Yanıtsız (Karşılanmayan)	2	6.4	2	6.5
Hemşire	6	19.4	5	16.1
Diyetisyen	0	0.0	0	0.0
Psikolog	8	25.8	9	29.0
Doktor	15	48.4	15	48.4
Hizmetli	0	0.0	0	0.0
TOPLAM	31	100.0	31	100.0

Tablo 4’de görüldüğü gibi deney grubu hasta yakınlarının %32.2’si sağlık personelinin kendilerine güler yüzlü ve hoş görülü davranmasını, %22.5’i hastalık ve tedaviye yönelik bilgi verilmesini, %16.1’i hastasının fiziksel ve ruhsal bakımının yeterli düzeyde sağlanmasını beklerken, %16.1’i sağlık personelinden hiç bir beklenti içinde bulunmamaktadır. Kontrol grubu hasta yakınlarının ise, %25.8’si sağlık personelinin kendilerine güler yüzlü ve hoş görülü davranmasını, %29.0’ı hastalık ve tedaviye yönelik bilgi verilmesini, % 22.6’sı hastasının fiziksel ve ruhsal bakımının

yeterli düzeyde sağlanmasını beklerken, %12.9'u sağlık personelinden hiç bir beklenti içinde bulunmamaktadır.

Hasta yakınlarının sağlık personelinden beklentilerinin karşılanma durumları incelendiğinde; deney grubu hasta yakınlarının % 58.0'ı beklentilerinin kısmen karşılandığını, %35.5'i beklentilerinin karşılandığını, %6.5'i beklentilerinin karşılanmadığını, kontrol grubu hasta yakınlarının %41.9'u beklentilerinin karşılandığını, %6.5'i beklentilerinin karşılanmadığını ifade ederken, kontrol grubu hasta yakınlarının %51.6'sı beklentilerinin kısmen karşılandığını ifade etmiştir.

Hasta yakınlarının, beklentilerinin karşılanmasında en çok memnun oldukları sağlık personeline göre dağılımlarında; deney grubu hasta yakınlarının %48.4'ünün doktordan, %25.8'inin psikologdan, %19.4'ünün hemşireden memnun olduğu ve %6.4'ünün de bu soruya yanıt vermediği saptanmıştır. Kontrol grubu hasta yakınlarının ise %48.4'ünün doktordan, %29.0'ının psikologdan, %16.1'inin hemşireden memnun olduğu ve % 6.5'inin de bu soruya yanıt vermediği belirlenmiştir.

3.5. DENEY VE KONTROL GRUBU HASTA YAKINLARININ HASTALIĞA BAĞLI AİLE İÇİ YAŞAM VE İLİŞKİLERDE KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN İNCELENMESİ

Tablo 5: Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Hastalığa Bağlı Aile İçi Yaşam Ve İlişkilerde Karşılaştıkları Sorunlara Göre Dağılımı

AİLE İÇİ YAŞAM VE İLİŞKİLERDE KARŞILAŞTIKLARI SORUNLAR	Deney		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%
Aile üyeleri arasında ilişkilerin bozulması	17	54.8	11	35.5
Geleceğe yönelik kaygı	5	16.1	15	48.4
Sosyal ilişkilerin (komşu, akraba) bozulması	9	29.0	5	16.1
TOPLAM	31	100.0	31	100.0

Tablo 5’de Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının hastalığa bağlı aile içi yaşam ve ilişkilerde karşılaştıkları sorunlara göre dağılımı incelenmiştir. Deney grubu hasta yakınlarının %54.8’i aile üyeleri arasındaki ilişkilerin de bozulma olduğunu, %29.0’u komşu, akraba vb. ile sosyal ilişkilerinde bozulma olduğunu ve %16.1’i geleceğe yönelik kaygıları olduğunu belirtmişlerdir. Kontrol grubu hasta yakınlarının %35.5’i aile üyeleri arasındaki ilişkilerinde bozulma olduğunu, %16.1’i komşu, akraba vb. ile sosyal ilişkilerinde bozulma olduğunu, %48.4’ü ise geleceğe yönelik kaygıları olduğunu belirtmişlerdir.

3.6. DENEY GRUBU HASTA YAKINLARININ PSİKOEĞİTİM GRUBU İLE İLGİLİ BEKLENTİLERİNİN İNCELENMESİ

Tablo 6: Deneysel Grubu Hasta Yakınlarının Psiko-Eğitim Grubu İle İlgili Beklentilerine Göre Dağılımı

PSİKO-EĞİTİM GRUBU İLE İLGİLİ BEKLENTİLER	Sayı	%
<u>Başka Bir Psiko eğitim Programına Katılma Durumu</u>		
Katılan	13	41.9
Katılmayan	18	58.1
<u>Psiko eğitim Programına Yönelik Beklentiler</u>		
Beklentim yok	3	9.7
Hastama ve diğer şizofreni hastalarına yönelik bakımda kendimi geliştirmek	2	6.5
Hastalık ve tedavisi hakkında bilgi edinmek	22	71.0
Hastalığa ilişkin sorunlarla başetme ve kendi ruh sağlığını koruma yollarını öğrenmek	4	12.9
<u>Psiko eğitimin Yarar Sağlayacağı Konulara İlişkin Beklentiler</u>		
Hasta bakımında kendini geliştirme	6	19.4
Hastalık ve tedavisi	13	41.8
Hasta ile iyi bir iletişim kurma	6	19.4
Başetme yöntemleri ve sosyal destek	3	9.7
Yanıtız	3	9.7
TOPLAM	31	100.0

Deneysel grubu hasta yakınlarının psiko eğitim grubu ile ilgili beklentilerine göre dağılımı Tablo 6'da görülmektedir. Öncelikle, hasta yakınlarına daha önce bir psiko eğitim grubuna katılıp, katılmadıkları sorulduğunda % 58.1'i bu tip bir eğitim grubuna katılmadıklarını, %41.2'si ise katıldıklarını ifade etmişlerdir. Hasta yakınlarının eğitim programına yönelik beklentileri incelendiğinde; %71.0'ı hastalık ve tedavisi hakkında bilgi edinmek, %12.9'u hastalığa ilişkin sorunlarla başetmek ve kendi ruh sağlığını koruma yollarını öğrenmek, %6.5'i hastasına ve diğer şizofreni hastalarına yönelik bakımda kendilerini geliştirmek beklentisiyle eğitim programına katılmayı

kabul ettiklerini belirtirken, %9.7'si psikoğitim programına yönelik bir beklentilerinin olmadığını ifade etmiştir.

Hasta yakınlarının psikoğitimin yarar sağlayacağı konulara ilişkin beklentilerine göre dağılımı incelendiğinde; %41.8'i şizofrenik bozukluk ve tedavisi konusunda, %19.4' hasta bakımında kendini geliştirme, %19.4' hasta ile iyi bir iletişim kurma, %9.7'si başetme yöntemleri ve sosyal destek sağlama konularında psikoğitimin yararlı olacağını düşünürken, %9.7'si de bu konuya ilişkin beklentisini belirtmemiştir.



3.7. DENEY VE KONTROL GRUBU HASTA YAKINLARININ EĞİTİM ÖNCESİ ŞİZOFRENİK BOZUKLUK HAKKINDAKİ BİLGİ DEĞERLENDİRME FORMU, AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (A.D.Ö.) VE STRESLE BAŞETME TARZLARI ÖLÇEĞİ (S.B.T.Ö.) PUAN ORTALAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ (ÖN TEST)

Bu bölümde deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının eğitim öncesi şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu, aile değerlendirme ölçeği(A.D.Ö.) ve stresle başetme tarzları ölçeği (S.B.T.Ö.) puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır.

3.7.1. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi Şizofrenik Bozukluk Hakkındaki Bilgi Değerlendirme Formu Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi (Öntest)

Tablo 7: Deney Ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi (Ön Test) Şizofrenik Bozukluk Hakkındaki Bilgi Değerlendirme Formu Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

Grup	N	Ön Test Puan Ort	Standart Sapma	Standart Hata	t	p
Deney	31	2.81	1.56	0.28	0.787	0.43
Kontrol	31	2.52	1.34	0.24		> 0.05

Eğitim öncesi deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 7’de verilmiştir. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının ön test şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu puan ortalamaları arasındaki ilişki bağımsız iki grupta eşit varyanslı t testi ile aranmıştır. Eğitim öncesi deney grubu hasta yakınlarının şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu puan ortalamaları 2.81 ± 1.56 , kontrol

grubu hasta yakınlarının şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu puan ortalamaları 2.52 ± 1.34 bulunmuştur. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının eğitim öncesi şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t = 0.787$, $p > 0.05$).

3.7.2. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi A.D.Ö. Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi (Ön Test)

Tablo 8 : Deney Ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi (Ön Test) A.D.Ö. Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

Grup	N	Ön Test Puan Ort	Standart Sapma	Standart Hata	t	p
Deney	31	2.41	0.30	5.46	1.742	0.09
Kontrol	31	2.28	0.28	4.99		> 0.05

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının eğitim öncesi (Ön test) A.D.Ö. puan ortalamalarının dağılımı Tablo 8'de verilmiştir. Deney grubu hasta yakınlarının ön test A.D.Ö. puan ortalaması 2.41 ± 0.30 ; Kontrol grubu hasta yakınlarının ön test A.D.Ö. puan ortalaması 2.28 ± 0.28 'dir. Deney ve Kontrol grubu hasta yakınlarının ön test A.D.Ö. puan ortalamaları arasındaki fark bağımsız iki grupta eşit varyanslı t testi ile aranmış ve istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($t=1.742$, $p > 0.05$).

3.7.3. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi S.B.T.Ö. Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi (Ön Test)

Tablo 9 : Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi (Ön Test) S.B.T.Ö. Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

SBTÖ ALT ÖLÇEK PUAN ORT.	N	DENEY		KONTROL		t	P
		Ön Test Puan Ort.	Standart Sapma	Ön Test Puan Ort.	Standart Sapma		
Kendine Güvenli Yaklaşım (KGY)	31	1.93	0.51	2.12	0.54	1.46	0.180
İyimser Yaklaşım (İY)	31	2.71	0.48	2.79	0.48	0.11	0.660
Çaresiz Yaklaşım (ÇY)	31	3.10	0.68	3.10	0.54	0.48	0.630
Boyun Eğici Yaklaşım (BEY)	31	2.23	0.57	2.37	0.58	0.13	0.780
Sosyal Destek Arama (SDA)	31	2.71	0.58	2.60	0.55	1.20	0.270

Deney ve kontrol grubuna alınan hasta yakınlarının eğitim öncesi S.B.T.Ö. alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 9’da verilmiştir. Deney grubu hasta yakınlarının ön test S.B.T.Ö. KGY alt ölçeği puan ortalaması 1.93 ± 0.51 , İY alt ölçeği puan ortalaması 2.71 ± 0.48 , ÇY alt ölçeği puan ortalaması 3.10 ± 0.68 , BEY alt ölçeği puan ortalaması 2.23 ± 0.57 , SDA alt ölçeği puan ortalaması 2.71 ± 0.58 , Kontrol grubu hasta yakınlarının ön test S.B.T.Ö. KGY alt ölçeği puan ortalaması 2.12 ± 0.54 , İY alt ölçeği puan ortalaması 2.79 ± 0.48 , ÇY alt ölçeği puan ortalaması 3.10 ± 0.54 , BEY alt ölçeği puan ortalaması 2.37 ± 0.58 , SDA alt ölçeği puan ortalaması 2.60 ± 0.55 ’dir. Deney ve Kontrol grubu hasta yakınlarının ön test S.B.T.Ö. alt ölçek puan ortalamaları

arasındaki fark bağımsız iki grupta eşit varyanslı t testi ile aranmış ve istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($t_{KGY}= 1.46$, $t_{IY}= 0.11$, $t_{ÇY}= 0.48$, $t_{BEY}= 0.13$, $t_{SDA}= 1.20$ $p > 0.05$).

3.8. DENEY VE KONTROL GRUBU HASTA YAKINLARININ EĞİTİM SONRASI ŞİZOFRENİK BOZUKLUK HAKKINDAKİ BİLGİ DEĞERLENDİRME FORMU, AİLE DEĞERLENDİRME (ADÖ) VE STRESLE BAŞETME TARZLARI ÖLÇEĞİ (SBTÖ) PUAN ORTALAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ (SON TEST)

Bu bölümde deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının eğitim sonrası (son test) şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu, aile değerlendirme ölçeği(A.D.Ö.) ve stresle başetme tarzları ölçeği (S.B.T.Ö.) puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır.

3.8.1. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Sonrası Şizofrenik Bozukluk Hakkındaki Bilgi Değerlendirme Formu Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi (Son Test)

Tablo 10 : Deney Ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Sonrası (Son Test) Şizofrenik Bozukluk Hakkındaki Bilgi Değerlendirme Formu Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

Grup	N	Son Test Puan Ort	Standart Sapma	Standart Hata	t	p
Deney	31	14.23	2.40	0.43	22.43	0.000
Kontrol	31	2.84	1.50	0.27		< 0.001

Tablo 10’da deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının eğitim sonrası (son test) şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi puan ortalamaları yer almaktadır. Deney grubu hasta yakınlarının eğitim sonrası (son test) şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi puan değerlendirme formu puan ortalaması 14.23 ± 2.40 , kontrol grubu hasta yakınlarının eğitim sonrası (son test) şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu puan ortalaması 2.84 ± 0.27 bulunmuştur. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının son test şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu puan ortalamaları arasındaki fark, yapılan bağımsız iki grupta eşit varyanslı t testi ile anlamlı bulunmuştur ($t = 22.43$, $p < 0.001$).

3.8.2. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Sonrası A.D.Ö. Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi (Son Test)

Tablo 11 : Deney Ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Sonrası (Son Test) A.D.Ö. Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

Grup	N	Son Test Puan Ort	Standart Sapma	Standart Hata	t	p
Deney	31	1.52	0.16	2.87	2.98	0.004
Kontrol	31	2.38	0.22	3.90		< 0.001

Şizofrenik bozukluklara yönelik olarak oluşturulan psikoeğitim programına alınarak eğitim verilen deney grubu hasta yakınları ile kontrol grubu hasta yakınlarının eğitim sonrası (Son test) A.D.Ö. puan ortalamaları Tablo 11’de gösterilmektedir. Deney grubu hasta yakınlarının son test A.D.Ö. puan ortalaması 1.52 ± 0.16 ile kontrol grubu hasta yakınlarının son test A.D.Ö. puan ortalaması 2.38 ± 0.22 ’dir. Psikoeğitim programı uygulanan deney grubu hasta yakınları ile psikoeğitim programına katılmayan kontrol

grubu hasta yakınlarının A.D.Ö. puan ortalamaları arasındaki fark, yapılan bağımsız iki grupta eşit varyanslı t testi ile anlamlı bulunmuştur($t = 2.98$, $p < 0.005$).

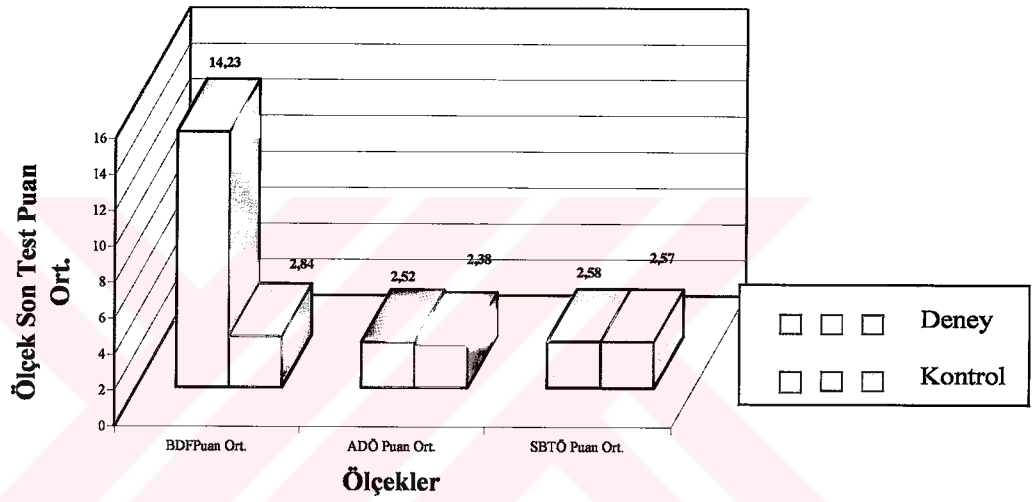
3.8.3. DENEY VE KONTROL GRUBU HASTA YAKINLARININ EĞİTİM SONRASI S.B.T.Ö. ALT ÖLÇEK PUAN ORTALAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ (SON TEST)

Tablo 12 : Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Sonrası (Son Test) S.B.T.Ö. Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

SBTÖ ALT ÖLÇEK PUAN ORT.	N	DENEY		KONTROL		t	P
		Son Test Puan Ort.	Standart Sapma	Son Test Puan Ort.	Standart Sapma		
Kendine Güvenli Yaklaşım (KGY)	31	1.47	0.30	1.96	0.42	1.55	0.160
İyimser Yaklaşım (İY)	31	3.28	0.29	2.77	0.43	0.25	0.960
Çaresiz Yaklaşım (ÇY)	31	3.42	0.38	3.05	0.52	0.46	0.560
Boyun Eğici Yaklaşım (BEY)	31	2.14	0.25	2.35	0.57	0.20	0.670
Sosyal Destek Arama (SDA)	31	2.40	0.46	2.76	0.57	1.32	0.370

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının eğitim sonrası (son test) S.B.T.Ö. alt ölçek puan ortalamaları Tablo 12’de yer almaktadır. Deney grubu hasta yakınlarının son test S.B.T.Ö. KGY alt ölçeği puan ortalaması 1.47 ± 0.30 , İY alt ölçeği puan ortalaması 3.28 ± 0.29 , ÇY alt ölçeği puan ortalaması 3.42 ± 0.38 , BEY alt ölçeği puan ortalaması 2.14 ± 0.25 , SDA alt ölçeği puan ortalaması 2.40 ± 0.46 ’dır. Kontrol grubu hasta yakınlarının son test S.B.T.Ö. KGY alt ölçeği puan ortalaması 1.96 ± 0.42 , İY alt ölçeği

puan ortalaması 2.77 ± 0.43 , ÇY alt ölçeği puan ortalaması 3.05 ± 0.52 , BEY alt ölçeği puan ortalaması 2.35 ± 0.57 , SDA alt ölçeği puan ortalaması 2.60 ± 0.55 'tir. Deney ve Kontrol grubu hasta yakınlarının son test S.B.T.Ö. alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark bağımsız iki grupta eşit varyanslı t testi ile aranmış ve istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($t_{KGY} = 1.55$, $t_{İY} = 0.25$, $t_{ÇY} = 0.46$, $t_{BEY} = 0.20$, $t_{SDA} = 1.32$ $p > 0.05$).



Grafik 7: Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Bilgi Değerlendirme Formu (BDF), Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), Stresle Başetme Tarzları Ölçeği (SBTÖ) Son Test Puan Ortalamalarının Dağılımı

3.9. DENEY VE KONTROL GRUBU HASTA YAKINLARININ EĞİTİM ÖNCESİ (ÖN TEST) VE SONRASI (SON TEST) ŞİZOFRENİK BOZUKLUK HAKKINDAKİ BİLGİ DEĞERLENDİRME FORMU, AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (ADÖ) VE STRESLE BAŞETME TARZLARI ÖLÇEĞİ (SBTÖ) PUAN ORTALAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölümde deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının eğitim öncesi(ön test) ve sonrası(son test) şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu, aile değerlendirme ölçeği(A.D.Ö.) ve stresle başetme tarzları ölçeği(S.B.T.Ö.) puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır.

3.9.1. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi (Ön Test) Ve Sonrası (Son Test) Şizofrenik Bozukluk Hakkındaki Bilgi Değerlendirme Formu Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

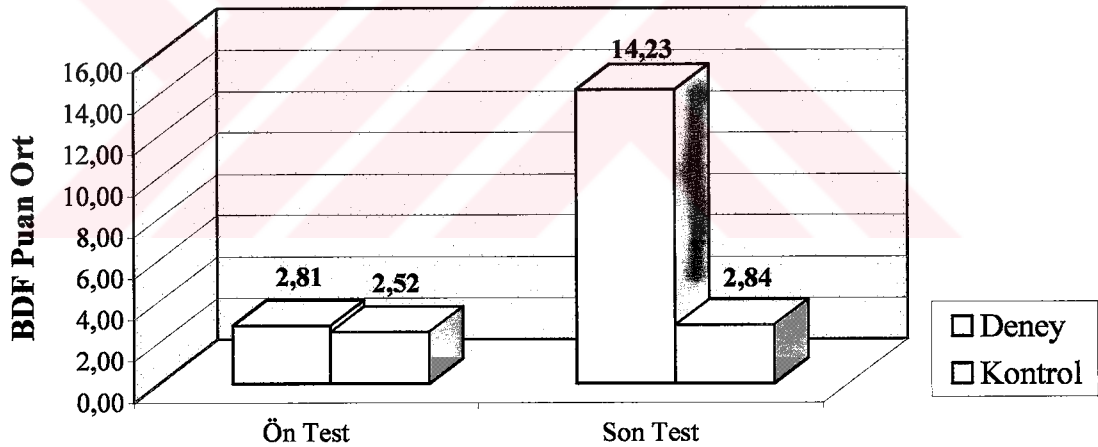
Tablo 13 : Deney Ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Ön Test ve Son Test Şizofrenik Bozukluk Hakkındaki Bilgi Değerlendirme Formu Puan Ortalamalarının Dağılımı

	DENEY	GRUBU	KONTROL	GRUBU
SONUÇLAR	Ön Test	Son Test	Ön Test	Son Test
Şizofrenik Bozukluk Hakkındaki Bilgi Puan Ort.	2.81	14.23	2.52	2.84
Standart Sapma	1.56	2.40	1.34	1.49
N	31	31	31	31
t ve p Değeri	t = 25.85	P = 0.000 P < 0.001	t = 1.33	P = 0.19 P > 0.05

Tablo 13'te deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının eğitim öncesi (ön test) ve eğitim sonrası (son test) şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu puan ortalamaları görülmektedir. Deney grubu hasta yakınlarının ön test şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu puan ortalaması 2.81 ± 1.56 , son test

şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu puan ortalaması 14.23 ± 2.40 'dır. Deney grubu hasta yakınlarının ön test son test şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu puanları arasındaki fark, eşleştirilmiş iki grup arasındaki farkın t testi ile aranmış ve $\alpha = 0.001$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunmuştur ($t = 25.85, p < 0.001$).

Kontrol grubu hasta yakınlarının ön test şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu puan ortalaması 2.52 ± 1.34 , son test şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu puan ortalaması 2.84 ± 1.49 'dur. Eşleştirilmiş iki grup arasındaki farkın t testi ile, kontrol grubu hasta yakınlarının ön test son test şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamsız olduğu saptanmıştır ($t = 1.33, p > 0.05$).



Grafik 8: Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Bilgi Değerlendirme Formu (BDF) Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Dağılımı

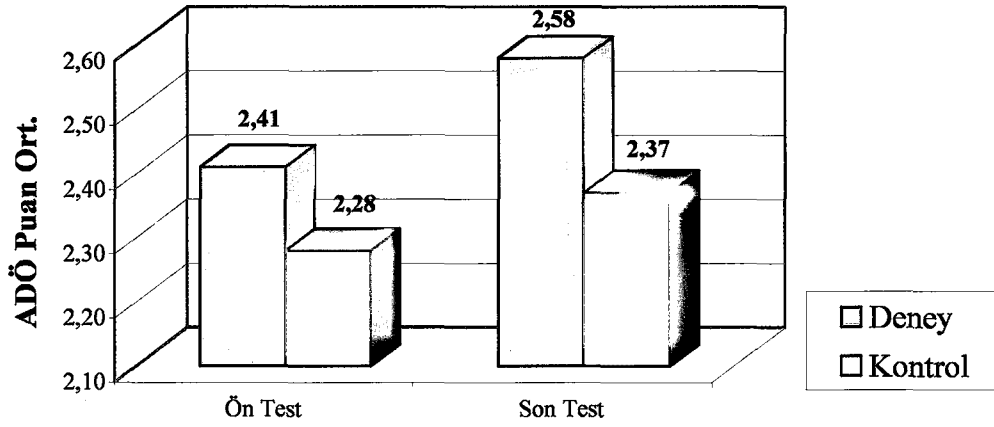
3.9.2. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi (Ön Test) ve Eğitim Sonrası (Son Test) ADÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Tablo 14 : Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Ön Test ve Son Test A.D.Ö. Puan Ortalamalarının Dağılımı

	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU	
SONUÇLAR	Ön Test	Son Test	Ön Test	Son Test
ADÖ Puan Ortalamaları	2.41	1.52	2.28	2.37
Standart Sapma	0.30	0.16	0.28	0.22
Denek Sayısı	31	31	31	31
t ve P Değeri	t = 3.18	P = 0.003 P < 0.005	t = 1.76	P = 0.09 P > 0.05

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının eğitim öncesi (ön test) ve sonrası (son test) A.D.Ö. puan ortalamaları Tablo 14'de verilmiştir. Deney grubu hasta yakınlarının ön test A.D.Ö. puan ortalaması 2.41 ± 0.30 , son test A.D.Ö. puan ortalaması 1.52 ± 0.16 'dır. Deney grubu hasta yakınlarının ön test son test A.D.Ö. puan ortalamaları arasındaki fark, eşleştirilmiş iki grup arasındaki farkın t testi ile aranmış ve $\alpha = 0.005$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($t = 3.18, P < 0.005$).

Kontrol grubu hasta yakınlarının ön test A.D.Ö. puan ortalaması 2.28 ± 0.28 , son test A.D.Ö. puan ortalaması 2.37 ± 0.22 'dir. Kontrol grubu hasta yakınlarının ön test son test A.D.Ö. puan ortalamaları arasındaki fark, eşleştirilmiş iki grup arasındaki farkın t testi ile aranmış ve $\alpha = 0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur ($t = 1.76, P > 0.05$).



Grafik 9: Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Dağılımı

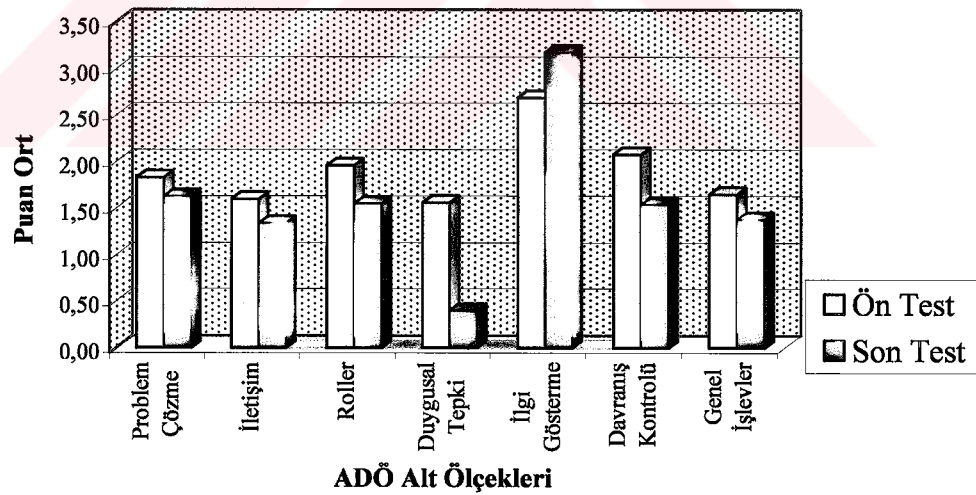
Tablo 15 : Deney Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi (Ön Test) ve Eğitim Sonrası (Son Test) A.D.Ö. Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

ADÖ ALT ÖLÇEKLER PUAN ORT.	DENEY					t	P
	N	Ön Test Puan Ort.	Standart Sapma	Son Test Puan Ort	Standart Sapma		
Problem Çözme	31	1.83	0.50	1.63	0.36	3.02	0.005**
İletişim	31	1.60	0.48	1.34	0.30	4.23	0.000***
Roller	31	1.96	0.64	1.55	0.44	5.67	0.000***
Duygusal Tepki Verebilme	31	1.56	0.75	1.31	0.40	2.56	0.020*
Gereken İlgii Gösterebilme	31	2.69	0.54	1.18	0.30	5.98	0.000***
Davranış Kontrolü	31	2.08	0.73	1.54	0.42	5.59	0.000***
Genel İşlevler	31	1.65	0.46	1.38	0.33	5.59	0.000***

* P < 0.05 ** P < 0.01 *** P < 0.001

Deney grubu hasta yakınlarının eğitim öncesi (ön test) ve sonrası (son test) A.D.Ö. alt ölçek puan ortalamaları Tablo 15’de verilmiştir. Deney grubu hasta yakınlarının ön test A.D.Ö. problem çözme alt ölçeği puan ortalaması 1.83 ± 0.50 , iletişim alt ölçeği puan ortalaması 1.60 ± 0.48 , roller alt ölçeği puan ortalaması 1.96 ± 0.64 , duygusal tepki

verebilme alt ölçeği puan ortalaması 1.56 ± 0.75 , gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği puan ortalaması 2.69 ± 0.54 , davranış kontrolü alt ölçeği puan ortalaması 2.08 ± 0.73 ve genel işlevler alt ölçeği puan ortalaması 1.65 ± 0.46 , son test A.D.Ö. problem çözme alt ölçeği puan ortalaması 1.63 ± 0.36 , iletişim alt ölçeği puan ortalaması 1.34 ± 0.30 , roller alt ölçeği puan ortalaması 1.55 ± 0.44 , duygusal tepki verebilme alt ölçeği puan ortalaması 1.31 ± 0.40 , gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği puan ortalaması 1.18 ± 0.30 , davranış kontrolü alt ölçeği puan ortalaması 1.54 ± 0.42 ve genel işlevler alt ölçeği puan ortalaması 1.38 ± 0.33 'tür. Deney grubu hasta yakınlarının ön test son test A.D.Ö. alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farklar, eşleştirilmiş iki grup arasındaki farkın t testi ile aranmış ve tüm alt ölçeklerin ön test son test ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t_{DTV} = 2.56$ $P < 0.05$, $t_{PÇ} = 3.02$ $P < 0.01$, $t_i = 4.23$, $t_R = 5.67$, $t_{GİG} = 5.98$, $t_{DK} = 5.59$, $t_{Gİ} = 5.59$ $P < 0.001$).



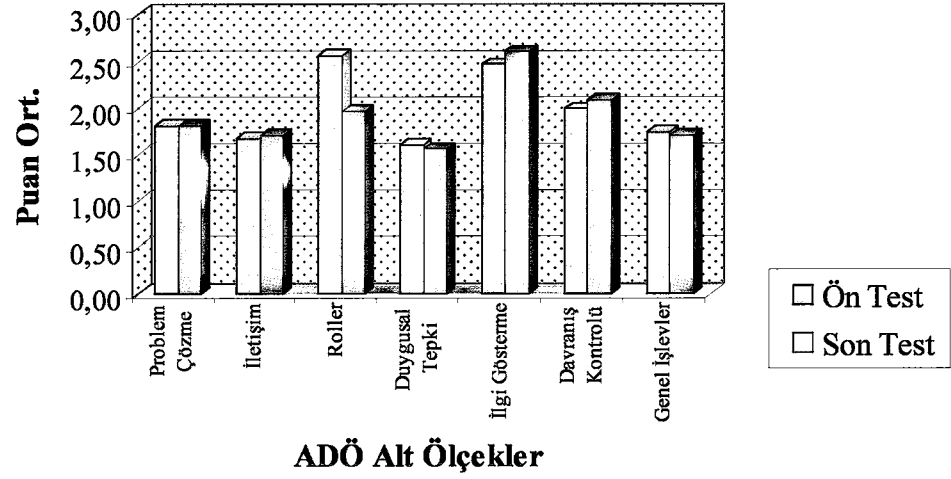
Grafik 10: Deney Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi (Ön Test) ve Eğitim Sonrası (Son Test) Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

Tablo 16 : Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi (Ön Test) ve Eğitim Sonrası (Son Test) A.D.Ö. Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

ADÖ ALT ÖLÇEKLER PUAN ORT.	N	Ön Test Puan Ort.	KONTROL		Standart Sapma	T	P
			Standart Sapma	Son Test Puan Ort.			
Problem Çözme (PÇ)	31	1.81	0.45	1.81	0.40	0.06	0.950
İletişim (İ)	31	1.67	0.47	1.70	0.44	0.25	0.800
Roller (R)	31	2.56	0.53	1.97	0.55	3.71	0.001
Duygusal Tepki Verebilme (DTV)	31	1.60	0.69	1.56	0.70	0.22	0.830
Gereken İlgii Gösterebilme (GİG)	31	2.47	0.48	2.61	0.47	1.73	0.090
Davranış Kontrolü (DK)	31	1.99	0.66	2.08	0.62	0.55	0.580
Genel İşlevler (Gİ)	31	1.74	0.39	1.70	0.32	0.55	0.590

Kontrol grubu hasta yakınlarının eğitim öncesi (ön test) ve sonrası (son test) A.D.Ö. alt ölçek puan ortalamaları Tablo 16’da verilmiştir. Kontrol grubu hasta yakınlarının ön test A.D.Ö. problem çözme alt ölçeği puan ortalaması 1.81 ± 0.45 , iletişim alt ölçeği puan ortalaması 1.67 ± 0.47 , roller alt ölçeği puan ortalaması 2.56 ± 0.53 , duygusal tepki verebilme alt ölçeği puan ortalaması 1.60 ± 0.69 , gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği puan ortalaması 2.47 ± 0.48 , davranış kontrolü alt ölçeği puan ortalaması 1.99 ± 0.66 ve genel işlevler alt ölçeği puan ortalaması 1.74 ± 0.39 , son test A.D.Ö. problem çözme alt ölçeği puan ortalaması 1.81 ± 0.40 , iletişim alt ölçeği puan ortalaması 1.70 ± 0.44 , roller alt ölçeği puan ortalaması 1.97 ± 0.55 , duygusal tepki verebilme alt ölçeği puan ortalaması 1.56 ± 0.70 , gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği puan ortalaması 2.61 ± 0.47 , davranış kontrolü alt ölçeği puan ortalaması 2.08 ± 0.62 ve genel işlevler alt ölçeği puan ortalaması 1.70 ± 0.32 ’dir. Kontrol grubu hasta yakınlarının ön test son test A.D.Ö. alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark, eşleştirilmiş iki grup

arasındaki farkın t testi ile aranmış ve roller alt ölçeği dışındaki tüm alt ölçeklerin ön test son test ilişkisi anlamsız bulunmuştur ($t_{PC} = 0.06$, $t_i = 0.25$, $t_{DTV} = 0.22$, $t_{GiG} = 1.73$, $t_{DK} = 0.55$, $t_{Gi} = 0.55$ $P > 0.05$, $t_R = 3.71$, $P < 0.001$).



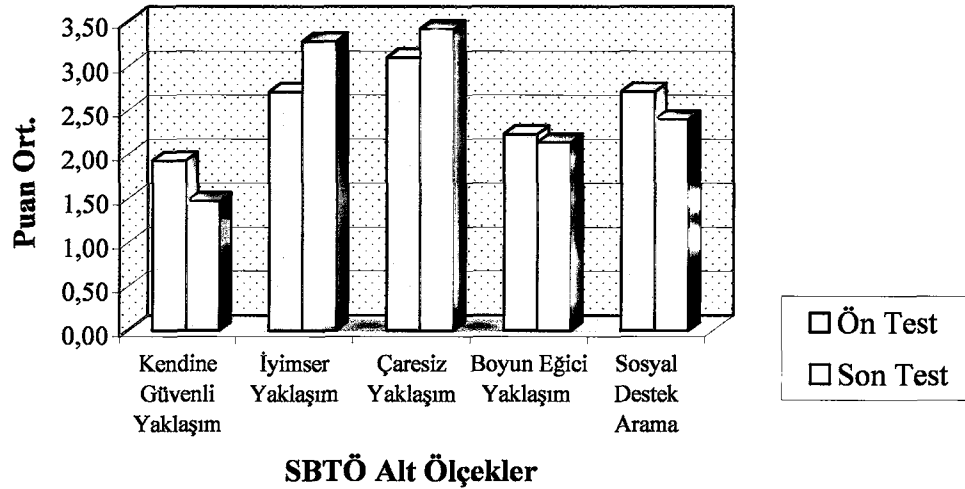
Grafik 11 : Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi (Ön Test) ve Eğitim Sonrası (Son Test) Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

3.9.3. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) S.B.T.Ö. Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Tablo 17 : Deney Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi (Ön Test) ve Eğitim Sonrası (Son Test) S.B.T.Ö. Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

SBTÖ ALT ÖLÇEK PUAN ORT.	N	Ön Test Puan Ort.	DENEY		Standart Sapma	t	P
			Standart Sapma	Son Test Puan Ort.			
Kendine Güvenli Yaklaşım (KGY)	31	1.93	0.51	1.47	0.30	7.94	0.000
İyimser Yaklaşım (İY)	31	2.71	0.48	3.28	0.29	9.18	0.000
Çaresiz Yaklaşım (ÇY)	31	3.10	0.68	3.42	0.38	4.20	0.000
Boyun Eğici Yaklaşım (BEY)	31	2.23	0.57	2.14	0.25	0.85	0.400
Sosyal Destek Arama (SDA)	31	2.71	0.58	2.40	0.46	4.30	0.000

Deney grubu hasta yakınlarının ön test ve son test S.B.T.Ö. alt ölçek puan ortalamaları Tablo 17’de görülmektedir. Deney grubu hasta yakınlarının ön test S.B.T.Ö. KGY alt ölçeği puan ortalaması 1.93 ± 0.51 , İY alt ölçeği puan ortalaması 2.71 ± 0.48 , ÇY alt ölçeği puan ortalaması 3.10 ± 0.68 , BEY alt ölçeği puan ortalaması 2.23 ± 0.57 , SDA alt ölçeği puan ortalaması 2.71 ± 0.58 , son test S.B.T.Ö. KGY alt ölçeği puan ortalaması 1.47 ± 0.30 , İY alt ölçeği puan ortalaması 3.28 ± 0.29 , ÇY alt ölçeği puan ortalaması 3.42 ± 0.38 , BEY alt ölçeği puan ortalaması 2.14 ± 0.25 , SDA alt ölçeği puan ortalaması 2.40 ± 0.46 ’dır. Deney grubu hasta yakınlarının ön test son test S.B.T.Ö. alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark, eşleştirilmiş iki grup arasındaki farkın t testi ile aranmış ve istatistiksel olarak boyun eğici yaklaşım alt ölçeği dışındaki tüm alt ölçekler arasındaki ön test son test ilişkisi anlamlı bulunmuştur ($t_{KGY} = 7.94$, $t_{İY} = 9.18$, $t_{ÇY} = 4.20$, $t_{SDA} = 4.30$, $P < 0.001$, $t_{BEY} = 0.85$, $p > 0.05$).



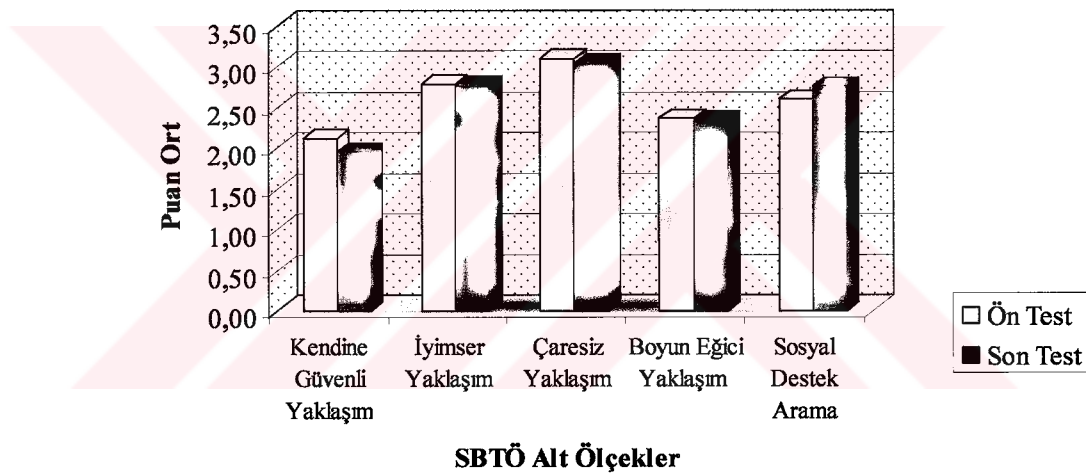
Grafik 12: Deney Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi (Ön Test) ve Eğitim Sonrası (Son Test) Stresle Başetme Tarzları Ölçeği (SBTÖ) Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

Tablo 18 : Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi (Ön Test) ve Eğitim Sonrası (Son Test) S.B.T.Ö. Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

SBTÖ ALT ÖLÇEK PUAN ORT.	N	Ön Test Puan Ort.	KONTROL		Standart Sapma	t	P
			Standart Sapma	Son Test Puan Ort.			
Kendine Güvenli Yaklaşım (KGY)	31	2.12	0.54	1.96	0.42	1.43	0.160
İyimser Yaklaşım (İY)	31	2.79	0.48	2.77	0.43	0.17	0.870
Çaresiz Yaklaşım (ÇY)	31	3.10	0.54	3.05	0.52	0.46	0.650
Boyun Eğici Yaklaşım (BEY)	31	2.37	0.58	2.35	0.57	0.16	0.880
Sosyal Destek Arama (SDA)	31	2.60	0.55	2.76	0.57	1.30	0.200

Kontrol grubu hasta yakınlarının eğitim öncesi(ön test) ve eğitim sonrası (son test) S.B.T.Ö. alt ölçek puan ortalamaları Tablo 18'de görülmektedir. Kontrol grubu hasta yakınlarının ön test S.B.T.Ö. KGY alt ölçeği puan ortalaması 2.12 ± 0.54 , İY alt ölçeği puan ortalaması 2.79 ± 0.48 , ÇY alt ölçeği puan ortalaması 3.10 ± 0.54 , BEY alt ölçeği

puan ortalaması 2.37 ± 0.58 , SDA alt ölçeği puan ortalaması 2.60 ± 0.55 , son test S.B.T.Ö. KGY alt ölçeği puan ortalaması 1.96 ± 0.42 , İY alt ölçeği puan ortalaması 2.77 ± 0.43 , ÇY alt ölçeği puan ortalaması 3.05 ± 0.52 , BEY alt ölçeği puan ortalaması 2.35 ± 0.57 , SDA alt ölçeği puan ortalaması 2.60 ± 0.55 'tir. Kontrol grubu hasta yakınlarının eğitim öncesi (ön test) ve eğitim sonrası (son test) S.B.T.Ö. alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark, eşleştirilmiş iki grup arasındaki farkın t testi ile aranmış ve tüm alt ölçeklerde ön test son test ilişkisi anlamsız bulunmuştur ($t_{KGY} = 1.43$, $t_{İY} = 0.17$, $t_{ÇY} = 0.46$, $t_{BEY} = 0.16$, $t_{SDA} = 1.30$ $p > 0.05$).



Grafik 13: Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi (Ön Test) ve Eğitim Sonrası (Son Test) Stresle Başetme Tazları Ölçeği (SBTÖ) Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1. DENEY VE KONTROL GRUBU HASTA YAKINLARINA İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

Bu bölümde deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri tanıtılmıştır. Bu sosyodemografik özellikler deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının yaşları, cinsiyetleri, medeni durumu, hastaya yakınlık durumu, eğitim durumu, mesleki durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvencesi, en uzun yaşadıkları yerleşim birimi ve hastalarının hastalık süresini kapsamaktadır.

Tablo 1’de görüldüğü gibi deney grubundaki hasta yakınlarının %35.5’i 40-49, %35.5’i 50- 59 yaş grubunda yer almaktadır (Grafik 1). Deney grubundaki hasta yakınları 20 ile 68 yaşları arasında olup, yaş ortalaması $X= 45.87\pm 12.66$ ’dır. Kontrol grubundaki hasta yakınlarının %38.7’si 50-59, %22.7’si 40-49 yaş grubunda yer almaktadır (Grafik 2). Kontrol grubundaki hasta yakınları 20 ile 63 yaşları arasında olup, yaş ortalaması $X = 43.96\pm 12.19$ ’dur . Buna göre deney ve kontrol grubundaki hasta yakınlarının geç yetişkinlik döneminde olduğu söylenebilir. Yaş ortalamasının yüksek olmasının, her iki grupta da anne (%22.6), baba (%35.5) ve eş (%16.1) rolündeki hasta yakınlarının daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yaş grubu bakımından deney ve kontrol grubu hasta yakınları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($X= 25.12, P> 0.05$).

Deney grubundaki hasta yakınlarının %54.8’i kadın, %45.2’si erkek, kontrol grubundaki hasta yakınlarının ise, %51.6’sı kadın, %48.4’ü erkek olarak bulunmuştur (Grafik 3, Grafik 4). Cinsiyet bakımından deney ve kontrol grubu hasta yakınları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($X= 0.027, P> 0.05$) (Tablo1).

Akkuş'un çalışmasında (2000) kronik psikiyatrik hastaların 30 bakım vericisinden oluşan örneklemin %60'ının kadın,%12'sinin erkek, Tel'in (1999) çalışmasında, örneklemini oluşturan 60 şizofren hastanın bakım vericisinin % 63'ünün kadın olduğu belirtilmiş olup (3,98), araştırmamızın bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının medeni durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında; her iki gruptaki hasta yakınlarının medeni durum dağılımı eşit oranlarda olup, büyük bir çoğunluğu (%80.6) evlidir (Grafik 5, Grafik 6). Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının medeni durumları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($X= 1.786, p> 0.05$) (Tablo1).

Araştırma sonuçlarına göre; deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının hastaya olan yakınlık derecesi dağılımı eşit oranlarda olup, %58.1'i hastanın ebeveyni, %16.1'i eşi, %12.9'u kardeşi ve %12.9'u da hastanın çocuğu rolündedir (Tablo1).

Akkuş(2000)'un çalışmasında 30 kronik psikiyatrik hastanın 30 bakım vericisinin %30 oranında ebeveynlerden oluştuğu belirtilmiştir (3). Tel(1999)'in çalışmasında da örneklemini oluşturan 60 şizofren hastanın bakım vericisinin %33.0'ının hastanın ebeveyni rolünde olduğu belirtilmiştir(98). Howard (1998) şizofreni hastalarının bakım sorumluluğunu genellikle (%88) ebeveynlerin üstlendiğini, ebeveynlerin de %67'sini kadınların oluşturduğunu, hastaların bakımını çoğunlukla annelerin üstlendiğini belirtmiştir (52). Bu sonuçlar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının mesleki durumları incelendiğinde; deney grubu hasta yakınlarının yarısına yakını(%38.7) ev hanımı ve memur(%29.0) grubunda yer alırken, kontrol grubundaki hasta yakınlarının

%22.6'sı memur ve ev hanımı, %22.6'sı da emeklidir. Deney grubundaki hasta yakınlarının %67.7'si, kontrol grubundaki hasta yakınlarının %51.5'i herhangi bir işte çalışmadıklarını belirtmiştir (Tablo 1).

Son dönemde ülkemizde yaşanan ekonomik kriz nedeniyle işten çıkartmaların artmasının ve her iki gruptaki eğitim düzeyinin düşük olmasının bu sonucun oluşmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının gelir durumu dağılımı eşit oranlarda olup, her iki gruptaki hasta yakınlarının büyük bir çoğunluğu (%74.2) gelirlerinin gidere göre dengeli olduğunu ifade etmiştir (Tablo 1).

Deney grubundaki hasta yakınlarının %45.1'i, kontrol grubundaki hasta yakınlarının ise %67.7'si emekli sandığına bağlı olup, deney grubundaki hasta yakınlarının %6.5'inin herhangi bir kurumdan sosyal güvencesi bulunmazken, kontrol grubunda sosyal güvencesi olmayan yoktur (Tablo 1).

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının en uzun yaşadıkları yerleşim birimlerine göre dağılımı incelendiğinde; deney grubu hasta yakınlarının yarısına yakını(%48.4), kontrol grubu hasta yakınlarının ise yarısından fazlası(%54.8) en uzun süre yaşadıkları yerleşim birimini şehir olarak belirtmiştir (Tablo 1).

Arkar ve ark. (1996)'nın "Türkiye'de Hospitalize Edilmiş Ruh Hastasına Sahip Olan Ailelerin Hastalıktan Etkilenme Durumları"nı inceledikleri çalışmalarında, hasta yakınlarının büyük bir bölümü, yaşamlarının önemli bir kısmını kentsel alanda geçirdikleri belirtilirken, az sayıda hasta yakını ise kırsal ortamda geçirdiklerini söylemişlerdir (9). Bu bulgu araştırma bulgumuzla paralellik göstermekte olup, ülkemizde ruhsal hastalıkların tedavi edildiği kurum ve kuruluşların daha çok şehir merkezlerinde bulunmasının ve hasta yakınlarının bu kurum ve kuruluşlara ulaşımın

daha kolay olması nedeniyle, şehir merkezlerinde ikamet etmeyi tercih etmelerinin bu sonucun oluşmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Deney grubu hasta yakınlarının hastalarının çoğunluğu (%45.2) 2-5 yıl gibi bir süredir hasta iken, kontrol grubu hasta yakınlarının hastalarının yarısından azı (%38.7) 6-10 yıldır hastadır (Tablo 1).

4.2. DENEY VE KONTROL GRUBU HASTA YAKINLARININ HASTALIKTAN ETKİLENME DURUMLARI VE BAŞETME ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN VERİLERİN İNCELENMESİ

Tablo 2’de araştırmaya katılım gösteren deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının hastalıktan etkilenme durumları ve başetme özellikleri incelenmiştir.

Araştırma kapsamında yer alan deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının tamamı (%100.0) hastalıktan etkilendiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 2).

Ağır ruhsal bozukluğu olan bireyler bir kurumdan ziyade, evde yaşadıklarında ruhsal hastalık önemli bir aile sorunu olmakta ve diğer aile üyelerinin hem fiziksel hem de ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Ağır bir ruhsal bozukluk aile üyeleri için büyük bir yük ve stres kaynağıdır. Aile işlevleri, aile içi ilişkiler ve aile içinde paylaşılan roller bu durumdan oldukça fazla etkilenerek, ailenin bir takım sorunlar yaşamasına yol açabilir (17,27,32). Bu bilgiler ışığında araştırmamızda çıkan sonucun beklenen bir sonuç olduğu ve bulgumuzu desteklediği söylenebilir.

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının hastalıktan etkilenme şekilleri incelendiğinde; deney grubu hasta yakınlarının büyük bir çoğunluğu(%64.5) ve kontrol grubundaki hasta yakınlarının bir kısmı(%38.7) hastalık nedeniyle aile, iş ve sosyal çevreleri ile olan ilişkilerinde bozulma yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 2).

Psikiyatrik hastaların ailelerinin işlevleri ve işleyişinin bozulduğu, ailelerin hastalık nedeniyle değişik sorunlar yaşadığı ve en sık yaşanan sorunlardan birinin araştırmamızda saptanan şekliyle aile, iş ve sosyal çevre ile olan iletişim ve etkileşimde bozulma olduğu ilgili literatürde de belirtilmektedir (32,35,45).

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının başatme özellikleri incelendiğinde; deney grubu hasta yakınlarının %61.3'ü, kontrol grubu hasta yakınlarının ise %71.0'ı tıp dışı yöntemlere başvurduklarını belirtmişlerdir (Tablo 2).

Maner (1989) yaptığı çalışmada ruhsal sorunu olan bireylerin %20'sinin yakınlarının tıp dışı yöntemlere başvurduklarını belirtilmektedir (71). Polat(1990), Gürhan(1995) ve Yılmaz(1998) tarafından ruh hastalarının aileleri ile yapılan üç ayrı çalışmada da, hasta yakınlarının yarısından fazlasının bilimsel dayanağı olmayan alternatif tedavi yöntemlerine başvurdukları belirtilmiş olup, tüm araştırma sonuçları bulgularımızı destekler niteliktedir(47,89).

Ülkemizde ruhsal sorunların bilimsel dayanağı olmayan alternatif tedavi yöntemleriyle iyileştirilmeye çalışılması, tıbbi tedavi etkinliğini olumsuz yönde etkileyen etmenlerden biridir. Günümüz Türkiye'sinde alternatif tedavi yöntemlerine bu kadar yüksek oranda başvurulması dikkat çekicidir. Ayrıca araştırmaların üç büyük şehirden ikisinde yapıldığı düşünülürse, genel Türkiye ortalamasında bu oranın çok daha yüksek olacağı tahmin edilmektedir. Hasta yakınlarının yoğun olarak yaşadıkları çaresizlik ve ümitsizlik duygusunun, bu tür tıp dışı yöntemlere yönelmelerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Tıp dışı yöntemlere başvuran deney grubu hasta yakınlarının yarısından fazlası (%58.0), kontrol grubu hasta yakınlarının ise çoğunluğu(%61.3) tıp dışı yöntem kullanmada, en sıklıkla hacı-hocaya gittiklerini ifade etmişlerdir(Tablo2).

Hasta yakınlarının yaşadıkları güçlüklerle nasıl başettikleri kendi beden ve ruh sağlıklarını korumaları ve hastalarına doğru yaklaşım göstermeleri açısından önemlidir. Bazı aileler yaşadıkları zorluklarla başetmede yetersiz kalırken, bazı aileler yaşadıkları zorlukların üstesinden kolayca gelebilir. Hasta yakınlarının tepkileri ve başetmeleri zaman sürecinde de değişiklik gösterebilir. Araştırma kapsamına alınan deney grubu hasta yakınlarının yarısından fazlası(%58.0) ve yine kontrol grubu hasta yakınlarının da yarısından fazlası (%54.8) hastalık sürecinde yaşadıkları güçlüklerle iyi baş ettiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 2).

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarına sıkıntılı olduklarında neler yaptıkları sorulduğunda; deney grubu hasta yakınlarının %59.1'i, kontrol grubu hasta yakınlarının ise %64.5'i "kendisine yakın kişilerle konuşmayı tercih ettiklerini", her iki grupta yine birbirlerine benzer oranlarda "ağladıklarını" belirtmiştir (Tablo 2).

Bu bulgular, kronik bir hastalığı olan üyeye sahip ailelerin tepkilerini inceleyen literatürde gösterildiği üzere, ailenin hastalığa ve hastaya karşı sevgi yanında öfke hissettiği, ümitsizlik ve üzüntü gibi duygular yaşadığı ve bu duyguları güvendikleri kişilerle paylaştığı yönündeki açıklamalarla uyumluluk göstermektedir(17,39,44). Ayrıca, her iki grupta da sıkıntılı bir durum karşısında ağladıklarını ifade eden hasta yakınlarının, hastalıktan kaynaklanan sorunlarla etkili başedemedikleri düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının hastaları ile ilgili sorumluluklarda diğer aile üyeleri ve çevreden sosyal destek alma durumları incelendiğinde; deney grubu hasta yakınlarının yarısına yakını (%38.7) ve kontrol grubu hasta yakınlarının yarısından fazlası (%58.1) herhangi bir sosyal desteklerinin olmadığını, deney grubu hasta yakınlarının %29.0'ı ve kontrol grubu hasta yakınlarının

da %25.8'i hastaları ile ilgili sorumluluklarda diğer aile üyeleri ve çevreden az miktarda sosyal destek aldıklarını ifade etmiştir(Tablo 2).

İlgili literatürde kronik bir psikiyatrik hastalığı olan hasta yakınlarının hastalarının tedavi ve bakımı ile ilgili sorumluluk alma konusunda genellikle yalnız kaldıkları ve sosyal desteklerinin yetersiz olduğu yönünde var olan bilgiler, araştırmamızda elde edilen bu bulguyu destekler niteliktedir (47,58,98).

4.3. DENEY VE KONTROL GRUBU HASTA YAKINLARININ HASTALARINA VERDİKLERİ BAKIMDAN KENDİLERİNİN VE HASTALARIN MEMNUN OLMA DURUMLARININ İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının hastanın bakımını tek başına üstlenme durumu incelendiğinde ; deney grubu hasta yakınlarının %61.3'ü kontrol grubu hasta yakınlarının ise %41.9'u hastalarına verdikleri bakımda diğer aile üyelerinden destek aldıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 3).

Akkuş(2000) ailelerinde kronik psikiyatrik hastalığı olan hasta yakınlarının sosyal destek özelliklerini incelediği çalışmasında hasta yakınlarının %93.3'ünün sosyal destek aldıklarını bulmuştur. Çalışmada hasta yakınlarına pratik destek sağlayanların %84.6'sını birlikte yaşadıkları aile üyeleri oluşturmuştur (3). Duman(2003)'nın çalışmasında da araştırma ve kontrol grubundaki hasta yakınlarının çoğunluğunun (%73.3) yalnızca hastanın sorumluluğunu yüklediği ve hastaları ile ilgili bu sorumluluklarda daha çok diğer aile üyelerinden destek aldıklarını ifade ettikleri bulunmuştur(30). Tel (1999)'in çalışmasında ise, hasta yakınlarının akraba ve komşulardan oldukça az destek aldıkları bulunmuştur(98).

Bireye yakın çevresinin sağladığı sosyal desteğin stres yaşantısına karşı tampon görevi yaparak bireyin dayanma gücünü arttırdığı, başatme çabalarını desteklediği belirtilmektedir(46).

Bu bulgular örnekleminizdeki hastaların sorumluluğunun diğere aile üyeleri arasında paylaşıldığını ve birbirlerinden yeterli destek alabildiklerini göstermektedir. Bu bulgu daha önce Tablo 2’de gösterildiği gibi; deney grubu hasta yakınlarının %58.0’ı ve kontrol grubu hasta yakınlarının %54.8’inin hastalık sürecinde yaşadıkları güçlüklerle iyi başettikleri bulgusu ile de paralellik göstermektedir.

Deney grubu hasta yakınlarının %35.5’inin, kontrol grubu hasta yakınlarının ise %32.3’ünün hasta bir aile üyesi ile sürekli yaşamaktan dolayı hiç memnun olmadığını ifade ettikleri belirlenmiştir(Tablo 3).

Maner ve ark.(1989) çalışmasında, ruhsal sorunu olan bireylerin yakınlarının %28.6 oranında “bıkkınlık hissediyorum” yanıtını verdiğini belirtirken, Gürhan (1991) tarafından yapılan çalışmada ise, ailelerin ruhsal hastaya ve hastalığa karşı hoşgörülerinin azaldığı belirtilmektedir(48,71). İncebük(1983)’ün çalışmasında da ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinde, bıkkınlık, huzursuzluk ve hastayı reddetme olduğu belirtilmektedir(56). Bu bulgular araştırmamızda saptanan bulguyu destekler niteliktedir.

Deney grubu hasta yakınlarının bakım verdikleri hastalarının çoğunluğu (%74.2), kontrol grubu hasta yakınlarının bakım verdikleri hastalarının ise büyük bir çoğunluğu (%87.1) aldıkları bu bakımdan memnun olduklarını belirtmiştir(Tablo 3).

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının hastasına verdiği ilgi ve destekten memnun olma durumları incelendiğinde; hem deney hem de kontrol grubu hasta yakınlarının tamamına yakını(%93.5) hastalarına gösterdikleri ilgi ve destekten memnun olduklarını ifade etmiştir(Tablo3).

4.4. DENEY VE KONTROL GRUBU HASTA YAKINLARININ SAĞLIK PERSONELİ İLE İLGİLİ BEKLENTİ VE MEMNUNİYETLERİNİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının sağlık personeli ile ilgili beklenti ve memnuniyetleri Tablo 4’de gösterilmiştir. Deney grubu hasta yakınlarının %32.2’si, kontrol grubu hasta yakınlarının %25.8’i sağlık personelinin kendilerine karşı güler yüzlü ve hoşgörülü olmalarını beklediklerini ve deney grubu hasta yakınlarının %22.5’i ve kontrol grubu hasta yakınlarının %29.0’ı sağlık personelinin kendilerine hastalık ve tedavisine yönelik bilgi vermelerini beklediklerini ifade etmiştir. Bu sonuç araştırma amacımızı destekler niteliktedir.

Deney grubu hasta yakınlarının yarısından fazlası (%58.6), kontrol grubu hasta yakınlarının ise yarısı(%51.6) sağlık personelinin beklentilerinin kısmen karşılandığını ifade etmiştir. Deney grubu hasta yakınlarının sağlık personelinin beklentilerinin karşılanma oranı %35.5 iken, kontrol grubunda bu oran %41.9 olarak bulunmuştur (Tablo 4).

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının, hastalığa yönelik olarak aldıkları hizmette en çok memnun olduğu sağlık personeline göre dağılımı incelendiğinde; hem deney hem de kontrol grubu hasta yakınlarının yarısına yakınının (%48.4) hastanın hekiminden, deney grubu hasta yakınlarının %19.4’ünün,

kontrol grubu hasta yakınlarının ise %16.1'inin hastanın hemşiresinden daha çok memnun olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Son yıllarda organik psikiyatri ve psikofarmakolojideki gelişmelere paralel olarak, şizofrenik bozuklukların tedavisinde yoğun olarak kullanılmaya başlanan antipsikotiklerin, sadece hekimler tarafından reçete ediliyor olması nedeniyle, hasta yakınlarının daha çok hekimlerle iletişim içinde olmasının bu sonucun oluşmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, gerek alanda yetişmiş uzman psikiyatri hemşirelerinin sayısının az olması, gerekse kliniklerde çalışan hemşirelerin hastanın tedavi ve bakımı dışındaki iş yükünün yoğunluğu nedeniyle, hasta yakınlarına yönelik eğitim ve iletişim gibi psikiyatri hemşireliğine ait uygulamaları yerine getirememelerinin de, bu sonucun oluşmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

4.5. DENEY VE KONTROL GRUBU HASTA YAKINLARININ HASTALIĞA BAĞLI AİLE İÇİ YAŞAM VE İLİŞKİLERDE KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan hasta yakınlarının hastalığa bağlı olarak aile içi yaşam ve ilişkilerinde karşılaştıkları sorunlar Tablo 5'de incelenmiştir. Deney grubu hasta yakınlarının %54.8'i aile üyeleri arasındaki ilişkilerde bir bozukluk ve sorun yaşarken, kontrol grubundaki hasta yakınlarının %48.4'ü hastalarının ve kendilerinin geleceğine ilişkin bir kaygı yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Bireyi, ailesini ve sosyal çevresini etkileyen en önemli durumlardan bir tanesi hastalıktır. Aile içinde bir üyenin sağlıksız olması tüm aile üyelerinde bazı sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Özellikle ağır ruhsal bozukluklar aile içi yaşam ve ilişkileri olumsuz yönde etkilemekte ve aile işlevlerini sağlıksızlaştırmaktadır. Klinik gözlemlerde ailelerin en sık yaşadıkları sorun olarak, "aile üyeleri arasındaki ilişkilerde

ve etkileşimde bozulma” belirtilmektedir. Ayrıca, hasta yakınlarının yaşam süreci içinde hastalığın kendilerini ve hastalarını nasıl etkileyeceği konusunda belirsizlikler yaşadığı ve endişe duydukları ilgili literatürde belirtilmektedir(40,55,81). Bu bilgiler araştırmamızda çıkan sonuçla benzerlik göstermektedir.

4.6. DENEY GRUBU HASTA YAKINLARININ PSİKOEĞİTİM GRUBU İLE İLGİLİ BEKLENTİLERİNİN İNCELENMESİ

Aileyi hastalığa neden olan bir olgu olarak değil, hastalık ve onun getirdiği güçlüklerle başedebilecek ve tedaviye katkısı olabilecek bir olgu olarak gören yaklaşımlar, ruh sağlığı ekibine aile ile çalışma ve güçlüklerini tanıma fırsatı vermektedir (45,47,101).

Şizofrenik bozuklukların tedavisinde de hasta, aile ve tedavi ekibinin işbirliği içinde olması, tedavi etkinliğini arttıran önemli bir girişimdir. Hasta ve ailesinin hastalığa uyumu ve kendi gereksinimlerini karşılayacak duruma gelmesini sağlamak için etkili bir eğitim programı planlanması ve uygulanması, bu işbirliği anlayışı içinde ayrı bir öneme sahiptir (56,58).

Aileye yönelik programlarda vurgulanan en önemli yaklaşımlardan biri aile üyelerinin hasta hakkındaki kaygılarını azaltmak, kendilerine güvenlerini ve hastalık hakkındaki bilgilerini arttırarak aile içindeki dengeyi sağlamak amacıyla yapılan psikoeğitim gruplarıdır(107,111).

Tablo 6’da deney grubu hasta yakınlarının katıldıkları psikoeğitim grubu ile ilgili beklentileri incelenmiştir. Hasta yakınlarına daha önce bir psikoeğitim grubuna katılıp katılmadıkları sorulduğunda, yarısından fazlası(%58.1) daha önce bu tip bir eğitim grubuna katılmadıklarını ifade etmişlerdir.

Hasta yakınlarının psikoeğitim programına yönelik beklentileri incelendiğinde; büyük bir çoğunluğu (%71.0) şizofrenik bozukluk ve tedavisi hakkında bilgi edinebilmek amacıyla böyle bir programa katılmak istediklerini belirtmiştir. Hasta yakınlarının %12.9'u hastalığa ilişkin sorunlarla başetmek ve kendi ruh sağlığını koruma yollarını öğrenmek, %6.5'i hastasına ve diğer şizofreni hastalarına yönelik bakımda kendilerini geliştirmek beklentisiyle eğitim programına katılmayı kabul ettiklerini belirtmiştir(Tablo 6).

Hasta yakınlarının psikoeğitimin yarar sağlayacağı konulara ilişkin beklentilerine göre dağılımı incelendiğinde; yarısına yakınının(%41.8) şizofrenik bozukluk ve tedavisi konusundaki psikoeğitim programının yararlı olacağını düşündükleri saptanmıştır. Hasta yakınlarının, hastasının bakımında kendini geliştirme ve hasta ile iyi bir iletişim kurmaya yönelik beklenti oranları eşit(%19.4) olup, %9.7'sinin ise bu konuya ilişkin beklentisini ifade etmediği görülmektedir (Tablo 6).

4.7. DENEY VE KONTROL GRUBU HASTA YAKINLARININ EĞİTİM ÖNCESİ ŞİZOFERENİK BOZUKLUK HAKKINDAKİ BİLGİ DEĞERLENDİRME FORMU, AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (A.D.Ö.) VE STRESLE BAŞETME TARZLARI ÖLÇEĞİ (S.B.T.Ö.) PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ (ÖN TEST)

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi düzeylerini, aile işlevlerini ve stresle başetme tarzlarını belirlemek amacıyla, şizofrenik bozukluklara yönelik psikoeğitim programı uygulanmadan önce, her iki gruba aynı ölçekler ön test olarak uygulanmıştır.

4.7.1. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi Şizofrenik Bozukluk Hakkındaki Bilgi Değerlendirme Formu Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Psikoeğitim programı uygulanmadan önce, hasta yakınlarının şizofrenik bozukluklar hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla, her iki gruba bilgi değerlendirme formu uygulanmıştır.

Deney grubu hasta yakınlarının eğitim öncesi şizofrenik bozukluk hakkında bilgi değerlendirme formu puan ortalaması 2.81 ± 1.56 , kontrol grubu hasta yakınlarının puan ortalaması 2.52 ± 1.34 olarak bulunmuştur (Tablo 7). Yapılan analizde deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının ön test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t = 0.787, P > 0.05$).

4.7.2. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi Aile Değerlendirme Ölçeği (A.D.Ö.) Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Eğitim öncesinde hasta yakınlarının aile işlevlerini değerlendirmek amacıyla, her iki gruba A.D.Ö. uygulanmıştır.

Tablo 8 incelendiğinde; deney grubu hasta yakınlarının eğitim öncesi A.D.Ö. puan ortalamasının (2.41 ± 0.30), kontrol grubu hasta yakınlarının puan ortalamasından (2.28 ± 0.28) daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak yapılan analizde deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının ön test puan ortalamaları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t = 1.742, P > 0.05$).

4.7.3. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi Stresle Başetme Tarzları Ölçeği (S.B.T.Ö.) Alt Ölçek Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Eğitim öncesinde, hasta yakınlarının stresle başetme tarzlarını belirlemek amacıyla, her iki gruba Stresle Başetme Tarzları Ölçeği (S.B.T.Ö.) uygulanmıştır.

Tablo 9 incelendiğinde; deney grubu hasta yakınlarının ön test S.B.T.Ö. KGY alt ölçeği puan ortalaması 1.93 ± 0.51 , İY alt ölçeği puan ortalaması 2.71 ± 0.48 , ÇY alt ölçeği puan ortalaması 3.10 ± 0.68 , BEY alt ölçeği puan ortalaması 2.23 ± 0.57 , SDA alt ölçeği puan ortalaması 2.71 ± 0.58 , Kontrol grubu hasta yakınlarının ön test S.B.T.Ö. KGY alt ölçeği puan ortalaması 2.12 ± 0.54 , İY alt ölçeği puan ortalaması 2.79 ± 0.48 , ÇY alt ölçeği puan ortalaması 3.10 ± 0.54 , BEY alt ölçeği puan ortalaması 2.37 ± 0.58 , SDA alt ölçeği puan ortalaması 2.60 ± 0.55 olduğu görülmektedir. Deney ve Kontrol grubu hasta yakınlarının ön test S.B.T.Ö. alt ölçek puan ortalamaları arasında yapılan istatistiksel analizde her iki grup arasındaki fark anlamsız bulunmuştur ($t_{KGY} = 1.46, t_{İY} = 0.11, t_{ÇY} = 0.48, t_{BEY} = 0.13, t_{SDA} = 1.20, p > 0.05$).

Tüm bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde; deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının, her üç ölçeğe (bilgi değerlendirme formu, A.D.Ö. ve S.B.T.Ö.) ilişkin eğitim öncesi ve eğitim sonrası puan ortalamaları arasında fark olmadığı görülmektedir. Bu sonuca göre, her iki grubun homojen dağılım gösterdiği, şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi düzeylerinin yetersiz, aile işlevlerinin sağlıksızlık sınırında olduğu, karşılaştıkları zorluklar ve streslerle etkili başedemedikleri söylenebilir. Bu sonuç araştırmanın başlangıcında belirlenen hipotezlerle uyumlu görünmektedir.

4.8. DENEY VE KONTROL GRUBU HASTA YAKINLARININ EĞİTİM SONRASI ŞİZOFRENİK BOZUKLUK HAKKINDAKİ BİLGİ DEĞERLENDİRME FORMU, AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (A.D.Ö.) VE STRESLE BAŞETME TARZLARI ÖLÇEĞİ (S.B.T.Ö.) PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ (SON TEST)

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi düzeylerini, aile işlevlerini ve stresle başetme tarzlarını belirlemek amacıyla, şizofrenik bozukluklara yönelik psikoeğitim programı uygulandıktan sonra, her iki gruba aynı ölçekler son test olarak uygulanmıştır.

4.8.1. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Sonrası Şizofrenik Bozukluk Hakkındaki Bilgi Değerlendirme Formu Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Psikoeğitim programı uygulandıktan sonra, hasta yakınlarının şizofrenik bozukluklar hakkındaki bilgi düzeylerinde değişiklik olup olmadığını belirlemek amacıyla, her iki gruba bilgi değerlendirme formu tekrar uygulanmıştır.

Deney grubu hasta yakınlarının eğitim sonrası şizofrenik bozukluk hakkında bilgi değerlendirme formu puan ortalaması 14.23 ± 2.40 , kontrol grubu hasta yakınlarının puan

ortalaması ise 2.84 ± 1.50 olarak bulunmuştur (Tablo 10, Grafik 7). Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının son test puan ortalamaları arasındaki bu fark istatistiksel olarak oldukça anlamlı bulunmuştur ($t = 22.430, P < 0.001$).

Tablo 10'da, deney grubu hasta yakınlarına uygulanan psikoeğitim programının bilgi değerlendirme formu puan ortalamaları üzerinde oldukça etkili olduğu görülmektedir. Buna göre, uygulanan psikoeğitim programının hasta yakınlarının, hastalığı ve belirtilerini tanıma, nedenlerini bilme, hastalığa yönelik tedavi yöntemlerini ve hastalıkla ilgili yasal konuları bilme durumları üzerinde oldukça etkili olduğu söylenebilir.

Yurtsever(2002) tarafından belirtildiği gibi, Goldstein (1978), 104 şizofren hasta ailesi ile ailelerin hastalığı kabullenme ve geleceğe yönelik plan oluşturma amacıyla yaptığı 6 ay süreli kriz merkezli eğitim programı çalışmasında eğitimin, hasta yakınlarının bilgi düzeyini arttırmada ve hastaların hastalığının tekrarlamasını önlemede etkili olduğunu ($P < 0.005$), Tarrrier (1988) 83 şizofren hasta ailesi ile, hasta yakınlarının stresle başetme, problem çözme ve geleceğe yönelik hedef belirlemek amacıyla yaptığı 9 ay süreli davranışçı psikoeğitim programı uygulamasından sonra hasta yakınlarının büyük bir çoğunluğunun hastalığı, belirtilerini ve tedavi şekillerini tanıdığını, 9 ay ve 2 yıllık sürelerde eğitimin hastalığın semptomlarını ve tekrarını azalttığını ve Randolph (1994) 41 şizofren hasta ailesi ile, haftada 4 saat süreli olarak davranışçı teknikleri kullanarak yaptığı eğitim grubu çalışmasında, eğitimin 1 yıllık sürede hasta yakınlarının hastalık hakkında bilgilendiğini ve hastalık nükslerini önlediğini belirtmiş olup (111), tüm bu sonuçlar araştırma bulgumuzla benzerlik göstermektedir.

Şizofrenik bozukluklarda, hasta ve hasta yakınları arasındaki olumsuz etkileşimlerin, hastanın hastalığının nüks etmesine neden olduğu ve hastanın semptomlarının tekrarlamasının, hasta yakınlarındaki olumsuzluğu artırarak bir kısır döngü oluşturduğu düşünüldüğünde; bu kısır döngünün kırılabilmesi için, şizofrenik bozukluklara yönelik tedavide, hastanın yanı sıra aile ile işbirliği içinde olmak ayrıca önemlidir. Hastanın hastalığa uyumunu ve kendi gereksinimlerini karşılayacak duruma gelmesini sağlamada, hasta yakınlarına yönelik etkili bir eğitim programının planlanması ve uygulanması ise bu işbirliğinin en önemli parçasıdır (56,58). Bu nedenle hasta ailelerine yönelik kapsamlı, düzenli ve sürekli olarak düzenlenecek psiko eğitim gruplarının bu kısır döngüyü kırmada etkili olacağı düşünülmektedir.

4.8.2. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Sonrası Aile Değerlendirme Ölçeği (A.D.Ö.) Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Hasta yakınlarının aile işlevlerin de değişiklik olup olmadığını belirlemek amacıyla eğitim sonrasında her iki gruba A.D.Ö. tekrar uygulanmıştır.

Tablo 11 incelendiğinde; deney grubu hasta yakınlarının eğitim sonrası A.D.Ö. puan ortalamasının (1.52 ± 0.16), kontrol grubu hasta yakınlarının puan ortalamasından (2.38 ± 0.22) daha düşük olduğu görülmektedir (Grafik 7). Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının son test puan ortalamaları arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($t = 2.98, P < 0.001$).

Tablo 11'e göre, uygulanan psiko eğitim programının, hasta yakınlarının, aile içinde problem çözme, iletişim, rolleri üstlenme, duygusal tepki verebilme, birbirlerine gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolünü sağlayabilme ve genel işlevselliği değerlendirebilme alanlarında, sağlıklı aile işlevlerini yerine getirmede olumlu yönde oldukça etkili olduğu söylenebilir.

Yurtsever(2002) tarafından belirtildiği gibi, Levene (1989), 10 şizofren hasta ve ailesi ile destekleyici danışmanlık yaparak uyguladığı fokal aile terapisinin, hasta ve hasta yakınlarının topluma uyum ve sosyal işlevsellik açısından olumlu yönde bir ilerleme kaydetmesinde etkili olduğunu belirtmiş olup, bu sonuç araştırma bulgumuzla paralellik göstermektedir(111).

Fonksiyonel olan her ailenin yerine getirmekle sorumlu olduğu bazı sağlıklı işlevleri (temel işlevler; yeme, içme, barınma ve eğitim gibi, gelişimsel işlevler; ailenin gelişimsel aşamalarında ortaya çıkan sorunların çözümü, gerektiğinde kuralların ve kalıpların değiştirilmesi gibi) söz konusudur. Bazen ailedeki bu işlevlerde, hastalık, ölüm, iş kaybı, doğal afet gibi kriz durumlarında yetersizlik veya bozulma görülebilir. Şizofrenik bozukluk gibi, ağır kronik ruhsal hastalıklarda aile işlevselliğindeki bu yetersizlik ve bozulma, hasta ve hastalık sürecini de olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle, hasta ailelerine yönelik kapsamlı, düzenli ve sürekli olarak düzenlenecek psikoeğitim programlarının ailenin sağlıklı işlev görme kapasitesini olumlu yönde geliştireceği düşünülmektedir. Bu bilgiler araştırmamızda çıkan sonucu destekler nitelikte olup, deney grubu hasta yakınlarına uygulanan psikoeğitim programının sağlıklı sınırında olan aile işlevlerinin sağlıklılık sınırına doğru bir değişim göstermesinde oldukça etkili olduğu söylenebilir.

4.8.3. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Sonrası Stresle Başetme Tarzları (S.B.T.Ö.) Alt Ölçek Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Hasta yakınlarının stresle başetme tarzlarında değişiklik olup olmadığını belirlemek amacıyla, hem deney hem de kontrol grubu hasta yakınlara Stresle Başetme Tarzları Ölçeği (S.B.T.Ö.) uygulanmıştır.

Tablo 12’de görüldüğü gibi; deney grubu hasta yakınlarının eğitim sonrası S.B.T.Ö. alt ölçek puan ortalamalarının (KGY alt ölçeği puan ortalaması 1.47 0.30, İY alt ölçeği puan ortalaması 3.28±0.29, ÇY alt ölçeği puan ortalaması 3.42±0.38, BEY alt ölçeği puan ortalaması 2.14±0.25, SDA alt ölçeği puan ortalaması 2.40±0.46) Kontrol grubu hasta yakınlarının son test S.B.T.Ö. alt ölçek puan ortalamaları (KGY alt ölçeği puan ortalaması 1.96±0.42, İY alt ölçeği puan ortalaması 2.77±0.43, ÇY alt ölçeği puan ortalaması 3.05±0.52, BEY alt ölçeği puan ortalaması 2.35±0.57, SDA alt ölçeği puan ortalaması 2.60±0.55) ile benzer olduğu görülmektedir. Yapılan analizde de deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının eğitim sonrası puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t_{KGY}= 1.55$, $t_{İY}= 0.25$, $t_{ÇY}= 0.46$, $t_{BEY}= 0.20$, $t_{SDA}= 1.32$, $p > 0.05$).

Şizofreni gibi ağır ruhsal bozukluklar, bütün aile üyelerini olumsuz yönde etkileyen ve başedilmesi zor kriz durumlarıdır. Her ailenin, bu tür kriz durumlarına yönelik başetme tarzları birbirinden farklı olabilir. Ayrıca, ailelerin bu kriz durumlarına ilişkin tepkileri ve baş etme stratejileri de zaman sürecine bağlı olarak değişiklik gösterip; yeni bir başetme stratejisi geliştirmeye yönelik davranış değişikliğini oluşturmaları, bazen çok uzun zaman alabilir. Konuyla ilgili literatürde, şizofreni hastası olan ailelerde, hastalıkla etkili başetme tarzlarını geliştirmede, ruhsal hastalık hakkındaki bilgi edinmenin önemli olduğu vurgulanmasına karşın (42), deney ve

kontrol grubu hasta yakınlarının, eğitim sonrası S.B.T.Ö. puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamasının, stresle başetme tarzları bakımından aileler arasında görülebilen farklılıktan ve iki uygulama (ön test-son test) arasındaki sürenin kısa olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca, örneklemimizi oluşturan deney ve kontrol grubu hasta yakını sayısının sınırlı olmasının da, bu sonucun oluşmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

4.9. DENEY VE KONTROL GRUBU HASTA YAKINLARININ EĞİTİM ÖNCESİ (ÖN TEST) VE EĞİTİM SONRASI (SON TEST) ŞİZOFERENİK BOZUKLUK HAKKINDAKİ BİLGİ DEĞERLENDİRME FORMU, AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (A.D.Ö.) VE STRESLE BAŞETME TARZLARI ÖLÇEĞİ (S.B.T.Ö.) PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ (SON TEST)

4.9.1. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi (Ön Test) ve Eğitim Sonrası (Son Test) Şizofrenik Bozukluk Hakkındaki Bilgi Değerlendirme Formu Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının ön test ve son testte, şizofrenik bozukluk hakkında bilgilerin yer aldığı formdan elde edilen puan ortalamaları Tablo 13'de incelenmiştir. Deney grubu hasta yakınlarının eğitim programından sonra, son test puan ortalamalarında ön teste göre oldukça önemli bir artış olduğu görülmektedir (Grafik 8). Deney grubu hasta yakınlarının ön test son test bilgi değerlendirme formu puan ortalamaları arasındaki bu fark istatistiksel olarak oldukça anlamlı bulunmuştur ($t = 25.85, P < 0.001$).

Eğitim programına dahil olmayan kontrol grubu hasta yakınlarının son test bilgi değerlendirme formu puan ortalamaları ile ön test puan ortalamaları arasında benzerlik görülmektedir. Kontrol grubu hasta yakınlarının bilgi değerlendirme formu ön test - son

test puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = 1.33, P < 0.05$).

Yurtsever (1999), “Bipolar Bozukluğu Olan Hasta ve Ailelerinin Ele Alınışında Yapılandırılmış Psikoeğitimsel Yaklaşımlar” konulu çalışmasında, deney grubu hasta yakınlarının ön test puan ortalamalarının son test puan ortalamalarından daha yüksek olduğunu ve ön test- son test puan ortalamaları arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bulmuştur (111). Bu bulgu araştırma sonucumuzla paralellik göstermektedir.

Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, uygulanan psikoeğitim programının hasta yakınlarının şizofrenik bozukluklara ilişkin bilgi düzeyi üzerinde oldukça etkili olduğu söylenebilir. Bu sonuç aynı zamanda araştırmamızın genel hipotezinin bilgi düzeyleri açısından gerçekleştiğini göstermektedir.

4.9.2. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi (Ön Test) ve Eğitim Sonrası (Son Test) Aile Değerlendirme Ölçeği (A.D.Ö.) Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının ön test ve son test, A.D.Ö. puan ortalamaları Tablo 14’de incelenmiştir. Deney grubu hasta yakınlarının A.D.Ö. puan ortalamaları ön testte 2.41 ± 0.30 , son testte 1.52 ± 0.16 olarak bulunmuştur (Grafik 9). Hasta yakınlarının ön test son test A.D.Ö. puan ortalamaları arasındaki bu fark istatistiksel olarak oldukça anlamlıdır ($t=3.18, P < 0.005$). Deney grubu hasta yakınlarının eğitim öncesi ve sonrası A.D.Ö. alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde ise; tüm alt ölçek (problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, birbirlerine gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevleri değerlendirebilme) son test puan ortalamalarının, ön test puan ortalamalarından daha düşük olduğu

görülmektedir (Tablo 15, Grafik 10). Yapılan analizde ön test- son test A.D.Ö. alt ölçek puan ortalamaları arasındaki bu fark anlamlı bulunmuştur ($t_{DTV} = 2.56$ $P < 0.05$, $t_{PÇ} = 3.02$ $P < 0.01$, $t_I = 4.23$, $t_R = 5.67$, $t_{GIG} = 5.98$, $t_{DK} = 5.59$, $t_{GI} = 5.59$ $P < 0.001$).

Problem çözme alt boyutundan bakıldığında, deney grubu hasta yakınlarının problem çözme son test puan ortalamasının ön test puan ortalamasına oranla daha düşük olduğu, ortalamalar arasındaki farkında istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($t_{PÇ} = 3.02$, $P < 0.01$) (Tablo 15, Grafik 10). Bu sonuç, hasta yakınlarının eğitim öncesine göre maddi ve manevi problemlere daha rahat çözüm bulmaya başladığını, uygulanan psikoeğitim programının aile üyelerinin problem çözme becerisinde olumlu yönde bir değişiklik oluşturduğunu düşündürmektedir.

İletişim, insan ilişkilerini düzenleyen çok önemli bir süreçtir. İletişim, kişiler arasında yer alan düşünce ve duygu alış verişini dile getiren bir terimdir. Böylece iletişim toplumsal bir varlık olan insanoğlunun yaşantısının kaçınılmaz bir boyutunu oluşturur. İletişimde başarılı olan genellikle kendisine güvenen, saygılı, işbirliği ve paylaşmaya istekli, çözüm arayıcı kişilerdir (45,81,86).

Bir çok ailede değişen düzeyde iletişim sorunları yaşanır. Bunlar sözel ve sözel olmayan iletişim sorunlarıdır. Ailenin iletişiminde niceliksel zorluklar olabilir. Bazı ailelerde iletişim miktarı yetersizken, bazılarında ise iletişime olanak vermeyecek ölçüde hızlıdır (20).

Şizofreni gibi ağır ruhsal bozukluklar ailede varolan iletişim şeklini olumsuz yönde etkileyebilir, hastalık nedeniyle iletişimdeki sağlıklı düzey sağlıksız sınıra doğru bir değişim gösterebilir.

İletişim işlevleri açısından hasta yakınlarının ön test- son test puan ortalamaları incelendiğinde; hasta yakınlarının İletişim alt ölçeği son test puan ortalamaları, ön test puan ortalamalarından daha düşük olup, eğitim öncesinde sağlıksızlık sınırına daha yakın iken, eğitim sonrasında sağlıklık sınırına doğru bir değişim gösterdiği saptanmıştır. Ön test- son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($t = 4.23$, $P < 0.001$) (Tablo 15, Grafik 10). Bu sonuca göre, hasta yakınlarına uygulanan psikoeğitim programının A.D.Ö. iletişim alt boyutunda etkili olduğu ve sağlıklı aile işlevlerinin oluşmasında, aile üyeleri için en önemli fonksiyonlardan biri olan iletişim görevini daha sağlıklı bir şekilde yerine getirmeye başladığı söylenebilir.

Roller ile ilgili alt boyut, görevlerin belirgin ve eşit olarak üyelere dağılımı ile aile üyeleri tarafından sorumlu bir şekilde yerine getirilip getirilmemesini ve ailenin kaynaklarının kullanımını, bakıp büyütme, destekleme ve kişisel gelişimi sağlama ve aile sistemini idare etme gibi konularda davranış kalıpları geliştirip , geliştirmedini kapsamaktadır. Bu konuda işlevsel bir aile çocukların ve ebeveynin bakım, beslenme ve gelişmesini sağlayacak şekilde rollerini belirlemiş ailedir. İşlevsellik, ayrıca para, sağlık gibi konularda kural koymayı ve karar vermeyi de gerektirir (20,35,69).

A.D.Ö. roller alt ölçek puan ortalaması incelendiğinde; hasta yakınlarının A.D.Ö. roller alt ölçek son test puan ortalamalarının, ön test puan ortalamalarından daha düşük olduğu görülmektedir. Yapılan analizde de ön test- son test A.D.Ö. roller alt ölçek puan ortalamaları arasındaki bu fark anlamlı bulunmuştur ($t_R = 5.67$, $P < 0.001$) (Tablo 15, Grafik 10).

Buna göre, hasta yakınlarına uygulanan psikoeğitim programının, ailenin varolan kaynaklarını doğru bir biçimde kullanmaya başlaması , bakıp büyütme, destekleme ve

kişisel gelişimi sağlama ile aile sistemini idare etme konularında gelişim göstermesi üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

A.D.Ö. duygusal tepki verebilme alt ölçek puan ortalaması incelendiğinde; hasta yakınlarının A.D.Ö. duygusal tepki verebilme alt ölçek son test puan ortalamalarının, ön test puan ortalamalarından daha düşük olduğu görülmektedir. Yapılan analizde de ön test- son test A.D.Ö. duygusal tepki verebilme alt ölçek puan ortalamaları arasındaki bu fark anlamlı bulunmuştur ($t_{DTV} = 2.56$, $P < 0.05$) (Tablo 15, Grafik 10).

Bu sonuç, hasta yakınlarının eğitim öncesinde duygularını ağırlıklı bir şekilde söz veya hareketlerle ifade etmede sorun yaşarken, eğitim sonrasında yaşadıkları bu sorunda sağlıklılık sınırına doğru bir düzelme olduğunu düşündürmektedir.

Aile üyelerinin birbirine sevgi, ilgi ve bakım göstermelerini ifade eden “ gereken ilgiyi gösterme” işlevi açısından hasta yakınlarının son test puan ortalamaları ön test puan ortalamalarından daha düşük olarak bulunmuştur. Yapılan analizde de ön test- son test A.D.Ö. gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçek puan ortalamaları arasındaki bu fark anlamlı bulunmuştur ($t_{GIG} = 5.98$, $P < 0.001$) (Tablo 15, Grafik 10). Bu sonuca göre, hasta yakınlarına uygulanan psikoeğitim programının, aile üyelerinin birbirlerine karşı gereken sevgiyi, ilgiyi ve bakımı göstermede olumlu yönde etkilendikleri söylenebilir.

Davranış kontrolü alt boyutundan bakıldığında, deney grubu hasta yakınlarının davranış kontrolü son test puan ortalamasının ön test puan ortalamasına oranla daha düşük olduğu, ortalamalar arasındaki farkında istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($t_{DK} = 5.59$, $P < 0.001$) (Tablo 15, Grafik 10).

Bu sonuç, hasta yakınlarına uygulanan psikoeğitim programının A.D.Ö. davranış kontrolü alt boyutunda sağlıksızlık sınırından sağlıklılık sınırına doğru bir değişim

göstermesinde ve aile üyelerinin davranışlarına standart koyma ile birlikte disiplin sağlama biçimlerinde de olumlu yönde etkili olduğunu düşündürmektedir.

Genel işlevler açısından hasta yakınlarının ön test- son test puan ortalamaları incelendiğinde; hasta yakınlarının genel işlevler son test puan ortalamaları, ön test puan ortalamalarından daha düşük olup, eğitim öncesinde sağlıksızlık sınırına daha yakın iken, eğitim sonrasında sağlıklarına doğru bir değişim gösterdiği saptanmıştır. Ön test- son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($t_{df=5.59}$, $P < 0.001$) (Tablo 15, Grafik 10). Bu sonuca göre, hasta yakınlarına uygulanan psikoeğitim programının A.D.Ö. genel işlevler alt boyutunda etkili olduğu ve aile işlevlerini daha sağlıklı bir şekilde yerine getirmeye başladığı söylenebilir.

Tüm bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde, hasta yakınlarına uygulanan psikoeğitim programının hem A.D.Ö. alt ölçek puan ortalamaları hem de A.D.Ö. toplam ölçek puan ortalamaları üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Buna göre, hasta ailelerine yönelik düzenlenen psikoeğitim programlarının, hasta yakınlarının aile işlevselliğini değerlendirmelerine yönelik algıları üzerinde oldukça etkili olduğu söylenebilir. Elde edilen bu bulgu doğrultusunda, psikoeğitim programı uygulaması ile hasta yakınlarının aile işlevleri ile ilgili olarak sağlıksız kabul edilen bazı alanlarda (problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, birbirlerine gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevleri değerlendirebilme) düzelme sağlanabileceği düşünülmektedir.

Gülseren (1999) tarafından kronik şizofreni tanısı konmuş bir grup hasta ailesi ile sosyometrik psikodramatik grup terapisi uygulanarak yapılan çalışmada da, terapi uygulanan hasta yakınlarının aile işlevlerinde olumlu yönde bir değişiklik olduğu belirtilmiştir ($P < 0.05$). Bu bulgu araştırma bulgumuzla benzerlik göstermektedir (46).

Kontrol grubu hasta yakınlarının A.D.Ö. puan ortalamaları ön testte 2.28 ± 0.28 , son testte 2.37 ± 0.22 olarak bulunmuştur (Grafik 9). Hasta yakınlarının ön test son test A.D.Ö. puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($t = 1.76, P > 0.05$). Kontrol grubu hasta yakınlarının eğitim öncesi ve sonrası A.D.Ö. alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde ise; roller alt ölçeği dışındaki tüm alt ölçek (problem çözme, iletişim, duygusal tepki verebilme, birbirlerine gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevleri değerlendirebilme) son test puan ortalamaları ile ön test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken, roller alt ölçeği ön test son test puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (Tablo 16, Grafik 11). ($t_{PC} = 0.06, t_I = 0.25, t_{DTV} = 0.22, t_{GIG} = 1.73, t_{DK} = 0.55, t_{GI} = 0.55, P > 0.05, t_R = 3.71, P < 0.001$).

Tüm bu sonuçlar, psikoeğitim programı uygulamasının aile işlevlerini olumlu yönde etkilediğine ilişkin genel hipotezimizin de gerçekleştiğini göstermektedir.

4.9.3. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Eğitim Öncesi (Ön Test) ve Eğitim Sonrası (Son Test) Stresle Başetme Tarzları Ölçeği (S.B.T.Ö.) Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının ön test ve son test, S.B.T.Ö. alt ölçek puan ortalamaları Tablo 17’de incelenmiştir. Hasta yakınlarının, S.B.T.Ö. “boyun eğici yaklaşım” alt ölçeği dışındaki tüm alt ölçeklere (kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, sosyal destek arama) ait eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 17, Grafik 12) ($t_{KGY} = 7.94, t_{IY} = 9.18, t_{ÇY} = 4.20, t_{SDA} = 4.30, P < 0.001, t_{BEY} = 0.85, P > 0.05$).

Ön test-son test S.B.T.Ö. puan ortalamaları arasında fark bulunamaması, her ne kadar uygulanan psikoeğitim programının hasta yakınlarının stresle başetme tarzları üzerinde etkili olmadığını düşündürse de, her bir alt ölçek puan ortalamaları arasında fark bulunması, eğitim programının hasta yakınlarının stresle başetme tarzları üzerinde kısmen de olsa etkili olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, hasta ailelerine yönelik kapsamlı, düzenli ve sürekli psikoeğitim programlarının oluşturulmasının ve bu programlar sonrasında, stresle başetme tarzlarının daha uzun vadede ölçülmesinin, uygulanan eğitimin, hasta yakınlarının stresle başetme tarzları üzerindeki etkinliğini değerlendirmede, daha olumlu yönde sonuçlar elde edileceğini düşündürmektedir.

Kontrol grubu hasta yakınlarının eğitim öncesi ve sonrası S.B.T.Ö. alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; tüm alt ölçek (kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama) son test puan ortalamalarının, ön test puan ortalamalarından daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 18, Grafik 13). Yapılan analizde ön test- son test S.B.T.Ö. alt ölçek puan ortalamaları arasındaki bu fark anlamlı bulunmamıştır ($t_{KGY}= 1.43$, $t_{IY}= 0.17$, $t_{ÇY}= 0.46$, $t_{BEY}= 0.16$, $t_{SDA}= 1.30$ $P > 0.05$).

Bu bulgulara göre, araştırmamızda test edilmek üzere oluşturulan, “şizofreni tanısı almış bireylerin ailelerine yönelik olarak hazırlanan psikoeğitim programı, hasta yakınlarının stresle başetme tarzları üzerinde etkilidir” hipotezi reddedilmiştir.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

A. SONUÇ

Şizofrenik bozukluğu olan bireylerin yakınlarını hastalık hakkında bilgilendirerek, tedaviye uyumunu arttırmak, hastalıkla başa çıkma yeteneklerinde olumlu değişiklikler sağlayarak hastalık tekrarlarını azaltmak ve aile işlevselliğini arttırmak amacıyla planlanan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar şöyledir:

Deney grubundaki hasta yakınları 20 ile 68 yaşları arasında olup, yaş ortalaması $X= 45.87\pm 12.66$ 'dır. Kontrol grubundaki hasta yakınları 20 ile 63 yaşları arasında olup, yaş ortalaması $X = 43.96\pm 12.19$ 'dur. Deney ve kontrol grubundaki hasta yakınlarının yarısından fazlasını kadınlar oluşturmaktadır. Her iki gruptaki hasta yakınlarının medeni durum ve hastaya olan yakınlık derecesi dağılımı eşit oranlarda olup, hasta yakınlarının büyük bir çoğunluğu (%80.6) evli ve yarısından fazlası hastanın ebeveyni (%58.1) rolündedir. Deney ve kontrol grubundaki hasta yakınlarının yaş, cinsiyet ve medeni durumları açısından benzer özelliklerde olduğu saptanmıştır. Her iki gruptaki hasta yakınlarının %35.5'inin okur yazar/ilkokul mezunu olduğu, çoğunlukla ev hanımı, memur ve emekli statüsünde dağılım gösterdikleri ve herhangi bir işte çalışmadığı görülmektedir.

Deney ve kontrol grubundaki hasta yakınlarının gelir durumu dağılımı eşit oranlarda olup, çoğunluğu (%74.2) gelirinin gidere eşit olduğunu belirtmiştir. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının büyük bir çoğunluğunun emekli sandığına bağlı olduğu ve en uzun yaşadıkları yerleşim biriminin şehir olduğu belirlenmiştir.

Deney grubu hasta yakınlarının yarısına yakını(%45.2) hastalarının 2-5 yıl önce ve kontrol grubu hasta yakınlarının yarısına yakını(%38.7) ise hastalarının 6-10 yıl önce şizofreni tanısı aldığını belirtmiştir.

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının tümünün (%100.0) hastalıktan dolayı yaşamlarının etkilendiği, deney grubu hasta yakınlarının büyük bir çoğunluğunun (%64.5), kontrol grubu hasta yakınlarının ise yarısına yakınının (%' 38.7) hastalık nedeni ile aile, iş ve sosyal çevre ile olan ilişkilerinde bozulma yaşadığı saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının yarısından fazlasının genellikle tıp dışı yöntemlere başvurduğu, tıp dışı yöntemlere başvuran deney grubu hasta yakınlarının çoğunluğunun (%58.0) ve kontrol grubu hasta yakınlarının ise büyük bir çoğunluğunun (%61.3) hacı-hocaya gittiği belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının yaşadıkları güçlüklerle genellikle iyi baş ettikleri ve herhangi bir güçlükle karşılaştıklarında kendilerine yakın kişilerle konuştukları, deney grubu hasta yakınlarının %38.7'sinin ve kontrol grubu hasta yakınlarının da %58.1'inin herhangi bir sosyal desteğinin olmadığı saptanmıştır.

Deney grubu hasta yakınlarının çoğunluğunun (%61.3), kontrol grubu hasta yakınlarının ise yarısına yakınının (%41.9) hastalarının bakımında diğer aile üyelerinden yardım aldığı, deney grubu hasta yakınlarının %35.5'inin hasta bir bireyle yaşamaktan hiç memnun olmadığı, kontrol grubu hasta yakınlarının ise %35.5'inin şöyle-böyle memnun olduğu saptanmıştır. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının büyük bir çoğunluğunun, hastalarının kendilerinin verdiği bakımdan memnun olduğunu ve hem deney hem de kontrol grubu hasta yakınlarının % 93.5'inin, hastalarına verdiği ilgi ve destekten memnun olduğunu belirttikleri saptanmıştır.

Deney grubu hasta yakınlarının çoğunluğu sağlık personelinin kendilerine güler yüzlü ve hoş görümlü davranmasını beklerken, kontrol grubu hasta yakınlarının çoğunluğu ise hastalık ve tedaviye yönelik bilgi verilmesini istemektedir. Deney grubu hasta yakınlarının yarısından fazlası sağlık personelinin beklentilerini kısmen karşıladığını belirtirken, kontrol grubu hasta yakınlarının yarısına yakını ise sağlık personelinin beklentilerini büyük ölçüde karşıladığını ifade etmektedir. Her iki grubun da yarısına yakınının beklentilerinin karşılanmasında en çok hekimden memnun olduklarını belirttikleri saptanmıştır.

Hastalığa bağlı aile içi yaşam ve ilişkilerde karşılaştıkları sorun olarak, deney grubu hasta yakınlarının yarısından fazlası (%54.8) ve kontrol grubu hasta yakınlarının yarısına yakını (%35.5) “aile üyeleri arasındaki ilişkilerinde bozulma” olduğunu ifade etmişlerdir.

Deney grubu hasta yakınlarının psikoeğitim grubu ile ilgili beklentileri incelendiğinde; hasta yakınlarının % 58.1’inin daha önce bu tip bir eğitim grubuna katılmadığı, %71.0’ının hastalık ve tedavisi hakkında bilgi edinmek, %12.9’unun hastalığa ilişkin sorunlarla başetmek ve kendi ruh sağlığını koruma yollarını öğrenmek, %6.5’inin hastasına ve diğer şizofreni hastalarına yönelik bakımda kendilerini geliştirmek beklentisiyle eğitim programına katıldığı görülürken, % 9.7’si hiç bir beklenti belirtmemiştir.

Hasta yakınlarının %41.8’i şizofrenik bozukluk ve tedavisi konusunda, %19.4’ü hasta bakımında kendini geliştirme, %19.4’ü hasta ile iyi bir iletişim kurma, % 9.7’si başetme yöntemleri ve sosyal destek sağlama konularında psikoeğitim programının yararlı olacağını düşünmüş olup, %9.7’si bu konuya ilişkin hiç bir görüş belirtmemiştir.

Eğitim ncesi deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu, Aile Değerlendirme leği (A.D.), Stresle Başetme Tarzları leği (S.B.T..) puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim öncesi deney grubu hasta yakınlarının Şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu puan ortalamaları 2.81 ± 1.56 , A.D. puan ortalamaları 2.41 ± 0.30 , S.B.T.. KGY alt leği puan ortalaması 1.93 ± 0.51 , İY alt leği puan ortalaması 2.71 ± 0.48 , Y alt leği puan ortalaması 3.10 ± 0.68 , BEY alt leği puan ortalaması 2.23 ± 0.57 , SDA alt leği puan ortalaması 2.71 ± 0.58 ve kontrol grubu hasta yakınlarının Şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu puan ortalamaları 2.52 ± 1.34 , A.D. puan ortalamaları 2.28 ± 0.28 , S.B.T.. KGY alt leği puan ortalaması 2.12 ± 0.54 , İY alt leği puan ortalaması 2.79 ± 0.48 , Y alt leği puan ortalaması 3.10 ± 0.54 , BEY alt leği puan ortalaması 2.37 ± 0.58 , SDA alt leği puan ortalaması 2.60 ± 0.55 olarak bulunmuştur. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının eğitim ncesi Şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu, A.D., S.B.T.. alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Eğitim sonrası deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının Şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu, Aile Değerlendirme leği (A.D.), Stresle Başetme Tarzları leği (S.B.T..) puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim sonrası deney grubu hasta yakınlarının Şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu puan ortalamaları 14.23 ± 2.40 , A.D. puan ortalamaları 1.52 ± 0.16 , S.B.T.. KGY alt leği puan ortalaması 1.47 ± 0.30 , İY alt leği puan ortalaması 3.28 ± 0.29 , Y alt leği puan ortalaması 3.42 ± 0.38 , BEY alt leği puan ortalaması 2.14 ± 0.25 , SDA alt leği puan ortalaması 2.40 ± 0.46 ve kontrol grubu hasta yakınlarının Şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu puan ortalamaları 2.84 ± 1.50 , A.D.

puan ortalamaları 2.38 ± 0.22 , S.B.T.Ö. KGY alt ölçeği puan ortalaması 1.96 ± 0.42 , İY alt ölçeği puan ortalaması 2.77 ± 0.43 , ÇY alt ölçeği puan ortalaması 3.05 ± 0.52 , BEY alt ölçeği puan ortalaması 2.35 ± 0.57 , SDA alt ölçeği puan ortalaması 2.60 ± 0.55 olarak bulunmuştur. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının eğitim sonrası şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu ve A.D.Ö puan ortalamaları arasında oldukça anlamlı bir fark bulunurken ($p < 0.001$), S.B.T.Ö. alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Deney grubu hasta yakınlarının eğitim öncesi (ön test) ve eğitim sonrası (son test) şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu ve A.D.Ö puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubu hasta yakınlarının şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu ön test puan ortalaması 2.81 ± 1.56 , son test puan ortalaması 14.23 ± 2.40 , A.D.Ö ön test puan ortalaması 2.41 ± 0.30 , son test puan ortalaması 1.52 ± 0.16 olarak bulunmuştur. Deney grubu hasta yakınlarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu ve A.D.Ö puan ortalamaları arasında oldukça anlamlı bir fark bulunmuştur ($P < 0.001$).

Kontrol grubu hasta yakınlarının eğitim öncesi (ön test) ve eğitim sonrası (son test) şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu ve A.D.Ö puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubu hasta yakınlarının şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu ön test puan ortalaması 2.52 ± 1.34 , son test puan ortalaması 2.84 ± 1.49 , A.D.Ö ön test puan ortalaması 2.28 ± 0.28 , son test puan ortalaması 2.37 ± 0.27 olarak bulunmuştur. Kontrol grubu hasta yakınlarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu ve A.D.Ö. puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Deney grubu hasta yakınlarının eğitim öncesi (ön test) ve eğitim sonrası (son test) A.D.Ö. alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim öncesi problem çözme iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt ölçek puan ortalamalarının, eğitim sonrası problem çözme iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt ölçek puan ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan analizde de bu fark önemli bulunmuştur.

Kontrol grubu hasta yakınlarının eğitim öncesi (ön test) ve eğitim sonrası (son test) A.D.Ö. alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim öncesi problem çözme iletişim, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt ölçek puan ortalamaları ile eğitim sonrası alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamış, eğitim öncesi A.D.Ö. roller alt ölçeği puan ortalaması ile eğitim sonrası puan ortalaması arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Deney grubu hasta yakınlarının eğitim öncesi (ön test) ve eğitim sonrası (son test) S.B.T.Ö. alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim öncesi kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve sosyal destek arama alt ölçek puan ortalamalarının, eğitim sonrası kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve sosyal destek arama alt ölçek puan ortalamalarından daha düşük olduğu görülmektedir. Yapılan analizde de bu fark önemli bulunmuş, boyun eğici yaklaşım alt ölçek eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Kontrol grubu hasta yakınlarının eğitim öncesi (ön test) ve eğitim sonrası (son test) S.B.T. Ö. alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim öncesi kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama alt ölçek puan ortalamaları ile eğitim sonrası alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hasta yakınlarının cinsiyetlerinin, medeni durumlarının, en uzun yaşadıkları yerleşim biriminin, hastasının şizofreni tanısı alma süresinin ve eğitim durumlarının şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi kazanç puanı, A.D.Ö. ve S.B.T.Ö. puan ortalamaları ile ilişkisi olmadığı saptanmıştır.



B. ÖNERİLER

Şizofrenik bozukluğu olan bireylerin yakınlarını hastalık hakkında bilgilendirerek, tedaviye uyumunu arttırmak, hastalıkla başa çıkma yeteneklerinde olumlu değişiklikler sağlayarak, hastalık tekrarlarını azaltmak ve aile işlevselliğini arttırmak amacıyla yürütülen bu çalışmada belirlenen sonuçlar doğrultusunda;

- Kronik şizofreni tanısı alan hasta ailelerinin, yaşadıkları sıkıntı ve güçlüklerle etkin bir şekilde başedebilmelerine yönelik kapsamlı, düzenli ve sürekli eğitim programlarının oluşturulması ve bu programların tüm psikiyatri hizmetlerinde (klinik, poliklinik) rutine yerleştirilmesi,
- Şizofrenik bozukluk tanısı olan hasta ve ailelerinin, taburculuktan sonra tedavi ve bakımın sürekliliğini sağlayabilmeleri için, çeşitli mesleklerde, bu alanda planlanacak eğitim programlarını yürütebilecek uzmanların yetiştirilmesi,
- Şizofrenik bozukluğu olan hasta yakınlarına, hastalığın, belirti ve bulguların, bakım ve tedavi yöntemlerinin, hastalıkla ilgili yasal konuların ve hastalıktan kaynaklanan sorunlara yönelik etkili başetme tarzlarının detaylı bir şekilde öğretildiği, bilimsel öğretim tekniklerinin (drama- rol yapma, grup çalışmaları, programlı öğretim gibi) kullanıldığı eğitim programlarının hazırlanması ve uygulanması
- Şizofrenik bozukluğu olan hasta yakınlarının, şizofreni hastalığı ile ilgili eğitim, toplantı ve seminerlere katılımının ve ilgili süreli ve süresiz yayınlara ulaşmasının ücretsiz olması
- Şizofreni hastalığını tanımaya yönelik ilgili eğitim, toplantı, seminer ve yayınların sayısının artırılması,

- Şizofrenik bozukluğu olan hasta yakınlarına eğitim verecek olan eğiticilerin, eğitiminin ve eğitim materyallerinin (slayt, video, bilgisayar) organizasyonunun sağlanması,
- Şizofrenik bozukluğu olan hasta ve ailelerinin eğitiminde çalışan/çalışacak olan uzmanların sürekli eğitim ve süpervizyonlarının olması,
- Şizofrenik bozukluğu olan hastaların, tekrarlı yatışlarını önlemek ve tedaviyi hızlandırmak amacıyla, hasta ve hasta ailelerine yönelik olarak planlanacak eğitim programları ile ilgili diğer disiplinler ile (psikolog, psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı, hemşire) koordinasyon ve işbirliğinin oluşturulması,
- Kronik bir hastalığa sahip hasta ve ailelerine gerektiğinde başvurabilecekleri danışmanlık hizmeti veren merkezlerin oluşturulması,
- Şizofrenik bozukluğu olan hasta yakınlarına yönelik olarak kısa, öz ve kesin bilgi aktaran TV. Ve radyo programlarının hazırlanması ve basında bu konuya yer verilmesinde rehberlik edilmesi,
- Şizofrenik bozukluğu olan hasta ailelerinin değerlendirilmesinde hasta üzerinde etkisi olabilecek birden fazla kişinin değerlendirildiği ve aile programlarına dahil edildiği müdahale modellerinin oluşturulması,
- Örneklem sayısının artırılabilmesi ve randomizasyonun yapılabileceği, programı yürütenlerle değerlendirmeleri yapacakların ayrı kişilerin olduğu çok merkezli çalışmaların yapılması
- Ülkemizde şizofreni hastalarının ve ailelerinin özelliklerine göre, benzer müdahale programlarının sonuçlarının değerlendirilmesine yönelik araç geliştirme çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

ÖZET

Araştırma, şizofrenik bozukluğu olan bireylerin yakınlarını hastalık hakkında bilgilendirmek, tedaviye uyumlarını arttırmak, hastalıkla başa çıkma yeteneklerinde olumlu değişiklikler sağlayarak hastalık tekrarlarını azaltmak ve aile işlevselliğini arttırmak amacıyla planlanmış ve uygulanmıştır.

Ön test-son test kontrol gruplu deneysel nitelikte düzenlenen bu araştırma, Mart- Ağustos 2004 tarihleri arasında Manisa ve İzmir illerinde yürütülmüştür. Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi genel polikliniği ve Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Psikoz birimine başvuran, şizofreni tanısı almış, klinikte standart tedavisi yapılmış, ayaktan tedavi gören hasta yakınları araştırmanın evrenini, araştırmacının belirlediği kriterleri karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hasta yakınları araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Psiko eğitim programına katılmayı kabul eden 31 hasta yakını deney, kabul etmeyen 31 hasta yakını ise kontrol grubu olarak belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarına eğitim öncesi ve sonrası, Hasta Yakınlarını Tanıtıcı Bilgi Formu, Şizofrenik Bozukluk Hakkında Bilgi Düzeyi Belirleme Formu, Aile Değerlendirme Ölçeği (A.D.Ö.), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (S.B.T.Ö.) ve deney grubu hasta yakınlarına eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla, eğitim sonrası Memnuniyet Belirleme Formu ve Grup Sonrası Değerlendirme Formu uygulanmıştır.

Deney grubu hasta yakınlarına 2'şer saatlik toplam 14 oturumdan oluşan (28 saatlik) psiko eğitim programı uygulanmış olup, araştırmanın uygulaması bittikten sonra, kontrol grubundaki hasta yakınlarıyla da, yaklaşık 2 saat süren bir psiko eğitim grubu yapılmıştır.

Araştırmamızda deney grubunda yer alan hasta yakınlarının yaş ortalaması $X = 45.87 \pm 12.66$, kontrol grubu hasta yakınlarının $X = 43.96 \pm 12.19$ 'dur. Deney ve kontrol grubundaki hasta yakınlarının yarısından fazlasının kadın, büyük bir çoğunluğunun (%80.6) evli ve yarısından fazlasının hastanın ebeveyni (%58.1) rolünde olduğu saptanmıştır. Her iki gruptaki hasta yakınlarının %35.5'inin okur yazar/ilkokul mezunu olduğu, çoğunlukla ev hanımı, memur ve emekli statüsünde dağılım gösterdikleri ve herhangi bir işte çalışmadığı görülmektedir.

Eğitim öncesinde deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu, Aile Değerlendirme Ölçeği (A.D.Ö), Stresle Başetme Tarzları Ölçeği (S.B.T.Ö.) alt ölçek puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır. Eğitim sonrasında deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu ve A.D.Ö puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken ($t_{BDF} = 22.43$, $t_{A.D.Ö} = 2.98$ $P < 0.001$), S.B.T.Ö. alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Eğitim sonrasında, deney grubu hasta yakınlarının şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu, A.D.Ö, S.B.T.Ö. alt ölçek puan ortalamaları eğitim öncesine göre farklılık göstermiş, bu fark şizofrenik bozukluk hakkındaki bilgi değerlendirme formu ve Aile Değerlendirme Ölçeği (A.D.Ö)'nde anlamlı bulunurken ($t_{BDF} = 25.85$ $P < 0.001$, $t_{A.D.Ö} = 3.18$ $P < 0.005$), S.B.T.Ö. alt ölçeklerinde anlamlı bulunmamıştır.

Tüm bulgular sonucunda, hasta yakınlarına yönelik kapsamlı, düzenli ve sürekli psikoeğitim programları uygulandığında, hasta yakınlarının şizofrenik bozukluklara yönelik bilgi düzeylerinin artacağı ve bu doğrultuda aile işlevlerinde olumlu yönde bir değişikliğin olacağı ortaya konmuştur.

SUMMARY

The study was designed for assessing the effects of a psychoeducation program on the relatives of schizophrenia patients. The goals of the program were informing the relatives, increasing their compliance to treatment, reducing the frequency of relapses by developing their coping capabilities and increasing the functionality of the family.

The study was a test-retest controlled trial. The trial and control groups were recruited from outpatient clinics of Manisa Mental Health and Disorders Hospital and Psychotic Disorders Division of Ege University Hospital Psychiatry Department. All of the participants were relatives of schizophrenia who were treated with the standard protocols of these two clinics. The study sample was consisted of 31 relatives who met the inclusion criteria and accepted to participate as a trial group and 31 relatives as a control group who were chosen from the relatives that had refused to participate.

The trial and control groups were evaluated with a demographic information questionnaire, Assessment of Information on the Schizophrenic Disorder Questionnaire, Family Evaluation Scale (FES), Style of Coping with Stress Scale before and after the education program. After the psychoeducation program the trial group was also assessed with a posteducation satisfaction questionnaire.

The relatives in the trial group had participated in 14 sessions (each session 2 hours) and after the completion of the study the relatives in the control group had also take part in a 2 hour psychoeducation program.

The mean age of the trial group was 45.87 ± 12.66 and the mean age of the control group was 43.96 ± 12.19 . More than half of the relatives in two groups were females and most of them were married (% 80.6) and more than half (%58.1) were parents of the patients. In both groups % 35.5 of the relatives had an education duration

less than six years. Most of the participants were housewives, retired or government officials.

There were no significant differences between two groups in any scale before the education program. After the education program, there was significant differences between two groups on the Assessment of Information on the Schizophrenic Disorder Questionnaire ($t= 22.43$, $P< 0.001$) and FES ($t= 2.98$, $P< 0.001$). There was no significant difference between two groups on the Style of Coping with the Stress Subscale.

In the trial group there were differences between pre and post education performances of three scales. The differences were significant on FES ($t=3.18$, $P< 0.005$) and the Assessment of Information on the Schizophrenic Disorder Questionnaire ($t= 25.85$, $p< 0.001$) but the difference was not significant on the Style of Coping with the Stress Subscale.

The results of the current study indicate that a comprehensive and regular psychoeducation program may increase the knowledge of relatives of schizophrenia patients and may have a positive impact on functionality of the family.

KAYNAKLAR

1. Abaan S.(1990) “Hasta Eğitiminde Hedef Geliştirme ve Öğretim Teknikleri”,Türk Hemşireler Dergisi, Cilt: 39, Sayı: 3, s.s.31-33
2. Aker A., Sungur M.Z.(2001). “Şizofrenide Psikososyal Tedaviler 5, Şizofrenide Bireysel Bilişsel ve Davranışçı Terapi Yöntemleri Uygulaması”, Kutu Grafik, İstanbul, s.s.9-13
3. Akkuş D (2000). “Kronik Psikiyatrik Hastalığı Olan Aile Üyesine BAKIM Veren Primer Bakım Vericilerin Aldıkları Sosyal Destek Özellikleri”, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Bolu
4. Alper Y. Ve ark. (1990). “E.Ü.T.F.H. Psikiyatri Polikliniğinde Görülen Hastalardaki Tıp Dışı Başvurular”, Ege Tıp Dergisi, 29(4), s.s. 864-868
5. Alper Y., Bayraktar E., Karaçam Ö.(1997). “Herkes için Psikiyatri, Sorunlar ve Öneriler”, Era Yayıncılık, İstanbul, s.s. 113
6. Altuğ B., Özkan İ (1996). “Bilişsel Gelişmede Ailenin Yeri”, Psikiyatri Bülteni, 4(2) s.s. 65-67
7. Arıhan A.G.(1998). “Şizofreni Epidemiyolojisi”, Şizofreni Dizisi, Cilt:1, Sayı:2, s.s. 64-72
8. Arkar H (1991). “Akıl Hastasının Sosyal Reddelimi”, Düşünen Adam, 4(3) s.s. 6-9
9. Arkar H (1996). “Akıl Hastaları ile İlgili Tutumlar: Verilen Neden Tipinin Etkisi”, Türk Psikiyatri Dergisi, 7(3): 191-194
10. Aştı N (1995). “Psikiyatri Kliniklerinde Taburcu Olmaya Hazır Hasta ve Hasta Ailelerinin Gereksinimlerinin Araştırılması”

11. Babacan Gümüş A (2002). “Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin ve Yakınlarının Sağlık Eğitimi Gereksinimlerinin İncelenmesi”, E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksekokulu Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
12. Bachrach CL.(1992). “Psychosocial Rehabilitation and Psychiatry in The Care of Long -Term Patients”, American Journal of Psychiatry, 149(11): 1445-1462 **Z10**
13. Beha A., Kumbasar H (1994). “Şizofren Hastalarda Görülen Hareket Bozuklukları”, Psikiyatri Bülteni, Cilt:3, Sayı: 2, s.s. 53-57
14. Berksun E (1994). “Psikososyal Açından Şizofrenide Aile Faktörü: Tarihçe”, Psikiyatri Bülteni, Cilt:3, Sayı:2, s.s. 58-60
15. Birthead L.M. (1989). Psychiatric-Mental Health Nursing: The Therapeutic Use of Self, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, s.s. 328-329
16. Bolat Ç (1985). “Toplum Ruh Sağlığı Alanında Psikiyatri Hemşiresinin Rolü”
17. Broker C, Butterworth C (1991) “Working With Families Caring for A Relative With Schizophrenia: The Evolving Role of The Community Psychiatric Nurse” International Journal of Nursing Study, 28(2): 189-200
18. Brown GW (1985) “The Discovery of Expressed Emotion Induction or Deduction İn Leff J, Vaughn C. Expressed Emotion in Families”. Second Edition, Ad: vision of Gulford Publication, Newyork, 7-36
19. Bulut I (1990). “Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı”, Öz güzel iş Matbaası, Ankara
20. Bulut I., Kahramanoğlu E (1987). “Ankara Üniversitesi Psikiyatri Kliniğinde Yatmış Olan Hastalar ve Aileleri Hakkında Bir Araştırma”, 23.Ulusal Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı, İstanbul, s.s. 467-473

21. Bunchanon J (1995). "Social Support and Schizophrenia: A Review of The Literature", Archives of Psychiatric Nursing, 9(2): 68-76
22. Cansever A., Özşahin A., Battal S (1994). "Şizofreninin Psikofarmakolojik Tedavisinin Temel İlkeleri", Psikiyatri Bülteni, Cilt:3, Sayı:2, s.s. 61-66
23. Ceylan M.E (1996). "Şizofreni: Genel Bir Bakış", Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, Cilt: 1, Sayı: 4, s.s. 493-498
24. Chien W.T., Kam C.W., Lee I.F(2001). "An Assessment of The Patients' Needs in Mental Health Education", Journl of Advanced Nursing, 34(3): 304-311
25. Comtois G., Morin c., Lesage A., Lalonde P., Likaveanova E., L'Ecuyer G (1998). "Patient Versus Rehanilitation Practitioners: A Comparisonof Assessment of Needs for Care", Can J Psychiatry, 43: 159-165.
26. Coşar B (1998). "Şizofreninin Alttipleri", Şizofreni Dizisi, Cilt:1, Sayı:1 s.s. 29-34
27. Deniz H., İlnem C., Yener F (1998) "Şizofren Bireyin Algıladığı Duygu Dışavurum Düzeyinin Relapsla ve Aile İşlevleriyle İlişkisi", Düşünen Adam, 11(3): 5-15
28. Doğan O (2001). "Şizofreni Hastalarının Evde Bakımı", Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2(1): 41-46.
29. Doornboss MM (2001) . "Professional Support for Family Care Givers İllness", Journal of Psychosocial Nursing 39(12): 40-50
30. Duman Z (2003). "Şizofreni Tanılı Bireylere ve Ailelerine Topluma Yeniden Katılım Programı Uygulaması ve İzleme Çalışması", İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Aabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul

31. Durbach E., Goodall R (1987). "Instructional Objectives Inpatient Education", Nursing Outlook, 35: 82-88
32. Ebrinç S., Çetin M., Başoğlu C., Ağargün M.Y., Seçil m. Ve ark.(2001). "Şizofren Hasta ve Ailelerinde Aile İşlevselliği, Sosyal Destek ve Duygu Dışavurumunun İncelenmesi", Anadolu Psikiyatri Dergisi,2(1):5-14
33. Ferguson K (1991). "Education for Psychiatric Client and Their Carers", Nursing Times, 87(22):48.
34. Fidaner H (1998). "Şizofreni Tanı ve Sınıflandırma", Şizofreni Dizisi, Cilt:1, Sayı:1, s.s. 17-22.
35. Fidner H (1985). "Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Aileye Yaklaşım", Sevdı Matbaacılık ltd., İzmir.
36. Forman L (1993). "Medication: Reasons and Interventions for Noncompliance", Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 31(10):23-25.
37. Frese F.J (2000) "Ağır ve Süreğen Ruhsal Bozukluğu Olan Kişiler İçin Rahatsızlıkla Baş etmenin On iki Yolu", Çev: M. Kayar, H. Soygür, Şizofreni Yazıları, Yıl:1, Sayı:2, s.s. 6-16.
38. Gençtan E (1999). "Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar", 14. Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul, s.s. 121-148.
39. Goldman C.R., Quinn F.L (1998). "Effects of Patient Education Programme in the Treatment of Schizophrenia", Hospital and Community Psychiatry, 39(3), s.s. 282-286.
40. Goldstein M.J (2000). " ABD'de Şizofreni Tedavisi Kapsamında Ruhsal-Eğitsel Aile Programları", Çev: N. Şen, Şizofreni Yazıları, Yıl:1 Sayı:1 s.s. 20-26.

41. Goldstein MJ (1987). "Psychosocial Issues- Schizophrenia Bulletin" 13(1): 157-171
42. Goldstein MJ, Miklowitz DJ (1995) "The Effectiveness of Psychoeducational Family Therapy in The Treatment of Schizophrenic Disorders", Journal of Marital and Family Therapy 21(4): 361-376
43. Göğüş AK, Özsan H, Tuncer ET(1993). "Kronik Akıl Hastalarının Ailelerinde Psikiyatrik Semptomların Dağılımı: SCL-90-R ile Yapılmış Bir Çalışma", Optimal Tıp Dergisi, 6(3): 91-94
44. Gökalp P.G (1996). "Şizofrenide Psikososyal Kuramlar ve Tedaviler", Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, Cilt:1, Sayı:4, s.s.674-682.
45. Gülseren L (2002) " Şizofreni ve Aile: Güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler", Türk Psikiyatri Dergisi 13(2): 143-151
46. Gülseren L., Turgut S., Kültür S(1999). "Şizofreni Tanısı Konmuş Bir Grup Hastanın Aileleriyle Sosyometrik Psikodramatik Grup Terapisi Süreci", Türk Psikiyatri Dergisi, 10(4):325-333.
47. Gürhan N (1991). "Psikiyatri Hastalarına Sahip Ailelerin Sosyal İhtiyaçlarına Destek", Hemşirelik Bülteni, Cilt:5, Sayı: 22, s.s. 67-70.
48. Gürhan N (1993). "Psikiyatri Hastalarına Sahip Ailelerin Sosyal Destek İhtiyaçlarına Destek" Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, İzmir 9(3):83-87
49. Gürhan N (1995). "Şizofren Hastaların Sosyal Destek, Hastalık ve Stresle Başetmelerinin Değerlendirilmesi",Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara

50. Hall MJ (2000) "Parent Coping Style and Schizophrenic Patient Behavior As Predictors of Expressed Emotion Family Process", 39: 435-444
51. Hooley JM (1985). "Expressed Emotion: A Review of The Critical Literature". Journal of Clinical Psychology, ss. 119-139
52. Howard PB (1998). "The Experience of Adult Childeren with Schizophrenia, Issues in Mental Health Nursing", 19(4): 399-413
53. Huddleston J (1992). " Family and Group Psychoeducational Approaches in The Management of Schizophrenia Clinical Nurse Specialist" 9(2): 118-120
54. Işık E (1997). "Şizofreni; Genişletilmiş 2. Baskı", Kent Matbaacılık, Ankara.
55. İnem C., Deniz H., Yener F (1998). "Şizofreni Üzerine Kimi Söylenceler ve Gerçekler", Düşünen Adam, 11(3):16-22.
56. İncebük A.B (1983). "Gölbaşı Ruh Sağlığı Merkezinde Yatmakta Olan Hastaların Ailelerinin Hasta Bireyle İlgili Güçlüklerinin İncelenmesi", Türk Hemşireler Dergisi, 10(2):33-35.
57. Karaçam Z (1994). "Kronik Hastalık ve Aile", Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Programı Ana Çocuk Sağlığı Dersi Seminer Notları, Ankara
58. Karancı N (2000). "Şizofren Hasta Yakınlarının Dünyası: Nedensel Atıflar, yükler, umutlar", Şizofreni Yazıları, Yıl:1, Sayı:2, s.s. 6-12.
59. Karşıdağ Ç., Taktak Ş., Alpay N (2000). "Yeti Yitimi Kavramı ve Ruhsal Hastahklarda Rehabilitasyon", Düşünen Adam, 13(4), s.s.225-230.
60. Kavanag DJ (1992). "Recent Developments in Expressed Emotion and Schizophrenia", British Journal of Psychiatry, 160: 601-620

61. Keltner N.L., Schwecke L.H., Bostrom C.M (1995). "Psychiatric Nursing", Second Edition, Mosby-Year Book, Inc.St. Lows,s.s. 374.
62. King S (2001). "Is Expressed Emotion Causes or Effect in The Mother of Schizophrenic Young Adults ? Schizophrenia Research" , 51(1): 31-38
63. Kırkpınar İ., Aydın N(2001). "Şizofrenide İntihar", Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2(1):47-52.
64. Kocaman G (1990). "Ailelerin Hastalık Durumunda Gösterdikleri Davranışsal Yanıtların İncelenmesi", II. Ulusal Hemşirelik Kongresi, İzmir.
65. Kopelowicz A, Wallace CJ., Zorate R (1998). " Teaching Psychiatric İnpatients to Re-enter The Community: A Brief Method of İmproving The Continuity of Care Psychiatric Services" 19(10): 1313-1316)
66. Kuipers L., Bebbington P (1988). "Expressed Emotion Research in Schizophrenia: The Theoretical and Clinical İmplications", Psychological Medicine , 18: 893-909
67. Kuşçu M.K., Tunçay İ., Gımsal A. ve ark. (1997). "Şizofrenik Boukluklarda Tedavi Değerlendirmesine Aile Bakışı- Marmara Tedaviyi Değerlendirme Aile Görüşmesi", 33. Ulusal Psikiyatri Kongre Kitabı, Antalya
68. Lam DH (1991). "Psychosocial Family İntervention İn Schizophrenia: A Review of Emprical Studies", Psychological Medicine 21:423-441
69. Leahey M (1991). "Family System Nursing", The Canadian Nurse, Feb. s.s.31-36.
70. Maizade M (1987). "The Relatonship Between Family Functioning and Demographic Characteristics in an Epidemiological Study"

71. Maner F ve ark.(1989). “ Nörotik ve Nörotik Olmayan Hastaların Eşlerinin Hastaya, Hastalığa Karşı Tutumu ve anksiyete Düzeyleri” XXV. Ulusal Psikiyatri ve Nöroloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları 13-21 Ekim, Mersin
72. McGill C.W., Falloon I.R.H., Boyd J.L., Wood-Siverio C (1983). “Family Educational İntervention in the Treatment of Schizophrenia”, Hospital and Community Psychiatry, Vol. 34, No. 10, Oct., s.s. 934-938.
73. McGorry P.D., Edwards J (1997). “Aileye Yönelik Girişimler ve Ailenin Desteklenmesi(Modül 7). M. Birchwood, I. Falloon, M. Leggat ve ark.(ed): Erken Psikoz Eğitim Paketinde, Avustralya, s.s. 1-25.
74. Mete L (1998). “Şizofrenide Klinik Belirtiler”, Şizofreni Dizisi, Cilt:1, Sayı: 1, s.s. 23-28.
75. Miller W (1994). “The Development of Clinical Rating Scale for the M.c Master Model of Family Functioning”, Family Process, 33(1). March, s.s. 53-59
76. Mintz LI, Liberman PR., Mintz J (1987) “Expressed Emotion: A Call for Partnership Among Relatives Patients and Professionals” Schizophrenia Bulletin 13(2): 227-235
77. Mohr KW (2000). “Partnering With Families”, Journal of Psychosocial Nursing , 38(1):15-22
78. Mueser K.T., Bellack A.S.,Wade J.H. ve ark.(1992). “An Assessment of the Educational Needs of Chronic Psychiatric Patient and Their Relatives”, British Journal of Psychiatry, 160: 674-680.
79. Oflaz F (1995). “Psikiyatrik Hastaların Eşlerinin Psikososyal Güçlükleri ve Stresle Başetme Yollarının İncelenmesi”, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara

80. Öz F(1993). “Ruh Hastalıklarına Karşı Tutumlar ve Hemşirelik”, Türk Hemşireler Dergisi, Cilt:43, Sayı:1, s.s. 36-38
81. Özcan A(1999). “Şizofrenik, paranoid ve Diğer Psikotik Bozukluklar”, N. Kum (ed): Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı, Vehbi Koç Yayınları, No:13, s.s. 101-113.
82. Özcan M.E., Gürgen F., Türkeş C (1999). “Şizofrenili Hastada Başa Çıkma Davranışları”, Düşünen Adam, Cit:12, Sayı:3, s.s.35.39.
83. Özgür G., Karaaslan A., Çam O. Ve ark.(1998). “Bornova Sağlık Grup Başkanlığına Bağlı Toplumda Ruhsal Belirtilerin Değerlendirilmesi”. Ege Üniversitesi Araştırma Fonu Proje Raporu, Proje No: 1995 HYO-06, İzmir.
84. Özkan S (1996). “Sağlık Eğitiminin Hizmetin Başarısına Etkisi”, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, Cilt: 5, Sayı:9, s.s.310-311.
85. Özmenler N., Battal S (1998). “Şizofreni Tarihçesi”, Şizofreni Dizisi, Cilt:1, Sayı:1, s.s.5-16.
86. Öztürk M.O.(1990). “Ruh Sağlığı ve Bozuklukları”, Evrim Basım Yayın Dağıtım, 3.Basım, İstanbul, s.s. 165-198.
87. Parker B.A (1993). “Living with Mental İllness: The Family as Caregiver”, Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 31(3): 19-21.
88. Pekkala E, Merinder L(2003). “Psychoeducation for Schizophrenia”, <http://www.cochrane.org>
89. Polat NS(1994). “ Kronik Çocuk Hastalıklarında Ailenin Yaklaşımı”, Sendrom Dergisi, Ocak, ss: 82-85
90. Ross LE (1996). “ Families of Psychiatric Patients: A Critical Review And Future Research Directions” Archives of Psychiatric Nursing, X(2): 67-76

91. Saunders J (1997). "Walking a mile their shoes: Symbolic Interactionism for Families Living with severe Mental İllness", Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 35(6): 8-13.
92. Soygür A.H (1993). "Şizofreni Tedavisinde Aileye Yaklaşım", Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, Cilt:1, Sayı:2, s.s.117-127.
93. Soygür H., Aybaş M., Hınçal G., Aydemir Ç (2000). "Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği, güvenilirlik ve Yapısal Geçerlik Çalışması", Düşünen Adam, 13(4):204-210.
94. Soygür H., Çelikel B., Aydemir Ç., Bozkurt S (1998). "Hasta Yakınlarıyla Gerçekleştirilen Psikodrama Yönelimli Destekleyici-Eğitici Grup Psikoterapisinin Kronik Şizofreni Gidişi Üzerine Etkisi: 1 yıllık izleme çalışması", Düşünen Adam, 11(4): 5-11.
95. Soykan Ç(1997). "Bir Psikososyal Rehabilitasyon Uygulaması: Gündüz Hastanesi", N.Dilbaz, G.Bayram(ed): Şizofrenide Yeni Ufuklarda, Som Ofset Matbaacılık, Ankara, s.s. 161-165.
96. Taktak Ş., Erkıran M., Karşıdağ Ç., Özeren M., Alpay N (2000). "Şizofren Olgularda Aile İşlevselliğinin Algılanması, Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere İlişkisi Üzerine Bir Çalışma", Düşünen Adam, 13(49): 196-203).
97. Taylor C.M.(1990). "Essential of Psychiatric Nursing", Thirteenth Edition, 203-205.
98. Tel H (1999). " Şizofrenik Hasta Ailesinin Hastalık Semptomlarını Ele Alma Ve Stresle Baş Etmelerine Psikoeğitimsel Yaklaşımın Etkisinin İncelenmesi", Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara

99. Tel H., Terakye G (2000). “Şizofrenik Hasta Ailelerine Yönelik Bir Psikoeğitimsel Yaklaşım Uygulaması Denemesi”, Anadolu Psikiyatri Dergisi, Cilt:1, Sayı:3, s.s.133-142.
100. Tunçbilek E., Hatipoğlu S (1988). “ Kronik hastalıklı ve Uzun Süre Hastane Tedavisi Gören Çocuklar ve Ailelerinde Psikolojik, Sosyal ve Ekonomik Değişimlerin Saptanması”, Türk Hemşireler Dergisi, 38(1): 37-42
101. Ulusoy Ö., Karaaslan A (2001). “Ruhsal Bozukluğu Olan Hastaların Eşlerinin Sosyal Destekleri”, 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 2-6 Ekim, İstanbul.
102. Ünal G (1998). “Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastaların Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi”, E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Okulu Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
103. Ünal S (2000). “Şizofrenide Öznel yaşantılar ve Duyguların İfadesi”, Klinik Psikiyatri Dergisi, Cilt:3, Sayı:2, s.s.131-136
104. Ünlüoğlu G., Kartallar R, Gürakar L (1994). “Yatarak Tedavi Gören Psikotik Hastaların Akraba Gruplarına İlişkin Bir Çalışma”, 3P Dergisi (Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji), 2(4): 329-337
105. Üstün B (2000). “Şizofrenide Sosyal Beceri Eğitim Kursu”, Şizofreni Yazıları, Yıl:1, Sayı: 2, s.s.26-29.
106. Varcarolis E.M (1990). “Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing”, W.B. Saunders Company, s.s.507-529.
107. Yazıcı A (2001). “Şizofrenik Hasta Ailelerinde Ruhsal Eğitim Grupları”, Şizofrenide Psikososyal Tedaviler, Parem, Kutu Grafik, İstanbul.

108. Yener F., Yargıcı N., Kırılı S., Solakoğlu G., Soydan M., Ataç C (1991). “Şizofrenlerin Aile Bireylerinde Görülen Ruhsal Bozuklukların ve Belirtilerin İncelenmesi”, Düşünen Adam, 4(3):21-31.
109. Yıldız M (2001). “Şizofrenide Psikososyal Tedaviler 4, Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitimi”, Kutu Grafik, İstanbul.
110. Yıldız M (2002). “Şizofrenide Aile Tedavisi”, I. Ulusal Aile ve Evlilik Terapileri Kongresi, İstanbul.
111. Yurtsever Ü. E (2002). “Ruh Hastalıkları Tedavisinde Psikososyal Bir Boyut; Psikoeğitimsel Bir Model”, <http://icgoru.com-Makale.htm>
112. “Family Psychoeducation”, Information for Public Mental Health Authorities, Draft 2002, <http://mentalhealthpractices.org>

EKLER

EK-I

HASTA YAKINLARINI TANITICI BİLGİ FORMU

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Cinsiyetiniz nedir? 1- Kadın 2- Erkek
3. Medeni durumunuz nedir?
1- Bekar 2- Evli 3- Boşanmış/Dul
4. Hastanıza yakınlık dereceniz nedir?.....
5. Eğitim düzeyiniz nedir?
1- Okur-yazar/ilkokul
2- Ortaokul/Lise
3- Yüksekokul/ Fakülte
6. Mesleğiniz nedir?.....
7. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
1- Evet 2- Hayır
8. Gelir- gider durumunuz nasıldır?
1- Gelir- giderden yüksektir
2- Gelir ve giderler dengelidir
3- Gelir- giderden düşüktür.
9. Sosyal güvence durumunuz nasıldır?
1- Yok 2- Emekli Sandığı 3- Bağkur 4- SSK
10. En uzun yaşadığınız yerleşim birimi neresidir?
1- Köy 2- İlçe 3- Şehir
11. Yakınınız ne kadar bir süredir şizofreni tanısıyla yaşıyor?.....
a) 1-5 yıl
b) 5-10 yıl
c) 10 yıl ve üzeri
12. Yakınınızın şizofreni hastası olması sizin yaşamınızda değişikliklere neden oldu mu?
1- Evet 2- Hayır
13. Evet ise ne tür değişiklikler olduğunu belirtiniz.....

14. Hastanızın hastalığından dolayı sıkıntınız olduğunda genellikle neler yaparsınız?

- 1- Ağlarım
- 2- Kendime yakın kişilerle konuşurum
- 3- İbadet ederim
- 4- Yürüyüşe çıkarım
- 5- Diğer.....

15. Hastanızın bakımıyla yalnızca siz mi ilgileniyorsunuz? 1- Evet 2- Hayır

16. Hastanız sizin onun hastalığı nedeniyle gösterdiğiniz ilgili ve destekten memnun

olduğunu belirtiyor mu? 1- Evet 2- Hayır

17. Siz hastanıza yeterli düzeyde ilgi ve bakım gösterdiğinizizi düşünüyor musunuz?

1- Evet 2- Hayır

18. Siz sürekli rahatsızlığı olan hasta bir bireyle yaşama konusunda ne düşünüyorsunuz?

- 1- Çok memnunum
- 2- Genellikle memnunum,ü
- 3- Ne memnunum, ne değilim
- 4- Genellikle memnun değilim
- 5- Hiç memnun değilim

19. Yakınınızın şizofreni hastası olması nedeniyle, yaşadığınız güçlüklerle ne şekilde baş

ettiğinizi düşünüyorsunuz?

- a. Çok iyi baş ediyorum
- b. İyi baş ediyorum
- c. Biraz baş ediyorum
- d. Hiç baş edemiyorum

20. Yakınınızda size destek olanlar var mı?

- a. Yok
- b. Var biraz
- c. Var orta
- d. Var çok

21. Yakınınızın şizofreni hastası olması nedeniyle tıp dışı kişilere (hacı, hoca, üfürükçü, vb.) baş vurdunuz mu? 1- Evet 2- Hayır
22. Evet ise ne tür yöntemlere başvurduunuz?.....
.....
.....
23. Yakınınızın tedavisi ile ilgili doktorla görüşmeleriniz dışında şizofreni ile ilgili bir eğitim programına katıldınız mı?
1- Evet 2- Hayır
24. Yakınınızın hastalığı ile ilgili sağlık personelinden (doktor, hemşire) beklentileriniz nelerdir?
.....
.....
25. Bu beklentileriniz yeterince karşılanıyor mu?
1- Evet 2- Kısmen 3- Hayır
26. Evet ise beklentileriniz en çok hangi sağlık personelinden karşılanıyor?
1- Hemşire 2- Diyetisyen 3- Psikolog 4-Doktor 5-Hizmetli
27. Sizi bu eğitim grubuna getiren şey nedir?.....
.....
.....
.....
28. Bu gruba katılarak alacağınız eğitimin size hangi konularda yararlı olacağını düşünüyorsunuz?.....
.....
.....
.....
29. Bu hastalık aile içi yaşamınızı ve ilişkilerinizi nasıl etkiledi?.....
.....
.....
.....

EK-II

ŞİZOFRENİK BOZUKLUK HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİ BELİRLEME FORMU

Şizofrenik bozukluklarla ilgili aşağıdaki soruları dikkatlice okuyup, size göre doğru olan bir şıkkı seçip işaretleyiniz.

1. Sizce şizofrenik bir bozukluğun en uygun tanımını aşağıdakilerden hangisidir?
 - a) Şizofreni çoğul bir kişiliğe sahip olmaktır.
 - b) Şizofreni insanın düşünce, duygu ve davranışlarında kendisinin ve çevresindekilerin yaşantısını önemli ölçüde etkileyen birtakım değişikliklere sebep olan bir rahatsızlıktır.
 - c) Bazı uyuşturucu maddelerin kullanılmasına benzer belirtileri olan bir bozukluktur
 - d) Bütün bunların hepsidir
2. Size göre dünya üzerinde kaç kişide şizofrenik bozukluk vardır?
 - a) %0.1
 - b) %0.001
 - c) %1
 - d) %0.01
3. Bir bireyin şizofrenik bozukluğu olduğunu nasıl anlarsınız?
 - a) Bireye olağan dışı düşünce, duygu, görsel, işitsel görüntüler yada gerçek dışı şeyler hissedip hissetmediği hakkında sorular sorarak
 - b) MR, Tomografi gibi beyin görüntüleme teknikleri kullanılarak
 - c) Bireyin bir işte çalışıp çalışmadığını belirleyerek
 - d) Bazı özel kan testleri yapılarak
 - e) Bunların hepsi yapılarak
4. Sizce şizofreni bireyin hangi yaşam alanlarını etkiler?
 - a) Düşünce
 - b) Duygu
 - c) Davranış
 - d) Bunların hiçbirini
 - e) Bunların hepsini

5. Aşağıdakilerden hangisi şizofreninin en uygun nedenidir?
- Çocukluk döneminde ebeveynlerle güvensiz bir ilişkinin varlığı
 - Düşük sosyo-ekonomik düzey ve eğitim eksikliği
 - Yaşamsal sıkıntılarla birlikte bulunan beynin bir biyokimyasal bozukluğunun olması
 - Bunlardan hiç biri
6. Şizofrenisi olan bir bireyde aşağıdakilerden hangisi görülür?
- Başkalarının görmediği şeyleri görme
 - Etrafta kimse yokken bir takım sesler duyma
 - Başkaları tarafından zihnine bir şeyler sokulduğuna inanma
 - Kendini önemli bir kişi olarak görme
 - Bunların hepsi
7. Şizofrenisi olan bir bireyde aşağıdaki durumlardan hangisi en sık olarak görülür?
- Gerçek ile gerçek olmayanı ayırma da zorluk çekme
 - Anormal kalp çarpıntısı
 - Yükseklik korkusu
 - Şiddet içeren davranışlara eğilimli olmak
 - İki yada daha fazla kişiliğe sahip olmak
8. Sizce gerçek dışı, mantıksız düşünceyi (Dellüzyon) aşağıdakilerden hangisini ifade eder?
- Var olmayan yada gerçek olmayan şeyleri görmek
 - Gerçek dışı, mantıksız düşünceler bir şizofreni belirtisi değildir.
 - Üzüntü, hüznün, elem veren bir duygudur
 - Belli bir çağda ve toplumda gerçeğe uymayan ve mantıklı düşünce ile değiştirilemeyen inançlardır.
9. Sizce gerçek olmayan şeyleri görme aşağıdakilerden hangisini ifade etmektedir?
- Gerçek olmayan şeyleri görme şizofrenide görülen bir belirti değildir.
 - Gerçekte olmayan şeyleri varmış gibi görmektir.
 - Gerçek olmayan şeyleri görme bir gerçek dışı, mantıksız düşünce türüdür.
 - Psikiyatrinin tedavi edemeyeceği bir belirtidir.
10. Şizofreni tanısı almış bir bireyin tedavi şekliyle ilgili olarak aşağıdakilerden doğru olan şıkki seçiniz.
- Hipnoz yoluyla hızlı bir şekilde tedavi edilir
 - Tüm yaşamı boyunca daima hastalığının kötü deneyimlerini yaşayacaktır
 - Çok büyük bir olasılıkla doğru seçilmiş ve uygun ilaçlardan fayda görecektir.
 - Yardım edilmeden kendi kendine iyileşecektir.

11. Aşağıdakilerden hangisi şizofreni tedavisinde kullanılan en etkili yöntemdir?
- Elektro şok tedavisi(ECT)
 - İlaç
 - Uğraş tedavisi
 - Eğlence aktivitelerini içeren terapiler
12. Aşağıdakilerden hangisi şizofreniyi daha kötü bir duruma getirir?
- Aile üyelerinin stresi
 - Boş zamanları değerlendirecek bir uğraşın olmaması
 - Madde yada ilaç kullanmak
 - Alkol kullanmak
 - Bunların hepsi
13. Bir şizofreni hastasının şizofreniden tamamen kurtulma şansı nedir?
- Yüzde yüz kurtulabilir
 - Hiç şansı yoktur
 - Yüzde otuz şansı vardır
 - Yüzde elli kurtulabilir
14. Aşağıdakilerden hangisi Antipsikotik ilaçlar için söylenebilir?
- Kolaylıkla doz aşımına uğrarlar ve bunun sonucu ölümdür
 - Uzun süre kullanıldığında bağımlılık yaparlar
 - Güvenilmeyen ilaçlardır
 - Şizofreni belirtilerinin kontrol altına alınmasında etkili ilaçlardır
15. Antipsikotik ilaçlar aşağıdakilerden hangisine neden olurlar?
- Beyine zarar verirler
 - Madde bağımlılığı yaparlar
 - Bütün problemleri ortadan kaldırır
 - Hastalığın belirtilerini kontrol altına almaya yardımcı olurlar
16. Antipsikotik ilaçların en sık görülen yan etkileri nelerdir?
- Uyuşukluk
 - Güneş ışığına karşı hassasiyet
 - Huzursuz bacak yada titreme
 - Bunların hepsi
 - Bunların hiç biri

17. İlaç yan etkilerini azaltmak ve bunlarla baş etme yolları aşağıdakilerden hangisidir?
- a) Bir süre beklemek
 - b) Doktor kontrolünde verilen dozu azaltmak
 - c) Doktor kontrolünde istenmeyen yan etkiler olmaksızın ilacı değiştirmek
 - d) Bunların hepsi
 - e) Bunların hiç biri
18. Şizofreninin hangi semptomu antipsikotik ilaçlarla düzelmeyebilir?
- a) Duygularındaki kabarma
 - b) Hallüsinasyonlar
 - c) Dellüzyonlar
 - d) Düşüncedeki problemler
19. Eğer yetişkin bir psikiyatri hastası mahkeme tarafından hastaneye yatırılırsa aşağıdakilerden hangisi olabilir?
- a) Kişi 24 saat gözlem altında tutulabilir ve sonra hastaneden ayrılabilir
 - b) Psikiyatrik tedaviyi reddetmeye hakkı yoktur
 - c) Tedaviyi reddedebilir fakat mahkemeye bu konuyla ilgili olarak dilekçe vermek zorundadır
 - d) Hastaya öncelikle ECT uygulanır.
20. Şizofrenik bozukluğu olan bir birey beklenmedik bir durum karşısında kendisini baskı altında hissettiği zaman ne yapmalıdır?
- a) Kullandığı ilaçlardan doktor önerisi olmadan fazladan bir doz almalıdır
 - b) Bu günleri yatağından çıkmadan geçirmelidir
 - c) Doktoru yada terapisti ile yaşadığı güçlükler hakkında açık bir şekilde konuşmalıdır
 - d) Bu duruma aldırmamalıdır, çünkü zaman bütün problemleri çözecektir.

EK-III

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Aşağıda aileler hakkında 60 ifade bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuduktan sonra sizin ailenize ne derece uyduğuna karar veriniz. Önemli olan sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür.

Her ifade için 4 seçenek söz konusudur.

“Aynen katılıyorum” Eğer ifade sizin ailenize tamamen uyuyorsa işaretleyiniz.

“Büyük ölçüde katılıyorum” Eğer ifade sizin ailenize çoğunlukla uyuyorsa işaretleyiniz.

“Biraz katılıyorum” Eğer ifade sizin ailenize çoğunlukla uymuyorsa işaretleyiniz.

“Hiç katılmıyorum” Eğer ifade sizin ailenize hiç uymuyorsa işaretleyiniz.

Her ifadenin yanında 4 seçenek içinde ayrı yerler ayrılmıştır. Size uyan seçeneğe (X) işareti koyunuz. Her ifade için uzun uzun düşünmeyiniz. Mümkün olduğu kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Karasızlığa düşerseniz ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her ifadeyi cevapladığınızdan emin olunuz.

İFADELER	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.				
2. Günlük hayatımızdaki sorunların(problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.				
3. Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenini bilir				
4. Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getiremezler				
5. Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler				
6. Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda birbirimize destek oluruz				
7. Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız				
8. Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız				

9. Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınıyoruz				
10. Gerekğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız				
11. Evde dertlerimizi, üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz				
12. Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız				
13. Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğinizde sizi dinlerler				
14. Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir				
15. Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur				
16. Ailemiz üyeleri birbirlerine hoşgörülü davranırlar				
17. Evde herkes başına buyruktur				
18. Bizim evde herkes söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler				
19. Ailede bazılarımız duygularımızı belli etmeyiz				
20. Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz				
21. Ailecek korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınıyoruz				
22. Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz				
23. Gelirimiz(ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor				
24. Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır				
25. Bizim ailede herkes kendini düşünür				
26. Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz				
27. Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz				
28. Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz				
29. Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyler				
30. Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır				
31. Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinmeyiz				
32. Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir				

33. Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.				
34. Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz				
35. Evde genellikle söylediklerimizle söylemek istemediklerimiz birbirinden farklıdır				
36. Aile içinde birbirimize hoş görümlü davranırız				
37. Evde birbirimize ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz				
38. Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz				
39. Ailemizde sevgi, şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır				
40. Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız				
41. Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur				
42. Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterirler				
43. Evde birbirimize karşı açık sözlüydür				
44. Ailemizde hiç bir kural yoktur				
45. Evde birbirinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir				
46. Aile içinde, herhangi bir sorunun nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz				
47. Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz				
48. Bizim evde aklımıza gelen her şey olabilir				
49. Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz				
50. Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz				
51. Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz				
52. Sinirlenince birbirimize küseriz				
53. Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez				
54. Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz				
55. Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı, aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir				

56. Aile içinde birbirimize güveniriz				
57. Ağlamak istediğimizde birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz				
58. İşimize(okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz				
59. Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz				
60. Problemlerimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız				



STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini (X) koyarak işaretleyin.

Bir sıkıntım olduğunda

	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Uygun	Tamamen Uygun
1. Kimsenin bilmesini istemem.				
2. İyimser olmaya çalışırım.				
3. Bir muzice olmasını beklerim.				
4. Olayı/ olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.				
5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm.				
6. Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.				
7. Kendini kapana sıkışmış gibi hissedirim.				
8. Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.				
9. İçinde bulunduğum kötü durumu, kimsenin bilmesini istemem.				
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum.				
11. Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				
13. İş olacağına varır diye düşünürüm.				
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.				

	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Uygun	Tamamen Uygun
15. Problemin çözümü için adak adarım.				
16. Herşeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.				
17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18. Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
19. Herşeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.				
20. Problemi / problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				
21. Mücadeleden vazgeçerim.				
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
23. Hakkımı savunabileceğimi düşünürüm.				
24. Olanlar karşısında "kaderim buymuş" derim.				
25. "Keşke daha güçlü bir insan olsaydım" diye düşünürüm.				
26. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissediyorum.				
27. "Benim suçum ne?" diye düşünürüm.				
28. "Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm.				
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				

EK-V**MEMNUNİYET BELİRLEME FORMU**

Şizofrenik Bozukluklar ile ilgili olarak katıldığınız bu eğitim grubuna yönelik memnuniyetinizi en iyi ifade eden şıkkı lütfen işaretleyiniz.

Hiç (1)	Biraz (2)	Kararsızım (3)	Çok (4)
			X

İfadeler	Hiç (1)	Biraz (2)	Kararsızım (3)	Çok (4)
1- Bu eğitim grubunda yer almaktan ne kadar memnun oldunuz?				
2- Anlatılan konu başlıkları sizin için ilgi çekicimiydi?				
3- Size yardımcı olabileceğini düşündüğünüz özel şeyler öğrendiniz mi?				
4- Bu gruba katılmayı diğer hasta ailelerine önerirmiydiniz?				
5- Bu programın uzun dönemde size ne kadar yardımcı olacağını düşündünüz?				
6- Eğitimcinizden ne kadar memnun kaldınız?				

EK-VI**GRUP SONRASI DEĞERLENDİRME FORMU**

Aşağıdaki ifadeleri okuyun ve lütfen her birini “evet” yada “hayır” biçiminde işaretleyiniz.

İfadeler	Evet	Hayır
1. Şizofreni belirtilerini tanıyabiliyorum		
2. Şizofreniye yol açan nedenleri biliyorum		
3. Şizofreninin nasıl başladığını ve zaman içindeki seyrini öğrendim		
4. Hastalık öncesi özellikleri fark etmeyi öğrendim		
5. Hastama genelde nasıl yaklaşacağımı, iletişim kuracağımı öğrendim		
6. Kriz anında neler yapabileceğimi biliyorum		
7. Bir sorunla karşılaştığımda nasıl çözebileceğimi öğrendim		
8. Hastalığın şiddetlendiği dönemde hastama nasıl davranacağımı öğrendim		
9. Şizofreni tedavisinde ailenin yerini ve önemini kavradım		
10. Hasta ve ailesi için sosyal desteğin önemini kavradım		
11. Hastamdan neler bekleyebileceğimi (günlük yaşamdaki sorumluluklarını) öğrendim		
12. Hastalığım getirdiği güçlüklerle(sesler duyma, içe kapanma gibi) baş etmeyi öğrendim		
13. Hastalığın geçmeyen belirtileri ile baş etmeyi öğrendim		
14. Uygulanan ilaç tedavisinin gereklerini(düzenli ilaç kullanma ve sürdürme) öğrendim		
15. Tedavide kullanılan ilaçların yan etkileri konusunda bilgilendim		
16. Hastamın yasal hakları hakkında bilgilendim		
17.Gerekli durumda hastaneye yatışın amacını öğrendim		
18. Hastanede yatış süresince uyum sorunları ile baş etmeyi öğrendim		
19. Hastane sonrası evdeki yaşama uyumla ilgili bilgilendim		
20. Hastamın çeşitli alanlarda işlevsellik düzeyini değerlendirmeyi öğrendim		
21. Diğer hasta yakınlarıyla birlikte olmak, hastalıkla ilgili duyguları paylaşmak bana iyi geldi		
22. Diğer hasta yakınlarından destek aldığımı düşünüyorum		
23. Diğer hasta yakınlarından çok şey öğrendim		
24. Böyle bir gruba katılmaktan memnunum		
25. Grupla ilgili beklentilerim karşılandı		

EK-VII

AİLEYE YÖNELİK PSİKOEĞİTİM PROGRAMI

Psikoeğitim Programının İçeriği

1. OTURUM

İlk oturum grup üyeleri ve eğiticinin tanışma oturumudur. Tanışma işlemi bittikten sonra program tanıtılır. Güncel oturum planı yapılır. Grup içinde konuşma kuralları söylenir; bir üye konuşurken diğerleri onu dinler, iki kişi aynı anda konuşmamalıdır. Düşüncelerini, duygularını paylaşmaları gerektiği, akıllarına takılan her soruya eğiticiye sorabilecekleri belirtilmelidir.

Grup üyeleri kendilerini tanıtır. İsimleri soy isimleri, eğer çalışıyorlarsa işleri, medeni durumları, kimlerle birlikte yaşadıkları, nerede oturdukları, hasta ile yakınlık dereceleri, hastalarının hastalık süresi, seyri ve şu anki durumları hakkında söylemek istedikleri şeyler dinlenir.

Eğitim programı hakkında bilgi verilir. Daha önceden hazırlanmış olan formlar grup üyelerine dağıtılır. Bu formların birincisi, grup eğiticisinin adını, grubun yapıldığı yeri, zamanı ve oturumların tarihini belirten formdur. İkincisi grupta konuşulacak ana konuların başlıklarını içerir.

Her hasta yakınına hastaların halen kullandıkları ilaçları, en son doktora gittikleri tarihi belirtecekleri bir form daha verilir. Bu formda üyenin gruba gelmeden önceki hafta içinde, hastasını nasıl gördüğünü belirteceği bir kısım vardır. Hastanın o hafta boyunca ki genel durumunu 100 üzerinden değerlendirmesi istenir. Bu form her hafta doldurulur. İlk değerlendirmenin birlikte grupta yapılmasında fayda vardır. Üyelerin bunu nasıl değerlendirecekleri konuşulur. O hafta boyunca hastanın çalışma durumunu, öz bakımına gösterdiği özeni, ilgilendiği alanları, duygu durumunu değerlendirmeleri beklenir.

Üyelerin gruptan beklentileri konuşulmalıdır. Yukarıda yapılması söylenen her şey her bir üye için ayrı ayrı yapılmalıdır. Eğer oturumun süresi yetmezse eksik kalan kişilere diğer oturumda devam edilebilir.

Örnek: Bu grubun adı ruhsal eğitim grubu. Size şizofreni hastalığı, bu hastalığın ortaya çıkışı, seyri, tedavi olanakları ve ilaçlar konusunda bilgi vereceğim. Ama size bunları öğretmeye çalışırken bu bilgileri sizin kişisel deneyimlerinize tamamlayacağız. Çünkü sizler bu hastalığa sahip olan kişilerle yaşayan, onları en yakından gözleyen ve onların hastalıklarına tanık olan kişilersiniz.

Programın ana konuları hakkında sizlere bilgi vereceğim. Önce birbirimizi tanıyacağız. Programın ilk bölümünde sizi hastalık ve tedavisi konusunda bilgilendireceğim. Bu yaklaşık ilk 6-7 oturum boyunca sürebilir. Daha sonra ilaç alımı, hastaların ruhsal durumlarının bununla ilgisi ve ilacın düzenlenmesine aktif katılımlarınız hakkında konuşacağız. Amacımız ilaç tedavisinin hastanızın gereksinimlerine uyup uymadığını, değişiklik yapmanın gerekip gerekmediğini görmek. Bunları konuşmak da 3-4 oturum sürebilir. Son olarak da ağırlıklı olarak şizofreninin erken belirtileri ve kriz dönemlerinde başa çıkma yöntemleri ile ilgili konuşacağız. Bu da yine 3-4 oturum sürebilir. Amacımız, size hastanızın hastalığıyla baş etmesinde daha doğru ve etkili bir şekilde yardımcı ve destek olmanızı sağlamaktır.

2. OTURUM

Oturumun başında her ütenin önceden doldurmasını istediğimiz form 3 hakkında, teker teker her grup üyesi için konuşulur. Form 4 (Ek 4) dağıtılır. Bu formda birbirini ortadan kesen 2 çizgi vardır. Her bir uçta 100, kesişen orta noktada 0 yazılıdır. Grup üyelerini hastalarını 4 alanda (öz bakım, iş yaşantısı, sosyal yaşantı içindeki durumu, aile içindeki durumu) değerlendirerek bu çizgi üzerinde işaret koymasını isteriz. Bu her grup üyesi için ayrı ayrı grup önünde yapılır. İkinci aşamada, grubun diğer üyelerinden bu üyeye hastası hakkında çeşitli sorular sorarak bu alanlarda yeniden puan vermesini isteriz. Burada amaçlanan üyeye, hastasına kendi bakış açısıyla, diğerlerinin bakış açısı arasındaki farkı gösterebilmektir. Yüksek duygu dışı vurumu olan ailelerde özellikle kendi değerlendirmeleri ile grubun değerlendirmeleri arasında belirgin farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Bu farklar üzerinde konuşulmalı, bunun hastayı nasıl etkileyeceği paylaşımlarla birlikte tartışılmalıdır.

Örnek: Bugünkü konumuz hastalarınızı nasıl gördüğünüzü anlamaya çalışmaktır. Bunun için elinizdeki form 4'e bakacağız. Bu formu önce siz dolduracaksınız, daha sonra grup size sorular sorarak dolduracak. Böylece aynı sorunları yaşayan sizlerin aynı hastaya nasıl farklı bakabileceğimizi görmüş olacaksınız. Hastanızı nasıl gördüğünüzü, gerçekte nasıl görüldüğünü ve nasıl görmeniz gerektiğini net olarak burada ortaya çıkarmayı umuyoruz.

3. OTURUM

Oturumun başında her üyenin önceden doldurmuş olduğu Form 3 hakkında teker teker her grup üyesi için konuşulur. Şizofreni kavramı hakkında konuşma bu oturumun temel konusudur. Üyelerin şizofreni deyince ne anladıkları konuşulur. Hastalığın belirtileri üzerinde durulur. Toplum içinde hastalığa atfedilen şeyler(yanlış inançlar ve yanlış bilgiler) ve hastalığın uyandırdığı tepkiler tartışılır.

Örnek: Şizofreni sözcüğü, sözcük anlamı olarak, bölünmüş bilinç anlamına gelmektedir. Burada kastedilen kişiliğin bölünmesi değil, kişinin çevreyi ve kendisini bir bütün olarak algılayışının bozulmasıdır. Bu sözcük geçen yüzyılın sonunda doktorlar bu hastalığa yakalanan insanlar tarafından düzenli olarak ilgilenmeye başladıklarında ortaya çıktı. O zamanlar hastalığın seyri tamamıyla bilinmiyordu. Bu nedenle hastalığın seyrinin tamamen kötü olduğuna, tedavisinin olmadığına inanılıyordu. Gerçektende o zamanlar bugün kullandığımız ilaçların hiçbirisi yoktu. Şizofreni sözcüğünün olumsuz çağrışımları bu dönemlerden kaynaklanıyor.

Günümüzde şizofreni ağır, ciddi, ancak iyi tedavi edilebilen bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Hastalığın seyri hafiften ağıra kadar değişik şekillerde olabilir. Hastaların bir kısmı yalnızca bir kez hastalanır, daha sonra hastalık belirtileri görülmez. Bu kişilerde yakınma ve hastalık sonuçları tümüyle ortadan kalmıştır. İkinci bir grup hastadaysa birbiri ardından birkaç defa psikotik alevlenmeler ortaya çıkar bu alevlenmelerin arasında hemen hemen hiç yakınmaları yoktur. Diğer üçüncü bir grup hastadaysa ruhsal durum iyice bozulur. Bunun sonucu olarak sosyal koşulları da giderek kötüleşir, alevlenme dönemleri arasında da hastalığa ilişkin yakınma ve yetersizlikler görülür. Bu tür seyir en sık görülenidir. Hatta bu hastaların bazılarında artık alevlenme ve iyileşme durumlarını birbirinden ayırmak mümkün olmaz, bazı yakınmalar ve

yetersizlikler süreklilik kazanır. Çok önceleri şizofreninin daima büyük ruhsal yetersizliklere neden olduğuna inanılıyordu. Ancak bugün bu hastalığın seyrinin birbirinden çok farklı şekillerde olabileceğini biliyoruz.

4. OTURUM

Oturumun başında yine grup üyelerinin getirdiği Form-3 hakkında konuşulur. Önceki oturum gözden geçirilir, eksik kalanlar varsa tamamlanır veya bazı kısımlar tekrarlanır. Oturumun temel konusu hastalık modellerini tartışmak ve ortak bir hastalık modeli bulmaktır. Öznel hastalık modelleri üstünde durulur. Her bir üyenin hastasının hastalığının nasıl başladığı, kendilerini başlarken nasıl hissettikleri, çevreden aldıkları tepkiler, ilk başlangıç ile şu an hissediş ve bakış açıları arasındaki farklar konuşulur. Grup üyeleri arasındaki benzerlikler ve farklar bulunmaya çalışılır ve bunlar gruba gösterilir. Terazi modeli konuşulur. Form 5 ve 6 dağıtılır. Vulnarabilite ve hastalığa yatkınlığın nedenleri tartışılır. Üyelerin hastalığın nedenleri ile ilgili suçluluk duygularını paylaşımları sağlanır.

Örnek: Sizlere hastalığın nedenlerini ve tetikleyici etmenleri açıklayabileceğim bir model sunmak istiyorum. Ancak şunu bilmekte fayda var. Bugün tıp bilimi şizofreni hastalığına yol açan nedenleri kesinlikle saptayabilmiş değildir. Bugün kabul edilen görüş, hastalığa yol açan bir çok nedenin olduğu, bunların bazen tek tek bazen de bir arada hastalığa yol açtıklarıdır. Bu nedenle vulnarabilite(duyarlılık) kavramı geliştirildi. Vulnarabilite hastalığa duyarlılık, hastalığa yatkınlık, hastalıktan yaralanabilme anlamına gelmektedir.

Bu modeli bir terazi gibi düşünmek mümkündür. Terazinin bir kefesine yük kaldırma gücünü, diğer kefesine ise ruhsal yüklenmeleri koyduğumuzu düşünün. Ruhsak yüklenmeler ve bireyin yük kaldırma gücü eşitse, terazinin iki kefesi birbirine eşit olacak ve terazi dengede kalacaktır. Eğer bu denge bozuk ise terazinin göstergesi sağ doğru kayar ve hastalığın erken belirtileri ve onu takip eden akut alevlenme ortaya çıkabilir. Dengenin bu yünde bozulmasının iki nedeni olabilir;

- a. Bireyin ruhsal yük kaldırma gücü karşılaştığı ruhsal yüklenmelerden azdır.
- b. Ruhsal yüklenmeler yük kaldırma gücünden daha fazladır.

Bir kişide şizofreni ortaya çıkmışsa genellikle ruhsal yük kaldırma gücü düşüktür; yani hastalığa bir yatkınlığı vardır. Bu durumda başka kişilerin kolayca başa çıktıkları ruhsal yüklenmelerde şizofreni hastalarına fazla gelebilir. Diğer yandan eğer bir kişi olağanüstü ağır psikişik yüklenmelerle karşı karşıya gelirse bu da terazinin göstergesini sağa kaydırır. Burada aklınıza şu soru gelebilir: Neden bazı insanların ruhsal yük kaldırma gücü daha az? Niçin onların hastalığa yatkınlıkları daha fazla? Bu soru aslında hastalığa yol açan etmenlerle ilgili bir sorudur. Günümüzde bir çok etmenin hastalığa yol açtığını bildiğimizi daha öncede söylemişim. Bu etmenlerden biri kalıtsal yüklülük olabilir. Yani ailede hastalığa yakalanmış başka biri daha vardır, hastalığa yatkınlık böylece kalıtımla kişiye geçmiştir. Bir diğer etmen gebelik ve doğum sırasında beynin gelişimini etkileyecek sorunların ortaya çıkması olabilir. Fakat beynin gelişimindeki bu bozukluklar hemen fark edilmeyebilir ve kişinin zeka düzeyi ile hiçbir ilgisi yoktur. Şizofreni hastalığında zeka düzeyi düşük değildir. Bunun dışında eğitim ve erken çocukluk çağındaki çevre, aile yapısıyla ilgili etmenlerde vardır. Önemli olan hastalık etmenlerinin iki ayrı yönünü birbirinden ayırmaktır.

Birincisi düşük yük kaldırma gücü dediğimiz özelliktir, kişide hastalığa böyle bir yatkınlık olabilir, fakat hastalığın tam anlamıyla, akut hecme(alevlenme) olarak ortaya çıkması yıllar alabilir.

İkincisi ilk kez bir akut alevlenmenin ortaya çıkışı hastanın güncel yaşantısında ağır bir stresin(iş, aile, askerlik gibi) ortaya çıkışından sonra olabilir. Bunlara hatalığı tetikleyen etmenler diyoruz.

5. OTURUM

Form-3'ün değerlendirilmesiyle oturuma başlanır. Bir önceki oturum gözden geçirilir, eksik kalanlar tamamlanır. Bu oturumun temel konusu psikotik hastalarda tedavi yöntemleridir. Form-7 ve 8 hastalara dağıtılır. Neden tedavi gereksinimi olduğu tartışmaya açılır. Tedavi ile elde edilen şeyler konuşulur. İlaçla tedaviye giriş yapılır. Psikotik hastalıklarda kullanılan tedavi yöntemleri hakkında genel bilgi verilir. Hastaların tedavi deneyimleri, tedavi konusundaki yanlış, doğru inançları üstünde tartışılır. Grup üyelerinin ilaçlarla ilgili deneyimleri konuşulur. Nöroleptiklerin etkileri anlatılır.

Örnek; Elinizde bulunan 7 numaralı formlara bakalım. Bu formda ilaç alan ve almayan şizofreni hastaları karşılaştırılmıştır. Bu her iki grup hastada 2 yıl boyunca izlenmiş ve hastalığın nüksetme oranları karşılaştırılmış. Bu karşılaştırma hem 1. hem de 2.yılın sonunda yapılmış. Burada nöroleptik alan ve almayan hastalar arasındaki farkın ne kadar büyük olduğunu görüyoruz. İşte bu nedenle, yani nüksü azaltmak için hastalarınızın mutlaka nöroleptik ilaçları kullanması gerekli.

Şimdi nöroleptiklerin etki mekanizmasından da bahsedelim. Elinizde 8 numaralı formda iki sinir hücresinin buluşma noktalarının basitleştirilerek çizilmiş halini göreceksiniz. Bu buluşma noktalarına sinaps aralığı denir. Buradaki şekilde dopamin adı verilen birtakım yuvarlaklar görüyorsunuz. İşte bu dopamin, günümüzde şizofreninin sorumlularından biri sayılmaktadır. Dopamin hücreler arası iletimi sağlayan bir maddedir. Böyle maddelere de nörotransmitter denir. Dopamin şizofreni hastalarında bu sinaps aralığına fazla ve dengesiz olarak salınmaktadır. Böylece karşı taraftaki hücre dopamine özel algılayıcıları sayesinde daha sık uyarılmaktadır. İşte nöroleptik ilaçlar, bu dopamine özel algılayıcıları gidip tıkarlar ve bu algılayıcıların hücre içine uyarı göndermesini engellerler.

6. OTURUM

Bu oturuma yine diğer oturumlar gibi Form-3 üstüne konuşularak başlanır. 6. oturum 5. oturumun devamı niteliğindedir. Bir önceki oturum değerlendirilir. Nöroleptiklerin etkileri, genelde ve grup üyelerinin hastalarında gözledikleri şekliyle konuşulur. Esas ve yan etkileri hakkında bilgi verilir. Üyelerin kendi deneyimlerini paylaşmaları sağlanır. Depo nöroleptiklerin etki biçimi anlatılır. 9,10,11 numaralı formlar dağıtılır.

Örnek; 9 numaralı formda bugün ülkemizde kullanılan nöroleptik ilaçların sıralamasını görüyorsunuz. Bu sıralama ilaçların sakinleştirici ve antipsikotik etkilerine göre iki şekilde yapılmıştır. Buradan da anlaşıldığı gibi hastanızın kullandığı her ilacın etkisi aynı değil. Antipsikotik etki demek psikoza tedavi edici etki, psikoza karşı etki demektir. Şizofreni hastalığı da bir psikotik hastalık olduğu için, tedavisinde antipsikotik adını verdiğimiz bu ilaçları kullanmaktayız. Bu etki sağdaki tabana yakın ilaçlarda en fazla görülür. Örneğin halloperidol bu ilaçlardan biridir.

Nöroleptik ilaçların hastanızın hastalığını tedavi edici etkisi bakımından da farklılıklar gösterebildiğini görüyorsunuz. Bu entipsikotik etkiler arasındaki farklar ilaç dozları ayarlanarak azaltılabilir. Örneğin nörofrenin antipsikotik etkisi fazlayken sakinleştirici etkisi düşüktür. Largactil ise tam tersidir. Largactilin dozunu arttırarak aynı psikotik etkiyi elde edebiliriz. Hastalarımızın kullandığı farklı ilaçların farklı dozları bundan kaynaklanmaktadır.

Sakinleştirici ilaçların gösterildiği diğer üçgenin yönü tersinedir. En yukarıda sıralanan ilaçlar en fazla sakinleştirici etkiye sahip olanlardır. Arada her iki etkiye, psikoza karşı ve sakinleştirici etkileri orta düzeyde sahip olan ilaçlar dizilidir.

Her birinizin hastasının hastalık tipine göre uygun ilacın seçilmesi önemlidir. Bazen yan etkilerde ilacın seçiminde çok önemli rol oynarlar. Bu nedenlerle bazen her iki grup ilaç da hastanızın gereksinimlerine göre seçilerek birlikte kullanılabilir.

Bütün bunların dışında her kişinin nöroleptiklere yanıtı farklıdır. Aynı ilaç aynı dozda verildiği halde iki ayrı hasta da ayrı ayrı etkilere yol açabilir.

Bazılarımızın hastalarına 1-4 haftalık aralarla bir iğne, depo nöroleptik dediğimiz ilaçlar veriliyor. Depo bildiğimiz gibi hazırda, biriktirilmiş, kullanıma hazır şey anlamına geliyor. Depo nöroleptiklerde ilaç kas içine enjekte edilir. İlaç kasdan birden bire değil yavaş yavaş kana karışır. Depo nöroleptiklerin yararı kana değişmeyen bir hızla geçmeleri, bundan dolayı ilacın kandaki yoğunluğunun sabit kalmasıdır. Bu gerek esas gerekse yan etkilerin gelişimini olumlu etkiler. İğnenin yapılmasından sonraki günlerde ilacın kan yoğunluğu biraz yüksek olabilir, bu da yan etkilerin bu günlerde artışına neden olabilir.

Birçoğumuzun da dikkatini çekeceği gibi depo ilaçların diğer bir yararı da yalnızca haftada bir yada ayda bir kez ilaç alımını düşünmenin yeterli olmasıdır. Özellikle hastanızın ilaç uyumu kötüyse, sürekli takip etmenizi gerektiyorsa bu yöntem seçilebilir.

7. OTURUM

Her oturumun başında yapılan değerlendirmeler yapılır. İlaçla ilgili konuşulan konular tekrarlanır. Bu oturum tedavi için şimdiye kadar anlatılanların toplu olarak tekrarlandığı, tedavi gereksiniminin iyice vurgulandığı oturumdur. Hastalığın yeni alevlenmelerinden nükslerinden) korunmada ilacın etkisini bundan sonraki oturumlarda da sık sık tekrarlayın. Hastaların ilaç kullanımına ilişkin davranışlarının gözlemine girişi yapılır.

Form 12'yi dağıtın (Ek12). Haftanın her günü için bir tane almalarını söyleyin.

Örnek; Sizlerden bir sonraki oturuma kadar size dağıttığım çizelgeleri doldurmanızı istiyorum. Bunlar hastanızın gündelik ruhsal sağlık durumunu kaydedeceğiniz çizelgelerdir. Lütfen herkes gelecek haftaya yetecek kadar çizelge alsın. Her gün için bir çizelge doldurmanızı istiyoruz. Çizelgenin sol tarafındaki sütuna hastanızın her gün hangi sıklıkla ilaç aldığını belirtiniz. Bazı hastalar üç, bazıları iki kez, bazılarıysa günde bir kez ilaç almaktadır.

Öncelikle çizelgenin üzerine doldurduğunuz günün tarihini yazınız. Daha sonra ilacın alınış saati, örneğin sabahleyin 7.00 gibi, daha sonrada ilacın adını ve miktarını yazınız. "İlacın alındığı durum" sütununaysa, hastanızın ilacı aldığı sırada nerede yada ne yapmakta olduğunu yazınız. İş yerinde, kahvaltıdan sonra gibi. Depo iğnesi yapılan hastalar için yalnızca iğnenin yapıldığı tarihi kaydetmek yeterlidir. Çizelgenin sağ yanında üç çizgi görüyorsunuz. Bu çizgilerin bir ucunda 0 ve çok kötü, diğer ucunda 10 ve çok iyi yazılıdır. Bu çizgiler üzerinde hastanızı nasıl gördüğünüzü belirtmenizi istiyorum. Eğer hastanızı iyi, çok iyi görüyorsanız 10'u işaretleyin, eğer şöyle böyle görüyorsanız yaklaşık olarak çizgini ortasını işaretleyiniz. Hastanızın ruhsal durumunu günde mutlaka üç kez değerlendirmenizi, yani bu çizelgeye her gün üç kez çarpı işareti koymanızı istiyorum.

Hastanız depo ilaç kullanıyor dahi olsa yine üç kez işaretleyin.

Şimdi bu çizelgenin ne işe yarayacağını merak ediyorsunuz. Grubun bundan sonraki oturumlarında yoğun olarak her birinizin hastasının aldığı ilaçların ve bu ilaçları alışı biçiminin sizi memnun edip etmediğini, muhtemel değişikliklerle daha fazla yarar sağlama olasılığının olup olmadığını konuşacağız. Bütün bunları konuşabilmek için hastanızın halen hangi ilaçları, hangi dozda ve günde kaç defa aldığını ve bunlardan nasıl yararlandığını bilmeniz yarar var. Koyduğunuz işaretleri gözden geçirerek belli bir zaman dilimi içinde hastanızın ruhsal durumunda ne gibi değişikliklerin olduğunu ve bunların aldığı ilaçlar ve yaşadığı olaylarla olan ilişkilerini göreceğiz.

8. OTURUM

Form 3'ün değerlendirilmesi ve geçen oturumlardan kalanlar konuşulur. Günlük tutulan diğer çizelgelerin birinci bölümü değerlendirilir. Her hastanın ilaç alım davranışları belirlenmeye çalışılır. Daha sonra çizelgelerin ikinci bölümü olan ruhsal durum şemaları ortaya çıkarılır. Bunların sonunda da ilaç alma alışkanlıklarının düzeltilmesine yönelik düşünceler ve öneriler tartışılır.

Örnek; Her birinizin hastaları arasında ilacı alışı şekilleri açısından büyük değişiklikler olduğunu gördük. İlacı ne zaman ve nasıl aldıklarının hastalarınızın ruhsal durumlarını nasıl etkilediğini gördük. Bazılarınızın hastalarında ilacın etkinliğini arttırmak, yada yan etkilerini azaltmak amacıyla ilacın alınış şeklinde değişiklik yapılabilir mi acaba? Örneğin, ilacın günün başka bir saatinde alınması, her zaman düzenli olarak doktor tarafından önerilen şekilde alınması (Eğer öyle değilse), ilacın daha sık yada seyrek olarak kullanılması, ilacın daha düzenli olarak alınmasını sağlamak için yardımcıların bulunması gibi.

9. OTURUM

Her zamanki gibi oturuma başlanır (Form 3'ün değerlendirilmesi ve önceki oturumlardan kalanlar). Bu oturumun konusu grup üyelerinin hastalarının ilaçlarına ilişkin kendi davranışlarını gözlemlenmeleri üstünedir. Verilen ev ödevleri (Çizelgeler) gözden geçirilir. İlaç alma alışkanlıklarındaki olası değişiklikler konuşulur. Grup üyelerinin hastalarının ilaç tedavisine etkin olarak katılma olanakları araştırılır. Bütün bunlar her grup üyesi için yapılır.

Örnek; Sizlerle hastalarınızın ilaçla tedavisinin düzenlenmesine daha etkin olarak katılmanızı sağlayacak olanakları tartışmak istiyorum. Bu olanakların birini çok iyi biliyorsunuz. Hastanızın doktorunun gerektiğinde kullanılması için yazdığı ilaçlar. Yani doktorun bir ilacı hastanın gereksinimine göre kendisini iyi hissettiğinde bırakıp iyi hissetmediğinde bir yada birkaç tane alması için yazmasıdır.

Bu tür düzenlemeler bize göre çok önemli. Çünkü bu örnekte hastanızın ilaç dozunun düzenlenmesine etkin olarak katılmanız ve ne zaman ne kadar ilaca gereksinimi olduğu düşünmeniz gerekmektedir. Böylece hastanızın ne az ne fazla, tam gerektiği kadar ilaç alması mümkün olacaktır.

İlaçla tedaviye daha etkin katılmanın bir diğer yolu da ilacın bir kısmının bu şekilde düzenlenmesini doktorla görüşmektir. Eğer tedaviden sorumlu doktor uygun görüyorsa, ya ağızdan alınmakta olan ilaçların bir bölümü gereğinde alınmak üzere düzenlenir, yada depo ilaç kullanan hastalara depo ilaca ek olarak ağızdan bir ilaç daha eklenebilir. Bu durumda büyük olasılıkla depo ilacın dozu da düşürülecektir.

Eğer şu anda hastanızın aldığı dozun hastanızın ruhsal durumuna uymadığını düşünüyorsanız bu dozun yükseltilmesini yada düşürülmesini hastanızın doktoru ile konuşabilirsiniz.

Hastanızın aldığı ilacın değiştirilmesi de düşünülebilir. Yerine ana etkileri şu anda hastanızın almakta olduğu ilaca benzeyen, yada başka gruptan bir ilaç seçilebilir. Daha çok psikoz önleyici etkisi olan yada daha çok sakinleştirici bir ilacın seçilmesi gibi.

Burada şu nokta çok önemlidir. Eğer hastanızın aldığı ilaçta bir değişiklik yapıyorsanız, hastanızda yeni hastalık belirtilerinin ortaya çıkıp çıkmadığını yada yeni bir alevlenme tehlikesinin doğup doğmadığını çok iyi izlemeniz ve böyle bir tehlike karşısında ne yapacağınızı çok iyi bilmeniz gerekmektedir.

10.OTURUM

Oturum her zamanki değerlendirmelerle başlar. Bu oturumun konusu önceki oturumun devamıdır. İlaç tedavisinin düzenlenmesine etkin bir katılımın sağlanması konuşulur. Grup üyelerine verilen ev ödevleri değerlendirilir. Ayaktan tedaviyi yürüten doktorlarla görüşülebilecek konular saptanır. İlaçla tedavinin düzenlenmesinde hasta yakınlarının katılımı konusundaki deneyimler değerlendirilir.

11.OTURUM

Ailelerin hastalarının haftalık durumlarını değerlendirmesi ile başlar. Ev ödevleri konuşulur. Bu oturum programın 3. bölümünün başlangıcıdır. Terazi modeli hatırlatılarak hastalığın erken belirtilerinden söz edilir. Erken belirtilerin nasıl tanınacağı tartışılır. Erken belirtilere karşı alınabilecek önlemler saptanır. Form 13 ve 14 (Ek 13, 14) grup üyelerine dağıtılır. Form 14 ev ödevi olarak verilir. Bu formda grup üyelerinin hastalarında gözledikleri erken belirtileri yazmaları istenir. Zaman kalırsa oturum sırasında da form birlikte doldurabilir.

Örnek; Bugün ruhsal eğitim programının 3. bölümüne geçiyoruz. Bu bölümde kriz durumları, hastalığın nöksleri ile ilgileneceğiz. Hepinizin hastalarında gözlediğiniz gibi şizofreni alevlenmelerle giden bir hastalıktır. Bu alevlenmelerin habercileri “erken yazılacak hastalık belirtileri”dir.

Bir alevlenme tehlikesi baş gösterdiğinde belli davranış biçimleri ile, bu tehlikeyi engellemek yada hafif geçmesini sağlamak olasıdır. Bu davranışların, önlemlerin tümüne “Kriz planı” diyeceğiz.

Alevlenmelerin erken belirtilerinin neler olacağını bilmek çok önemlidir. Çünkü ancak bu belirtileri tanırsak, onların ayırımına varırsak onlara karşı önlemler alabiliriz. Bu önlemlerin en önemlilerinden biri hastanızın ilaç dozunun yeniden düzenlenmesi, yükseltilmesi olabilir. Bazen de alevlenme hastanızın ilaç dozunun değiştirilmesinden örneğin, düşürülmesinden yada alımının unutulmasından sonra ortaya çıkabilir. Bu nedenle eğer bilinçli bir şekilde hastanızın ilaç kullanmasını istiyorsanız hastalığın erken belirtilerini tanımalı ve bunlar ortaya çıktığında ne yapacağınızı öncene planlamalısınız.

Şimdi daha önce incelediğimiz terazi modelini hatırlayalım. Ruhsal yüklemenin arttığı yada ruhsal yük kaldırma gücünün azaldığı durumlarda bir alevlenmenin ortaya çıkabileceğini konuşmuştuk. Çok önemli bir nota var; Bütün belirtileri ile alevlenme ortaya çıkmadan önce erken belirtiler görülür. Bu erken belirtiler işlerin yolunda gitmediğini, hastalığın yada ciddi bir krizin yaklaştığını gösterir. Bu açıdan hastanızda bu dönemde ortaya çıkan yakınmaları tanımanızda büyük yarar var. Erken belirtileri hastanızda görünce hastanızın çevresindeki ruhsal yüklenmelerin neler olduğunu anlamaya ve düzenlemesinde yardımcı olmaya çalışmalısınız.

Hepinizin hastalık konusunda bir çok deneyiminiz var. Krizler ortaya çıktığında, yeni yakınmalar belirdiğinde hastanızda belirli davranış biçimleri geliştiğini biliyorsunuz. Şimdi bu konudaki deneyimlerinizi derleyip benzer noktaları arayacağız. Şimdi lütfen hastanızda hastalığın erken belirtilerinin ayırımına vardığınızda ne yaptığınızı, bu belirtilerin neler olduğunu hatırlamaya çalışın.

12. OTURUM

Oturumun başlangıcında her zaman yaptıklarımızı tekrarladıktan sonra, ruhsal yüklenmelerin düzenlenmesi, krizlerle başa çıkma konusunda hastalara nasıl yardım edilebileceği tartışılır. Hastalarının kriz dönemlerinde her bir grup üyesinin hissettikleri paylaşılır. Krizlerle başa çıkma ve hastaneye yatırma planı üzerinde konuşulur. Her bir üye için kriz planı oluşturulur. Kriz dönemlerinde hastaların başkalarına ve /veya kendilerine zarar verme(özkıym) potansiyelleri üzerinde konuşulur.

Ev ödevleri değerlendirilir. Grup üyelerinin hastalarında gözledikleri aşırı ruhsal yüklenmeler karşısındaki tepkileri ve yüklenmelerle başa çıkma tarzı üstünde durulur. Form 15 ve 16(Ek 15,16) grup üyelerine dağıtılır. Form 15 alevlenme veya kriz durumunda hastanızda görülen belirtiler listesidir. Form 16 ise hastanızın öznel kriz veya alevlenme belirtilerini yazabileceğiniz bir formdur.

Örnek; Bu gün hastalarınızda hastalığın erken belirtileri görüldüğünde yapılması gerekenleri konuşacağız. Bunun için tekrar terazi modelini hatırlayalım. Terazinin göstergesi sola, yani hastalık yönüne kayması için ruhsal yüklemenin fazla olması yani sol taraftaki “yük paketlerinin” çok sayıda olması gerekmektedir. Bu yük

paketlerinin içinde deęişik sorunlar bulunduęunu dūřtūnebiliriz. Őrneęin iř hayatinde yada kiřisel iliřkilerde ortaya çıkan sorunlar, iřsizlik yada yalnızlık. Modelimizde erken belirtilerin ortaya çıkmasına yol açan ikinci neden ruhsal yūk kaldırma gūcūnūn dūřuk olmasıdır. Kiři ya sūrekli bir gerilim altındadır, ya ilaçların koruyucu etkisi yeterli deęildir. Sonuç olarak kiřinin hastalıęa yatkınlıęı artmıřtır. Bu durumda ufak sorunlar bile ciddi bir krizin ortaya çıkmasına neden olabilir.

Alevlenmeyi engellemek için ya yūkleri azaltmak(sorun paketlerini hafifletmek yada ortadan kaldırmak) yada ruhsal yūkleri kaldırma gūcūnū, ruhsal dayanıklılıęı yūkseltmek gerekir.

Sizin aklınıza bu bakış açısı ile bakıldığında hastanıza nasıl yardımcı olabileceğiniz konusunda neler geliyor(her grup ũyesi için teker teker konuşulur)?

13. OTURUM

Bu oturumda da bařlangıç ařamalarımız gerçekleřtirildikten sonra, amaç; kriz planlarının oluřturulması ve bu planlarda ailenin veya dięer yakınların rolūnū saptamaktır.

Ev Ődevleri konuşulur. Bireysel kriz planları yapılır. Bu planda aile bireylerinin rolū belirlenir. Bu konuda hasta yakınlarının deneyimleri paylaşıma açılır.

Őrnek; Her kişinin yakınları ile kriz durumlarında yaşadığı deneyimler değişik olabilir. Bazen insanın yakınları ya da eři, krizler karşısında eleştiri ya da anlayış yoksunluğu içinde tepki gōsterebilir. Bu davranış biçiminin tabi ki hasta kişiye yarardan çok zararı dokunur. Psikotik yaşantıları Őncesinde içine dūřtūęū gūvensizlięi daha da arttırır. Ama siz onun çok iyi bir yardımcısısınız. Bunu hiç unutmamak gerekir. ūnkū siz onları başkalarından çok daha iyi tanıyorsunuz ve ortaya çıkan davranış geğişikliklerini bazen bizden bile daha çabuk ve iyi algılayabilirsiniz. Çoęunlukla insanın yakınlarına olan inancı ve gūveni yabancılara olandan daha fazladır, bu nedenle hastanızın sizden yardım istemesi daha kolaydır.

14.OTURUM

Bu oturum kapanış oturumudur. Her hafta değerlendirilen form 3 sayesinde hasta yakınları artık kendi hastalarını daha iyi gözlemleyebilmektedirler. Kriz planlarıyla ilgili son sözler söylenir. Ruhsal eğitim tedavisi geriye bakarak değerlendirilir.

Örnek; Bundan önceki oturumlarda krizle başa çıkma, alevlenmeler ve hastaneye yatışların önlenmesi konularını konuştuk. Ruhsal krizler ve hastalığın alevlenmelerini mutlak, yüzde yüz önlemenin imkanı yoktur. Yinede hastanızda böyle bir tehlikeyi hissettiğinizde önlemlerin alınması çok yararlı olacaktır.

Bu dağcıların aldığı önlemlere benzer; Üç dağcının değişik noktalarda tırmanmaya başladıklarını düşünelim. Üçü de beklenmedik aniden kopan bir fırtınanın etki alanına giriyor. Birinci dağcı yanına çok kötü bir donanım almış, hemen hemen hiç tırmanma aracı yok. Aynı zamanda deneyimli dağcılarında uyarılarını dikkate almamış ve hava durumunu da dinlememiş, genel dağcılık kurallarını da hiç bilmiyor. Bu dağcı doğal olarak fırtına karşısında çok çaresiz kalacak, deneyimli dağcılarının gelip kendisini kurtarmalarını bekleyecektir. Fırtına sırasında sağlığı zarar gördüğü için uzun süre hastanede kalması gerekecektir.

İkinci dağcı ise yanına iyi bir dağcılık donanımı almış, dağ ayakkabıları giymiş, suyu geçirmeyen bir ceketini var, yanına yeterince yolluk yiyecek almış, karşısına çıkabilecek tehlikeler hakkında bilgi edinmiş ve hava raporunu da dinlemiş. Tüm bu önlemlere karşın bu dağcı da fırtınaya yakalanacaktır. Eğer fırtınaya çok sarp bir yamaca tırmanırken yakalandıysa onun da şansı kötüdür, kurtarma ekipleri onu da hastaneye götürecektir.

Üçüncü dağcı ise, yola çıkmadan önce gerekli bütün önlemleri almış, bunun dışında yanında fırtınanın çıkacağını haber veren bir barometresi var. Bunu görünce kendiliğinden yolunu değiştirip geriye dönüyor.

Bizim kriz planlarımız ve ruhsal yüklenmeleri düzenlemeye yönelik düşüncelerimiz buna benziyor. Hayat yolunda bu önlemlerle ilerlemek, mutlaka önlem almadan yola çıkmaktan daha akıllıca bir davranıştır. Dahası bu önlemleri göz ardı etmek, hastalığı hafife almaktır.

Diğer yandan bir kriz planı yapıp, hastanızın ona uymasını sağlasanız bile hastalığın alevlenmelerinden kesinlikle uzak kalacağınıza dair bir güvenceniz yok. Fakat büyük bir olasılıkla hastalığa karşı savaşınızda daha başarılı olacaksınız.



ER

1

GRUP PROGRAMI

7:
yöneticileri:
tı sayısı:

Toplantı tarihleri:

- | | |
|----|-----|
| 1. | 8. |
| 2. | 9. |
| 3. | 10. |
| 4. | 11. |
| 5. | 12. |
| 6. | 13. |
| 7. | 14. |

GRUP TEDAVİSİ OTURUMLARININ YAPILANDIRILMASI

3

Ölüm; Hastalık ve tedavisi konusunda bilgilendirme

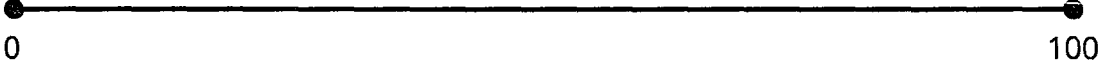
Ölüm; Hastanızın ilaç alımı ve ruhsal durumunun gözlemi ilacın düzenlenmesine katılım

Ölüm; Erken belirtiler (öncül belirtiler), alevlenme belirtileri ve krizlerle başa çıkma



k; 3
orm 3

im:
arih:

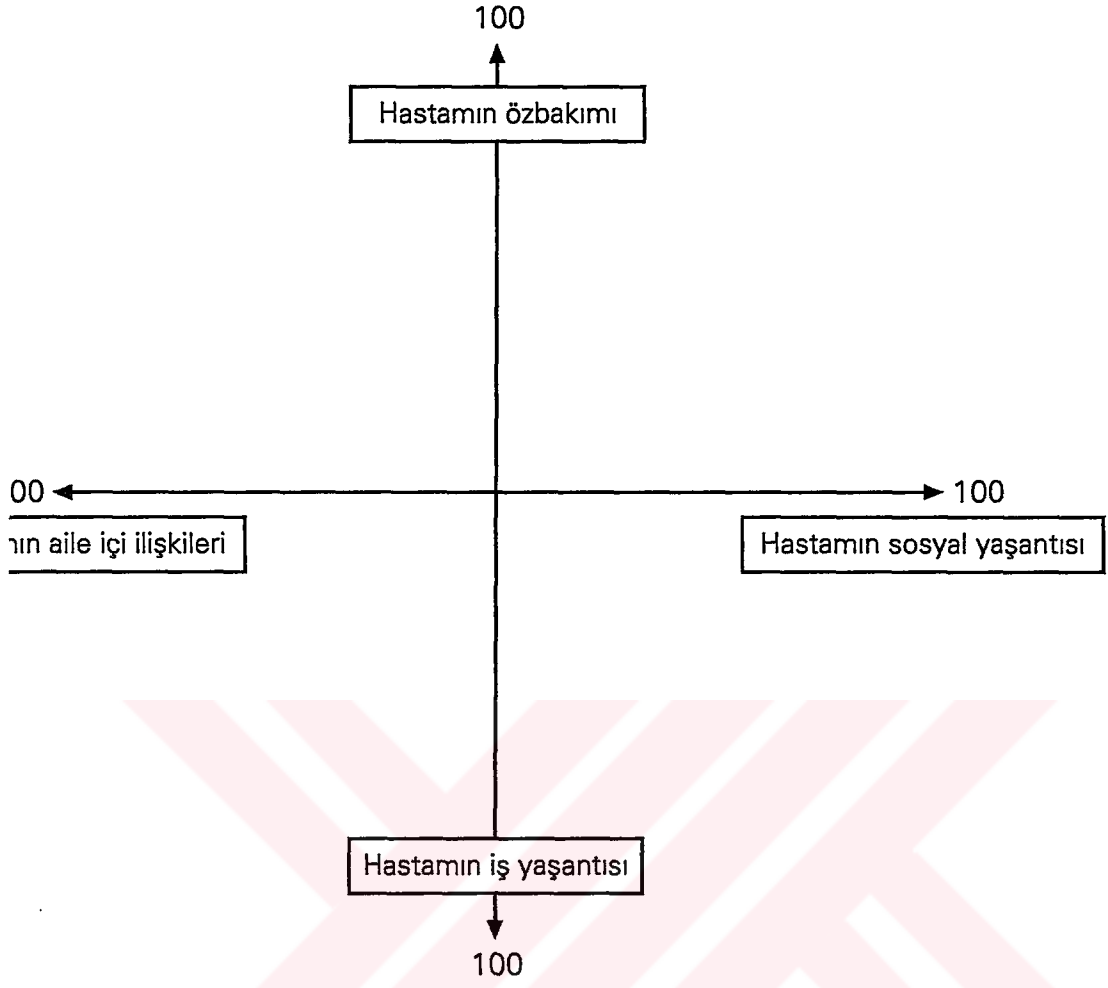


astamın kullandığı ilaçlar:

-
-
-
-

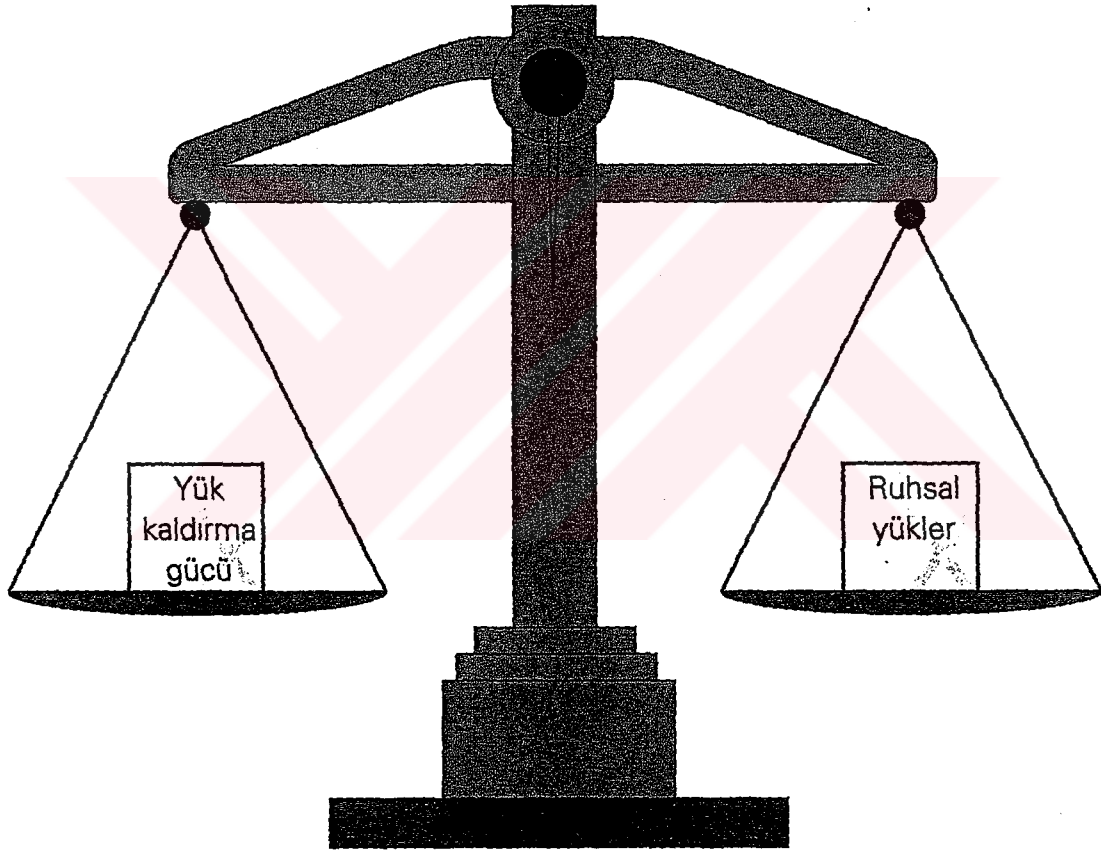
lastamın psikiyatriste son gidiş tarihi:

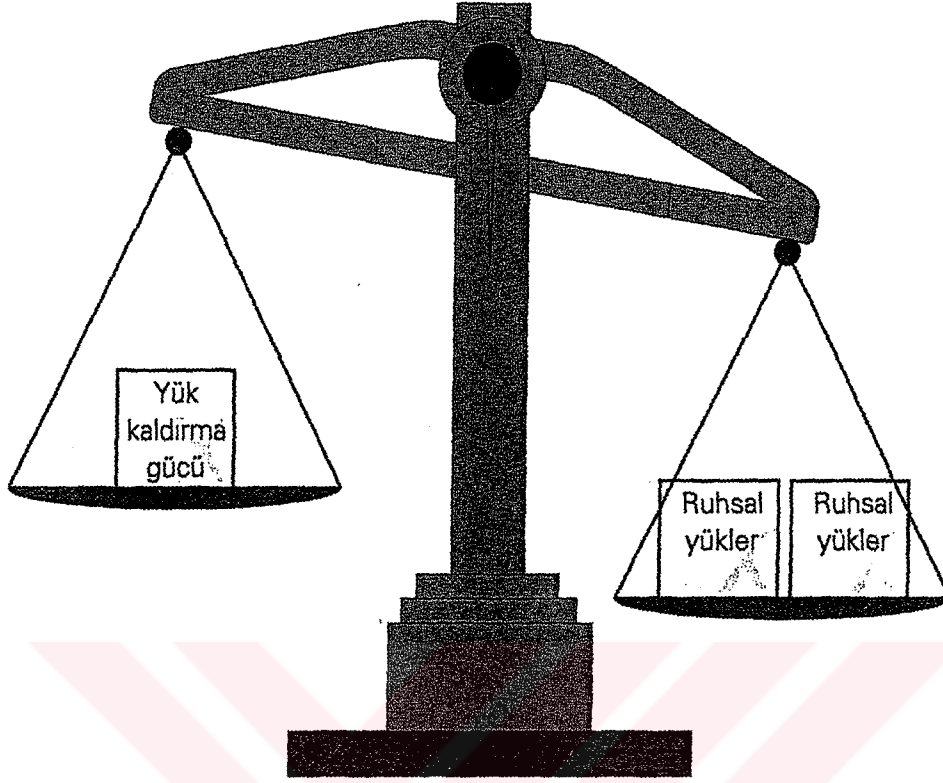
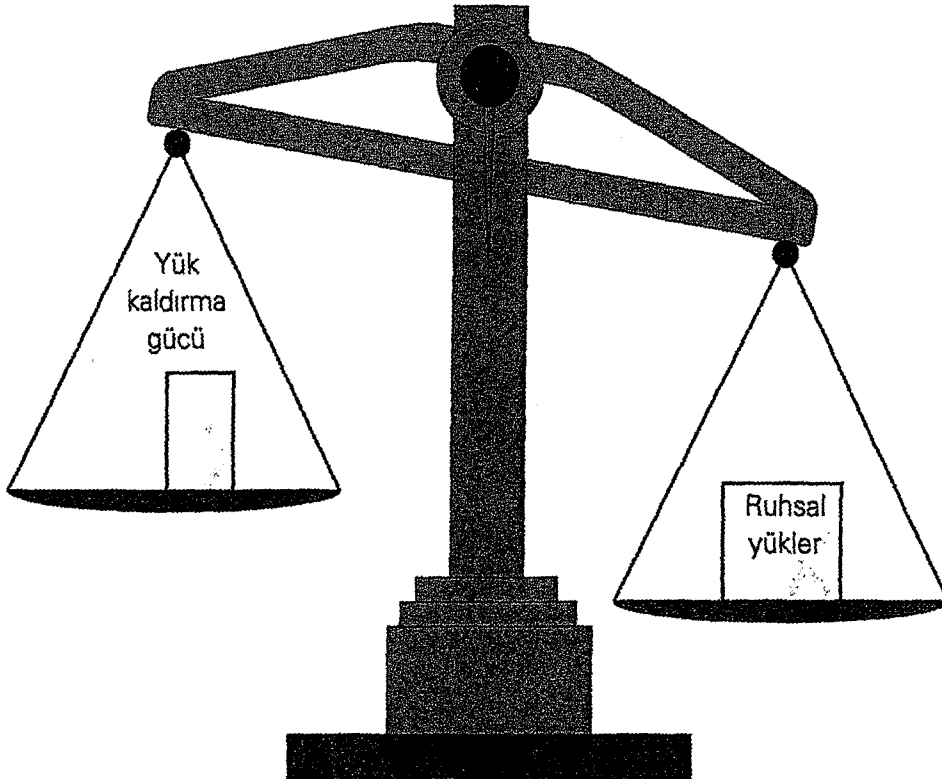
lastamın depo iğneyi son vuruluş tarihi:



Ek; 5
Form 5

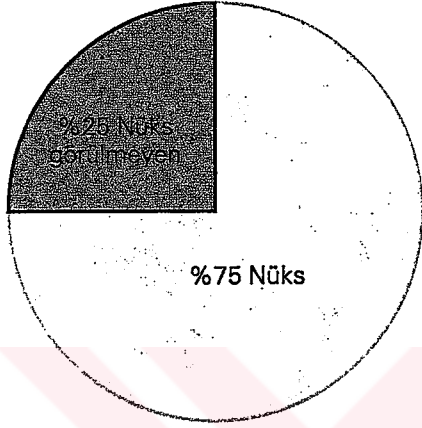
TERAZİ MODELİ



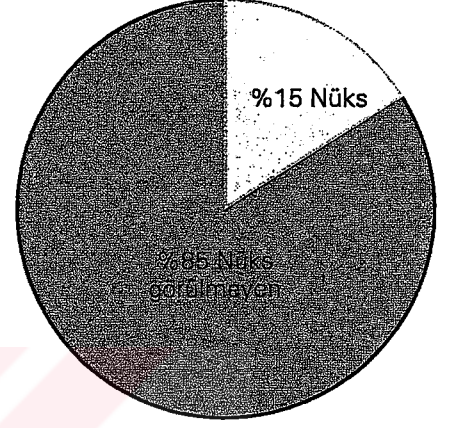
HASTALIK MODELİ 1**HASTALIK MODELİ 2**

Ek; 7
Form 7

12 AYLIK SÜRE BOYUNCA NÖROLEPTİK ALAN VE ALMAYAN HASTALARDA NÜKSLER

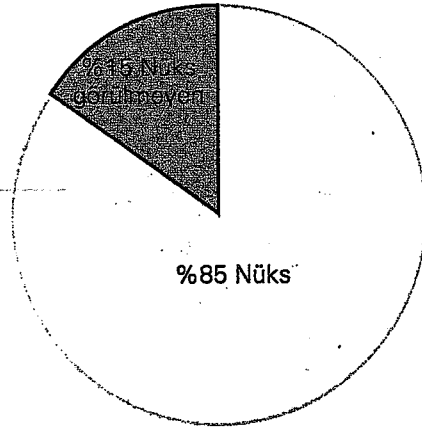


Nöroleptik Almayanlar

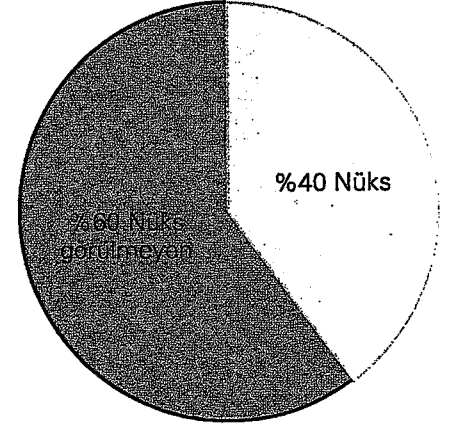


Nöroleptik Alanlar

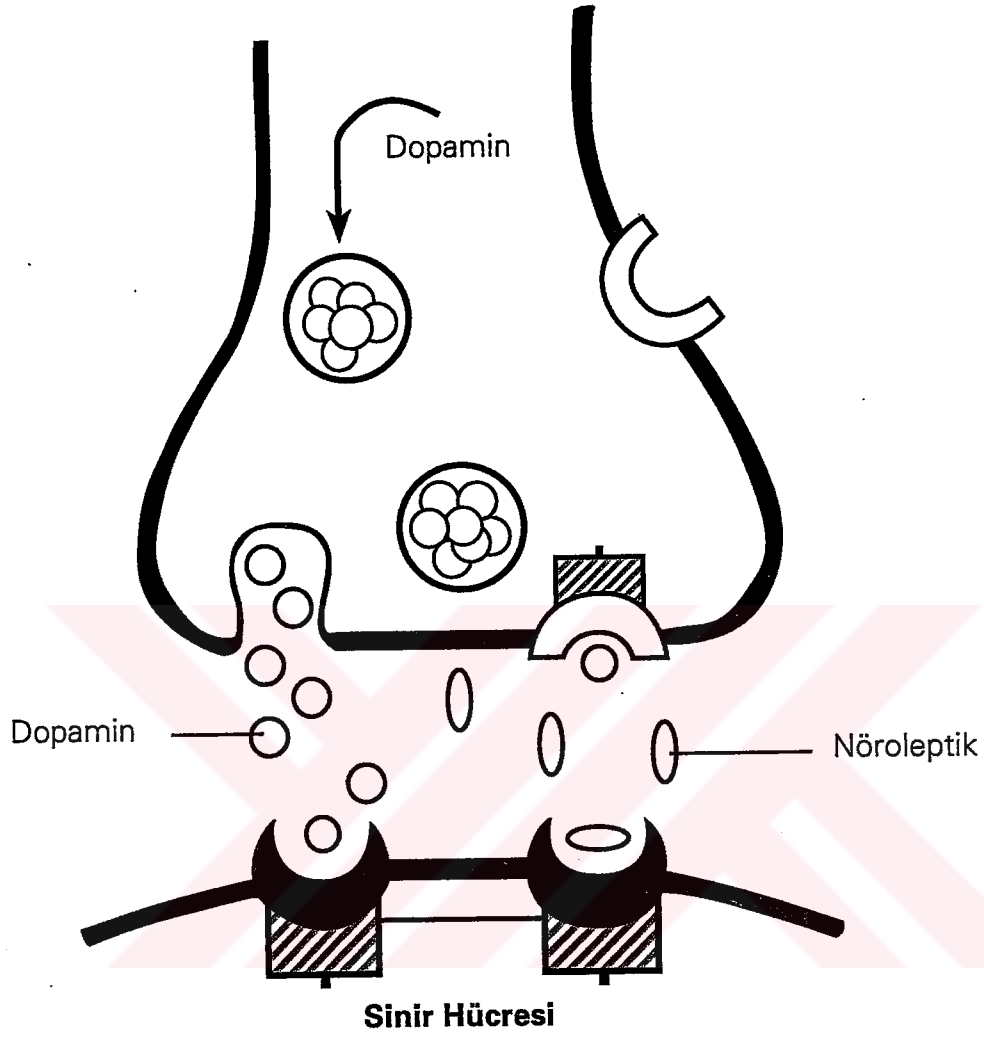
24 AYLIK SÜRE BOYUNCA NÖROLEPTİK ALAN VE ALMAYAN HASTALARDA NÜKSLER



Nöroleptik Almayanlar

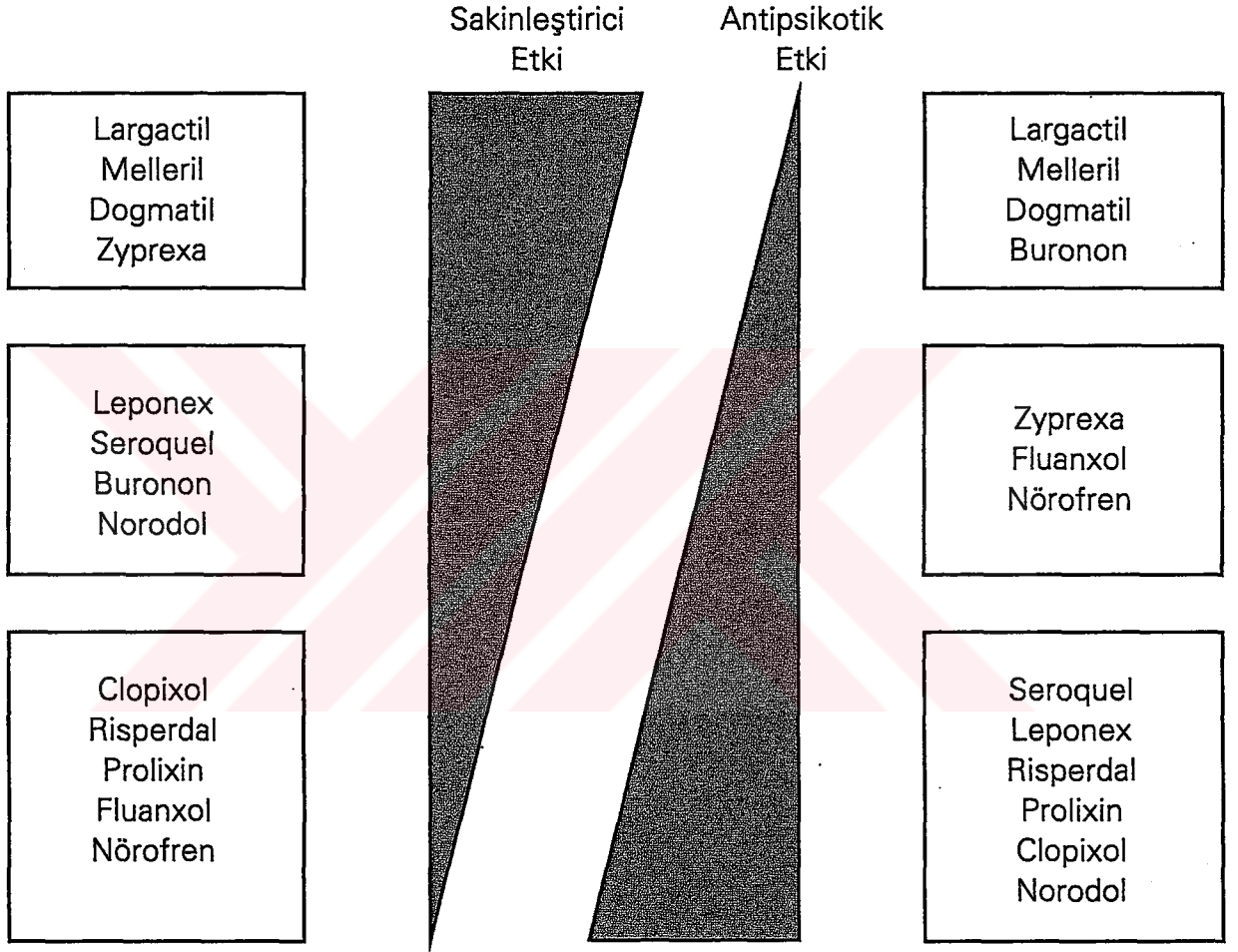


Nöroleptik Alanlar



Ek; 9
Form 9

NÖROLEPTİKLERİN ETKİLERİ



DELEPTİKLERİN ANA ETKİLERİ

tipsikotik etkisi; psikotik yaşantılarında gerileme, yani sanrılar ve varsanılarda
ima, konsantrasyon yeteneğinde düzelme, düşünme süreçlerinde normalleşme,

kinleştirci; uyku getirici, gevşetici, kaygı giderici, iç huzursuzluğu azaltıcı,

stabilgi önleyici etki; yeni hastaneye yatışların önlenmesi ya da azalması, yeni
çslerin sıklığının ve şiddetinin azalması.



Ek; 11
Form 11

NÖROLEPTİKLERİN YAN ETKİLERİ

- a. Hareket bozuklukları;** istem dışı kas hareketleri, otururken huzursuzluk hissetme, kas sertliği, titreme, geç başlangıçlı istem dışı yılankavi hareketler, hareketlerde yavaşlama,
- b. Metabolizma ve dolaşım;** ağız kuruluğu, salyada artma, kabızlık, iştah artışı, baş dönmesi, terlemede artma,
- c. Diğerleri;** çabuk yorulma, çökkün duygulanım, cinsel bozukluklar, kilo alımı, görme bozuklukları...



12
1 12

Soyadı:

Tarih:

İldiğiniz saat	İlacın adı	İlacın dozu	İlacı aldıgında durumu

Sabah
0 ————— 10

Ögle
0 ————— 10

Akşam
0 ————— 10

Ek; 13
Form 13

ERKEN BELİRTİLER LİSTESİ

- Herkesin kendisine güldüğü ya da kendisini gözlediği duygusu, herşeyi üzerine alınma,
- Dine olan ilginin artması,
- Akıldan kovulamayan düşünceler,
- Kısa süreli işitsel algı yanılgıları,
- Denetleniliyor olma duygusu,
- İlaçları kesme isteği, hasta olma bilincinin azalması,
- Güvensizlik,
- Sinirlilik, saldırgan duygulanım,
- Gerilim duyguları,
- Depresif, bunaltılı ruh hali, ölüm düşünceleri,
- İlgilerin azalması ya da kaybı,
- Sevinme yeteneğinin kaybı,
- Değersizlik hissi,
- Çıldırma korkusu,
- Nedensiz yere kendini kötü hissetme,
- Halsizlik, zayıflık hissi,
- Uyku bozuklukları,
- Huzursuzluk,
- İştah kaybı,
- Yeme içme alışkanlıklarının değişmesi,
- Kötü rüyalar,
- Gürültüye duyarlılığın artması,
- Bedensel değişiklikler (mide ağrıları, kafada basınç hissi, titreme),
- Dikkat yetersizliği,
- Sosyal geri çekilme,
- Unutkanlık,
- Dış görünümüne önem vermeme, özbakımı ihmal,
- Günlük alışkanlıklarında değişiklikler,
- Mesleki alanda güçlükler (işverenle, meslekdaşlarla anlaşmazlıklar),
- Diğerleri,

mın kişisel hastalığına özgü erken (öncü) belirtiler şunlardır;



Ek; 15
Form 15

Alevlenme/Kriz Belirtileri

Varsanılar;

İşitme; Hastanın gerçekte var olmayan sesleri duyması. Bu sesleri yalnızca kendisi duyar. Kadın veya erkek sesi, tanıdık veya yabancı sesler olabilir. Konuşma sesleri veya anlaşılmasık sesler olabilir.

Görme; Hastanın gerçekte var olmayan görüntüleri uyanıkken görmesi. Bu görüntüleri yalnızca kendisi görür. Kadın veya erkek görüntüsü, tanıdık veya yabancı başka görüntüler olabilir.

Koku; Hastanın gerçekte var olmayan kokular duymasıdır.

Tad alma; Hastanın ağzına gerçekte var olmayan birtakım tadların gelmesi,

Dokunma; Gerçekte olmadığı halde, hastanın üstünde bir şey gezdiğini hissetmesi veya birşeyin dokunduğundan emin olması,

Sanrılar;

Kötülük görme inancı,

Kafasına düşüncelerin sokulduğuna, düşüncelerinin yayıldığına inanması,

Televizyondan, radyodan mesaj aldığına inanması,

Kendini güçlü, önemli bir kişi sanma,

Yakınlarının yakını olmadığını, başka kişiler olduğunu söyleme,

Kıskançlık - aldatılma inançları.

Cinsellikle ilgili sanrılar, ünlü birinin kendine aşık olduğunu sanma gibi,

Diğerleri...

16

100 alevlenme sırasındaki belirtileri şunlardır;



EK-VIII

PSIKOEĞİTİM PROGRAMI GRUP SÜRECİ

Bu bölümde, araştırmaya katılım gösteren hasta yakınları ile yapılan psikoeğitim grup süreci sonucunda elde edilen veriler yer almaktadır. Hasta yakınlarının iletişim ve ekileşimleri, hazırlanan eğitim program içeriği doğrultusunda incelenmiştir.

Psikoeğitim Programının yürütülmesi sırasında kullanılan eğitim programının içeriği, Psikiyatrik Araştırmalar ve Eğitim Merkezi Derneği (PAREM) tarafından geliştirilen, “Şizofrenide Psikososyal Tedaviler Projesi” kapsamı içinde yer alan “Şizofrenik Hasta Ailelerinde Ruhsal Eğitim Grupları” kitapçığı rehber alınarak hazırlanmıştır (109,110). Psikoeğitim grubun amaçlarını şu şekilde sıralayabiliriz.

- Hastalığı yaşayan kişi olarak hasta, sorunu paylaşan ve uyum sağlamaya çalışan kişiler olarak hasta yakınları ve tedavi ekibi arasında bir ilişki başlatmak,
- Hastalığın bilimsel modeli olarak kabul edilerek nedeninin bilinmediği ve hasta ailesinin sorumlu olmadığı bir hastalık olarak kabul edilmesini sağlamak,
- Aynı sorunları olan insanlarla tanışarak, kendi yaşadıklarını pek çok ailenin yaşadığını görerek, gizlilik, utanç ve suçluluk duygularını paylaşabilmelerini sağlayabilmek,
- Şizofreni ve onunla baş etme hakkında bilgi; yanlış inançlar, bilgiler, şizofreni damgası hakkında konuşmak,

- Bazı ailelerde duygu dışı vurum düzeyinin yüksek olması, hastaya yönelik öfke, eleştiri gibi duyguların yoğunluğunda artışa neden olabileceğinden, aile ile işbirliği yaparak hasta üzerinde olumsuz rol oynayabilecek bu duyguların en aza inmesini sağlamak,
- Ailenin, şizofreni hastalığının hastanın yaşamında yaratacağı engelleri kabul ederek, hastadan bekleyebileceği şeyleri bilmesini ve bununla ilgili hastanın yaşayacağı zorlanmaları azaltmasını sağlamak,
- Ailenin kendi hastasının ilaç uyumunu artırarak, hastalığının erken belirtilerini tanıyarak böylece olası nöksleri azaltmak ve hastalığın akut dönemleri sırasında yapılması gerekenler, hastaneye yatırma konusunda yaşanacak sorunlar konusunda da hazırlıklı olmalarını sağlamak,
- Hastayı aile içi ve aile dışı stres kaynaklarına karşı uyarmak ve hazırlamak,
- Bazı ailelerde aile bireylerinin yaşamı tamamen hasta ve onun yaşantısı üzerine kurulduğundan, hasta ile aile bireylerinin bağımsız yapabilecekleri işleri saptamak ve aile bireylerinin de kendi sağlıklı yaşantılarını sürdürmelerini sağlamak,
- Tedavi ortamlarında ve evde ileri derecede yapılandırılmış ve önceden kestirilebilir çevre koşullarının oluşturulmasına çalışmak,
- Hasta ve ailesi için yaşam kalitesini arttıracak yeni baş etme yöntemleri edinmelerini sağlamak,
- Ailenin şizofrenik bir hasta ile birlikte yaşamının getirdiği güçlükleri daha kolay aşmasını sağlamak,
- Bu bütünlük içinde bilgi ve destek sağlamaktır.

Bu kapsam ve amaçlar doğrultusunda hazırlanan ve uygulanan psikoeğitim grup s¼reci ile ilgili bilgiler aşağıda yer almaktadır.

Psikoeğitimin y¼r¼t¼leceęi grupları oluşturmak amacı ile yapılan tanıtım toplantıları sonrasında, 1. Grup için 16 üye, 2. Grup için 15 üye psikoeğitim gruplarına s¼rekli olarak devam etmeyi kabul etmiş ve her iki grup için programın y¼r¼t¼leceęi g¼n ve saat tespit edilmiştir. Grup yelerinin eğitim programına devamlılığını sağlanmak amacı ile psikoeğitimin y¼r¼t¼leceęi g¼n ve saatin hasta yakınları tarafından saptanmasına olanak tanınmış ve grup üyelerinin ortak kararı sonucu toplantının yapılacağı g¼nler, 1. grup için Cuma ve 2. grup için arşamba ve saat 10.00 olarak belirlenmiştir.

Her oturumda iki gruptaki hasta yakınlarının tamamı belirlenen g¼n ve saatte toplantılara katılım g¼stermiřtir.

Eğitim grubu s¼recinin başında eğitimci toplantının amacını açıklayıp, eğitim programının içeriğinden bahsettikten sonra grup yeleri sıra ile kendilerini tanıtılmışlardır. Bu tanıtımda grup yeleri, isim ve soyadlarını, medeni durumlarını, nerede ve kimlerle yaşadıklarını, hasta ile olan yakınlık derecelerini, hastalarının hastalık s¼resini, seyrini ve şu anki durumlarını belirttikten sonra, hastalık nedeniyle aile içi ve sosyal çevrede yaşadıkları sorun alanlarını, bu gruba katılma amaçlarını ve beklentilerini ifade etmişlerdir.

Her iki gruptaki üyelerin tanıtımı aşağıda olup, isim ve soyadları etik açıdan uygun olmadığı için belirtilmemiştir.

1. GRUP

- 1.üye :** Ev hanımı. Hem oğlu hem eşi şizofreni hastası, oğlu 24 yaşında ve 6 yıldır tedavi görüyor.
- 2.üye:** Ev hanımı. Oğlu şizofreni hastası, 24 yaşında ve 5 yıldır tedavi görüyor.
- 3. üye:** Ev hanımı. Oğlu şizofreni hastası, 19 yaşında ve 1 yıldır tedavi görüyor.
- 4.üye:** Mimar. Kızı şizofreni hastası, 25 yaşında ve 5 yıldır tedavi görüyor.
- 5. üye:** İnşaat mühendisi. Oğlu şizofreni hastası, 24 yaşında ve 8 yıldır tedavi görüyor.
- 6.üye :** Öğretmen. Kızı şizofreni hastası, 27 yaşında ve 5 yıldır tedavi görüyor.
- 7.üye:** Polis memuru. Oğlu şizofreni hastası, 17 yaşında ve 1 yıldır tedavi görüyor.
- 8. üye:** Ev hanımı. Kızı şizofreni hastası. 25 yaşında ve 5 yıldır tedavi görüyor.
- 9.üye:** İmam. Oğlu şizofreni hastası. 22 yaşında ve 4 yıldır tedavi görüyor.
- 10. üye:** Ev hanımı. Kızı şizofreni hastası. 28 yaşında ve 5 yıldır tedavi görüyor.
- 11.üye:** Ev hanımı. Eşi şizofreni hastası. 45 yaşında ve 17 yıldır tedavi görüyor.
- 12. üye:** Kardeşi şizofreni hastası. 24 yaşında ve 5 yıldır tedavi görüyor.
- 13. üye:** Çiftçi. Kızı şizofreni hastası. 20 yaşında ve 2 yıldır tedavi görüyor.
- 14. üye:** Çiftçi. Oğlu şizofreni hastası. 40 yaşında ve 20 yıldır tedavi görüyor.
- 15. üye:** Ev hanımı. Oğlu şizofreni hastası. 30 yaşında ve 2 yıldır tedavi görüyor
- 16. üye:** Öğretmen. Babası şizofreni hastası. 42 yaşında ve 20 yıldır tedavi görüyor.

2. GRUP

- 1.üye:** Öğretmen. Eşi şizofreni hastası. 46 yaşında ve 26 yıldır tedavi görüyor.
- 2. üye:** İşsiz. Kardeşi şizofreni hastası. 19 yaşında ve 2 yıldır tedavi görüyor.
- 3. üye :** Öğrenci. Kardeşi şizofreni hastası. 18 yaşında ve 1 yıldır tedavi görüyor.
- 4. üye:** Polis memuru. Oğlu şizofreni hastası. 18 yaşında ve 1 yıldır tedavi görüyor.

- 5.üye:** Ev hanımı. Oğlu Şizofreni hastası. 39 yaşında ve 17 yıldır tedavi görüyor.
- 6. üye:** Ev hanımı. Kardeşi Şizofreni hastası. 55 yaşında ve 25 yıldır tedavi görüyor.
- 7. üye:** Öğrenci. Babası Şizofreni hastası. 50 yaşında ve 30 yıldır tedavi görüyor.
- 8. üye:** Ev hanımı. Oğlu Şizofreni hastası. 19 yaşında ve 2 yıldır tedavi görüyor.
- 9. üye:** Ev hanımı. Oğlu Şizofreni hastası.. 60 yaşında ve 30 yıldır tedavi görüyor.
- 10.üye:** İşsiz. Annesi Şizofreni hastası..
- 11. üye:** Babası Şizofreni hastası. 54 yaşında ve 30 yıldır tedavi görüyor.
- 12.üye:** Ev hanımı. Eşi Şizofreni hastası. 55 yaşında ve 22 yıldır tedavi görüyor.
- 13. üye:** Esnaf. Oğlu Şizofreni hastası. 28 yaşında ve 3 yıldır tedavi görüyor.
- 14. üye:** Çiftçi. Kızı Şizofreni hastası. 28 yaşında ve 8 yıldır tedavi görüyor.
- 15.üye:** Esnaf. Eşi Şizofreni hastası. 40 yaşında ve 15 yıldır tedavi görüyor.

Her iki grupta ki hasta yakınları hastalık nedeniyle, aile içinde birbirleriyle ve yakın çevreleriyle ilgili problemler yaşadıklarını ifade ederken, “Hastalık nedeni ile birbirimizle olan ilişkilerimiz bozuldu, birbirimizi nedensiz yere kırıp , üzüyoruz”. “Hastayı yalnız bırakıp hiç bir yere gidemiyoruz, ne akraba ne konu komşu hiç kimselerle görüşmez olduk”, “Bana bir şey olursa hastama kim bakacak, ne yapacak bilemiyorum, her ikimizin geleceği içinde endişeleniyorum” şeklinde açıklamalarda bulunmuştur.

Grup üyelerinin çoğunluğu daha önce bu tür bir programa katılmadığını belirttikten sonra, Şimdi katıldıkları gruba yönelik beklentilerini de şöyle ifade etmişlerdir; “Hastama ve diğer Şizofreni hastalarına yönelik bakımda kendimi geliştirmek istiyorum”, “Şizofreni ve tedavisi hakkında bilgi edinmek istiyorum”, “Hastamın hastalığından kaynaklanan sorunları daha kolay çözmek ve kendi ruh

sağlığını koruma yollarını öğrenmek istiyorum”, “Hastamla iyi bir iletişimi nasıl daha rahat kurabilirim bunu öğrenmek istiyorum”, “Hastalıkla başatme yollarını ve kimlerden yardım alabileceğimi bilmek istiyorum”.

Grup üyelerinin yaşadıkları problemleri ifade ederken genel olarak sabırsız ve endişeli oldukları gözlenmiştir. Eğitimci, hasta yakınlarına, hastayla birebir yaşayanlar olarak yaşamakta oldukları kaygı, sıkıntı ve endişeler konusunda haklı olduklarını belirttikten sonra, yapılacak oturumlarda tüm bu yakınma ve sorunlarla ilgili konu başlıkları olduğunu ve bunların tek tek konuşulacağını belirtmiştir.

Bir sonraki toplantıda grup üyelerinin çoğunluğunun, grup başlama saatinden çok önce bir araya geldikleri ve genel olarak bir önceki toplantıda oturdukları yerleri tercih ettikleri gözlemlenmiş olup, eğitim için motive oldukları düşünülmüştür. Eğitimci tarafından grup kuralları (dinleme, göz teması, gizlilik ilkesi vb.) tekrar hatırlatıldıktan sonra üyelerin “şizofreni” deyince ne anladıkları konuşulmuştur.

Hasta yakınları şizofreninin nasıl bir hastalık olduğuna ilişkin, “kendini ispat etmeye çalışmak”, “gelip geçici duyguların olması”, “çok zeki olması nedeni ile kafanın karışması”, “sevilen birini kaybetme veya kaybetme korkusu”, “hayatımızı altüst eden bir hastalık”, “bilmiyorum, tanımıyorum” gibi yanlış yanıtların yanısıra, “kalıtımla gelen-ırsi bir hastalık”, “ergenlikte olan bir beyin hastalığı”, “hipofiz bezi fazla salgısı” gibi kısmen doğru yanıtları da ifade etmişlerdir.

Grup üyelerinin bu soruya ilişkin net bir tanım yapamadıkları daha çok kendi hastalarıyla ilgili yaşadıkları deneyimleri anlatma eğilimleri olduğu görülmüş olup, her bir üyenin yoğun bir şekilde kendi deneyimlerini paylaşma isteği olduğundan zaman zaman birbirlerini dinlemeden konuştukları gözlenmiştir. Bunun üzerine eğitimci grup

kurallarını tekrar hatırlatıp (bir üye konuşurken diğerleri onu dinler, iki kişi aynı anda konuşmamalıdır vb.) ana konuya dönülmesi gereğini vurgulamıştır.

Eğitimci gruba “Hastanız şizofreni tanısı aldığı anda neler hissettiniz?” sorusunu yönelttiğinde, Hasta yakınları “Kabul etmek istemedik”, “Biz kabul ettik ama etraftakilere ne anlatırsınız. Komşunun camını kırarlar gelip sizi, çocuğunuzu suçlar”. “Böyle korkunç bir şey nasıl başıma gelir?”, “Tabi ki şok olduk. Bence doktorlar ailelere bunu hemen söylememeli. İnsan ilk duyduğunda şok oluyor. Aileler tanının açıklanmasından önce buna alıştırmalı”, “Benim eşimin durumunu kızım bile önemsemiyor. Kendisi çocuk psikiyatristi olmasına rağmen, anne ne yapıyorsun, babamla nasıl baş ediyorsun? bile demiyor, üzülüyorum”, “Ben hemen kabul ettim, eşimin hastalığının geçeceğini düşünerek benimle evlendirmişler ama geçmedi. Oğlumda da olmasına çok üzüldüm”, “Benimde eşim hasta. Ama ben çocuk yapmadım. Bir de ona geçer diye” gibi yanıtlar vermiştir.

Şizofreniye neden olabilecek etmenler tartışılırken, bir hasta yakını, hastasının hastalığının başlamasında, hastasının çok sevdiği bir arkadaşını kaybetmesinin etkili olduğunu ve bu olayın da şok etkisi yaratarak doğrudan hastalığın başlamasında etkili olduğunu belirtmiştir.

Her iki grupta da grup üyelerinin şizofrenik bozukluklar hakkında bilgi düzeyinin yetersiz olduğu ve hastalığı kabul etmede zorlandıkları, duygularını ifade etmekten kaçındıkları, çoğunlukla çevreyle ilgili endişelerini dile getirdikleri (damgalanma korkusu), ve çoğunluğun da hastalığı inkar ettiği gözlenmiştir.

Daha sonraki oturumlarda, grup üyelerinin daha çok yaşadıkları duyguları anlatma eğiliminde oldukları, tüm grup üyeleri tarafından en çok yaşanan duygunun ise suçluluk duygusu olduğu gözlenmiştir. Grup üyelerinden birisi “ hastalanmadan

önce çocuğumu döverdim. Şimdi çok piŐmanım. Hastalık tamısını aldığından beri iyi diyalog kurmaya çalışıyorum. Ama yine de suçluluk duygusundan kurtulamadım” gibi bir ifade kullanarak bu duyguyu çok yoğun bir şekilde yaşadığını belirtmiştir. Diğer grup üyeleri ise yaşadıkları duyguları kendi ifadeleriyle şöyle belirtmiştir; “Yazla kış bir arada yaşıyoruz, ikinci, üçüncü atakları kabullenmede zorlanıyorum”, “Çocuğumun fiziksel bir hastalığı olmasını tercih ederdim, bazen hasta olduğu için ona kızıyorum”, “ Oğlumu çok seviyorum ama bir süre sonra yetişkin ama sağlıklı olmayan bir evlada sahip olmaktan üzüntü duyuyorum”, “Kimisinin çocuğu doktor, kimisinin mühendis, ama biz çocuğumuzun geleceğinden endişe duyuyoruz, biz olmazsak ne yapar diye sürekli kaygı yaşıyoruz, bu da bir süre sonra tükenmemize neden oluyor”, “ EŞimin ailesi bana hiç destek olmuyor, sürekli yalnız başıma kalıyorum.(ağlayarak) çok yalnız hissediyorum”, “Annem evde yokken babamın tacizlerine maruz kaldım. Kimseye anlatamadım. Şizofren bir babaya sahip olmak ne demek bilemezsiniz.(ağlayarak) ben de kendimi çok çaresiz hissediyorum”, bir diğer üye ise yalnızlık duygusunun hemen tüm aileler tarafından yaşandığı ifade ederek, “Bizi en yakınlarımız kabul etmiyor ki , başkaları nasıl kabul etsin”, “Komşularımıza ne söyleyeceğimizi bilemiyoruz. Ben beş yıldır oğlumun hasta olduğunu hiçbir komşuya söylemedim. Kimseyle görüşemiyorum”

Her iki grupta da grup üyelerinin en sık ve yoğun olarak yaşadıkları duyguların suçluluk, inkar, yalnızlık, çaresizlik, güvensizlik, tükenmişlik, etiketlenmekten dolayı korku, geleceğe yönelik kaygı, öfke ve ümitsizlik duygusu olduğu tespit edilmiştir. Duygusal boşalımların olduğu bu oturumların ardından grup üyelerinin beden ifadelerinin rahatladığı, mahrem konular hakkında daha rahat konuşabildikleri fark edilmiş olup, duygusal ifadelerin ardından grup üyelerinin

birbirinin sorununu daha dikkatli dinledikleri, çözüm önerilerinde buldukları ve birbirlerine duygusal anlamda daha yakın oldukları gözlenmiştir.

Şizofreni, şizofreninin nedenleri, tetikleyici etmenler vb. konular anlatıldıktan sonra, tedavi yöntemlerinden bahsedilmiş ve ilaçla tedaviye giriş yapılmıştır. Tüm grup üyeleri tarafından toplantı boyunca en çok dile getirilen konu hastalarının düzenli ilaç kullanımına ilişkin yaşadıkları sorunlar olmuştur. Grup üyelerinin tamamına yakını hastalarının kullandığı ilaçların isimlerini doğru olarak belirtirken, ilaç yan etkilerini ve bu yan etkiler ile nasıl başedebileceklerini bilmediklerini, hastalarına düzenli ilaç kullandırmada, ilaç yan etkileri ve ilaca uyum konusunda sorun yaşadıklarını ifade etmiştir. Bir hasta yakını, hastasının ilaç yan etkisi olan el titremesi nedeni ile okulundaki arkadaşlarının sorularına dayanamayıp, ilaçlarını bırakması sonucunda ikinci atağı geçirdiğini belirtirken, “ne yapabileceğimizi, ne söyleyeceğimizi bilemiyoruz” diyerek hastalığa ve duruma ilişkin çaresizliğini ve etiketlenme (damgalanma) korkusunu ifade etmiştir.

Her iki gruptaki hasta yakınlarının ilaçlar, yan etkileri, ilaca uyum, düzenli ilaç kullanımının önemi, hastaya bu konuda nasıl yaklaşacakları konusunda yeterli bilgilerinin olmadığı ve sorunlar yaşadıkları gözlemlenmiş, ilerleyen oturumlarda bu konu üzerinde yoğun bir şekilde durularak gerekli bilgiler aktarılmıştır.

Daha sonraki oturumlarda kriz ve krize müdahale yaklaşımları, hastalığın alevlenmesi, erken belirtiler, bu belirtiler ortaya çıktığında neler yapılabileceği, hasta yakınlarının yaşadıkları stresler ve bu streslerle nasıl başedecekleri konuları konuşulmuş olup, grup üyelerinin bu konularda yaşadıkları sorunlar paylaşılmıştır. Hasta yakınlarının hastaları ile ilgili endişeleri tartışılmıştır. Bu konuda en çok ifade edilen endişeler; hastalarının düzenli bir işte çalışamaması, sosyal güvencelerinin

yetersiz oluşu, ilaçların çok pahalı olması, ilaçları düzenli bir şekilde elde edememeleri, bu konulardaki yasal engeller ve bürokratik işlemlerin zor ve yorucu olmasıdır.

Grup üyeleri bu tür eğitim ve etkileşim gruplarına katılarak öğrendikleri bilgiler ışığında daha rahat ve bilinçli olarak örgütleneceklerini, bu şekilde yalnız olmadıklarını gördüklerini ve bir kriz durumuyla karşı karşıya kaldıklarında kimlerden yardım alacaklarını öğrendiklerine çok memnun olduklarını belirterek, hastalık ve tedavisi hakkında bilgileneceklerinin kendilerine neyi ne şekilde yapmaları gerektiği konusunda oldukça yararlı olduğunu söylemişlerdir.

Son oturumda grup üyelerinin hastalık hakkında ne kadar bilgilendiğini ve bu bilgileri başkalarına nasıl aktardığını görebilmek amacıyla hasta yakınlarına eğitimci tarafından senaryo ve roller verilerek oynamaları istenmiştir. Verilen senaryolarda; ilaçların kendisinde yan etki oluşturması nedeniyle ilacını bırakmak isteyen bir hasta ve doktoru, hastalıkla ilgilenen meraklı bir komşu ve hasta yakını, hemşire ve endişeli bir hasta yakını, kahvede oturan iki şizofren hasta yakını, torununu inatla hocaya götürmek isteyen bir anneanne ve şizofreni hastası annesi gibi rollere yer verilmiştir.

Her bir senaryo için iki grup üyesinin spontan olarak rol yapması gerektiği anlatılmış olup, daha sonra rol değişimi yapılarak senaryolar tekrarlanmıştır. Bu çalışma sonunda grup üyelerinin şizofrenik bozukluklar, tedavisi, vb. konularda bilgilendikleri, ancak bir başkasına aktarım sırasında sıkıntı çektikleri görülmüştür.

EK - IX

**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
(BİLİMSEL ETİK KURULU)**

SAYI : 2004-2
KONU : Araştırma hk.

Bornova /İZMİR
06.01.2004

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı'nda Doç.Dr.Olcay Çam ve Arş.Gör.Şeyda DÜLGERLER'in 01 Ocak 2004 tarihinden itibaren yapmayı planladığı "Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psikoeğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi" konulu araştırma 05.01.2004 tarihinde Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve "Araştırmanın Yürütülmesi Uygun" bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Doç.Dr. İsmet EŞER
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

Öğrenci İşleri
6/1
21

E.Ü. HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU Yazı İşleri	
Kayıt Tarihi	06.01.04
Kayıt No	14
İlgili Bire	

EK - X

1.C
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastane Başhekimliği

Hemş. Hizmt. Yönetimi
SAYI :B.30.2.EGE.0.1H.00.04/H- 932
KONU :

6.../5.../2004

**EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
MÜDÜRLÜĞÜNE,**

İLGİ:1395 sayı ve 26.04.2004 tarihli yazınız

Yüksekokulunuz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Doç.Dr. Olcay ÇAM ve Araştırma Görevlilerinden Şeyda DÜLGERLER'in "Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerine verilen Psikoeğitimin Etkinliğinin değerlendirilmesi" konulu araştırmayı 01.05.2004-30.06.2004 tarihlerinde Psikiyatri Anabilim Dalında uygulama yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

E.Ü.HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU Yazı İşleri	
Kayıt Tarihi	07.05.04
Kayıt No	1295
İlgili Birim	


Prof.Dr. Geylani ÖZOK
Başhekim



ÖZGEÇMİŞ

1971 yılında İzmir'de doğdu. İlk ve orta öğrenimini İzmir'de tamamladı. 1988 Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Sınavı (ÖSYS) sonucunda Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu (HYO)'nda öğrenim görme hakkını elde etti. 1992 yılında okul birincisi olarak mezun olduktan sonra, aynı yıl Ege Üniversitesi (E.Ü.) Tıp Fakültesi Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği'nde Yoğun bakım hemşiresi olarak çalışmaya başlayan araştırmacı, yine aynı yıl E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda açılan Yüksek Lisans "Bilim Sınavında" başarılı oldu. 1992-1993 öğretim yılında E.Ü.Yabancı Diller Bölümü İngilizce Hazırlık Programı'na devam etti. 1995 yılında E.Ü. HYO Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi olarak çalışmaya başladı. 2000 yılında Yüksek Lisans eğitimini başarıyla tamamladıktan sonra, aynı yıl Anabilim Dalı tarafından açılan doktora programında öğrenim görmeye hak kazandı. 2002 yılında Doktora yeterlilik sınavını geçerek, doktora tez çalışmasını yürütmeye başlayan araştırmacı, halen aynı kurumda araştırma görevlisi olarak çalışmaya devam etmektedir.

Arş. Gör. Şeyda DÜLGERLER