

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİ HASTASINA BAKIM VERENLERİN
RUHSAL SAĞLIK DURUMLARINI ETKİLEYEN
ETMENLERİN İNCELENMESİ**

FİGEN ŞENGÜN

**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR- 2007

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİ HASTASINA BAKIM VERENLERİN
RUHSAL SAĞLIK DURUMLARINI ETKİLEYEN
ETMENLERİN İNCELENMESİ**

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

FİGEN ŞENGÜN

Danışman Öğretim Üyesi
Yard. Doç. Dr. ZEKİYE Ç. DUMAN

“Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Ruhsal Sağlık Durumlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi” konulu bu tez 30.05.2007 tarihinde tarafımızdan değerlendirilerek başarılı bulunmuştur.



Yard. Doç. Dr. Zekiye Ç. DUMAN

Jüri Başkanı



Prof. Dr. Zühal BAHAR

Jüri Üyesi



Prof. Dr. Besti ÜSTÜN

Jüri Üyesi

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

| | |
|---|-----|
| TABLO DİZİNİ | i |
| GRAFİK DİZİNİ | ii |
| TEŞEKKÜR | iii |
| ÖZET | 1 |
| SUMMARY | 2 |
| | |
| 1. GİRİŞ | |
| 1.1.Problemin Tanımı ve Önemi | 3 |
| 1.2.Araştırmanın Amacı..... | 9 |
| 1.3.Araştırma Soruları..... | 9 |
| 2. GENEL BİLGİLER | |
| 2.1. Şizofreni | 10 |
| 2.2. Epidemiyoloji ve Etiyoloji | 10 |
| 2.3. Klinik Belirti ve Bulgular..... | 13 |
| 2.4. Şizofreni Prognozu..... | 17 |
| 2.5. Tedavi..... | 18 |
| 2.5.1. İlaç Tedavisi..... | 19 |
| 2.5.2. Psikososyal Tedavi Yöntemleri | 20 |
| 2.6. Şizofreni Hastalarının Aileleri ve Bakım Veren Kavramı | 23 |
| 2.7. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Ailelerin Stresörleri | 24 |
| 2.8. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Ailelerde Baş Etme..... | 25 |
| 2.9. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Ailelerde Ruhsal Sağlık Durumu | 27 |
| 2.10. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Ailelere Yönelik Hemşirelik Yaklaşımı | 31 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | |
| 3.1. Araştırmanın Türü..... | 35 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri..... | 35 |
| 3.3. Araştırmanın Örneklemi..... | 36 |
| 3.4. Veri Toplama Araçları | 36 |
| 3.5. Verilerin Toplanması | 38 |
| 3.6. Verilerin Analizi | 39 |
| 3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri..... | 39 |

| | |
|--|-----------|
| 3.8.Araştırma Etiği | 39 |
| 4. BULGULAR | 40 |
| 5. TARTIŞMA..... | 48 |
| 6. SONUÇLAR..... | 56 |
| 7. ÖNERİLER..... | 57 |
| 8. KAYNAKLAR..... | 59 |
| EKLER | |
| EK 1. Etkileyen Etmenler Soru Formu..... | 70 |
| EK 2. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği..... | 72 |
| EK 3. Genel Sağlık Anketi..... | 74 |

TABLO DİZİNİ

| | |
|--|----|
| Tablo 1. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyut Cronbach Alpha Değerleri..... | 37 |
| Tablo 2. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı..... | 41 |
| Tablo 3. Bakım Verenlerin Kullandıkları Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı | 42 |
| Tablo 4. Bakım Verenlerin Genel Sağlık Puanları | 43 |
| Tablo 5. Bakım Verenlerin Cinsiyetlerine Göre Genel Sağlık Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 43 |
| Tablo 6. Bakım Verenlerin Eğitim Durumlarına Göre Genel Sağlık Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 44 |
| Tablo 7 . Bakım Verenlerin Çalışma Durumlarına Göre Genel Sağlık Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 44 |
| Tablo 8. Bakım Verenlerin Hastaya Yakınlık Derecelerine Genel Sağlık Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 45 |
| Tablo 9. Bakım Verenlerin Şizofreni ile İlgili Grup Eğitimine Katılma Durumlarına Göre Genel Sağlık Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 45 |
| Tablo 10. Bakım Verenlerin GSA Puan Ortalamaları ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Boyutları Arasındaki İlişki..... | 47 |

GRAFİK DİZİNİ

| | |
|---|----|
| Grafik 1. Bakım Verenlerin Yaşı ile Genel Sağlık Puanları Arasındaki ilişkinin Serpme Grafiği | 46 |
| Grafik 2. Bakım Verenlerin Hastaya Bakım Süreleri ile Genel Sağlık Puanları Arasındaki ilişkinin Serpme Bakım Verenlerin Genel Sağlık Puanları | 46 |

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin süresince bilimsel katkılarıyla çalışmalarına rehberlik eden, bu süreçte desteğini ve zamanını esirgemeyen değerli hocam Sayın Yard.Doç.Dr. Zekiye Ç. DUMAN'a, araştırma süresince değerli bilgileri ve önerileri ile katkıda bulunan hocalarım Sayın Prof. Dr. Besti ÜSTÜN ve Sayın Prof. Dr. Zuhal BAHAR'a, hayatımın her aşamasında beni destekleyen değerli aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

FIGEN ŞENGÜN

ÖZET

ŞİZOFRENİ HASTASINA BAKIM VERENLERİN RUHSAL SAĞLIK DURUMLARINI ETKİLEYEN ETMENLERİN İNCELENMESİ

FİGEN ŞENGÜN

Araştırma, şizofreni hastasına bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarını etkileyen etmenleri incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini Temmuz 2006-Şubat 2007 tarihleri arasında İzmir’de iki üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ve İzmir Şizofreni Dayanışma Derneği’ne gelen şizofreni hastalarının 103 bakım vereni oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak etkileyen etmenler soru formu, stresle başa çıkma tarzları ölçeği (S.B.T.Ö) ve genel sağlık anketi (GSA-12) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı ve yüzdelik dağılımı, t testi, Varyans analizi, Mann Whitney U, Kruskal Wallis testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Çalışmada yer alan bakım verenlerin yaş ortalaması 56.28’dir. Bakım verenlerin %52.4’ü kadın olup, %47.6’sı hastanın annesidir. Hastaya bakım süresi ortalama 13.15 yıldır. Çalışmada bakım verenlerin %65’inde ruhsal bir rahatsızlık bulunma olasılığının yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadın bakım verenlerde ruhsal sağlık sorunu bulunma riski erkek bakım verenlerden anlamlı derecede daha yüksektir. Bakım verenlerin hastaya yakınlık derecesine göre ruhsal sağlık durumları arasında fark saptanmamıştır. Şizofreni hakkında grup eğitiminde yer almayan bakım verenlerde ruhsal sağlık sorunu bulunma riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bakım verende artan yaş ve bakım süresiyle birlikte ruhsal sağlık sorunu bulunma riski artmaktadır. Baş etme yöntemi olarak kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı kullanıldığında bakım verende ruhsal sağlık sorunu bulunma riski azalırken, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım kullanıldığında ruhsal sağlık sorunu bulunma riski artmaktadır.

Sonuç olarak çalışmamızda yer alan bakım verenlerin %65’inde ruhsal sağlık sorunu bulunması açısından yüksek risk saptanmıştır. Bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarını etkileyen diğer değişkenlerin araştırılması ve bakım verenlerin ruh sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik programların uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Bakım Veren, Ruhsal Sağlık, GSA

SUMMARY

AN EXPLORATION OF FACTORS WHICH EFFECT MENTAL HEALTH OF CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS

FİGEN ŞENGÜN

This study has carried out as descriptive research an exploration of factors which effect mental health of caregivers of schizophrenia patients.

The data for the research was taken, July 2006 through February 2007, from 103 caregivers of the patients from two University Hospitals psychiatry clinic in İzmir and İzmir Schizophrenia Solidarity Association. In gathering the data a factors which effect questionnaire, Scale of the Ways to coping With Stress (S.B.T.Ö) and the General Health Questionnaire (GSA-12) were used. The data was evaluated with number and percentile distribution, t-test, standard deviation analysis, Mann Whitney U, Kruskal Wallis test and Pearson correlation analysis.

The mean age of the caregivers is $X= 56.28$, 52.4 % of the caregivers are female and 47.6% of this, is the mother of the patient. The duration of the care giving is 13.15 years. In the study, it was found that, %65 of the caregivers have mental health mortality at high risk. In female caregivers the risk of having a mental health mortality is significantly higher than the risk for male caregivers. A difference is not determined in the mental health of the caregivers according to their degree of the relationship with the patient. The risk of having mental health mortality in the caregivers who participated in training of group wasn't found to be higher. The risk for having mental health mortality increases with an increase in age and the duration of care giving. Mental health mortality risk is decreased, when caregiver uses self-confidence approach, optimistic approach and social support seeking approach. Mental health mortality risk is increased when caregiver uses helpless and submissive approach.

In the study, it was found that, 65% of the caregivers have mental health mortality at high risk. It is recommended to investigate other factors influencing mental health of caregivers and to carry out programs to increase the mental wellness of the caregivers.

Key words: Schizophrenia, Caregiver, Mental Health, GHQ

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Şizofreni tanımı, sınırları, klinik belirtileri ve seyri bakımından çeşitlilik gösteren, her toplumda ve her türlü sosyo-ekonomik ortamda görülebilen, toplumsal, ekonomik ve duygusal maliyeti ağır, ciddi bir ruh sağlığı sorunudur. Duygu, düşünce ve davranışlardaki şiddetli bozulma ile karakterize olan şizofrenide; hasta birey gerileyen işlevlere bağlı olarak yaşamını bağımsız olarak sürdürmede, öz bakımını yapmada, çevresiyle sosyal ilişkiler kurma ve kendisini ifade etmede sorunlar yaşamakta ve genellikle toplumdan izole bir yaşam sürdürmek zorunda kalmaktadır (1, 2, 3, 4).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre şizofreni oluşturduğu tüm bu yeti kayıplarıyla 15-44 yaş arası kişilerde engelliliğe en çok neden olan ilk 10 hastalık arasında yer almaktadır (5). Psikiyatri kliniklerine yatışların yaklaşık %50'sini oluşturan ve toplumda görülme oranı %1 olan şizofreni; bireyde yarattığı toplumsal ve psikolojik yeti yitimi nedeniyle hasta bireyi doğrudan etkilerken, toplumda daha fazla bir grubu kişi-aile üyesi olarak dolaylı bir şekilde etkilemektedir. Her yıl dünya nüfusuna yirmi milyon yeni şizofreni hastasının katıldığı bildirilmekte; ülkemizde ise her yıl altı binden fazla yeni şizofreni vakasının ortaya çıktığı ve 200 binden fazla ailenin bu hastalıktan dolaylı olarak etkilendiği açıklanmaktadır (1, 6, 7, 8).

Günümüzde şizofreni tedavisinde hastanede kalış süresini kısa tutup, hastanın kendi ortamı içinde tedavi edilmesini öngören yaklaşım benimsenmektedir. Bu tedavi yaklaşımıyla birlikte hastaların bakım sorumluluğu aileye devredilmekte ve aileden taburcu olan hastaya destek kaynağı olması beklenmektedir (3, 9, 10). Ancak şizofreni hastada yarattığı bilişsel zararlar, yeti yitimi, sosyal ve ekonomik kayıplar nedeniyle hem hastalar için hem de hastalıkla mücadelede en önemli kaynaklardan biri olan aileler için yoğun stres kaynağıdır (11, 12, 13, 14, 15, 16). Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2001 yılında yayınlanan raporda dünya nüfusunun en az %25'inde bir ruhsal sağlık sorunu bulunduğu ve bu kişilere bakım veren ailelerin ruhsal hastalıktan dolayı anlamlı düzeyde yük ve stres yaşadıkları açıklanmaktadır. Raporda şizofreni ruhsal hastalıklar arasında ailede yük ve stres oluşturan ilk 5 hastalıktan biri olarak değerlendirilmektedir (17).

Dünya Sağlık Örgütü'nün raporunda da açıklandığı gibi evde kronik ruhsal hastalığı olan bir bireye bakım verme tüm aile üyelerinin stres yaşamasına neden olmaktadır. Şizofreni gibi kronik ruhsal hastalıklı bireylere bakım verenlerin %29-60'ının bakım sürecinde sağlık durumlarını olumsuz yönde etkileyen düzeyde stres yaşadıkları açıklanmaktadır (18, 19). Şizofreni hastalarına bakım veren aileler için bakım verme sürecinde tanımlanan stresörler: hastada görülen davranışsal sorunlar (20, 21, 22, 23), hastanın toplumsal alanda işlev kaybının belirginleşmesi veya rolünü yerine getirememesi nedeniyle diğer aile üyelerinin sorumluluklarının artması, hasta bireyle iletişim kurmada, kişiler arası ilişkilerde ve aile içi etkileşimde yaşanan güçlükler (20, 24, 25), toplum tarafından damgalanma ve bunun bir sonucu olarak yalnızlık yaşama (13, 15, 26), gelecekte hastanın geçimini nasıl karşılayacağı ve hastaya kimin bakacağı konusunda yaşanan belirsizlik, ailenin hastalık nedeniyle kendilerini suçlaması, hastanın iyileşemeyeceğine yönelik inanışlar (27) ve tüm bunların sonucu olarak sosyal, duygusal, ekonomik ve fiziksel alanlarda yaşanan yüküdür (28, 29, 30, 31, 32, 33).

Giderek artan sayıda araştırmada bakım verme sürecinde yaşanan strese dikkat çekilmekte ve bakım sürecinde yaşanan stresin bakım verenin hem ruhsal hem de fiziksel sağlık durumu üzerine belirgin derecede etkisi olduğunu göstermektedir (15, 34, 35). Literatürde bakım verenler gizli hastalar olarak tanımlanmakta ve bakım veren ailelerin yaşadıkları stresle etkili bir şekilde baş edememelerinin sonucu olarak ruhsal ve fiziksel sağlık durumlarında bozulma yaşadıkları belirtilmektedir (15, 36, 37, 38). Stresin uzun dönemdeki etkilerine bağlı olarak şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin; hipertansiyon, kalp sorunları, uyku bozuklukları, alkolizm, depresyon ve anksiyete gibi fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları yaşadıkları açıklanmaktadır (29, 36, 39, 40, 41). Şizofreni hastasına bakım veren ailelerde ruhsal sağlık durumunu tanımlayan çalışmalarda değişik sonuçlar elde edilmiş olup; bakım verenlerin %14-%72' sinin ruhsal sağlık sorunu bulunması açısından riskli grup olduğu belirtilmektedir (20, 21, 36, 42, 43). Depresyonun bakım verenlerde ruhsal sağlık sorunu olarak oldukça sık görüldüğü açıklanmakta, artan bakım süresiyle birlikte bakım verenlerde duygusal tükenmenin ve depresyonun arttığı belirtilmektedir (44). Yapılan bir çalışmada şizofrenili bireye bakım veren ailelerde depresyon prevalansının genel nüfusa kıyasla iki kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir (45).

Şizofreni hastasına bakım verenlerde ruhsal sağlık durumunu tanımlayan bu çalışmalarda bakım sürecinin bakım veren üzerinde oluşturduğu güçlükler önemli bir faktör olarak açıklanmaktadır. Yapılan bir çalışmada ailelerin %86.7'sinin şizofreni nedeniyle yaşamlarının güçleştiği ve ailelerin %72'sinde uyku bozukluğu gibi psikolojik kaynaklı bir sağlık sorununun var olduğu belirtilmektedir (43). Ayrıca bakım verme sürecinde güçlük alanlarının bir belirleyicisi olarak açıklanan yükün ruhsal sağlık durumunda bozulmaya neden olduğu belirtilmekte; yaşanan yükün şiddeti arttıkça aile üyelerinin ruhsal sağlık durumlarının kötüleştiği açıklanmaktadır (29, 46, 47, 48). Ayrıca literatürde, hastada görülen davranışsal sorunların şiddetinin ve bakım veren tarafından yaşanan sosyal kayıpların, günlük yaşamda oluşan zorlukların ve algılanan stres düzeyinin bakım verenlerin ruhsal sağlık durumundaki bozulmanın belirleyicisi olduğu açıklanmakta (21, 22, 49, 50), bakım verme sürecinde damgalanma gibi olumsuz yaşantıları daha yoğun yaşayanlarda ruhsal sağlık durumunun daha kötü olduğu belirtilmektedir (51). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, şizofrenlerin aile bireylerinde kontrol grubuna kıyasla daha yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon belirtisi tanımlanmakla birlikte çalışmada hastalığı sık alevlenme bakım verende yüksek düzeyde ruhsal belirtilerle ilişkilendirilmiştir (52). Bakım verenlerin ruhsal sağlık durumuyla ilişkilendirilen diğer kavram duygu ifadesidir. Hastaya karşı yüksek düzeyde eleştiri, düşmanlık ya da hastanın bağımsızlığını engelleyecek düzeyde aşırı koruyucu davranışlar sergileme gibi yüksek duygu ifadesi içerikli bir aile ortamında aile üyelerinde depresyon ve anksiyete gibi ruhsal sorunların ortaya çıkma riskinin yüksek olduğu belirtilmekte ve bakım verenlerde görülen ruhsal morbidite yüksek duygu ifadesiyle ilişkilendirilmektedir (21, 27).

Şizofreni hastasına bakım veren ailelerde ruhsal sağlık durumunun önemli bir belirleyicisi yaşanan stres karşısında bakım verenin kullandığı baş etme yöntemidir (53). Bakım veren tarafından etkili baş etme yöntemlerinin kullanımı daha iyi ruhsal sağlıkla ilişkilendirilmektedir (15). Bu durum literatürde Lazarus ve Folkman'ın stres-baş etme modeliyle açıklanmaktadır. Stres-baş etme modelinde bireyin stres yaratan durumla etkili baş etmesi sonucunda kısa dönemde olumlu duygular yaşanırken, uzun dönemde bakım verende fiziksel ve ruhsal sağlık durumunun korunması ve etkili sosyal katılımı sonuçlanmaktadır. Ancak kullanılan baş etme yöntemi sonucunda sorunun çözülmemesi aşırı baş etme çabası sergileme, olumsuz duygusal çıktılar ve sağlığa zararlı stresle sonuçlanmakta ve kronik stresin sağlık üzerinde ki olumsuz etkileri sonucunda fiziksel ve ruhsal sağlıkta bozulma

oluşmaktadır. Modelde kişinin karşılaştığı stres verici durumların üstesinden gelerek ruhsal sağlığının korunması hedeflenmektedir (23, 54, 55). Şizofreni hastalarının ailelerinde baş etmenin incelendiği çalışmalarda ailelerin baş etme yöntemleri probleme odaklı ve duyguya odaklı olarak iki grupta ele alınmaktadır. Probleme odaklı baş etme, durumu değiştirmeye yönelik aktif çabaları içerirken, duyguya odaklı baş etme pasif bir yöntem olup, birey sonucu değiştiremeyeceğine inandığında çoğunlukla duyguya odaklı bir baş etme yöntemi kullanmaktadır. Şizofreni hastasına bakım veren ailelerin çoğunlukla duyguya odaklı bir yöntem kullandıkları belirtilmektedir (23). Literatürde şizofreni ailelerinin kullandıkları baş etme yöntemleri; hastalığın kabulü (56), tolerans gösterme (30), hastalığa özgü bilgi edinme, pozitif düşünme (15), sosyal destek arama (arkadaş ve akraba), destek gruplarına katılma, ev dışı aktivitelere zaman ayırma (22, 57, 58), sorunu çözmeye yönelik davranma, normal yaşamı sürdürmek için çaba gösterme, gelecek için anlamlı hedefler belirleme ve spiritual destek arama olarak tanımlanmaktadır (30, 58, 59). Ülkemizde şizofren hasta eşleri ve yakınları ile yapılan birçok çalışmada hasta yakınlarının stresle baş etmede problem odaklı ve duygu odaklı baş etmeleri birlikte kullandıkları belirlenmiştir (60, 61, 62). Hasta yakınlarının baş etme özelliklerinin tanımlandığı bir çalışmada hasta yakınlarının yarıdan fazlasının tıp dışı yöntemlere başvurdukları ve sıklıkla hacı-hocaya gittikleri saptanmıştır (63). Şizofren hasta eşleri ile yapılan bir çalışmada şizofren hasta eşlerinin stresle baş etmede kendine güvenli yaklaşımı ve duyguya odaklı bir yöntem olan çaresiz yaklaşımı birlikte kullandıkları saptanmıştır (61). Literatürde şizofreni hastasına bakım verenlerin bakım verme sürecinde karşılaştıkları stres verici durumlar karşısında kullandıkları baş etme yöntemlerinin ruhsal sağlık üzerindeki etkilerine dikkat çekilmektedir. Bakım sürecinde yaşanan stres karşısında baş etme stratejisi olarak problem çözme, sosyal destek arama ve hastanın tedavisinde aktif olarak yer alma gibi problem odaklı bir yöntem kullanan ailelerde ruhsal sağlık durumunun iyi olduğu açıklanmaktadır (64, 65, 66, 67). Yaşanılan stres karşısında kullanılan duyguya odaklı baş etme yöntemleri ise yaşanan yükün önemli bir belirleyicisi olarak açıklanmakta ve sürekli olarak duyguya odaklı bir yöntem kullanan bakım verenlerde ruhsal sağlık durumunun olumsuz olarak etkilendiği açıklanmaktadır (64, 68). Ruhsal sağlık durumunda bozulmaya neden olan yöntemlerden biri inkar olarak açıklanmaktadır (65). Baş etme yöntemi olarak inkar yerine hastalığı kabul edip uyum sağlayıcı teknikleri kullananlarda depresyonun ve fiziksel sağlık sorunlarının daha az görüldüğü açıklanmaktadır (69). Bakım verenlerin ruhsal sağlık durumu üzerinde belirleyici olan diğer yöntem ise spiritual destek arama olarak

açıklanmaktadır. Spiritual destek arama gibi duyguya odaklı bir yöntem kullananlarda ruhsal sağlık durumunda bozulmaya dikkat çekilmektedir (70).

Bakım verenlerde ruhsal sağlık durumunu etkileyen diğer değişkenlerin incelendiği çalışmalarda yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyinin belirleyici olduğu açıklanmaktadır (49, 67, 71, 72). Kadın bakım verenlerin erkek bakım verenlere kıyasla daha fazla stres, anksiyete ve depresyon yaşadıkları belirtilmektedir (49, 67, 71). Ayrıca daha iyi eğitilmiş bakım verenlerde ruhsal sağlık durumunun daha iyi olduğu açıklanmaktadır (67, 72). Ailenin şizofreni hakkında sahip olduğu bilgi düzeyi de ruhsal sağlık durumlarını etkilemektedir. Psikoeğitimsel müdahaleler ve aile grubunda yer almanın bakım verenlerde ruhsal sağlık durumunu güçlendirdiği açıklanmaktadır (41, 65, 66).

Sonuç olarak çalışmalarda şizofreni hastasına bakım vermenin aileler için son derece stres verici olduğu açıklanmakta, stresle baş etmede etkili yöntem kullanan ailelerde yaşanan stresin azaldığı (10, 14, 15, 22), aile üyelerinin sosyal yaşantılarının, ruhsal ve fiziksel sağlık durumlarının (64, 65, 66, 67), uzun dönemde hastalığa olan uyumlarının ve aile işlevselliğinin arttığı belirtilmektedir (59). Tüm bunlar dikkate alındığında hastaya en büyük destek kaynağı olan ailenin ruh sağlığının korunmasının önemi üzerinde durulmakta ve şizofreni tedavisinde istenilen sonuçlar elde etmede tedavinin tüm aşamalarında aile katılımının önemi vurgulanmaktadır (73, 74, 75, 76).

Ülkemizde şizofreni ailelerine yönelik yapılan çalışmalarda da aile katılımının önemi vurgulanmakla birlikte şizofreni ailelerinin hastalıkla baş etme konusunda yeterli destek göremedikleri belirtilmektedir. Bunun bir nedeni, ülkemizde kronik ruhsal hastalığı olan bireylere ve ailelerine yönelik sürekliliği olan programların ve rehabilitasyon uygulamalarının olmayışıdır. Ülkemizde bazı kurumlarda hastalar hastaneden çıktıktan sonra ayaktan izlenmekte bazen de hasta ve ailelerin yer aldığı programlar uygulanmaktadır (76). Ancak hasta bireyi ve ailesini desteklemeye yönelik toplumsal kaynaklar ve sürekliliği olan programlar olmadığında hastalar ve aileler için hastalıkla baş etme sürecinin zorlaştığı, ailenin bakım sorumluluğunun, yaşadığı stres ve yükün arttığı bilinmektedir (27).

Şizofreni hastalarının tedavi ve rehabilitasyonuna aile katılımını sağlama, aile ile işbirliğini kurma ve sürdürmede ekip yaklaşımına gereksinim vardır. Bu ekip yaklaşımında hemşire yatan hasta kliniklerinde, psikiyatri polikliniklerinde ve toplum sağlığı hizmetlerinde şizofreni hastalarının aileleriyle çalışma imkanına sahiptir. Ayrıca çalışma sonuçları şizofreni hastasına bakım veren ailelerin daha çok destekleyici tedaviden yararlandıklarını ve hemşireyi önemli bir destek sistemi olarak gördüklerini de göstermektedir (74, 75, 77). Bu desteği sağlamada psikiyatri hemşirelerinin aileye yönelik olarak primer rolü eğitim ve danışmanlıktır (78, 79, 80). Hemşire; aileye, şizofreni ve tedavisini öğrenme, ruhsal hastalıkla baş etme, problem çözme becerilerinin kazandırılması ve destek sistemlerinin harekete geçirilmesi gibi konularda bireysel ve grup psikoeğitimi ve destekleyici müdahaleleri planlayarak profesyonel destek sağlayabilir (75, 81, 82, 83). Bu alanda hemşirelik aktivitelerinin planlanmasında ailelerin ruhsal sağlık durumları üzerinde belirleyici olan etmenlerin tanımlanması önemlidir (82). Ayrıca aileler tarafından kullanılan baş etme yöntemleri ile ruhsal sağlık durumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi şizofreni hastasına bakım veren ailelerin ruh sağlığını koruma ve geliştirmede etkili yöntemlerin kazandırılmasında önemli veriler sağlayacaktır. Ülkemizde şizofreni hastasına bakım veren ailelerde ruhsal sağlık durumlarını etkileyen etmenlerin incelendiği araştırma sonucuna ulaşamamıştır. Bu çalışmadan elde edilen veriler, şizofrenili bireye bakım veren ailelerin ruh sağlığını korumada ve geliştirmede etkili müdahalelerinin planlanması ve uygulanması amacıyla kullanılacaktır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada şizofreni hastasına bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi amaçlanmaktadır.

1.3. Araştırma Soruları

- § Bakım verenlerin cinsiyetine göre ruhsal sağlık durumları arasında fark var mıdır?
- § Bakım verenlerin eğitim düzeylerine göre ruhsal sağlık durumları arasında fark var mıdır?
- § Bakım verenlerin çalışma durumlarına göre ruhsal sağlık durumları arasında fark var mıdır?
- § Bakım verenlerin hastaya yakınlık derecesine göre ruhsal sağlık durumlarında fark var mıdır?
- § Bakım verenlerin şizofreni ile ilgili grup eğitimine katılıp katılmama durumlarına göre ruhsal sağlık durumları arasında fark var mıdır?
- § Bakım verenlerin yaşı ile ruhsal sağlık durumları arasındaki ilişki nasıldır?
- § Bakım verenlerin bakım verme süreleri ile ruhsal sağlık durumları arasındaki ilişki nasıldır?
- § Şizofreni hastasına bakım verenlerde stresle başa çıkma tarzları ile ruhsal sağlık durumları arasındaki ilişki nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ŞİZOFRENİ

Şizofreni kişinin alışlagelmiş algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak, kendine özgü bir içe kapanım dünyasında yaşadığı, duygu, düşünce ve davranışlarda önemli yeti kayıplarının görüldüğü, relapslarla giden, ağır bir ruhsal bozukluktur (4, 84, 85, 86).

Şizofreni bir kavram olarak ilk kez 19. yüzyılın sonunda 1898'de Alman Psikiyatrist Emil Kraepelin tarafından belirlenmiştir. Kraepel'in psikozları periyodik seyredenler ve bunamaya gidebilenler olmak üzere ikiye ayırmıştır. Birincileri manik-depresif, ikincileri erken bunama (dementia praecox) olarak tanımlamıştır. İsviçreli Psikiyatrist Bleuler ise 20. yüzyılın başlarında ilk kez "şizofreni" terimini kullanmıştır. Bu gün bütün dünyada kabul gören bu terim Latince schism (yarılma), phren (zihin, akıl) sözcüklerinden meydana gelmekte ve günümüzde kişilik bölünmesi anlamında kullanılmaktadır (87, 88, 89).

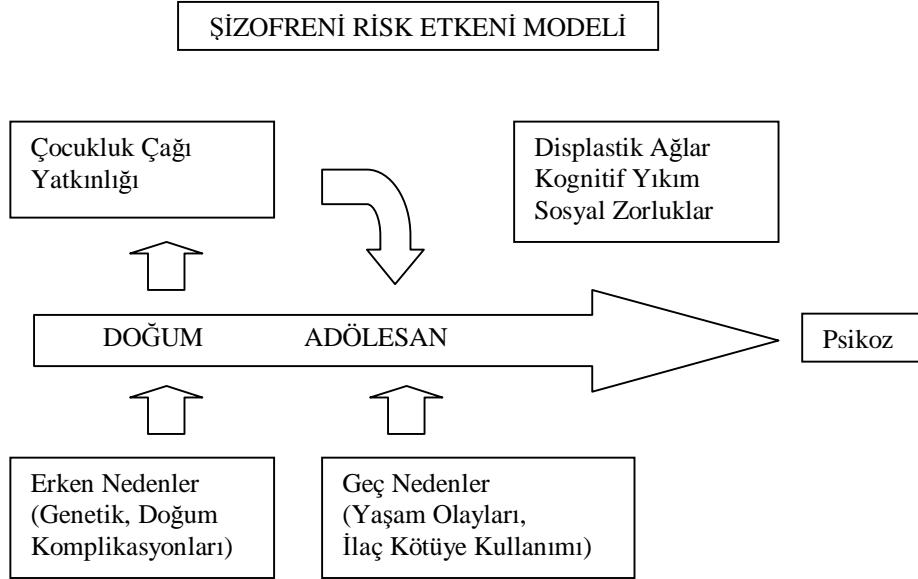
2.2. EPİDEMİYOLOJİ ve ETİYOLOJİ

Şizofreni, evrenselliği Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından desteklenen çok uluslu çalışmalar ile doğrulanmış 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. DSÖ verilerine göre şizofreni oluşturduğu yeti kayıpları nedeniyle 15-44 yaş arası kişilerde engelliliğe en çok neden olan 10 hastalık arasında yer almaktadır. DSÖ'nün bildirdiği %0.1 oranına göre ülkemizde her yıl altı binden fazla şizofreni hastasının ortaya çıktığı ve 15-45 yaş grubu içinde iki yüz binden fazla ailenin bu hastalıktan dolayı olarak etkilendiği 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 (5, 7, 8).

Şizofreninin yaşam boyu yaygınlığının %1-1.4 arasında olduğu belirtilmekte ve yaşam boyu hastalanma riski her iki cins için %0.5-1 olarak açıklanmaktadır (1). Ülkemizde şizofreni yaygınlığının araştırıldığı bir çalışmada şizofreninin 1 yıllık ve yaşam boyu yaygınlığının %0.5 oranında saptandığı ve bu oranın dünyadaki sonuçlarla uyumlu olduğu belirtilmektedir (7).

Hastalığın ortalama başlangıç yaşı 15-40 yaş arasında değişmekle birlikte hastaların %90'ı 15-55 yaşları arasındadır. Şizofreninin kadın ve erkeklerde görülme oranı aynıdır. Ancak kadın ve erkekte hastalığın başlaması ve seyri bakımından farklılıklar olduğu açıklanmaktadır. Erkeklerde başlangıç yaşı daha erkendir. En sık başlangıç yaşı erkekler için 15-25, kadınlar içinse 25-35 yaşlarıdır. 40 yaşından sonra hastalığın görülme oranı kadınlarda %8'e yükselirken, erkeklerde %1'e düşmektedir (90, 91, 92).

Şizofreninin etiyojisi henüz aydınlatılmamıştır. Şizofreni tek tip bir hastalık değildir ve bir çok klinik tipleri bulunmaktadır. Bu nedenle de hastalığın oluş nedenleri çeşitlidir (89). Ancak şizofrenide riski arttıran çok sayıda etken bulunmaktadır. Şizofreni için bazı risk etkenleri Şekil 1'de özetlenmiştir.



Şekil 1. Şizofreni risk etkenleri yaşamın erken ve geç dönemlerinde oluşmaktadır ve kompleks bir şekilde birbirleriyle etkileşmektedir (87).

Etiyojolojiyi de genetik yatkinlığı saptamaya yönelik yapılan, aile, ikiz ve evlat edinme araştırmaları sonucunda genetik yatkinlığın şizofrenide önemli bir rol oynadığı saptanmıştır. Kalıtımla ilgili olarak yapılan çalışma sonuçlarına göre şizofrenide birçok gene bağlı, çok etmenli bir geçişin söz konusu olduğu düşünülmektedir. Şizofrenide geçiş şekli kesin olarak belirlenmemişse de moleküler ve genetik epidemiyolojik çalışmalar, geçişin, büyük olasılıkla

çok sayıda etkileri olan genin çevresel etkenlerle etkileşimini içerdiği sonucuna varılmıştır (4, 85).

Geniş popülasyon tabanlı çalışmalar, doğum komplikasyonlarının şizofreni popülasyonlarında daha sık olduğunu göstermektedir. Metaanalizler doğum komplikasyonlarına maruz kalmanın sonraki şizofreni riskini yaklaşık iki kat artırdığını göstermektedir. Ancak bu etki hastalığın 25 yaşından önce başladığı şizofren hastalar için geçerli görülmemekte, doğum komplikasyonlarının geç başlangıçlı şizofreni etiolojisinde rol oynamadığı belirtilmektedir. Erken çocukluk dönemindeki olumsuz yaşantıların ve aile içi etkileşimin şizofreniye yatkınlığı artırdığı belirtilmekte ve çocukluk dönemindeki nöromotor ve sosyal beceri eksikliği, dil ve konuşma güçlükleri, akademik performans sorunları, sosyal işlevlerde bozukluklar ve silik nörolojik işaretler ve motor gelişme ile erişkin yaşamdaki şizofreni arasında bağlantı kurulmaktadır (85, 87, 92).

Etiyolojide beyinde yapısal bozuklukların araştırıldığı çalışmalarda lateral ventriküler genişleme, frontal ve temporal lobda küçülme ve frontal bölge kan akımında ve glikoz metabolizmasında azalma olduğundan söz edilmektedir. Şizofrenide beyin biyokimyasını inceleyen çalışmalar nörotransmitterler üzerinde odaklanmaktadır. Araştırılan nörotransmitterler dopamin, norepinefrin, seratonin, glutamat ve gama amino bütirik asittir (GABA). Çalışmalarda şizofrenide biyokimsiyal etken olarak dopamin düzeyinde ve dopaminerjik reseptörlerin duyarlılığında artış olduğu saptanmıştır (4, 92).

Şizofreni etiolojisinde psikososyal etken olarak aile içi ilişkiler ve stresli yaşam olayları üzerinde durulmaktadır. Özellikle anne baba tutumlarının önemli olduğu belirtilmekte ve şizofrenlerin olağan yaşamsal stresörlerden çok kolay incinebildikleri, özellikle aile içinde yaşadıkları örselleyici reddedilme yaşantıları ya da bu şekilde algılamalarının hastalığın ortaya çıkmasında büyük rol oynadığı açıklanmaktadır. Hastalık gelişiminde biyolojik-organik bir zemin olsa da psikososyal faktörlerin hastalığın en azından gidişini etkilediği ve psikososyal faktörler ile psikopatoloji arasında bir bağlantı olduğu kabul edilmektedir (85, 87).

Hemşirenin önemli bir sorumluluğu ruhsal sağlık sorunu gelişme olasılığı bulunan birey, aile ve toplumu belirlemek, sorunların gelişme olasılığını azaltmak ve ruhsal sağlık sorunu geliştiğinde erken müdahale uygulamalarını başlatmaktır. Amerikan Hemşireler Birliği

tarafından toplum ruh sağlığı hemşiresi ‘‘Ruhsal hastalıkların birincil (ruh sağlığını korumak, ruhsal hastalıkların oluşumunu önlemek), ikincil (hastalıkların erken tanı ve tedavisini sağlamak) ve üçüncül önleme (rehabilitasyon hizmetleri) aşamalarının sürekliliğini sağlayan ekip üyesi olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımlamada hemşire ruh sağlığı hizmetlerinde tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeye katılan kişidir. Bu noktada şizofreni gibi ruhsal hastalıkların yaygınlığının, sıklığının, hastalanma riski altındaki bireylerin saptanması etkili hemşirelik müdahalelerinin planlanması açısından önem taşımaktadır. şizofrenik bozuklukların gelişimini önlemede: çocuklukta şizofreniye yol ağan aile işlevlerini azaltmaya yönelik ebeveyn eğitiminin verilmesi, şizofrenisi olan ebeveynlere çocuk sahibi olma konusunda danışmanlık yapılarak ailenin şizofrenisi olan bir çocuğa sahip olma olasılığından haberdar olmasının sağlanması, şizofreninin erken başlangıçlı bir hastalık olması ve şizofreni belirtilerinin çoğunlukla adölesan dönemde ortaya çıkması nedeniyle ailelerin ve bu yaş grubuyla çalışan eğitimcilerin şizofreninin erken belirtileri konusunda bilgilendirilmesi ve şizofreni hakkında toplumsal bilgilendirme çalışmalarının yürütülmesi bu alanda tanımlanan hemşirelik müdahaleleridir (93, 94, 95).

2.3. KLİNİK BELİRTİ VE BULGULAR

şizofrenik bozukluklar bireyde duygulanım, düşünce, algılama, davranış, kişilerarası ilişkiler, iş yaşamı gibi alanları olumsuz olarak etkileyen; yeti yıkımına neden olan, relapslarla giden kronik belirtiler kümesidir (84, 85, 86).

§ *Hastalık Öncesi Uyum ve Başlangıç Biçimi*

şizofreninin belirli bir başlangıç biçimi yoktur. Genellikle ergenlik ya da erken erişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Psikotik nöbetin öncesinde sıklıkla güç fark edilen, sinsisi, ilerleyici bir dönem yer almaktadır. Hastalık öncesinde şizofrenik bireyde genellikle şizoid ve şizotipal kişilik özelliklerinin bulunduğu açıklanmaktadır. Hastalar hastalık öncesinde içe-dönük, sessiz, pasif, uysal, aşırı utangaç, arkadaşı az, yalnızlığı tercih eden, ilgileri sınırlı, stres karşısında kolay incinen, güvensiz kişiler olarak tanımlanmaktadırlar. Ayrıca aşırı şekilde bedeniyle, organlarıyla uğraşma, sık öz doyurum yapma, metafizik ve dinsel uğraşılar, zamana aldırma, kendi düşerine aşırı yoğunlaşma, garip davranışlar, sıra dışı konuşmalar, değişik algısal deneyimler ve obsesif uğraşılar hastalık öncesinde tanımlanan

belirtiler arasında yer almaktadır. Hastalık ilerledikçe hastanın daha çok içine kapandığı, dış dünya ve gerçeklerden daha fazla koptuğu ve daha fazla hastalık belirtisinin ortaya çıktığı açıklanmaktadır (87, 88, 89).

§ Genel Görünüm ve Davranış

Şizofreniye özgü tipik bir görünüm tanımlanmamakla birlikte bu kişilerde tuhaf görünüm ve davranışlar sık rastlanan bir belirti olarak açıklanmaktadır. Hastaların çoğunluğunda belirgin bir vurdumduymazlık, ilgisizlik, donukluk ve çekingen bir görünüm vardır. Ayrıca enerji ve dürtü kaybı söz konusudur. Hareketi başlatma ve sürdürmede yetersizlik vardır. Bu nedenle kendine bakım ve temizlikle ilgili işlevler yerine getirilememekte, sosyal ilişkiler bozulmakta ve düzenli bir iş ya da okul yaşamını sürdürmekte güçlük yaşanmaktadır (84).

Davranış biçiminde tutarsızlık, öngörülemezlik, olağandışılık ve uygunsuzluk yönünde değişiklikler gözlenmektedir. En sık görülen ve en önemli olan belirti ağır ilgisizlik, eylem azlığı ve toplumdan geri çekilmedir. Hastalarda garip yüz, göz hareketleri (manyerizm), kalıplaşmış yineleyici el, kol, beden hareketleri (sterotipi), hareket yankılanması (ekopraksi), belli bir durumda donmuş gibi kalma (katatoni), saldırgan ve ajite davranışlar, işbirliği yapmama (negativizm) görülmektedir (4, 8, 85).

Şizofrenili bireylerde dürtü denetimi son derece zordur. Birden ortaya çıkan öz kısıym girişimleri olabilmektedir. Hastaların %40'ının özkıyım girişiminde bulunduğu ve %10'unun bu yolla yaşamlarını kaybettikleri belirtilmektedir (84).

§ Bilinç ve Yönelim

Bilinç açık, genellikle kişi, yer ve zaman yönelimi tamdır. Ancak bazı hastalarda düşünce bozukluğu ve dikkat dağınıklığına bağlı olarak yanlış yanıtlar alınabilmektedir (84, 88).

§ Dikkat ve Bellek

Dikkati odaklandırmada ve sürdürmede, dikkat odağını değiştirmede güçlük yaşanmaktadır. Hastalarda genellikle bellek bozukluğu saptanmamaktadır (89).

§ Konuşma ve İlişki Kurma

Konuşmada düzensizlik, dağınıklık, hızlanma, yavaşlama, bloklar, yoksullaşma, kalıplaşmış yinelemeler(stereotipi), konuşma yankılanması(ekolali), hiç konuşmama(mutizm), yeni sözcükler uydurma(neolojizm), anlamsız konuşmalar(sözcük salatası), sözcük, fikir ya da konuların ısrarla yinelenmesi(perseverasyon) gibi çok değişik belirtiler görülebilmektedir. Ses tonu genellikle tek düzedir ve duygulanımı belli etmez. Kişi kısa, somut ve ayrıntısız yanıtlar vermeye yatkındır. Bu hastalarla ilişki kurmak güçtür (4, 84).

§ Düşünce

Hastaların genellikle kendilerine özel, anlaşılması güç, mantık kurallarına dayalı bir düşünce biçimleri bulunmaktadır. Düşüncelerinde birbiriyle çelişen kavramlar bir arada bulunabilmektedir. Düşüncenin akışında durmalar, bir düşünceden bir başka düşünceye sapmalar, düşüncede ilgisiz ve gereksiz bir çok ayrıntıya yer verme görülmektedir. Ayrıca soyut kavramların somut bir şekilde yorumlanması da saptanan belirtiler arasındadır. Düşünce içeriğinde sanrı en belirgin belirtidir. Sanrılar kişinin kültürel geçmişi ile açıklanamayan yanlış inanışlarıdır. Genellikle kötülük görme, kıskançlık, büyüklük, referans, suçluluk, dinsel sanrılar ve somatik sanrılara rastlanmaktadır (4, 88, 89).

§ Algılama

Şizofrenide görülen algı bozuklukları varsanılar (halüsinasyon) ve yanılsamalardır (illüzyon). En sık işitme varsanıları görülmektedir. Kişi konuşmalar, sesler ya da gürültülerden söz etmektedir. En sık rastlanan işitsel varsanı kişiyle konuşan ya da ismini söyleyen seslerin işitilmesidir. Sesler sıklıkla korkutucu, açık, suçlayıcı ve aşağılayıcıdır. Somatik, dokunma, koku, tat ve görme varsanıları daha az sıklıkla görülmektedir (84, 85, 86).

§ Duygudurum ve Duygulanım

Şizofreni hastalarının %25'inde herhangi bir dönemde depresif belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bu belirtiler akut alevlenme ve psikozdan çıkış dönemlerinde daha sık görülmektedir.

Duyguların dışavurumunda ve duygusal tepki vermede yetersizlik söz konusudur. Duygulanım düz, künt, uygunsuz ve ambivalandır (88).

§ *Somatik Belirtiler*

Şizofreniye özgü somatik bir belirti bulunmamaktadır. Hastalığın başlangıcında polimorf ağrı, halsizlik ve hazımsızlık gibi yakınmalar görülebilmektedir. Akut alevlenme dönemlerinde uyku bozuklukları, pupillalarda genişleme, terleme, taşikardi ve kan basıncında yükselme gibi belirtiler görülebilmektedir (84).

Sağlık profesyonelleri tarafından şizofreni hastalarına uygun girişimlerin planlanması ve daha sonraki aşamada girişimlerin sonuçlarının değerlendirilmesi için öncelikle hastada görülen belirtilerin, hastalığın bireyde oluşturduğu yeti kayıplarının ve güçlüklerin tanılanması gerekmektedir. Şizofreni hastalarının hastalık belirtileriyle baş etmede sorunları vardır. Hemşire hasta bireyin bu sorunlarla baş etme becerilerinin geliştirilmesi, artırılması, yeni beceriler kazandırılmasında, daha iyi toplumsal ve mesleki işlevsellik sağlamada etkili psikososyal müdahaleleri planlayarak hastayı katılım konusunda desteklemelidir. Ayrıca bu noktada hemşirenin diğer önemli bir sorumluluğu şizofreninin belirtileri, tedavisi ve hasta davranışlarıyla baş etme gibi konularda aileye yönelik psikoeğitimsel müdahaleleri planlama ve uygulamadır. Aile tarafından hastada ki belirtilerin yanlış yorumlanması, örneğin hastada görülen motivasyon yetersizliğinin aile tarafından tembellik olarak yorumlanması, ailenin hastaya karşı yüksek eleştiri, düşmanlık gibi yüksek duygu dışavurumuna neden olmakta ve bu da uzun dönemde hastaneye tekrarlı yatışlarla sonuçlanmaktadır. Bu nedenle hastanın gerçekten hasta olduğu ve davranışları üzerinde sınırlı kontrolünün olduğunun aileye öğretilmesi yoluyla ailenin hastalığa uyumunun sağlanmasını amaçlayan psikoeğitimsel müdahaleler önem kazanmaktadır (74, 77, 82,96, 97,98, 99).

Şizofrenide belirtiler hastalık boyunca alevlenme ve iyileşmelerle devam etmektedir. Bu nedenle hasta ve ailelerin hastalığın erken uyarıcı belirtilerini tanımaları önemlidir. En sık rastlanan erken uyarıcı belirtiler: anksiyete ve ajitasyon, depresyon ve içe kapanma, saldırganlık, huzursuzluk, halüsinasyonlar, şüphecilik, tuhaf davranışlar olup hemşire bu konularda da hasta ve aileye eğitimsel müdahaleler planlamalıdır (95).

2.4. ŞİZOFRENİ PROGNOZU

Şizofreni çok değişik prognoz gösteren, genellikle süreğen ve ciddi yeti kayıplarına neden olan bir hastalıktır. Şizofrenide prognozla ilgili olarak yapılan çoğu çalışmada hastalığın gidişinin değişken olabileceği, bazı kişilerin alevlenmeler (şizofrenik epizodlar) ve yatışmalar (remisyon) gösterirken diğer bazılarının kronik hasta olarak kaldıkları açıklanmaktadır. Düzelmeye oranları literatürde %10-60 arasında bildirilmektedir. Çalışmalar şizofreni nedeniyle ilk hastaneye yatıştan 5-10 yıl sonra hastaların sadece %10-20'sinin iyi seyirli olarak tanımlanabileceğini göstermektedir. Hastaların %50'sinden fazlası yineleyici hastaneye yatışları, semptomlarda alevlenme, majör duygudurum bozukluğu atakları, özkıyım girişimleri ile kötü seyirli olarak açıklanmaktadır (2, 88, 92).

Olumlu Prognoz Göstergeleri

- § Geç başlangıç
- § Hastalığın akut başlangıç göstermesi
- § Ortaya çıkarıcı etkenlerin varlığı
- § Hastalık öncesi uyumun iyi olması
- § Dalgalı seyir
- § Pozitif belirtiler
- § Psikotik saldırganlığın olmayışı
- § Hastanın hastalığını ve tedaviyi kabullenmesi, sürdürmeye istekli olması
- § Hayatta bir amaç veya yön olduğu duygusu; iş veya hobiler
- § Aileden duygudurum bozukluğu öyküsü
- § Kadın olma
- § Evli olma
- § Destekleyici aile, destekleyici eş
- § Ailenin tedavi ekibi ile olumlu iletişim kurması ve bunu sürdürebilmesi
- § Aile içinde eleştirici ortamın olmayışı
- § Destek sistemlerinin iyi oluşu
- § Fiziksel iyilik hali
- § Gerçekçi beklentiler, gelecekte umutlu olma

Olumsuz Prognoz Göstergeleri

- § Erken ve sinsi başlangıç
- § Tetikleyici etkenlerin yokluğu
- § Hastalık öncesi uyumun kötü olması
- § Süreğen seyir
- § Negatif belirtiler
- § Çok sayıda relapsın olması
- § Üç yıl içinde remisyon olmaması
- § Saldırganlık öyküsü
- § Sosyal geri çekilme ve otizm
- § Erkek olma
- § Bekarlık, boşanmışlık, dul olma
- § Ailede şizofreni öyküsü
- § Destek sistemlerinin kötü olması
- § Duygu dışavurumu yüksek, eleştirici aile ortamı (84, 85, 87, 92).

2.5. TEDAVİ

Günümüzde uygun tedavi stratejileriyle şizofreni hastalarının yaklaşık %25'inin çok büyük ölçüde düzelme göstererek toplumsal yaşamlarını sürdürdükleri, %50'sinin orta ve iyi düzeyde sayılabilecek düzelme göstererek görece bağımsız ya da destekle toplumsal yaşamlarını sürdürebildikleri açıklanmakta ve etkili tedavi stratejilerinin planlanmasının önem vurgulanmaktadır (93, 100).

Şizofreninin tedavisinde biyolojik, psikolojik ve sosyal yöntemlerin birlikte kullanıldığı çok yönlü ve bireye özgü tedavi yaklaşımlarının daha etkili olduğu belirtilmektedir. Bu tedavi yaklaşımı üç temel bileşeni içermelidir.

Bu tedavi bileşenleri;

Belirtileri hafifletmek ve alevlenmeleri önlemek için ilaçlar

Hasta ve ailelerine sorunları çözmede, stresle baş etmede ve alevlenmeleri önlemede yardımcı olmak için eğitim ve psikososyal girişimler

Hastaları topluma yeniden kazandırmak, eğitim ve iş alanlarında işlevselliği yeniden elde etmek için toplumsal rehabilitasyondur (5, 85, 93).

Şizofreni tedavi ve rehabilitasyonunda amaç; şizofreninin negatif ve pozitif semptomlarını iyileştirmek, relapsları önlemek ya da geciktirmek, aile ve toplum için zorlayıcı olan davranışları ortadan kaldırmak ya da azaltmak, aile üyelerinin, bakım verenlerin ve diğer bireylerin baş etme becerilerini ve kapasitelerini güçlendirmek, semptomlarda ki süreklilik ve oluşan yeti kayıplarına rağmen optimal bireysel işlevselliğe olanak sağlayan sosyal hizmet ve toplumsal desteği sağlamaktır (100).

2.5.1. İlaç Tedavisi

Şizofreni tedavisinin temelini oluşturan antipsikotik ilaçların, hastalığın başlangıç (prodromal), alevlenme ve koruyucu tedavi aşamalarındaki etkinliği açıklanmakta ve uzun süre kullanımlarında alevlenme riskini azalttığı belirtilmektedir (101, 102).

Antipsikotik ilaçların kimyasal yapıları farklı olsa da hepsinin beyinde postsnaptik dopaminerjik reseptör blokajı yaparak etkinlik gösterdikleri açıklanmaktadır. Antipsikotik etki orta beyinden limbik sisteme uzanan dopaminerjik yollardaki ve temporal/frontal kortexteki reseptörlerin blokajına bağlanmaktadır. Antipsikotik ilaçlar varsanların, akut sanrılarının, saldırganlık düzeyinde ortaya çıkan davranış bozukluklarının ve uyku sorunlarının ortadan kaldırılmasında etkindir (4, 85).

Antipsikotik ilaçlar, klasik antipsikotikler (tipik) ve yeni antipsikotikler (atipik) olarak iki gruba ayrılmaktadırlar. Klasik antipsikotik ilaçlar öncelikle pozitif psikotik belirtileri baskılamakta ancak, negatif belirtileri iyileştirmede yetersiz kalabilmektedirler (102). Hastaların yaşam kalitelerini ya da sağaltıma uyumlarını olumsuz etkileyen ekstrapiramidal yan etkilere yol açmaları ve ilaç kullanımına karşı mesleki ve sosyal işlevsellikteki bozulmanın sürmesi kullanımlarını sınırlandırmaktadır. Çalışmalar atipik antipsikotiklerin klasik antipsikotiklerle karşılaştırıldığında yan etkilerinin daha düşük olduğunu ve hastalarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Şizofreni tedavisinde yeni kuşak antipsikotiklerin geliştirilmesi ile birlikte farmakolojik tedavide çok çeşitli seçenekler ortaya çıkmıştır (103).

Hastanın psikotrop ilaç alma yaşantısını, uzmanların hastayı değerlendirmesi, ilaç tedavisini planlama, eğitim ve izlem şekilleri etkilemektedir. Sağlık çalışanları hastayı değerlendirme, tedavi rejimini planlama, eğitim ve izleme uygulamalarıyla hastaların kendi tedavilerinde aktif rol almalarını sağlayabilirler. İlaç tedavisi planlanırken hasta katılımının sağlanamaması hastanın tedaviye uyumsuzluğuna neden olacağı açıklanmaktadır. Hemşireler çoğunlukla multidisipliner ekip içinde hastada ilaç etkilerini ve ilaca uyumlarını izlemede önemli bir role sahiptirler. Hemşireler ve diğer ruh sağlığı uzmanları hastaların tedavilerini nasıl algıladıklarını ve tedavinin yaşamlarını nasıl etkilediğini değerlendirmeli (104, 105) ve hasta ve aileleri ilaç tedavisi konusunda bilgilendirmelidir. İlaçların etkileri ve yan etkilerince açıklanmalı, problemler oluştuğunda tıbbi ilişkinin kurulması konusunda hasta ve ailesi bilgilendirilmelidir (94, 95).

2.5.2. Psikososyal Tedavi Yöntemleri

Şizofreninin etkisi yaşamın pek çok alanında hissedildiğinden etkin tedavilerin birden çok alana seslenmesi gerekmektedir. Şizofrenide düzenli ilaç kullanımına rağmen alevlenmelerin ortaya çıkışının engellenememesi, bazı belirtilerin yeterli doz ve süre ilaç kullanımına rağmen devam etmesi ve hastaların ilaç tedavisine uyum sorunları farmakolojik tedavinin sınırlı olduğunu düşündürmektedir (101). Ayrıca şizofren hastaların çoğunun antipsikotik ve psikososyal tedavinin birlikte kullanıldığı yaklaşımlardan yararlandığı açıklanmakta ve psikososyal yaklaşımların dikkatli bir şekilde ilaç tedavisiyle bütünleştirilip desteklendiği tedavi yöntemlerinin önemi vurgulanmaktadır (88, 106, 107).

Şizofrenik bozuklukların tedavisinde kullanılan psikososyal tedavi yaklaşımları arasında aile psikoeğitimi, aile grupları, bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi, uyumlandırma tedavileri(sosyal beceri eğitimi, işe uyumlandırma, bilişsel davranışçı terapiler) yer almaktadır (108). Psikososyal tedavi yaklaşımları arasında en çok uygulananlar aile psikoeğitimi ve uyumlandırma tedavileridir. Bunların amaçları genel olarak şunlardır:

- Şizofreninin belirtileri, tedavisi, gidişi, sonlanması ve ilaçlar hakkında eğitim,
- Belirtilerin şiddetini azaltma,
- Aile içi ve kişiler arası ilişkileri geliştirme,
- Hasta ve ailenin stresle baş etme becerilerini geliştirme,

Aşırı duygu dışavurumunu azaltma,
Erken tanı ve tedavi,
Relapsları önleme ya da azaltma,
Toplumsal işlevselliği artırma,
Toplumda özerk davranmayı ve toplumsal yeterliliği sağlama,
Gerçekçi beklentiler oluşturma
Yaşam kalitesini artırma

Bu hedefler doğrultusunda uygulanan tedavi yöntemleri psikososyal rehabilitasyon kavramı içerisinde yer almaktadır. Psikososyal rehabilitasyon, ruhsal hastalığı olan bireylerin kapasitelerini, öğrenme ve çevresel destek yoluyla en üst düzeye çıkaran, hastayı cesaretlendiren ve destekleyen bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır (106, 108). Psikiyatrik rehabilitasyonun amacı ağır yeti yıkımı olan hastalara sosyal, mesleki, eğitimsel ve ailevi rollerinde en az yardımla doyumlu bir yaşam sürmeleri için gerekli becerileri öğretmek ve bu süreçte onlara gerekli toplumsal desteği sağlamaktır. Kişide sosyal ve mesleki işlevselliği bozan belirtileri ve bilişsel yeti kayıplarını azaltmak, gidermek ya da kompanse edilebilir hale getirmek bu sürecin temel hedeflerindedir (3). Kapsamlı bir rehabilitasyon programında değerlendirme, eğitim, bireysel ve toplumsal yaşam alanlarının düzenlenmesi yer almalıdır. Rehabilitasyon programları ile hastanın kendi tedavisini yürütmesi, kendine bakım, aile ve arkadaş ilişkileri, iş arama, işi sürdürme, yeni meşguliyet alanları yaratma, para idaresi, alış-veriş teknikleri, ev idaresi, ulaşım, zevk verici etkinliklere katılma, mutfak idaresi gibi alanlarda beceri geliştirme ile hasta bireyin ve ailesinin yaşam kalitesini arttırmak amaçlanmaktadır (106). Hastası rehabilitasyon uygulamalarında yer alan ailelerin daha düşük düzeyde yük yaşadıkları açıklanmakta ve rehabilitasyon uygulamalarıyla bakım verenlerin sağlığının korunabileceği vurgulanmaktadır (107).

Rehabilitasyon biyolojik psikiyatrinin, psikososyal tedavilerin (bireysel, grup, bilişsel davranışçı, destekleyici terapiler ve aile yaklaşımları), sosyal beceri eğitiminin, uğraş tedavisinin, gündüz hastanesi uygulamalarının, özelleşmiş yaşam alanlarının, dernek-kulüp gibi sivil-sosyal örgütlenmelerin ve endüstriye yönelik programların bir entegrasyonu olmalıdır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın psikiyatrik hastaların rehabilitasyonuna yönelik bir politikası yoktur ve hastalar ve aileleri hastalıkla mücadelede yeterli desteği

görememektedirler. Psikiyatrik rehabilitasyon ve gündüz hastanesi uygulaması Türkiye’de Bakırköy ve Ankara Üniversitesi Psikiyatri Kliniklerinde denenmiştir. Bakırköy deneyimi 80’li yıllarda kalırken, Ankara Üniversitesi Gündüz Hastanesi halen faaliyetini sürdürmektedir. Ayrıca Kocaeli Üniversitesi Psikiyatri Kliniği’ne bağlı olarak kurulan Gündüz Hastanesi hasta bireye ve ailelerine yönelik rehabilitasyon aktivitelerini sürdürmektedir (109). Ayrıca ülkemizde hasta ve hasta yakınlarını desteklemeye yönelik olarak beş merkezde dernekler bulunmaktadır. Hasta bireyi ve ailesini destekleme bu sivil toplum örgütlerinin hedef ve aktiviteleri arasında yer almaktadır. Son yıllarda ailelere ve hastalara yönelik psikoeğitimsel gruplar yaygınlaştırılmaktadır. Psikiyatrik hastaların toplumsal beceri kazanmalarında uğraşı tedavisinin etkisi üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Yeti yitimini azaltmada uğraşı tedavisinin önemli bir yeri olduğu belirtilmektedir. Ayrıca psikiyatrik hastalara yönelik toplumsal beceri eğitime yönelik uygulamalar yapılmakta ve çok merkezli çalışmalarla etkinliği araştırılmaktadır. Hasta ve aile grupları, toplumsal beceri eğitimi ve bireysel terapi uygulamalarını içeren tedavi klavuzları ve eğitim materyalleri hazırlanmış, uygulamaların yaygınlaştırılması planlanmıştır (101, 110).

Psikososyal tedavilerin etkinliği, ekip çalışması anlayışı içinde yürütüldüğünde ve hasta ve ailesinin de katılımlarının sağlanmasıyla artmaktadır. Bu etkinliği sağlamada psikiyatri hemşireleri, ruhsal hastalığı olan kişilere psikososyal hizmetleri sağlayan multidisipliner ekibin bir parçasıdır. Günümüzde kronik psikiyatrik hastalıkların tedavi yaklaşımındaki değişimle birlikte psikiyatri hemşirelerinin rol ve sorumlulukları da değişmiştir. Hastanın eğitimi, sosyalizasyonu ve psikoeğitsel aile müdahaleleri gelişen bu roller çerçevesindeki hemşirelik aktiviteleri arasındadır. Hemşirelerin hasta ve ailesine yönelik uygulayabildikleri gruplar; sosyal beceri eğitimi grupları, sanat grupları, hastaneden çıkışa hazırlık grupları ve aile destek gruplarıdır (111). Psikiyatri hemşireleri belirtilen grupları çeşitli amaçlar için kullanırlar. Bu amaçlar: hastaya yönelik olarak, paylaşmak, başarmak veya ortamda davranışı düzenlemek, kişilerarası iletişimi ve sosyal becerileri geliştirmek, bilgiyi aktarmak, cesaretlendirmek, ümidi oluşturmak, benlik saygısını geliştirmek, kendilik farkındalığı geliştirmek ve hastaya destek sağlamaktır (112, 113). Aileye yönelik gruplarda ise ailelere zorlandıkları hastalık sürecindeki rollerini olabildiğince iyi öğretip benimsetebilmek, ruhsal hastalıkla baş etme ve problem çözme becerilerini kazandırmak ve bu yolla aile yükünü ve stresinin azaltılması amaçlanmaktadır (74, 82).

2.6. ŞİZOFRENİ HASTALARININ AİLELERİ VE BAKIM VEREN KAVRAMI

Şizofrenili hastaların bakımının hastaneden çok toplumda yürütülmesiyle birlikte ailelerin önemi daha da artmıştır. Çünkü uzun süreli bakım gerektiren şizofreni hastalarının bakım verenleri genellikle aileleridir. ABD’ de taburcu olan hastaların %60’tan çoğunun ailelerinin yanına döndüğü açıklanmaktadır (114). Ülkemizde de şizofreni hastalarının en büyük destek kaynaklarının ve bakım verenlerinin hastanın ailesi olduğu ve hastaların büyük çoğunluğunun ailesiyle birlikte yaşadığı açıklanmaktadır (27, 106, 109). Ancak ailenin şizofreniye verdiği yanıt hastalığın özelliğinden etkilenmektedir. Hastalığın bu özelliği: semptomların ağırlaşma ya da gerileme periyotlarını, tuhaf ve rahatsız edici davranışları, kendine ya da diğerlerine zarar verici davranışları, hastalığın önceden tahmin edilemeyişi, kişiler arası ilişkilerde yaşanan güçlükleri ve toplum tarafından damgalanmayı içermektedir. Hastalığın bu karakteristik özellikleri ailelerin bakım verici rolüne uyumlarını zorlaştırmaktadır (70, 89).

Bakım veren kavramı, şizofrenide psikososyal rehabilitasyon kavramı içerisinde yer almaktadır. Bakım veren: ruhsal sağlık sorunu deneyimleyen bireye bakım, yardım, sosyal destek ve bilgi veren kişi olarak açıklanmaktadır. Bakım veren kişi hastanın bakımını yapmak ya da gözlemlemekten sorumludur (38, 93, 115). Primer bakım veren ise bu sorumluluğu sürdürmekten birinci derece sorumlu olan kişidir ve şizofreni hastasının primer bakım verenleri genellikle aile üyeleridir. Literatürde bakım veren tıbbi tedavi ile psiko-sosyal iyileştirme sürecinde bir köprü olarak belirtilmektedir. Bakım veren bu tanımlamada sadece klinik süreçte bir pozisyonu değil aynı zamanda sosyal çevresi giderek belirlenen bir kimlik halini almaktadır. Bu tanımlamadan da anlaşılacağı gibi bakım veren kişiler bir rolün sahibi olmaktadır. Kimlerin hangi koşullarda aile üyeliğinden hasta yakınlığına, oradan da bakım vericiliğe geçtikleri ve bu rollerin zaman içindeki dönüşümleri açıklanması gereken konular arasındadır (26).

2.7. ŞİZOFRENİ HASTASINA BAKIM VEREN AİLELERİN STRESÖRLERİ

Ağır ruhsal hastalıklı bireyler bir kurumdan ziyade evde yaşadıklarında ruhsal hastalık önemli bir aile sorunu olmaktadır. Aile bir sistem olarak ele alındığında; sistemin parçaları arasında sürekli bir etkileşim vardır ve hastalık durumunda hasta bireyin fonksiyonel yeterliliğinde ki değişim tüm aileyi etkilemektedir (93). Şizofreni ve diğer kronik ruhsal hastalıklar da hastada yarattığı bilişsel zararlar, yeti yitimi, sosyal ve ekonomik kayıplar nedeniyle aile sistemini etkilemekte, hem hastalar hem de hastalıkla mücadelede en önemli kaynaklardan biri olan aileler için yoğun stres kaynağı olmaktadır (11, 12, 13, 14, 15, 57). Yapılan birçok çalışmada şizofrenili bir üyeye sahip ailelerde aile işlevlerinin bozulduğu ve bozulan aile işlevlerinin hastalığın klinik gidişini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (59, 116, 117).

Şizofren hasta ailelerinin hastalık sürecinde yoğun stres yaşadıklarının ve tüm ailenin hastalıktan etkilendiğinin anlaşılması ile 1970'li yıllardan itibaren şizofreni hastasına bakım veren aileler üzerinde çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmalarda şizofreni hastasına bakım veren aileler için pek çok stresör tanımlanmaktadır. Çalışmalarda hastalığın ailenin yaşam tarzını, rutinlerini bozmasının ve hastanın durumunun her an kötüleşeceği beklentisinin en sık karşılaşılan stresörler olduğu belirtilmektedir (118). Ayrıca hastada görülen hastada görülen davranışsal sorunlar (20, 21, 22, 23), hastanın toplumsal alanda işlev kaybının belirginleşmesi veya rolünü yerine getirememesi nedeniyle diğer aile üyelerinin sorumluluklarının artması, hasta bireyle iletişim kurmada, kişiler arası ilişkilerde ve aile içi etkileşimde yaşanan güçlükler (20, 24, 25), toplum tarafından damgalanma ve bunun bir sonucu olarak yalnızlık yaşama (13, 15, 26), gelecekte hastanın geçimini nasıl karşılayacağı ve hastaya kimin bakacağı konusunda yaşanan belirsizlik, ailenin hastalık nedeniyle kendilerini suçlaması, hastanın iyileşemeyeceğine yönelik inanışlardır aileler tarafından tanımlanan diğer stresörlerdir (27).

Yapılan çalışmalarda özellikle hastada görülen davranışsal problemlerin yaşanan stresin artmasına neden olduğu açıklanmaktadır (11, 14, 18, 19, 57). Aileler tarafından stres yaratıcı olarak tanımlanan davranışsal sorunların başında duygusal çekilme, motivasyon yetersizliği (14), sosyal izolasyon, uyku örüntüsünde değişim (57, 119), intihar girişimleri, depresif-anksiyöz davranışlar, fiziksel ve sözel şiddet (20, 21) ve arkadaşları ve komşuları rahatsız edici davranışlarda bulunma, eşyalara zarar verme gelmektedir (22). Ayrıca hastaların

ilaç tedavisine uyumsuzluğu (119), ilaçlara bağlı olarak gelişen yan etkiler, kendine bakımını yerine getirememesi (15) ve alkol ve madde kötüye kullanımı (119) ailelerde stres yaratan diğer faktörlerdir. Aileler hastanın sorun yaratan davranışları yanında, hastaneye tekrarlı yatışlar, ilaç tedavisinin izlenmesi ve hastanın ilaca uyumunun yönetimi, hastaları için sosyal destek bulma ve hastalıkla ilgili olarak ortaya çıkabilecek çeşitli duygusal çatışmalarla da baş etmek zorunda kalmaktadırlar (15).

Evde ruh sağlığı bozulmuş bir üyeye bakım veren ailelerin yaşadıkları günlük alanlarını tanımlayan bu çalışmalarda; bakım verme sürecinin bakım veren üzerindeki olumsuz etkilerini açıklamada “yük” kavramından söz edilmektedir. Bu konu ile ilgili literatürde yük; bakım verenin, üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı; psikolojik ve fiziksel sağlık problemleri, ekonomik ve sosyal problemler, aile ilişkilerinde bozulma gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlar olarak açıklanmaktadır. Aileler üzerinde bakımın oluşturduğu objektif ve subjektif isteklerin yük olarak tanımlandığı şey, tam olarak stresör olarak tanımlanabilmektedir. Stresin tek başına yükten ziyade yükün etkisine bir tepki olduğu açıktır (46, 74, 120). Ülkemizde şizofreni hastasına bakım verenlerde yük kavramının incelendiği bir çalışmada; ailelerin yaşadıkları yük alanları%85.7 sosyal yük, %67.5 duygusal yük, %59.7 fiziksel yük ve %35 oranıyla ekonomik yük olarak sıralanmıştır (28).

Ülkemizde şizofren hasta yakınlarıyla yapılan başka bir çalışmada hasta yakınlarının, en sık bahsettikleri zorluklar; aile yaşamındaki çatışmalar (%57), hastanın getirdiği üzüntü, kaygı ve gerginlik gibi duygusal yükler (%48), hastanın tedavisi için gerekli olan harcamalar ve hastanın kişisel masrafları (%27) olarak tanımlanmıştır (24). Şizofreni hasta yakınları ile yapılan bir başka çalışmada ise aileler aile içi ilişkilerde ve sosyal ilişkilerinde bozulma yaşadıklarını ve geleceğe yönelik kaygılarının olduklarını belirtmişlerdir (63).

2.8.ŞİZOFRENİ HASTASINA BAKIM VEREN AİLELERDE BAŞ ETME

Şizofreni ailelerinin, bakım verme işini başarıyla sürdürebilmesi, bakım sürecinin oluşturduğu tüm bu zorluklarla baş edebilme yeteneğiyle ilişkilidir. Baş etme yeteneği, stresör olarak algılanan bakım verme sürecinin olumsuz etkilerinin üstesinden gelebilmede önemli bir faktör olarak görülmektedir (15, 37, 64).

Bakım verenler üzerinde yapılan çalışmalarda, yaşanan stres karşısında kullanılan baş etme yöntemlerinin açıklanmasında Lazarus ve Folkman'ın stres-baş etme modelinin temel alınmasının gerekliliği vurgulanmaktadır (92). Stres- baş etme modelinde Lazarus ve Folkman tarafından stres; kişi-çevre etkileşiminde, kişinin uyumunu ve iyi oluşluğunu tehlikeye sokan ve mevcut kaynaklarını zorlayan ya da aşan çevresel talepler olarak tanımlanmaktadır (54). Baş etme ise stresli olay ya da durumların yol açtığı duygusal gerilimi azaltma, yok etme ya da bu gerilime dayanma amacıyla gösterilen bilişsel, davranışsal ve duygusal tepkilerin bütünü olarak açıklanmaktadır. Bu modelde baş etme kişinin iç ve dış taleplere karşı gösterdiği başarılı ya da başarısız tüm çabaları kapsamaktadır. Stres-baş etme modelinin değerlendirme ve baş etme olmak üzere iki temel komponenti bulunmaktadır. Değerlendirme süreci birincil değerlendirme ve ikincil değerlendirme olmak üzere iki aşamalıdır. Birincil değerlendirmede kişi tehlikede olup olmadığına karar verirken, ikincil değerlendirmede bireyin sahip olduğu baş etme kaynaklarının değerlendirilmesi söz konusudur. Baş etme aşaması ise bireyin tehdit edici duruma tepkide bulunması ve baş etmek için her hangi bir stratejiyi uygulamasıdır. Bu aşamada birey tarafından seçilen baş etme yöntemleri probleme odaklı ve duyguya odaklı yöntemler olarak iki gruba ayrılmaktadırlar. Probleme odaklanan baş etme, aktif bir stratejidir ve planlı, eyleme giden mantıksal bir analizi içermektedir. Duyguya odaklanan baş etme ise pasif bir yöntemdir ve istenmeyen bir olaya bağlı olarak yaşanan duyguları ortadan kaldırma çabasını içermektedir. Durum birey tarafından değiştirilemez olarak algılandığında çoğunlukla duyguya odaklı bir baş etme yönteminin seçildiği, değiştirilebilir olarak algılandığında ise probleme odaklı bir baş etme yönteminin seçildiği belirtilmektedir. Bireyin stres yaratan durumla etkili bir şekilde baş etmesinin kısa dönemde olumlu duygularla uzun dönemde ise ruhsal ve fiziksel sağlık durumunun korunması ve etkili sosyal katılımı sonuçlandığı açıklanmaktadır (92, 54, 55, 121).

Şizofreni hastalarının ailelerinde baş etmenin incelendiği çalışmalarda ailenin baş etme yöntemleri probleme odaklı ve duyguya odaklı olarak iki grupta ele alınmaktadır. Şizofreni hastasına bakım veren ailelerin çoğunlukla duyguya odaklı bir yöntem kullandıkları belirtilmektedir (92). Literatürde şizofreni ailelerinin kullandıkları baş etme yöntemleri; hastalığın kabulü (56), tolerans gösterme, hastalığa özgü bilgi edinme, pozitif düşünme (30, 57), sosyal destek arama (arkadaş ve akraba) (21), destek gruplarına katılma, ev dışı

aktivitelere zaman ayırma (22, 57, 58), sorunu çözmeye yönelik davranma, normal yaşamı sürdürmek için çaba gösterme, gelecek için anlamlı hedefler belirleme ve spiritual destek arama olarak tanımlanmaktadır (30, 57, 59). Ülkemizde şizofreni hastasına bakım verenlerle yapılan birçok çalışmada hasta yakınlarının stresle baş etmede probleme odaklı ve duyguya odaklı baş etmeleri birlikte kullandıkları belirlenmiştir (60, 61, 62). Hasta yakınlarının baş etme özelliklerinin tanımlandığı bir çalışmada hasta yakınlarının yarısından fazlasının tıp dışı yöntemlere başvurdukları ve tıp dışı yöntem olarak sıklıkla hacı-hocaya gittikleri saptanmıştır (63). Şizofren hasta eşleri ile yapılan bir çalışmada şizofren hasta eşlerinin stresle baş etmede kendine güvenli yaklaşımı ve duyguya odaklı bir yöntem olan çaresiz yaklaşımı birlikte kullandıkları saptanmıştır (61). Literatürde şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin hastalıkla mücadelede çaresiz davranma, hastayla daha fazla birlikte olma, hastanın bakımını üstlenmek için sosyal etkinliklerden uzaklaşma, madde kötüye kullanımı, sorunu yok sayma, hastaya karşı saldırgan davranışlar sergileme gibi başa çıkmada işlevsel olmayan yollara başvurabildiklerine dikkat çekilmektedir. İşlevsel olmayan yollardan bir diğeri ise hastanın bağımsızlığını engelleyecek düzeyde aşırı koruyucu davranışlar sergilemedir. Bu tür tutumlar hastanın zarar görmesini engelleyebilirken hastanın bağımlı hale gelmesine ve sosyal işlevselliğinin bozulmasına ve uzun dönemde de hastaneye tekrarlı yatışların artmasına neden olmaktadır (22, 27).

Ailenin baş etmede kullandığı yöntemleri; cinsiyet, yaş, bakım süresi, eğitim durumu, şizofreni hakkında sahip olunan bilgi, sosyal destek gibi değişkenlerin etkilediği açıklanmaktadır. Hastasına daha uzun süredir bakım veren, sosyal desteği yetersiz ailelerin baş etmede duyguya odaklı bir strateji kullandıkları belirtilmektedir (122). Yaşça daha büyük, daha iyi eğitilmiş ve erkek bakım vericilerin çoğunlukla problem odaklı bir baş etme stratejisi kullandıkları ve baş etmede daha başarılı oldukları açıklanmaktadır (13, 65, 71).

2.9. ŞİZOFRENİ HASTASINA BAKIM VERENLERDE RUHSAL SAĞLIK DURUMU

Evde kronik ruhsal hastalığı olan bir bireye bakım verme tüm aile üyelerinin stres yaşamalarına neden olmaktadır. Bakım verenlerin %29-60'ının bakım sürecinde sağlık durumlarını olumsuz yönde etkileyen düzeyde stres yaşadıkları açıklanmaktadır (18, 19). Giderek artan sayıda araştırma bu bulguyu desteklemekte ve bakım sürecinde yaşanan stresin

bakım verenin hem ruhsal hem de fiziksel sağlık durumu üzerine belirgin derecede etkisi olduğunu göstermektedir (15, 34, 35). Stresin insan sağlığı üzerinde ki etkilerine ilişkin ilk bilimsel alışmalar Selye tarafından yurütulmüştür. Selye'ye göre stres verici bir olay ya da durum karşısında kalan organizma fizyolojik, psikolojik ve davranışsal tepkiler göstermektedir. Bu süreçte kişi sahip olduğu biyolojik ve psikolojik kaynaklarla stres yaratan durum ya da olayla başa çıkmaya ya da uyum sağlamaya çalışmaktadır. Eğer yaşanan stres uzun süre devam eder ve kişi strese uyum sağlayamazsa "tükenme" başlamakta, bu durumda kişinin hastalanması ile sonuçlanmaktadır (121).

Literatürde stresin uzun dönemdeki etkilerine bağlı olarak şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin hem fiziksel hem de ruhsal sağlık problemleri yaşadıkları açıklanmaktadır. Yaşanan fiziksel sorunların başında hipertansiyon, kalp sorunları, artrit ve alkolizm gibi kronik sorunlar açıklanmaktadır (29, 39, 40, 41). Ruhsal sağlık durumunun belirleyicisi olarak şizofreni hastasına bakım verenlerde depresyon önemli bir risk faktörü olarak açıklanmakta ve bu ailelerde depresyon prevalansının genel nüfusa kıyasla iki kat daha yüksek olduğu belirtilmektedir (45). şizofreni hastasına bakım verenler ile herhangi bir hastaya bakım vermeyen grubun karşılaştırıldığı bir başka çalışmada şizofreni hastasına bakım verenlerde ruhsal sağlık durumunun daha kötü olduğu ve %38.2'sinde ruhsal rahatsızlık belirtisinin bulunma olasılığının yüksek olduğu saptanmıştır (115). Özellikle artan bakım süresiyle birlikte bakım verenlerde duygusal tükenmenin ve depresyonun arttığı açıklanmaktadır (44). Bakım verenlerde ruhsal sağlık durumunun incelendiği bir çalışmada bakım verenlerin %25'inde depresyon ya da anksiyete gibi ruhsal sağlık sorunu bulunma olasılığının yüksek olduğu saptanmıştır (36). Yapılan bir başka çalışmada şizofreni hastasına bakım verenlerin %49.4'ünde ruhsal sağlık sorununun bulunma olasılığının yüksek olduğu ve psikiyatrik tanılamaya gidilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır (20).

şizofreni hastasına bakım verenlerde ruhsal sağlık durumunu tanımlayan bu çalışmalarda bakım sürecinin bakım veren üzerinde oluşturduğu güçlükler önemli bir faktör olarak açıklanmaktadır. Yapılan bir çalışmada ailelerin %86.7'sinin şizofreni nedeniyle yaşamlarının güçleştiği ve ailelerin %72'sinde uyku bozukluğu gibi psikolojik kaynaklı bir sağlık sorununun var olduğu saptanmıştır (43). Ayrıca bakım sürecinde güçlük alanlarının bir sonucu olarak yaşanan yükün ruhsal sağlık durumunda bozulmaya neden olduğu

belirtilmekte; yaşanan yükün şiddeti arttıkça aile üyelerinin ruhsal sağlık durumlarının kötüleştiği açıklanmaktadır (29, 46, 47). Bakım sürecinde yaşanan güçlükler, özellikle hastada görülen davranışsal sorunların ve negatif semptomların şiddetinin ve bakım veren tarafından yaşanan sosyal kayıpların ve algılanan stres düzeyinin bakım verenlerin ruhsal sağlık durumundaki bozulmanın belirleyicisi olduğu açıklanmaktadır (21, 22, 49). Ayrıca hastalığın bakım verenin günlük yaşamında oluşturduğu yetersizlik, kesinti ve zorluklar depresyonla ilişkilendirilmekte (50) ve bakım sürecinde damgalanma gibi olumsuz yaşantıları daha yoğun yaşayanlarda ruhsal sağlık durumunun daha kötü olduğu açıklanmaktadır (51). Ülkemizde şizofreni aileleriyle yapılan bir çalışmada, şizofrenlerin aile bireylerinde kontrol grubuna kıyasla (tüberkülozlu hastaların aile bireyleri) daha yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon belirtisi tanımlanmıştır. Ayrıca çalışmada hastalığı sık alevlenme bakım verende yüksek düzeyde ruhsal belirtilerle ilişkilendirilmiştir (52).

Bakım verende ruhsal sağlık durumuyla ilişkili olarak sözü edilen bir diğer kavram duygu ifadesidir. Literatürde ruhsal sorunlu bireyleri olan ailelerin değişik duygular ve güçlükler yaşadıkları açıklanmaktadır. Aile üyeleri hastalık nedeniyle birbirlerini suçlayıp utanç duyabilmektedir. Bu duygu aileyi hastalığı ve hastayı gizlemeye ya da reddetmeye götürebildiği gibi öfke yaşanmasına da neden olabilmektedir. Ayrıca hastalık nedeniyle günlük yaşamı kısıtlanan, sosyal aktiviteleri azalan aile öfkesini hastaya yöneltebileceği gibi hastayı kırmamak için ya da hastaya zarar verme endişesi nedeniyle öfkesini kendisine yöneltebilmekte, hastaya karşı hastanın bağımsızlığını engelleyecek düzeyde koruyucu tutumlar sergileyebilmektedir. Bazıları ise yaşadığı kızgınlık ve öfke duygusunu hastaya yansıtmaktadır. Bu duygusal ortamda aile üyelerinde depresyon ve anksiyete gibi ruhsal sorunların ortaya çıkma riskinin yüksek olduğu belirtilmektedir. Bakım verenlerde görülen ruhsal morbidite yüksek duygu ifadesiyle ilişkilendirilmektedir (21, 27).

Şizofreni hastasına bakım veren ailelerde ruhsal sağlık durumunun önemli bir belirleyicisi yaşanan stres karşısında bakım verenin kullandığı baş etme yöntemidir (53). Bakım veren tarafından etkili baş etme becerilerinin kullanımı daha iyi ruhsal sağlıkla ilişkilendirilmektedir (15). Bu durum literatürde Lazarus ve Folkman'ın stres-baş etme modeliyle açıklanmaktadır. Stres-baş etme modelinde bireyin stres yaratan durumla etkili baş etmesi sonucunda kısa dönemde olumlu duygular yaşanırken, uzun dönemde etkili baş etme

sonucunda bakım verende fiziksel ve ruhsal sağlık durumunun korunması ve etkili sosyal katılımıla sonuçlanmaktadır. Ancak kullanılan baş etme yöntemi sonucunda sorunun çözülememesi aşırı baş etme çabası sergileme, olumsuz duygusal çıktılar ve sağlığa zararlı stresle sonuçlanmakta ve kronik stresin sağlık üzerinde ki olumsuz etkileri sonucunda fiziksel ve ruhsal sağlıkta bozulma oluşmaktadır. Modelde kişinin karşılaştığı stres verici durumların üstesinden gelerek ruhsal sağlığın korunması hedeflenmektedir (23, 54). Yapılan çalışmalarda şizofreni hastasına bakım verenlerin bakım verme sürecinde karşılaştıkları stres verici durumlar karşısında kullandıkları baş etme yönteminin ruhsal sağlık üzerindeki etkilerine dikkat çekilmektedir. Bakım sürecinde yaşanan stres karşısında baş etme stratejisi olarak problem çözme, sosyal destek arama ve hastanın tedavisinde aktif olarak yer alma gibi problem odaklı bir yöntem kullanan ailelerde ruhsal sağlık durumunun iyi olduğu açıklanmaktadır (64, 65, 66, 67). Yaşanan stres karşısında kullanılan duyguya odaklı baş etme yöntemleri ise yaşanan yükün önemli bir belirleyicisi olarak açıklanmakta ve duyguya odaklı bir yöntem kullanan bakım verenlerde ruhsal sağlık durumunun olumsuz olarak etkilendiği açıklanmaktadır (64, 68). Ruhsal sağlık durumunda bozulmaya neden olan baş etme yöntemlerden biri inkar olarak açıklanmaktadır (65). Baş etme yöntemi olarak inkar yerine hastalığı kabul edip uyum sağlayıcı teknikleri kullananlarda depresyonun ve fiziksel sağlık sorunlarının daha az görüldüğü açıklanmaktadır (69). Bakım verenlerin ruhsal sağlık durumu üzerinde belirleyici olan diğer yöntem ise spiritual destek arama olarak açıklanmaktadır. Spiritual destek arama gibi duyguya odaklı bir yöntem kullananlarda ruhsal sağlık durumunda bozulmaya dikkat çekilmektedir (70).

Bakım verenlerde ruhsal sağlık durumunu etkileyen diğer değişkenlerin incelendiği çalışmalarda kadın olma önemli bir risk faktörü olarak açıklanmaktadır. Kadın bakım verenlerin erkek bakım verenlere kıyasla daha fazla stres, anksiyete ve depresyon yaşadıkları açıklanmaktadır (50, 67, 71). Bakım verenin eğitim düzeyinin de ruhsal sağlık durumunun belirleyicisi olduğu açıklanmakta ve artan eğitim düzeyiyle birlikte ruhsal sağlık durumunun daha iyi olduğu açıklanmaktadır (67, 72). Ailenin şizofreni hakkında sahip olduğu bilgi düzeyi de ruhsal sağlık durumlarını etkilemektedir. Psikoeğitimsel müdahaleler ve aile grubunda yer almanın bakım verenlerde ruhsal sağlık durumunu güçlendirdiği açıklanmaktadır (65, 66, 115).

Şizofreni hastasına bakım verenlerde stres, baş etme ve ruhsal sağlık ilişkisinin anlaşılması, hem bakım verenler hem de bakımı alanların gereksinimlerini karşılamaya yönelik müdahalelerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde önemli veriler sağlayacaktır. Ayrıca hemşirenin profesyonel bir sorumluluğunun sağlık sorunu gelişme olasılığı olan birey, aile ve toplumu belirlemek ve sorunların gelişme olasılığını azaltmak olduğu göz önünde bulundurulduğunda hastanın bakım sorumluluğunu üstlenmiş aile üyelerinin ruhsal sağlık durumunun çeşitli değişkenlerle ilişkisinin anlaşılması gerek hastanın gerekse bakım verenin yaşam kalitesini arttırmada önem taşımaktadır (123).

2.10. ŞİZOFRENİ HASTASINA BAKIM VEREN AİLELERE YÖNELİK HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Günümüzde kronik ruhsal hastalıkların tedavisinde hastanede kalış süresini kısa tutup, hastanın kendi ortamı içinde tedavi edilmesini öngören bir yaklaşım uygulanmaktadır (3, 9). Bu tedavi yaklaşımıyla birlikte toplum içindeki hasta sayısı giderek artmaktadır. Şizofrenide tıbbi ve sosyal tedavinin amacının hasta bireyin hastalığıyla ve hastalığın yaşamında yarattığı güçlüklerle baş edebilmesi için gerekli gücü kazanmasını sağlamak olduğu dikkate alındığında; toplum içindeki hastanın sorunlarıyla baş edebilecek düzeye gelmesi için ona destek olabilecek dış güçlerin tanınması önem kazanmaktadır (75). Ayrıca çalışma sonuçları evde bakılan hastaların çoğunun yardıma gereksinimi olduğunu göstermekte ve uygulanan tedaviden en üst düzeyde sonuçlar elde edilebilmesinin; hasta klinikte yattığı andan itibaren ailenin de ele alınması ve bütüncül bir yaklaşımla tedaviye katılımlarının sağlanması, hasta taburcu olduktan sonra da aile ile işbirliğinin sürdürülmesine bağlı olduğu açıklanmaktadır (9, 76, 80, 118, 124). Ruhsal hastalığın aileyi bir bütün olarak etkilediği de göz önünde bulundurulduğunda gerek hasta bireyin maximum fonksiyon görmesini sağlayarak ailesiyle olan uyumunu arttırmak, gerekse aile üyelerinin psikososyal iyi oluşluğunu korumak ve birbirleriyle uyumlu, rahat yaşamasını sağlama yoluyla hastanın ve ailenin yaşam kalitesinin artırmak için de aileye profesyonel destek sağlanmasının önemi vurgulanmaktadır (10, 74, 75, 99).

Şizofreni hastalarının ailelerine bu desteği sağlamaya yönelik girişimde bulunmak için dört aşamalı bir süreç tanımlanmaktadır: Birinci evrede, aileyle bağlantı kurularak hasta için

planlanan tedavi ve bilgiler aile ile paylaşılır. Ailenin hastalığa tepkileri incelenir, endişeleri öğrenilir. Karşılıklı olarak amaçlar belirlenerek, tedavi sözleşmesi oluşturulur. İkinci evrede, şizofreni ile yaşamak için aile üyelerinin baş etmeleri üzerine odaklanılır. Ev içinde bakım sürecine katılabilecek diğer kişiler belirlenir. Aile içinde diğer bireylerin birbirlerine desteklerini geliştirebilecekleri planların oluşturulması sağlanır. Üçüncü evrede, ailelerle bireysel olarak tartışmalar yapılır. Bu evrede genellikle iki amaç yer alır. İlki ailenin sınırlılıklarını kuvvetlendirmek, ikincisi ise hastanın yavaş yavaş kendi sorumluluğunu üstlenmesini sağlamaktır. Dördüncü evrede, ileriye yönelik ulaşılabilecek amaçlar belirlenmektedir. Var olan ve oluşturulacak programlara aile katılım için cesaretlendirilmesi söz konusudur (75).

Şizofreni hastalarının tedavi ve rehabilitasyonunda aileye profesyonel destek sağlamak amacıyla; tedaviye aile katılımını sağlama, aile ile işbirliğini kurma ve sürdürmede ekip yaklaşımına gereksinim vardır. Bu ekip yaklaşımında hemşire yatan hasta kliniklerinde, psikiyatri polikliniklerinde ve toplum sağlığı hizmetlerinde şizofreni hastalarının aileleriyle birlikte çalışabilmektedir. Hemşire şizofreni hastasına bakım veren ailelerle hasta kliniğe yattığı andan itibaren çalışma imkanına sahiptir. Bu sürecin aile yaklaşımı açısından amacı aileyi tedaviye katarak; hastalık, hastaya uygulanan ilaç tedavisi, psikososyal programlar, diğer tedavi yöntemleri, hasta ve aileye destek olabilecek toplumsal kaynaklar hakkında bilgi vererek aileyi taburculuğa hazırlamak ve hastaneye yatış sonrası aile ile işbirliğini sürdürerek ailenin baş etme kapasitesini arttırmak ve relapsları önlemektir (75, 79, 80, 82). Hasta hastanedeyken hastaya uygulanan tedavi ve diğer programlara ailenin katılması ve hasta taburcu olduktan sonrada izlemlerin devam etmesi bakımın devamlılığı açısından önemli görülmektedir (118).

Literatürde şizofrenili bireylerin ailelerine yönelik en iyi uygulama standardı ve tedavi tavsiyesi eğitim ve destek olarak açıklanmaktadır (125). Ayrıca çalışma sonuçları şizofreni hastasına bakım veren ailelerin daha çok destekleyici tedaviden yararlandıklarını ve hemşireyi önemli bir destek sistemi olarak gördüklerini de göstermektedir (74, 75, 77). Bu desteği sağlamada psikiyatri hemşirelerinin aileye yönelik olarak primer rolü eğitim ve danışmanlıktır (78, 79, 80). Hemşirelerin bakım verenlere destek sağlayabilmesi, uygun girişimleri planlayabilmesi ve girişimlerin sonuçlarını değerlendirebilmesi için öncelikle bakım veren

ailelerin yaşadıkları güçlüklerin ve eğitim gereksinimlerinin saptanması gerekmektedir. Literatürde şizofreni hastasına bakım veren ailelerin eğitime gereksinim duydukları temel alanlar; hastalık, tedavi ve semptomlar hakkında bilgi, ilaçların yan etkileri, akut alevlenme belirtilerini fark etme, hasta davranışlarıyla baş etme, evde hasta bireyin tedavisinin yönetimi, iletişim becerileri, bakım verenin yaşadığı stresle baş etme becerilerinin geliştirilmesi ve stres yönetimi, toplumsal destek kaynaklarından haberdar olması ve bu kaynakları kullanılması olarak sıralanmakta ve oluşturulan eğitim programlarının bu alanları kapsamaması gerektiği belirtilmektedir (75, 81, 82, 83, 125, 126). Bu noktada hemşire; aileye, şizofreni ve tedavisini öğrenme, ruhsal hastalıkla baş etme, problem çözme becerilerinin kazandırılması ve destek sistemlerinin harekete geçirilmesi gibi konularda bireysel ve grup psikoeğitimi gibi destekleyici müdahaleleri planlayarak profesyonel destek sağlayabilir (74). Psikoeğitsel aile müdahaleleri ile hastaların gerçekten hasta olduğunu ve semptomları üzerinde çok sınırlı kontrollerinin olduğunu anlamada aile üyelerine yardım etmek ve hastalığın daha iyi anlaşılmasını sağlayarak ailelerin kritik davranışlarının azaltılması amaçlanmaktadır (77, 82, 126). Ayrıca, kronik psikiyatrik hastası olan ailelere zorlandıkları hastalık sürecindeki rollerini olabildiğince iyi öğretim benimsenebilmek bu yolla aile yükünü ve stresinin azaltılması, relapslarının önlenmesi psikoeğitimsel müdahale amaçlarındandır (82). Psikoeğitimsel yaklaşımla taburculuğa iyi hazırlanan ailelerde, ailenin kendine güveninin arttığı, hastayı kabullendiği, hastaya sosyal destek sağladığı ve hastanın hastaneye tekrarlı yatış sıklığının azaldığı açıklanmaktadır. Ayrıca Psikoeğitimsel müdahalelerin relaps oranlarını azalttığı ve ailenin ruhsal ve fiziksel sağlığını geliştirdiği belirtilmektedir. Aileye hizmet sağlamada profesyoneller tarafından yetersiz etkileşim ve destek bakım verenin yaşadığı güçlük ve depresyonla ilişkilendirilmektedir (125, 127).

Psikiyatri hemşiresinin şizofreni hastasına bakım verenlere sağlayabileceği diğer bir destek alanı psikiyatrik evde bakım hizmetlerinin aileye sunulmasıdır. Psikiyatrik evde bakım hizmetleri, psikiyatri hemşiresinin de yer aldığı bir ekip tarafından yürütülmektedir. Evde bakım ekibi; taburculuk sonrası tedaviye/ilaca uyumu ve evde bakım planlarını düzenlemede, uygulamada, izleme ve değerlendirmede hasta ailesiyle birlikte işbirliği içinde çalışmaktadır. Evde bakım uygulamalarının relaps ve hastaneye yatış oranlarını azalttığı, hasta bireyin belirtilerinin şiddetinde azalma, kişiler arası ilişkilerinde artma, toplumsal davranışlarında iyileşme ve yaşam kalitesinde artma sağladığı açıklanmaktadır. Hastanın fonksiyonelliğinde

ki ve yaşam kalitesinde ki artış bakım veren aileyi de olumlu yönde etkileyecektir (128). Ayrıca psikiyatri hemşiresi hasta ve ailesinin yararlandığı dernek ve kuruluşlarda da aileye ve hastalara yönelik psikososyal uygulamalarının planlanması uygulanması yoluyla aileyi destekleyebilmektedir (74, 80).

3. ARASTIRMANIN GEREK ve YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, şizofreni hastasına bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Temmuz 2006- Şubat 2007 tarihleri arasında İzmir’de şizofreni hastalarının tedavi gördüğü, izlendiği, destek ve rehabilitasyon amaçlı olarak bir araya geldikleri kurumlarda yapılmıştır. Bu kurumlar; Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi psikiyatri polikliniği, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Psikoz birimi ve İzmir Şizofreni Dayanışma Derneği’dir.

Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı’nda 26 hekim ve 2 psikolog çalışmakta ve psikiyatri polikliniğinde şizofreni hastalarının izlem ve tedavileri yapılmaktadır. Çarşamba günleri şizofreni hasta ve ailelerine poliklinik hizmeti verilmektedir. Psikiyatri poliklinik hizmetinden ayda ortalama 50 şizofreni tanılı hasta yararlanmaktadır. Gerekğinde aile üyelerine de ulaşılabilir. Gerekğinde aile üyelerine de ulaşılabilir.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Psikoz birimi 2001 yılında kurulmuş olup, 2 uzman hekim, 1 hemşire, 1 psikolog ve 1 sosyal hizmet uzmanıyla hizmet verilmektedir. Psikoz biriminde pazartesi, perşembe ve cuma günleri hasta izlemleri poliklinik hizmeti olarak yürütülmektedir. Psikoz biriminden ayda ortalama 60 şizofreni hastası yararlanmaktadır.

Şizofreni Dayanışma Derneği İzmir’de şizofreni hastalarına ve yakınlarına destek vermek amacıyla 1997 yılında kurulmuştur. Derneğe yaklaşık 290 aile üyesi kayıtlıdır. Ailelerle birlikte hastalar dernek aktivitelerine katılmaktadır. Dernek hafta sonları hariç her gün 11-17 saatleri arasında şizofreni hasta ve yakınlarına hizmet vermektedir. Dernekte hasta ve ailelerine yönelik ilgili uzmanlarla işbirliği yapılarak çeşitli bilimsel aktiviteler ve uğraşı programları yürütülmektedir.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul eden, hastası ilk epizod dışında olan ve hastasına en az 1 yıldır bakım veren, 103 şizofreni hasta yakını oluşturmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında bakım verenlerin ve bakım verilen hastanın tanıtıcı özelliklerini incelemeye; etkileyen etmenler soru formu, bakım verenlerin baş etme yöntemlerini belirlemeye; stresle başa çıkma tarzları ölçeği ve ruhsal sağlık durumlarını belirlemeye; genel sağlık anketi kullanılmıştır.

3.4.1. Etkileyen Etmenler Soru Formu

Etkileyen etmenler soru formunda hasta ve bakım verene yönelik sosyo-demografik verilerin toplanması amaçlanmaktadır. Formda hastaya yönelik olarak; hastanın yaşı, cinsiyeti, çalışma durumu, hastalığın süresi, kaç kez hastaneye yattığını belirlemeye yönelik 5 soru yer almaktadır. Bakım verenin sosyo-demografik özelliklerini tanımlamaya yönelik olarak; yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, yakınlık derecesi, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, hastaya bakma süresi, şizofreniyle ilgili grup eğitimine katılım durumlarını belirlemeye yönelik toplam 10 soru yer almaktadır.

3.4.2. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (S.B.T.Ö.)

Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen “Ways of Coping Inventory” ölçeğinden Türkçe’ye uyarlanan ‘Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin’ ülkemiz için geçerlik-güvenirlilik çalışması Şahin ve Durak tarafından yapılmıştır. Stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin Cronbach Alpha güvenirlik katsayıları Tablo 1’de verilmiştir. Ölçeğin güvenirlik katsayılarının uygunluğu, faktör yapısının özelliği, alt ölçeklerin çeşitli yöndeki ilişkileri nedeniyle başa çıkma yöntemlerini ölçmek için kullanılacak güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu belirtilmektedir.

Tablo 1. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyut Cronbach Alpha Değerleri

| Ölçek Alt Boyutları | Geçerlik-Güvenirlik Çalışması | Bu Çalışmada |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------|
| Kendine Güvenli Yaklaşım | 0.80 | 0.91 |
| İyimser Yaklaşım | 0.68 | 0.81 |
| Çaresiz Yaklaşım | 0.73 | 0.78 |
| Boyun Eğici Yaklaşım | 0.70 | 0.86 |
| Sosyal Destek Arama Yaklaşımı | 0.47 | 0.71 |

Stresle başa çıkma tarzları ölçeği 30 madde ve 5 alt boyuttan 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 Yaklaşımı (1,9,29,30)' dir. Bu ölçeğin probleme yönelik etkili yollar ve duyguya yönelik etkisiz yollar olarak adlandırılabilir iki boyutu vardır. Alt ölçeklerden Kendine Güvenli Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal destek arama yaklaşımı etkili/probleme yönelik baş etme, Çaresiz yaklaşım ve Boyun Eğici yaklaşım ise etkisiz/duyguya yönelik baş etme olarak değerlendirilmektedir.

Ölçek 4 puanlı likert formatında olup; Hiç uygun değil:0, Uygun değil:1, Uygun:2, Tamamen uygun:3 puan olarak derecelendirilmektedir. Ancak Sosyal Destek Arama alt ölçeğinde 1. ve 9. maddeler; Hiç uygun değil:3, Uygun değil:2, Uygun:1, Tamamen uygun:0 puan olarak değerlendirilmektedir. Her alt boyuta ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Her alt boyuta ait puanlar toplanmakta ve o alt boyutun soru sayısına bölünerek her alt boyuta ait ortalama puan elde edilmektedir. Her alt ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 3'tür. Kendine güvenli, iyimser ve sosyal desteğe başvurma faktörlerinden elde edilen puanlar arttıkça stresle başa çıkmanın etkili olduğu, çaresiz, boyun eğici yaklaşım faktörlerinden elde edilen puanların artması ise stresle başa çıkmada etkisiz yöntemlerin kullanıldığını belirtmektedir (129).

3.4.3. Genel Sağlık Anketi (GSA-General Health Questionnaire)

Genel sağlık anketi; ruhsal hastalıkları inceleyen toplumsal çalışmalarda ilk aşama tarama testi olarak kullanılan bir ölçektir. 12 soruluk genel sağlık anketi kısa olduğu, vakaları ayırmada yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahip olduğu ve çeşitli sosyo kültürel ortamlarda kullanılabileceği için yaygın olarak tercih edilmektedir. Kılıç tarafından Türkçe'ye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alpha=.78), test tekrar test korelasyon katsayısı .84'tür. Bu çalışmada iç tutarlılık katsayısı Cronbach Alpha=.80'dir. Ölçeğin, psikotik olmayan depresyon ve bunaltı belirtilerinin saptanmasında güvenle kullanılabileceği belirtilirken psikotik ve manik hastalarda ve kronik ruhsal hastaların saptanmasında kullanılması önerilmemektedir.

Ölçek 12 sorudan oluşmakta ve her soru dört seçeneklidir ("hiç olmuyor", "her zamanki kadar", "her zamankinden sık", "çok sık"). Puanlamada GSA'nın değerlendirilmesinde kullanılan GHQ tipi puanlama adı verilen yöntem kullanılmaktadır. Buna göre ilk iki kolon 0, son iki kolon 1 olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınacak en düşük puan 0, en yüksek puan ise 12'dir. Puandaki artma ruhsal hastalık riskine işaret etmektedir. Genel sağlık anketinin 12 maddelik formunda 2 puan ve üzerinde puan alan kişilerde psikiyatrik bir rahatsızlık bulunma olasılığının yüksek olduğu açıklanmaktadır (130). Literatürde "distress", "well-being" ve "mental health" kavramları genel sağlık anketi kullanılarak değerlendirilmektedir (15, 21, 115).

3.5. Verilerin Toplanması

İlgili literatürden yararlanılarak oluşturulan etkileyen etmenler soru formu için uzman görüşü alınmıştır. Gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği ve İzmir Şizofreni Dayanışma Derneği yönetiminden yazılı izin alınmıştır. Veriler kurumlardan gerekli izin alındıktan sonra bakım veren aile üyelerine çalışmanın amacıyla ilgili açıklama yapılarak yazılı onam alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplama süresi ortalama 20 dk. sürmüştür.

3.6. Verilerin Analizi

Veriler SPSS paket programında değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizde bakım verici ve hastaya özgü sosyo-demografik değişkenlerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde dağılımı yapılmıştır. Bakım vericinin kullandığı başetme yöntemlerinin ve genel sağlık anketinden alınan puanların değerlendirilmesinde sayı ve yüzde dağılımı yapılmıştır. Bakım verenlerin cinsiyet, eğitim durumu, eğitim / grup programına katılma, hastaya yakınlık derecesi gibi değişkenlerle ruhsal sağlık durumları arasındaki farkların istatistiksel analizinde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Varyans Analizi, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Stresle başa çıkma tarzları ölçeğinden alınan puanların, bakım verenin yaşı ve hastaya bakım süresinin genel sağlık anketinden alınan puanlar arasındaki ilişkinin istatistiksel analizinde Pearson korelasyon analizi yöntemi kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Genel Sağlık Anketi puanları

Bağımsız Değişkenler: Stresle başa çıkma tarzları puanları, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, hastaya yakınlık derecesi, bakım süresi, grup eğitimine katılım

3.8. Araştırma Etiği

Araştırma için Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu'ndan, Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği ve İzmir Şizofreni Dayanışma Derneği yönetiminden yazılı izin alınmıştır. Çalışmaya katılımda gönüllük ilkesi göz önünde bulundurulmuş olup, bakım veren aile üyelerinden bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmada yer alan 103 bakım verenin bakım verdikleri şizofreni hastasına ilişkin tanıtıcı özellikleri, bakım verenlerin ruhsal sağlık durumları ile stresle başa çıkmada kullanılan yöntemlerin tanımlanması ve bakım verenlerin, cinsiyet, eğitim durumu, hastaya yakınlık derecesi, yaş, bakım süresi, şizofreniyle ilgili olarak sürekliliği olan eğitim ya da aile grubunda yer alma gibi değişkenlerin ruhsal sağlık durumuna olan etkisini belirtmeye yönelik bulgular yer almaktadır.

4.1. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi

Bu bölümde çalışmada yer alan bakım verenlerin, bakım verdikleri hastaların yaş, cinsiyet, çalışma durumu, hastalık süresi ve hastaneye yatış sayısı gibi tanıtıcı özelliklerini açıklamaya yönelik bulgular yer almaktadır.

Bakım verilen hastaların yaş dağılımı 20 ile 57 arasında olup ortalama $\bar{X} = 35.12 \pm 8.74$ 'tür. Bakım verilen şizofreni hastalarının %63.1'i erkek, %36.9'u kadındır. Bakım verilen hastaların %92.2'si herhangi bir işte çalışmamaktadır. Hastaların hastalık süresi dağılımı 3-36 yılları arasında olup, ortalama $\bar{X} = 13.21 \pm 8.13$ 'tür. Hastaların hastaneye yatış sayısı 0 ile 10 yatış arasında değişmektedir. Hastaların hastaneye yatış sayısı ortalaması $\bar{X} = 2.52 \pm 2.21$ 'dir.

4.2. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi

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

Tablo 2. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları

| Tanıtıcı Özellikler | Sayı | % |
|--------------------------------------|-------------|-------------|
| <u>Cinsiyet</u> | | |
| Kadın | 54 | 52.4 |
| Erkek | 49 | 47.6 |
| <u>Medeni Durum</u> | | |
| Bekar | 24 | 23.3 |
| Evli | 79 | 76.7 |
| <u>Eğitim Durumu</u> | | |
| Okur yazar/İlkokul | 37 | 35.9 |
| Ortaokul/Lise | 31 | 30.1 |
| Yüksekokul/Fakülte | 35 | 34.0 |
| <u>Çalışma Durumu</u> | | |
| Evet | 22 | 21.4 |
| Hayır | 81 | 78.6 |
| <u>Yakınlık Derecesi</u> | | |
| Anne | 49 | 47.6 |
| Baba | 40 | 38.8 |
| Kardeş ve Eş | 14 | 13.6 |
| <u>Grup Eğitimine Katılım</u> | | |
| Evet | 13 | 12.6 |
| Hayır | 90 | 87.4 |
| Toplam | 103 | 100.0 |

Örneklemede yer alan 103 bakım verenin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı tablo 2' de verilmiştir. Çalışmada yer alan bakım verenlerin yaş ortalaması $\bar{X} = 56.28 \pm 8.62$ 'dir. Bakım verenlerin %52.4'ü kadındır ve bakım verenlerin %76.7'si evlidir. Bakım verenlerin %35.9'u okur yazar/ilkokul, %34'ü yüksekokul/fakülte, %30.1'i ortaokul/lise mezunudur. Bakım verenlerin %78.6'sı herhangi bir işte çalışmamaktadır. Bakım verenlerin %47.6'sı anne, %38.8'i baba, %13.6'sı kardeş ve eştir. Bakım verenlerin hastaya bakım süreleri 3-35 yılları arasında olup, ortalama $\bar{X} = 13.15 \pm 8.07$ 'dir. Bakım verenlerin %87.6'sı şizofreniyle ilgili grup eğitiminde yer almamıştır.

4.3. Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının İncelenmesi

Bu bölümde çalışmada yer alan bakım verenlerin stresli durumlar karşısında kullandıkları başa çıkma yöntemlerini tanımlamaya yönelik bulgular yer almaktadır.

Tablo 3. Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

| Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyutları | n | Minumum | Maximum | \bar{X} | \pm | SS |
|--|-----|---------|---------|-----------|-------|------|
| Kendine Güvenli Yaklaşım | 103 | 0.14 | 3.00 | 1.77 | \pm | 0.77 |
| İyimser Yaklaşım | | 0.00 | 3.00 | 1.53 | \pm | 0.74 |
| Çaresiz Yaklaşım | | 0.25 | 3.00 | 1.54 | \pm | 0.65 |
| Boyun Eğici Yaklaşım | | 0.00 | 2.83 | 1.43 | \pm | 0.81 |
| Sosyal Destek Arama Yaklaşımı | | 0.50 | 3.00 | 2.00 | \pm | 0.52 |

Bakım verenlerin kullandıkları stresle baş etme yöntemi Tablo 3’de verilmiştir. Bulgulara göre bakım verenlerin stresli olaylar karşısında en sık başvurdukları stresle baş etme yöntemi “sosyal destek arama yaklaşımı”dır. Başvurulan diğer baş etme yöntemleri ise fazla kullanım sırasına göre kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, iyimser yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımdır.

4.4. Bakım Verenlerin Ruhsal Sağlık Durumlarının İncelenmesi

Bu bölümde çalışmada yer alan bakım verenlerin ruhsal sağlık durumları ve yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, hastaya yakınlık derecesi, bakım süresi, grup eğitimine katılım durumu ve stresle başa çıkmada kullanılan yöntemlerin ruhsal sağlık durumuna etkisini incelemeye yönelik bulgular yer almaktadır.

Tablo 4. Bakım Verenlerin Genel Sağlık Puanları

| GSA puanı | Sayı | % |
|----------------------------|-----------|-------------|
| 0-1 puan (risk yok) | 36 | 35.0 |
| 2 puan ve üzeri (risk var) | 67 | 65.0 |
| Toplam | 103 | 100.0 |

Şizofreni hastasına bakım verenlerin GSA puanlarına göre dağılımı Tablo 4’de gösterilmiştir. Bakım verenlerin % 35’i genel sağlık anketinden 0-1 puan alırken, % 65’i 2 puan ve üzerinde almıştır. Bu bulgu çalışmamızda yer alan bakım verenlerin %65’inin ruhsal sağlık sorunu bulunması açısından yüksek risk taşıdığını göstermektedir.

Tablo 5. Bakım Verenlerin Cinsiyetlerine Göre Genel Sağlık Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Cinsiyet | n | $\bar{X} \pm SS$ | t | p |
|--------------|----|------------------|------|-------|
| Kadın | 54 | 4.11±3.07 | 2.33 | 0.021 |
| Erkek | 49 | 2.79±2.58 | | |

Bakım verenlerin cinsiyetlerine göre GSA puan ortalamaları t testi ile değerlendirilmiş olup tablo 5’de gösterilmiştir. Kadın bakım verenlerin GSA puan ortalamaları, erkek bakım verenlerin puan ortalamasından yüksek olup, aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur (t=2.33, p=0.021).

Tablo 6. Bakım Verenlerin Eğitim Durumlarına Göre Genel Sağlık Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Eğitim Durumu | n | \bar{X} | \pm | SS | F | p | Fark |
|--------------------|----|-----------|-------|------|-------|-------|--|
| Okur yazar/İlkokul | 37 | 4.91 | | 2.79 | 17.50 | 0.000 | Yüksekokul/Fakülte- Okuryazar/İlkokul |
| Ortaokul/Lise | 31 | 4.00 | | 2.84 | | | |
| Yüksekokul/Fakülte | 35 | 1.51 | | 1.90 | | | Yüksekokul/Fakülte- Ortaokul-Lise |

Bakım verenlerin eğitim durumlarına göre GSA puan ortalamalarının karşılaştırılması Varyans Analizi ile değerlendirilmiş olup Tablo 6'da belirtilmiştir. Yapılan analizde bakım verenlerin eğitim durumlarına göre GSA puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (F=17.05, p=0.000). Yüksekokul/fakülte mezunu bakım verenlerin GSA puan ortalamaları okur yazar/ilkokul ve ortaokul/lise mezunu bakım verenlerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür.

Tablo 7. Bakım Verenlerin Çalışma Durumlarına Göre Genel Sağlık Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Çalışma Durumu | n | \bar{X} | \pm | SS | U | p |
|----------------|----|-----------|-------|------|--------|------|
| Evet | 22 | 1.68 | | 1.42 | 496.00 | .001 |
| Hayır | 81 | 3.97 | | 3.02 | | |

Şizofreni hastasına bakım verenlerin, çalışma durumlarına göre GSA puan ortalamalarının karşılaştırılması Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 7'de verilmiştir. Bakım verenlerin çalışma durumlarına göre GSA puan

ortalamları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (U= 496.00, p= 0.001).

Tablo 8. Bakım Verenlerin Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Genel Sağlık Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

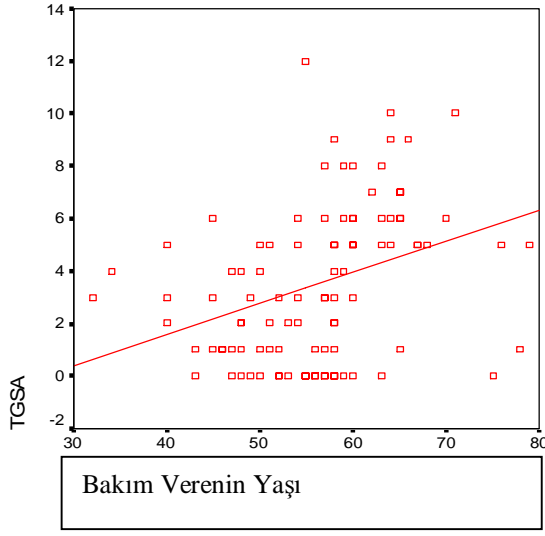
| Yakınlık Derecesi | n | $\bar{X} \pm SS$ | KW | p |
|--------------------------|----------|------------------------------------|-----------|----------|
| Anne | 49 | 4.08 3.14 | 3.52 | 0.172 |
| Baba | 40 | 2.97 2.72 | | |
| Kardeş ve Eş | 14 | 2.85 2.28 | | |

Bakım verenlerin hastaya yakınlık derecelerine göre GSA puan ortalamalarının karşılaştırılması Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiş olup, analiz sonuçları Tablo 8’de verilmiştir. Yapılan analizde bakım verenlerin hastaya yakınlık derecesine göre GSA puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (KW= 3.52, p= 0.172).

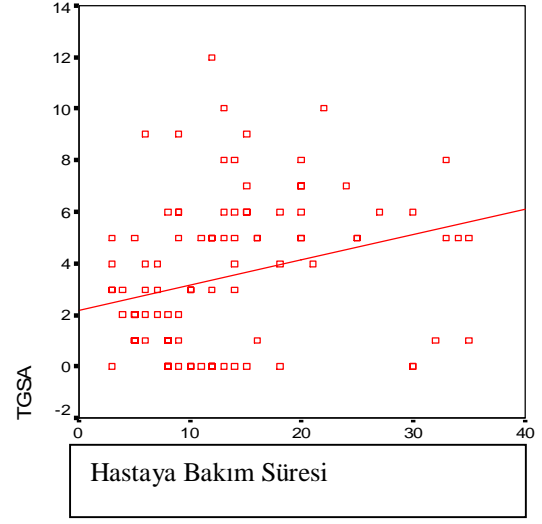
Tablo 9. Bakım Verenlerin Şizofreni ile İlgili Grup Eğitimine Katılma Durumlarına Göre Genel Sağlık Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Eğitim programı/grupta yer alma | n | $\bar{X} \pm SS$ | U | p |
|--|----------|------------------------------------|----------|----------|
| Evet | 13 | 1.00 1.52 | 237.50 | .000 |
| Hayır | 90 | 3.84 2.89 | | |

Şizofreni hastasına bakım verenlerin, şizofreni ile ilgili olarak grup eğitiminde yer alma durumlarına göre GSA puan ortalamalarının karşılaştırılması Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 9’da verilmiştir. Şizofreni hakkında grup eğitiminde yer alan ve almayan bakım verenlerin genel sağlık puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur (U= 237.50, p= 0.00).



Grafik 1- Bakım Verenlerin Yaşı ile GSA Puanları Arasındaki İlişkinin Serpme Grafiği



Grafik 2- Bakım Verenlerin Hastaya Bakım Süreleri ile GSA Puanları Arasındaki İlişkinin Serpme Grafiği

Bakım verenlerin genel sağlık puan ortalamaları ile yaş ve hastaya bakma süreleri arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi ile değerlendirilmiş olup, Grafik 1. ve Grafik 2. de verilmiştir.

Bakım verenin genel sağlık puanı ile yaşı arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r= 0.35$, $p=0.000$). Yaş genel sağlık puanındaki değişimin %12'sinden sorumludur ($r^2= 0.12$).

Genel sağlık puanı ile hastaya bakım süresi arasındaki ilişki incelendiğinde bakım verenin hastaya bakım süresi ile genel sağlık puanı arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde, anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r= 0.26$, $p= 0.000$). Hastaya bakma süresi genel sağlıkta ki değişimin %6'sından sorumludur ($r^2= 0.06$).

Tablo 10. Bakım Verenlerin GSA Puan Ortalamaları ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Boyutları Arasındaki İlişki

| | Kendine Güvenli Yaklaşım | İyimser Yaklaşım | Çaresiz Yaklaşım | Boyun Eğici Yaklaşım | Sosyal Destek Arama Yaklaşımı |
|------------|---------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| GSA | $r = - .80$ | $r = -.70$ | $r = .78$ | $r = .76$ | $r = - .28$ |
| | $r^2 = .64$ | $r^2 = .49$ | $r^2 = .60$ | $r^2 = .57$ | $r^2 = .07$ |
| | $p = .000$ | $p = .000$ | $p = .000$ | $p = .000$ | $p = .004$ |

Bakım verenlerin genel sağlık puan ortalamaları ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 10'da görülmektedir. Bakım verenlerin genel sağlık durumları ile kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım arasında negatif yönde, yüksek düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p = .000$). Stresle başa çıkma tarzları alt boyutlarından, kendine güvenli yaklaşım genel sağlık puanındaki değişimin %64'ünden, iyimser yaklaşım ise %49'undan sorumludur.

Bakım verenlerin genel sağlık durumları ile çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım arasında pozitif yönde, yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p = .000$). Çaresiz yaklaşım genel sağlık puanında ki değişimin %60'ından, boyun eğici yaklaşım ise %57'sinden sorumludur.

Bakım verenlerin genel sağlık durumları ile sosyal destek arama yaklaşımı arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p = .004$). Sosyal destek arama yaklaşımı genel sağlık puanındaki değişimin %7'sinden sorumludur.

5. TARTISMA

Bu bölümde araştırma bulgularının literatür ışığında tartışması yer almaktadır.

5.1. Bakım Verenlerin Ruhsal Sağlık Durumlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Bu bölümde çalışmada yer alan bakım verenlerin ruhsal sağlık durumları ve ruhsal sağlık durumlarının bazı değişkenlerle ilişkisi tartışılmıştır.

Çalışmamızda şizofreni hastasına bakım verenlerin %65'inde ruhsal bir rahatsızlık bulunma olasılığının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu şizofreni hastasına bakım verenlerin yarıdan fazlasının ruhsal hastalık belirtilerinin olduğunu ve ileri psikiyatrik değerlendirmeye gidilmesi gerekliliğini göstermesi açısından önemlidir. Yapılan bir çok çalışmada şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin üstlendikleri bakım rolünün bir sonucu olarak ruhsal sağlık sorunları yaşadıkları belirtilmektedir (36, 70, 131).

Cochren ve arkadaşları (1997) bakım verenlerin bakım vermeyen bireylere kıyasla daha yüksek düzeyde anksiyete ve duygudurum sorunu yaşadıklarını ve bu sorunlar nedeniyle sağlık hizmetlerine başvurma oranlarının iki kat arttığını belirtmektedirler. Oldridge ve Hughes'un (1992) çalışmasında şizofreni hastasına bakım verenlerde sağlık sorunu ve depresyon prevalansının genel nüfusa kıyasla iki kat daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Şizofreni hastasına bakım veren ailelerde ruhsal sağlık durumunu tanımlayan çalışmalarda değişik sonuçlar elde edilmiş olup; bakım verenlerin %14-%72' sinin ruhsal sağlık sorunu bulunması açısından riskli grup olduğu belirtilmektedir (13, 14, 20, 31, 37, 42, 43, 64). Yapılan çalışmalarda şizofreni hastasına bakım verenlerdeki ruhsal sorunları yaşanan yük ve stresle ilişkilendirilmektedir. Bakım verenin yaşadığı yükün şiddeti ve stres düzeyi arttıkça ruhsal sağlık durumu bozulmaktadır (5, 46, 51). Ayrıca bakım verenler, bakım sürecini olumsuz değerlendirdiklerinde özellikle toplum tarafından damgalanma yaşadıklarını belirttiklerinde ruhsal sağlık durumlarının bozulduğu ve bakım verende anksiyete ve depresyonun arttığı belirtilmektedir (51).

Bakım verenlerde ruhsal hastalık riskinin yüksek olması şizofreninin erken başlangıçlı ve kronik bir hastalık olması, hastada yarattığı bilişsel zararlar, yeti yitimi, sosyal ve ekonomik kayıplar nedeniyle ailenin yoğun yük ve stres yaşamasıyla açıklanabilir. Kronik

stresin etkilerine bağlı olarak bakım verenlerde ruhsal sağlık sorunları görölmektedir. Örnekleme de yer alan bakım verenlerin hastalarına uzun süredir bakım vermeleri ($\bar{X} = 13.15 \pm 8.07$) uzun süredir yük ve stres yaşadıklarını göstermektedir. Ayrıca örnekleme de yer alan bakım verenlerin %87.4 gibi büyük çoğunluğunun bu süreçte yaşanan güçlüklerle baş etmelerine yardımcı olacak, grup eğitiminde yer almaması, bakım verenlerin hastalıkla mücadelede çoğunlukla yalnız kaldıklarının ve hastalığın olumsuz etkilerini daha çok yaşadıklarının bir göstergesi olduğu düşünölmektedir.

Çalışmada kadın bakım verenlerde ruhsal sağlık sorunu bulunma riskinin erkek bakım verenlere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.021$).

Smith (2006) kardeşlerin şizofreniden etkilenme düzeylerini incelediği çalışmada kadın kardeşlerde depresyon düzeyini daha yüksek saptamıştır. Wittmund'un (2002) çalışmasında cinsiyet bakım verenlerde depresyonun önemli bir belirleyicisi olarak açıklanmakta ve kadınlarda depresyon belirtilerinin erkeklerden daha fazla göröldüğü belirtilmektedir. Kitson (2001) bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarını incelediği çalışmada kadın bakım verenlerin erkek bakım verenlere kıyasla daha yüksek düzeyde stres, anksiyete ve depresyon yaşadıklarını saptamıştır. Ancak Maldonado ve ark. (2005) şizofreni hastasına bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarında cinsiyete göre fark saptamamışlardır.

Çalışma bulgusunu aile sisteminde cinsiyete dayalı rollerle açıklamak mümkündür. Genellikle anne-baba-çocuk ilişkisinde, baba-çocuk arasındaki ilişki sınırlı iken, anne çocuk arasında daha iç içe bir ilişki görölmektedir. Çalışmada kadın bakım verenlerde ruhsal sağlık sorunu bulunma riskinin yüksek olması örnekleme deki kadınların çoğunluğun hastanın annesi (%47.6) olması, büyük çoğunluğunun (%78.6) her hangi bir işte çalışmaması ve toplumumuzda cinsiyete özgü olarak erkeklerden daha çok maddi destek gibi alanlarda ailenin gereksinimlerini karşılaması beklenirken, kadınlardan anne rolünün bir gereği olarak daha çok hastayla ilgilenmesi ve kadınların bakımın güçlüklerini daha çok hissetmeleri ile ilişkili olabileceği düşünölmektedir.

Çalışmada bakım verenlerin eğitim durumlarına göre GSA puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.000$). Yüksekokul/fakülte mezunu bakım verenlerde ruhsal sağlık sorunu bulunma riski, okuryazar/ilkokul ve ortaokul/lise mezunu bakım verenlere kıyasla daha düşüktür.

Smith (2006) 136 kardeş üzerinde yürüttüğü çalışmada daha düşük eğitim düzeyindeki kardeşlerde depresyon düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamıştır. Şizofrenili bireylerin anneleri üzerinde Greenberg ve ark. (2004) tarafından yürütülen çalışmada da artan eğitim düzeyi daha iyi ruhsal sağlık durumuyla ilişkilendirilmiştir ($r= .20$ $p< .05$). Bakım verenlerde azalan eğitim düzeyiyle birlikte ruhsal sağlık durumunda bozulma olduğu açıklanmaktadır.

Bakım verenin ruhsal sağlık durumu hastalık hakkında sahip oldukları bilgi düzeyinden ve bakım sürecinin olumsuz etkileri karşısında kullanılan baş etme yönteminden etkilenmektedir. Bu bulguyu artan eğitim düzeyiyle birlikte bakım verenlerin hastalık, tedavi ve hastalıkla baş etme, toplumsal kaynaklara ulaşma gibi alanlarda bilgiye daha kolay ulaşabilmesi ve baş etmede probleme odaklı stratejilere yönelmesiyle açıklamak mümkündür (20).

Çalışmada herhangi bir işte çalışmayan bakım verenlerde ruhsal sağlık sorunu bulunma riski çalışanlara kıyasla daha yüksek olarak belirlenmiştir ($p= 0.001$).

Literatürde bakım verenlerin çalışma durumunun ruhsal sağlık durumlarının güçlü bir belirleyicisi olmadığı açıklanmakta (70, 132) ve bir çalışmada ev dışı her hangi bir işte çalışmayan bakım verenlerde ruhsal sağlık durumunun daha kötü olduğu belirtilmektedir (46).

Şizofreninin bakım veren ailelerde oluşturduğu stresörlerden birisi de hasta bireyin toplumsal alanda işlev kaybının belirginleşmesi veya rolünü yerine getirememesi nedeniyle diğer aile üyelerinin sorumluluklarının artması ve çoğu zaman primer bakım verenin hastanın bakım sorumluluğunu üstelenebilmek için işini bırakması ve sosyal yaşantısından uzaklaşmasıdır. Herhangi bir işte çalışmayan bakım verenlerin sürekli hasta bireyle birlikte olması, kendine ayırabileceği sosyal yaşantısının sınırlılığı nedeniyle ruhsal sağlıkta bozulmaya neden olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada annelerin GSA puan ortalamaları diğer bakım verenlere kıyasla daha yüksek olmasına rağmen, bakım verenlerin hastaya yakınlık derecesine göre ruhsal sağlık durumları arasında fark bulunmamıştır ($p= 0.172$).

Rungreankulkij (2000) hasta yakını olarak annelerin diğer bakım verenlere kıyasla daha fazla ruhsal sağlık sorunu yaşadıklarını belirtmesine rağmen bulgumuz literatürle benzerlik göstermemektedir. Duman'ın (2003) çalışmasında örnekleme yer alan şizofreni hastasına bakım verenlerin çoğunluğu (%70) hastaları ile ilgili sorumluluklarda diğer aile üyelerinden destek aldıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca veri toplama aşamasında primer bakım verenlerle birlikte diğer aile üyelerinin de katılımlarının olduğu ve hastanın tedavisine katılımda istekli oldukları gözlenmiştir. Yukarıdaki araştırma sonucu ve gözlemlerimiz hastanın bakım sorumluluğunun aile üyeleri arasında paylaşılmasının sonucu olarak bakım verenlerin yakınlık derecesine göre ruhsal sağlık durumları arasında fark olmamasının nedeni olarak düşünülmektedir.

Şizofreni ile ilgili grup eğitiminde yer alan bakım verenlerde ruhsal sağlık sorunu bulunma riski grup eğitiminde yer almayanlara kıyasla daha düşük olarak belirlenmiştir ($p=.000$).

Chen ve ark. (2004) şizofrenili bireye bakım verenlerde ruhsal sağlık durumunun belirleyicilerini inceledikleri çalışmada bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarının şizofreni hakkında sahip oldukları bilgi düzeyinden etkilendiği belirtilmektedir. Çalışmada bakım vermenin bakım verenin ruhsal sağlığına olan negatif etkisini azaltmaya yönelik psikoeğitimsel müdahalelerin önemi vurgulanmaktadır. Rammohan (2002) çalışmasında psikoeğitimsel müdahalelerin bakım verenlerin baş etme becerilerini geliştirdiğini ve fiziksel, ruhsal sağlık durumlarını güçlendirdiğini belirtmektedir. Hazel (2004) çalışmasında şizofreni hastasına bakım veren ailelerde, aile grubunda yer almanın bakım verenin ruhsal sağlık durumunu güçlendirdiğini saptamıştır. Çalışma sonucumuz bu bulgularla benzerlik göstermektedir.

Şizofreni hastasına bakım veren ailelere yönelik eğitim ya da grup programlarında ailenin hastalık sürecindeki rollerine uyum sağlamaları yoluyla aile yükünün ve stresinin

azaltılması, hastalıkla baş etmede etkili yöntemler kazandırılması ve ailenin ruh sağlığının korunması hedeflenmektedir. Örnekleme yer alan bakım verenlerin %87.4 gibi büyük çoğunluğunun grup eğitiminde yer almamaları bu süreçte profesyonel destek görememeleri nedeniyle yaşadıkları kronik stres karşısında etkili baş etme becerilerini kazanamamalarının bir sonucu olarak ruhsal sağlık durumlarının bozuldu düşünülmektedir.

Bakım verenlerin GSA puanı ile yaşı arasında zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = .35$ $p = 0.000$). Bakım verenlerin yaşı arttıkça ruhsal sağlık durumları bozulmakta, ruhsal hastalık riski artmaktadır.

Kulvechakit ve arkadaşlarının (1996) çalışmasında 40 yaşın üzerindeki bakım verenlerde ruhsal hastalığın yüksek olduğu belirtilmektedir. Çalışma sonucu bu bulgu ile benzerlik göstermektedir.

Bu bulguyu artan yaşla birlikte hastalığın kronik olduğunun anlaşılması, ailenin hasta bireyin geleceğine ilişkin umutlarını yitirmeleri ve artan yaşla birlikte kendi yaşamlarını yaşayamamış olmanın verdiği üzüntüyle açıklamak mümkündür. Ayrıca şizofreni hastasına bakım veren aileler, kendilerine bir şey olduğunda hastanın geçimini nasıl karşılayacağı ve hastaya kimin bakacağı konusunda belirsizlik yaşamaktadırlar. Artan yaşla birlikte ruhsal sağlık durumundaki bozulmanın bu değişkenlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Bakım verenlerin GSA puanı ile hastaya bakım süreleri arasında zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bakım süresi arttıkça bakım verenin ruhsal sağlık durumu bozulmaktadır ($r = .26$ $p = 0.000$).

Sugihara (2004) çalışmasında bakım süresi ile depresyon ve duygusal tükenme arasında anlamlı derecede pozitif bir ilişkinin olduğunu saptamıştır. Bakım süresi arttıkça, bakım verenlerde depresyon ve duygusal tükenme riski artmaktadır. Çalışma sonucumuz bu bulgu ile benzerlik göstermekte olup; bakım verenlerin bakım sürecinin oluşturduğu stres ve yüke uzun süredir maruz kaldıkları, bu süreçte profesyonel destek göremedikleri (%87.4) ve yaşadıkları stres yaratan durumlara uyum sağlayamadıkları düşünülmektedir.

5.2. Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Ruhsal Sağlık Durumuna Etkisinin İncelenmesi

Çalışmada bakım verenlerin stresli olaylar karşısında en sık başvurdukları stresle baş etme yöntemi “sosyal destek arama yaklaşımı”dır ($\bar{X} = 2.00 \pm 0.52$). Başvurulan diğer baş etme yöntemleri ise fazla kullanım sırasına göre kendine güvenli yaklaşım ($\bar{X} = 1.77 \pm 0.77$), çaresiz yaklaşım ($\bar{X} = 1.54 \pm 0.65$), iyimser yaklaşım ($\bar{X} = 1.53 \pm 0.74$) ve boyun eğici yaklaşımdır ($\bar{X} = 1.43 \pm 0.81$). Çalışmada bakım verenler stresle baş etmede olumlu ve olumsuz baş etmeleri kullanmakla birlikte sıklıkla olumlu bir baş etme yöntemini kullanmaktadırlar.

Ülkemizde şizofren hasta eşleri ve yakınları ile yapılan çalışmalarda hasta yakınlarının stresle başa çıkmada etkili ve etkisiz baş etmeleri birlikte kullandıkları saptanmıştır. Dülgerler (2005) şizofrenik bozukluğu olan bireylerin aileleri ile yürüttüğü çalışmada hasta yakınlarının yarısından fazlasının hastalıkla baş etmede tıp dışı yöntemlere başvurduklarını açıklamışlardır. Bu aileler tıp dışı yöntem olarak sıklıkla hacı-hocaya gittiklerini ifade etmişlerdir. Çalışmada aileler yaşadıkları sıkıntılı durumlarla baş etmede çoğunlukla “kendilerine yakın kişilerle konuşmayı tercih ettiklerini” belirtmektedirler. Bunu “ağlama”, “yürüyüşe çıkma” ve “ibadet etme” izlemektedir. Çalışmada eğitim öncesi ve sonrasında hasta yakınlarının kullandıkları baş etme yöntemlerinde fark saptanmamıştır. Aileler stresle başa çıkmada sıklıkla çaresiz yaklaşım ve iyimser yaklaşımı kullanmaktadırlar. Bu yaklaşımı sosyal destek arama yaklaşımı izlemektedir (63). Yılmaz (1998) şizofren hasta eşleri ile yaptığı çalışmada eşlerin stresle baş etmede kendine güvenli ve çaresiz yaklaşımı kullandıklarını saptamıştır. Oflaz (1995) psikiyatrik hastaların eşleriyle yürüttüğü çalışmada eşlerin çoğunlukla stresle baş etmede kendine güvenli yaklaşımı kullandıklarını saptamıştır.

Literatürde şizofreni hastasına bakım verenlerin stresle baş etmede kullandıkları yöntemlerin çeşitlilik gösterdiği açıklanmaktadır (10, 13, 59). Çalışmalarda ciddi ruhsal sorunu olan bireylere bakım verenlerin kullandıkları baş etme yöntemleri dikkati başka yöne çekmek için çabalama, dini uygulamalara yönelme, kaçınma, tolerans gösterme, pozitif düşünme, destek gruplarında yer alma, sosyal destek arama, hastalığa özgü bilgi edinme, profesyonel yardım arama olarak açıklanmaktadır (30, 57). Hall (2000) çalışmasında şizofreni

hastasına bakım veren ailelerin sıklıkla baş etme yöntemi olarak probleme çözme stratejilerini ve sosyal destek arama yaklaşımını kullandıklarını belirtmektedir. Saunders (1997) şizofreni hastalarının aileleri tarafından kullanılan baş etme yöntemlerini; harekete geçme, spiritual desteğe yönelme ve sosyal destek içerikli aktivitelerde yer alma olarak sıralamıştır.

Şizofreni gibi ağır ruhsal bozukluklar, bütün aile üyelerini olumsuz yönde etkileyen ve baş edilmesi zor stres durumlarıdır. Her ailenin, bu tür stres durumlarına yönelik baş etme tarzları birbirinden farklı olabilmektedir (15, 57). Çalışmada bakım verenler tarafından stresli durumlar karşısında çoğunlukla sosyal destek arama yaklaşımının kullanılmasını, kültürel olarak sosyal bağların güçlü olması, ayrıca ülkemizde kronik psikiyatrik hastalığı olan bireye bakım verenlerin sosyal desteklerinin büyük çoğunluğunun birlikte yaşanan aile üyeleri tarafından verildiği bulgusuyla desteklemek mümkündür (26). Bireye yakın çevresinin sağladığı sosyal desteğin stres yaşantısına karşı tampon görevi yaparak bireyin dayanma gücünü arttırdığı, baş etme çabalarını desteklediği belirtilmektedir (133). Çalışma bulgusu bakım verenlerin çoğunluğunun (%87.4) yaşadıkları güçlüklerle baş etmede profesyonel destek almamaları nedeniyle yaşanan stresle baş etmede bakım verenlerin birbirlerinden yeterli destek alabildiklerini düşündürmektedir.

Çalışmada bakım verenler tarafından stresle baş etmede kendine güvenli yaklaşım ($p=.000$), iyimser yaklaşım ($p= .000$) ve sosyal destek arama yaklaşımı ($p= .004$) gibi probleme odaklı bir yöntem kullanıldığında ruhsal sağlık sorunu bulunma riskinin azaldığı saptanmıştır. Ancak bakım verenler stresle baş etmede çaresiz yaklaşım ($p= .000$) ve boyun eğici yaklaşım ($p= .000$) gibi duyguya odaklı bir yöntem kullandıklarında ruhsal sağlık sorunu bulunma riski artmaktadır.

Sonuç olarak bakım verenlerin stresle başa çıkmada kullandıkları yöntemler ruhsal sağlık durumlarının belirleyicisidir. Bir çok çalışmada bakım sürecinde yaşanan sorunlarla etkili bir şekilde baş edebilen bakım verenlerin diğer bakım verenlere kıyasla daha iyi fiziksel ve ruhsal sağlık durumuna sahip oldukları belirtilmektedir (64, 65, 70, 135). Literatürde bakım verenler tarafından kullanılan duyguya odaklı baş etme stratejilerinin yaşanan yükün önemli bir belirleyicisi olduğu ve sürekli olarak duyguya odaklı bir baş etme yönteminin kullanımının bakım verenlerin ruhsal sağlığında bozulmaya neden olduğu belirtilmektedir.

Bakım verenler tarafından kullanılan probleme odaklı, uyum sağlayıcı, sosyal destek arama yaklaşımı gibi yöntemlerin kullanımı daha iyi ruhsal sağlık durumuyla ilişkilendirilmektedir(64, 65, 67, 68, 69, 70).

Şizofreninin kronik bir hastalık olması bakım verenlerin hastalıkla mücadelede etkili baş etme yöntemlerini geliştirmelerini gerektirmektedir. Probleme odaklı yöntemler sorunu ortadan kaldırmaya yönelik aktif çabaları içerirken, duyguya odaklı yöntemler istenmeyen bir olaya bağlı olarak yaşanan duyguları ortadan kaldırma çabasını içermektedir. Sürekli olarak duyguya odaklı bir yöntem kullanıldığında sorun ortadan kalkmamakta ve bakım veren için kronik stresör olmaktadır. Lazarus ve Folkman'ın stres-başetme modelinde etkili baş etme yöntemi geliştirilmediğinde kronik stresin etkisine bağlı olarak ruhsal sağlık durumunda bozulmanın olduğu açıklanmaktadır (21, 96). Çalışma bulgusunu duyguya odaklı yöntemlerin sorunu ortadan kaldırmaması ve kronik stresin etkisi nedeniyle bakım verenin ruhsal sağlığının bozulmasıyla açıklamak mümkündür.

Çalışmada bakım verenler tarafından stresli durumlar karşısında sıklıkla probleme odaklı bir yöntem olan sosyal destek arama yaklaşımı kullanımına rağmen bakım verenlerin yarısından fazlasında ruhsal sağlık sorunu bulunma riskinin saptanması bulgusu, sosyal destek arama yaklaşımının ruhsal sağlık durumuyla zayıf düzeyde ilişkisinin olması ve ruhsal sağlıktaki değişimin %7'sinden sorumlu olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu bulgu bakım verenlerin ruhsal sağlık durumunda daha güçlü düzeyde belirleyici olabilecek başka değişkenlerin olduğunu düşündürmektedir.

6. SONUÇLAR

Araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Çalışmada yer alan bakım verenlerin %65'inde ruhsal sağlık sorunu bulunması açısından yüksek risk saptanmıştır.

4. Kadın bakım verenlerde ruhsal sağlık sorunu bulunma riski erkek bakım verenlere kıyasla daha yüksektir ($t=2.33$, $p=0.021$).

5. Yüksekokul/fakülte mezunu bakım verenlerde ruhsal sağlık sorunu bulunma riski okur yazar/ilkokul ve ortaokul/lise mezunu olanlara kıyasla daha düşüktür ($F=17.05$, $p=0.000$).

6. Herhangi bir işte çalışmayan bakım verenlerde ruhsal sağlık sorunu bulunma riski çalışan bakım verenlere kıyasla daha yüksektir ($U=496.00$, $p=0.001$).

7. Bakım verenlerin hastaya yakınlık derecesine göre ruhsal sağlık durumlarında fark saptanmamıştır ($KW=3.52$, $p=0.172$).

8. Şizofreni ile ilgili grup eğitiminde yer almayan bakım verenlerde ruhsal sağlık sorunu bulunma riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

9. Bakım verenlerde artan yaşla birlikte ruhsal sağlık sorunu bulunma riski artmaktadır ($r=0.35$, $p=0.000$).

10. Bakım verenlerde artan bakım verme süresiyle birlikte ruhsal sağlık sorunu bulunma riski artmaktadır ($r=0.26$, $p=0.000$).

11. Bakım verenlerin stresli olaylar karşısında en sık başvurdukları stresle baş etme yöntemi "sosyal destek arama yaklaşımı"dır ($\bar{X}=2.00\pm 0.52$). Başvurulan diğer baş etme yöntemleri ise fazla kullanım sırasına göre kendine güvenli yaklaşım ($\bar{X}=1.77\pm 0.77$), çaresiz yaklaşım ($\bar{X}=1.54\pm 0.65$), iyimser yaklaşım ($\bar{X}=1.53\pm 0.74$) ve boyun eğici yaklaşımdır ($\bar{X}=1.43\pm 0.81$).

12. Bakım verenler stresle baş etmede kendine güvenli yaklaşım ($p=.000$), iyimser yaklaşım ($p=.000$) ve sosyal destek arama yaklaşımını ($p=.004$) kullandıklarında ruhsal sağlık durumları daha iyidir.

13. Bakım verenlerin ruhsal sağlık durumları çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım gibi baş etme yöntemlerinden olumsuz olarak etkilenmektedir ($p=.000$).

7.ÖNERİLER

Şizofreni hastasına bakım verenlerde ruhsal sağlık durumunu ve etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yürütülen bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1. Şizofreni hastasına bakım veren ailelerin ruhsal sağlık sorunu gelişimi açısından riskli bir grup olduğunun bilinmesi, özellikle kadın, eğitim düzeyi düşük, çalışmayan, yaşça büyük ve hastasına uzun süredir bakım verenlerin ruhsal sağlık sorunu gelişimi yönünden sağlık personeli tarafından değerlendirilmeleri,

2. Bakım verenlere yönelik gruplar ya da eğitim programları oluşturulurken bakım verenlerin, cinsiyet, yaş grupları, eğitim düzeyleri, çalışma durumları, hastaya bakım süreleri gibi değişkenlerin dikkate alınarak grupların oluşturulması ve eğitim programlarının içeriğinin bu değişkenler göz önünde bulundurularak belirlenmesi,

3. Şizofrenili hastanın bakımına ailede kadın ve erkeğin birlikte katılımlarının desteklenmesi ve sorumlulukların paylaşılması ile ilgili olarak eğitim programlarının yapılması,

4. Herhangi bir işte çalışmayan bakım verenlerin dernek gibi sivil toplum örgütlerine yönlendirilmesi,

5. Şizofreni ile ilgili grup eğitiminde yer almayan bakım verenlerde ruhsal sağlık sorunu bulunma riski yüksek olduğundan; şizofreni hastasına bakım veren ailelerin yaşadıkları sıkıntı ve güçlüklerle etkili bir şekilde baş edebilmelerine yönelik kapsamlı, düzenli ve sürekli eğitim programlarının oluşturulması ve bu programların tüm psikiyatri hizmetlerinde (klinik, poliklinik, dernek) rutin uygulamalar olarak verilmesi,

6. Bakım verenlerde baş etme yöntemleri dışında ruhsal sağlık durumuyla ilişkili olabileceği düşünülen yük, gelecek kaygısı, umutsuzluk, duygu ifadesi, hastaların semptom düzeyi, relaps durumları gibi değişkenlerin incelenmesi,

7. İlk epizod şizofreni tanılı hastası olan bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarının ve baş etmelerinin incelenmesi

8. Şizofreni hastalarının bakım verenlerine yönelik oluşturulacak ve uygulanacak programların bakım verenlerin baş etmelerine ve ruhsal sağlık durumlarına etkisinin incelenmesi önerilmektedir.

8. KAYNAKLAR

1. Doğan O. Şizofrenik Bozuklukların Epidemiolojisi. Psikiyatrik Epidemioloji, Ege Psikiyatri Yayınları, İzmir. 2002;15-34.
2. Koroğlu E. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1998; 119-132.
3. Okay T, Goka E. Psikiyatrik Hospitalizasyondan Rehabilitasyona. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi. 2000; 8 (Ek 4), 5-10.
4. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 10. Basım. Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri. 2004; 217-274.
5. The WPA Global Programme Against Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia. Geneva, 1996.
6. Anders RL. Assessment of Inpatient Treatment of Persons with Schizophrenia: Implications for Practice. Archives of Psychiatric Nursing. 2000; 14 (5), 213-221.
7. Arıhan G. Şizofreni Epidemiolojisi. Şizofreni Dizisi. 1998; 2, 64-74.
8. Ceylan M.E. Şizofreni: Genel Bir Bakış. Ege Psikiyatri Sürrekli Yayınları. 1996; 1(4), 493-498.
9. Doornbos M. Family Caregivers and Mental Health Care System: Reality and Dreams. Archives of Psychiatric Nursing 2002; 16(1), 39-46.
10. Rose LE. Families of Psychiatric Patients: A Critical Review and Future Research Directions. Archives of Psychiatric Nursing. 1996; 2, 67-76.
11. Ferriter M, Huband N. Experiences of Parents with a Son or Daughter Suffering from Schizophrenia. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2003; 10, 552-560.
12. Howard PB. The Experience of Adult Children with Schizophrenia. Issues in Mental Health Nursing. 1998; 19 (4), 399-413.
13. Saunders J. Families Living with Severe Mental Illness: A Literature Review. Issues in Mental Health Nursing, 2003; 24, 175-198.
14. Schene H, Wijgaarden B, Koeter M. Family Caregiving in Schizophrenia: Domains and Distress. Schizophrenia Bulletin 1998; 24 (4), 609-618.
15. Wong D. Stress Factors and Mental Health of Carers with Relatives Suffering from Schizophrenia in Hong Kong: Implications for Culturally Sensitive Practices. British Journal of Social Work. 2000; 30 (3), 365-382.

16. Brady N. Living with Schizophrenia. Online J Issues Nursing. 2005; 10 (1), 1-10.
17. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Burden of Mental Health and Behavioral Disorders. 2001; Chapter 2. Erişim: www.who.int/whr/2001.
18. McGilloway S, Donnelly M, Mays N. The Experience of Caring for Former Long-stay Psychiatric Patients. *Bir. Journal Clin. Psychol.* 1997; (36) :149-151.
19. Bichwood M, Cochrane R. Families Coping with Schizophrenia :coping styles, their origins and Correlates. *Psychol Med.* 1990; 20(5): 857-865.
20. Barrowclough C, Tarrrier N. The Family Questionnaire (FQ): A Scale for Measuring Symptom Appraisal in Relatives of Schizophrenic Patients. *Acta Psychiatr Scand.* 2003; 108, 290-296.
21. Boye B, Bentsen H, Ulstein I, Notland TH. Relatives'distress and Patients' symptoms and Behaviours: a Prospective Study of Patients with Schizophrenia and Their Relatives. *Acta Psychiatr Scand.* 2001; 104, 42-50.
22. Hall M, Docherty N. Parent Coping Styles and Schizophrenic Patient Behavior as Predictors of Expressed Emotion. *Family Process.* 2000; 39 (4), 435-443.
23. Provencher H, Fournier J, Perreault M, Vezina J. The Caregiver's Perception of Behavioral Disturbance in Relatives with Schizophrenia: A Stres- Coping Approach. *Community Mental Health Journal.* 2000; 36 (3), 293-306.
24. Karancı N. Şizofren Hasta Yakınlarının Dünyası: Nedensel Atıflar, Yükler, Umutlar. *Şizofreni Yazıları.* 2000; 1 (2), 6-12.
25. Ünal S, Kaya B, Çekem B, Özışık H ve ark. Şizofreni, İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu ve Epilepsi Hastalarında Aile İşlevlerinin Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2004; 15 (4), 291-299.
26. Kuşçu K. Rehabilitasyon Süreci ve Bakım Vericilik : Zedeleyen mi yoksa İyileyen mi?. *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmokoloji Dergisi,* 2000; 8, 30-34.
27. Gülseren L. Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2002; 13 (2), 143-151.
28. Avcı A. Şizofren Hasta Ailelerinin Aile yükünün Belirlenmesi. Ankara. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2001.

29. Greenberg JS, Greenley JR, Brown R, Francell C ve ark. Mothers Caring for an Adult Child with Schizophrenia, The Effects of Subjective Burden on Maternal Health. *Family Relations*.1993; 42 (2), 205-211.
30. Kane C, Sethabouppha H. Caring for the Seriously Mentally Ill in Thailand: Buddhist Family Caregiving. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2005; 19 (2), 44-57.
31. Shibre T, Kebede D, Alem A, Negash A ve ark. Schizophrenia: İllness İmpact on Family Members in a Traditional Society. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2003; 38, 27-34.
32. Snyder N, Goldstein G. Decreased Psychopathology Family Burden. *Journal of Psychosocial Nursing*, 2002; 40 (5), 35-39.
33. Wong A. Family Burdens, Chinese Health Beliefs and Mental Health of Chinese Caregivers in Hong Kong. *Transcultural Psychiatry* 2004; 41 (4), 497-513.
34. Vitaliano P., Young H.M., Zhang J. Is Caregiving a Risk Factor for İllness? *Current Directions in Psychological Science*. 2004; 13 (1): 13-16.
35. Pinquart M., Sörensen S. Associations of Caregiver Stressors Uplifts Subjective Well-Being and Depressive Mood: A Meta-analytic Comparison. *Aging & Mental Health*. 2004; 8 (5), 438-449.
36. Laidlow T, Coverdal J, Fallon I, Kydd R. Caregivers' Stresses When Living Together or Apart from Patients with Chronic Schizophrenia. *Community Mental Health Journal*. 2002; 38 (4), 303-310.
37. Barrowclough C. The Family of Patient with Schizophrenia. *Families and Mental Disorders: From Burden to Empowerment*. UK. John Wiley&Sons Ltd. 2005; 1-24.
- 34.
38. Charmine C., Williams M.M., Magnus MM. Care: Giving, Receiving and Meaning in The Context of Mental İllness. *Psychiatry*. 2006; 69 (1), 26-46.
39. Bentsen H, Boye B, Malt U. Does Guilt Proneness Predict Acute and Long-term Distress in Relatives of Patients with Schizophrenia?. *Acta Psychiatr Scand*. 2002; 106, 351-357.
40. Jungbauer J, Angermeyer M. Living with a Schizophrenic Patient: A Comparative Study of Burden as It Affects Parents and Spouses. *Psychiatry*. 2002; 65(2), 110-123.
41. Magana S.M. Greenberg J.S., Seltzer M.M. The Health and Well-Being of Black Mothers Who Care for Their Adult Children with Schizophrenia. *Psychiatric Services*. 2004; 55 (6), 711-713.

42. Chen S, Yang K, Liao C, Lee D. ve ark. The Psychological Well-being and Associated Factors of Caregivers of Outpatients with Schizophrenia in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2004; 58, 600-605.
43. Kadri N., Manoudi F., Berrada S., Moussaoui D. Stigma Impact on Moroccan Families of Patients With Schizophrenia. *Can. J. Psychiatry*. 2004; 49 (9), 625-629.
44. Sugihara Y. Longitudinal Changes in The Well-being of Japanese Caregivers: Variations Across Kin Relationship. *Psychological Science and Social Sciences*. 2004; 59, 177-184.
45. Olridge M.L., Hughes I.C. Psychological Well-Being Families with a Member Suffering From Schizophrenia. An Investigation into long-standing Problems. *British Journal of Psychiatry* 1992; 161, 249-251.
46. Maldonado J.G. Burden of Care and General Health in Families of Patients with Schizophrenia. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005; 40, 899-904.
47. Wai C.L. An Exploratory And Comparative Study of The Stress, Burden And Coping Strategies of Caregivers of People with Schizophrenia in Guangzhou and Hong Kong. University of Hong Kong (People's Republic of China), 2004; <http://proquest.umi.com>. Erişim tarihi: 05.02.2007.
48. Webb C, Pfeiffer M, Muaser M, Gladis M ve ark. Burden and Well-being of Caregivers for The Severely Mentally İll: The Role of Coping Style and Social Support. *Schizophrenia Research*. 1998; 34, 169-180.
49. Sales E., Greeno Catherine., Shear M.K., Anderson Carol. Maternal Caregiving Strain as a Mediator in The Relationship Between Child and Mother Mental Health Problems. *Social Work Research*. 2004; 28 (4), 211-223.
50. Wittmund B., Wilms U.H., Mory C., Angermeyer C.M. Depressive Disorders in Spouses of Mentally İll Patients. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002; 37, 177-182.
51. Martens L., Addington J. The Psychological Well-Being of Family Members of Individuals With Schizophrenia. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001; 36, 128-133.

52. Yener F., Yargıcı N., Selçuk K., Solakoğlu G. Ve ark. Şizofrenlerin Aile Bireylerinde Görülen Ruhsal Bozuklukların ve Belirtilerin İncelenmesi. *Düşünen Adam*, 1991; 4 (3), 21-31.
53. Fourtune D.G., Smith J.V., Garvey K. Perception of Psychosis, Coping, Appraisal and Psychological Distress in The Relatives of Patients with Schizophrenia: An Explorating Using Self-Regulation Theory. *Br. J. Clin. Psychol.* 2005; 44 (3), 319-331.
54. Lazarus R.S., Folkman S. Transactional Theory and Research on Emotions and Coping. *European Journal of Personality.* 1987; 1, 141-169.
55. Lazarus, R.S., (2006) Emotions and İnterpersonal Relationship: Toward a Person-Centered Conceptualization of Emotions and Coping, *Journal of Personality*, 74:1, 9-46.
56. Yamashita M. Family Coping with Mental İllnes:a Comparative Study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* 1998; 5, 515-523.
57. Doornbos M. The Problems and Coping Methods of Caregivers of Young Adults with Mental Illness. *Journal of Psychosocial Nursing.* 1997; 35 (9): 22-26.
58. Lobban F, Barrowclough C, Jones S. Assessing Cognitive Representations of Health Problems. II. The İllness Perception Questionnaire for Schizophrenia: Relatives' version. *British Journal Clinical Psychology* 2005; 44, 163-179.
59. Saunders J. Family Functioning in Families Providing Care for Family Member with Schizophrenia. Degree of Doctor of Philosophy in Nursing in the School of Nursing in the College of Health Sciences Georgia State Universty, 1997.
60. Tel H. Şizofrenik Hasta Ailelerinin Hastalık Semptomlarını Ele Alma ve Stresle Başetmelerine Psikoeğitimsel Yaklaşımın Etkisinin İncelenmesi. Ankara. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 1999.
61. Yılmaz M. Kronik Şizofreni Tanısı Alan Hasta Eşleri ile Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Alan Hasta Eşlerinin Stresle Başetme Tarzlarının İncelenmesi. İzmir. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, 1998.

62. Oflaz F. Psikiyatrik Hastaların Eşlerinin Psikososyal Güçlükleri ve Stresle Başetme Yollarının İncelenmesi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1995.
63. Dülgerler Ş. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psikoeğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. İzmir. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2004.
64. Kim W, Greenberg S, Seltzer M, Krauss M. The Role of Coping in Maintaining the Psychological Well-being of Mothers of Adults with Intellectual Disability and Mental Illness. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2003; 47 (4), 313-327.
65. Rammohan A, Subbakrishna DK. Religious Coping and Psychological Wellbeing in Carers of Relatives with Schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002; 105 (5), 356-362.
66. Hazel N, Short R, Berry C, Voss W. ve ark. Impact of Multiple Family Groups for Outpatients with Schizophrenia on Caregivers Distress and Resources. *Psychiatric Services*. 2004; 55 (1), 35-41. URL: [http:// ps.psychiatryonline.org](http://ps.psychiatryonline.org).
67. Smith J.M. Predictors of Sibling Relationship Quality and Its Impact on The Well-being of Siblings and The Quality of Life of Their Brothers or Sisters with Schizophrenia. Madison. University of Wisconsin Degree of Doctor of Philosophy in Social Welfare 2006.
68. Möller A.M. Burden of Relatives and Predictors of Burden. Baseline Results From The Munich 5-Years-Follow-up Study on Relatives of First Hospitalized Patients with Schizophrenia or Depression. *Eur Arch. Psychiatry Clin. Neuros*. 2005; 225, 223-231.
69. Seltzer M.M., Greenberg J.S., Floyd F., Hong J. Accommodative Coping and Well-Being of Midlife Parents of Children with Mental Health Problem or Developmental Disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2004; 74 (2), 187-195.
70. Rungreankulkij S. Experience of Thai Families of A Person Schizophrenia: Family Stress and Adaption. San Francisco. University of California Degree of Doctor of Philosophy in Nursing. 2000.
71. Kitson A., Smith R. Caring for a Partner: The Impact of Resources on Caregivers' Health in Rural and Urban Tasmania. 7th National Rural Health Conference, 2001.

72. Greenberg J.S., Seltzer M.M., Krauss M.W., Rita J.A. ve ark. The Effect of Quality of The Relationship Between Mothers and Adult Children with Schizophrenia, Autism or Down Syndrome on Maternal Well-Being: The Mediating Role of Optimism. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2004; 74 (1), 14-25.
73. Gibson D. Reduced Rehospitalizations and Reintegration of Persons with Mental İllness İn to Community Living: A Holistic Approach. *Journal of Psychosocial Nursing*. 1999; 37 (11), 21-25.
74. Doornbos M. Professional Support for Family Caregivers of People With Serious and Persistant Mental İllnesses. *Journal of Psychosocial Nursing*. 2001; 39 (12), 39-45.
75. Mohr W. Partnering with Families. *Journal of Psychosocial Nursing*. 2000; 38 (1), 15-22.
76. Yazıcı A. Şizofreni Rehabilitasyonuna Ailenin Katılım Süreci. *3P Dergisi*. 2000; 8, 35-38.
77. Gall S, Atkinson J, Eliot L, Johansen R. Supporting Carers of People Diagnosed with Schizophrenia : Evaluating Change in Nursing Practice Following Training. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 41 (3), 295-305.
78. Larsen LH. Effectiveness of a Counseling Intervention to Assist Family Caregivers of Chronically III Relatives. *Journal of Psychosocial Nursing*. 1998; 36 (8), 27-32.
79. Leff J. Working with Families of Schizophrenic Patients. *British Journal of Pschiatry* . 1994; 164 (23), 71-76.
80. Gournay K. Role of The Community Psychiatric Nurse in The Management of Schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2000; 6, 243-251.
81. Chien W, Norman J. Educational nedds of Families Caring for Chinese Patients with Schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 44 (5): 490-498.
82. Goldstein MJ. ABD’de Şizofreni Tedavisi Kapsamında Ruhsal-Eğitsel Aile Programları. Çev: Şen N. Şizofreni Yazıları Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği Yayın Organı. 2000; 1 (1), 20-26.
83. Stuart G.W. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 8’th Edition, China, 2001.
84. Güleç C., Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı Cilt-1. 1.Baskı. Ankara. Ajans Matbaacılık. 1997; 321-351.

85. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar, Şizofrenik Bozukluklar. 2. Baskı. Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi. 2001; 257-300.
86. Henry A.N., Donald J.M. Contemporary Diagnosis and Mngement of The Patient with Schizophrenia. USA. Hand-books in Health Care Comp. 2002; 5-38.
87. Stefan M., Travis M., Murray R.M. An Atlas of Schizophrenia. New York. The Parthenon Publishing Group. 2004: 7-42.
88. Kaplan H.I., Sadock B.J. Edit: Abay E. Klinik Psikiyatri. 1. Baskı. İstanbul. Nobel Tıp Kitapevleri. 2004; 121-138.
89. Köroğlu E. Psikonazoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Ankara, HYB Yayıncılık. 2001; 189-226.
90. Güz H. Şizofreni ve Cinsiyet: Başlangıç Yaşı ve Sosyodemografik Özellikler. Klinik Psikiyatri. 2000; 3, 27-33.
91. Karamustafaloğlu N., Tomruk N., Alpay N. Şizofrenide Cinsiyet Farklılıkları: Bir Gözden Geçirme. Düşünen Adam. 1998; 11 (2), 22-32.
92. Provencher H.L., Fournier J.P., Dupuis N. Schizophrenia: Revisited. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 1997; 4, 275-285.
93. Parker B.A. Living with Mental İllnes: The Family as Caregiver. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services. 1993; 31 (3), 19-21.
94. Keltner N.L., Schwecke L.H., Bostrom C.M. Psychiatric Nursing. Second Edition, Mosby-year Book, İNC.St.Lows, 1995; 374-380.
95. Varcarolis E.M. Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing, W.B. Saunders Company. 1990; 507-529.
96. Anzai N., Yoneda S., Kumagai N., Nakamura Y. ark. Training Persons Schizophrenia in İllnes Self-management: a Randomized Controlled in Japan. Psychiatric Services. 2002; 53 (5), 545-547.
97. Goldstein M.J., Miklowitz D.J. The Effectiveness of Psychoeducational Family Therapy in the Treatment of Schizophrenic Disorders. Journal of Marital and Family Therapy. 1995; 21 (4), 361-376.
98. Broker C., Butterworth C. Working with Families Caring for A Relative with Schizophrenia : The Envolving Role of The Community Psychiatric Nurse. İnternational Journal of Nursing Study. 1991; 28 (2), 189-200.

99. Noreen C.F., Lawrence E.F. Psychiatric Mental Health Nursing. Second Edition. Lipp. Comp. US. 2002.
100. Liberman R.P. Kopelowicz A. Basic Elements in Biobehavioral Treatment and Rehabilitation of Schizophrenia. *International Clinical Psychopharmacology* 1995; 9 (5), 51-58.
101. Aker T, Yazıcı A. Şizofrenide Bilişsel-Davranışçı Terapi Yöntemleri ve Rehabilitasyon Uygulamaları. *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 2000; 8 (Ek 4), 21-29.
102. Sofuoğlu S. Şizofrenide Klasik Antipsikotiklerle Tedavi. *Şizofreni Dizisi*. 2000; 1, 45-57.
103. Gülseren L. Erol A. Şizofrenide İlaç Sağaltımı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2000; 10, 213-227.
104. Marland G.R., Cash K. Long Term İllnes and Patterns of Medicine Taking: Are a People with Schizophrenia a Unique Group? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2001; 8, 197-204.
105. Van Dongen C.J., Attitudes Toward Medications Among Persons with Severe Mental İllness. *Journal of Psychosocial Nursing*. 1997; 35 (3), 21-25.
106. Yıldız M. Psikiyatrik Rehabilitasyonun Felsefesi. *3P Dergisi*. 2000; 8 (4), 11-15.
107. Koukia E., Madianos M.G. Is Psychosocial Rehabilitation of Schizophrenic Patients Preventing Family Burden? A Comparative Study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2005; 12, 415-422.
108. Gökalp P.G. Şizofrenide Psikososyal Kuramlar ve Tedaviler. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*. 1996; 1 (4), 674-682.
109. Yıldız M. Kocaeli Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD. Psikiyatrik Rehabilitasyon Birimi Gündüz Hastanesi Uygulaması: Bir İlk Deneme Değerlendirmesi. *Psikiyatrik Rehabilitasyon Bilteni*. 2005; 1 (1), 1-19.
110. Sercan M. Örgütlenme Üzerine Gözlemler, İzlenimler, Görüşler, Öneriler: İsrail'de Psikolojik Sorunu Olanların Rehabilitasyonu. *3P Dergisi*. 2000; 8 (4), 51-53.
111. Connely C.E., Self Care İssues with Chronically III. Psychotic Clients. *Perspectives in Psychiatric Care*. 1993; 29 (4), 31-34.
112. Clarke D.E., Adamski E., Joyce B. İnpatient Group Psychotherapy: The Role of the Staff Nurse. *Journal of Psychosocial Nursing*. 1998; 36 (5), 22-26.

113. Servellen G.V., Poster EC., Ryan J., Allen J. Nursing –Led Group Modalities in a Psychiatric Inpatient Setting: a Program Evaluation. Archives of Psychiatric Nursing. 1991; 5 (3), 128-135.
114. Addington D., Bouchard R.H., Goldberg J., Malla A. ve ar. Clinical Practice Guidelines Treatment of Schizophrenia. The Canadian Journal of Psychiatry. 2005; 50 (1), 1-55.
115. Cheng Y.C. Caregiver Burnout: A Critical Review of The Literature. San Diego. Faculty of The California School of Professional Psychology at Alliant International University. Degree Doctor of Psychology. 2005.
116. Ebrinç S., Çetin M., Başoğlu C., Ağargün M.Y. ve ark. Şizofren Hasta ve Ailelerinde Aile İşlevselliği, Sosyal Destek ve Duygu Dışavurumunun İncelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2001; 2 (1), 5-14.
117. Gülseren L., Turgut S, Kültür S. Şizofreni Tanısı Almış Bir Grup Hastanın Sosyometrik Psikodramatik Grup Terapisi Süreci. Türk Psikiyatri Dergisi. 1999; 10 (4), 325-333.
118. Loukissa D.A. Family Burden in Chronic Mental İllnes; A Review of Research Studies, Journal of Advanced Nursing. 1995; (21), 248-255.
119. Friedrich M, Lively S, Buckwalter K. Well Siblings Living with Schizophrenia, Impact of Associated Behaviors. Journal of Psychosocial Nursing. 1999; 37 (8), 11-19.
120. Heru AM. Family Functioning, Burden and Reward in the Caregiving for Chronic Mental İllness. Families, Systems & Health Spring. 2000; 18 (1), 91-95.
121. Tuğrul C.D., Stres ve Depresyon. Psikiyatri Dünyası 2000; 4, 12-17.
122. Magliano L, Fadden G, Economou M, Xavier M. ve ark. Social and Clinical Factors İnfluencing the Choice of Coping Strategies in Relatives of Patients with Schizophrenia: Results of the BIOMED I Study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1998; 33(9), 413-419.
123. Altun İ. Hasta Yakınlarının Bakımverme Rolinde Zorlanma Durumları, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. 1998; 24-26 Eylül, İstanbul:71-78.
124. Berksun E. Psikososyal Açıdan Şizofrenide Aile Faktörü: Tarihçe. Psikiyatri Bülteni. 1994; 3 (2), 58-60.
125. Dixon L. Providing Services to Families of Persons with Schizophrenia: Present and Future. The Journal of Mental Health Policy and Economics. 1999; 2, 3-8.

126. Broker C. The Health Education Needs of Families Caring For a Schizophrenic Relative and The Potential Role for Community Psychiatric Nurses, *Journal of Advenced Nursing*. 1990; 15 (1), 1092-1098.
127. Huddleston J. Family and Group Psychoeducational Approaches in The Management of Schizophrenia. *Clinical Nurse Specialist*. 1992; 9 (2), 118-120.
128. Doğan O. Şizofreni Hastalarının Evde Bakımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2001; 2 (1), 41-46.
129. Şahin N.H, Durak A. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlanması. *Türk Psikoloji Dregisi*, 1995; 10 (34), 56-73.
130. Kılıç C. Genel Sağlık Anketi Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1996; 7 (1), 3-9.
131. Howard PB. The Experience of Adult Children with Schizophrenia. *İssues in Mental Health Nursing*. 1998; 19 (4), 399-413.
132. Fallon, Ian R.H. Victor G.H. Stres and Health of İnformal Carers of People with Chronic Mental Disorders. *Journal of Mental Health*. 1993; 2.
133. Duman Z. Şizofreni Tanılı Bireylere ve Ailelerine Topluma Yeniden Katılım Programı Uygulaması ve İzlemesi Çalışması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi. İstanbul 2003.
134. Kulvechakit A., Rod-ong D., Mahaton S., Supataraniyopong J. Mental Health of Families of Psychiatric Patients in Srinagarind Hospital. 1996;<http://proquest.umi.com>. Erişim Tarihi: 15.04.2007
135. Stengard E. Caregiving Types and Psychosocial Well-Being of Caregivers of People with Mental İllness in Finland. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2002; 26 (2), 154-164.
136. Bunchanon J. Social support and Schizophrenia: A Rewiev of The Literature *Archives of Psychiatric Nursing*. 1995; 9 (2), 68-76.

EKLER

EK I: ETKİLEYEN ETMENLER SORU FORMU

HASTA

YAŞI:

CİNSİYETİ:

1. Kadın
2. Erkek

ŞU ANDA ÇALIŞIYORMU?

1. Evet
2. Hayır

KAÇ YILDIR HASTA:

KAÇ KEZ HASTANEYE YATTI:

BAKIM VEREN

HASTAYA BAKMA SÜRENİZ:

HASTAYA YAKINLIK DERECEYİZ:

1. Anne
2. Baba
3. Kardeş
4. Eş
5. Diğer

CİNSİYETİNİZ:

1. Kadın
2. Erkek

YAŞINIZ:

MEDENİ DURUMUNUZ:

1. Evli
2. Bekar

EĞİTİM DURUMUNUZ:

1. Okur-yazar değil
2. Okuma-yazma biliyor
3. İlkokul mezunu
4. Ortaokul mezunu
5. Lise mezunu
6. Yüksekokul mezunu
7. Üniversite Mezunu

ÇALIŞMA DURUMUNUZ:

1. Çalışıyor
2. Çalışmıyor

SOSYAL GÜVENCENİZ:

1. Var
2. Yok

ŞİZOFRENİ İLE İLGİLİ GRUP EĞİTİMİNE KATILDINIZ MI?

1. Evet
2. Hayır

AŞAĞIDAKİ KONULARDAN HANGİSİ/HANGİLERİ HAKKINDA BİLGİ ALDINIZ/PROGRAMA KATILDINIZ:

1. Hastalık ve Tedavi
2. Hasta Davranışları ile Baş etme
3. Aile Grubu

EK II:**STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ**

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirleme amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızı başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da siz 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 mucize olmasını beklerim. | | | | |
| 4.Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım. | | | | |
| 5.Başta gelen çekilir diye düşünürüm. | | | | |
| 6.Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım. | | | | |
| 7.Kendimi 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. Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum. | | | | |
| 17.Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım. | | | | |
| 18.Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım. | | | | |
| 19.Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım. | | | | |
| 20.Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım. | | | | |
| 21.Mücadeleden vazgeçerim. | | | | |
| 22.Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm. | | | | |
| 23.Hakkımı savunabileceğimi düşünürüm. | | | | |
| 24.Olaylar karşısında “kaderim buymuş” derim. | | | | |
| 25. “Keşke daha güçlü bir insan olsaydım” diye düşünürüm. | | | | |
| 26.Bir kişi olarak iyi yönde geliştiğimi 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 III:

GENEL SAĞLIK ANKETİ

Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz; **son birkaç hafta içinde** herhangi bir tıbbi şikayetiniz olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Bütün soruları, size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplandırınız. Geçmişteki değil, yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi sorduğumuzu unutmayınız.

Soruların hepsini cevaplandırmanız çok önemlidir.

1. Endişeleriniz nedeni ile uykusuzluk çekiyor musunuz?
a. Hayır hiç çekmiyorum b. Her zamanki kadar c. Her zamankinden sık d. Çok sık
2. Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?
a. Hayır hissetmiyorum b. Her zamanki kadar c. Her zamankinden sık d. Çok sık
3. Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?
a. Her zamankinden iyi b. Her zamanki kadar c. Her zamankinden az d. Her zamankinden çok daha az
4. İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?
a. Her zamankinden çok b. Her zamanki kadar c. Her zamankinden az d. Her zamankinden çok daha az
5. Sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz?
a. Her zamankinden çok b. Her zamanki kadar c. Her zamankinden az d. Her zamankinden çok daha az
6. Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?
a. Hayır hiç çekmiyorum b. Her zamanki kadar c. Her zamankinden sık d. Çok sık
7. Zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?
a. Hayır hiç hissetmiyorum b. Her zamanki kadar c. Her zamankinden sık d. Çok sık hissediyorum
8. Değişik yönlerden baktığımızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?
a. Her zamankinden çok b. Her zamanki kadar c. Her zamankinden az d. Her zamankinden çok daha az hissediyorum
9. Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?
a. Her zamankinden çok b. Her zamanki kadar c. Her zamankinden az d. Her zamankinden çok daha az

10. Kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz?

a. Hayır hiç hissetmiyorum b. Her zamanki kadar c. Her zamankinden çok d. Çok sık

11. Kendinize güveninizi kaybediyor musunuz?

a. Hayır hiç kaybetmiyorum b. Her zamanki kadar c. Her zamankinden fazla d. Çok fazla

12. Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?

a. Hayır hiç görmüyorum b. Her zamanki kadar c. Her zamankinden sık d. Çok sık



**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
ETİK KURUL KARARLARI**

Sayı: B.30.2.DEÜ.0.82.00.00/979

Tarih: 03/07.2006

Etik Kurul Üyeleri

Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN(Başkan)
Prof.Dr.Zühal BAHAR(Başkan Yrd.)
Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ(üye)
Doç.Dr.Besti ÜSTÜN (üye)

Etik Kurul Sekreteri

Yardı.Doç.Dr.M.Candan ÖZTÜRK

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK
YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Etik Kurulumuzun 03 Temmuz 2006 tarih ve 15/4/06 sayılı toplantısında, 654 kayıt numaralı evrak ile başvuran Yard.Doç.Dr.Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN'ın danışmanlığını yürüttüğü Yüksek Lisans öğrencisi Figen ŞENGÜN'ün "Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Ruhsal Sağlık Durumlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi" konulu araştırmasının;

-Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi önerisiyle uygulanmasında etik açıdan bir sakınca yoktur.

Oy birliği ile kabul edilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN
Etik Kurul Başkanı



TC
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

28 Temmuz 2006

SAYI : B.30.2.DEÜ.0.70.10.00- 4386
KONU

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
PSIKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI

İLGİ : 13.07.2006 tarih ve 1066 sayılı yazınız.

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Figen ŞENGÜN'nün, Yard.Doç.Dr.Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN'ın danışmanlığında tez çalışmasını Psikiyatri Anabilim Dalında yapması uygundur.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Nedef GÖENER
Başhekim

Handwritten signature

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastane Başhekimliği

Hemş.Hizmt.Yönetimi
SAYI : B.30.2.EGE.0.1H.00.04/H- 2178
KONU :

11.11.2006

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

İLGİ: 1405 sayılı ve 28.9.2006 tarihli yazınız.

Yüksekokulunuz Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans öğrencilerinden Figen ŞENGÜL'ün, Yrd. Doç. Dr. Çetinkaya DUMAN danışmanlığında "Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Ruhsal Sağlık Durumlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını Psikiyatri Anabilim Dalında yapmaları Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr.Geylani ÖZOK
Başhekim

Handwritten signature

SİZOFRENİ DAYANIŞMA DERNEĞİ
Kod. No: 25. 33 / 095
1440 Sk. No: 2/2-A Alazank
Tel: 465 03 13 - Konak / İZMİR

Sayı: 000/16

Tarih: 20.07.2006

Konu: Tez uygulaması hk.

**DEÜ Hemşirelik Yüksek Okulu
Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanlığı'na
İZMİR**

DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği A.D.
Yüksek Lisans öğrencisi **Figen ŞENGÜN'ün**, Yard. Doç. **Zekiye Ç.
Duman'ın** danışmanlığında yürüteceğini belirttiğiniz tez çalışması
uygulaması derneğimiz yönetim kurulunca görüşülmüştür.

Sözü geçen tez uygulamasının, derneğimizin amaçlarına uygun
olması dolayısıyla hastalarımız ve bakımlarını yürüten aileleri
açısından da yararlı olacağına karar verilmiştir.

Derneğimizin bu bilimsel çalışmaya katkı koymasından mutlu
olacağımızı belirtir, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

İZMİR
Şizofreni Dayanışma Derneği
Başk. H. Yalçın ERYİĞİT
Bşk. Yrd. Nilgün Duman

