2020

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Damla POLAT

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNE VERİLEN PSİKOEĞİTİM WORKSHOP PROGRAMININ BAKIM YÜKÜ, İLAÇ UYUMU DEĞERLENDİRME VE PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Damla POLAT

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2020

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNE VERİLEN PSİKOEĞİTİM WORKSHOP PROGRAMININ BAKIM YÜKÜ, İLAÇ UYUMU DEĞERLENDİRME VE PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Damla POLAT

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2020

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim süresince bilgi ve birikimlerini benden esirgemeyen, tez konumun belirlenmesi ve yürütülmesinde her türlü desteği sağlayan, güvenini her zaman yanımda hissettiğim değerli danışmanım Doç. Dr. Birgül ÖZKAN'a

Uygulama aşamasında yardımcı olan Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyeleri Prof. Dr. Ali ÇAYKÖYLÜ, Dr. Görkem KARAKAŞ UĞURLU, Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri kliniğinde görev alan Dr. Aynur ALİYEV ve servis sorumlu hemşiresi Sevin ERDİLMEN ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm aile üyelerine

Çalışma hayatımda tüm anlayışını ve desteklerini esirgemeyen Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Adölesan Servisi'nde çalışan tüm arkadaşlarıma ve servis sorumlu hemşirem Handan ÖZDEMİR'e

Tezimin ilerlemesinde ve bitirilmesinde büyük rolü olan tüm desteklerini her anımda hissettiğim Tuğçe DÜBÜŞ, Rümeysa ATASOY, Tuğba SARI ve Nergiz ÖZTÜRK GÜREL'e

Tanıştığım andan beri yanında kendimi huzurlu hissettiğim, zor dönemlerimde elimden tutan ve hiçbir zaman desteğini ve anlayışını esirgemeyen sevgili Habib Yuşa KÖSE'ye

Anne karnından beri her anımı paylaştığım, her adımı beraber attığım, asla yalnız hissetmediğim, en büyük iyilerimden olan canımın diğer iki yarısı Pınar POLAT ve Yağmur POLAT'a, eğitim hayatımda maddi ve manevi hiçbir desteğini esirgemeyen, her halimi anlayışla karşılayan bu zorlu süreçte sevindiğimde benden çok sevinen canım annem Filiz POLAT ve sevgili babam Varol POLAT'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **v**

ABSTRACT ..... **vi**

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **vii**

ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **viii**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **ix**

1. GİRİŞ **1**

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1

1.2. Araştırmanın Amacı 3

1.3. Araştırmanın Hipotezleri 4

2. GENEL BİLGİLER **5**

2.1. Şizofreni Tanımı 5

2.2. Şizofreni Tarihçesi 5

2.3. Şizofreninin Epidemiyolojisi 6

2.4. Şizofreni Etiyolojisi 6

2.4.1.Genetik Faktör 7

2.4.2.Beyindeki Yapısal Değişimler 7

2.4.3.Nörokimyasal Değişimler 8

2.4.4.Psikososyal Etmenler 8

2.4.5.Çevresel Faktörler 9

2.5. DSM 5'e Göre Şizofreni Hastalığı Tanı Kriterleri 10

2.6.Şizofreni Semptomları 11

2.6.1.Görünüm ve Davranış 11

2.6.2. Düşünme Süreci ve Konuşma 11

2.6.3.Algı ile İlgili Semptomlar 12

2.6.4.Duygulanım ve Duygudurum 12
2.6.5.İçgörü 13
2.6.6.Fizyolojik Değişimler 13
2.7.Şizofreni Hastalığının Başlangıcı ve Prognozu 13
2.8.Şizofreni Hastalığının Tedavisi 14
2.8.1.Farmakolojik Tedavi 14
2.8.2.Şizofreni Tedavisinde Kullanılan Diğer Yöntemler 16
2.9.Şizofreni Hastalarının Bakımı ve Aile 19
2.10. Bakım Yükü Kavramının Tarihsel Gelişimi 21
2.11.Problem Çözme Becerileri 22
2.11.1.Problemin Tanımlanması 22
2.11.2.Karar Verme 23
2.11.3.Belirtilerin Analizi 23
2.11.4.Problem Çözümünde Karşılaşılan Engeller 23
2.11.5.Problem Çözümü 24
2.11.6.Problem Çözümünün Değerlendirilmesi 24
2.12. Problem Çözme Basamakları 24
2.12.1. Problemin Tanımlanması ve Öncelikli Problemlerin Belirlenmesi . 25
2.12.2. Ulaşılabilir ve Gerçekçi Hedeflerin Belirlenmesi 25
2.12.3. Çözüm Yollarının Üretilmesi ve Değerlendirilmesi 25
2.12.4. Karar Verme ve Uygulama 25
2.12.5. Sonuçları Değerlendirme 26
2.13. Şizofreni Hastalığında Aile Müdahaleleri ve Psikiyatri Hemşireliği 26
3. MATERYAL VE YÖNTEM 27
3.1. Araştırmanın Tipi 27
3.2. Araştırmanın Etik Boyutu 27
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 27

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 28
3.5. Araştırmanın Akış Şeması 29
3.6. Araştırmada Verilerin Toplanması 30
3.6.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması 30
3.7. Araştırma Verilerin Toplanmasında Kullanılan Formlar ve Ölçekler 30
3.7.1. Sosyodemografik Özellikler Formu 30
3.7.2. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Bireylerin İlaç Uyumunu Değerlendirmesi Soru Formu 30
3.7.3. Problem Çözme Envanteri 31
3.7.4. Zarit Bakım Yükü Ölçeği 32
3.8. Araştırmanın Uygulaması 33
3.8.1. Araştırma Ön Uygulama 33
3.8.2. Eğitim Kitapçığının Uzman Görüşü 33
3.8.3. Eğitim Programının Uygulanması Tablosu 34
3.8.4. Araştırmanın Uygulanması 36
3.9. Araştırma Verilerinin Analizi 37
3.10. Araştırmanın Değişkenleri 38
3.10.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri 38
3.10.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri 38
4. BULGULAR 39
5. TARTIŞMA 59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 64
6.1. Sonuçlar 64
6.1.1. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerine Verilen Psikoeğitim Workshop Programının Etkisi ile İlgili Sonuçlar 64
6.2. Öneriler 65
7. KAYNAKLAR 67

8. EKLER 78

EK-1. T.C. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurul Onayı..... 78

EK-2. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Kurum İzni 79

EK-3. Ankara Şehir Hastanesi Kurum İzni 80

EK-4. Çalışmaya Katılmayı Kabul Eden Bireyler İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu 81

EK-5. Sosyodemografik Özellikler Formu 82

EK-6. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Bireylerin İlaç Uyumunu Değerlendirmesi Anketi..... 83

EK-7. Zarit Bakım Yükü Ölçeği..... 84

EK-8. Problem Çözme Envanteri 86

EK-9. Şizofreni Hastalığı, Aile ve Problem Çözme Becerileri Psikoeğitim Kitapçığı 90

EK-10. Özgeçmiş..... 107

ÖZET

Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerine Verilen Psikoeğitim Workshop Programının Bakım Yükü, İlaç Uyumu Değerlendirme ve Problem Çözme Becerilerine Etkisi

Araştırma şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerine hastalık ve ilaç eğitimi hakkında bilgi verilerek problem çözme becerilerinin belirlemesi amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

Çalışmanın örneklemini Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri kliniği ve polikliniğinde takip edilen 36 (18 deney ve 18 kontrol) şizofreni hastasının aileleri oluşturmaktadır. Araştırmada Sosyodemogrofik Özellikler Formu, Zarit Bakım Yükü Ölçeği, Problem Çözme Envanteri ve Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin İlaç Uyumunu Değerlendirmesi Soru Formu uygulanmıştır. Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 25.0 programı kullanılmıştır.

Çalışmanın sonucunda şizofreni hastalarına verilen eğitimin bakım yükü toplam puanları ve ilişkilerde bozulma, ekonomik yük ve bağımlılık alt ölçek puanlarında deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark olduğu ve bakım yükünün azaldığı belirlenmiştir ($p<0.00$). Verilen eğitimin aile üyelerinin ilaç uyumunu değerlendirmesine etkisi incelendiğinde aile üyelerinin eğitim sonrası bakım verdikleri bireylerde ilaç uyumunun arttığını belirtmiş ve farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.01$). Çalışmada eğitim sonrası deney grubunda ilaç uyumu değerlendirmesinde ve problem çözme becerilerinde artış olduğu ancak farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Sonuç olarak şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerine psikobiyolojik müdahalelere göre verilen ilaç eğitiminin bakım yükünü azalttığı, problem çözme becerileri ve aile üyelerinin ilaç uyumunun değerlendirmesinde artış olduğu ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bakım verici, problem çözme becerileri, psikiyatri hemşireliği, psikoeğitim, şizofreni

ABSTRACT

The Effect of Psychoeducation Workshop Program Given to Family Members Caring for Schizophrenia Patients on Care Burden, Drug Compliance Evaluation and Problem Solving Skills

The study was conducted experimentally in order to determine problem solving skills by providing information about disease and drug education to family members caring for schizophrenia patients.

The sample of the study consists of the families of 36 schizophrenia patients (18 trials and 18 controls) followed in the outpatient clinic of psychiatry of Ankara Şehir Hospital. Sociodemographic Characteristics Form, PSQS, PSI and DCAQ of Individuals Caring for Schizophrenia Patients were applied. IBM SPSS Statistics 25.0 program was used in the analysis of data and mean, median, indipendent sample t test, Mann Whitney U, paired t test, Wilcoxon, Chi-square, McNemar, Spearman Rank Correlation- rho tests were used.

As a result of the study, it was determined that there was a significant difference between the experimental and control groups and the care burden decreased in terms of the total scores and the relationship between the subscale scores, economic burden and dependence ($p < 0.00$). When the effect of the given training on drug compliance was evaluated, it was found that drug compliance increased before and after the training and the difference was significant ($p < 0.01$). In the study, it was found that there was an increase in drug compliance in the experimental group but the difference was not significant in the evaluation of drug compliance of the experimental and control groups after training ($p > 0.05$). In the problem solving skills, pre-experiment and post-experiment and control-group comparisons showed that problem solving skills increased after pre-training compared to pre-training and control groups, but the difference was not statistically significant ($p > 0.05$).

As a result, it was found that drug education given to family members who care for patients with schizophrenia according to psychobiological interventions reduced the care burden, and although not statistically significant, problem solving skills and schizophrenia patients increased drug compliance.

Keywords: Caring, problem solving skills, psychiatric nursing, psychoeducation, schizophrenia

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
DCAQ	: Drug Compliance Assessment Questionnaire
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKT	: Elektrokonvülsif Tedavi
H1	: Histamin 1
İUD	: Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Bireylerin İlaç Uyumunu Değerlendirmesi Soru Formu
KK	: Kişisel Kontrol
PÇE	: Problem Çözme Envanteri
PÇG	: Problem Çözme Güveni
PSI	: Problem Solving Inventory
PSQS	: Zarit Care Burden Scale
YKT	: Yaklaşma-Kaçınma Tarzı
ZBYÖ	: Zarit Bakım Yükü Ölçeği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Araştırmanın Akış Şeması 29
Şekil 3.2. Problem Çözme Envanteri Alt Ölçekleri 32
Şelik 3.3. Zarit Bakım Yükü Ölçeği Alt Ölçekleri 33
Şekil 4.1. Ölçek Toplam Puanlarında Birinci Ve İkinci Ölçümler Arasındaki İlişki 58

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 3 1. Eğitim programının uygulanması tablosu 34

Tablo 4. 1. Deney ve kontrol grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=36)..... 39

Tablo 4. 2. Deney ve kontrol grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim öncesi ZBYÖ, PÇE ve İUD genel puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=36)..... 41

Tablo 4. 3. Deney ve kontrol grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim sonrası ZBYÖ, PÇE ve İUD genel puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=36)..... 42

Tablo 4. 4. Deney grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim öncesi ve sonrası ZYBÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=18)..... 43

Tablo 4. 5. Deney grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim öncesi ve sonrası PÇE puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=18) 44

Tablo 4. 6. Deney grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim öncesi ve sonrası İUD puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=18) 45

Tablo 4. 7. Deney ve kontrol grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim öncesi yaşa göre ZBYÖ, PÇE ve İUD puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=36)..... 46

Tablo 4. 8. Deney ve kontrol grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim sonrası yaşa göre ZBYÖ, PÇE ve İUD puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=36)..... 47

Tablo 4. 9. Deney ve kontrol grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim öncesi cinsiyete göre ZBYÖ, PÇE ve İUD puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=36)..... 49

Tablo 4. 10. Deney ve kontrol grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim sonrası cinsiyete göre ZBYÖ, PÇE ve İUD puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=36)..... 50

Tablo 4. 11. Deney ve kontrol grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim öncesi eğitim durumuna göre ZBYÖ, PÇE ve İUD puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=36) 51

Tablo 4. 12. Deney ve kontrol grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim sonrası eğitim durumuna göre ZBYÖ, PÇE ve İUD puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=36) 52

Tablo 4. 13. Deney ve kontrol grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim öncesi bakım yılına göre ZBYÖ, PÇE ve İUD puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=36) 53

Tablo 4. 14. Deney ve kontrol grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim sonrası bakım yılına göre ZBYÖ, PÇE ve İUD puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=36) 54

Tablo 4. 15. Deney ve kontrol grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim öncesi bakım sürecinde destek alma durumuna göre ZBYÖ, PÇE ve İUD puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=36)..... 56

Tablo 4. 16. Deney ve kontrol grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim öncesi bakım sürecinde destek alma durumuna göre ZBYÖ, PÇE ve İUD puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=36)..... 57

Tablo 4. 17. Ölçek toplam puanları arasında ilişki incelemesi (n=36)..... 58

1. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Şizofreni bireylerin düşünce, algı, duygulanım ve davranışlarını etkileyen şiddetli bir hastalıktır (1). Diğer bir tanıma göre şizofreni; halüsünasyon ve sanrılar ile seyreden, organize olmayan davranışlarla karakterize, genç yaşta başlayan, ilerleyici ve tekrarlayıcı kronik psikiyatrik bir hastalık olarak tanılanmaktadır (2,3). Şizofreni bireyin düşüncesinin etkilendiği sanrı ve algısının etkilendiği halüsinasyon gibi pozitif semptomlar ile bireyin kişilerarası ilişkilerini etkileyen duygusal küntlük ve hafıza problemleri gibi negatif semptomları içermektedir (4). Pozitif semptomlar hastalığın ilk evresinde ortaya çıkmaktadır ve tedaviye yanıt alınan semptomlar olarak ifade edilmektedir. Negatif semptomlar ise uzun süre sonra ortaya çıkar ve bireyin günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesini ve kişilerarası ilişkilerini etkilemektedir (1). Şizofreni hastalığına sahip bireyler gerçeklikten uzaklaşma, düşünce ve davranışlarda değişim, toplum ve kişilerarası ilişkilerden kendini soyutlama gibi birçok durum ile karşı karşıya kalmaktadır (5). Bireyin günlük yaşamının her alanını etkilediğinden şizofreni hastalığı psikiyatrik hastalıklar arasında en ağır hastalık olarak kabul edilmektedir (6). Birey üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle bu hastalığına sahip bireyler yaşantılarını devam ettirebilmek için yardıma ihtiyaç duymaktadırlar (7). Bu nedenle ruhsal hastalıklar içerisinde birey, aile ve topluma ciddi etkisi olan hastalıkların başında şizofreni hastalığı gelmektedir.

Şizofreni toplumun tüm birimlerini etkileyen psikiyatrik bir bozukluk olduğundan tedavi ve bakımın etkin bir şekilde yürütülmesi birey, aile ve toplum ruh sağlığı açısından önemli rol oynamaktadır. Hastalığın tedavi ve bakımı 1950'lerden önce hastanelerde yapılmaktayken psikotrop ilaçların keşfi ile tedavi ve bakımın yürütülmesi topluma indirgenmiş ve gelişmeler doğrultusunda ailenin bakımdaki rolü artmaya başlamıştır (1). Bakım kavramı, bakıma ya da yardıma gereksinimi olan kişilere fizyolojik, psikolojik ve ekonomik destek sağlama olarak tanımlanırken

bakım işini yürüten kişiye bakım veren, bakım verici kavramları kullanılmaktadır. Ülkemizde de birçok toplumda olduğu gibi bakım veren bireyler genellikle aile üyeleri olmaktadır (7). Aile üyelerinin bakımındaki rollerinin artması ve toplumun ruhsal hastalıklara bakış açısının olumsuz olması nedeniyle şizofreni hastalarına bakım veren aile üyeleri fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden birçok sorun ile karşı karşıya kalmaktadır (7,8). Şizofreni hastalığının bakımında aile üyelerinin zorlanmasıyla birlikte hastalığın psikotik semptomlarının da görülmesi bu bireylerde utanma, suçluluk, anksiyete ve depresyon gibi sorunların yanı sıra, bireyler bu belirtilerden dolayı kendilerini toplumdan soyutlayabilmektedirler (7). Gülseren ve arkadaşlarının şizofreni hasta ve bakım veren aile üyeleri ile yaptığı çalışmada bakım veren bireyde hastalık olması, bakım verirken yeterli destek alınamaması ve ailenin ekonomik durumunun kötü olması bakım verirken yaşanılan sorunlar olarak ele alınmıştır (9). Pazvantoğlu ve arkadaşlarının şizofreni hastasının işlevselliğinin bakım yüküne etkisi ile ilgili yaptığı çalışmada negatif belirtilerin olması ve hastalığın şiddetli setretmesinin aile üyelerinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir (10). Aile bireylerinin yaşadıkları sorunlar ile ilgili yapılan araştırmalar sonucunda ‘’bakım yükü’’ kavramı ortaya çıkmıştır (6).

Bakım yükü, hastalara bakım veren bireylerin yaşadığı sosyolojik, psikolojik, fiziksel ve ekonomik bütün sorunlar olarak tanımlanmaktadır (9). Şizofreni hastalarına bakım veren aile üyeleri ile yapılan çalışmalarda birçok bakım veren aile üyesinin kaygı, depresyon, sosyal damgalanma ve ekonomik sıkıntılar dahil olmak üzere bilişsel, psikolojik, sosyal ve finansal yük yaşadığını göstermiştir (11). Hastalığa sahip bireydeki fonksiyon kaybı ve buna bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü algısını önemli ölçüde etkilemektedir. Buna ek olarak bakım yükü ile ilgili yapılan çalışmalarda hastaneye yatış oranının fazla olması, semptomların şiddeti ve ekonomik desteğin az olması faktörlerinin de bakım verme yükünü etkilediği ifade edilmiştir (5). Bakım yükünün azaltılması, aile üyelerinin yaşam kalitesinin arttırılması ve hastalık ile baş etme becerilerinin geliştirilmesi amacıyla aile üyeleri tedavi sürecine dahil edilmeye başlanmıştır. Literatüre bakıldığında aile, sosyal destek sistemleri arasında en etkili faktör olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle ailenin hastalığın tedavi ve bakımına katılımı, tedavi sürecine ailenin dahil edilmesi önemli rol oynamaktadır (6).

Psikiyatrik bozuklukların tedavileri ve bakımında farmakolojik uygulamalar ile psikososyal müdahaleler birlikte yer almalıdır (3). Üçok'un şizofreni hastalığı ve tedavi ilkeleri ile ilgili yaptığı çalışmada ilk atak sonrasında diğer atakların önlenmesi için ilaç tedavisinin ve hastanın tedaviye uyumunun önemli bir faktör olduğu ifade edilmiştir (12). Bununla birlikte hastalığın tedavisi ve bakımında farmakolojik uygulamalara ek olarak bilişsel ve sosyal müdahalelerinin de semptom kontrolü sağlamada etkili olduğuna dair kanıtlar da artmaya başlamıştır (3). Şizofreni tedavisinde psikososyal müdahaleler arasında en yaygın ve en eski müdahalelerin başında psikoeğitim olarak tanımlanan bir dizi eğitim programları önemli bir yer almaktadır. Şizofreni hastalarının hayatında önemli bir rolü olan aile üyeleri de yapılan çalışmalar doğrultusunda eğitim programlarına dahil edilmiştir (13). Eğitim programlarının amacı birey ve aile üyelerinin yaşam kalitesini ve fonksiyonelliğini artırmak, semptom kontrolü sağlamak ve baş etme becerilerini geliştirmektir (14). Bu amaca yönelik olarak şizofreni hastalığına sahip bireylerin ailelerine yönelik planlanan eğitim programları sistematik olarak hastalık tanımı, semptomları, prognozu, tedavi yaklaşımları, baş etme ve problem çözme becerileri ile ilgili konuları kapsayabilmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalara bakıldığında hastalık bilgisi, prognozu ile ilgili eğitimlerin verildiği ilaç eğitimi, problem çözme becerileri konularında ise eğitimin sınırlı sayıda olduğu tespit edilmiştir (15–17). Yapılan eğitimlerin birçok konuyu bir arada veren ve grup eğitimi şeklide olduğu görülmüştür (18,19). Oysaki son çalışmalar tek grupta tek eğitim konusunun ele alınarak birçok oturumda ele alınmasının daha yararlı olabileceği düşünülmüştür. Bu kapsamda şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerine yönelik psikobiyolojik yaklaşım odaklı hastalık bilgisi, ilaç eğitimi, hasta ile iletişim ve problem çözme becerilerini içeren ve her konunun tek oturumda yürütüldüğü psikoeğitim programını içeren bu çalışmanın yapılması gerekliliği ortaya çıkmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerine verilen psikoeğitim workshop programının bakım veren aile üyelerinin bakım yükü algısı, ilaç uyumunu değerlendirmesi ve problem çözme becerilerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

- H_0 Hipotezi: Şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerine verilen psikoeğitim programının aile üyelerinin bakım yükü algısına, ilaç uyumunu değerlendirmelerine ve problem çözme becerilerine etkisi yoktur
- H_1 Hipotezi: Şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerine psikoeğitim programının aile üyelerinin problem çözme becerilerine etkisi vardır.
- H_2 Hipotezi: Şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerine verilen psikoeğitim programının aile üyelerinin bakım yükü algısına etkisi vardır.
- H_3 Hipotezi: Şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerine verilen psikoeğitim programının aile üyelerin ilaç uyumunu değerlendirmesine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni Tanımı

Şizofreni bireyin düşünce, algı, duygulanım ve davranışlarını etkileyen şiddetli bir hastalıktır (1). Diğer bir tanıma göre şizofreni, sanrı, halüsünasyon, ilizyon gibi pozitif semptomların yanında duygulanımda ve konuşma miktarında azalma, sosyal içe kapanma ve düşünce içeriğinde fakirleşme gibi negatif semptomların eşlik ettiği duygu, düşünce, algılama ve davranışı etkileyen kronik psikiyatrik bir bozukluktur (3).

2.2. Şizofreni Tarihçesi

Şizofreni hastalığının tarihi incelendiğinde orta çağ döneminde ruhsal hastalıklara bakış açısı ve uygulanan yöntemler oldukça dikkat çekmektedir. Bu dönemde ruhsal hastalıklara sahip bireyler Tanrı'nın cezalandırdığı kişi olarak görülmüşlerdir (20). Birey ve toplumu önemli ölçüde etkileyen şizofreni hastalığına sahip bireyler o dönemde skolastik anlayıştan oldukça derin etkilenmişlerdir (2). Bu dönemde şizofreni hastalığına yönelik bilişsel bozukluklar ve kişilik etkilenmesi üzerine metinler yazılmıştır. Buna ek olarak kötülük görme (paranoid) ve büyüklük (grandiyoz) sanrılara değinilmiştir (6).

18. yüzyılda John Helsam ve George Man içe kapanma ve düşünce bozukluğunu endojen bozukluk olarak nitelendirmiş ve tam bir tanım yapamamışlardır (21). 1860 yılında Morel "Dementia Praecox" (erken bunama) terimini ortaya atmıştır. Bu terime göre hastalığın erken dönemde başlaması ve demansın (bunama) olması şart olarak belirlenmiştir. İlerleyen dönemlerde Eugen Bleuler, hastalığın erken dönemde başlama ve demans semptomlarının görülmesinin zorunlu olmadığını ileri sürerek zihin bölünmesi (schizo-phrenia) terimini ortaya atmıştır (2,21) Yunanca kökenli olan "schizein", ayrılma ve "phren" akıl

kelimelerinin birleşimi olan “şizofreni” zihin bölünmesi veya ayrılması adıyla kullanılmaya başlanmıştır (7).

2.3. Şizofreninin Epidemiyolojisi

Şizofreni; her toplumda ve sosyoekonomik düzeyde görülen, iyileşme ve yinelemelerle devam eden psikiyatrik bir hastalıktır (7). Hastalık genellikle erken erişkinlik döneminde ortaya çıkar ve bireylerde yeti yitimine neden olabilmektedir (22). Şizofreni toplumun %1’inde görülmektedir denilse de yapılan araştırmalarda bu oranın %2 ile %4 arasında olduğu ifade edilmiş ve DSÖ’nün 10 farklı ülkede yaptığı çalışmada hastalığın görülme olasılığının binde 0,2 olduğu belirlenmiştir (6). Türkiye’de şizofreni hastalığının epidemiyolojisi ile ilgili yapılan çalışma sayısı oldukça azdır. Yapılan çalışmalardan günümüze en yakın olanı 1990-2009 yılları arasında şizofreni hastaları ile yapılan çalışmalar sistematik olarak incelenmiş ve yaşam boyu şizofreni ve psikotik semptomların görüldüğü hastalıkların epidemiyolojisi binde 8,9 olarak belirlenmiştir (23).

Hastalık erken erişkinlik döneminde başlar, kronik ve ilerleyici olmaktadır. Her iki cinsiyette de görülme olasılığı aynı olan şizofreninin erkeklerde görüldüğü yaş 15-25, kadınlarda ise 25-35 olarak belirlenmiştir (3,7). Şizofreni hastalığı erkek bireylerde kadın bireylere göre daha erken yaşta ortaya çıkmaktadır. Erkeklerde şizofreni tanısı konulma yaşı yaklaşık 25 iken kadın hastalarda yaş ortalaması 29 olarak belirlenmiştir (24).

2.4. Şizofreni Etiyolojisi

Şizofreni hastalığının etiyolojisini açıklamak için birkaç faktör tanımlanmıştır ancak sebebi tam olarak anlaşılmamıştır. Etiyolojinin araştırıldığı ilk çalışmalarda aile teorilerine ve genetik faktörlere odaklanılmıştır. Daha sonra teknolojik gelişmeler doğrultusunda ortaya çıkan görüntüleme yöntemleri ile beyindeki değişiklikler ve nörokimyasal değişimler gündeme gelmiştir. İlerleyen dönemlerde hastalığın etiyolojisinde fizyolojik süreçler dışında çevresel faktörlerin de rol aldığı anlaşılmış ve ilerleyen dönemde aile, iş hayatı ve fiziksel kısıtlılıklar gibi stresli

yaşam olaylarına değinilmiştir (1). Kısaca şizofreni hastalığının etiyolojisinde genetik faktörler, beyindeki yapısal değişimler, nörokimyasal değişimler ve psikososyal etkenler öne sürülmüştür (3).

2.4.1.Genetik Faktör

Şizofreni hastalarında genetik faktörün araştırıldığı ilk dönem çalışmalar ikiz çalışmaları ve evlat edindirme çalışmalarıdır. Yapılan çalışmalarda aile üyelerinde şizofreni hastalığının olması hastalığın ortaya çıkmasında etkili olduğu belirlenmiştir (1,3).

Genetik faktörlerin araştırıldığı son dönem çalışmalarda şizofreni hastalığının ortaya çıkmasında yaklaşık %20 oranında genetik faktörlerin rol aldığı belirlenmiştir (25). Literatüre göre aile üyelerinin birinde şizofreni hastalığının olması hastalığın ortaya çıkma riskini on kat arttırmaktadır (26).

Son dönemde yapılan araştırmalar gen yapısındaki değişimlerin ve genin kodlanması ile ilgili bozuklukların şizofreni hastalığının ortaya çıkmasında rol oynadığını kanıtlamıştır (20). Genetik faktörler ile ilgili yapılan bir çalışmada genetik yapıdaki bozulmaların şizofreni hastalığının ortaya çıkmasında ekili olduğu belirlenmiştir (25). Ancak yapılan genetik araştırmalarda şizofreni hastalığına neden olan genetik faktör bulunamamıştır (20).

2.4.2.Beyindeki Yapısal Değişimler

Şizofreni hastalığının açıklanmaya çalışıldığı dönemlerde beyin fonksiyonlarındaki ve yapısındaki değişimler araştırılmış ve hastalığın beyin fonksiyonlarını nasıl etkilediğini açıklamak amacıyla hastalığa sahip bireylerde beyin görüntüleme çalışmaları uygulanmıştır. MRI görüntülemelerinde beyindeki prefrontal ve temporal bölgelerde gri madde azalması, amigdala, hipokampus ve talamus gibi limbik sistem yapılarında hacim azalması olduğu tespit edilmiştir. Beyin görüntüleme çalışmaları sonucunda prefrontal bölge ve limbik sistemdeki

değişimlerin şizofreni hastalığındaki negatif ve pozitif semptomların ortaya çıkmasında etkili olduğu savunulmaktadır (2).

Etiyoloji araştırmalarında beyinde meydana gelen değişiklerle ilgili ortaya atılan bir başka teori ise kas sisteminde rolü olan Disbindin-1 proteinde meydana gelen değişikliklerdir. Disbindin-1 proteini merkezi sinir sisteminde zarın yapısını ve stabilizasyonunu sağlamaktadır. Bu proteinde meydana gelen değişikliklerin şizofreni semptomlarının ortaya çıkmasında etkili olabileceğine inanılmaktadır (26).

2.4.3.Nörokimyasal Değişimler

Psikotik belirtilerin eşlik ettiği şizofreni hastalığa sahip bireylerde genetik ve çevresel faktörler dışında fizyolojik süreçler de araştırılmıştır. Yapılan araştırmalar sonucunda düşünce süreci ve hareketliliği etkileyen dopamin nörotransmitterinin psikotik semptomların görülmesinde rol aldığı saptanmıştır (1). Sinir sistemi hücreleri arasında dopamin artışının olması halüsünasyon, ilizyon, sanrı gibi pozitif belirtilere ek olarak duygusal küntlük, hareket bozuklukları gibi negatif semptomlara da neden olduğu belirlenmiştir (3).

Dopamin nörotransmitterine ek olarak yapılan araştırmalarda seratonin ve norepinefrinin de şizofreni hastalığının ortaya çıkmasında etkili olabileceği ortaya atılmıştır. Yapılan incelemelerde seratonin reseptörünün antagonistinin şizofreni hastalığına sahip bireylerde alevlenmenin yaşanmasına neden olduğu belirlenmiştir (20). Buna ek olarak dopamin artışında noradrenejik sistemin etkili olduğu öne sürülmüştür. Bu teori beyin ve beyin omurilik sıvısındaki nöradrenalin artışının dopamin artışına neden olduğunu savunmaktadır (21).

2.4.4.Psikososyal Etmenler

Şizofreni hastalığının ortaya çıkmasında fizyolojik etkilerin dışında psikososyal etmenlerin de rol aldığı belirlenmiştir (24). Psikososyal faktörler incelendiğinde aşırı veya yetersiz uyarılmanın şizofreni semptomlarının ortaya

çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Bu teoriye göre şizofreni semptomlarına sahip bireylerin diğer bireylere oranla günlük yaşam olaylarında daha fazla stres yaşadığı öne sürülmektedir (6). Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalığına sahip bireylerin hastalığa sahip olmayan bireylere oranla daha çok stres veren durumlarla karşılaştığı ve daha çok olumsuz yaşam olaylarını deneyimlediği ortaya çıkmıştır. Hastalığın ortaya çıkış dönemi olarak belirtilen erken erişkinlik ve adölesan dönemde aile özelliklerinin de hastalığın ortaya çıkmasında önemli rol aldığı belirlenmiştir (24). Aile içinde çatışmaların olması, aile üyelerinin daha çok eleştirel olması veya ailenin birey üzerindeki aşırı korumacı olması hastalığın ortaya çıkmasında etkili olabilmektedir (6).

2.4.5.Çevresel Faktörler

Şizofreni hastalığının etiyolojik araştırmalarında nörolojik ve beyin yapısındaki değişimlerin belirlenmesi ile şizofreninin doğum ile var olabileceği ortaya atılmıştır. Bu hipoteze göre annenin madde kullanımının, gebelik döneminde geçirilen enfeksiyonların ve riskli gebelik olaylarının hastalığın ortaya çıkmasında etkili olabileceği düşünülmektedir (2).

Yapılan çalışmalarda hastalığın ortaya çıkmasında %20 genetik faktörler yol alırken %80 çevresel faktörler neden olmaktadır (25). Doğum sonrası çevresel faktörlere bakıldığında çocukluk döneminde yaşanılan kriz olaylarının hastalığın ortaya çıkışında etkisi olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda erken çocukluk döneminde sosyal geri çekilme yaşayan çocuklarda psikotik belirtilerin görülme olasılığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (3). Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalığının ortaya çıkmasında maddenin kötüye kullanımı, aile düzeni, doğum öncesinde gelişen ve beyni etkileyen enfeksiyonların da etkili olduğu belirlenmiştir (25).

Çevresel faktörler arasında sosyoekonomik düzey ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğin de düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerde psikotik belirtilerin görülme olasılığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (3).

2.5. DSM 5'e Göre Şizofreni Hastalığı Tanı Kriterleri

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (veya daha çoğundan) her biri bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin (1, 2, veya 3) olması gerekmektedir.

1. Sanrılar
2. Varsanılar
3. Dezorganize konuşma (örn. Sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma)
4. İleri derecede dezorganize ya da katatonik davranış
5. Negatif belirtiler (duygusal küntlük, katatoni)

B) Bu bozukluğun başlangıcında beri geçen zamanın önemli bir kesiminde iş, kişilerarası ilişkiler ya da öz bakım gibi bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk veya ergenlikte başlamışsa kişilerarası ilişkilerde veya okuldaki işlevsellikte istenilen düzeye ulaşamaz)

C) Bu bozukluğun süregiden bulguları en az 6 ay sürer. Bu altı aylık evre A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri kapsamalıdır. Rezidüel (artakalan) ve prodromal (ön) belirtiler de bu dönemi kapsayabilir.

D) Şizoduygulanımsal bozukluk ve psikoz özellikleri gösteren mani veya depresyon bozuklukları dışlanır. Bunun nedeni, aktif dönemde depresif, manik veya karma bir dönem ortaya çıkmaması ve aktif dönemde duygu durum belirtilerinin toplam süresinin aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa sürmesinden dolayıdır.

E) Bu bozukluğun bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaca, tedavide kullanılan bir ilaca) ya da genel tıbbi duruma bağlı olarak ortaya çıkmaması.

F) Otistik bozukluk veya diğer bir yaygın gelişimsel bozukluk öyküsü varsa ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin sanrı ve halüsünasyonlar da varsa şizofreni ek tanısı konulabilir (60).

2.6.Şizofreni Semptomları

Hastalık semptomları temel olarak pozitif ve negatif olarak iki grupta ele alınmaktadır. Pozitif semptomlar aşırı sapmaları gösteren belirtilerdir. Negatif semptomlar ise işlev kayıpları ile karakterize olan belirtilerdir (24). Pozitif semptomlar hastalığın ilk evresinde ortaya çıkmaktadır ve tedaviye yanıt alınan semptomlar olarak ifade edilmektedir. Negatif semptomlar ise uzun süre sonra ortaya çıkar ve bireyin günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesini ve kişilerarası ilişkilerini etkilemektedir (1).

2.6.1.Görünüm ve Davranış

Davranış olarak ise çoğu şizofreni hastası içe kapanır ve sosyal ilişkileri bozulur. Buna ek olarak şiddete eğilim artabilir (2). Davranışla ilgili semptomlarda sterotipik hareketler, söylenen eylemin tersini yapma olarak tanımlanan negativizm, donakalım olarak nitelendirilen katatoni ve motor aktivitelerde artış görülebilmektedir (1). Katatoni durumunda bireyin bilinci yerindedir ancak hareketsizdir ve uyaranlara yanıt vermez. Katatoni sonrasında bireyde ani, kontrolsüz motor aktivite görülür ve bu duruma katatonik ekstansiyon adı verilir (2).

2.6.2. Düşünme Süreci ve Konuşma

Şizofreni hastalığına sahip bireylerin konuşma içeriği incelendiğinde konuya uyumsuz konuşma ve tepkiler gözlenebilir. Buna ek olarak düşünce içreğindeki değişime bağlı olarak bloklar görülmektedir. Aynı zamanda sterotipik yinelemeler, teğetsel konuşma, clang çağrışım gibi belirtiler ortaya çıkabilmektedir (2).

Şizofreni hastalığında regresif duruma bağlı düşünce süreci soyuttan somuta geçiş gösterir. Aynı zamanda düşünce hızlanır ve bağlantısız düşünce içeriği görülebilir. Düşünce sürecinde göze çarpan ve hastalığın pozitif belirtileri olan sanrı dikkat çeker. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin %75'inde sanrı görüldüğü belirtilmektedir (1). Sanrı tipleri; kötülük görme (perseküsyon), alınma (referans), cinsel içerikli, somatik, etkilenme, depersonalizasyon hezeyanları, düşünce okunması, büyüklük (grandiyöz) ve mistik sanrılar olarak sınıflandırılabilir (1,2).

2.6.3.Algı ile İlgili Semptomlar

Şizofrenide karşılaşılan ve en çok bilinen algı ile ilgili semptom halüsinasyonlardır (1). En çok görülen tipi işitsel halüsinasyonlardır. Birey ses ve müzik gibi halüsinasyonlara sahip olabilmektedir. Şizofreni hastalarında işitsel halüsinasyonlar daha çok bireye emir verici tarzda olmaktadır. İşitsel halüsinasyonların dışında bireylerde görsel halüsinasyonlar da sıklıkla gözlenmektedir. Hastalığın ilerleyen dönemlerinde tat, koku, dokunma ve somatik halüsinasyonlar da görülebilmektedir (2).

Halüsinasyona ek olarak kişinin kendini algılaması ile ilgili olan depersonalizasyon ve çevresini algılama ile ilgili derealizasyon da eşlik edebilmektedir. Depersonalizasyonda birey kendini ve kişiliğini gerçek dışı algılar. Depersonalizasyona örnek olarak kişinin kollarını yılan olarak algılaması verilebilmektedir. Derealizasyonda ise birey çevresini gerçek dışı bir deneyim ile algılamaktadır. Örnek olarak bireyin çevresindeki eşyaları olduğundan daha küçük veya büyük algılaması verilebilmektedir (1).

2.6.4.Duygulanım ve Duygu Durum

Hastalığın ilk dönemlerinde duygulanımda küntlük en sık karşılaşılan durumdur. Bunun dışında öforik duygu durum, anhedoni ve uygunsuz duygulanım da görülebilmektedir (2).

2.6.5.İçgörü

İçgörü, bireyin kendinde olan değişimlerin farkında olmasıdır. Şizofreni hastalığına sahip bireylerde içgörü kaybı görülebilmektedir. Birey genellikle hasta olduğunu kabul etmez (2).

2.6.6.Fizyolojik Değişimler

Şizofreni hastalığında metabolizma bozuklukları eşlik edebilmektedir. Bu duruma yönelik bireyde iştah artışı veya azalması görülebilmektedir. Düşünce sürecindeki değişime bağlı olarak uyku problemleri ortaya çıkabilmektedir (2).

2.7.Şizofreni Hastalığının Başlangıcı ve Prognozu

Şizofreni hastalığının başlangıcı ve prognozu hastalığa sahip bireyin özelliklerine göre değişim göstermektedir (24). Hastalığının başlangıcında bireyde görülen pozitif semptomlar, tedavinin başlangıcı ve hastaneye yatış esas alınarak belirlenir. Hastalığa sahip bireylerde ilk hastaneye yatış öncesinde %95 oranında sanrı, %68 oranında halüsünasyon, %61 oranında ise düşünce bozukluklarının ortaya çıktığı saptanmıştır (12).

Şizofreni hastalığının prognozu bireyden bireye farklılık göstermektedir. Hastalığın başlangıç ve prognozunu; bireyin cinsiyeti, hastalığın başlangıcı, bireyde görülen semptomlar, bireyin toplumsal uyumu, hastaneye yatış sayısı, hastanede yatış süresi, bireyin bilişsel becerileri ve suisid girişimi etkiler. Hastalığın seyrinde erken erişkinlik veya adölesan dönemde şiddetli semptomlar görülebilir ve bu süreç daha uzun olabilmektedir (21).

Hastalığın ani başlaması ve pozitif semptomlar ile ortaya çıkması prognozun olumlu olabileceğinin göstergesidir (21). Hastalık ani ve pozitif semptomlar ile ortaya çıktığında antipsikotik tedavi bireydeki semptom kontrolünde etkili olmaktadır. Aynı zamanda aile ortamının düzenli olması, bireyin fizyolojik ve psikolojik olarak sağlıklı oluşu, aile ve toplum içinde denge kurulması ve bireyin

uyumunun fazla olduğu vakalarda prognoz daha iyi seyretmektedir. Yapılan son çalışmalarda tedaviye erken başlamanın ilk atağı geçiren bireylerde prognozun iyi seyretmesinde önemli bir etken olduğu belirlenmiştir (24).

Şizofreni semptomlarının yavaş olarak ortaya çıkması prognozu olumsuz etkileyen bir faktördür. Semptomların yavaş bir şekilde ortaya çıktığı vakalarda hastaneye yatış oranın daha fazla olduğu belirlenmiştir (21). Yapılan başka bir çalışmada hastalık belirtilerinin ortaya çıkması ile tedavinin başlaması arasında geçen sürenin uzunluğu hastaneye yatış oranını ve prognozu önemli ölçüde etkilediği vurgulanmıştır (24). Aynı zamanda aile süreçlerindeki bozukluk, toplumsal ve aile ortamındaki uyumsuzluk ve bireyde daha önce psikiyatrik bozuklukların olması prognozun şiddetli olmasında etkili olmaktadır (21).

2.8.Şizofreni Hastalığının Tedavisi

Şizofreni tedavisinin amacı semptom kontrolünü sağlamak, bireylerin yaşam kalitesini ve topluma katılımını arttırmaktır (27). Hastalığın tedavisinde asıl amaç hastalığın yıkıcı etkilerini en aza indirmek, fonksiyonelliği arttırmak ve psikososyal becerileri arttırmaktır (3).

Tüm sağlık birimlerinde olduğu gibi psikiyatrik yaklaşımlarda da birey fizyolojik, sosyal ve psikolojik yönleri ile bütüncül olarak değerlendirilir. Bu nedenle tedavi yaklaşımında ilaç tedavisine ek olarak psikososyal müdahaleler de önem kazanmıştır (3). Psikososyal tedavi yaklaşımlarının bir hedefi de aile desteğinin sağlanması, hasta ve aile iletişiminin güçlendirilmesi ve hem birey hem de aile üyelerinin yaşam kalitesini arttırmaktır. Bu amaçla tedavi yaklaşımlarına aile üyeleri de dahil edilmektedir.

2.8.1.Farmakolojik Tedavi

Şizofreni hastalığının tedavisinde kullanılan birincil ilaç tipi antipsikotiklerdir. 1950'lerde antipsikotik ilaçların keşfi şizofreni hastalığına sahip bireylerdeki halüsinasyon, sanrılar gibi pozitif belirtilerin kontrolünü sağlamada

önemli bir rol oynamıştır. Aynı zamanda ilaç keşfi hastalığın etkisiyle beyindeki yapısal değişimlerin araştırılmasında da öncü olmuştur (1,3). Antipsikotik ilaçlar tipik ve atipik olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Son çalışmalar atipik antipsikotiklerin tipik antipsikotiklere göre daha az yan etkiye sahip olduğunu, negatif semptomları etkilediğini ve işlevselliği arttırdığını ortaya çıkarmıştır (61).

Psikotik belirtilerin beynin duygu ve düşünme ile ilgili alanlarındaki dopamin fazlalığından meydana geldiği düşünülmektedir. Çoğu antipsikotik ilaç (fenotiazin ve ilişkili bileşenleri) dopamin reseptörlerini bloke ederek etki göstermektedir (1). Tipik antipsikotikler, temel olarak dopaminerjik yolaktaki dopamin reseptörlerini bloke ederek halüsinasyon; gerçekte olmayan bir ses duyma veya bir şey görme veya delizyon; grandoize veya paranoid düşünce gibi pozitif belirtileri azaltmaktadır. Aynı zamanda tipik antipsikotiklerin limbik sistemdeki dopamin reseptörlerini bloke etmesi anhedoni, hissizlik, motivasyon düşüklüğü gibi yan etkilere neden olmaktadır (3).

Antipsikotik ilaçların yan etkilerini anlamak için dopamin reseptörüne ek olarak diğer reseptörlerin de bloke edildiğini bilmek gerekmektedir. Tipik antipsikotikler özellikle asetilkolinin reseptörü olan muskarinik reseptör ve norepinefrinin reseptörü olan Alfa1 bloke edebilmektedir ve bireyin aldığı ilaç miktarı bu reseptörleri önemli derecede etkileyebilir. Muskarinik reseptörün bloke edilmesi; parasempatik sinir sisteminden sorumlu olduğu düz kas, kardiyak kas ve ekzokrin bezlerde asetilkolin muskarinik reseptörlere bağlandığı için bu reseptörün bloke edilmesi antiparasempatik etkilere neden olacaktır. Bu etkiler bulanık görme, taşikardi, konstipasyon ve üriner retansiyondur. Alfa1 reseptörünün bloke edilmesi; norepinefrinin reseptörü olan alfa1 reseptörünün uyarımı birey dik pozisyondayken kan basıncının sürdürülmesi için vazokonstriksiyondan sorumludur. Bu yüzden alfa1 reseptörünün bloke edilmesinin sonucu ortostatik hipotansiyondur (1).

Tipik antipsikotiklerin genel olarak pozitif semptomlar üzerine etki etmesi ve yan etkilerinin görülmesi, negatif belirtilere etki edebilecek ve yan etkileri azaltabilecek atipik antipsikotik ilaçların keşfedilmesinde öncü olmuştur (3). Atipik antipsikotik ajanlar çok az veya hiç ektrapremidal etkiye sahiptirler ve ayrıca şizofreninin negatif ve pozitif semptomlarını hedef alırlar. Atipik antipsikotikler

bilişsel fonksiyonları düzelterek hafıza, dikkat, öğrenme, oryantasyonu düzeltir ve bireyin fonksiyonelliğini önemli ölçüde arttırır (1). Atipik antipsikotik grubunda klozapin, risperidon, olanzapin, ketiapin, ziprasidon, aripiprazol, sülpirid, sertindol yer almaktadır (1,3) Yapılan çalışmalarda atipik antipsikotik ilaçların uzun süre etkisini koruduğu, hastane yatışlarını, suisid davranışını azalttığı ve semptom kontrolünü sağladığı belirlenmiştir (61).

2.8.2.Şizofreni Tedavisinde Kullanılan Diğer Yöntemler

EKT'nin tipik antipsikotik kullanımıyla birlikte uygulandığında şiddetli ve ani başlangıçlı semptomların kontrolünü sağlamada etkili olduğu belirlenmiştir (3). EKT, kriz dönemi ile karşı karşıya kalan, semptomların şiddetli olduğu ve bireyin fonksiyonelliğini önemli derecede etkileyen şiddetli hastalık durumlarında endikedir ve psikotik atakların tekrarlamasını önlemede etkili olduğu belirtilmektedir (1).

Psikiyatrik bozukluklarda farmakolojik yaklaşımlar tedavi planının önemli bir kısmını oluşturmasına rağmen semptomların %25 oranında iyileşme göstermediği belirlenmiştir (28). Yapılan çalışmalar doğrultusunda psikobiyolojik müdahalelerin yeterli olmadığı, ilaç tedavisine ek olarak bireylerin rehabilite edilmesi gündeme geldiğinde psikososyal yaklaşımlar önem kazanmıştır (3,29). Psikososyal beceri eğitiminde amaç bireyin baş etme ve problem çözme becerilerinin geliştirlmesdir. Psikososyal beceri eğitimi ile bireye baş etme becerileri kazandırılır ve bireyin yaşam kalitesi arttırılır (3).

2.8.2.1. Psikoterapiler

Psikoterapi kişilerarası ilişkilerde yaşanılan problemler, aile süreci ve kayıplar gibi bireyi etkileyen konuların ele alındığı terapi çeşidi olarak ifade edilmektedir (1). Psikoterapi bireysel, aile ve grup psikoterapileri olarak iki grupta ele alınmaktadır. Bireysel psikoterapiler hastalar ile psikiyatri sağlık çalışanının birlikte yürüttüğü psikoterapi çeşididir. Bireysel terapilerde iç görü yönelimli psikoterapiler ve destekleyici psikoterapiler uygulanmaktadır (3).

- **İç Görü Yönelimli Terapiler;** İç görü yönelimli psikoterapide amaç bireyin kişilerarası ilişkilerini düzeltmek ve semptom kontrolü sağlamaktır. Terapide bireyin geçmiş deneyimlerinin yanı sıra günümüzdeki ilişkileri de sorgulanır.
- **Destekleyici Terapiler;** Destekleyici psikoterapiler bireyin gerçeğe getirilmesi ve gerçeğe uyumunun sağlanması için sosyal tedavilerin uygulanmasını içermektedir.

Grup terapilerinde müdahale psikiyatrik bozukluğa sahip bireyler bir aradayken uygulanmaktadır. Grup terapilerinde kişilerarası ilişkilerin ve bireysel becerilerin gelişmesi sağlanmaktadır (1). Yapılan araştırmalarda grup terapisine katılan bireylerin sadece ilaç tedavisi alan bireylere göre daha fazla iyileşme gösterdikleri, semptomların ve yatışların tekrarlama olasılığının azaldığı belirlenmiştir (3).

2.8.2.2. Bilişsel Davranışçı Terapiler (BDT)

Bilişsel davranışçı terapiler birey ve sağlık çalışanı arasında güven ortamının kurularak bireyin düşünce içeriğinin anlaşılmaya çalışıldığı yaklaşımlardır (3). Bilişsel davranışçı terapide bireyin duygu ve davranışları arasında bağlantı kurularak bireyin aktif rol alması sağlanmaktadır (28). Bilişsel davranışçı yaklaşımlarda amaç bireyin fonksiyonelliğini arttırmaktır.

Bilişsel terapi uygulamalarında;

- Birey düşünce, duygu ve davranışlarını fark etme noktasında desteklenir
- Duygu, düşünce ve davranışlarını fark eden birey baş etme yöntemlerini belirleyerek eylem değişimi için desteklenir
- Bireyin baş etme yöntemlerini olumsuz yönde etkileyen faktörlerin belirlenmesi
- Bireyin olumlu yönlerini destekleyerek baş etme becerilerini güçlendirme
- Bireyde meydana gelen düşünce, duygu ve davranış değişimlerinin belirlemesi basamakları takip edilmektedir.

.

2.8.2.3. Aile Psikoeğitimi

Şizofreni hastalığının tedavisinde ilaç kullanımının yanı sıra bilişsel müdahalelerin önemi vurgulanmaktadır. Tedavi sürecinden şizofreni hastaları kadar aile üyeleri de etkilenmekte ve şizofreni hastalarındaki semptom kontrolü ve uyumunda ailenin önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle tedavi süreci sadece hastalara değil aynı zamanda bakım veren aile üyelerine yönelik de olmaktadır (1). Bilişsel müdahale ve destek programlarına aile bireylerinin de dahil edilmesi gerekliliği sonrasında aile müdahalelerinin sonucunda şizofreni hastalarının tedaviye uyumunun arttırdığı ve aile üyelerinde bakım yükününün azaldığı belirtilmektedir. Aile müdahalelerinin amacı hastalığın aile üyelerine olan olumsuz etkisini azaltmak ve şizofreni hakkında aileyi bilgilendirmektir (14).

Şizofreni hastalığına sahip bireylere müdahalelerin birisi de aile eğitimidir (1). Şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin hastalığın nedenleri ve tedavisi ile ilgili genel bilgiler, şizofreninin belirtileri ile baş etme, stresle baş etme, hasta birey ile iletişim kurma, hasta için boş zaman aktivitelerini planlama, sorun çözme ile ilgili bilgi sahibi olmak istedikleri saptanmıştır (14). Bu nedenle aile müdahalelerinde hastalık bilgisi, baş etme ve problem çözme beceri eğitimlilerinin yer aldığı psikoeğitim müdahaleleri başta olmak üzere destek programları, danışmanlık, kriz yönetimi, özel eğitim grupları yer almaktadır. Şizofreni hastalığına sahip bireylere bakım veren aile üyelerine verilen eğitimlerin hastalığa sahip bireylerdeki relapsları önlediği, bireyin topluma uyumunu arttırdığı ve hem birey hem de aile üyelerinin yaşam kalitesini arttırdığı tespit edilmiştir (3,18). Bu tespitler doğrultusunda şizofreni hastalarına bakım veren aile üyeleri ile yapılan çalışmalarda aile üyelerine uygulanan psikoeğitim programlarında hastalık bilgisi, tedavi yöntemleri, hasta birey ile iletişim, krize müdahale ve problem çözme beceri eğitimi yer alması gerekliliği vurgulanmıştır (1,30).

Doğan ve arkadaşlarının şizofreni hastalarına bakım veren aile üyeleri ile yaptığı psikoeğitim programında iki haftada bir kez toplam altı hafta aile üyelerine psikoeğitim uygulanmış ve aile üyelerinin yaşam kalitesinin arttığı ve hasta ve toplumsal ilişkilerde iyileşme olduğu tespit edilmiştir (31).

Yıldırım ve Ekinci'nin şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerine haftada bir yaklaşık bir buçuk saat süren psikoeğitim programı uygulanarak altı ay takip ettikleri çalışmanın sonucunda aile üyelerinin sosyal destek algısı, aile sürecindeki işlevsellik düzeylerinin deney grubunda anlamlı derecede yüksek olduğu ve deney grubundaki aile üyelerinin bakım verdikleri hastaların ilaç uyumunun arttığı belirlenmiştir (32).

Tel ve Terakye'nin şizofreni hastalığı ile ilgili aile psikoeğitimi uyguladığı ve iki aylık kontrolle izlediği çalışmada eğitim alan aile üyelerinin bakım yükünün anlamlı derecede azaldığı ve iki aylık kontrol sonucunda stresle etkili bir şekilde baş edebildikleri tespit edilmiş ve aile üyelerine hastalık bilgisinin verilmesinin gerekliliği ifade edilmiştir (19).

2.9.Şizofreni Hastalarının Bakımı ve Aile

Literatürde şizofreni hastalığının ortaya çıkmasında ailenin önemli bir rolü olduğu vurgulanmıştır (24). Şizofreni ile ilgili yapılan ilk etiyoloji araştırmalarında hastalığın ortaya çıkmasında etkili olan faktörler aile sürecindeki değişim ve aile üyelerinde görülen psikiyatrik problemlerin varlığı ile açıklanmıştır (1). Daha sonra yapılan çalışmalarda etiyoloji fizyopatalojik değişiklikler ve psikososyal faktörler ile açıklanmıştır. Gelişmeler doğrultusunda aile üyeleri etiyoloji faktörü olarak görülmekten daha çok tedavi ve bakımda rol oynayan ve tedaviye dahil edilmesi gereken en önemli sosyal destek sistemi olarak tanımlanmıştır (24).

Şizofreni hastalığı, hastalığa sahip birey dışında aile ve toplumu da etkileyen psikiyatrik bir bozukluktur. Aile, bireyin dünyaya geldiği ve hayatı öğrendiği süreçte en etkili birim olarak ele alınmaktadır. Şizofreni hastalarındaki yeti yitimi ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmedeki yetersizlik nedeniyle bireyler birincil bakım verici olan aile üyelerine ihtiyaç duymaktadır (7). Bakıma ya da yardıma gereksinimi olan kişilere fizyolojik, psikolojik ve ekonomik destek sağlama bakım verme olarak adlandırılırken yardıma ihtiyacı olan kişiye destek veren bireye bakım veren denir (33). Her toplumda olduğu gibi hastalığa sahip bireylerin bakımını aile üyelerinden biri üstlenir ve bakım verici rolü planlanmadan ortaya çıkmış olur (14). Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalığının etkin bir şekilde tedavi edilmesi uzun zaman

almaktadır (22). Bu nedenle üyelerinden birinde görülen psikiyatrik bozukluk aile sürecindeki değişim nedeniyle diğer aile üyelerini de etkilemektedir (5). Şizofreni hastalığına sahip birey ile yaşayan aile üyeleri psikotik ataklar ve hastalığın semptomları ile baş etmek zorunda kalmaktadır (1).

Aile üyelerinin hastalık ve tedavi hakkındaki bilgi eksikliği, bakım veren aile üyelerinde anksiyeteye, utanmaya, stigma (damgalama) ile ilgili endişeye bağlı sosyal izolasyona ve içe kapanmaya neden olabilmektedir (33). Şizofreni hastalığına sahip birey ile yaşayan aile üyeleri ile yürütülen çalışmalarda bireylerin hastalık ile ilgili anksiyete ve stres yaşadığı buna ek olarak bireylerde çaresizlik, zorlanma, depresyon gibi durumların görüldüğü de saptanmıştır (34). Aile üyelerinde görülen bu durumlar bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (33). Bakım yükü şiddetinin artması aile bireylerinin sağlık durumlarının olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (14). Aynı zamanda aile üyelerinin şizofreni hastalığı, semptomları ve tedavisi hakkındaki bilgilerinin eksik olması aile üyelerinin duygu durumunu, kişilerarası ilişkilerini ve baş etme becerilerini etkilediği kadar hastalığa sahip bireyde de semptomların tekrarlamasına neden olabilmektedir (14).

Gülseren ve arkadaşlarının şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinde bakım yükü oluşturan etmenleri incelendiği çalışmada hasta yakınında kronik bedensel hastalığın bulunması, bakım sürecinde yeterince destek almama, ekonomik problemlerin olması aile bireylerinde yük oluşturan etmenler olarak belirlenmiştir (9).

Bademli ve Duman'ın şizofreni hastalarına bakım veren aile bireylerinde bakım yükünü inceledikleri çalışmada yük yaşamaya neden olan sorunlar arasında çalışma hayatının sürdürülmesi ile ilgili karşılaşılan problemler, ekonomik sorunlar, sosyal zamanlarının yetersizliği, stres ve stigma olduğu belirlenmiştir (14).

Şizofreni hastalığında bireyin topluma kazandırılmasında yakından etkilenenlerin başında hastaya bakım veren aile üyeleri gelmektedir. Bu nedenle hastalık müdahaleleri bakım veren aile üyelerine yönelik planlanmalıdır. Şizofreni semptomlarının kontrol altına alınması, hastaların işlevselliğinin artırılması, hasta

yakınlarının bakım yükünü azaltmaya yönelik girişimler önemli rol oynamaktadır (14).

2.10. Bakım Yükü Kavramının Tarihsel Gelişimi

20. yüzyılda ünlü psikiyatrist Sullivan şizofreni hastalığının aile ortamı ile bağlantılı olduğu düşüncesini ortaya atmıştır. İlerleyen dönemde aile sürecindeki annenin olumsuz davranışlarının şizofreni hastalığının ortaya çıkmasında etkili olduğu görüşü ortaya çıkmıştır. Zamanla bu görüşten uzaklaşılarak ailenin şizofreni hastalığındaki rolünün araştırıldığı çalışmalar yapılmıştır (35).

1950'lerde şizofreni hastalığının tedavisinde büyük rol oynayan antipsikotikler keşfedilmiş ve toplumdan soyutlanarak hastanelerde tedavi edilen hastaların tedavi ve bakımı toplumda yürütülmeye başlanmıştır. Bu gelişme ile aile bireyleri şizofreni hastalarına bakım verme konusunda birincil rolü üstlenmiştir. ''Bakım yükü'' kavramının ortaya çıkmasında antipsikotiklerin keşfi önemli bir rol oynamıştır. Yük kavramı, hasta birey ile yaşama sonucu gerçekleşen problemleri ve hastalığın aile üzerindeki etkisini tanımlamaktadır (9). Hoenig ve Hamilton yük kavramını nesnel ve öznel olarak ayırmışlardır. Nesnel yük, gözlemlenebilir ve doğrulanabilir problemler tanımlanırken öznel yük bu zorlukların aile üyelerini ne ölçüde rahatsız ettiğini ifade etmektedir (9,22). Öznel yük kavramı içerisinde aile üyelerinin yaşadığı suçluluk, öfke, kızgınlık, depresyon, endişe, kayıp hissi, ümitsizlik ele alınmaktadır (7). Hoenig ve Hamilton'un bakım yükünü açıklamasından sonra bakım yükü ile ilgili yapılan çalışmalar artmıştır ve yapılan çalışmalarda iki teori ortaya atılmıştır. Bunlardan birincisi bireylerden beklenen rolün yerine getirilmesinde karşılaşılan problemlerin bakım yüküne neden olduğunu açıklayan ''Rol teorisidir''(22). Rol teorisine göre her aile üyesinin bir rolü vardır ve hastalık ortaya çıktığında bu rollerin sürdürülmesinde problemlerle karşılaşılmaktadır. Aile üyelerinin rollerini yerine getirememesi bireylerde öznel bakım yükü oluşmasına neden olmaktadır (22). Bakım yükünün incelendiği ikinci teori ise ''sistemik teoridir''. Sistemik teoriye göre aile bir sistem içerisinde yer alır ve bakım yükü oluşturan durumlar bu sistem içerisinde gerçekleşir. Aynı zamanda

aile toplum içerisinde yer alan bir sistemdir ve bu sistemde görülen problemler de bakım yükünün oluşmasında etken olabilmektedir (22).

Aile üyelerinin yaşadıkları problemler ele alınarak bakım yükünü azaltmak için müdahaleler planlanmıştır (35). Yapılan çalışmalar hasta birey ve aile üyeleri arasında pozitif ve olumlu ilişkinin kurulmasının bakım yükünü azaltıcı bir unsur olduğunu ortaya çıkarmıştır (22). Bu nedenle aile müdahalelerinin başında hastalık bilgisi, hastalık ile baş etme, hasta bireyle iletişim, tedavi yöntemleri ve problem çözme becerileri ile ilgili verilen psikoeğitim programları yer almıştır (35).

2.11.Problem Çözme Becerileri

Problem, üzerine düşünülmesi gereken çözülmemiş sorun olarak tanımlanmaktadır (36). Bir başka tanıma göre ise problem birey veya toplumun karşılaştığı çözülmesi zorunlu olan güçlüklerdir (37). Zaman içindeki gelişmeler doğrultusunda birey sürekli değişen ve güçleşen problemler ile karşı karşıya kalmaktadır. Bir bireyin yaşama uyum sağlaması da ancak bu problemlerin çözümü ile mümkün olmaktadır. Problem çözümü bireylerin karşılaştığı sorunlar ile ilgili hedeflerine ulaşması olarak tanımlanmaktadır (37). Bir problemin çözümü rastgele hedeflerin belirlenmesi ile değil ancak sistematik bir biçimde hedeflerin belirlenmesi ve uygulanması ile olabilmektedir. Bir problemin sistematik bir biçimde incelenerek çözüm bulunması ise problem çözme basamakları ile mümkün olmaktadır. Problem çözme basamakları bir kaynağa göre; problemin tanımlanması, betimleme, karar verme, belirtilerin analizi, problem çözümünde karşılaşılan engeller, problem çözümü ve problem çözümünün değerlendirmesi olarak sıralanmaktadır (36). Kısaca problem çözme basamakları bir problemin belirlenerek gerekli çözüm önerilerinin üretildiği, uygulandığı ve değerlendirildiği bir süreç olarak ifade edilmektedir (37).

2.11.1.Problemin Tanımlanması

Problemin tanımlanması aşamasında öncelikle birey bir problem olduğunun veya olabileceğini fark etmelidir (37). Problemin anlamlandırılmasında birey değiştirmek veya geliştirmek istediği durumları belirlemelidir. Problemin

tanımlanması aşaması kısaca problemin açık ve net bir şekilde ifade edildiği aşama olarak tanımlanmaktadır (36).

Problemin tanımlanmasında birey problemle ilgili duygu ve düşüncelerini tanımlamalı, çevresel faktörleri değerlendirmeli ve probleme yönelik beklentilerini açık bir şekilde ifade etmesi gerekmektedir (37).

2.11.2.Betimleme

Betimleme ile problem tanımında problemin göstergeleri, uygulamadaki yanlış yöntemler, problemi engellemek için uygulanabilecek yöntemler sorgulanır (36). Bu aşamada birey problemin nasıl çözüleceği, beklenilen hedefleri ve bu hedeflere ulaşmak için uygulanabilecek yöntemleri ifade etmektedir (37).

2.11.3.Karar Verme

Problem tanımı için müdahale gerektiren durumun var olup olmadığı sorgulanır. Bu aşamada problem olarak tanımlanan soruna müdahale edildiğinde ve edilmediğinde olabilecek durumlar belirlenerek problem tanımlanır (36).

2.11.4.Belirtilerin Analizi

Belirtilerin analizi ile problem tanımlamada problemin ortaya çıkış zamanı, problemden kimlerin etkilendiği ve problemin nerede olduğu sorgulanır (36).

2.11.5.Problem Çözümünde Karşılaşılan Engeller

Problem çözümünde karşılaşılan engeller uygun çözümün bulunması ve uygulanmasında önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle problem çözme aşamasında karşılaşılabilecek engellerin bilinmesi gerekmektedir. Bu engellerden bazıları problemin açık bir şekilde ifade edilememesi, problem çözümüne duyguların dahil edilmesi, fiziksel çevre ve kültürel farklılıklardır (36).

2.11.6.Problem Çözümü

Problemin açık ve net bir şekilde ifade edilmesinden sonra probleme yönelik çözüm önerileri belirlenir. Uygun çözüm önerileri beyin fırtınası, problem ağacı, balık kılçığı yöntemi, ilişki diyagramı yöntemleri kullanılarak belirlenir. Probleme yönelik belirlenen çözüm önerilerinden en uygun olanı belirlenerek uygulama gerçekleştirilir (36).

2.11.7.Problem Çözümünün Değerlendirilmesi

Problemin tanımlanarak çözüm önerilerinin uygulanmasından sonra uygulamanın etkinliği değerlendirilir (36).

2.12. Problem Çözme Basamakları

Bireyler günlük hayatta birçok problemlerle karşılaşır ve bu problemler kişilerarası problemlerden sağlık sorunlarına kadar birçok farklı alanda olabilir. Problem çözme çözüm yollarının belirlenmesi ve olası çözümler arasından en uygun olanını seçmeyi içeren, belirli bir problemin çözümüne yönlendirilmiş düşünme şeklidir (38).

Problem Çözme Basamakları;

- Problemin Tanımlanması ve Öncelikli Problemlerin Belirlenmesi
- Hedefin Seçilmesi
- Çözüm Yollarının Üretilmesi ve Değerlendirilmesi
- Karar Verme ve Uygulama
- Sonuçları değerlendirme

2.12.1. Problemin Tanımlanması ve Öncelikli Problemlerin Belirlenmesi

Problemin doğru bir şekilde saptanması gerekmektedir. Problemin tanımlanmasında problem olabildiğince somut ifade edilmelidir. Böylece problemin anlaşılması ve daha kolay olmaktadır. Bu nedenle problem tanımlanırken alt problemlere ayrılmalıdır. Genel ifade edilen bir problem, bireye karmaşık gelebilmektedir. (38).

Problemler belirlendikten sonra, birey kendisi için önemli olan problemi belirlemelidir. Öncelikli problemler belirlenirken bireyin kontrol edebildiği problemler, bireyi zorlayan problemler ve çözüldüğünde bireye yarar sağlayacak problemler öncelik olarak belirlenebilmektedir (38).

2.12.2. Ulaşılabilir ve Gerçekçi Hedeflerin Belirlenmesi

Hedef bireyin ulaşmak istediği sonuç olarak ifade edilmektedir. Hedef belirlenirken birey olanakları ve yetenekleri ile tutarlı hedefler belirleme konusunda dikkatli olmalıdır. Hedefler de problemler gibi somut bir şekilde ifade edilmelidir (38).

2.12.3. Çözüm Yollarının Üretilmesi ve Değerlendirilmesi

Belirlenen probleme yönelik hedeflere ulaşmak için akla gelen tüm çözüm yolları belirtilir. Bu basamakta akla gelen tüm çözüm yolları yazılmakta ve çözüm yolunun problemi çözmede etkili olup olmadığı değerlendirilmemektedir. Daha sonra üretilen çözüm yollarına ilişkin avantajlar ve dezavantajlar değerlendirilir. (38).

2.12.4. Karar Verme ve Uygulama

Üretilen çözüm yollarının değerlendirilmesi yapıldıktan sonra uygun olan çözüm yollarına karar verilir (38). Uygulamaya başlamadan önce problemin çözümünde izlenilecek basamaklar ve karşılaşılabilecek problemlerle ilgili plan

oluşturulmalıdır. Daha sonra hedefe ya da hedeflere ulaşmak için seçilen alternatifler uygulamaya konur.

Problem çözümünün en önemli adımı uygulamalardır. Uygulama kısmından önce plan sistematik olarak oluşturulmuşsa uygulamada bu aşamalar takip edilir (38).

2.12.5. Sonuçları Değerlendirme

Uygulama başlangıcından sonra belirli aralıklarla hedefe ulaşma ile ilgili değerlendirme yapmak gerekmektedir. Değerlendirme aşamasında, yaşanılan problemde azalma olup olmadığına bakılır ve sonucuna göre seçilen çözüm önerilerinin uygulanmasına devam edilebilir. Bu aşamada çözüm önerisinin problem çözümünde etkili olmadığı düşünülürse diğer bir çözüm önerisi değerlendirilerek yeni bir uygulama aşamasına geçilebilmektedir (38).

2.13. Şizofreni Hastalığında Aile Müdahaleleri ve Psikiyatri Hemşireliği

Psikiyatri alanında çalışan sağlık personelleri aile müdahale programları ile ailenin bakım verme rollünü yerine getirebilme, baş etme becerilerini geliştirme, kişilerarası iletişim becerilerini arttırabilme, problem çözme ve stresle baş etme becerilerini geliştirmede önemli rol oynamaktadır. Ruh sağlığı çalışanlarından biri olan psikiyatri hemşiresi aile işlevselliğini arttırma ile ilgili rolünde en sık kullanılan psikoeğitim müdahalesini uygulamaktadır (14).

Kanıta dayalı olarak verilen eğitim programları bağımsız hemşirelik müdahalelerinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Hastaya bütüncül yaklaşım doğrultusunda aile üyelerinin müdahalelere dahil edilmesi, müdahalelerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde hemşireler rol almaktadır (39).

Şizofreni hastalığı, tedavisi ve hastalık ile baş etme yöntemleri konusunda aileye bilgi sağlayan psikoeğitim müdahaleleri ailenin işlevselliğini arttırmada, hastalıkla baş etmede, ailenin yaşadığı problemleri azaltmada ve hastalığın tekrarlama oranını azaltmada önemli rol oynamaktadır (14).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerine verilen psikoeğitim workshop programının aile üyelerinin bakım yükü algısı, ilaç uyumunu değerlendirmesi ve problem çözme becerilerine etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın "Etik Kurul Onayı" Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Ek 1). Araştırmanın yapılacağı hastanelerden ve bu hastanelerin bağlı bulunduğu ilgili Kamu Hastaneler Kurumundan Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü aracılığıyla yazılı izinler alınmıştır (Ek 2, Ek 3). Çalışmada gönüllülük esas alınmış ve araştırmayı kabul eden şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinden gönüllü olur formu onamı alınmıştır (Ek 4). Anket uygulaması öncesinde araştırmacı kendini tanıtarak araştırmanın amacını, anketlerin nasıl doldurulacağını ve ne kadar zaman alacağı konusunda bilgi vermiştir.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri kliniği ve polikliniğinde takip edilen hasta yakınlarına uygulanmıştır (Ek.2, Ek 3). Psikiyatri Kliniği, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği ve Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniklerinin Ankara Şehir Hastanesine taşınması ile 2019 yılında hizmet vermeye başlamıştır. Bölümde yatan hastaların tedavi edildiği servis bölümü ve ayaktan hizmet veren poliklinik bölümü olmak üzere iki birim bulunmaktadır. Psikiyatri bölümünde iki profesör, beş doçent doktor, 11 uzman doktor görev yapmaktadır. Klinik 45 yataklı olup genel hastanenin

2. Katında hizmet verirken. poliklinik kısmında ise 11 oda ile poliklinik hizmeti verilmektedir. Psikiyatri klinik ve polikliniğinde depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, özgül fobiler, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları gibi birçok hastalıkla ilgili tanı ve tedavi hizmeti vermektedir. Klinikte aile üyelerine altı-sekiz hafta süren psikoeğitim programı ve haftada bir veya iki kez aile görüşmeleri uygulanmaktadır.

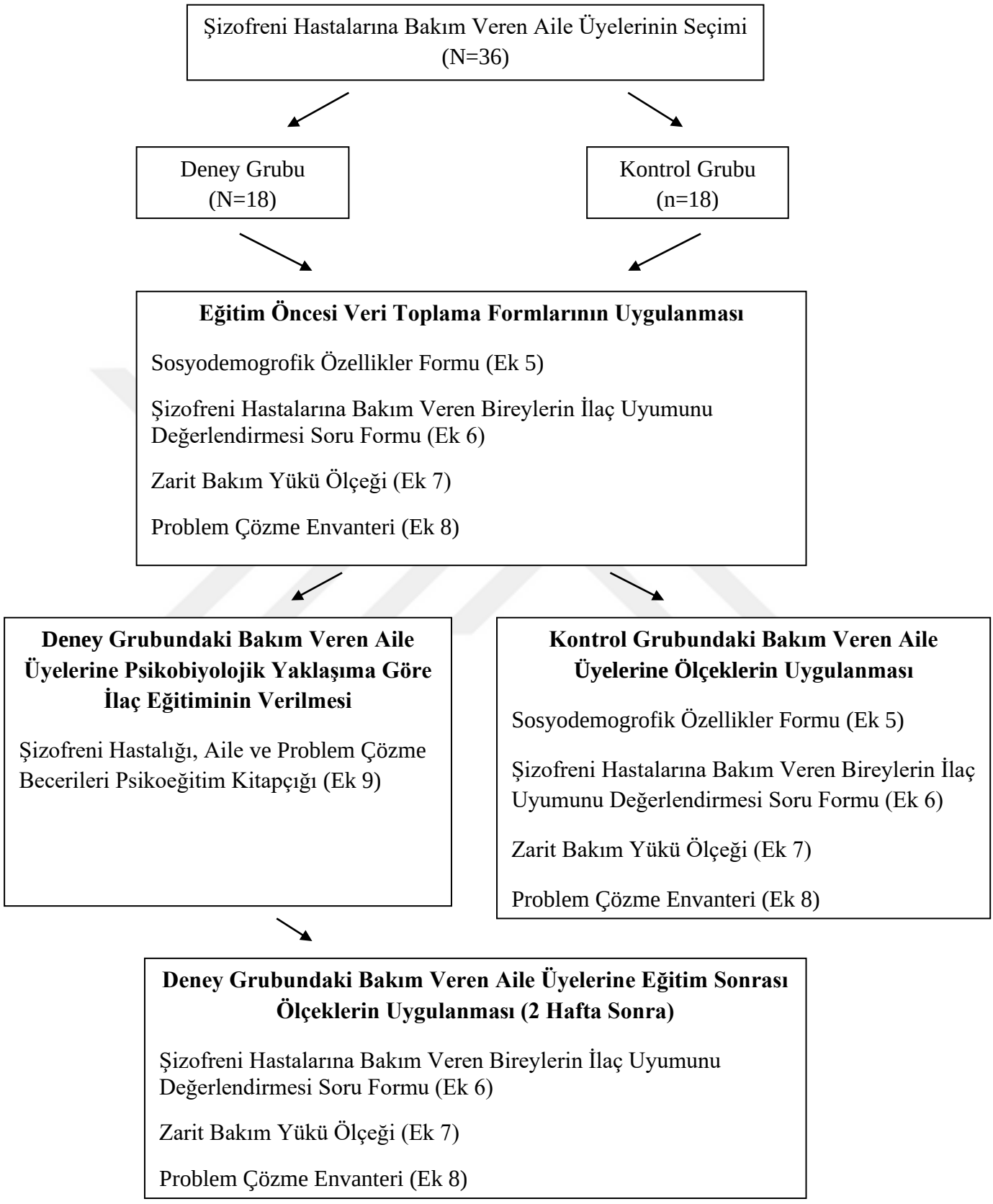
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın örneklemini Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri kliniği ve polikliniğinde takip edilen 36 (18 deney ve 18 kontrol) şizofreni hastasının aileleri oluşturmaktadır. Çalışma öncesi yapılan örneklem büyüklüğü G*Power Ver. 3.1.9.4. analiz sonucunda, bağımsız 2 grup, 2 tekrar, 0.05 tip I hata,0.20 tip II hata oranları ile iki uygulama arasındaki farklılık f=0.4 etki genişliği sonucunda toplam gönüllü sayısının 36 (her bir grupta 18 gönüllü) olmasına karar verilmiştir. Psikiyatri kliniğinde tedavi gören ve poliklinik bölümünde takip edilen şizofreni hastalarının aile üyeleri ile klinik ve poliklinik bölümlerinde yüz yüze görüşülmüş araştırma hakkında kısaca bilgi verilmiştir. Daha sonra aile üyelerine telefon yolu ile ulaşılarak çalışmanın belirli bir kişi sayısına ulaşıldığı takdirde gerçekleştirileceği hakkında bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden aile üyeleri örneklem grubuna dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden aile üyelerinin listesi oluşturulmuş ve randomizasyon tek sırada olan aile üyeleri deney, çift sırada olan aile üyeleri ise kontrol grubuna dahil edilerek sağlanmıştır.

Deney ve kontrol grubuna dahil edilme kriterleri;

- 18 yaş ve üstü olması
- Birincil bakım veren olması
- Şizofreni hastasına en az bir yıldır bakım veren olması
- Bakım veren bireylerde herhangi bir psikiyatrik bozukluğun bulunmaması
- Çalışmaya katılmayı kabul etme örnekleme dahil etme kriterlerini oluşturmaktadır.

3.5. Araştırmanın Akış Şeması



Şekil 3.1. Araştırmanın akış şeması.

3.6. Araştırmada Verilerin Toplanması

Çalışmada Sosyodemografik Özellikler Formu, Zarit Bakım Yükü Ölçeği, Problem Çözme Envanteri ve Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Bireylerin İlaç Uyumunu Değerlendirmesi Soru Formu uygulanmıştır.

3.6.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür taranarak Sosyodemografiik Özellikler Formu (Ek 5), Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Bireylerin İlaç Uyumunu Değerlendirmesi Soru Formu (Ek 6) ve Şizofreni Hastalığı, Aile Ve Problem Çözme Becerileri Psikoeğitim Kitapçığı (Ek 9) geliştirilmiştir.

3.7. Araştırma Verilerin Toplanmasında Kullanılan Formlar ve Ölçekler

3.7.1. Sosyodemografik Özellikler Formu

Şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik gelir, hastalık teşhisinin konulduğu süre bakım verdiği süre, aile üyeleri veya derneklerden destek alıp almadığını içeren sosyodemografik özellikleri hakkında bilgilerin yer aldığı araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan ‘’Sosyodemografik Özellikler Formu’’ aile üyelerine ön test aşamasında uygulanmıştır.

3.7.2. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Bireylerin İlaç Uyumunu Değerlendirmesi Soru Formu

Anket formu araştırmacı tarafından Morisky İlaç Uyum Ölçeği ve Tedaviye Uyum Ölçeği’nden yararlanılarak geliştirilmiştir. Morisky İlaç Uyum ve Tedaviye Uyum Ölçeği Donald E. Morisky tarafından geliştirilmiştir ve altı soru evet ve hayır olacak şekilde iki seçenekli cevaptan oluşmaktadır. Ölçek unutkanlık, iyi hissettiğinde ve yan etkileri nedeniyle ilacın bırakılmasına göre uyum

değerlendirilmesi yapılmıştır (57). Aile üyelerinin hastaların ilaç bırakma durumu ve ilacı alma konusunda yaşadığı unutkanlığı değerlendirdiği dört soru şeklinde oluşturulmuş ve araştırmaya katılmayı kabul eden üç aile üyesine ön uygulama yapılarak soru formuna son şekli verilmiştir. Soru formunun değerlendirmesi ilacı almayı unutma, iyi hissettiğinde ilacı bırakma ve yan etkileri nedeniyle ilacı kullanmama anket sorularına verilen cevaplar yüzde ile değerlendirilmiş ve deney ve kontrol grubu karşılaştırmaları bu oranlara göre yapılmıştır. Sorularda evet cevabının oranının yüksekliği ilaç uyumunun değerlendirmesinin düşük olduğunu, hayır cevabının oranının yüksekliği ise ilaç uyumu değerlendirmesinin yüksek olduğunu göstermektedir.

3.7.3. Problem Çözme Envanteri

Heppner ve Petersen tarafından bireylerin problem çözme algı ve tutumlarını belirlemek amacıyla 35 maddeden oluşan 6'lı likert tipinde geliştirilmiş bir ölçektir. 6'lı likert tipinde 1 tamamen katılmayı ifade ederken 6 tamamen katılmamayı ifade eder. Ölçek ten en düşük 32 en yüksek ise 192 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puanın düşük olması problem çözme becerilerinin yüksek olması ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şahin, Şahin ve Heppner (1993) tarafından gerçekleştirilmiştir ve güvenilirlik katsayısı α=0.77-0,81 arasında bulunmuştur. Bizim çalışmamızda α=0,7 olarak tespit edilmiştir. Ölçek sorularından bazı maddeler olumsuz olduğu için bu maddeler 1=6, 2=5, 3=4, 2=5 ve 6=1 olarak tersine çevrilmektedir. Ölçeğin puanlanmasında 9. 22. ve 29. maddeler puanlama dışı tutulmaktadır ve 1, 2, 3, 4, 11, 13, 14, 15, 17, 21, 25, 26, 30, 34 puanlaması ters olarak yapılmaktadır. Ölçek üç farklı boyuttan oluşmaktadır. Bu üç alt boyut; yeni problemleri çözme inancını ifade eden PÇG, problem çözme aşamalarında aktif çözüm arama ve alternatif oluşturma davranışını içeren YKT ve problem konusunda bireysel kontrolü gösteren KK. Problem çözme güveni alt ölçeği 5, 10, 11, 12, 19, 23, 24, 27, 33, 34 ve 35, Yaklaşma Kaçınma alt ölçeği 1, 2, 4, 6, 7, 8, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 28, 30 ve 31 ve son olarak kişisel kontrol alt ölçeği 3, 14, 25, 26 ve 32 sorularını içermektedir (55, 58).

Problem Çözme Envanteri		
Problem Çözme Güveni	**Yaklaşma-Kaçınma Tarzı**	**Kişisel Kontrol**
5, 10, -11, 12, 19, 23, 24, 27, 33, -34 ve 35 sorular	-1, -2, -4, 6, 7, 8, -13, -15, 16, -17, 18, 20, -21, 28, -30 ve 31 sorular	-3, -14, -25, -26 ve 32 sorular

Şekil 3.2. Problem çözme envanteri alt ölçekleri.

3.7.4. Zarit Bakım Yükü Ölçeği

Bakım Verme Yükü Ölçeği Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilen ve bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 19 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık ya da hemen her zaman şeklinde 1'den 5'e kadar Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçek puanının yüksek olması, yaşanılan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. İnci tarafından yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılık katsayısı α=0,95 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda α=0,8 olarak bulunmuştur. Şizofreni aileleri ile yapılan güvenilirlik geçerlilik araştırmasına göre ölçekten en az 19 en fazla 95 puan alınmaktadır ve bu araştırmaya göre ölçek ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, sinirlilik ve kısıtlanmışlık, toplumsal ilişiklerde bozulma, ekonomik yük ve bağımlılık alt ölçeklerine ayrılmıştır. Çalışmada 1,2,8,9,10,14 ve 16 maddelerin birinci boyut altında 3,7, 12 maddeleri ikinci boyut altında, 4,11,15 maddelerin üçüncü boyut altında, 13,17,18,5 maddelerin dördüncü boyut altında, 6, 12 maddelerin ise beşinci boyut altında toplandığı görülmüştür (56).

Zarit Bakım Yükü Ölçeği				
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	**Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık**	**Toplumsal İlişiklerde Bozulma**	**Ekonomik Yük**	**Bağımlılık**
1,2,8,9,10,14,16	3,7,19.	4, 11, 15	13, 17, 18, 5	6, 12

Şekil 3.3. Zarit bakım yükü ölçeği alt ölçekleri.

3.8.Araştırmanın Uygulaması

3.8.1. Araştırma Ön Uygulama

Araştırmacı tarafından geliştirilen Sosyodemogrofiik Özellikler Formu (Ek 5), Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Bireylerin İlaç Uyumunu Değerlendirmesi Soru Formu (Ek 6) ve Şizofreni Hastalığı, Aile ve Problem Çözme Becerileri Psikoeğitim Kitapçığı (Ek 9)'nın ön uygulaması örnekleme dahil edilen ve polikliniğe başvuran şizofreni ile takip edilen bireylerin aile üyelerinden üç kişiye uygulanmıştır. Ön uygulama sonrası soruların açık ve anlaşılır olduğu belirlenmiş ve uygulamada hazırlanan hali ile kullanılmıştır.

3.8.2. Eğitim Kitapçığının Uzman Görüşü

Şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerine yönelik geliştirilen Şizofreni Hastalığı, Aile ve Problem Çözme Becerileri Psikoeğitim Kitapçığı psikobiyolojik yaklaşıma göre ilaç eğitiminin verilmesi amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Kitapçık hazırlandıktan sonra alanında uzman üç psikiyatri ve bir

psikiyatri hemşireliği alanında öğretim üyelerine gönderilmiş ve gelen geri bildirimlere göre kullanılan dilin sadeleştirilmesi ve gerekli olmayan bölümlerin çıkarılması değişiklikleri yapılmıştır. Yapılan bu değişimlerden sonra kitapçık sunum şekline aktarılmış olup hasta yakınlarına projeksiyon cihazı ile sunumlar gerçekleştirilmiştir.

3.8.3. Eğitim Programının Uygulanması Tablosu

Tablo 3. 1. Eğitim programının uygulanması tablosu.

Konu Başlığı	**Yöntem**	**Oturum/Süre**
*****Aile üyeleri ile tanışmak *****Eğitim planı hakkında bilgi vermek *****Şizofreni Hastalığı *****Şizofreni hastalığının nedenleri	*****Anlatma *****Soru-Cevap *****Tartışma *****Özetleme	**1. Oturum** ***Tanışma;** Ortalama 30 dk ***Sunum;** Ortalama 20 dk ***Özet;** Ortalama 30 dk
*****Hastalık belirtileri *****Hastalığın seyri	*****Anlatma *****Soru-Cevap *****Tartışma *****Özetleme	**2. Oturum** ***Sunum;** Ortalama 35 dk ***Tartışma**; Ortalama 40 dk ***Tüm Özet;** Ortalama 15 dk
*****Şizofreni tedavisinin amacı *****Tedavide kullanılan yöntemler *****İlaç tedavisi ve etkileri *****İlaç tedavisinin önemi	*****Anlatma *****Soru-Cevap *****Tartışma *****Özetleme	**3. Oturum** ***Sunum**; Ortalama 35 dk ***Tartışma;** Ortalama 45 dk ***Özet;** Ortalama 10 dk

Tablo 3. 1. Eğitim programının uygulanması tablosu.

*İlaç uyumsuzluğuna neden olan durumlar *İlaç uyumsuzluğunun etkileri *İlaç uyumunda ailenin rolü -Ailenin tedaviye bakış açısı -Ailenin ilaç uyumundaki rolü -İlaç uyumumu arttırmak için kullanılan yöntemler	*Anlatma *Soru-Cevap *Tartışma *Özetleme	**4. Oturum** ***Sunum**; Ortalama 40 dk ***Tartışma**; Ortalama 45 dk ***Tüm Özet;** Ortalama 15 dk
*Şizofreni hastalığının tedavisinde psikososyal yaklaşımlar *Şizofreni hastalığına sahip bireyle iletişim *Aile üyelerinin iletişim konusunda yaşadığı problemler ve bakım yükü	*Anlatma *Soru-Cevap *Tartışma *Özetleme	**5. Oturum** ***Sunum;** Ortalama 30 dk ***Tartışma;** Ortalama 40 dk ***Özet;** Ortalama 15 dk
*Problem çözme becerileri *Problem çözme basamakları	*Anlatma *Soru-Cevap *Tartışma *Özetleme	**6. Oturum** ***Sunum**; Ortalama 20 dk ***Tartışma;** Ortalama 45 dk ***Tüm Özet;** Ortalama 10 dk
*Bireylerin yaşadıkları problemlerin tartışılması *Bireylerin eğitim sonrası görüşünün alınması	*Anlatma *Soru Sorma *Tartışma *Özetleme	7. Oturum ***Tartışma**; Ortalama 45 dk ***Tüm Özet;** Ortalama 30 dk

3.8.4. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın veri toplama süreci Ekim 2019-Kasım 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Uygulama öncesinde psikiyatri kliniği ve polikliniğinde şizofreni hastalığı ile takip edilen bireylerin aile üyelerine telefon ile ulaşılarak araştırma hakkında ve araştırmanın belirli bir kişi sayıya ulaşıldığı takdirde yapılacağı hakkında bilgi verilmiştir. Örneklem için yeterli kişi sayısına ulaşıldığında araştırmaya katılmayı kabul eden aile üyelerinin listesi oluşturularak tek sırada olan aile üyeleri deney grubu, çift sırada olan aile üyeleri kontrol grubu olarak ayrılmıştır. Daha sonra deney grubuna dahil edilen aile üyelerine eğitimin yapılacağı yer, saat ve tarih konusunda telefon yolu ile bilgi verilmiştir. Deney ve kontrol grubunun uygulaması T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi kütüphane salonunda gerçekleştirilmiştir. Deney grubu için eğitim öncesi onam formu imzalatılarak araştırmada kullanılan ölçekler hakkında bilgi verilmiş ve Sosyodemografik Özellikler Formu, ZBYÖ, İUD ve PÇE uygulanmıştır. Deney grubuna alınan aile üyeleri tek grup, iki hafta süren eğitim sürecine alınmıştır. Her eğitim bir-iki saat ve workshop şeklinde yapılmıştır. Planlanan workshop eğitimde; şizofreni hastalarında meydana gelen psikobiyolojik değişimler, kullanılan antipsikotik ilaçlar ve çeşitleri, etki mekanizmaları, yan etkileri, psikobiyolojik müdahalelerin önemi hakkında eğitim yapılmıştır. Eğitimin ilk günü aile üyeleri ile tanışma sonrasında sunum, tartışma ve özet bölümleri ile oturum sonlandırılmıştır. Bir günde toplam iki oturum yürütülmüş ve her sunumun sonunda konu ile ilgili tartışma ve konunun özetlenmesi yapılmıştır. Eğitimin son oturumunda aile üyelerinin eğitim hakkındaki görüşleri alınmış ve eğitim sonrası ZBYÖ, İUD ve PÇE uygulanmıştır.

Kontrol grubunda yer alan hasta yakınları hastanedeki kontrol, aile görüşmeleri uygulamalarına devam etmiş ve kontrol grubunun araştırma süresine dahil edilmesini sağlamak amacıyla aralıklı telefon görüşmeleri ile takip edilmiştir. Uygulama öncesinde aile üyelerine bir gün öncesinde telefon yolu ile ulaşılarak toplantının yapılacağı yer, tarih ve saat konusunda bilgi verilmiştir. Uygulama öncesinde ölçek ve anketlerin nasıl doldurulacağı hakkında bilgi verilmiştir. Yaklaşık bir saat içerisinde ölçek ve anketler doldurulmuş ve toplantı sonlandırılmıştır. Çalışmanın sonucunda aile üyelerine verilen eğitimin aile üyelerinin bakım yükünün azalması, ilaç uyumunu değerlendirmesinde artış olması ve problem çözme becerilerinin

gelişmesi sonucunda eğitim almayan kontrol grubuna workshop eğitim verilmesi planlanmıştır ve araştırmanın veri toplama süreci tamamlandıktan sonra kontrol grubuna da eğitim Aralık 2019 da yapılmıştır.

3.9.Araştırma Verilerinin Analizi

Araştırmada toplam 18 şizofreni ailesine eğitimin verilmiştir. Elde edilen değişkenlerde cinsiyet, medeni durum, eğitim çalışma durumu gibi kategorik değişkenlerin özetlenmesinde sayı (yüzde) [n (%)] kullanılmıştır.

Eğitim değerlendirmesinde ise ZBYÖ ve PÇE ölçek alt boyut ve toplam puanlarında normal dağılımın sağlandığı yerlerde ortalama±standart sapma (ort±ss), sağlanmadığı yerlerde ise ortanca (minimum; maksimum) değerleri ile özetlenmiştir.

Ölçek toplam ve alt puanlarının iki gruptaki karşılaştırmalarda gerekli varsayımların sağlandığı yerlerde bağımsız örneklem t testi (indipendent sample t test), sağlanmadığı yerlerde ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Kontrol grubunda belirli bir süre sonra ölçek puanları tekrar katılımcılar tarafından değerlendirilmediğinden eğitim sonrası karşılaştırmalarında elde edilen birinci ölçüm değerleri kullanılmıştır. Deney grubunda eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırmasında ise varsayımın sağlandığı yerlerde bağımlı örneklem t testi (paired t test), sağlanmadığı yerlerde ise Wilcoxon testi kullanılmıştır.

Kategorik değişkenlerin gruplardaki karşılaştırmalarında Ki-kare testi kullanılmıştır ve Süreklilik Düzeltmeli (continuity correction) ve en çok olabilirlik oran (likelihood ratio) ki-kare değerlerinden uygun olanı raporlanmıştır. İlaç uyumu kategorik değişkeninin eğitim öncesi ve sonrası bağımlı örneklem karşılaştırması için McNemar testi kullanılmıştır.

Ölçek toplam puanları arasında ilişki Spearman Sıra Korelasyonu (Spearman Rank Correlation- rho) ilişki analizi kullanılmıştır.

Araştırmada istatistiksel anlamlılık seviyesi p<0,05 olarak belirlenmiştir. İstatistiksel analizler, hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 25.0, MS-Excel 2016 programları kullanılmıştır.

3.10. Araştırmanın Değişkenleri

3.10.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin sosyodemografik özellikleri (Yaş, cinsiyet, eğitim, bakım yılı…).
- Şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerine şizofreni hastalığı, aile ve problem çözme becerileri eğitimi

3.10.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü Algısı
- Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Problem Çözme Becerileri
- Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verdikleri Bireyin İlaç Uyumunu Değerlendirmesi

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Ankara Şehir Hastanesinde takip edilen şizofreni hastalarının aileleri ile yürütülmüştür. Araştırmanın örnekleminin belirlenmesi sonrasında aile üyelerinin çalışmaya katılmasının ve eğitim süresince devamlılığının sağlanması konusunda yaşanılan güçlükler araştırmanın önemli bir sınırlılığı olarak düşünülmektedir.

4.BULGULAR

Araştırmaya katılan 36 şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin kontrol ve deney grubu karşılaştırmaları Tablo 4.1'de özetlenmiştir.

Tablo 4. 1. Deney ve kontrol grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=36).

	Deney Grubu *[n=18]*	**Kontrol Grubu** *[n=18]*	**Test**	**İstatistiği**
	n (%)	**n (%)**	**χ^2**	**P**
Cinsiyet			0.000	1.000*
Erkek	8 (44.4)	8 (44.4)		
Kadın	10 (55.6)	10 (55.6)		
Medeni Durum			1.645	0.439+
Bekar	10 (55.6)	12 (66.7)		
Evli	7 (38.9)	6 (33.3)		
Dul	1 (5.6)	0 (0.0)		
Eğitim			N/A	N/A
Okuryazar	2 (11.1)	0 (0.00)		
İlkokul	4 (22.2)	0 (0.00)		
Ortaokul	2 (11.1)	3 (16.7)		
Lise	5 (27.8)	6 (33.3)		
Üniversite	5 (27.8)	8 (44.4)		
Lisansüstü	0 (0.00)	1 (5.6)		
Çalışma Durumu			1.421	0.491+
Çalışıyor	6 (33.3)	3 (16.7)		
Çalışmıyor	7 (38.9)	8 (44.4)		
Emekli	5 (27.8)	7 (38.9)		

**: Continuity Correction, +: Likelihood ratio Ki-kare test istatistiği sonucudur.*

Tablo 4. 1. (devam). Deney ve kontrol grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=36).

	Deney Grubu *[n=18]*	**Kontrol Grubu** *[n=18]*	**Test**	**İstatistiği**
	n (%)	**n (%)**	**χ^2**	**P**
Hastaya yakınlık durumu			N/A	N/A
Anne	2 (11.1)	2 (11.1)		
Baba	0 (0.00)	2 (11.1)		
Çocuk	5 (27.8)	4 (22.2)		
Eş	4 (22.2)	4 (22.2)		
Kardeş	7 (38.9)	6 (33.3)		
Hastalık Bilgisine Sahip Olduğunu Düşünme			4.713	**0.030***
Bilen	9 (50.0)	16 (88.9)		
Bilmeyen	9 (50.0)	2(11.1)		
Destek Alma Durumu			0.113	0.737+
Alan	11 (61.1)	9 (50.0)		
Almayan	7 (38.9)	9 (50.0)		

**: Continuity Correction, +: Likelihood ratio Ki-kare test istatistiği sonucudur.*

Deney grubundaki katılımcıların yaş ortalamaları 47.22±16.25 yılken, kontrol grubunda ise yaş ortalaması 47.67±15.28 yıl olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grupları arasındaki yaş ortalamalarının benzer olduğu tespit edilmiştir. (t=0.082; p=0.935). Araştırma sonuçları incelendiğinde deney ve kontrol grubu arasında demografik bakımdan anlamlı farklılık belirlenememiştir (p>0.05, Tablo 4.1).

Ailelerden alınan hastalık bilgilendirmeleri dikkate alındığında hastalık bilgisine sahip olduğunu düşünen aile üyeleri deney ve kontrol grubunda anlamlı derecede farklı elde edilmiştir (χ2=4.713; p=0.030). Sonuçlar incelendiğinde kontrol grubunda hastalığını bilenlerin oranı deney grubuna göre yaklaşık %40 daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1.).

Tablo 4. 2. Deney ve kontrol grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim öncesi ZBYÖ, PÇE ve İUD genel puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=36).

	Deney Grubu *[n=18]*	**Kontrol Grubu *[n=18]***	**Test**	**İstatistiği**
	Ort±SS Medyan (min;maks)	**Ort±SS Medyan (min;maks)**	**t**	**p**
Zarit Bakım Yükü				
Ruhsal Gerginlik	15 ± 6.7	17.17 ± 5.76	1.041	0.305
Sinirlilik-Kısıtlanmışlık	6.44 ± 2.5	7.22 ± 2.1	1.010	0.320
İlişkilerde Bozulma	5.67 ± 2.2	6.83 ± 2.87	1.368	0.180
Ekonomik yük	12.78 ± 4.28	12.22 ± 3.21	0.441	0.662
Bağımlılık	6.28 ± 2.4	5.33 ± 1.61	1.388	0.174
Toplam	46.17 ± 14.55	48.78 ± 10.71	0.613	0.544
Problem Çözme Envanteri				
Problem çözme güveni	31.61 ± 8	32.72 ± 10.55	0.356	0.724
Yaklaşma ve kaçınma	49.5 ± 10.27	50.61 ± 8.84	0.348	0.730
Kişisel kontrol	17 ± 3.33	15.11 ± 3.56	1.644	0.109
Toplam	98.11 ± 16.7	98.44 ± 17.21	0.059	0.953
İlaç Uyumu Değerlendirmesi	**n (%)**	**n (%)**	**χ^2**	**p**
İlaç almayı Unutma			0.000	1.000^{+}
Hayır	9 (50.0)	9 (50.0)		
Evet	9 (50.0)	9 (50.0)		
İlaç Almayı Hatırlamada Problem			1.091	0.296^{+}
Hayır	13 (72.2)	10 (55.6)		
Evet	4 (27.8)	8 (44.4)		
İyi Hissettiğinde İlacı Bırakma			–	0.356*
Hayır	14 (77.8)	12 (66.7)		
Evet	4 (22.2)	6 (33.3)		
Yan Etkileri Nedeniyle İlacı Bırakma			0.000	1.000^{+}
Hayır	13 (72.2)	13 (72.2)		
Evet	5 (27.8)	5 (27.8)		

**İndıpendent Sample t Test, +: Continuity correction, *: Fisher ki-kare test istatistiği sonucudur.*

Eğitim öncesi kontrol ve deney grubu arasındaki ZBYÖ ve PÇE ölçek puan ortalamaları arasında karşılaştırma yapıldığında puan ortancalarının benzer olduğu,

gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (p>0.05). İlaç uyumu değerlendirmeleri ile ilgili karşılaştırmalara bakıldığında deney ve kontrol grubunun değerlendirmelerinin benzer olduğu tespit edilmiştir (p>0.05, Tablo 4.2.)

Tablo 4. 3. Deney ve kontrol grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim sonrası ZBYÖ, PÇE ve İUD genel puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=36).

	Deney Grubu ***[n=18]***	**Kontrol Grubu** ***[n=18]***	**Test**	**İstatistiği**
	Ort±SS Medyan (min;maks)	**Ort±SS Medyan (min;maks)**	**t, Z**	**P**
Zarit Bakım Yükü				
Ruhsal Gerginlik	14.17 ± 5.52	17.17 ± 5.76	t=1.595	0.120
Sinirlilik-Kısıtlanmışlık	6.11 ± 2.17	7.22 ± 2.10	t=1.562	0.128
İlişkilerde Bozulma	4.5 (3.00;7.00)	6.5 (3.00; 14.00)	Z=2.707	**0.006**
Ekonomik yük	9.00 ± 2.57	12.22 ± 3.21	t=3.327	**0.002**
Bağımlılık	5.00 ± 2.00	5.33 ± 1.61	t=0.551	0.585
Toplam	38.83 ± 10.20	48.78 ± 10.71	t=2.852	**0.007**
Problem Çözme Envanteri				
Problem çözme güveni	27.61 ± 8.07	32.72 ± 10.55	t=1.632	0.112
Yaklaşma ve kaçınma	45.89 ± 8.58	50.61 ± 8.84	t=1.626	0.113
Kişisel kontrol	16.22 ± 3.61	15.11 ± 3.56	t=0.930	0.359
Toplam	89.72 ± 14.46	98.44 ± 17.21	t=1.647	0.109
İlaç Uyumu Değerlendirmesi	**n (%)**	**n (%)**	**χ^2**	**p**
İlaç Almayı Unutma			1.052	0.305^{+}
Hayır	13 (72.2)	9 (50.0)		
Evet	5 (27.8)	9 (50.0)		
İlaç Almayı Hatırlamada Problem			0.117	0.732^{+}
Hayır	12 (66.7)	10 (55.6)		
Evet	5 (33.3)	8 (44.4)		
İyi Hissettiğinde İlacı Bırakma			–	0.114*
Hayır	16 (88.9)	12 (66.7)		
Evet	2 (11.1)	6 (33.3)		
Yan Etkileri Nedeniyle İlacı Bırakma			–	0.089*
Hayır	17 (94.4)	13 (72.2)		
Evet	1 (5.6)	5 (27.8)		

**İndıpendent Sample t Test *Mann Whitney U, +:Continuity Corerction, *: Fisher ki-kare testi istatistiği sonucudur.*

Eğitim sonrası ölçek puanları deney ve kontrol grubunda karşılaştırıldığında Sinirlilik-kısıtlanmışlık (Z=2.707; p=0.006), toplumsal ilişkilerde bozulma (t=3.327; p=0.002) ve ZBYÖ toplam puanı (t=2.852, p=0.007) puanları arasında anlamlı farklılık elde edilmiştir. Anlamlı farklılığın elde edildiği tüm alt boyut ve toplam puanlarda kontrol grubunun daha yüksek ortalamalara sahip olduğu belirlenmiştir. İlaç uyumunun değerlendirilmesinde ise iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. (p>0.05, Tablo 4.3).

Tablo 4. 4. Deney grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim öncesi ve sonrası ZYBÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=18).

	Öncesi	**Sonrası**		
	Ort+SS Medyan (min;maks)	**Ort+SS Medyan (min;maks)**	**Test (t, Z)**	**İstatistiği (p)**
Ruhsal Gerginlik	15.00 ± 6.70	14.17 ± 5.23	t= 0.886	0.388
Sinirlilik-Kısıtlanmışlık	6.44 ± 2.50	6.11 ± 2.16	t=0.629	0.538
İlişkilerde Bozulma	6.00 (3.00; 10.00)	4.50 (3.00; 7.00)	Z= 2.155	**0.031**
Ekonomik yük	12.78 ± 4.28	9.00 ± 2.57	t=5.412	**<0.001**
Bağımlılık	6.28 ± 2.40	5.00 ± 2.00	t=2.335	**0.032**
Toplam	46.17 ± 15.55	38.83 ± 10.20	t=3.191	**0.005**

**Paired Test istatistiği sonucudur.*

Deney grubunda yer alan aile yakınlarının eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları incelendiğinde ruhsal gerginlik ve sinirlilik-kısıtlanmışlık alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmazken (p>0.05), ilişkilerde bozulma (Z=2.15 p=0.03), ekonomik yük (t=5.41 p<0.01) ve bağımlılık (t=2.33 p=0.03) alt boyutlarında ve toplam puanda (t=3.19 p=0.00) gruplar arasında anlamlı farklılık elde edilmiştir (Tablo 4.2.).

Tablo 4. 5. Deney grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim öncesi ve sonrası PÇE puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=18).

	Öncesi	Sonrası	Test (t)	İstatistiği (p)
	Ort+SS Medyan (min;maks)	Ort+SS Medyan (min;maks)		
Problem çözme güveni	31.61 ± 8.00	27.61 ± 8.07	1.963	0.066
Yaklaşma ve kaçınma	49.50 ± 10.27	45.89 ± 8.58	1.564	0.136
Kişisel kontrol	17.00 ± 3.33	16.22 ± 3.61	0.950	0.355
Toplam	98.11 ± 16.70	89.72 ± 14.49	1.983	0.064

**Paired Test istatistiği sonucudur.*

Problem çözme ölçeğinde ise eğitim öncesi ve sonrası puan değerlerinde anlamlı farklılık belirlenememiş ve ölçek puanlarının benzer olduğu görülmüştür ($p>0.05$). Sonuçlar incelendiğinde deney sonrası problem çözme envanteri puanlarında %5 azalma olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4. 6. Deney grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim öncesi ve sonrası İUD puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=18).

İlaç Uyumu Değerlendirmesi		Öncesi		Test İstatistiği	
		Hayır n (%)	Evet n (%)	χ^2	p
Sonrası	**İlaç Almayı Unutma**			0.500	0.219
	Hayır	8 (88.9)	5 (55.6)		
	Evet	1 (11.1)	4 (44.4)		
	İlaç Almayı Hatırlamada Problem			0.000	1.000
	Hayır	11 (84.6)	1 (20.0)		
	Evet	2 (15.4)	4 (80.0)		
	İyi Hissettiğinde İlacı Bırakma			0.500	0.500
	Hayır	14 (100.0)	2 (50.0)		
	Evet	0 (0.0)	2 (50.0)		
	Yan Etkileri Nedeniyle İlacı Kullanmama			2.250	0.125
	Hayır	13 (100.0)	4 (80.0)		
	Evet	0 (0.0)	1 (20.0)		

**McNemar Test istatistiği sonucudur.*

Deney grubunda yapılan ilaç uyumu değerlendirmesi eğitim öncesi ve sonrası değerlerindeki değişim anlamlı elde edilememiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

4.1.Ölçek Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Tablo 4. 7. Deney ve kontrol grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim öncesi yaşa göre ZBYÖ, PÇE ve İUD puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=36).

	50 altı *[n=18]*	**50 ve üstü** *[n=18]*	**Test**	**İstatistiği**
	Medyan (min;maks)	**Medyan (min;maks)**	**Z**	**P**
Zarit Bakım Yükü				
Ruhsal Gerginlik	17 (7;26)	14.5 (7;31)	1.269	0.214
Sinirlilik-Kısıtlanmışlık	7 (3;12)	6 (3;10)	0.849	0.406
İlişkilerde Bozulma	6 (3;12)	6 (3;14)	1.213	0.239
Ekonomik yük	12 (5;17)	13 (6;19)	0.683	0.501
Bağımlılık	6 (2;8)	5.5 (2;10)	1.361	0.181
Toplam	50.5 (21;67)	45.5 (22;76)	0.459	0.650
Problem Çözme Envanteri				
Problem çözme güveni	27 (16;59)	32.5 (15;47)	0.396	0.696
Yaklaşma ve kaçınma	51.5 (35;65)	51.5 (31;66)	0.159	0.888
Kişisel kontrol	15.5 (10;23)	16.5 (9;21)	1.542	0.126
Toplam	94 (77;133)	99.5 (70;130)	0.127	0.913
İlaç Uyumu Değerlendirmesi	**n (%)**	**n (%)**	**χ^2**	**p**
İlacı Almayı Unutma			0.111	0.739^{+}
Hayır	10 (55.6)	8 (44.4)		
Evet	8 (44.4)	10 (55.6)		
İlaç Almayı Hatırlamada Problem			0.482	0.488^{+}
Hayır	13 (72.2)	10 (55.6)		
Evet	5 (27.89	8 (44.4)		
İyi Hissettiğinde İlacı Bırakma			–	0.030*
Hayır	10 (55.6)	16 (88.9)		
Evet	8 (44.4)	2 (11.1)		
Yan Etkileri Nedeniyle İlacı Bırakma			–	0.030*
Hayır	10 (55.6)	16 (88.9)		
Evet	8 (44.4)	2 (11.1)		

**Mann Whitney U, +: Continuity Correction, *: Fisher ki-kare testi istatistiği sonucudur.*

Deney ve kontrol grubunda yaş gruplarına göre ölçek ortancaları karşılaştırıldığında grupların benzer puanlara sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7). Sonuçlar incelendiğinde deney grubunun kontrol grubuna göre ZBYÖ toplam

puanlarının %5 daha fazla olduğu, PÇE toplam puanlarının ise %3 daha az olduğu tespit edilmiştir. İlaç uyumunun değerlendirmesinde 50 yaş üstü bakım verenlerin hastaların iyi hissettiğinde ilacı bırakma ve yan etkileri nedeniyle ilacı kullanmama oranı 50 yaş altına göre anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir (p=0.03).

Tablo 4. 8. Deney ve kontrol grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim sonrası yaşa göre ZBYÖ, PÇE ve İUD puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=36).

	50 altı ***[n=18]***	**50 ve üstü** ***[n=18]***	**Test**	**İstatistiği**
	Medyan (min;maks)	**Medyan (min;maks)**	**Z**	**P**
Zarit Bakım Yükü				
Ruhsal Gerginlik	15.5 (7;27)	14.5 (7;26)	1.635	0.104
Sinirlilik-Kısıtlanmışlık	6.5 (3;12)	6.5 (3;10)	1.457	0.152
İlişkilerde Bozulma	5.5 (3;12)	5 (3;14)	2.707	**0.006**
Ekonomik yük	11 (5;16)	11 (6;18)	2.866	**0.004**
Bağımlılık	5.5 (2;8)	5 (2;9)	0.721	0.481
Toplam	44.5 (21;67)	44 (25;73)	2.707	**0.006**
Problem Çözme Envanteri				
Problem çözme güveni	28 (12;59)	32 (15;44)	1.347	0.181
Yaklaşma ve kaçınma	47.5 (33;65)	51 (34;66)	1.525	0.134
Kişisel kontrol	16 (10;24)	15.5 (9;21)	0.907	0.372
Toplam	85.5 (60;133)	96 (67;118)	1.378	0.171
İlaç Uyumu Değerlendirmesi	**n (%)**	**n (%)**	**χ^2**	**p**
İlacı Almayı Unutma			0.000	1.000^{+}
Hayır	11 (61.1)	11 (61.1)		
Evet	7 (38.9)	7 (38.9)		
İlacı Almayı Hatırlamada Problem			0.000	1.000^{+}
Hayır	11 (61.1)	11 (61.1)		
Evet	7 (38.9)	7 (38.9)		
İyi Hissettiğinde İlacı Bırakma			–	0.114*
Hayır	12 (66.7)	16 (88.9)		
Evet	6 (33.3)	2 (11.1)		
Yan Etkileri Nedeniyle İlacı Bırakma			–	0.329*
Hayır	14 (77.8)	16 (88.9)		
Evet	4 (22.2)	2 (11.1)		

**Mann Whitney U, +:Continuity correction , *: Fisher ki-kare testi istatistiği sonucudur.*

Eğitim sonrası puan ortancaları gruplarda incelendiğinde ise sinirlilik-kısıtlanmışlık, ilişkilerde bozulma ve ZBYÖ toplam puanında gruplar arasında anlamlı bir fark elde edilmiştir (t=2.70 p=0.00). Diğer ölçek puanlarının ise benzer olduğu görülmüştür (p>0.05). İlaç uyumunun değerlendirilmesinde ise 50 yaş altı bakım veren bireylerin hastaların iyi hissettiğinde ilacı bırakma ve yan etkileri nedeniyle ilacı kullanmama oranlarının anlamlı derecede azaldığı ve iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0.11, p=0.32).

Tablo 4. 9. Deney ve kontrol grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim öncesi cinsiyete göre ZBYÖ, PÇE ve İUD puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=36).

	Erkek [n=20]	**Kadın [n=16]**	**Test**	**İstatistiği**
	Medyan (min;maks)	**Medyan (min;maks)**	**Z**	**P**
Zarit Bakım Yükü				
Ruhsal Gerginlik	17.5 (12 ;31)	10 (7 ;26)	2.713	0.006
Sinirlilik-Kısıtlanmışlık	7 (3 ;12)	6.5 (3 ;10)	1.450	0.158
İlişkilerde Bozulma	6 (4 ;12)	5.5 (3 ;14)	1.389	0.168
Ekonomik yük	12.5 (5 ;19)	13 (5 ;18)	0.192	0.863
Bağımlılık	6 (3 ;9)	5.5 (2 ;10)	0.580	0.582
Toplam	52 (31 ;76)	44.5 (21 ;73)	2.056	0.039
Problem Çözme Envanteri				
Problem çözme güveni	29 (15 ;59)	30.5 (16 ;44)	0.239	0.814
Yaklaşma ve kaçınma	53 (34 ;66)	50 (31 ;65)	0.231	0.236
Kişisel kontrol	16 (9 ;22)	16 (10 ;23)	0.096	0.937
Toplam	101 (70 ;133)	94.5 (76 ;124)	0.797	0.440
İlaç Uyumu Değerlendirmesi	**n (%)**	**n (%)**	**χ^2**	**p**
İlaç Almayı Unutma			0.113	0.737^{+}
Hayır	9 (45.0)	9 (56.3)		
Evet	11 (55.0)	7 (43.8)		
İlacı Almayı Hatırlamada Problem			0.038	0.846^{+}
Hayır	12 (60.0)	11 (68.8)		
Evet	8 (40.0)	5 831.3)		
İyi Hissettiğinde İlacı Bırakma			–	0.242^{*}
Hayır	13 (65.0)	13 (81.3)		
Evet	7 (35.0)	3 (18.7)		
Yan Etkileri Nedeniyle İlacı Kullanmama			–	0.071^{*}
Hayır	12 (60.0)	14 (87.5)		
Evet	8 840.0)	2 (12.4)		

**Mann Whitney U , +: continuity correction, *: Fisher ki-kare testi istatistiği sonucudur.*

Eğitim öncesi deney ve kontrol grubundaki cinsiyete göre karşılaştırmalarda puan değerlerinin benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4. 10. Deney ve kontrol grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim sonrası cinsiyete göre ZBYÖ, PÇE ve İUD puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=36).

	Erkek [n=20]	**Kadın [n=16]**	**Test**	**İstatistiği**
	Medyan (min;maks)	**Medyan (min;maks)**	**Z**	**P**
Zarit Bakım Yükü				
Ruhsal Gerginlik	16.5 (12 ;27)	11 (7 ;26)	2.667	**0.007**
Sinirlilik-Kısıtlanmışlık	7 (5 ;12)	6 (3 ;10)	1.724	0.089
İlişkilerde Bozulma	6 (3 ;12)	5 (3 ;14)	1.483	0.149
Ekonomik yük	11 (5 ;18)	10.5 (5 ;18)	0.288	0.789
Bağımlılık	5 (2 ;8)	5 (2 ;9)	0.016	0.987
Toplam	46 (29 ;67)	39 (21 ;73)	1.975	**0.049**
Problem Çözme Envanteri				
Problem çözme güveni	32.5 (12 ;59)	30 (16 ;44)	0.271	0.789
Yaklaşma ve kaçınma	51.5 (34 ;66)	47.5 (33 ;65)	1.087	0.290
Kişisel kontrol	14 (9 ;22)	16.5 (10 ;24)	1.696	0.095
Toplam	95 (60 ;133)	93.5 (67 ;124)	0.303	0.765
İlaç Uyumu Değerlendirmesi	**n (%)**	**n (%)**	**χ^2**	**p**
İlacı Almayı Unutma			1.404	0.236*
Hayır	10 850.0)	12 (75.0)		
Evet	10 (50.0)	4 (25.0)		
İlacı Almayı Hatırlamada Problem			1.404	0.236*
Hayır	10 850.0)	12 (75.0)		
Evet	10 (50.0)	4 (25.0)		
İyi Hissettiğinde İlacı Bırakma			–	0.486^{+}
Hayır	15 (75.0)	13 881.3)		
Evet	5 825.0)	3 (18.8)		
Yan Etkileri Nedeniyle İlacı Bırakma			–	0.446^{+}
Hayır	16 (80.0)	14 (87.5)		
Evet	4 820.0)	2 812.5)		

**Mann Whitney U, *: Continuity Correction, +: Fisher ki-kare testi istatistiği sonucudur.*

Eğitim sonrası değerlendirmelerinde ise ruhsal gerginlik (Z=2.667; p=0.007), ZBYÖ toplam puanlarında (Z=1.975; p=0.049) anlamlı bir fark belirlenmiştir ve

erkek bakım veren aile üyelerinin puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Diğer puanların ise gruplarda benzer olduğu görülmüştür (p>0.05).

Tablo 4. 11. Deney ve kontrol grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim öncesi eğitim durumuna göre ZBYÖ, PÇE ve İUD puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=36).

	Ortaokul altı [n=11]	**Lise ve üstü [n=25]**	**Test**	**İstatistiği**
	Medyan (min;maks)	**Medyan (min;maks)**	**Z**	**P**
Zarit Bakım Yükü				
Ruhsal Gerginlik	17 (9 ;31)	16 (7 ;26)	0.637	0.542
Sinirlilik-Kısıtlanmışlık	6 (5 ;10)	7 (3 ;12)	0.417	0.685
İlişkilerde Bozulma	6 (3 ;10)	6 (3 ;14)	0.121	0.919
Ekonomik yük	13 (5 ;19)	12 (5 ;18)	0.115	0.892
Bağımlılık	6 (4 ;10)	6 (2 ;8)	1.826	0.074
Toplam	52 (31 ;76)	48 (21 ;73)	0.567	0.588
Problem Çözme Envanteri				
Problem çözme güveni	35 (22 ;47)	30 (15 ;59)	0.843	0.416
Yaklaşma ve kaçınma	54 (34 ;63)	51 (31 ;66)	1.103	0.276
Kişisel kontrol	18 (9 ;22)	15 (10 ;23)	0.655	0.520
Toplam	103 (70 ;130)	94 (76 ;133)	1.118	0.276
İlaç Uyumu Değerlendirmesi	**n (%)**	**n (%)**	**χ^2**	**p**
İlacı Almayı Unutma			0.000	1.000^{+}
Hayır	5 (45.5)	13 (52.0)		
Evet	6 (54.5)	12 (48.0)		
İlaç Almayı Hatırlamada Problem			–	0.367*
Hayır	8 (72.7)	15 (60.0)		
Evet	3 (27.3)	10 (40.0)		
İyi Hissettiğinde İlacı Bırakma			–	0.647*
Hayır	8 (72.7)	18 (72.0)		
Evet	3 (27.3)	7 (28.0)		
Yan Etkileri Nedeniyle İlacı Kullanmama			–	0.335*
Hayır	9 (81.8)	17 (68.0)		
Evet	2 (18.2)	8 832.0)		

**Mann Whitney U , +: Likelihood ratio,*:Fisher ki-kare testi istatistiği sonucudur.*

Eğitim durumlarına göre kontrol ve deney grubu karşılatılmaları Tablo 4.11''de özetlenmiştir. Öğrenim durumuna göre eğitim öncesi değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark elde edilememiştir (p>0.05).

Tablo 4. 12. Deney ve kontrol grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim sonrası eğitim durumuna göre ZBYÖ, PÇE ve İUD puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=36).

	Ortaokul altı [n=11]	**Lise ve üstü [n=25]**	**Test**	**İstatistiği**
	Medyan (min;maks)	**Medyan (min;maks)**	**Z**	**P**
Zarit Bakım Yükü				
Ruhsal Gerginlik	16 (9 ;27)	15 (7 ;26)	0.517	0.612
Sinirlilik-Kısıtlanmışlık	7 (5 ;10)	6 (3 ;12)	1.182	0.247
İlişkilerde Bozulma	5 (3 ;7)	5 (3 ;14)	0.730	0.477
Ekonomik yük	9 (5 ;13)	11 (5 ;18)	1.279	0.207
Bağımlılık	5 (2 ;9)	5 (2 ;8)	0.278	0.787
Toplam	41 (29 ;59)	46 (21 ;73)	0.103	0.919
Problem Çözme Envanteri				
Problem çözme güveni	33 (12 ;44)	31 (14 ;59)	0.052	0.973
Yaklaşma ve kaçınma	51 (34 ;65)	50 (33 ;66)	0.000	1.000
Kişisel kontrol	14 (9 ;20)	16 (10 ;24)	1.347	0.183
Toplam	94 (67 ;113)	94 (60 ;133)	0.223	0.839
İlaç Uyumu Değerlendirmesi	**n (%)**	**n (%)**	**χ^2**	**p**
İlaç Almayı Unutma			–	0.569^{+}
Hayır	7 (63.6)	15 (60.0)		
Evet	4 (36.4)	10 (40.0)		
İlaç Almayı Hatırlamada Problem			–	0.569^{+}
Hayır	7 (63.6)	15 (60.0)		
Evet	4 (36.4)	10 (40.0)		
İyi Hissettiğinde İlacı Bırakma			–	0.532^{+}
Hayır	9 (81.8)	19 (76.0)		
Evet	2 (18.2)	6 (24.0)		
Yan Etkileri Nedeniyle İlacı Kullanmama			–	0.091^{+}
Hayır	11 (100.0)	19 (76.0)		
Evet	0 (0.0)	6 824.0)		

**Mann Whitney U, +: Fisher ki-kare testi istatistiği sonucudur.*

Eğitim sonrası değerlendirmesinde de eğitim öncesine benzer şekilde gruplar arasında anlamlı bir fark elde edilememiştir (p>0.05, Tablo 4.12). Sonuçlar incelendiğinde eğitim seviyesi lise ve üstü olan aile üyelerinin ortaokul ve altı eğitim seviyesine sahip aile üyelerine göre ZBYÖ toplam puanlarının %5 daha fazla olduğu belirlenmiştir. Problem çözme envanteri puanlarının ise aynı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4. 13. Deney ve kontrol grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim öncesi bakım yılına göre ZBYÖ, PÇE ve İUD puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=36).

	10 yıldan az [n=25]	**11 yıl ve üzeri [n=11]**	**Test**	**İstatistiği**
	Medyan (min;maks)	**Medyan (min;maks)**	**Z**	**P**
Zarit Bakım Yükü				
Ruhsal Gerginlik	17 (7 ;31)	10 (7 ;24)	2.220	**0.026**
Sinirlilik-Kısıtlanmışlık	8 (3 ;12)	6 (3 ;8)	2.265	**0.008**
İlişkilerde Bozulma	6 (3 ;14)	6 (3 ;10)	0.312	0.761
Ekonomik yük	13 (5 ;19)	13 (5 ;18)	0.345	0.735
Bağımlılık	6 (2 ;10)	6 (2 ;10)	0.104	0.919
Toplam	48 (21 ;76)	44 (22 ;56)	1.478	0.142
Problem Çözme Envanteri				
Problem çözme güveni	27 (15 ;59)	37 (28 ;47)	2.838	**0.004**
Yaklaşma ve kaçınma	51 (34 ;66)	52 (31 ;63)	0.086	0.946
Kişisel kontrol	15 (9 ;23)	18 (13 ;22)	1.984	**0.049**
Toplam	94 (70 ;133)	109 (76 ;130)	1.427	0.161
İlaç Uyumu Değerlendirmesi	**n (%)**	**n (%)**	**χ^2**	**p**
İlaç Almayı Unutma			2.095	0.148^{+}
Hayır	10 (40.0)	8 (72.7)		
Evet	15 (60.0)	3 (27.3)		
İlacı Almayı Hatırlamada Problem			–	0.342*
Hayır	17 (68.0)	6 (54.5)		
Evet	8 (320)	5 (45.5)		
İyi Hissettiğinde İlacı Bırakma			–	0.101*
Hayır	16 (64.0)	10 (90.9)		
Evet	9 (36.0)	1 (9.1)		
Yan Etkileri Nedeniyle İlacı Kullanmama			–	0.101*
Hayır	16 (64.0)	10 (90.9)		
Evet	9 (36.0)	1 (9.1)		

**Mann Whitney U, +: Continuity correction,* : Fisher ki-kare testi istatistiği sonucudur.*

Eğitim öncesi bakım yılı gruplarına göre ölçek puan ortancaları incelendiğinde ruhsal gerginlik alt boyutunda gruplar arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir (Z=2.220; p=0.026). Bağımlılık alt boyutunda ise grupların benzer olduğu görülmüştür (Z=0.104; p=0.919). PÇG alt ölçek puanı (Z=2,83, p=0.00) ile KK alt ölçek puan (Z=1.98 p=0.04) ortancalarının 10 yıldan az bakım veren aile üyelerinde anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.13).

Tablo 4. 14. Deney ve kontrol grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim sonrası bakım yılına göre ZBYÖ, PÇE ve İUD puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=36).

	10 yıldan az [n=25]	**11 yıl ve üzeri [n=11]**	**Test**	**İstatistiği**
	Medyan (min;maks)	**Medyan (min;maks)**	**Z**	**P**
Zarit Bakım Yükü				
Ruhsal Gerginlik	16 (7 ;27)	12 (7 ;24)	1.912	0.058
Sinirlilik-Kısıtlanmışlık	7 (3 ;12)	6 (3 ;10)	1.599	0.115
İlişkilerde Bozulma	6 (3 ;14)	5 (3 ;8)	1.322	0.195
Ekonomik yük	11 (5 ;18)	9 (5 ;18)	0.743	0.477
Bağımlılık	5 (2 ;8)	4 (2 ;9)	1.130	0.276
Toplam	46 (21 ;73)	37 (25 ;56)	1.890	0.058
Problem Çözme Envanteri				
Problem çözme güveni	29 (12 ;59)	33 (16 ;44)	0.877	0.396
Yaklaşma ve kaçınma	51 (34 ;66)	48 (33 ;57)	0.811	0.435
Kişisel kontrol	15 (9 ;24)	17 (12 ;19)	1.277	0.207
Toplam	94 (60 ;133)	97 (67 ;113)	0.309	0.761
İlaç Uyumu Değerlendirmesi	**n (%)**	**n (%)**	**χ^2**	**p**
İlacı Almayı Unutma			–	0.285^{+}
Hayır	14 (56.0)	8 (72.7)		
Evet	11 (44.0)	2 (27.3)		
İlacı Almayı Hatırlamada Problem			–	0.569^{+}
Hayır	15 (60.0)	7 (63.6)		
Evet	10 (40.0)	4 (36.4)		
İyi Hissettiğinde İlacı Bırakma			–	**0.036^{+}**
Hayır	17 (68.0)	11 (100.0)		
Evet	8 (32.0)	0 (0.0)		
Yan Etkileri Nedeniyle İlacı Kullanmama			–	0.091^{+}
Hayır	19 (76.0)	11 (100.0)		
Evet	6 (24.0)	0 (0.0)		

**Mann Whitney U, +: Fisher ki-kare testi istatistiği sonucudur.*

Eğitim sonrasında ise ZBYÖ, PÇE ve İUD grupların benzer puanlara sahip olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.14). 10 yıldan daha az bakım veren aile üyelerinin 10 yıldan daha fazla süredir bakım veren aile üyelerine bakım verenlere göre ZBYÖ toplam puanlarının %10 daha fazla olduğu tespit edilmiştir. 11 yıldan daha az süre bakım veren aile üyelerinde iyi hissettiğinde ilacı bırakma değerlendirme oranının 11 yıldan daha uzun bakım veren aile üyelerine göre anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0.03$, Tablo 14).

Tablo 4. 15. Deney ve kontrol grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim öncesi bakım sürecinde destek alma durumuna göre ZBYÖ, PÇE ve İUD puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=36).

	Evet [n=20]	**Hayır [n=16]**	**Test**	**İstatistiği**
	Medyan (min;maks)	**Medyan (min;maks)**	**Z**	**P**
Zarit Bakım Yükü				
Ruhsal Gerginlik	17 (7 ;26)	12.5 (7 ;31)	1.883	0.062
Sinirlilik-Kısıtlanmışlık	7.5 (3 ;10)	6 (3 ;12)	1.966	0.053
İlişkilerde Bozulma	6 (3 ;14)	5 (3 ;12)	2.024	**0.046**
Ekonomik yük	13.5 (8 ;18)	11 (5 ;19)	1.438	0.158
Bağımlılık	6 (3 ;10)	5 (2 ;10)	0.822	0.422
Toplam	52.5 (33 ;73)	42.5 (21 ;76)	2.518	**0.011**
Problem Çözme Envanteri				
Problem çözme güveni	27 (15 ;47)	34.5 (16 ;59)	1.754	0.083
Yaklaşma ve kaçınma	46 (31 ;63)	52 (32 ;66)	1.693	0.095
Kişisel kontrol	14.5 (9 ;21)	17 (12 ;23)	1.631	0.109
Toplam	89 (70 ;130)	106 (76 ;133)	2.232	**0.026**
İlaç Uyumu Değerlendirmesi	**n (%)**	**n (%)**	**χ^2**	**p**
İlacı Almayı Unutma			1.013	0.314^{+}
Hayır	8 (40.0)	10 (62.5)		
Evet	12 (60.0)	6 (37.5)		
İlacı Almayı Hatırlamada Problem			1.446	0.229^{+}
Hayır	15 (75.0)	8 (50.0)		
Evet	5 (25.0)	8 (50.0)		
İyi Hissettiğinde İlacı Bırakma			–	0.519*
Hayır	14 (70.0)	12 (75.0)		
Evet	6 (30.0)	4 (25.0)		
Yan Etkileri Nedeniyle İlacı Kullanmama			–	0.071*
Hayır	12 (60.0)	14 (87.5)		
Evet	8 (40.0)	2 (12.5)		

**Mann Whitney U, +: Continuity correction, *: Fisher ki-kare testi istatistiği sonucudur.*

Eğitim öncesi PÇE toplam puanında ve ilaç uyumu değerlendirmesinde gruplar arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir (Z=2.232; p=0.026). Benzer şekilde ZBYÖ toplam puanında (Z=2.518; p=0.011) ve ilişkilerde bozulma alt ölçek

puanlarında (Z=2.02 p=0.04)) gruplar arasında anlamlı farklılık elde edilmiştir (Tablo 4.15).

Tablo 4. 16. Deney ve kontrol grubunda yer alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim öncesi bakım sürecinde destek alma durumuna göre ZBYÖ, PÇE ve İUD puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=36).

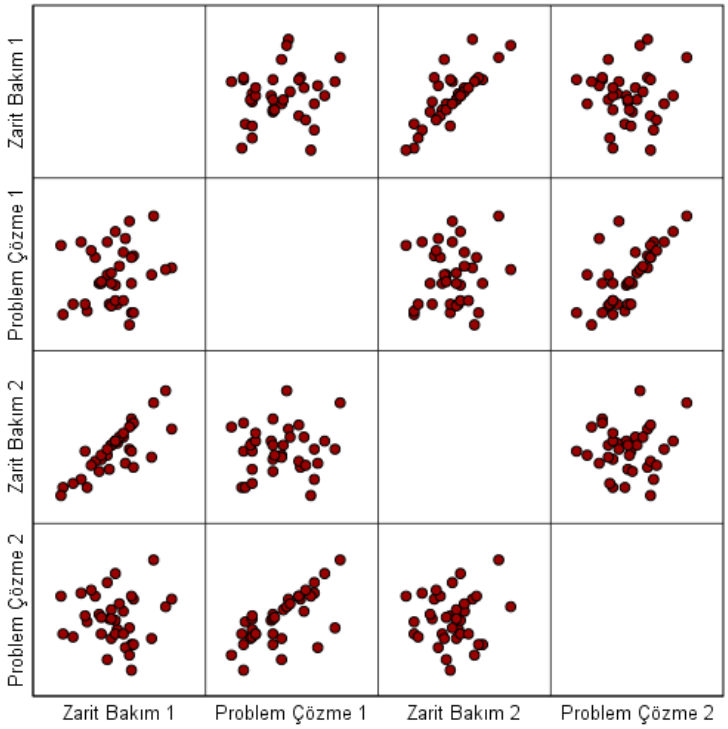
	Evet [n=20]	**Hayır [n=16]**	**Test**	**İstatistiği**
	Medyan (min;maks)	**Medyan (min;maks)**	**Z**	**P**
Zarit Bakım Yükü				
Ruhsal Gerginlik	16 (7 ;27)	13 (7 ;24)	1.677	0.095
Sinirlilik-Kısıtlanmışlık	7 (4 ;10)	6 (3 ;12)	1.144	0.262
İlişkilerde Bozulma	6 (3 ;14)	5 (3 ;12)	0.951	0.352
Ekonomik yük	11 (6 ;18)	10,5 (5 ;18)	1.042	0.305
Bağımlılık	5,5 (2 ;8)	5 (2 ;9)	0.629	0.539
Toplam	46 (25 ;73)	41 (21 ;67)	1.482	0.140
Problem Çözme Envanteri				
Problem çözme güveni	28 (12 ;45)	32 (16 ;59)	1.371	0.178
Yaklaşma ve kaçınma	43,5 (33 ;57)	52 (35 ;66)	2.670	**0.007**
Kişisel kontrol	14,5 (9 ;21)	16,5 (12 ;24)	1.664	0.102
Toplam	85,5 (60 ;109)	103,5 (67 ;133)	2.869	**0.003**
İlaç Uyumu Değerlendirmesi	**n (%)**	**n (%)**	**χ^2**	**p**
İlacı Almayı Unutma			0.247	0.619^{+}
Hayır	11 (55.0)	11 (68.8)		
Evet	9 (45.0)	5 (31.3)		
İlacı Almayı Hatırlamada Problem			0.037	0.848^{+}
Hayır	13 (65.0)	9 (56.3)		
Evet	7 (35.0)	7 (43.8)		
İyi Hissettiğinde İlacı Bırakma			–	0.486*
Hayır	15 (75.0)	13 (81.3)		
Evet	5 (25.0)	3 (18.8)		
Yan Etkileri Nedeniyle İlacı Kullanmama			–	0.147*
Hayır	15 (75.0)	15 (93.8)		
Evet	5 825.0)	1 (6.3)		

**Mann Whitney U, +: Continuity correction, *: Fisher ki-kare testi istatistiği sonucudur.*

Eğitim sonrası değerlendirmede ise PÇE envanterinde YKT alt boyutunda (Z=2.670; p=0.007) ve toplam puanında (Z=2.869; p=0.003) yardım isteme grupları arasında anlamlı farklılık elde edilmiştir (Tablo 4.16). Diğer ölçek değerlendirmelerinin ise gruplarda benzer olduğu tespit edilmiştir (p>0.05).

Tablo 4. 17. Ölçek toplam puanları arasında ilişki incelemesi (n=36).

	Problem Çözme 1	**Zarit Bakım 2**	**Problem Çözme 2**
Zarit Bakım 1	rho=0.133; p=0.441	rho=0.738; **p<0.001**	rho= –0.131; p=0.446
Problem Çözme 1	–	rho= 0.030; p=0.864	rho=0.674 **p<0.001**
Zarit Bakım 2	–	–	rho= –0.002; p=0.992



Şekil 4.1. Ölçek toplam puanlarında birinci ve ikinci ölçümler arasındaki ilişki.

Her bir ölçeğin birinci ve ikinci ölçüm sonuçları arasında ilişki belirlenirken (p<0.05), ZBYÖ ve PÇE arasında anlamlı ilişki belirlenmemiştir (p>0.05) (Tablo 4.19, Şekil 4).

5.TARTIŞMA

Çalışmamızda deney grubunda ZBYÖ ortalaması deney öncesinde 46.17, deney sonrasında ise 38.83 ve kontrol grubunda ise 48.78 olarak bulunmuştur. Deney ve kontrol grubunun karşılaştırıldığında ise deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Şizofreni ailelerinin bakım yükünün incelendiği bir başka çalışmada ise bakım yükü puan ortalamaları 55.80 olarak bulunmuştur (7). Pakistan'da yapılan şizofreni ailelerine bakım veren aile üyelerine psikoeğitim verildiği ve bakım yükünün araştırıldığı bir başka çalışmada da ZBYÖ puanlarının karşılaştırılmasında eğitim sonrası ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (40). Tanrıverdi ve Ekinci'nin yaptığı çalışmada deney grubunun ZBYÖ ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı bir sonuç bulunmuş ve eğitim sonrası bakım yükünün anlamlı ölçüde azaldığı belirlenmiştir (41). Literatürde bakım yükü toplam ölçek puan değerlendirmelerinde çalışmamızla benzer olarak şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerine verilen hastalık bilgisi ve tedavisi ile ilgili eğitimin bakım yükü algısını önemli ölçüde azalttığı görülmüştür.

Şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin ZBYÖ ruhsal gerginlik alt ölçek puan ortalaması çalışmamızda deney grubunda 14,17, kontrol grubunda 17.17 ve ortalama olarak 15,67 olarak bulunmuştur. Bakım veren aile üyelerinin bakım yükünün değerlendirildiği bir başka çalışmada ise ruhsal gerginlik alt ölçek puanı 19.65 olarak bulunmuştur (40). Pazvantoğlu ve ark. yaptığı başka bir çalışmada ruhsal gerginlik alt ölçek puan ortalamasının 15.83 olduğu ve çalışmamızla benzer olduğu tespit edilmiştir (10).

ZBYÖ sinirlilik-kısıtlanmışlık alt ölçek puan ortalamaları çalışmamızda deney grubu için 6,11, kontrol grubu için 7,22 ve ortalama olarak 6,66 olarak tespit edilmiştir. ZBYÖ ile yapılan bir başka çalışmada çalışmamızdan farklı olarak sinirlilik-kısıtlanmışlık alt ölçek puanı 9,07 olarak bulunmuştur (7). Pazvantoğlu ve ark. yaptığı çalışmada ise ortalama 6,63 olarak belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde alt ölçek puanlarının farklı ve benzer olduğu çalışmaların varlığı

dikkat çekmektedir. Farklı sonuçların ortaya çıkmasında örneklem grubunun genişliği ve seçimi ile ilgili farklılıkların rol alabileceği düşünülebilir (30).

Şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin ilişkilerde bozulma alt ölçek puanları incelendiğinde deney grubu için 4,5, kontrol grubu için 6,5 olarak bulunmuş ve deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükünün araştırıldığı bir başka çalışmada kontrol grubu ortalaması ile uyumlu olarak ilişkilerde bozulma alt ölçek puanı 6.86, diğer bir çalışmada ise 6,63 olduğu tespit edilmiştir (7,10). Çalışmamızın toplumsal gerginlik alt ölçek puan ortalamalarının literatür ile benzer olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda ZBYÖ alt ölçeklerinden ekonomik yük ile ilgili veriler incelendiğinde deney grubu için ortalamanın 9,0, kontrol grubu için 12,22 olduğu ve deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılığın bakım veren aile üyelerinin çalışma oranlarındaki azlığa bağlı olabileceği varsayılmaktadır. ZBYÖ şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerine uygulandığı bir başka çalışmada ise kontrol grubu ile uyumlu olarak ekonomik yük alt ölçek puanı 13,03 olarak bulunmuştur (7). Pazvantoğlu ve ark. yaptığı bir başka çalışmada ise ekonomik yük alt ölçek puan ortalamasının 12.16 olduğu tespit edilmiştir (10). Literatürde tek grup ile yapılan araştırmaların ekonomik yük alt ölçek puan ortalamalarının kontrol grubunun ortalamaları ile benzer olduğu belirlenmiştir.

Şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükünün araştırıldığı bir çalışmada bağımlılık alt ölçek puan ortalaması 7,17, diğer bir çalışmada ise 6.53 olarak bulunmuştur (7,10). Çalışmamızda ise deney grubunda 5.00, kontrol grubunda 5,33 olduğu tespit edilmiştir. Sonuçlar karşılaştırıldığında çalışmamızda bağımlılık alt ölçek puanının daha az olduğu fark edilmiştir. Bu farklılığın örneklem seçimi ve uygulama arasındaki farklılığa bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda eğitim öncesi deney ve kontrol grubu PÇE toplam puan ve alt puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Deney grubuna verilen eğitim sonrasında deney ve kontrol grubunun PÇE alt ölçek ve toplam puanlarının karşılaştırılmasında da anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Yesufu-Udechuku ve ark. yaptığı meta analiz çalışmasında verilen eğitimin altı ay sonrasında stresle baş etme ve problem çözme becerilerinde gelişme olduğu ifade edilmiştir. Arabacı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada psikososyal uyum ölçeğinde deney ve kontrol gurubu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak çalışmanın literatür tartışması incelendiğinde yapılan araştırmalar aile üyelerine verilen eğitimin problem çözme becerilerini geliştirdiğini belirtmiştir (42).

Lloyd ve arkadaşlarının şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerine hastalık bilgisi ve tedavi yöntemleri hakkında eğitim verdiği çalışmada aile üyelerinin hastalığı bilme durumları ile psikotik olaylar ile ilgili sorunları çözme ve baş etme düzeyleri arasında anlamlı bir gark olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise deney ve kontrol grubu arasında eğitim sonrası problem çözme toplam ve alt puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamış ancak deney grubunun problem çözme becerilerinde bir artış olduğu tespit edilmiştir. İki çalışma arasındaki farkın örneklem genişliği, eğitim uygulamaları ve tekrar ölçümleri arasındaki farka bağlı olabileceği düşünülmektedir (43).

Cheng ve ark. bakım veren aile üyeleri ile yürüttüğü çalışmada deney ve kontrol grubundaki aile üyelerinin öz yeterlilik ölçek puanlarında önemli ölçüde farklılık olduğu belirlenmiştir. Özellikle problem çözme alt boyutunda deney grubunun kontrol grubuna göre daha fazla değişim sağladığı belirlenmiştir. Çalışmamızda ise problem çözme becerilerinin deney ve kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ancak deney grubunda problem çözme becerilerinin arttığı tespit edilmiştir Bu iki çalışma arasındaki farklılığın örneklem genişliğindeki farka bağlı olabileceği düşünülmektedir (44).

Çalışmamızda deney grubunun öncesi ve kontrol grubunun ilaç uyumu anketi sonuçları arasında anlamlı bir fark bulunmazken deney grubunun eğitim öncesi ve sonrası sonuçları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p:0.018). Eğitim sonrasında deney grubu ve kontrol grubu sonuçları karşılaştırıldığında ilaç uyumu konusunda deney grubunda artış olduğu ancak iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Deney sonrası farklılık olmaması verilen eğitimin süresi ve tekrar testlerinin uygulanamamasına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Yurtsever ve arkadaşlarının şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerine yaptığı psikoeğitimsel

bir çalışmada deney grubunun eğitim sonrası ilaç uyumunun arttığı ancak çalışmamızla benzer olarak deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (45).

Lı ve ark. şizofreni hastalarına bakım veren aile üyeleri ile yaptığı çalışmada eğitim sonrasında deney ve kontrol grubu arasında ilaç uyumu konusunda anlamlı bir fark bulunamamıştır ve bu sonucun uzun dönem hospitalizosyon, aile tutumu, kültürel yapı ve örneklem büyüklüğüne bağlı olabileceği belirtilmiştir (46).

Arabacı ve ark şizofreni aileleri ile ilgili yürüttüğü çalışmada psikososyal uyum ölçeği değerlendirmesinde çalışmamızdan farklı olarak deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Çalışmada literatür incelemesi göz önünde bulundurulduğunda çalışmamızdan farklı olarak verilen eğitimin uzun süreli kontrolünde aile üyelerinin ilaç tedavisi konusunda şizofreni hastalarını desteklediği belirtilmiştir (42).

Şizofreni hastalarına bakım veren aile üyeleri ile yürütülen psikoeğitimsel bir çalışmada 14 oturumdan oluşan eğitim uygulanmış ve altı ay oyunca izlenmiştir. Çalışmanın sonucunda çalışmamızla benzer olarak deney grubuna dahil edilen grupta ilaç uyumunun anlamlı ölçüde arttığı belirlenmiştir (32). Run ve ark. şizofreni ailelerine eğitim verilmesi ve takibi ile yaptığı çalışmada çalışmamızla uyumlu olarak aile üyelerine verilen eğitimin deney grubunda kontrol grubuna göre antipsikotik ilaç kullanımına uyumun daha fazla ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (47).

Çalışmamızda deney öncesinde ilaç uyumunun değerlendirmesinde %25'inin düşük ilaç uyumuna sahip olduğu bulunmuştur. Şizofreni hastalarının ailelerinin hastaların ilaç uyumunu değerlendirdiği bir çalışmada bakım veren aile üyelerinin bakım verdikleri bireylerin ilaç uyumunu %67.1'inin ilaçlarını düzensiz kullandığı %32.9'unun ise ilaçlarını düzenli kullandığı olarak değerlendirmiştir (32,48). Çalışmamızda ilaç uyumunu yüksek olarak değerlendiren aile üyesi bulunmamıştır. Bu farklılığın örneklem büyüklüğü, yürütülen tedavi yöntemi ve hastalık ve ilaç bilgisine yönelik bilgi düzeyindeki farklılığa bağlı olabileceği düşünülmektedir (48).

Lloyd ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada şizofreni hastalarına verilen hastalık bilgisinin bireylerin ilaç uyumunu arttırmada etkili olduğu tespit edilmiştir. Dixon ve ark. literatür taraması ile yaptıkları çalışmada ise aile üyelerine verilen düzenli ve uzun süreli eğitimlerin ilaç uyumunu önemli ölçüde etkilediği belirlenmiştir (49). Çalışmamızda hastalık bilgisi ilaç uyumu değerlendirmesinde deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Bu sonuç verilen eğitimin süresi ve deney ve kontrol gruplarının tekrar ölçümlerinin az olması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir (43).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerine verilen psikoeğitim workshop programının bakım yükü algısına, ilaç uyumunu değerlendirmesine ve problem çözme becerilerine etkisi ile ilgili şu sonuçlar elde edilmiştir;

6.1.1. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerine Verilen Psikoeğitim Workshop Programının Etkisi ile İlgili Sonuçlar

1. Çalışmada deney grubuna verilen eğitim sonrasında ZBYÖ toplam puanı ve ilişkilerde bozulma, ekonomik yük ve bağımlılık alt ölçek puanlarında ölçüde azalma olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

2. Eğitim sonrası deney ve kontrol grubunun ZBYÖ toplam puanları ve ekonomik yük, ilişkilerde bozulma alt ölçek puanlarında deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

3. Çalışmamızda eğitim sonrası 50 yaş ve altı bakım veren bireylerde ilişkilerde bozulma, ekonomik yük ve ZBYÖ toplam puanlarının 50 yaş ve üstü bakım veren aile üyelerinin puanlarına göre önemli ölçüde artış olduğu belirlenmiştir. Eğitim öncesi ilaç uyumunu değerlendirme 50 yaş altı bakım verenlerde iyi hissettiğinde ilacı bırakma ve yan etkileri nedeniyle ilacı kullanmama oranlarının 50 yaş üstü bakım verenlere göre anlamlı derecede yüksek olduğu eğitim sonrasında ise farkın anlamlı derecede azaldığı tespit edilmiştir ($p<0.05$).

4. Eğitim öncesi kadın ve erkek bireylerin ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmazken eğitim sonrası erkek bireylerin ruhsal gerginlik ve toplam bakım yükü algısında kadınlara göre önemli ölçüde fark olduğu ve daha fazla yük hissettikleri tespit edilmiştir ($p<0.05$).

5. Şizofreni hastalığı hakkında bilgisi olan bireylerin eğitim öncesinde problem çözme becerilerinde kişisel kontrol puanı hastalığı bilmeyen aile üyelerinin puanlarına göre anlamlı ölçüde fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Eğitim sonrasında hastalığı bilen aile üyelerinin daha önce hastalığı bilmeyen aile üyelerine göre daha fazla bakım yükü hissettiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). On yıldan daha az bakım veren aile üyelerinin iyi hissettiğinde ilacı bırakma oranının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

6. Eğitim öncesinde 10 yıldan daha az sürede bakım veren aile üyelerinin eğitim öncesi ruhsal gerginlik ve sinirlilik-kısıtlanmışlık alt boyutlarında daha fazla yük altında hissettiği ancak problem çözme becerileri puanlarının 10 yıldan daha fazla süredir bakım veren aile üyelerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim sonrasında ise 10 yıldan az bakım veren aile üyelerinin ruhsal gerginlik ve sinirlilik kısıtlanmışlık alt ölçek puanlarının önemli ölçüde azaldığı bulunmuştur ($p<0,05$).

7. Eğitim öncesinde bakım verme konusunda destek alan bireylerin bakım yükünün fazla, problem çöme becerileri puanlarının ise destek almayan gruba göre nispeten daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Eğitim sonrasında ise destek alan grubun bakım yükü puanları anlamlı düzeyde azalmış ve problem çözme becerileri önemli ölçüde artmıştır ($p<0.05$).

6.2.Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

1. Şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerine verilen ilaç eğitiminin ilaç uyumunu ve problem çözme becerilerini geliştirdiği ve bakım yükünü azalttığı belirlenmiş ve eğitim oturumlarında ilaç eğitiminin tek aşama ile verilmesinin daha etkili olacağı

2. Şizofreni hastalarına bakım veren hastalık bilgisine sahip, 50 yaş ve altı, erkek bireyler ve bakım verme konusunda destek alan bireylerde bakım yükünün daha fazla olduğu belirlenmiş ve bu grupta yer alan bireylerin eğitime dahil edilmesinin önemli olduğu

3. Sonuçlar doğrultusunda eğitim sonrası aile üyelerinin takip edilmesi ve eğitim oturumları ile yürütülen çalışmalarda eğitim sonrası belirli aralıklarla ölçüm yapılmasın gerekli olduğu

4. Türkiye'de bakım yükü ve hastaların ilaç uyumu ile ilgili birçok çalışma bulunurken aile üyelerinin problem çözme becerileri ve ilaç uyumunu değerlendirmeleri ile ilgili araştırmaların sınırlılığı dikkat çekmekte ve şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin problem çözme becerileri ve ilaç uyumunu değerlendirmeleri ile ilgili çalışmaların arttırılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Halter MJ, *Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing*, Third Education, New York, 2014. p. 782.

2. Yavuz R. Şizofreni. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 2008;Sempozyum(62):49–58.

3. Summakoğlu D, Ertuğrul B, Şizofreni ve Tedavisi, *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences*, 2018;43–61.

4. López-González I, Pinacho R, Vila È, Escanilla A, Ferrer I, Ramos B. Neuroinflammation İn The Dorsolateral Prefrontal Cortex İn Elderly Chronic Schizophrenia, *Eur Neuropsychopharmacol*, 2019;29(3):384–396.

5. Kaya Y, Global Social Functioning of Patients with Schizophrenia and Care Burden of Caregiving Relatives, *J Psychiatr Nurs*, 2018;10(1):28–38.

6. Çabuk M, Psikoeğitimin Şizofreni Ailelerinin Yük Algılarına Olan Etkisi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, 2014.

7. Kaya Y, Şizofreni Hastalarinin Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakim Veren Yakinlarinin Bakim Yükü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2013.

8. Penn DL, Guynan K, Daily T, Spaulding WD, Garbin CP, Sullivan M. Dispelling The Stigma Of Schizophrenia: What Sort Of İnformation İs Best? *Schizophrenia Bullettin*, 1994;20(3):567–578.

9. Gülseren L, Cam B, Karakoç B, Yiğit T, Danaci AE, Cubukçuoğlu Z, et al. Sizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 2010;21(3):203–212.

10. Pazvantoglu O, Sarisoy G, Boke O, Aker AA, Ozturan DD, Unverdi E. The Dimensions Of Caregiver Burden İn Schizophrenia: The Role Of Patient Functionality, *Dusunen Adam Dergisi*, 2014;27(1):53–60.

11. Rhee TG, Rosenheck RA. Does İmprovement İn Symptoms And Quality Of Life İn Chronic Schizophrenia Reduce Family Caregiver Burden?, *Psychiatry Research*, 2019;271:402–404.

12. Üçok A. Şizofreninin Erken Döneminde Klinik Özellikler ve Tedavi İlkeleri, *Klinik Psikiyatri*, 2008;11(Ek 1):3-8.

13. Hernandez M, Barrio C, Gaona L, Helu-Brown P, Hai A, Lim C. Hope and Schizophrenia in the Latino Family Context, *Community Ment Health Journal*, 2019;55(1):42–50.

14. Bademli K, Duman Z. Caregivers of Schizophrenia Patients. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 2013;5(4):461.

15. Medalia A, Revheim N, Casey M. The Remediation of Problem-Solving Skills in Schizophrenia, *Schizophrenia Bullettin*, 2001;27(2):259–267.

16. Bäuml J, Froböse T, Kraemer S, Rentrop M, Pitschel-Walz G, Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic İntervention For Patients With Schizophrenia And Their Families, *Schizophrenia Bullettin*, 2006;32.

17. Sin J, Gillard S, Spain D, Cornelius V, Chen T, Henderson C, Effectiveness of Psychoeducational İnterventions For Family Carers Of People With Psychosis: A Systematic Review And Meta-Analysis, *Clinical Psychology Review*, 2017;56(May):13–24.

18. Uygur B, Balci V, Adana F. ve ark, Şizofreni Hastalarinin Bakim VericIilerine Yapilan PsikoeğitimIin Hastalardaki Klinik Gidişe ve Bakim Vericilerin Duygu Dışavurumu, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi,* 2009;10(2):3–10.

19. Tel H, Terakye G, Şizofrenik Hasta Ailelerine Yönelik Bir Psikoeğitimsel Yaklaşım Uygulaması Denemesi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*,1(3):133–142.

20. Karakuş G, Kocal Y, Sert D, Şizofreni: Etyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi,* 2017;26(2):251–251.

21. Eren K, Şizofreni ve Cinsiyet Farklılıkları, Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Birimi, Uzmanlık tezi, İstanbul, 2006.

22. Shiraishi N, Reilly J. Positive And Negative İmpacts Of Schizophrenia On Family Caregivers: A Systematic Review And Qualitative Meta-Summary, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2019;54(3):277–290.

23. Binbay T ve ark, Türkiye ' de Psikoz Epidemiyolojisi : Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistematik Bir Gözden Geçirme, *Türk Psikiyatri Dergisi,* 2011;22(1):40–52.

24. Algönül Ö, Şizofreni Tanılı Hastalara Birincil Bakım Veren Bireylerin Duygu Dışavurumu Açısından Değerlendirilmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Işık Üniversitesi, 2017.

25. Misiak B, Stramecki F, Gawęda Ł, Prochwicz K, Sąsiadek MM, Moustafa AA, et al., Interactions Between Variation in Candidate Genes and Environmental Factors in the Etiology of Schizophrenia and Bipolar Disorder: a Systematic Review, *Mol Neurobiol*, 2018;55(6):5075–100.

26. Wang H, Xu J, Lazarovici P, Zheng W. Dysbindin-1 involvement İn The Etiology Of Schizophrenia, *International Journal of Molecular Sciences.* 2017;18(10):1–15.

27. Yıldız M. ve ark, Şizofreni Rehabilitasyonunda Aile ve Gönüllülerle Yürütülen Bir Kulüp-Ev Denemesi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2003; 14(4):281-287.

28. Jones C, Hacker D, Cormac I, Meaden A, Irving CB, Xia J et al, Cognitive Behavioral Therapy Plus Standard Care Versus Standard Care Plus Other Psychosocial Treatments for People with Schizophrenia, *Schizophrenia Bullettin*, 2019;45(2):284–286.

29. Bademli K, Duman Z, Aileden Aileye Destek Programına İlişkin Deneyimler, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi,* 2014;7(2):115–118.

30. Norman R, Lecomte T, Addington D, Anderson E. Canadian Treatment Guidelines on Psychosocial Treatment of Schizophrenia in Adults, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2017;62(9):617–623.

31. Doğan S, Doğan O, Tel H, Coker F, Polatoz O, Basegmez FD. Psychosocial Approaches İn Schizophrenia: Outpatients, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2002;3(2):69–74.

32. Yıldırım A, Ekinci M. Ruhsal Eğitimin Şizofreni Hastalarının Ailelerinin Aile İşlevleri, Hastaların Sosyal Destek Düzeyleri Ve Tedaviye Uyum Üzerine Etkisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2010;11(3):195–205.

33. Çetin N, Demiralp M, Oflaz F, Özşahin A. Şizofreni Hastalarinin Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi ile Aile Üyelerinin Bakim Yükü Ve Dişa Vuran Duygu Durumu Ilişkisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2013;14(1):19–26.

34. Duman Z. Families of Chronic Psychiatric Patients. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 2013;5(1):78.

35. Arslantaş H, Adana F, Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011;3(2):251–277.

36. Türkiye Cumhuriyeti Milli Eğitim Bakanlığı, Sekreterlik ve Büro yönetimi, Problem Çözme, 2008.

37. Taşçı S. Hemşirelikte Problem Çözme Süreci, *Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2005;14(Ek Sayı:Hemşirelik Özel Sayısı):73–78.

38. Guner P. 44. Güner P, Sorunlarla Etkili Baş Etme Yolu: Problem Çözme, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt: 3, Sayı: ı, 2000; 62–67.

39. Şengün F, Altıok H, Üstün B, Kanita Dayali Bir Uygulama: Psikoeğitim. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,* 27 (3) : 66-74, 2011.

40. Nasr T, Kausar R. Psychoeducation And The Family Burden İn Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial, *Annals of General Psychiatry,* 2009;8:1–6.

41. Tanriverdi D, Ekinci M. The Effect Psychoeducation İntervention Has On The Caregiving Burden Of Caregivers For Schizophrenic Patients İn Turkey, *International Journal of Nursing Practice,* 2012;18(3):281–288.

42. Baysan Arabacı L. Effects of Psychoeducation Applied to Caregivers of Patients Diagnosed with Chronic Psychiatric Disorder on Caregivers' Difficulties and Psychosocial Adaptations, *Journal of Psychiatric Nurs.* 2018;9(3):175–185.

43. Lloyd J, Lloyd H, Fitzpatrick R, Peters M. Treatment Outcomes İn Schizophrenia: Qualitative Study Of The Views Of Family Carers. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):1–10.

44. Cheng LY, Chan S, Psychoeducation Program For Chinese Family Carers Of Members With Schizophrenia, *Western Journal of Nursing Research,* 2005;27(5):583–599.

45. Yurtsever E, Tarlaci N, Kamberyan K, Yaman M. Ruh Hastalıklarının Tedavisinde Psikososyal Bir Boyut: Psikoeğitimsel Bir Model, *Düşünen Adam Dergisi*, 2001;14(1):33–40.

46. Li Z, Arthur D. Family Education For People With Schizophrenia İn Beijing, China: Randomised Controlled Trial, *Brıtısh Journal Of Psychıatry,* 2005;187(OCT.):339–345.

47. Ran MS, Xiang MZ, Chan CLW, Leff J, Simpson P, Huang MS, et al, Effectiveness Of Psychoeducational İntervention For Rural Chinese Families Experiencing Schizophrenia - A Randomised Controlled Trial., *Psychological Medicine,* 2003;38(2):69–75.

48. Tel H, Doğan S, Özkan B, Sibel Ç. Hasta Yakınlarına Göre Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Uyumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2010;1(1):7–12.

49. Dixon L, Adams C, Lucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia, *Schizophrenia Bullettin,* 2000;26(1):5–20.

50. Özkan B, Şizofreni Hastası Ve Bakım Vericisine Verilen Psikoeğitim Ve Telepsikiyatrik İzlemin Hasta İşlevselliği Ve İlaç Uyumu İle Aile Yükü, Depresyon Ve Duygu Dışavurumuna Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktor tezi, Kayseri: T.C. Erciyes Üniversitesi, 2011.

51. Yuksel CT, Oflaz F, Assessing Medicine Management Education İn Psychiatric İnpatients Who Use Antipsychotic Medicine, *Jornal of Psychiatric Nurs*, 2012;3(2):67–67.

52. Yıldız M, Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitiminde İçerik ve Etkinlikler, *Klinik Psikiyatri*, 2011; 4:119-123.

53. Kelleci M, Doğan S, Ata EE, Avci D, Sabancioğullari S, Başeğmez F, et al, Bir Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Psikotrop İlaç Kullanma Hakkında Düşünceleri ve Taburculuk Sonrası Telefonla İzlem, *Jorunal of Psychiatric Nurs*. 2011;2(3):128–135.

54. Belene E, Şizofreni'de Anksiyete Belirtilerinin, Pozitif, Negatif ve Depresif Belirtiler, İntihar Düşüncesi, İçgörü Ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 9. Psikiyatri Bölümü, Uzmanlık tezi, İstanbul, 2009.

55. Soylu C, Pala FC. Problem Çözme Performansında Yaşa Bağlı Farklılıklar. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 2018;10(3):280–291.

56. Çobanoğlu Üstünsoy ZS, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları, *Düşünen Adam Dergisi*, 2003;16(4):211–218.

57. Gonzalez I. Ve ark, Neuroinflammation İn The Dorsolateral Prefrontal Cortex İn Elderly Chronic Schizophrenia, *European Neuropsychopharmacology*, 2019, 29, 384–396.

58. Gupta S, Kulhara P, What İs Schizophrenia: A Neurodevelopmental Or Neurodegenerative Disorder Or A Combination Of Both? A Critical Analysis, *Indian J Psychiatry*, 2010, Jan-Mar; 52(1): 21–27.

59. Penn D. Ve ark, Dispelling The Stigma Of Schizophrenia: What Sort Of Information Is Best? , *Schizophrenia Bulletin*, 1994, 20(3): 567-577.

60. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu, E, Hekimler Yayın Birliği, 2014, Ankara.

61. Tiihonen J. Ve ark. Real-World Effectiveness of Antipsychotic Treatments in a Nationwide Cohort of 29 823 Patients With Schizophrenia, *JAMA Psychiatry.* 2017;74(7):686-693.

62. Alpay N, Ceylan E, Antipsikotik İlaçlar, Erişim: http://www.dusunenadamdergisi.org/tr/DergiPdf/DUSUNEN_ADAM_DERGISI_1ed033c0efab46d181c271de7456403d.pdf, Erişim Tarihi:18.02.2019.

63. Şizofreni Dostları Derneği, İlaç Tedavisi, 2015, Erişim: http://www.sizofrenidostlaridernegi.org/ilac-tedavisi.html, Erişim Tarihi: 18.02.2019.

64. Özlü A, Yıldız M, Aker T, Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni Hasta Yakınlarında Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, *Nöropsikiyatri Arfşivi*, 2009, 46 Özel Say›: 38-42.

65. Abaan S, Altıntoprak A, Hemşirelerde Problem Çözme Becerileri: Öz Değerlendirme Sonuçlarının Analizi, *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005 , 62–76.

66. İşmen E, Duygusal Zeka ve Problem Çözme, *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi,* 2001, Sayı 13, Sayfa : 111-124.

67. Yıldırım J, Calt A, Ardahan M, Problem-Solving Skills Of University Nursing Students And Factors Affecting Them: A Cross-Sectional Study, *Jorunal of Pakistan Medical Association,* February 2018, Vol. 69, No. 02.

68. Dündar S, Üniversite Öğrencilerinin Kişilik Özellikleri İle Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* 2009, Cilt:24, Sayı:2.

69. Bayındır S, Ünsal A, Sık Görülen Ruhsal Hastalıklardaki Hemşirelik Tanı ve Girişimleri, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(2): 115-119, 2016.

70. Aydın A. ve ark, Şizofreni Hastalarında Bakım Veren Külfet Düzeyinin, Sosyodemografik Değişkenler ve Hastaların Özellikleri ile İlişkisi, *Noropsikiyatri Arşivi,* 2009, 46 Özel Sayı, 10-14.

71. Bademli K, Duman Z, Şizofreni Hastalarının Bakım Verenlerine Uygulanan Aileden Aileye Destek Programları: Sistematik Derleme, *Türk Psikiyatri Dergisi,* 2011, 22.

72. Duman Z. ve ark, Şizofreni Hastalarına Ve Ailelerine 'Bağımsız Ve Sosyal Yaşam Becerileri Topluma Yeniden Katılım Programı' Uygulaması, İzlenmesi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi,* 2007, 8:91-99.

73. Çetin N. Ve ark, Şizofreni Hastalarının Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi İle Aile Üyelerinin Bakım Yükü Ve Dışa Vuran Duygu Durumu İlişkisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi,* 2013, 14:19-26.

74. Yener Y. ve ark, Şizofrenlerin Aile Bireylerinde Görülen Ruhsal Bozuklukların Ve Belirtilerin İncelenmesi, *Düşünen Adam Dergisi,* 1991, 4(3): 21-31.

75. Kardorff E, Soltaninejad A, Kamali M, Family Caregiver Burden İn Mental İllnesses: The Case Of Affective Disorders And Schizophrenia – A Qualitative Exploratory Study, *Nordic Journal of Psychiatry,* 2016, Vol. 70, No. 4, 248–254.

76. McFarlane W, Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review, *Fam Proc*, 2016, 55:460–482.

77. Gülseren L, Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular,Gereksinimler, *Türk Psikiyatri Dergisi,* 2002, 13(2):143-151.

78. Dixon B, Lehman A, Family Interventions for Schizophrenia, *Schızophrenıa Bulletın,* 1995, vol. 21, no 4.

79. Sharif F, Shaygan M, Mani A, Effect Of A Psycho-Educational İntervention For Family Members On Caregiver Burdens And Psychiatric Symptoms İn Patients With Schizophrenia İn Shiraz, Iran, *BMC Psychiatry*, 2012, 12:48.

80. Magliano L. ve ark, Patient Functioning and Family Burden in a Controlled, Real-World Trial of Family Psychoeducation for Schizophrenia, *Psychiatric Services,* 2006, 57:1784–1791.

81. Chien W, Wong K, A Family Psychoeducation Group Program for Chinese People With Schizophrenia in Hong Kong, *Psychiatric Services*, 58:1003–1006, 2.

82. Gupta S, Kulhara P, What İs Schizophrenia: A Neurodevelopmental Or Neurodegenerative Disorder Or A Combination Of Both? A Critical Analysis, *Indian Journal of Psychiatry*, 2010, Jan-Mar, 52(1).

83. Alanen Y, *Schızophrenia*, Kamac Books Ltd, Published by Routledge, translated by Sirkka-Liisa Leinonen, 2018: 297.

84. Greenwood T. ve ark, Genetic assessment of additional endophenotypes from the Consortium on the Genetics of Schizophrenia Family Study, *Schizophrenia Research*, 2015; xxx, xxx–xxx.

85. Mizrahi R, Social Stress and Psychosis Risk: Common Neurochemical Substrates?, *Neuropsychopharmacology*, 2016, 41, 666–674.

86. Haley J, Problem Çözme Terapisi, PEGEM Akademi, 2. Baskıdan Çeviri, Çev. Aslı Uz Baş, Vadi Grup Ciltevi A.Ş, 2016, syf 223; 231.

87. Yıldırım B, Özkahraman Ş, Hemşirelikte Problem Çözme, *S.D.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi,* 2011, Cilt 2, Sayı 3.

88. Taktak Ş. Ve ark, Şizofren Olgularda Aile İşlevselliğinin Algılanması, Sosyodemografik Ve Klinik Özelliklerle İlişkisi Üzerine Bir Çalışma, *Düşünen Adam Dergisi,* 2000, 13(4):196-203.

89. Tüzer V. Ve ark, Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı ve Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi, *Klinik Psikiyatri,* 2003, 6:198-203.

90. Yıldırım A. Ve ark, Şizofreni Hastalarının Ailelerine Uygulanan Aileden Aileye Destek Programının Hastalık Hakkında Bilgi, Aile Yükü ve Öz Yeterlilik Üzerine Etkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi,* 2013.

8. EKLER

EK-1. T.C. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurul Onayı

320

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)
ETİK KURULU
PROJE ONAY BELGESİ

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi ...Sağlık Bilimleri..... Fakültesi/Enstitüsü.....Hemşirelik..... bölümü akademisyenlerinden / öğrencilerinden.....Damla POLAT.....'in, ... Şizofreni Hastalarının Ailelerine Psikobiyolojik Yaklaşıma Göre Verilen Hastalık Ve İlaç Eğitiminin Problem Çözme Becerilerine Etkisi.....adlı araştırması değerlendirilmiştir.*(Bu kısım başvuru sahibi tarafından doldurulmalıdır)*

Proje etik açısından uygun bulunmuştur. ☑
Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir. ☐
Proje etik açısından uygun bulunmamıştır. ☐

AYBÜ ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (Yıl – Araştırma sıra no)	2018-349
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	19.10.2018
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	27.11.2018-23
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Esenboğa Külliyesi
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır.

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	**Başkan**	
Prof. Dr. Tekin AKDEMİR	**Üye**	
Prof. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM	**Üye**	
Prof. Dr.Seldağ GÜNEŞ PESCHKE	**Üye**	
Yrd. Doç. Dr. Özge GÖKBULUT ÖZDEMİR	**Üye**	
Yrd. Doç. Dr. Fatma DOĞAN GÜZEL	**Üye**	
Yrd. Doç. Dr. Behlül TOKUR	**Üye**	
Yrd. Doç. Dr. Şule ÇEKİÇ KAYA	**Üye**	
Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN	**Üye**	

9

EK-2. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Kurum İzni

ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
23/01/2019 09:48 - 28295788 - 799 - E.1114
00085741330

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 28295788-799
Konu : Damla POLAT (Tez Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 15/01/2019 tarihli ve 90169164-799-63 sayılı yazınız.

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans programına kayıtlı Damla POLAT'ın "Şizofreni Hastalarının Ailelerine Psikobiyolojik Yaklaşıma Göre Verilen Hastalık ve İlaç Eğitiminin Problem Çözme Becerilerine Etkisi" konulu tez çalışmasına ait dosya eki Hastanemiz Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği İdari Sorumlu ve Program Yöneticisi Prof. Dr. Ali ÇAYKÖYLÜ tarafından sağlık tesisimizin fiziki, idari ve teknik altyapı yönünden incelenmiş olup, çalışmanın hastanemizde yapılması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Prof.Dr. Kasım KILIÇARSLAN
Başhekim

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Şube
Telefon: Faks No:
e-Posta: sevilay.basyavsan@saglik.gov.tr İnternet Adresi: sevilay.basyavsan@saglik.gov.tr
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 7a[illegible] erişilebilir.

Bilgi için: Sevilay BAŞYAVŞAN
SEKRETER
Telefon No: 3122912525-4064

EK-3. Ankara Şehir Hastanesi Kurum İzni

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA ŞEHİR HASTANESİ -
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
30/07/2019 21:19 - 72300690 - 799 - E.11394
00098412655

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Şehir Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 72300690-799
Konu : Damla POLAT (Tez Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 05.07.2019 tarih ve 35640939-799-E.1118 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans programına kayıtlı Damla POLAT'ın 'Şizofreni Hastalarının Ailelerine Psikobiyolojik Yaklaşımına Göre Verilen Hastalık ve İlaç Eğitiminin Problem Çözme Becerilerine Etkisi" konulu tez çalışması yapma talebi, Hastanemiz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulumuzun 29.07.2019 tarih ve 6 sayılı toplantısında görüşülmüş olup, uygunluğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi arz ederim.

e-imzalıdır.
Op. Dr. Aziz Ahmet SUREL
Koordinatör Başhekim

Üniversiteler Mahallesi Bilkent Cad.No:1 Çankaya/ANKARA
Telefon: Faks No:
e-Posta: seher.atalay@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
Bilgi için: Seher ATALAY
TIBBİ SEKRETER
Telefon No: (0 312) 552 60 00
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 1d32f24a-c9dd-4231-8897-8d32596d1429 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-4. Çalışmaya Katılmayı Kabul Eden Bireyler İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu çalışma, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsüne bağlı olarak Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek lisans programı çerçevesinde yürütülen bir tez çalışmasıdır. Bu çalışma, şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerine psikoeğitim programı uygulanarak problem çözme becerileri, ilaç uyumunu değerlendirme ve bakım yükünün belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Soruların, doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Sizin içten ve gerçek cevaplar vermeniz araştırmadan elde edilen verilerin geçerli ve güvenilir olmasını sağlayacaktır. Çalışmada sizden kimliğinizi belirleyici bilgiler istenmemektedir. Cevaplarınız saklı tutulacak ve bütün cevaplar araştırma amacıyla değerlendirilecektir. Bu çalışmada üç tane anket yer almaktadır. Gösterdiğiniz ilgi, yardım ve iş birliği için teşekkür ederim.

Araştırmacı: Damla POLAT

Danışman: Doç. Dr. Birgül Özkan

Çalışmanın adı: Şizofreni Hastalarının Ailelerine Psikobiyolojik Yaklaşıma Göre Verilen İlaç Eğitiminin Problem Çözme Becerisine Etkisi

Çalışmanın amacı: Araştırma şizofreni hastalarına bakım veren bireylere tedavi süreci hakkında bilgi verilerek problem çözme becerilerinin belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Araştırma sonucunda aile üyelerinde görülen ruhsal ve sosyal problemlere yönelik problem çözme becerisiyle etkili baş etmelerini sağlamak amaçlanmaktadır.

Yukarıda yer alan ve verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

EK-5. Sosyodemografik Özellikler Formu

1-Doğum Tarihiniz: …….

2-Cinsiyetiniz:

Kadın ( ) Erkek ( ) Belirtmek İstemiyorum ( )

3-Medeni durumunuz:

Evli ( ) Bekar ( ) Dul ( )

4-Hastaya yakınlık durumunuz:

Annem ( ) Babam ( ) Çocuğum Eşim ( ) Kardeşim ( ) Diğer:……

5-Eğitim düzeyiniz (Mezun olunan okula göre yanıtlanacaktır):

Okur-Yazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Lisansüstü ( )

6-Çalışma durumunuz:

Çalışıyorum ( ) Çalışmıyorum ( ) Emekli ( )

7-Çalışıyor iseniz ne iş yapıyorsunuz:

Memur ( ) Ticaret ( ) Serbest Meslek ( ) Diğer:.....

8-Aylık geliriniz :

500-999 ( ) 1000-1499 ( ) 1500-1999 ( ) 2000 ve üzeri ( )

9-Evde kaç kişi yaşıyorsunuz: ……

10-Bakım verdiğiniz hastaya teşhisin konulduğu tarih(yıl olarak yazılacaktır):.....

11-Kaç yıldır bakım veriyorsunuz: ……...

12-Bakım verirken diğer aile üyelerinden yardım alıyor musunuz: Evet ( ) Hayır ( )

13-Eğer yardım alıyorsanız kimlerden yardım alıyorsunuz: ……

14-Ailenizde başka ruhsal hastalığı olan birey var mı: Evet ( ) Hayır ( )

15-Şizofreni hastalığının ne olduğunu biliyor musunuz: Evet ( ) Hayır ( )

16-Hastalık ve yaşadığınız süreçle ilgili herhangi bir derneğe üye veya herhangi bir etkileşim grubuna(grup terapisi) katılıyor musunuz? Evet ( ) Hayır ( )

EK-6. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Bireylerin İlaç Uyumunu Değerlendirmesi Anketi

Şizofreni hastalığına sahip bireye bakım veren olarak aşağıda hasta bireylerin ilaç kullanma davranışlarıyla ilgili çeşitli sorular yer almaktadır. Bakım verici olarak bakım verdiğiniz bireyin ilaç kullanımını değerlendiriniz. Lütfen her maddeyle ilgili düşüncenizi yandaki kutuya işaretleyiniz.

SIRA NO	**SORU**	**EVET**	**HAYIR**
1	Bakım verdiğiniz birey İlaç almayı unuttuğu zamanlar olur mu?	O	O
2	Bakım verdiğiniz birey ilacı alması gereken zaman konusunda hatırlama problemi yaşadığını ifade ediyor mu?	O	O
3	Bakım verdiğiniz birey kendini iyi hissettiğinizde ilacını almayı kesiyor mu?	O	O
4	Bakım verdiğiniz birey ilaç aldığında kötü hissettiği için ilacını almayı bırakıyor mu?	O	O

EK-7. Zarit Bakım Yükü Ölçeği

Aşağıda insanların bir başka insanın bakımını üstlendiğinde kendini nasıl hissedebileceğini yansıtan ifadelerden oluşan bir liste yer almaktadır. Her ifadeden sonra sizin ne kadar sık böyle hissettiğinizi belirtin: Asla, nadiren, ara sıra, oldukça çok, nerdeyse her zaman şeklinde. Yanlış ya da doğru cevap bulunmamaktadır.

	Asla	Nadiren	Ara Sıra	Oldukça Sık	Neredeyse Her Zaman
1-Yakınınızla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
2- Yakınınıza bakma ve aileniz ya da işiniz ile ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
3- Yakınınızla birlikteyken kızgınlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
4- Yakınınızın şu anda ailenizin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkilerinizi olumsuz şekilde etkilediğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
5- Yakınınızın geleceği ile ilgili korkularınız olur mu?	1	2	3	4	5
6- Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
7- Yakınınızla birlikteyken kısıtlanmışlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
8- Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
9- Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
10- Yakınınıza bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
11- Yakınınız nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?	1	2	3	4	5

12- Yakınınızın sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğini hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
13- Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınınıza bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
14- Yakınınız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
15- Yakınınızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?	1	2	3	4	5
16 -Yakınınızla ilgili ne yapacağınız konusunda karasızlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
17 -Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
18- Yakınınızın bakımı ile ilgili olarak daha iyisini yapabilirdim diye düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
19- Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınızın bakımı ile ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?	1	2	3	4	5

EK-8. Problem Çözme Envanteri

PROBLEM ÇÖZME ENVANTERİ

İnsanlar kişisel sorunlara farklı tepkilerde bulunurlar. Bu envanterde verilen ifadeler insanların kişisel sorunlarına ve günlük hayattaki problemlerine nasıl tepkide bulundukları ile ilgilidir. Lütfen aşağıdaki maddelere gerçekçi bir bakış açısıyla cevap veriniz. Verdiğiniz cevaplar sizin günlük yaşamda karşılaştığınız problemlere nasıl tepki verdiğinizi ve çözüm için yaptıklarınızı yansıtmalıdır.

Her bir ifadeyi okuyarak, verilen ifade ile ne kadar uzlaştığınızın veya uzlaşmadığınızın derecesini yanındaki ölçek üzerinde işaretleyiniz. Cevaplarken her bir ifadenin yanındaki rakamlardan birinin üzerine çarpı işareti koyunuz.

1	2	3	4	5	6
Tamamen Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Çok az Katılıyorum	Çok az Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum

1. Bir sorunun çözümünde başarısızlığa uğradığımda neden böyle sonuçlandığını düşünmem..... 1 2 3 4 5 6
2. Karmaşık bir problemle karşılaştığım zaman, sorunum ne olduğunu belirlememe yardımcı olacak bilgileri toplamak için bir strateji geliştirmeye vakit ayırmam..... 1 2 3 4 5 6
3. Bir sorun çözmede ilk çabalarım başarılı olmazsa, sorunumla başa çıkabilme yeteneğimden kuşkulanmaya başlarım..... 1 2 3 4 5 6
4. Bir sorunu çözdükten sonra, neyin yanlış neyin doğru gittiğini analiz etmem (düşünmem)..... 1 2 3 4 5 6
5. Genellikle sorunlarımı çözebilmek için yaratıcı ve etkili seçenekler bulabilirim..... 1 2 3 4 5 6
6. Bir sorunu çözmek için belli bir yol izledikten sonra, beklediğim sonuçla ortaya çıkan sonucu karşılaştırırım..... 1 2 3 4 5 6
7. Bir sorunum olduğunda, sorunu çözmek için çeşitli seçenekleri artık aklıma başka bir yol gelmeyinceye kadar düşünürüm..... 1 2 3 4 5 6
8. Bir sorunla karşılaştığımda, problem durumu ile ilgili olarak neler olup bittiğini anlamak için sürekli olarak duygularımın ne olduğunu anlamaya çalışırım. 1 2 3 4 5 6
9. Bir sorun aklımı karıştırdığında, belirsiz düşünce ve duygularım üzerinde düşünerek bunları somut bir şekilde açıklığa kavuşturmaya çalışırım..... 1 2 3 4 5 6
10. Başlangıçta çözümü mümkün gibi görünmese bile pek çok sorunu çözebilme yeteneğim vardır..... 1 2 3 4 5 6
11. Karşılaştığım sorunların çoğunun çözümü, bana çok zor gelir..... 1 2 3 4 5 6

1 Tamamen Katılıyorum	2 Kısmen Katılıyorum	3 Çok az Katılıorum	4 Çok az Katılmıyorum	5 Kısmen Katılmıyorum	6 Tamamen Katılmıyorum

12.Bir sorunla karşılaştığımda sorunu çözmek için aklıma ilk gelen şeyi yapma eğilimindeyimdir..... 1 2 3 4 5 6

13.Bir problemi çözerken kararlar alırım ve sonunda bunlardan mutlu olurum..... 1 2 3 4 5 6

14.Küçük ya da büyük olsun sorunlarımı çözmek için zaman ayırmam, herşeyi oluruna bırakırım..... 1 2 3 4 5 6

15.Bir soruna çözüm yolları düşünürken, tek tek her seçeneğin başarılı olma şansını gözönüne alarak değerlendirme yapmam..... 1 2 3 4 5 6

16.Bir sorunla karşılaştığım zaman, ondan sonraki adımın ne olacağına karar vermeden önce üzerinde düşünürüm..... 1 2 3 4 5 6

17.Bir problemi çözerken genellikle aklıma ilk gelen fikri uygularım..... 1 2 3 4 5 6

18.Bir karar verirken, seçenekleri karşılaştırırım ve her birinin diğerine göre sonuçlarını tartarım..... 1 2 3 4 5 6

19.Bir sorunu çözmek için plan yaptığımda, bu planın işe yarayacağından oldukça emin olurum..... 1 2 3 4 5 6

20.Küçük ya da büyük olsun bir sorunu düşünürken aklıma pek fazla seçenek gelmez..... 1 2 3 4 5 6

21.Belli bir davranışın sonucunu tahmin etmeye çalışırım..... 1 2 3 4 5 6

22.Bir sorunu çözmeye çalışırken sıklıkla başvurduğum bir yol, geçmişteki benzer problemleri düşünmektir.... 1 2 3 4 5 6

23.Yeterli çaba gösterdiğimde ve zamanım olduğunda, karşılaştığım bütün sorunları çözebileceğime inanırım..... 1 2 3 4 5 6

24.Değişik bir durumla karşılaşsam da ortaya çıkabilecek problemleri halledeceğimden eminim..... 1 2 3 4 5 6

1 Tamamen Katılıyorum	2 Kısmen Katılıyorum	3 Çok az Katılıyorum	4 Çok az Katılmıyorum	5 Kısmen Katılmıyorum	6 Tamamen Katılmıyorum

25. Bir sorunu çözmek için uğraşırken bazen körükörüne dolandığımı, asıl konuya bir türlü ulaşamadığımı hissederim..... 1 2 3 4 5 6

26. Bir sorunla karşılaştığımda, ani kararlar veririm ve sonra yaptığımdan pişman olurum..... 1 2 3 4 5 6

27. Yeni ve zor sorunları çözme yeteneğime güvenirim..... 1 2 3 4 5 6

28. Seçenekleri karşılaştırmak ve karar vermek için sistematik bir yöntem kullanırım..... 1 2 3 4 5 6

29. Bir problemi halletme yollarını düşünürken işe yarayacak bir çözümü bulmak için değişik seçeneklerdeki fikirleri nadiren birleştiririm..... 1 2 3 4 5 6

30. Bir sorunla karşılaştığım zaman, çevremdeki dış etmenlerin bu soruna ne gibi katkıları olduğunu nadiren düşünürüm..... 1 2 3 4 5 6

31. Bir sorunla karşılaştığım zaman, genellikle ilk yaptığım şey ilgili bilgileri toparlamak ve durumu gözden geçirmektir..... 1 2 3 4 5 6

32. Bazen duygusal bakımdan öyle yüklü olurum ki, belli bir sorunu çözmeme yarayacak seçenekleri göremem..... 1 2 3 4 5 6

33. Bir karar verdikten sonra, beklediğim sonuçla gerçekleşen sonuç genellikle aynıdır..... 1 2 3 4 5 6

34. Bir sorunla karşılaştığımda, bunu çözebileceğimden pek emin olamam..... 1 2 3 4 5 6

35. Bir sorun olduğunu farkettiğimde, yaptığım ilk şeylerden birisi, sorunun ne olduğunu tam olarak anlamaya çalışmaktır..... 1 2 3 4 5 6

Y. Ö.
Yükseköğretim Kurulu
Merkez

ŞİZOFRENİ HASTALIĞI, AİLE VE PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİ PSİKOEĞİTİM KİTAPÇIĞI



HAZIRLAYAN:
Damla POLAT

DANIŞMAN: DOÇ. DR. Birgül ÖZKAN

TC. ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTÜTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

İÇİNDEKİLER

- Şizofreni Hastalığı
- Şizofreni Hastalığının Sebepleri
- Şizofreni Hastalığının Belirtileri
- Hastalığın Seyri
- Şizofreni Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar
  * İlaç Tedavisi
  * Antipsikotiklerin Yan Etkileri
  * İlaç Kullanımının Gerekliliği ve Önemi
  * İlaç Tedavisi ve Negatif Semptomlar
  * İlaç Tedavisinin Değerlendirilmesi/ İlaç Tedavisine Uyumsuzluk ve Görülen Durumlar
- Bilişsel Tedavi Yaklaşımları
- Şizofreni Hastalığı ve İletişim
- Bakım Kavramı ve Bakım Yükü
- Problem Çözme Tekniği

1. Şizofreni Hastalığı



Şizofreni bireylerde düşünce, duygu, davranış ve işlevsel bozukluklarla seyreden kronik, tekrarlayan ruhsal bir bozukluktur. Şizofreni hastalığına sahip bireyler dış dünyayı kendi iç dünyasındaki duygu ve düşünceler ile yorumlar ve bu doğrultuda hareket eder. Örneğin, bireyin kanıt olmadığı halde başkalarının onu takip ettiğine inanması, kimsenin duymadığı sesler duyması veya kimsenin görmediği nesne ve kişileri görmesi gibi durumlar görülebilmektedir. Şizofreni hastalarında görülen bu duru psikoz olarak adlandırılır ve psikoz rüyayı günlük yaşamda uyanıkken görmeye benzetilir.

Şizofreni bireyin dış dünyadan kendini soyutlayarak iç dünyasına döndüğü psikotik bir bozukluktur. Birey kişilerarası ilişkilerden kopar ve bireyde duyguların ifade edilmesinde bozukluklar, engellenemeyen hareketler, dikkat ve yoğunlaşma ile ilgili problemler görülebilmektedir. Bu nedenle şizofreni hastalığı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürmelerini engelleyen ruhsal bir bozukluktur.

Hastalık genellikle erken yaşta (15-40) başlar ve yavaş ilerler. Semptomların şiddetlenmesi sonucunda bireye tanı konulmaktadır. Semptomların ortaya çıkmasından önce bireylerde mistik konulara eğilim, obsesif veya depresif şikayetler görülebilmektedir.

Şizofreni hastalığının belirtileri tedavi yöntemleri ile kontrol altına alınabilmektedir. Ancak unutulmamalıdır ki tansiyon veya şeker hastalığı gibi şizofreni hastalığı da yaşam boyu devam etmektedir.

2. Şizofreni Hastalığının Sebepleri

Şizofreninin nedeni tam olarak aydınlatılamamıştır. Ancak şizofreninin birçok farklı etkene dayalı olduğu düşünülmektedir.

Şizofreniye neden olan durumlar;

- Genetik
- Beyindeki (psikobiyolojik) değişimler
- Çevresel faktörler

Genetik faktörler; Şizofreni hastalığına sahip bireylerin ailelerinde bu hastalığın daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Aile üyelerinden birinin şizofreni hastalığına sahip olması diğer aile üyelerinde de %100 görüleceği anlamına gelmez. Toplumun genelinde şizofreni hastalığının görülme olasılığı %1 iken, aile üyelerinden birinde hastalığın görülmesi ile olasılık %12'ye çıkmakta, anne ve babanın her ikisi de hasta ise bu olasılık %35–45 arasında olmaktadır.

Genetik faktörlerin araştırıldığı son dönem çalışmalarda şizofreni hastalığının ortaya çıkmasında yaklaşık %20 oranında genetik faktörlerin rol aldığı belirlenmiştir. Genetik faktörler ile ilgili yapılan bir çalışmada genetik yapıdaki bozulmaların şizofreni hastalığının ortaya çıkmasında ekili olduğu belirlenmiştir. Ancak yapılan genetik araştırmalarda şizofreni hastalığına neden olan genetik faktör bulunamamıştır.

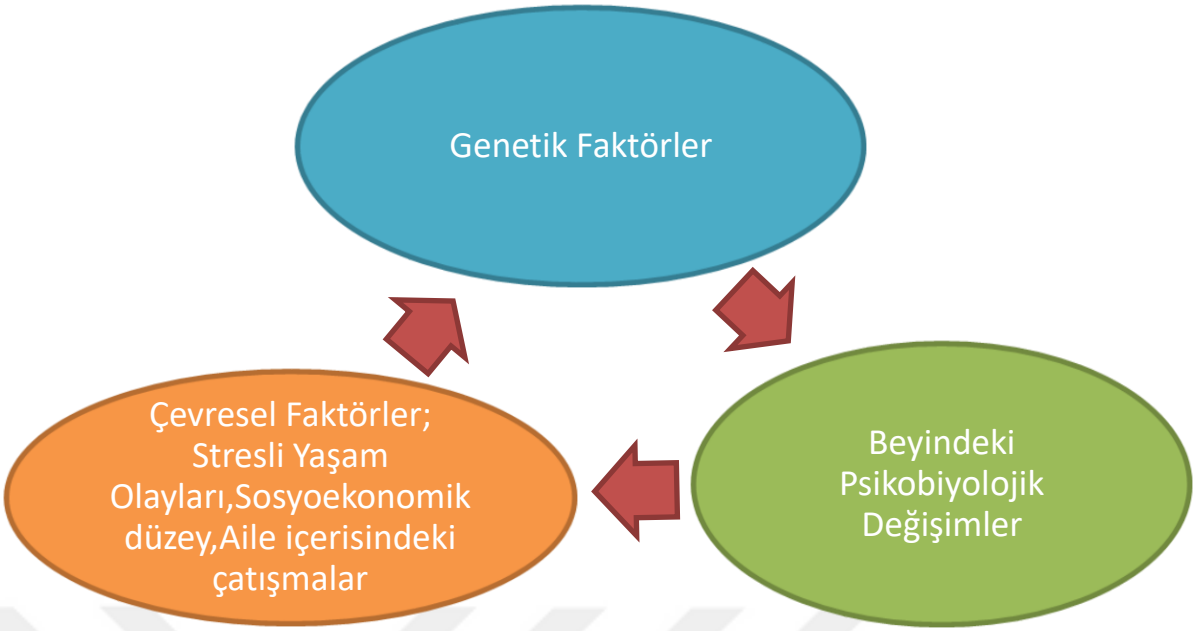
Beyindeki (Psikobiyolojik) Değişimler; Bilinçli, bilinçsiz, mantık veya hayal gücüyle ilgili tüm bilişsel aktivitelerin yeri beyindir. Psikiyatrik hastalıkların temelinde genetik, ilaçlar, enfeksiyonlar, psikososyal deneyimler gibi birçok etken olmasına rağmen bireyin davranışları ve ruhsal deneyimleri beyin fonksiyonlarda değişim ile meydana gelir.

Çevreyi yorumlayabilme psikiyatrik bozukluklarda orantısız yoğunluktadır. Bu yüzden şizofreni hastalığına sahip bir birey karmaşık ve görünürde anlamsız konuşmalar, laf salatası olarak bilinen karmaşık ve ilişkisiz kelimelerin kullanılması gibi durumlar ve kişisel etkileşimde gerçekle desteklenmeyen kişi gibi delüzyonel yorumlar görülebilir.

Algılama, kan basıncını düzenleme gibi beyinin tüm fonksiyonları sinir hücrelerinin aktiviteleri ve etkileşimi ile yürütülür. Sinir hücrelerinin tümü üç tip aktiviteyi yürütür; uyarıyı yanıtlamak, iletmek ve nörotransmitter adı verilen kimyasalların salınımını sağlamak. Şizofreni gibi bozuklukların dopamin nörotransmitterinin aşırı salınımıyla ilgilidir. Şizofreni tedavisinde asıl amaç dopamin seviyesinin azaltılmasıdır.

Şizofreni hastalığının açıklanmaya çalışıldığı dönemlerde beyin fonksiyonlarındaki ve yapısındaki değişimler araştırılmış ve hastalığın beyin fonksiyonlarını nasıl etkilediğini açıklamak amacıyla hastalığa sahip bireylerde beyin görüntüleme çalışmaları uygulanmıştır. Çalışmalar doğrultusunda beyin dokusundaki yapıların bir veya birkaçında değişim olduğu kanıtlanmıştır.

Çevresel Faktörler; Şizofreni hastalığının ortaya çıkmasında genetik faktörlerinin tek başına yeterli olmadığı ve çevresel faktörlerin de önemli rol aldığı belirlenmiştir. Yapılan araştırmalarda gebelik döneminde geçirilen enfeksiyonlar, düşük sosyoekonomik düzey, işsizlik, stresli yaşam olayları, çocukluk döneminde yaşanan stres, aile içindeki çatışma gibi çevresel faktörlerin şizofreni hastalığının ortaya çıkmasında etkili olduğu belirlenmiştir. Çevresel faktörler hastalığın nedeni olmaktan daha çok hastalığın ortaya çıkmasını tetikleyen etkenler olarak nitelendirilmektedir.



3. Şizofreni Hastalığının Belirtileri

Şizofreni hastalığında görülen belirtiler;

Şizofreni hastalığında görülen belirtiler pozitif ve negatif belirtiler olarak iki grupta ele alınmaktadır. Pozitif belirtiler ilaç tedavisine yanıt veren ve iyileştirilebilen belirtiler olarak tanımlanırken negatif belirtiler tedaviye yanıt vermeyen belirtiler olarak tanımlanmaktadır.

Belirtiler;

- *Görünüm ve Davranış;* Şizofreni hastalarının görünüş özelliklerinde düşünce sürecindeki değişime bağlı öz bakımda eksiklik görülmektedir. Toplumsal soyutlanma, içe kapanma davranışları öncelikli görülen davranışlardır. Bu semptomlara ek olarak ilgisizlik ve donukluk gibi belirtiler de görülebilmektedir.
- *Konuşma;* Konuşmada bloklar, anlamsız kelimeler, düzensizlikler ve tutarsızlıklar görülmektedir. Konuşma hızı yavaş veya hızlı olabilmektedir. Konuşma içeriği uygunsuz ve tek düzedir. Konuşmada karşılaştığımız problemler hastalığa sahip bireylerdeki odaklanamama, hafıza problemleri ve düşünce içeriğindeki somutlaşmadan kaynaklanmaktadır. Hasta yakınları olarak iletişimin kalitesi konusunda yüksek beklentide olmamak önemlidir.
- *Düşünce;* Düşünce içreğinde soyut düşünme yeteneği kaybolur ve düşünce somutlaşır buna ek olarak düşünce süreci hızlanır ve sanrılar görülmektedir. En tipik düşünce ile ilgili değişim gerçek dışı düşünce olarak adlandırılan sanrıların görülmesidir. Şizofreni hastalarında kötülük görme, kıskançlık,

suçluluk, büyüklük düşünceleri, kontrol edildiğini düşünme, başkalarının düşüncelerini okuma veya yönettiğine inanma gibi sanrılar görülebilmektedir.

- *Algı Bozuklukları;* Algı bozukluklarında şizofrenide en sık görülen durum işitsel ve görsel halüsünasyonlardır. İşitsel halüsinasyonlarda emir veren sesler duyulabilmektedir. Ayrıca ilerleyen dönemlerde tat, koku ve dokunma halüsinasyonları da görülmektedir.
- *Duygulanım;* Şizofreni hastalığına sahip bireylerde duygusal küntlük göze çarpmaktadır. Apatik ve tepkisiz olunabilmektedir. Aynı zamanda yaşanan duruma uygun olmayan duygulanım da sık görülmektedir.
- *Hareket;* Katatoni şizofreni hastalarında sıklıkla görülen durumdur. Katatoni durumunda bireyin bilinci yerindedir ancak hareket etmez. Katatoni sonrası aşırı motor aktivitenin eşlik ettiği katatonik ekstansiyon görülebilmektedir. Bu semptomlara ek olarak sterotipik hareketler(tekrarlayan) görülebilmektedir.
- *Fizyolojik Belirtiler;* Aşırı yeme veya zayıflama, cinsel güçsüzlük veya aşırı cinsel aktivite görülebilir



4. Hastalığın Seyri

Şizofreni hastalığı genellikle 15-40 yaşları arasında, stresli bir yaşam olayının deneyimlenmesi sonrasında başlamaktadır. Hastalığın başlangıcı ani ve şiddetli olabileceği gibi yavaş ve sinsi olabilmektedir. Şizofreni hastalığının başlangıcında bireyde görülen halüsünasyon, sanrı gibi pozitif semptomlar tedavinin başlangıcında ve hastaneye yatış kararının verilmesinde esas alınır. Hastalığa sahip bireylerde ilk hastaneye yatış öncesinde %95 oranında sanrı, %68 oranında halüsünasyon, %61 oranında ise düşünce bozukluklarının ortaya çıktığı saptanmıştır.

Şizofreni hastalığının seyri bireyden bireye farklılık gösterir. Hastalığın başlangıç ve seyrini; bireyin cinsiyeti, hastalığın başlangıcı, bireyde görülen belirtiler, bireyin toplumsal uyumu, hastaneye yatış sayısı ve süresi, bireyin bilişsel becerileri, genel sağlık durumu etkiler. Örneğin, erken erişkinlik ve

ergenlik döneminde duygu durum bozukluklarının görüldüğü bireylerde ilerleyen döneminde paranoid düşünceler ortaya çıkabilmektedir. Hastalığın seyrinde erken erişkinlik veya ergenlik dönemde şiddetli belirtiler görülebilir ve bu süreç daha uzun olabilmektedir. Ayrıca yapılan araştırmalara göre hastalığın seyri erkek bireylerde daha şiddetli olmaktadır.

Hastalığın ani başlaması ve pozitif belirtiler ile ortaya çıkması hastalık seyrinin olumlu olabileceğinin göstergesidir. Hastalığın ani ve pozitif belirtiler ile ortaya çıktığında ilaç tedavisi bireydeki hastalık belirtileri kontrolünde etkili olmaktadır. Aynı zamanda aile ortamının düzenli olması, bireyin sağlıklı oluşu, aile ve toplum içinde denge kurulması ve bireyin uyumunun fazla olduğu vakalarda hastalığın seyri daha iyidir.

Şizofreni belirtilerinin yavaş ortaya çıkması hastalık seyrini olumsuz etkileyebilmektedir. Belirtilerin yavaş bir şekilde ortaya çıktığı vakalarda tanı konulma süreci daha uzun ve hastaneye yatış oranı daha fazla olmaktadır. Hastalığın yavaş başladığı durumlarda görülebilen ilk belirtiler; ilgi azalması, dikkat dağınıklığı, kendi bedeni ve kendi düşünceleri ile aşırı uğraşmadır. Buna ek olarak aile süreçlerindeki bozukluk, toplumsal ve aile ortamındaki uyumsuzluk ve bireyde daha önce kişilik bozukluklarının olması hastalığın şiddetli olmasında etkili olmaktadır.





5. Şizofreni Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar

Psikiyatrik bozukluklarda tedavi yaklaşımlarının amacı bireylerdeki semptom kontrolünü sağlamak, yaşam kalitesini ve fonksiyonelliği arttırmaktır. Son dönemde ilaç tedavisinin yanında bilişsel müdahalelerin de önemi vurgulanmaktadır.

5.1. İlaç Tedavisi;

Şizofreni hastalığının ilaç tedavisinde uygulanan en önemli ilaç antipsikotikleridir. Antipsikotikler tipik ve atipik olarak iki grupta incelenmektedir. Her iki ilaç grubunda iyileşme sağlamaktadır. Buna ek olarak atipik antipsikotiklerin yan etkilerinin tipik antipsikotiklere göre daha az olduğu belirlenmiştir. Antipsikotiklerin yanı sıra antidepresanlar da tedavide kullanılmaktadır.

5.1.1. Şizofreni Hastalığında Kullanılan İlaçlar

Şizofreni belirtilerine etki eden ve bu hastalarda kullanılan ilaçlar antipsikotikler olarak adlandırılır. Antipsikotikler, standart antipsikotikler ve atipik antipsikotikler olarak iki grupta incelenmektedir.

Standart Antipsikotikler

Şizofreni hastalığının belirtilerinin beynin duygu ve düşünme ile ilgili alanlarındaki dopamin fazlalığından meydana geldiği düşünülmektedir. Çoğu antipsikotik ilaç dopamin artışını engelleyerek etki eder. Bu yüzden dopaminin engellenmesi hastalık belirtilerini azaltabilir. Özellikle şizofreninin pozitif belirtilerinde (halüsinasyon; gerçekte olmayan bir ses duyma veya bir şey görme veya delizyon; büyüklük veya paranoid düşünce vb.) etkili olduğu düşünülmektedir.

Bir hasta antipsikotik bir ilaç aldığında beyinde dopamin salınımı fazla olmasına rağmen ilaç dopamin reseptörüne bağlandığı için dopamin etkisini gösteremez. Dopamin sadece düşünce sürecinden sorumlu değildir. Spesifik olarak hareketlerin ayarlanmasında ve değiştirilmesinde rol almaktadır. Beynin bu alanındaki dopaminin engellenmesi ilaç kullanımında ortaya çıkan hareket bozukluklarını açıklar.

Antipsikotik ilaçların etkisini tam olarak anlamak için dopamine ek olarak beyinde salınan diğer maddeleri de engellediğini bilmek gerekir. Bu nedenle bireyin aldığı ilaç miktarı bulanık görme, yüksek kalp atışı, ortostatik hipotansiyondur.

Atipik Antipsikotikler

Atipik antipsikotik ilaçlar çok az istenmeyen etkiye sahiptirler ve şizofreninin negatif ve pozitif semptomlarını hedef alırlar.

Klozapin (Clozapine); Klozapin nispeten antipsikotiklerin istenmeyen motor aktivitelerine göre daha iyidir. Klozapin beyindeki düşünce sürecini düzenleyen dopamin reseptörlerini etkiler. Bu durum antipsikotik ilacın hareket bozukluklarına neden olmadan kullanımına izin verir. Klozapinin yaygın etkileri; uyuklama (%40), hipersalivasyon (salya üretiminin artması) (%30), kalp atışının yüksekliği (%25) ve baş dönmesi (%20)'dir.

Risperidon (Risperidone); Risperidon klozapinle sıklıkla motor bozukluklara sebep olmadan halüsinasyon ve delizyon semptomlarını tedavi eden antipsikotik bir ilaçtır. Risperidon ortostatik hipotansiyon ve sedasyona neden olabilir. Ortostatik hipotansiyonun yaşlılarda ciddi problemlere neden olan düşmelere neden olduğu unutulmamalıdır.

Olanzapin (Olanzapine); Olanzapin (Zyprexa) son dönem antipsikotik ilaçlardandır. Ciddi istenmeyen etkileri olmaksızın klozapinle aynı etkiye sahiptir.

Sertindol (Sertindole); İlk çalışmalar sertinzolün şizofreninin pozitif semptomlarında ve daha fazla negatif semptomlarında etkili olduğunu desteklemektedir.

Tedavide Kullanılan Diğer İlaçlar

Şizofreni tedavisinde antipsikotik tedaviye ek olarak duygu durum düzenleyici ilaç tedavisi de kullanılabilmektedir. Psikotik belirtilerin eşlik ettiği hastalığın tedavisinde kullanılan duygu durum düzenleyici ilaçlar lityum, antikonvülsanlar ve benzodiazepinlerdir.

5.2.Antipsikotiklerin Yan Etkileri

Motor Aktivite Etkileri;

*Parkinson Benzeri Semptomlar

*Akinezi; Hareket azlığı veya yokluğu

*Akatizi; Motor huzursuzluk

*Terdive Diskinezi; İstenmeyen motor hareketler



Endokrin Sisteme Etkisi

*Erkeklerde Jinekomasti; meme büyümesi

*Kadınlarda Galaktore; Süt salınımı



Sinir Sistemi Etki

*Bulanık Görme

*Ağız Kuruluğu

*Ortostatik Hipotansiyon

*Ejekülasyon Bozukluğu

Sindirim ve Üriner Sisteme Etki

*Konstipasyon; Kabızlık

*Üriner Güçlük

5.3.İlaç Kullanımının Gerekliliği ve Önemi

Şizofreni tedavisinde hastalık belirtilerinin ilaçlarla kontrol altında tutulması, günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili ortaya çıkan yakınmaların diğer tedavi yöntemleriyle düzenlenmesi ve böylelikle kişinin kendisi ve çevresiyle uyumlu bir yaşam sürdürmesi hedeflenmektedir. İlaç tedavisi şizofreni hastalarının hastaneye yatışlarını azaltarak topluma aktif katılımlarını sağlamaktadır. Ayrıca uygulanan ilaç tedavisi hastalıkla ilgili belirtilerin tekrarlanmasını ve şiddetlenmesini de önlemektedir.

5.4.İlaç Tedavisi ve Negatif Semptomlar

Şizofreni hastalığının belirtileri pozitif ve negatif olarak sınıflandırılmaktadır. Yapılan araştırmalarda negatif belirtilerin baskın olduğu hastalarda tedavi süreci daha zor olmaktadır ve tedaviye yanıt minimal düzeyde olmaktadır. Negatif belirtiler; düşük aktivite, dürtü yokluğu, sosyal çekilme, emosyonel apati ve düşünce bozukluğudur.

5.5.İlaç Tedavisinin Değerlendirilmesi/ İlaç Tedavisine Uyumsuzluk ve Görülen Durumlar

. İlaç kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalarda çoğu hastanın düzenli ilaç kullanmadığı belirlenmiştir. Düzenli ilaç kullananların oranının ise %11 olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada ilaçların düzensiz kullanımı ile hastaneye yatışların artması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

İlacın düzenli kullanılmasını etkileyen faktörler hastalığa, kullanılan ilaçlara ve hastanın bireysel ve aile özelliklerine göre sınıflandırılmıştır.

Hastalığa bağlı etkenler; içgörü eksikliğini içermektedir. İçgörü, bireyin kendini gerçekçi bir şekilde algılaması olarak tanımlanabilir. Şizofreni hastalarında içgörü kayı olduğundan bireyler genellikle hastalıklarını kabul etmezler. Bu nedenle ilaç kullanmak istemezler. Yapılan araştırmalarda ilaç uyumunu olumsuz etkileyen en önemli faktörün içgörü kaybı olduğu ortaya konulmuştur. Hastalık semptomlarından ciddi oranda etkilenen hasta ilaç kullanmayı kabul etmiyor ve hekime gitmek istemiyorsa hastaneye yatışı uygun olabilmektedir.

İlaç ile ilgili etkenler; tedavi rejiminin karmaşıklığı, olumlu etkilerin geç ortaya çıkması, ilacın alınmamasının ardından sonra ortaya çıkan olumsuz etkiler ve istenmeyen yan etkiler olarak sıralanabilir.

Birey ve aile ile ilgili faktörler ise bireyin yaşı, cinsiyeti, kişilik özellikleri, ailenin hastalık ve tedaviye bakış açısı olarak sıralanmıştır.

Birey ilaç almak istemediğinde ilaçla ilgili yakınmalarını dinlemek ve bireye karşı anlayışlı olmak gerekir. Bireye ilaçlarını düzenli kullanmazsa hastaneye yatabileceğini anlatmak faydalı olabilir.

İlaç tedavisine uyumsuzluk hastalığın tekrarlanmasına, şikayetlerin şiddetlenmesine, hastaneye yatışların artmasına ve yüksek maliyete neden olmaktadır.

5.6.İlaç Uyumu ve Aile

Şizofreni hastalığının tedavisini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerden en önemlilerinden biri ise bakım veren aile üyeleridir. Aile üyelerinin hastalık ve tedaviye bakış açısı şizofreni ile takip edilen bireylerin tedaviye uyumunu etkilemektedir.

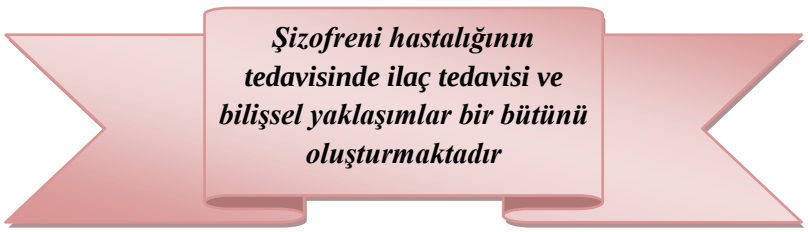
Aile üyelerinin hastalığın tedavisine olan bakış açısı değerlendirilmeli ve olumsuz düşünceler ile ilgili olarak bilgi verilmelidir. Ailenin eğitimine destek vermeli, hasta hakkındaki duygu ve düşüncelerini çözümlenmesinde yardımcı olunmalıdır.

Tedavide ilaç uyumunu arttırmak için ilacın başka birisi tarafından verilmesi, ilacı kolay görülebilir bir yere koymak, ilaç kutuları hazırlamak, hatırlatıcı cihazlar kullanmak (alarm kurmak vb.) ve belirtilerin kötüleşebileceğini hatırlatma gibi önlemler hastanın ilaç uyumunu arttırmada etkili olabilecek faktörlerdir. Bu konuda aile üyelerinin bilgilendirilmesi ve desteklenmesi de önemli bir faktör olmaktadır.

6. Bilişsel Tedavi Yaklaşımları

Bilişsel tedavi yöntemlerinde beceri eğitimleri, bilişsel davranışçı yaklaşımlar, psikoterapiler ve aile terapileri sıralanabilir. Beceri eğitiminde temel amaç işlevselliği arttırmak ve bireylerin topluma katılımını sağlamaktır. Aynı zamanda şizofreni hastalığına sahip bireylerin baş etme yöntemlerini destekleyerek hastalığın tekrarlamasını azaltmak ve belirtilerin kontrolünü sağlamaktır.

Şizofreni hastaları ve aileleri ile yapılan çalışmalar incelendiğinde bakım veren aile üyelerinin bakım yükünün fazla olduğu ve bireylerin psikolojik, sosyolojik ve ekonomik yönden olumsuz yönde etkilendiği ortaya konulmuştur. Bu nedenle şizofreni hastalarına bakımda ailenin bakıma katılması ve psikoeğitim ve destek programlarına katılımının sağlanması önemli rol oynamaktadır.



7. Şizofreni Hastalığı ve İletişim

Şizofreni hastaları ile iletişimde dikkat edilmesi gereken noktalar;

- Açık ifadeler ile iletişim kurulması
- Dolaylı anlatımdan kaçınılması
- Sade bir dil kullanılması
- Anlatılacakların kısa ve net bir şekilde ifade edilmesi
- Sakin bir ses tonu ile konuşulması
- İletişim kurulan bireyin etkili bir şekilde dinlenmesi
- Tek bir konuya odaklanılması
- Duyguların sözcüklerle ifade edilmesi
- Yanlış anlamaların önlenmesi için soru sorulması
- Olumlu geribildirim verilmesi
- "Ben" dilinin kullanılması
- Daha çok davranışlar üzerinde durulması
- Eleştiriden kaçınılması

8. Bakım Kavramı ve Bakım Yükü

Şizofreni bakım ve tedavisinde ailenin rolü önem kazandığında ''bakım yükü'' kavramı ortaya çıkmıştır. Bakım yükü, hastalara bakım veren bireylerin yaşadığı sosyolojik, psikolojik, fiziksel ve ekonomik bütün sorunlar olarak tanımlanmaktadır. Şizofreni hastalığında duygu, düşünce ve davranış ciddi anlamda olumsuz etkilendiği için bakım veren aile üyeleri hastalığa sahip bireydeki semptomlardan önemli ölçüde etkilenmektedir.

Ailelerde yaşanan sorunlar;

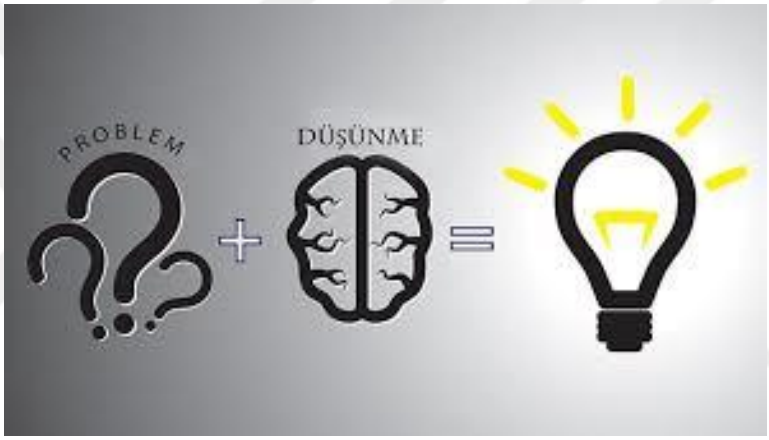
- Sosyal aktivitelerde azalma
- Depresyon, utanç
- Ekonomik zorluklar
- İş yaşamındaki problemler
- Benlik saygısında azalma ve özgüven kaybı
- Ailede parçalanma

Ailede çatışma ve değişimlere neden olan durumlar

- Hastanın tedavi planına uymaması
- Kendine bakımda azalma
- Baş etme becerileri ile ilgili yaşanan sorunlar
- Sosyal ve ekonomik destek yetersizliği
- Hastaneye yatma
- Bilgi ve destek yetersizliğine ilişkin sorunlar

Şizofreni hastasına bakım veren aile üyeleri;

- Hastalık hakkında bilgi sahibi olarak
- Çabuk sinirlenme, içine kapanma, konuşmama, ilginç davranışlar, garip bakışlar, uykusuzluk, ilaç almak istememe gibi uyarıcı işaretlerin farkında olarak
- Hastalığı kabul etmeyen bireylerin düşüncelerine uyum göstermeyerek
- Hastalığın şiddetli dönemlerinde hastaneye yatışın gerekliliğinin farkında olarak
- İlaç tedavisine uyumsuzluğun hastalığın şiddetlenmesinde önemli bir faktör olduğunu bilerek
- Bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesine destek olarak
- Hastalığa sahip bireyi yargılamadan empatik bir yaklaşım kurarak hastalığa sahip bireye destek olabilir.



9. Problem Çözme Tekniği

Bireyler günlük hayatta birçok problemlerle karşılaşır ve bu problemler kişilerarası problemlerden sağlık sorunlarına kadar birçok farklı alanda olabilir. Problem çözme hem çözüm yollarının belirlenmesi hem de olası çözümler arasından en uygun olanını seçmeyi içeren, belirli bir problemin çözümüne yönlendirilmiş düşünme şeklidir.

Problem Çözme Basamakları;

- Problemin Tanımlanması
- Öncelikli Problemlerin Belirlenmesi
- Hedefin Seçilmesi
- Çözüm Yollarının Üretilmesi
- Çözüm Yollarının Değerlendirilmesi
- Karar Verme
- Uygulama

- Sonuçları değerlendirme

Problemin Tanımlanması

Öncelikli olarak sorunlarının doğru bir biçimde saptanması gerekir. Bir problemin somut bir şekilde ifade edilmesi, problemin anlaşılması ve hedeflerin belirlenmesini kolaylaştırmaktadır. Problem genel ifade edildiğinde asıl problemin ne olduğu tam olarak anlaşılmamaktadır. Bu nedenle problemler ifade edilirken çalışılabilir parçalara yani, alt problemlere ayrılmalıdır. Bu, problemin çözümünü daha kolaylaştırır fakat problemler anlamsız hale gelinceye kadar da ayrıştırılmamalı, küçültülmemelidir.

Örnek:

Genel Problem İfadesi: Aile hayatım kötüye gidiyor.

Alt Problemlere Ayrıştırarak ifade Etme:

- İlişki konusunda konuşmama.
- Çocuk yetiştirme konusunda farklı görüşlere sahip olma

Öncelikli Problemlerin Belirlenmesi

Problemler belirlendikten sonra öncelikli problem belirlenmelidir. Öncelikli problemler belirlenirken birey kendi kontrolünde olan problemler, bireyi zorlayan ve krize neden olan problemler, çözümlendiğinde bireye yarar sağlayacak problem saptanarak öncelik belirlenebilir.

Ulaşılabilir ve Gerçekçi Hedeflerin Belirlenmesi

Hedef bireyin olmasını istediği durumu tanımlamaktadır. Hedef belirlenirken dikkat edilmesi gereken en önemli nokta belirlenen hedefler ve alt hedefler, bireyin olanakları ve yetenekleri doğrultusunda olmalıdır. Hedefler de problemler gibi somut bir şekilde ifade edilmelidir.

Çözüm Yolları Üretme

Belirlenen problemle ilgili olarak akla gelen tüm çözüm önerileri listelenir. Bu basamakta, seçenek bireye anlamsız ve uygulanamaz gelse de dikkate alınmalıdır, sonuç değerlendirilmemelidir.

Çözüm Yollarını Değerlendirme

Burada üretilen çözüm önerilerine ilişkin avantajlar ve dezavantajlar iki farklı liste halinde yazılır ve değerlendirilir.

Karar Verme

Üretilen alternatiflerin avantaj ve dezavantajları değerlendirildikten sonra uygun olan bir ya da birkaçına karar verilir. Bu alternatifler uygulanmaya kaymadan önce şu soruları yanıtlamak yararlı olacaktır:

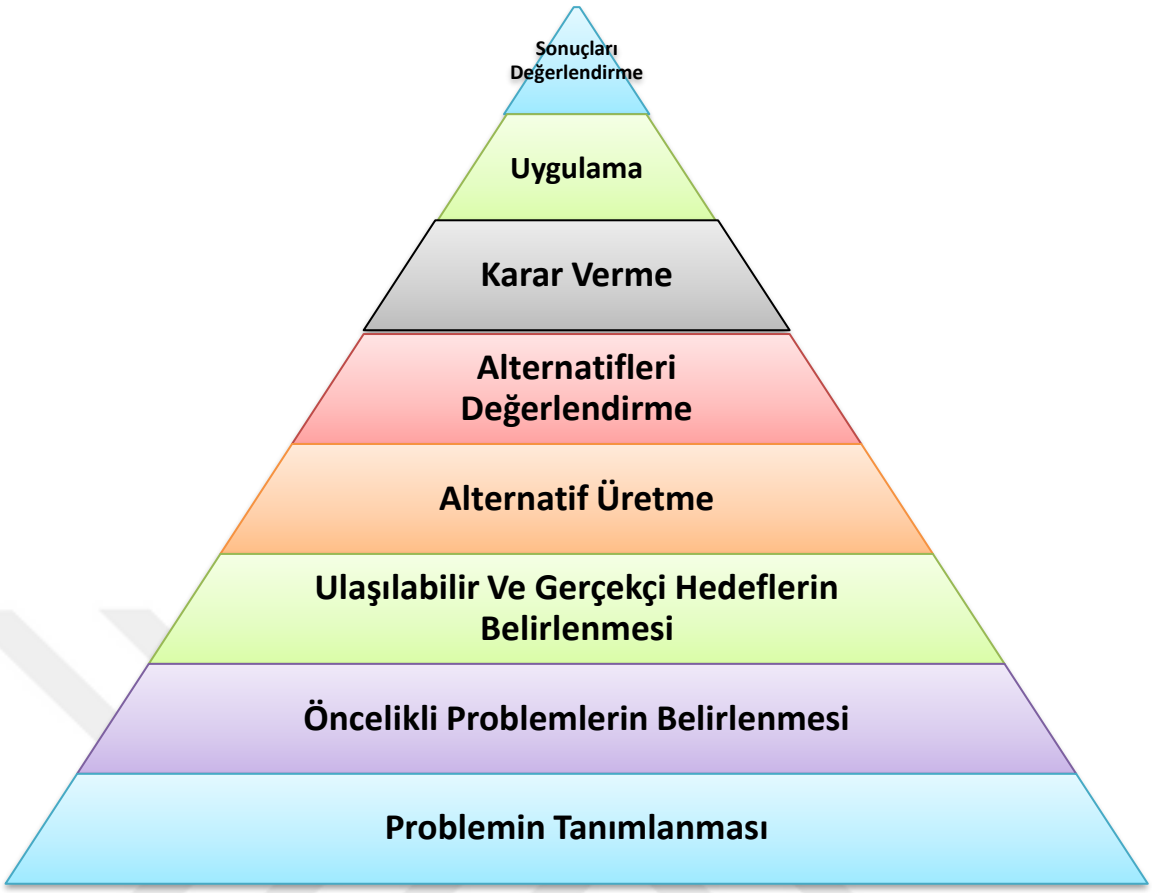
- Uygulamada hangi engellerle karşılaşabilirim?
- Engelleri nasıl aşabilirim?
- Bu çözüm önerisini uygularsam ne tür avantajlar sağlayabilirim?
- Bunun için atacağım ilk adım ne olmalı ve ilk adımı ne zaman atmalıyım?

Uygulama

Hedefe ya da hedeflere ulaşmak için seçilen çözüm yolları uygulanır. Eğer uygulama programı dikkatlice oluşturulmuşsa birey programda adım adım ilerleyebilir.

Sonuçları Değerlendirme

Bazı durumlarda eyleme geçer geçmez başarılı olunup olunmadığı kolaylıkla anlaşılabilirken bazı durumlarda ise, problemin çözümü daha uzun zaman alabilir. Hedefin değerlendirilmesi için belirli bir tarih konulması faydalı olabilmektedir. O tarihte problem çözülmeyebilir fakat sorun üzerinde çalışmaya başlandıktan sonra, yaşanan sıkıntıda bir azalma olup olmadığına bakılabilir ve sonucuna göre seçilen çözüm yolunun uygulanmasına devam edilebilir ya da geriye dönüp problemin esas kaynağının doğru belirlenip belirlenemediğine bakılabilir.



KAYNAKÇA

*****Özkan B, Şizofreni Hastası Ve Bakım Vericisine Verilen Psikoeğitim Ve Telepsikiyatrik İzlemin Hasta İşlevselliği Ve İlaç Uyumu İle Aile Yükü, Depresyon Ve Duygu Dışavurumuna Etkisi, T.C. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktor Tezi, Kayseri, 2011 (50)

* Varcarolis E. M, R. N, M. A, Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing Third Education, New York (1)

*Alpay N, Ceylan E, Antipsikotik İlaçlar, Erişim: http://www.dusunenadamdergisi.org/tr/DergiPdf/DUSUNEN_ADAM_DERGISI_1ed033c0efab46d181c271de7456403d.pdf

*Yüksel Tatar Ç, Oflaz F, Antipsikotik İlaç Kullanan Bir Grup Yatan Hastada İlaç Yönetimi Eğitiminin Değerlendirilmesi, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2012;3(2):67-74 (51)

*Yıldız M, Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitiminde İçerik ve Etkinlikler, Klinik Psikiyatri, 2001;4:119-123 (52)

*Yavuz R, Şizofreni, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar, 2008 , S:49-58 (2)

*Şizofreni Dostları Derneği, İlaç Tedavisi, 2015, Erişim: http://www.sizofrenidostlaridernegi.org/ilac-tedavisi.html

* Kelleci M, Doğan S, Ata E ve ark, Bir Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Psikotrop İlaç Kullanma Hakkında Düşünceleri ve Taburculuk Sonrası Telefonla İzlem, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2011 (53)

*Belene E, Şizofreni 'de Anksiyete Belirtilerinin, Pozitif, Negatif ve Depresif Belirtiler, İntihar Düşüncesi, İçgörü ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009 (54)

*Soylu C, Pala C, *Problem Çözme Performansında Yaşa Bağlı Farklılıklar,* Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, syf:280-291, 2018 (55)

*Güner P, *Sorunlarla Etkili Baş Etme Yolu: Problem Çözme,* Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 3, Sayı: 1, 2000 (38)

* Çabuk M, Psikoeğitimin Şizofreni Ailelerinin Yük Algılarına Olan Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, 2014 (6)

* Misiak B. Ve ark. Interactions Between Variation in Candidate Genes and Environmental Factors in the Etiology of Schizophrenia and Bipolar Disorder: a Systematic Review, Mol Neurobiol, 2018, 55:5075–5100 (25)

* Summakoğlu D, Ertuğrul B, Şizofreni ve Tedavisi, Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences Temmuz 2018, C. 1, S. 2, 43- 61 (3)

*Çobanoğlu Z, Aker T, Çobanoğlu N, Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları, Düşünen Adam, 2003, 16(4): 211-218 (56)

Not: Eğitim içeriğinin hazırlanmasında Birgül Özkan Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Yönelik El Kitabı ve Yıldız ve arkadaşları tarafından çevrilen ''Psikososyal Beceri Eğitimi Uygulama Kılavuzu'ndan yararlanılmıştır.

EK-10. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Damla POLAT
Doğum tarihi	: 10.05.1994
Doğum yeri	: Ankara
Medeni hali	: Bekar
Uyruğu	: T: C.
Adres	: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
Tel	: 05072227654
Faks	:
E-mail	: damlapolat94@gmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Etimesgut Lisesi
Lisans	: T.C. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: 68.75
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
Türk Hemşireler Derneği	