

T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)

ŞİZOFRENİ HASTASI VE BAKIM VERİCİSİNE VERİLEN
PSİKOEĞİTİM
VE TELEPSİKİYATRİK İZLEMİN
HASTA İŞLEVSELLİĞİ VE İLAÇ UYUMU İLE AİLE YÜKÜ,
DEPRESYON VE DUYGU DIŞAVURUMUNA ETKİSİ

Hazırlayan
Birgül ÖZKAN

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Emine ERDEM

Doktora Tezi

Aralık 2011
KAYSERİ

T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)

ŞİZOFRENİ HASTASI VE BAKIM VERİCİSİNE VERİLEN
PSİKOEĞİTİM
VE TELEPSİKİYATRİK İZLEMİN
HASTA İŞLEVSELLİĞİ VE İLAÇ UYUMU İLE AİLE YÜKÜ,
DEPRESYON VE DUYGU DIŞAVURUMUNA ETKİSİ

Hazırlayan
Birgöl ÖZKAN

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Emine ERDEM

Bu çalışma; Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi
tarafından TSD-10-3233 no'lu proje ile desteklenmiştir.

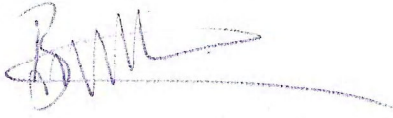
Aralık 2011
KAYSERİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı: Birgül ÖZKAN

İmza:



YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

“Şizofreni Hastası ve Bakım Vericisine Verilen Psikoeğitim ve Telepsikiyatrik İzlemin Hasta İşlevselliği ve İlaç Uyumu ile Aile Yüğü, Depresyon ve Duygu Dışavurumuna Etkisi” adlı Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan
Birgöl ÖZKAN



Danışman
Yrd. Doç. Dr. Emine ERDEM




Anabilim Dalı Başkanı
Prof. Dr. E. Ümit SEVİĞ

Yrd. Doç. Dr. Emine ERDEM danışmanlığında **Birgül ÖZKAN** tarafından hazırlanan **“Şizofreni Hastası ve Bakım Vericisine Verilen Psikoeğitim ve Telepsikiyatrik İzlemin Hasta İşlevselliği ve İlaç Uyumu ile Aile Yüğü, Depresyon ve Duygu Dışavurumuna Etkisi”** adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik** Anabilim Dalında **Doktora** tezi olarak kabul edilmiştir.

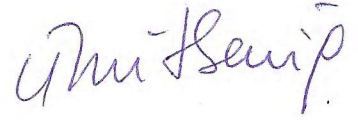
16 /12/ 2011

JÜRİ:

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Emine ERDEM (Erciyes Üniversitesi)



Üye: Prof. Dr. E. Ümit SEVİĞ (Erciyes Üniversitesi)



Üye: Prof. Dr. Selma DOĞAN (Maltepe Üniversitesi)



Üye: Doç. Dr. Saliha DEMİREL ÖZSOY (Erciyes Üniversitesi)



Üye: Doç. Dr. Perihan KÜÇÜKKAYA (Koç Üniversitesi)



ONAY: Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

..... / ... /

Prof. Dr. Saim ÖZDAMAR
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans ve doktora eğitimim boyunca bana her zaman yol gösterici olan, bu tezin hazırlanmasının her aşamasında yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Selma DOĞAN'a; tez izleme komitesinde görev alan ve tezin hazırlanmasına destek veren Prof. Dr. Ümit SEVİĞ'e; hayatımın her aşamasında ve doktora tez çalışmamın etkin yürütülmesinde tecrübesi ve emekleri ile her zaman yanımda olan tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Emine ERDEM'e; tez çalışmamın gerçekleştirilmesinde ve eğitim kitapçıklarının geliştirilmesinde destek ve katkıları ile yanımda olan Doç. Dr. Saliha ÖZSOY'a ve Prof. Dr. Mustafa YILDIZ'a; verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesini sağlamada Yrd. Doç. Dr. Ahmet ÖZTÜRK'e ve Araş. Gör. Gökmen ZARARSIZ'a, tezin hazırlanmasında manevi desteği ile yol gösterici olan Doç. Dr. Betül ÇİÇEK'e; çalışmanın yapıldığı klinik ortamda desteklerini esirgemeyen Kayseri Ruh Sağlığı Merkezi'nin doktor, hemşire ve tüm personeline; çalışmaya katılmayı kabul eden, sabırları ve varlıkları ile beni destekleyen tüm hastalarım ve bakım vericilerine teşekkür ederim.

Yaşamım boyunca yanımda olan, emeklerini ve desteklerini hiç eksik etmeyen eşim ve aileme, özellikle şu an hayatta olmayan babama teşekkür ederim.

Şizofreni Hastası ve Bakım Vericisine Verilen Psikoeğitim ve Telepsikiyatrik İzlemin Hasta İşlevselliği ve İlaç Uyumu ile Aile Yüğü, Depresyon ve Duygu Dışavurumuna Etkisi

Birgöl ÖZKAN

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Doktora, Kasım 2011

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Emine ERDEM

KISA ÖZET

Bu çalışma, şizofreni hastalarına ve bakım vericilerine klinikte verilen psikoeğitimin ve taburculuk sonrası yapılan düzenli telepsikiyatrik izlemin (telefonla) hastaların sosyal işlevselliğine ve ilaç uyumuna, primer bakım vericilerin duygu dışı vurum, depresyon ve aile yükü düzeylerine olan etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel çalışma olarak yapılmıştır.

Bu çalışma, 01 Temmuz 2010-31 Mayıs 2011 tarihleri arasında Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kayseri Ruh Sağlığı Merkezi'nde izlenen ve araştırma kriterlerine uyan deney (n=32) ve kontrol grubunu (n=30) oluşturan toplam 62 şizofreni hastası ve bakım vericisi ile yapılmıştır. Hastalar için Hasta Tanıtıcı Özellikleri, bakım vericiler için Bakım Verici Tanıtıcı Özellikleri anket formları kullanılmıştır. Deney ve kontrol grubundaki hastalara eğitim öncesi, eğitim sonrası (taburculuğu sırasında) ve 6 aylık telefon izlemi sonrası Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı ve Sosyal İşlevselliği Değerlendirme ölçekleri; bakım vericilere Duygu Dışavurumu, Beck Depresyon ve Zarit Aile Yüğü ölçekleri uygulanmıştır. Deney grubundaki hastalar ve bakım vericilere verilen psikoeğitimde Şizofreni Hastalarına Yönelik El Kitabı, Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Yönelik El Kitabı kullanılmıştır. Taburculuk sonrası hastalar ve bakım vericileri ile 6 ay süresince her hafta düzenli ve ortalama 15 dakika süren telefon görüşmesi yapılmıştır. Telefon izleminde standart yarı yapılandırılmış 7 sorudan oluşan bir görüşme formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde, ki kare, Shapiro-Wilk çoklu tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi, Bonferoni, LSD testleri kullanılmıştır.

Deney grubundaki hastaların eğitim sonrası ve telefon izlemi sonrası tedaviye uyum ve sosyal işlevsellik puan ortalamalarının arttığı, eğitim öncesi ile eğitim sonrası ve telefon izlemi sonrası puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Yine, eğitim sonrası ve telefon izlemi sonrası deney ve kontrol grubundaki hastaların tedaviye uyum ve sosyal işlevsellik puan ortalamaları arasındaki fark önemlidir ($p<0.001$). Buna ek olarak, tedaviye uyum ve sosyal işlevsellik puan ortalamalarının grup ve zaman etkileşimi de anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Deney grubundaki bakım vericilerin aile yükü, duygu dışavurum ve depresyon puan ortalamalarının eğitim sonrası ve telefon izlemi sonrası azaldığı, eğitim öncesi ile eğitim sonrası ve telefon izlemi sonrası puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Yine, eğitim sonrası ve telefon izlemi sonrası deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin aile yükü, duygu dışavurum ve depresyon puan ortalamaları arasındaki fark önemlidir ($p<0.001$). Buna ek olarak, aile yükü, duygu dışavurum ve depresyon puan ortalamalarının grup ve zaman etkileşimi de anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Bu sonuçlara göre, psikoeğitim ve telefon izlemi ile yapılan telepsikiyatrik izlemin hastaların tedaviye uyum ve sosyal işlevsellik düzeylerini artırdığı; bakım vericilerin aile yükü, duygu dışavurum ve depresyon düzeylerini azalttığı ve hasta bakımında aileye destek olduğu saptanmıştır. Şizofreni hastaları ve bakım vericilerinin psikoeğitim ve telepsikiyatrik izlem ile desteklenmesinin hasta ve ailesi üzerinde olumlu etkisi olduğu ve evde hasta izleminde kullanılması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Aile yükü, psikoeğitim, sosyal işlevsellik, şizofreni hastaları, telepsikiyatri

**THE EFFECTS OF PSYCHOEDUCATION AND TELEPSYCHIATRIC FOLLOW-UP SUPPLIED TO
THE PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND THEIR FAMILIES
ON PATIENT FUNCTIONING AND ADHERENCE DRUG AND FAMILY BURDEN, DEPRESSION
AND EMOTIONAL EXPRESSION**

Birgül ÖZKAN

Erciyes University, Graduate School of Health Sciences

Department of Nursing

PhD. Thesis, November 2011

Supervisor: Assist. Prof. Emine ERDEM

ABSTRACT

This randomized-controlled experimental study was conducted to determine the effects of psychoeducation in the clinic and regular telepsychiatric follow-up (via telephone) after discharge on social functioning, drug adherence of patients with schizophrenia; and emotional expression, depression and family burden of primary caregivers of these patients. This study was performed on totally 62 patients and their caregivers, assigned to experiment (n=32) and control (n=30) groups, from 1st July 2010 to 31st May 2011, being followed in Kayseri Training and Research Hospital Kayseri Psychiatric Center and meeting research criteria. Patient and caregiver characteristics were recorded by a form. For the patients in experiment and control groups; before education, after education and after 6-months telephone follow-up Scales of Medication Adherence Rating, Social Functioning and for their caregivers Scales for Expressed Emotion, Beck Depression and Zarit Family Burden were applied.

In the psychoeducation process, the patients in the experiment group and their caregivers were given “Manual of patients with Schizophrenia and Manual for their Caregivers” prepared by the researcher. After discharge, both patients and their caregivers were interviewed by telephone for 6 months, every week regularly in average for 15 minutes. A standard, semi-structured interview form consisting of 7 questions were used for telephone follow-up. In order to analyze the data; percentage, chi-square, two way variance analysis in multiple repeated measures, Bonferroni and LSD tests were used.

For the patients in the experiment group, after psychoeducation and telephone follow-up, the mean scores for adherence to treatment and social functioning scores were increased, the differences between before and after education and after telephone follow-up were significant ($p<0.001$). Again, the differences between the mean scores of adherence to treatment and social functioning were significant after education and after telephone follow-up for the patients in both experiment and control groups ($p<0.001$). In addition, the group and time interaction of the mean scores for adherence to treatment and social functioning were significant ($p<0.001$).

The mean scores of the caregivers in experiment group on family burden, emotional expression and depression were decreased after education and after telephone follow-up and difference was significant ($p<0.001$). Again, the mean scores of the caregivers in experiment and control groups on family burden, emotional expression and depression were significant after education and after telephone follow-up ($p<0.001$). Besides, the group and time interaction of the mean scores of family burden, emotional expression and depression were significant ($p<0.001$).

According to these results, the psychoeducation and telepsychiatric follow-up via telephone induced increases in adherence to treatment and social functioning for the patients; induced decreases in family burden, emotional expression and depression for their caregivers and was a support for the family in the patient care. Supporting the patients with schizophrenia and their caregivers via psychoeducation and telepsychiatric follow-up had positive impact on these patients and their families and these techniques are recommended to be used in patient follow-up at home.

Key words: Family burden, psychoeducation, social functioning, patients with schizophrenia, telepsychiatry

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa no</u>
İÇ KAPAK	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI	ii
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI	iii
KABUL VE ONAY SAYFASI	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ	x
KISALTMALAR	xii
 1.GİRİŞ VE AMAÇ	 1
2.GENEL BİLGİLER	6
2.1.ŞİZOFRENİ	6
2.1.1. Etiyoloji	7
2.1.2. Klinik Belirtiler	8
2.1.3. Şizofrenik Bozukluklarda Tedavi	10
2.1.4. Seyir ve Sonlanım	11
2.2. ŞİZOFRENİ VE AİLE	11
2.2.1. Şizofrenide Aile Yüğü	13
2.3. ŞİZOFRENİ VE DUYGU DIŞA VURUM	17
2.4. ŞİZOFRENİ VE SOSYAL İŞLEVSELLİK	17
2.5. TELEPSİKİYATRİ VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ	18
2.5.1. Tele Tıp Uygulamaları	18
2.5.2. Telepsikiyatri	19
2.6. PSİKOEĞİTİM (RUHSAL EĞİTİM)	21
2.6.1. Şizofrenide Psikoeğitim: Bu Alandaki Yeni Gelişme ve Yaklaşımlar	21
2.6.2. Psikoeğitim ve Tedaviye Uyum	23
2.7. ŞİZOFRENİ ve PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. ARASTIRMANIN ŞEKLİ	26
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ	26
3.3. ARASTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	27
3.3.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	27

Sayfa no

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI	29
3.4.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması	29
3.4. 2. Ön Uygulama.....	35
3.4.3. Uygulama Aşamaları	35
3.4.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	38
3.5. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU	39
3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	42
4. BULGULAR	43
4.1. ŞİZOFRENİ HASTALARINA İLİŞKİN BULGULAR	44
4.2. ŞİZOFRENİ HASTALARININ BAKIM VERİCİLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	50
5.TARTIŞMA VE SONUÇ.....	67
6.KAYNAKLAR	71
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLO, ŞEKİL VE GRAFİK LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Deney ve kontrol grubu hastalarının eşleştirme kriterleri	28
Tablo 3.2. Şizofreni Hastalarına Verilen Psikoeğitim Programının İçeriği (Ek-12), Oturum Sayı ve Süreleri	36
Tablo 3.3. Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Verilen Psikoeğitim Programının İçeriği (Ek-13), Oturum Sayı ve Süreleri	37
Tablo 4.1.1. Deney ve kontrol grubu hastalarının tanıtıcı özellikleri	44
Tablo 4.1.2. Deney ve kontrol grubu hastalarının eğitim öncesi, eğitim sonrası ve izlem sonrası Sosyal İşlevsellik Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	46
Tablo 4.1.3. Deney ve kontrol grubu hastalarının eğitim öncesi, eğitim sonrası ve izlem sonrası MARS Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	49
Tablo 4.2.1. Deney ve kontrol grubu hastaların bakım vericilerinin tanıtıcı özellikleri.....	51
Tablo 4.2.2. Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin eğitim öncesi, eğitim sonrası ve telefon izlemi sonrası Duygu Dışavurum Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.2.3. Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin eğitim öncesi, eğitim sonrası ve telefon izlemi sonrası Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	54
Tablo 4.2.4. Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin eğitim öncesi, eğitim sonrası ve telefon izlemi sonrası Zarit Aile Yüğü Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	55
 Şekil 2.1 DSM IV Tanı Kriterleri.....	 9
Şekil 3.1 Araştırma Akış Şeması.....	41

KISALTMALAR

SAPS:	Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği
SANS:	Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği
SiÖ:	Sosyal İşlevsellik Ölçeği
MARS:	Tıbbı Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği
DDÖ:	Duygu Dışavurumu Ölçeği
KO:	Kareler Ortalaması
EKT	Elektro Konvulsif Tedavi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni, günümüzde dünyada ve ülkemizde yaygınlığı oldukça yüksek olan bir bozukluk olup, ruhsal hastalıklar arasında kronikleşme ve yeti yitiminin en fazla olduğu hastalıkların başında gelmektedir. Şizofreni, gerçeği değerlendirme yetisi başta olmak üzere, düşünme, duygulanım ve algılama alanlarında önemli bozuklukların yaşandığı, garip davranışlar ile karakterize ve sosyal geri çekilmenin görüldüğü kronik bir hastalıktır (1-3). Görülme sıklığının sosyodemografik faktörlerle pek fazla değişiklik sergilemediği göz önüne alınırsa, halen dünyada 60 milyondan fazla, ülkemizde ise 350 bin şizofreni hastası bulunduğu tahmin edilmektedir (4,5). Şizofreni relapsların oldukça fazla olduğu, süregelen, ilerleyici bir bozukluktur (6). Buna ek olarak, yapılan maliyet etkinlik araştırmalarında, şizofrenik bozukluğu olan bireylerin tekrarlı yatışları için her yıl 2-3 milyon dolar harcandığı ifade edilmektedir (7).

Günümüzde, şizofreninin tedavisinde yaygın olarak kullanılan ve daha çok biyolojik teorilere dayanan standart ilaç tedavilerinin, hastalardaki negatif belirtileri azaltmakta yetersiz kaldığı bilinmektedir. Tedavide kullanılan ilaçlar, hastanın biyolojik yetersizliğini gidermeye, psikososyal girişimler hastanın sosyal ve çevresel yetersizliğine yöneliktir (8). Bu hastalarda tedavinin amacı, hastanın yaşadığı çevresel koşullar dikkate alınarak hastanın fonksiyonlarını en üst düzeyde geliştirmesini desteklemektir. Yapılan çalışmalar, bu hastalara hem ilaç tedavisi, hem de psikoeğitim ve psikorehabilitasyonu içeren tedavi yöntemlerinin birlikte uygulanmasını ve girişim

sonuçlarının izlenmesinin hastanın sosyal işlevselliğini, ilaç uyum düzeyini artırması nedeniyle gerekli olduğunu belirtmektedirler (8-10).

Araştırmalardan elde edilen bulgular, yaşadıkları toplumda, şizofreni hastalarına yönelik toplum temelli hemşirelik bakımının sağlanması gerektiğini göstermektedir. Günümüz koşullarında sadece klinikte bakım veren konumunda kalan hemşire, toplumda bu hastaların bakımını sağlayan sağlık ekibinin önemli bir üyesidir (11-12). Şizofreni hastaları ve aileleri, taburculuk sonrası yaşadığı toplumda hastalık yönetimine ilişkin destek alamamakta ve tek başlarına kalmaktadırlar. Şizofreni hastasının evde bakımında aile üyelerinin, özellikle primer bakım vericinin hastalık, hastalık semptomları ve ilaç uyumu gibi hastalığın yönetimi ile ilgili konularda eğitilmeleri ve evde izlem yapılarak desteklenmeleri önemlidir. Hemşirenin, hasta ve ailesini birlikte ele alarak yaptığı eğitim ve izlemler tekrarlı hastane yatışlarını azaltmada etkili olabilir. Yapılan meta analiz çalışmaları da, şizofreni hastalarının tekrarlı hastaneye yatış oranlarının azaltılmasında aile girişimlerinin etkili olduğunu göstermiştir (13-14). Şizofreni hastalarının tedavi ve bakımında ilaçların yanı sıra, aile girişimleri şizofreniye yönelik modern tedavi yöntemlerinin önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir (15-16). Aile girişim programlarının çoğu, bilişsel davranışçı terapi tekniklerini ve psikoeğitimi içermektedir. Psikoeğitim, ruhsal hastalığın tedavi ve bakımına ilişkin bilgi vermeyi sağlayarak, hastalar ve bakım vericilerinde hastalık ile başetme becerilerini geliştirmeyi amaçlamaktadır. Yaşadığı topluma uyumlarının sağlanması ve tekrarlı hastane yatışlarının azaltılması için bu hasta ve yakınlarının eğitim ve izlem gereksinimleri yüksektir. Ancak ilgili çalışmalar incelendiğinde, bir destek veya psikoeğitim programı uygulanan şizofreni hastaları ve bakım vericilerinin oranının %10'dan az olduğu görülmektedir (15-19).

Yaşadığı toplumda yeterli derecede bakım alamaması nedeniyle şizofreni hastası, tekrarlı hastane yatışları ve süregelen yeti yitimleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu nedenle bu hastaların bakım uygulamalarının taburculukla başlayıp yaşadığı toplumda sürdürülmesi çok önemlidir. Bu bağlamda hemşire, hastayı ailesi ile birlikte ele alarak hemşirelik bakımını hasta birey ve ailesine göre planlamalıdır. Hastalığı açıklayan biyolojik, psikososyal teoriler ile hastalıklardaki hemşirelik bakımını açıklayan hemşirelik teorileri şizofreni hastalarına yapılacak olan girişimlerin, uzun dönemli ve aile merkezli olması gerektiğini ifade etmektedirler (1-3, 10-16). Literatür

incelendiğinde, toplumda şizofreni hastası ve ailesine yönelik psikorehabilitasyonu içeren hizmetlerin yetersiz olduğu, daha çok araştırma amacıyla yürütülen çalışmaların sonucunda toplumda sınırlı sayıda bu hizmetlerin verildiği görülmektedir (16-20). Yine de, bazı toplumlarda etkili ve sürekliliği olan ve bu hastaların toplumla uyumlarını artıran girişimler de geliştirilmeye çalışılmaktadır (21-25). Bu çalışmaların hedefi, özellikle şizofreni hastası ve ailesine verilen bakımın bütüncül ve sürekli olarak verilmesi ve maliyetinin düşük olmasını sağlamaktır (20,22). Yine bu çalışmalarda, şizofreni hastalarının hastanede kalış sürelerini ve tekrarlı yatışlarını azaltmak için yeni bazı uygulamalara gereksinim olduğu belirtilmektedir (21-23). Bu uygulamalardan biri olan telepsikiyatrik hizmetlerin, etkili bir yenilik olduğu, klinik bakımda, eğitimde ve araştırmada kullanılabileceği ifade edilmektedir (25-27).

Telepsikiyatri hizmetleri video konferans, e-mail, web sayfası ve telefon gibi pek çok yol ile verilebilmektedir. Telepsikiyatrik hizmetlerin uygulandığı araştırmalarda, şizofreni hastaları ve yakınlarında en fazla telefon ve videokonferans yöntemlerinin kullanıldığı ve bu yöntemler ile hasta ve aile eğitimlerinin başarılı bir şekilde gerçekleştirildiği görülmektedir. Bu konuda yapılan çalışmaların ortak sonuçlarına bakıldığında; telefonla yapılan eğitim, danışmanlık ve izlemlerin, hastaların tekrarlı yatışlarını ve hastanede kalış sürelerini azalttığı ve ilaç uyum düzeylerini artırdığı saptanmıştır (20-27). Ayrıca telefonla yapılan bu eğitim ve izlem çalışmaları sonucunda, hasta ailelerinin de kendilerini daha güçlü hissettikleri, bakım yüklerinin azaldığı, hastaya daha bilinçli şekilde daha fazla yardım edebildikleri belirtilmiştir (28-29).

Bugün dünyada ruh sağlığı hemşireliği uygulamasında, hasta ve aileye verilen hizmetlerin daha hızlı, etkin ve sürekli olması gerektiği savunulmakta ve özellikle şizofreni gibi ruhsal bir hastalığa sahip bireyin bakımının yaşadığı toplumda sürdürülmesinin de önemli olduğu ifade edilmektedir. Ruh sağlığı hemşireleri, ruh sağlığı hizmetlerinin etkin bir şekilde sürekliliğini sağlamak ve hemşirelik bakımlarını devam ettirmek için, telefonla izlem yöntemini kullanabilirler. Yapılan çalışmalar, şizofreni hastası ve yakınlarına uygulanan telefon izleminin maliyetinin düşük olduğunu, hastaların erken taburcu olduklarını ve bu hastaların topluma uyum düzeylerinin arttığını göstermektedir (22-29). Telefonla izlem yönteminin kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin evde bakım hizmetlerinin gerçekleştirmede kolaylık sağlayacak

yenilikçi bir model olduğu düşünülmekte olup, bu yöntemin uygulanması ile hastaların bakımlarında yaşanan güçlükler azaltılabilir. Ayrıca, bu hastalar birincil koruma düzeyinde ele alınarak, hastalar ve bakım vericilerine hastalıkla baş etmede yaşadıkları güçlükler ve gereksinimler için uzaktan danışmanlık yapılabilir.

Yurt dışında, psiko eğitim ve telepsikiyatrik yöntemlerin daha çok şizofrenik bozukluğu olan hastaların bakım vericilerinde uygulandığı, hastayı ve bakım vericiyi birlikte ele alan çalışmaların sınırlı olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde ise, hasta ve bakım vericisini birlikte ele alan hem psiko eğitim, hem de telefon izlemlerinin birlikte yürütüldüğü çalışmaya rastlanılmamıştır. Özellikle ülkemizde mevcut sağlık hizmetlerinde şizofrenik bozukluğu olan hastaların tedavi ve bakımları, yalnızca klinik yatışlarında yapılmakta olup, hastanın taburculuğu ile beraber evde izlemleri yapılamamaktadır. Psiko eğitim sonrası evde telefon izlemi ile verilen destek ve danışmanlık, hasta ve bakım vericilerinin yalnız olmadıklarını hissetmesini, tedavi ve bakımın evde de devam ettirildiğini düşünmesini sağlayabilir. Böylece hasta ve bakım vericisinin hastalığın yönetimine ilişkin karşılaştıkları sorunların azalması ya da bu sorunları çözebilmeleri ve ilaç uyumları sağlanarak tekrarlı hastane yatışları önlenabilir.

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma, şizofreni hastaları ve bakım vericilerine klinikte verilen psiko eğitim ve taburculuk sonrası düzenli telefon görüşmesi ile yapılan telepsikiyatrik izlemin hastaların sosyal işlevselliğine ve ilaç uyumlarına; bakım vericilerin duygu dışı vurum, depresyon ve aile yükü düzeylerine olan etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

1.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H₁ Şizofreni hastalarına klinikte verilen psiko eğitim ve taburculuk sonrası yapılan telepsikiyatrik izlem, hastaların işlevselliğini artırır.

H₂ Şizofreni hastalarına klinikte verilen psiko eğitim ve taburculuk sonrası telepsikiyatrik izlem, hastaların ilaç uyumunu artırır.

H₃ Şizofreni hastalarının bakım vericilerine verilen psiko eğitim ve telepsikiyatrik izlem, bakım vericilerin duygu dışı vurum düzeylerini azaltır.

H₄ Şizofreni hastalarının bakım vericilerine verilen psikoeğitim ve telepsikiyatrik izlem, bakım vericilerin depresyon düzeylerini azaltır.

H₅ Şizofreni hastalarının bakım vericilerine verilen psikoeğitim ve telepsikiyatrik izlem, bakım vericilerin aile yükünü azaltır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ŞİZOFRENİ

Şizofreni halen psikiyatrik bozuklukların en ağırı olarak kabul edilmektedir. Şizofrenik bozukluklar bireyde duygulanım, düşünme, algılama, davranış, kişiler arası ilişkiler ve iş yaşamı gibi alanları olumsuz olarak etkileyen, yeti yitimine neden olan, relapslarla giden kronik bir belirtiler kümesidir (2-3).

Toplumda yaklaşık olarak %1 sıklıkla görülen, nörogelişimsel bozuklukla ilişkili önemli bir hastalıktır. Sıklık üzerine yapılan birçok araştırma sonuçları %o 0.4-0.7 arasında değişmektedir. Nörogelişimsel bozukluk beynin “algı”, “bilişsel işlevler”, “düşünce” ve “duygulanım” gibi neredeyse tüm fonksiyonlarında sorun yaratarak karmaşık bir tablo ortaya çıkarır. Şizofrenide nörogelişimsel probleme genetik, çevresel ve sosyal faktörler de katkıda bulunur (1- 3).

Şizofreni; pozitif, negatif, bilişsel ve affektif belirtilerle kendisini gösteren beynin gelişimsel bir hastalığıdır. Şizofreni, genellikle yaşam boyu sürerek yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve işlev yetersizliklerine yol açmaktadır (1-3, 6-8).

Şizofrenide kadın ve erkek arasında görülme sıklığı bakımından önemli bir fark görülmemektedir. Hastalığın ortalama başlama yaşı 15-40 yaş arasında değişmekle birlikte hastaların %90’ı 15-25 yaş grubundadır. Başlama yaşı erkeklerde 15-25, kadınlarda 25-35 yaş arasındadır. Başlangıcı genellikle ergenlik ve erken yetişkinlik

döneminde olmakla birlikte, kadınlarda erkeklerden daha geç başlayabilmekte, premorbid fonksiyonu daha iyi olmakta ve genellikle erkeklere göre daha iyi bir gidiş göstermektedir. Yine, kadın hastalarda erkeklere göre daha fazla duygulanım ve daha az negatif semptomlar görülmektedir. Bu durum, ego fonksiyonlarında daha hafif bir bozulma ile açıklanabilmektedir. Kadınlarda erkeklere göre daha hızlı ve tam bir remisyon meydana geldiği ve ilk epizoddan sonra kadın hastaların %95'i tam remisyon gösterirken erkeklerde bu oranın %70'lerde kaldığı tespit edilmiştir (30). Kadınlarda şizofreninin ilk görüldüğü an ile yatışın yapıldığı an arasında geçen süre erkeklere göre daha uzundur. Çünkü kadın hastalar toplumda belirli bir süre tolere edilebilmektedir. Halbuki erkek hastalara aynı hoşgörü gösterilememektedir (1-5, 30).

2.1.1. Etiyoloji

Son yirmi yılda yapılan araştırmalarda şizofreninin nedenleri hakkında önemli bulgular elde edilmiştir. Şizofrenin ortaya çıkmasında rol oynayan başlıca etkenler şöyle sıralanmaktadır (1,4,9):

1. Kalıtsal nedenler
2. Beyindeki yapısal değişiklikler
3. Beyindeki kimyasal maddelerdeki değişiklikler
4. Psikososyal etmenler

Şizofrenide kalıtımın rolü

Şizofrenisi olan her 10 kişiden birinin yakın akrabaları arasında bu hastalık görülmektedir. Şizofreni hastalarının ailelerinde bu hastalığın toplum ortalamasına göre daha sık görülmesi şizofrenide ailesel geçişin rolüne işaret etmektedir. Örneğin, anne ya da babasından biri şizofreni hastası olan çocukta hastalığın görülme olasılığı %12'dir. Kardeşlerden biri şizofreni hastası ise, diğer kardeşlerde hastalık görülme olasılığı %8'dir. Hastalığın geni tam olarak bilinmemektedir. Bir başka deyişle, elde edilen veriler şizofreniden tek bir geni sorumlu tutmak yerine birden fazla genin rolü olduğuna işaret etmektedir (1,3-10).

Beyindeki yapısal değişikliklerin rolü

Tomografi gibi görüntüleme yöntemleri ile şizofreni hastalarının beyinlerinde normalde görülmeyen bazı değişiklikler olduğu saptanmaktadır. Beyinde bulunan 3. ve 4. ventriküllerin şizofrenik hastalarda daha geniş olduğu ve bazı beyin bölümlerinin

normalden daha küçük olduğu görülmektedir. Özellikle, beynin plan yapmak, sorun çözmek gibi işlevlerini üstlenen frontal lob ve önceki deneyimleri hatırlayarak o anki duruma uygun bir davranış geliştirmekte rol oynayan hipokampus bölümünün normalden küçük olduğu saptanmıştır. Bu bölgelerin işlevlerindeki aksama sonucunda hastaların günlük hayatta her an karşılaştığımız basit ya da karmaşık sorunları çözmekte zorlandığı görülmüştür (1,3,10).

Beyindeki kimyasal maddelerdeki değişikliklerin rolü

Beyin hücreleri arasında haberleşmeyi sağlayan kimyasal maddelere nörotransmitter denilmektedir (adrenalin, dopamin, serotonin gibi). Şizofrenisi olan kişilerde dopaminin aracılık ettiği haberleşmede bir bozukluk olduğu bilinmektedir. Dopamin hastaların beyinde bazı bölgelerde fazla miktarda bulunmaktadır. Dopamin aracılığıyla haberleşmedeki bozukluk; hezeyan ve halüsinasyonlar, dağınık davranış ve konuşma gibi hastalık bozukluklarından sorumlu tutulmaktadır (1,3,10).

2.1.2. Klinik Belirtiler

Şizofreninin klinik belirti ve bulgularında üç nokta üzerinde durulmaktadır:

1. Şizofreniye özgü patolojik hiç bir bulgu ve belirti yoktur. Şizofrenide görülen her belirti ve bulgu diğer psikotik ve nörolojik bozukluklarda da görülebilir.
2. Hastanın belirtileri zamanla değişebilir. Örneğin hastanın aralıklı halüsinasyonları olabilir. Sosyal durumda performansı değişebilir veya şizofreni seyri sırasında önemli mizaç değişiklikleri görülebilir.
3. Hastanın eğitim düzeyi, entellektüel becerisi, dini ve kültürel değerleri göz önünde bulundurulmalıdır (1,3,10).

Şizofrenide görülen birçok belirti, hastaların çeşitli yaşam alanlarının olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır.

- Pozitif belirtiler (delüzyonlar, halüsinasyonlar, dezorganize konuşma, katotoni),
- Negatif belirtiler (duygusal küntlük, alogia, avoliation, anhedoni, sosyal çekilme),
- Komorbid durumlar (mood bozuklukları, madde kullanım bozukluğu, anksiyete, agresyon) ve
- Bilişsel yetersizlikler (dikkat, hafıza, yönetimsel işlevler) hastada kendine bakımın ve sosyal işlevselliğinin bozulmasına, aynı zamanda da psikososyal

işlevselliğin ve yaşam kalitesinin belirgin olarak azalmasına neden olmaktadır (2, 3).

Şizofrenisi olan birçok hasta, hastalığın sosyal işlev görmeyi bozması nedeniyle çalışamamakta, aile kuramamakta, dolayısıyla bağımlı bir aile üyesi olarak yaşamakta, diğer insanlardan farklı davrandıkları ve gördükleri için toplumdan dışlanmakta ve izole edilmekte, başarısızlık korkusu ile çekingen davranmaktadır (4-6). Şizofrenide görülen bilişsel bozuklukların gidişi ile ilgili yapılan çalışmaların sonuçları çelişkilidir (7). Şizofrenide görülen bilişsel bozuklukların hastalığın seyri boyunca değişmediği bildirilmiştir. Yaşlanmayla bilişsel işlevlerde bozulma olduğunu bildiren araştırmaların ise, sürekli hastanede tedavi altında olan ve işlevselliği düşük olan şizofreni hastalarında gerçekleştirilmiş olması dikkat çekicidir (8,9).

Şekil 2.1. DSM IV Şizofreni Tanı Kriterleri

A-Karakteristik Semptomlar:	Bir aylık bir dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması.
1) Sanrılar	
2) Varsanılar	
3) Dezorganize (karmakarışık) konuşma	(örn; çağrışımlarda dağınıklık, (sık sık konu dışı sapmalar gösterme) ya da enkoherans
4) İleri derecede dezorganize ya da katatonik davranış	
5) Negatif semptomlar, yani afektif donukluk (tek düzelik), aloji (konuşamazlık) ya da avolisyon.	
<i>Not: Sanrılar tuhaf (bizar) ise ya da varsanılar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki yada daha fazla sesin birbiriyle/birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa A Tanı Ölçütünden sadece bir semptomun bulunması yeterlidir.</i>	
B-Toplumsal/Mesleki İşlev Bozukluğu:	
İş, kişiler arası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır. (başlangıcı çocukluk ya da ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişiler arası ilişkilerde, eğitimle ilgili ya da mesleki başarıda beklenen düzeye erişilememiştir.)	
C-Süre: Bu bozukluğun süre giden belirtileri en az 6 ay süreyle kalıcı olur. Bu 6 aylık süre, en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A tanı ölçütünü karşılayan semptomları kapsamalıdır; prodromal ya da rezidüel semptomların bulunduğu dönemleri kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal ya da rezidüel dönemlerde, sadece negatif semptomlarla ya da A Tanı Ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla semptomun daha hafif biçimleriyle (örn:acayip inanışlar, olağandışı algısal	

yaşantılar) kendilerini gösterebilir.
D-Şizoaffektif Bozukluğun ve Duygu durum Bozukluğunun Dışlanması: Şizoaffektif Bozukluk ve Psikotik Özellikler Gösteren Duygu durum Bozukluğu dışlanmıştır, çünkü ya (1) aktif-evre semptomları ile birlikte aynı zamanda Majör Depresif, Manik yada Mikst epizodlar ortaya çıkmamıştır ya da (2) aktif evre semptomları sırasında duygu durum epizodları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur
E-Madde kullanımının/genel tıbbi durumun dışlanması: Bu bozukluk bir maddenin (örn:kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.
F-Bir Yaygın Gelişimsel Bozuklukla olan ilişkisi: Otistik bozukluk ya da diğer bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin sanrı yada varsanı da varsa şizofreni ek tanısı konabilir.
Kaynak: Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-4 TR) (2000). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, (Çev. Ed) Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2000.

2.1.3. Şizofrenide Tedavi

Şizofrenide Tedavi Amaçları:

- *Alevlenme dönemlerini önlemek
- *Alevlenme dönemlerini erken fark edip ayaktan tedavi etmek
- *Alevlenme dönemi yatıştıktan sonra, hastalığa bağlı yeti yitimini en aza indirmek
- *Hastanın sorunlarla başa çıkma kapasitesini artırmaktır.

Şizofrenide ilaç tedavileri (antipsikotikler=nöroleptikler, antidepresanlar, anksiyolitikler, antikolinerjikler, duygu durum düzenleyicileri) ve diğer tedavi yöntemleri (Elektro Konvulzif Tedavi (EKT), bireysel psikoterapiler, grup terapileri) kullanılmaktadır (1,3,9,31-32).

Son yıllarda şizofrenide psikososyal yaklaşımların uygulanmasında ve bunların etkisiyle ilgili araştırmalarda hızlı bir artış vardır. Yeni teknikler geliştirilmekte, kontrollü çalışmalarla bunların etkinlikleri araştırılmaktadır. Psikososyal yaklaşımlar tek başına şizofrenik bozuklukların tedavisinde etkili olmamakla birlikte, kapsamlı bir tedavi yaklaşımının parçası olarak psikofarmakolojik tedaviyle birlikte şizofreninin gidişini iyileştirebilirler (11,19,20). Bu yaklaşımlar; relapsları önleme, baş etme becerileri, daha iyi toplumsal ve mesleki işlevsellik ve bağımsız işlev görme gibi alanlarda ek yararlar sağlayabilir. Şizofreninin tedavisinde kullanılan psikososyal yaklaşımlar arasında aile psikoeğitimi, bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi, uyumlandırma tedavileri (sosyal

beceri eğitimi, işe uyumlandırma, bilişsel davranışçı tedaviler) vardır (1,3,9,31-32). Psikososyal yaklaşımlar arasında en çok uygulananlar aile psikoeğitimi ve uyumlandırma tedavileridir. Bunların amaçları genel olarak şunlardır (1-7,9,31-32):

1. Şizofreninin belirtileri, tedavisi, gidişi, sonlanması ve ilaçlar hakkında eğitim,
2. Belirtilerin şiddetini ve komorbiditeyi azaltma,
3. Aile içi ve kişiler arası ilişkileri geliştirme,
4. Aşırı duygu dışavurumunu azaltma,
5. Erken tanı ve erken tedavi,
6. Relapsı önleme ya da azaltma,
7. Toplumsal işlevselliği artırma,
8. Toplumda özerk davranmayı ve toplumsal yeterliliği sağlama, bağımsız yaşamayı artırma,
9. Gerçekçi beklentiler oluşturma, günlük yaşam etkinliklerini yerine getirmeyi sağlama,
10. Yaşam kalitesini artırma.

2.1.4. Seyir ve Sonlanım

Şizofreninin klasik seyri alevlenme ve remisyonlarla devam eder. Bazen psikotik bir epizodu klinik olarak gözlenebilen postpsikotik depresyon izler ve şizofreni hastasının strese duyarlılığı genellikle yaşam boyu devam eder. Pozitif semptomların şiddeti zamanla azalır, fakat sosyal yıkıma sebep olan negatif semptomlar şiddetini arttırır (4,9).

2.2. ŞİZOFRENİ VE AİLE

Hastanede kalış süresinin kısalıp, tedavinin artık daha çok kurumlar dışında sürdürülmeye başlanması, şizofrenisi olan birçok hasta için, ailelerin birincil bakım verici konumuna gelmelerini sağlamıştır. Hastaların aileleri ile birlikte yaşamak zorunda olmaları bir dizi sorunu beraberinde getirmektedir. Ancak, çoğu kez hastalığın aile üzerindeki etkisi gözardı edilmektedir (10-12). Şizofrenili bireyler diğer insanlardan farklı davrandıkları ve farklı göründükleri için, sıklıkla toplum tarafından dışlanmakta ve izole edilmektedirler. Hasta başarısızlık korkusuyla çekinik davranmakta, karar verememekte ve bunlara bağlı olarak aile içinde de yalnızlık yaşamaktadır. Şizofrenili bireyin düşünme sürecindeki bozulma unutkanlık, dikkatsizlik ve motivasyon eksikliğine neden olarak, bireyin hem ailesi hem de yaşadığı toplumda kabul görmesini

engellemektedir. Bu durum, hastanın aile içinde tutulmasına ve aileye bağımlı olmasına neden olmaktadır (3,5,11,16,22,24).

Şizofreni, hasta birey kadar hastanın yakınındaki insanları da etkiler. Düşünce, duygu ve davranışlardaki şiddetli bozulma, ailenin bütün üyeleri tarafından hissedilir. Hastalığın aile bireyleri üzerindeki etkisi hastalığın hangi aşamada olduğu ile yakından ilişkilidir. İlk psikotik atağını geçiren bir hastanın ailesi şaşkınlık ve endişe içindeyken, yedinci kez hastaneye yatırılan bir hastanın aile üyeleri bıkkınlık yaşıyor olabilirler. Aile tüm günlerini hasta ile geçirmekte, hastanın bakım sorumluluğunu gönüllü veya zorunlu olarak yürütmekte, bunu gerçekleştirirken de hastalık süreci ve hastaya yaklaşım konularında bilgi, beceri, duygusal ve sosyal desteğe gereksinim duymaktadır. Aile, hastalıkla baş etmede olumlu katkıları sağlayabilecek en büyük doğal kaynak olarak görülmektedir (33-34). Yapılan birçok çalışmada, şizofreni gibi ciddi psikiyatrik hastalığı olan bir üyeye sahip ailelerde, aile işlevlerinin bozulduğunu ve aile işlevlerinin hastalığın klinik gidişini etkilediğini destekleyen bulgular elde edilmiştir (3,5,11,16,22,24,35-36). İtalya’da, 30 merkezde tedavi edilen şizofreni hastalarının 709 yakını üzerinde yapılan bir araştırma, hasta yakınlarının hastalıkla baş etmede kendilerini yalnız hissettikleri ortaya koymuştur (35).

Utanç, suçluluk, öfke duyguları da aile üyelerinde sık yaşanan duygulardır. Hatta hastanın bazı hareketleri onları sürekli öfkeliendirebilir. Bu öfke, ailenin diğer fertlerine de yansiyabilir ve ailenin ruh sağlığını bozabilir. Ana babalar, hasta olan çocuklarıyla ilgili umutlarını ve beklentilerini yitirerek bunun yasını tutabilirler (36). Ailenin diğer üyelerinde emosyonel sorunlar ortaya çıkabileceği gibi, hasta yakınlarının mesleki verimleri de düşebilmektedir (11,15). İlaç kullanmasına karşın, tedaviye yanıt vermeyen ya da ilaç almayı reddeden hastaların yakınları çaresizlik yaşamaktadırlar (5). Psikotik hastalara karşı toplumun reddedici olması da, hasta yakınları için önemli bir güçlüktür. Ailede, ciddi boyutlarda ekonomik sorunlar ortaya çıkabilir. Hasta bireyin çalışamaz duruma gelmesine bağlı gelir kaybı ve tedavi masrafları nedeniyle maddi güçlükler yaşanabilir (13).

Aile ve akraba gruplarının hasta üzerinde aşırı duygusal baskıları olabilir. Örneğin; bu hastaların saldırgan oldukları ve çevrelerine zarar verebilecekleri yaygın olarak düşünülüyor ise, büyük olasılıkla toplumdan tecrit edilmiş bir yaşam süreceklerdir. Dolayısıyla tedavi için gelinen adres doğru olsa bile, hastalığa bakış açısı ve tutumlar

doğrudan tedaviye yanıtı ve hastalığın gidişini etkileyecektir. Bu durumun relapslara neden olduğu ve toplumsal baskının ruhsal yönden aile bireyleri üzerinde olumsuz etkilere neden olduğu bazı araştırmalarda saptanmıştır (30-32). Sağduyu ve arkadaşları 98 şizofreni hasta yakınının şizofreniye yönelik tutumlarını incelediği araştırmalarında, hastalığın araştırılması ve ele alınması bakımından topluma göre hasta yakınlarının çok daha olumlu bir tutum sergilemesine karşın, hastalığın tehlikeli olduğu yönündeki önyargı ve inançların hasta yakınları üzerinde etkili olduğunu belirlemişlerdir (37).

Toplumdaki şizofreni damgalama eğilimi, hasta ve hasta yakınlarını olumsuz etkilemekte, onların yaşam kalitesini bozmakta ve hastadaki yeti yitimini attırmaktadır (33-38). Yapılan araştırmalar, sosyodemografik etkenlerin şizofreniye karşı olan inanç ve tutumlar üzerinde etkisinin önemli düzeyde olmadığına, ancak eğitim düzeyi yükseldikçe tutumların daha olumsuz olduğuna ve sosyal mesafenin artabildiğine işaret etmektedir (39-41).

Ruhsal sorunu olan hasta ve ailelerinin yaşadığı güçlükler; öz-bakım, sosyal faaliyetlere katılım, boş zamanlarını değerlendirme, ilaç kullanımı, hastalığın belirtilerini tanıma, bulgulara yönelik ailenin ne yapacağını ve nasıl davranacağını bilmemesi, kontrollere gitmeme, stresle baş etmede yetersizlik, duygularını uygun ifade edememe ve sosyal destek (aile-kurum-is-komsu vb.) eksikliği olarak belirlenmiştir (39-42).

2.2.1. Şizofrenide Aile Yüğü

Ailede ruhsal bir hastalığın varlığı, hastalığa yanıt olarak bazı etkileşim biçimlerinin ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Ailenin diğer üyeleri hastalıkla başa çıkarken, yük (burden) duygusu yaşarlar (14,16). Yük kavramı, nesnel yük ve öznel yük olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Gelir kaybı, sosyal etkinliklerin kısıtlanması ve ev ortamındaki gerginlik vb. nesnel yük olarak sıralanırken, hastanın rahatsızlık verici davranışlarıyla ilişkili emosyonel sıkıntı ya da hastayla ilgili olarak yaşanan öznel sıkıntı düzeyi ise öznel yük olarak belirtilmektedir (15).

Şizofrenide aile yükünü inceleyen çalışmalara bakıldığında, hastalığın belirtilerinin aile yükünü etkilediğini görebiliriz. Şizofrenide negatif belirtilerin ailenin yükünü öngörmede önemli olduğu, saldırgan ya da psikotik davranışlardan çok özbakım ve aktiviteyle ilişkili sorunların daha fazla yük getirdiği bildirilmiştir (16). Yine Bloch ve arkadaşları (aktaran 13), hasta yakınları için en çok yük oluşturan iki grup davranışın önemli olduğunu belirtmişlerdir. Birinci davranış grubunda; sosyal geri çekilme,

yavaşlık ve ilgi kaybı gibi negatif belirtilerle ilişkili davranışların yer aldığını ifade etmektedirler. İkinci grupta ise; rahatsız edici, sosyal yönden utandırıcı ya da öngörülemeyen davranışların yer aldığı belirtilmektedir. Hastalık semptomları ile yük grupları arasındaki ilişki incelendiğinde, öznel yük duygusu hem pozitif hem de negatif belirtilerin şiddetiyle ilişkili bulunurken, nesnel yükün yalnızca negatif belirtilerin şiddetiyle ilişkili olduğu yönünde bulgular bulunmaktadır (13-16,42).

Hastalık şiddeti ve yeti yitimi fazla olduğunda yükün artabildiği ifade edilmektedir (17). Bir çalışmada klinik özelliklerle ailenin yükü arasındaki ilişkiye bakıldığında, pozitif belirtilerin, manik/düşmanca tutumların ve yeti yitiminin aile yükünü arttırdığı bildirilmiştir (16). Lanzara ve arkadaşları (1999), ailelerin en fazla sosyal ilişkiler alanında yük hissettiklerini, hastadaki yeti yitiminin yük için esas belirleyici olduğunu, manik ve pozitif belirtilerin, hastayla geçirilen zamanın ve aile üyelerinin aldıkları sosyal desteğin aile yükünde daha az öneme sahip olduğunu saptamışlardır (43).

Şizofrenisi olan hastanın yakınlarının hastayla başa çıkma tarzları ile yükleri arasındaki ilişkiyi gösteren bir çalışmada, eleştirici/baskıcı ve boyun eğici tutum, aşırı koruyuculuk ve duygusal yönden aşırı müdahale algılanan yüklerle daha fazla ilişkili bulunurken, içten/sıcak bir tarzı benimseyen hasta yakınlarının yükünün daha düşük düzeylerde olduğu belirlenmiştir (19). Türkiye’de yapılan çalışmalarda da, hasta yakınlarının aile yaşantılarındaki çatışmalar ve duygusal sorunların yanı sıra, hastanın bakımı ve tedavisi konusunda maddi yüklerle de karşılaştıkları saptanmıştır (20,24).

Hasta yakınları özellikle hastanın yatışı sırasında ve taburculuğu sonrasında yoğun duygular yaşamaktadırlar. Yatışın hasta tarafından reddedilmesi veya gönülsüz ve zorla yatışlar hasta yakınlarını daha fazla etkilemektedir. Hastanın yatışı sırasında, yakınlarının hissettikleri duyguları ifade etme biçimleri yaşanan sorunları belirlemede ve tanımlamada yol göstericidir. Yüksek duygu dışavurumu olan aileler, sorunları, sorunlarla başa çıkma ve aile içindeki etkileşim biçimleriyle birbirlerinden farklılık gösterirler. Düşük duygu dışavurumu olan ailelerde hastanın kötüleştiği dönemlerde yüksek duygu dışavurumu gelişebileceği gibi, bazen de ailedeki tükenmişlik (burn out) var olan eleştirel ya da aşırı müdahaleci tutumların ortadan kalkmasına yol açmış olabilir. Ayrıca, belirtilerin süregelen ve şiddetli olması, davranış bozuklukları gibi hastalıkla ilgili etmenlerde aile içinde sorunların gelişmesine katkıda bulunabilir (11-13,44).

Hastanın taburculuğu ve taburcu edilme şekli de, aileyi oldukça etkilemekte ve yine farklı duygular yaşamasına yol açmaktadır. Hastanın evine götürülmesi konusunda aileye baskı uygulanması, bazen yeniden aile birliğinin sağlanmasına yardımcı olabilmekte, ancak çoğunlukla daha fazla yıkıma ve hastaya yeniden uyum sağlanması gerektiği için öfkeye yol açabilmektedir. Böyle bir baskının yanında, aileye profesyonel bir destek sağlanmaması ailenin yükünü daha da artırır (15,21-22,45).

Bakım vericiler ile yapılan çalışmalarda “şizofreni” sözcüğünün birçok kişi için korkutucu olması, hastanın damgalanmasına ve dışlanmasına yol açmasından dolayı, bakım vericilerin “psikoz” kavramını kullanmayı tercih ettikleri belirlenmiştir. Taburculuk sonrasında yaşanan güçlüklerden bir diğeri, aile içinde var olan davranış biçimlerinin değişebilmesidir. Ailede şizofrenisi olan bir hastanın bulunması ailenin diğer bireylerinin oldukça katı davranış biçimlerini benimsemelerine, hasta kişinin zorluklarıyla başa çıkmak için ilişkilerin daha yakın bir hale gelmesine yol açabilir (13, 22-23,46-48).

Kronik bir ruhsal hastalığı olan biriyle yaşamanın yanı sıra, toplumun şizofreniye olan olumsuz inanışları da ailelerin yükünü artırabilir. Yapılan çalışmalar, bakım vericilerin tedavi ekibi ile işbirliğinin önemini vurguladıklarını ve kendilerini en çok kaygılandıran konunun, toplumun hastalara bakışı olduğunu ifade ettiklerini göstermektedir (30-37,49-51). Ülkemizde bir çalışmada, şizofrenisi olan hastalara karşı sosyal mesafe koyma isteğinin, yurt dışında yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlara göre belirgin olarak daha düşük bulunduğu, ancak özellikle ilaçla tedavisi konusunda eğitime gereksinim olduğu belirtilmektedir (42).

Yapılan çalışmalar ailelerin hem hastayla hem de kendi duygularıyla baş etmeye çalıştıklarını ve bu nedenle desteğe gereksinimleri olduğunu, sosyal destek programlarının ve hasta yakınlarıyla işbirliğinin oldukça önemli olduğunu belirtmektedir (20-22,52-53). Bu nedenle şizofrenisi olan hastaya ve bakım vericilerinin gereksinimlerine göre baş etmelerinin güçlendirilmesi gerekmektedir. Ailelerin büyük bir kısmı, tedavi ekibiyle etkileşimlerini doyurucu ve yeterli bulmadıklarını, hastayla nasıl başa çıkacaklarına ilişkin eğitimler kadar, şizofreni hakkında da bilgiye gereksinim duyduklarını ifade etmektedirler. Bakım vericilerin şizofreninin etiyolojisi, belirtileri, prognozu, tedavi yöntemleri konusunda eğitilmeleri ile ailenin de tedavi ekibinin bir üyesi olarak işlev görmeye başlaması sağlanabilir (11,12).

Tedavi ekibi, aileye destekleyici ve empatik bir tutumla yaklaşmalı, hastalığın anababanın evlilik ilişkisini ne ölçüde zorladığı belirlenmelidir (11-15). Karancı (44), aileler için ilk ele alınması gereken konunun yakınlarının davranış, duygu ve düşüncelerinde gözledikleri değişimi anlayabilme ve bunun yarattığı panik, hayal kırıklığı ve karmaşa ile başa çıkabilme olduğunu belirtmiştir.

Hasta yakınlarının eğitiminde, anlaşılabilir bir dil kullanılmalı, ailenin kafasını karıştıracak yoğunlukta bilgi yüklemekten kaçınılmalıdır. Ailenin eğitilmesinde kitapçıklar, broşürler ya da videokasetler kullanılabilir. Düzenli ilaç kullanmayan hastaların ev ortamındaki gerginliklere daha duyarlı olabilecekleri ailelere söylenmelidir. Bu ve benzeri özel durumlarda ailenin de daha fazla yardım ve desteğe gereksinimi olabileceği unutulmamalı ve bu konularda ailenin becerilerinin geliştirilmesi gerekmektedir (11-13,54-57). Günümüzde şizofreninin etiyolojisini açıklamada en çok kabul gören model, ailelere yönelik olarak suçlayıcı olmayan bir tutumu da destekleyen, yatkınlık-stres (vulnerability-stress) modelidir. Buna göre, şizofreniye genetik bir yatkınlık söz konusudur. Belirtilerin ortaya çıkması daha çok çevresel etmenlere bağlı olmakla birlikte şizofrenik bozukluğu olan hastaların aile üyeleri hastalığa neden olduklarını düşünerek suçluluk duymalarına engel olunmalıdır (13-15). Böyle düşünen aile üyelerinin işlevsel olmayan tutumlarının değiştirilmesi konusunda aile eğitilmelidir. Eğitim, hasta yakınlarının hastayla ilgili beklentilerinin daha gerçekçi düzeyde olabilmesini, duygusal ve maddi yükün azaltılmasını sağlar. Hasta yakınlarının hastalık öncesi dönemde sürdürdükleri etkinliklerinden vazgeçmeleri, izolasyon ve depresyona yol açabilirken, hastanın izolasyonu bu durumu daha da arttırabilir (58-59).

Ülkemizde geleneksel yapıların çözülmeye başlaması, hastanın bakımının paylaşılabildiği geniş ailelerin yavaş yavaş kaybolup yerini giderek çekirdek ailelerin alması nedeniyle, ailelerin yükünün arttığı söylenebilir. Kurumlarda hastaların tedavisinin, çoğunlukla akut dönem belirtilerini yatıştırmak ve ilaçları düzenlemekle sınırlı kaldığı görülmektedir. Klinikte yoğun iş yükü içerisinde olan ekibin hasta için rehabilitasyona yönelik girişimlerde bulunamadığı ve hatta çoğu kez aile üyelerine de yeterince zaman ayıramadığı bilinmektedir. Şizofreninin uzun süreli ve maliyeti oldukça fazla tedavi ve bakımının olması nedeniyle, bakım vericilerin yaşadıkları bu sorunlarını çözümlenmesi için yeni, fark yaratacak ve uygulanabilir modellerin

geliştirilmesi sağlanmalıdır. Ruh sağlığı alanında çalışanların, hastalığın akut döneminden başlamak üzere hasta ve ailesini birlikte ele alması ve klinikteki tedavi ve bakımını evde de sürdürmesini sağlaması oldukça önemlidir. Bu nedenle, bu kapsamda ailenin de ekip ile birlikte çalışmasının sağlanması ve bakım vericilere evde ekibin devamı gibi işlev görmesi için bazı becerilerin kazandırılması gerekmektedir (7,12,15-16,27,33-34,60).

2.3. ŞİZOFRENİ ve DUYGU DIŞAVURUM

Şizofreninin belirtilerinin şiddeti, gidişi ve tedavisi üzerine aile tutumlarının belirleyici bir rolü olduğu ve aileyi dışarıda bırakan şizofreni tedavi modellerinin etkisiz ve yetersiz olduğu pek çok çalışma ile gösterilmiştir. Aile tutumları arasında duygu dışavurumu, iletişim şekli gibi bazı aile duygulanım özelliklerinin, hasta taburcu olduktan sonra hastalığın alevlenmesi üzerinde etkisinin olduğu saptanmıştır (43,49,60). Kavanagha (61) yaptığı çalışmada, şizofrenik bozukluğu olan hastaların ailelerinde yüksek duygu dışavurum söz konusu olduğunda relapların %48 ve düşük duygu dışavurumda ise relapların %21 olduğunu belirtmiştir. Şizofreni hastalarının pozitif ve negatif belirtilerinin düzeyleri ile aile duygu dışavurum düzeyleri arasında pozitif bir korelasyon olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (38-39). Yapılan pek çok çalışmada aile ortamını düzeltmeye yönelik müdahalelerin, hastalığın seyrine olumlu katkı sağlayabileceği vurgulanmaktadır (42-48).

2.4. ŞİZOFRENİ ve SOSYAL İŞLEVSELLİK

Sosyal işlevsellik; çalışabilme, kişilerarası ilişkileri sürdürebilme ve kendine bakabilme yetisi olarak tanımlanmaktadır. Sosyal işlevsellikte bozulma, şizofrenik bozukluğun tanımlayıcı ve hastalık boyunca süren özelliklerinden birisidir (48,50,62). Araştırma bulgularına bakıldığında, sosyal işlevselliğin pozitif ve negatif belirtiler, duygu durum, sosyal davranışlar ve hastanın içinde yaşadığı bütün çevresel etmenlerden etkilendiği görülmektedir (63-64). Şizofrenik bozukluklarda ilaç uyumsuzluklarının paralelinde negatif ve pozitif belirtilerin artması ile sosyal işlevlerde bozulmaların çok ciddi boyuta olduğu bilinmektedir. Özellikle hastaların tek başlarına bırakılması, aile ile birlikte ele alınmaması, tek tip tedavi protokollerinin kullanılması ve yeterince izlemin yapılmaması şizofrenide sosyal işlevselliği olumsuz etkilemektedir (65-66). Bazı çalışmalarda evli olma durumu ve iş sahibi olma durumunun şizofrenik bozukluklarda sosyal işlevselliği artırdığı ve olumlu etkilediği saptanmıştır (67-69).

2.5. TELEPSİKİYATRİ VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ

2.5.1. Tele Tıp Uygulamaları

Tele tıp uygulamalarında ortak nokta, hizmeti alan kişilerle (hastalar ya da sağlık çalışanları) uzmanlar arasında fiziksel olarak mesafe bulunmasıdır. Tele tıp; tıbbi bilgiler, tanı, tedavi ve eğitim amacıyla kullanılan genel bir kavramdır. Tele sağlık terimi ise, daha çok uzaktan öğrenme ve araştırma için kullanılmaktadır. Tele sağlık, sağlık çalışanlarının klinik uygulamalara ek olarak eğitimleri ve halkın eğitimi için teknolojinin kullanılması olarak tanımlanabilir. Tele tıp, sağlık hizmetlerine erişimde kolaylığı, sürekli eğitim olanağı sunmayı, hekim ve hastane ziyaretlerini azaltmayı ve sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmayı hedeflemektedir. Tele tıp alanında, özellikle Amerika ve Avrupa’da birçok proje yürütülmekte ve bu alandaki yatırımlar teknolojiye paralel olarak hızla artmaktadır (22,25,58-60,67-69).

Sağlık hizmetlerini uzak mesafelere ulaştırılabilmek, kalitesini arttırmak, hekim, hemşire gibi sağlık ekibi üyeleri ile hasta ve ailesinin aynı yerde bulunma zorunluluğunu ortadan kaldırmak, hastane masraflarını azaltmak gibi etkenler tele tıp uygulamalarının başlamasına ve gittikçe yaygınlaşmasına sebep olmuştur. Günümüzde, tele tıp uygulamalarının mevcut sistemlere göre birçok üstünlüğe sahip olduğu görülmektedir (62-63). İlk üstünlük, hastalıkların tanı ve tedavi sürecinde bölgesel farklılıkların ortadan kalkmasıdır. Sağlık merkezlerine uzak olan hastalar da, tele tıp sayesinde sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedirler. İkinci üstünlük ise, hastaların uzaktan takibi ile hastane masrafları azalacağı gibi zamandan da tasarruf edilebilmektedir. Hasta nerede olursa olsun, hastaya ait veriler uzman kişiler tarafından izlenebilir. Diğer bir üstünlük ise, bilgiye istenildiği anda hemen ulaşılabilmesidir. Yeni gelişmeleri takip etmek ya da başka uzmanlara danışmak hastalıkların tanı ve tedavisinde hızlı, doğru ve etkili karar verilmesini sağlar. Yapılan çalışmalar, tele tıbbın hasta ve ailesinin eğitiminde kullanılabileceği gibi, klinik süpervizyon içinde oldukça etkili olduğunu göstermiştir (62-66,68).

Tele tıp uygulamalarının başlangıcı 1960’lı yıllara uzanmaktadır. İlk olarak 1964 yılında, Omaha’daki Nebraska Psikiyatri Enstitüsü ile Norfolk’taki State Mental Hastanesi arasında, 180 km uzaklıkta kapalı devre televizyon sistemi kurulmuştur. Bu sistem uzmanlar arasında interaktif konsültasyonlar yapılabilmesini sağlamıştır. Yine bu yıllarda Kuzey Amerika’da, uzman hekim bulunmayan kırsal yerleşim alanlarına sağlık

hizmeti vermek amacıyla, özel hatlar kurularak tele tıp uygulamaları başlamıştır. 1970 ve 1980'lerde, uydu iletişim tekniklerinin de gelişmesiyle beraber, uzak mesafelerde bulunan kliniklerle bağlantıların kurulabilmesi için birçok proje başlatılmıştır. Özellikle ABD ve Kanada'da çeşitli tele tıp projeleri başlatılmıştır. Maliyetlerin yüksek olması nedeniyle bu projelerin çoğu devam ettirilememiştir. Almanya'da ise, Medkom çerçevesinde 30 hastane 1986'dan günümüze video konferans ile çalışmalarını sürdürmektedir. Amerika ile Çin arasında yapılan bir çalışmada da, Çin'deki hastaların tedavisinde Amerika'daki doktorların tanı ve tedaviye yardımcı olmaları sağlanmıştır. Günümüzde ise, bilişim ve iletişim sektörlerindeki gelişmelere paralel olarak tele tıp uygulamaları da gittikçe artmaktadır. Amerika, Kanada, Avustralya, İngiltere ve Almanya tele tıp uygulamalarında önde gelen ülkelerdir. Tele tıp yöntemleri daha çok radyoloji, kardiyoloji, dermatoloji, psikiyatri ve acil tıp alanlarında video konferans şeklinde kullanılmaktadır (49-51,62-66,69).

Türkiye'de tele tıp, daha çok video konferans, tanı ve tedavide görüş aktarımı şeklinde ve eğitime yönelik olarak kullanılmaktadır. Örneğin; Ege Üniversitesi'nde eğitim amaçlı Bilgisayar ve İletişim Teknolojileri Araştırma Uygulama Merkezi, Tıp Fakültesi ve Bilgisayar Mühendisliği bölümlerinin işbirliği ile bir sayısal video kütüphanesi kurulmuştur. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Anabilim Dalı ile 10 sağlık ocağı arasında da web üzerinden bir telekonsültasyon servisi kullanılmaktadır. Ayrıca, Dicle Üniversitesi hastanesinde bilgisayar destekli protez tasarım ve üretim sistemi uygulanmaktadır (70).

2.5.2. Telepsikiyatri

Telepsikiyatri ve e-mental sağlık, özellikle sağlık hizmetlerinin yeteri kadar ulaşamadığı yerlerde hızla gelişen yenilikçi bir sistemdir (68). Telepsikiyatri; video konferans, elektronik mail ve telefonla yapılabilmektedir (67-68). Özellikle birinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerindeki kullanımı çok önemlidir. Telepsikiyatri ve e-mental sağlık, ruh sağlığı alanında klinik bakım, yönetim, eğitim ve araştırmalarda kullanılmaktadır (69).

Telepsikiyatri, ruhsal sağlık hizmetlerinin kırsal ve ulaşımı zor olan alanlara ulaşmasındaki zorlukların azalması için son yıllardaki yenilikçi çalışmaların başında gelmektedir. Yapılan çalışmalarda, ruhsal sağlık alanında telepsikiyatrinin yeni bir strateji ile mevcut bakım problemini çözmede yararlı olduğu ve özellikle ruh sağlığı ve

psikiyatri hemşireliği bakımının evde de sürdürülmesine olanak sağladığı saptanmıştır (70-72). Genel yaklaşımda hastaya yapılan telepsikiyatrik sağlık hizmetleri, hasta ve bakım vericinin kayıtlarının düzenli tutulması ve hastanın klinik değerlendirmesinin sağlanmasında etkin olarak kullanılabilir. Bu alana ilişkin araştırma sonuçları spesifik ruhsal hastalıkların tedavisinde telepsikiyatrinin etkili olduğunu göstermektedir (71-72). Telepsikiyatri hizmetlerinin uygulandığı ruhsal hastalıklar; şizofreni, anksiyete bozuklukları, major depresyon ve bipolar bozukluk olarak sayılmakta ve bu hastalıkların tanı, tedavi ve bakımında etkin olarak kullanılmaktadır (32,73). Randomize kontrollü ve 4 yıl süren geriatrik major depresif hastalar ile yapılan bir çalışmada, geleneksel yüz yüze iletişim ile sağlanan bakım ve videokonferans sistemi ile sağlanan bakım karşılaştırılmış ve videokonferans sistemi kullanılan hastaların depresif semptomlarında azalma olduğu saptanmıştır (26). Özellikle stigma nedeniyle tedaviden kaçınan hastaların telepsikiyatri yöntemini kabul edebildiği vurgulanmaktadır. Bu hastaların semptomlarının şiddetinin ve tedaviyi bırakma oranlarının azaldığı, sosyal fonksiyonlarının, hasta doyumunun ve tedaviye uyumunun arttığı bulunmuştur (32,72-74).

Şizofrenili bireyler için toplum hemşireliği desteğinin telefonla sağlanması yolu ile gerçekleştirilen çalışmada, araştırma kapsamına 48 hasta alınmıştır. Bu çalışmanın amacı, şizofrenili bireyler için telefonla yapılan bir hemşirelik müdahalesinin etkisini değerlendirilmesi olarak saptanmış ve hemşirelik müdahalesi hasta eğitimi olarak belirlenmiştir. Yine bu çalışmada klinikte alınan hastaya taburcu olduktan sonraki ilk haftadan itibaren her hafta 15 dakikalık telefon görüşmesi ile toplam 3 ay eğitim yapılmıştır. Çalışma sonunda telefonla yapılan eğitimin hastaların tekrarlı yatışlarını azalttığı, tekrarlı yatışı olan hastaların klinikte yatış süresinin azaldığı, hastaların tedaviye ve yaşadıkları ortama uyumlarının arttığı saptanmıştır (25).

Şizofrenide relapsı önlemek amacıyla geliştirilen bir programda, taburcu olan hasta bir vaka yöneticisi tarafından mobil telefon kullanılarak her hafta ziyaret edilmiş, hastanın evinden görüntülü telefon ile klinikteki uzmanların hastayı değerlendirmesi sağlanmıştır. Bu çalışmanın sonucunda hastaların prodromal belirtileri erken tanımlanmış ve geliştirilen bu program ile taburculuk sonrası hastaların tekrarlı yatışları %60 azaltılmıştır (75). 2004'te deneysel olarak yapılmış olan bir çalışmada, hemşirelerin telefonla yaptıkları bir problem çözme becerisi eğitiminin etkinliği

değerlendirilmiş ve bu eğitim hastanın taburculuğu ile başlayarak toplam 6 hafta sürmüştür. Bu çalışmada telefonla yapılan problem çözme eğitiminin etkili olduğu ve bu eğitimin hasta ile yüz yüze yapılacak bir ilk görüşmeden sonra daha etkin olabileceği saptanmıştır (74).

Sonuç olarak, telepsikiyatri ile verilecek ruh sağlığı hizmetlerinin hem tıp, hem de hemşirelik biliminde etkili olabileceği bilinmektedir (70-75). Özellikle şizofrenili hasta ve yakınlarına yönelik yapılacak müdahalelerde, telepsikiyatrik hizmetlerin kullanılması oldukça yararlı ve etkili olduğunu ifade edebiliriz.

2.6. PSİKOEĞİTİM (RUHSAL EĞİTİM)

2.6.1. Şizofrenide Psikoeğitim: Bu Alandaki Yeni Gelişme ve Yaklaşımlar

Psikoeğitim; farmakolojik olmayan bir tedavi stratejisi olarak hastalık ve tedavisi üzerine verilen sistematik, yapılandırılmış ve öğretici bilgi olarak tanımlanmaktadır ve katılımcıların (hastalar ve aile üyelerinin) hastalıkla baş etmesini sağlayabilmek için duygusal konuları bu bilgi ile bütünleştirmeyi içermektedir (1-10).

Aile psikoeğitim ve uyumlandırma programlarının amaçları şunlardır:

1. Şizofreninin belirtileri, tedavisi, gidişi, sonlanması ve ilaçlar hakkında eğitim,
2. Belirtilerin şiddetini ve komorbiditeyi azaltma,
3. Aile içi ve kişilerarası ilişkileri geliştirme,
4. Aşırı duygu dışavurumunu azaltma,
5. Erken tanı ve tedavi,
6. Relapsları önleme ya da azaltma,
7. Toplumsal işlevselliği artırma,
8. Toplumda özerk davranmayı ve toplumsal yeterliliği sağlama, bağımsız yaşamayı artırma,
9. Gerçekçi beklentiler oluşturma, günlük yaşam etkinliklerini yerine getirmeyi sağlama,
10. Yaşam kalitesini artırma (1-10,15-16,22-25,27,31).

Psikotik bozukluklarda relaps, belirtiler, bilgi, uyum ve işlevsellik konularında psikoeğitimin etkinliği üzerine yapılan bir meta-analiz çalışmasında, psikoeğitimin şizofrenide relaps ve yeniden hastaneye yatışın azaltılmasında etkili olduğu bulunmuştur. Yine aynı çalışmada, psikoeğitimin relaps ve tekrarlı hastane yatışları üzerinde, antipsikotik ilaç tedavisi ve bilişsel davranışçı terapi gibi diğer etkin müdahalelere benzer şekilde etkilerinin olduğu belirtilmektedir (76).

Yapılan meta analiz çalışmaları, şizofreni hastalarının yeniden hastane yatışlarının azaltılmasında, aile müdahalelerinin etkili olduğunu göstermiştir. İlaçların yanı sıra, şizofreni tedavi ve bakımında aile müdahalelerinin önemli bir yeri olduğu kabul edilmektedir. Aile müdahale programlarının çoğunda bilişsel davranışçı terapi ve psikoeğitim sıklıkla kullanılmaktadır. Aile üyelerine verilen psikoeğitim ruhsal hastalık ve hastalıkla ilgili kendi sorunları ile daha iyi baş etmeleri için bilgi desteği sağlamaktadır (73-77).

Psikososyal yaklaşımların ve özellikle aile psikoeğitiminin somatik tedaviye eklenmesi ile tedavinin etkinliğinin, toplumsal uyum ve tedavi işbirliğinin arttığı, relaps oranlarının düştüğü belirtilmektedir (60,78-79). İngiltere’de 79 şizofrenik hasta yakını üzerinde yapılan bir araştırmada, kronik mental hastalıkların ve hastaların ilaç uyumsuzluklarının evlilik için kriz yaratan bir durum olduğu bulunmuştur. Eşlerden birinin hastalanması ailenin dengesini bozarak hastalık sürecinde hasta eşin aile içindeki rollerini genellikle sağlıklı olan diğer eş tarafından yüklenmesine neden olmaktadır.. Bakım verme sorumluluğu taşıyan eşlerin iyiliği ve sorunlarla duruma uygun bir şekilde baş edebilmesi, hastalığın seyri açısından önem taşımaktadır. Araştırma bulguları eşlerin, sosyal ilişkilerde azalma, kendine zaman ayıramama, dinlenememe ve maddi gelirlerinde azalma ile birlikte hastanın bakım ihtiyaçlarıyla kuşatılmış olduğunu göstermektedir (78).

Yapılan bir çalışmada (34), şizofrenik hasta ailelerine yönelik verilen psikoeğitim sonrasında, hasta yakınlarının bakım verme güçlüklerinin azaldığı, hastalık semptomlarını etkin olarak ele aldıkları, stresle baş etmede olumlu ve olumsuz baş etme yaklaşımlarını birlikte kullandıkları, hastaların tamamına yakınının ilaç tedavisini sürdürdükleri ve aylık kontrollere isteyerek geldikleri belirlenmiştir. Enginkaya’nın 43 hasta ile gerçekleştirdiği çalışmada, akut psikoz tedavisi alan hastaların bakım vericilerine yapılan psikoeğitim sonrası hastalık, hastalık belirtileri, ilaç uygulamaları,

ilaç yan etkileri, acil yada kriz durumunda nasıl davranılacağına ilişkin bilgilendirme düzeyinde anlamlı bir artış olduğu saptanmıştır (43).

Ailenin sıkıntısını azaltma ve aile işlevlerini iyileştirme, psikoeğitimin ana amaçlarından birisidir. Psikoeğitim ile aile üyeleri tanı, klinik belirtiler ve davranışlar, hastanın strese duyarlılığı ve hastanın davranış bozuklukları ile baş etme gibi konulara ilişkin eğitilmesi, ailenin sıkıntısını azaltarak aile işlevlerini yerine getirmesine olanak sağlar (6-7,80).

2.6.2. Psikoeğitim ve Tedaviye Uyum

Şizofreni uzun süreli ilaç tedavisi gerektiren bir rahatsızlıktır. Tedavisinin ne kadar devam edeceğine dair kesin bir ölçüt bulunmamakla beraber, tedavinin ilk ataktan sonra iyileşmeyi izleyen 1-2 yıl, yineleyen ataklardan sonra iyileşme sonrasında en az 5 yıl, süregelen durumda ise ömür boyu olması gerektiği vurgulanmaktadır (1). Şizofrenide tedaviye uyumsuzluk hâlâ ciddiyetini korumaktadır. Hastalığın tekrarlamaması hem tedavi ekibinin, hem ailelerin, hem de hastaların en temel isteğidir. Bu isteği yerine getirmenin birinci koşulu da, hastaların ve ailelerin hastalık hakkında eğitilmeleri ve uygun davranışlar geliştirmeleri için gereken yardımın yapılmasıdır (1-10).

Şizofrenide ilaç tedavisine uyumsuzluk alevlenmelerin önemli bir nedenidir (7). İlaç tedavisine uyumsuzluğun nedenlerinden birisi, hastalık ve tedavisi hakkındaki bilgi ve içgörü yetersizliğidir. Hastalığa ilişkin tutumlar, içgörü yetersizliği ve ilacın yan etkilerine ilişkin kaygıların hastanın tedaviye uyumu üzerinde olumsuz etkileri vardır (7-8). Hastaların tedaviye uyumunu azami düzeye çıkarmak için hastalarla tedavi gereksinimleri ve ilaçla ilgili konular açıkça konuşulmalıdır. Hastalığın biyolojik doğası, ilaç yan etkileri ve alevlenmelerin önlenmesi konusunda hastaya ve aileye eğitim verilmelidir. İlaç kullanmakla ilgili çekinceler ve yanlış tutumlar tartışılmalıdır. İlaç yan etkileri açısından hastaların ve ailelerin uyanık olması sağlanmalıdır. Bellek ve diğer bilişsel sorunlar dikkate alınarak ilaç tedavisine uyumu artırmak için hastaya özel uygun taktikler belirlenmelidir. Hastanın durumu kötüleştiğinde, uygulamaya geçilecek (her hastaya özgü) bir acil plan geliştirilmelidir. Şizofreni tedavisiyle bütün belirtilerin tümünden geçmesi çoğunlukla mümkün olmamaktadır. Tüm tedavi girişimlerine karşın, Bazı belirtiler devam etmektedir (6-12).

Hastaların kendilerini iyi hissettikleri halde taşıdıkları taşkınlık ya da yoksunluk belirtilerinin, işlevselliklerini olumsuz etkilemelerini önlemek için onlarla başa çıkma

yöntemleri geliştirilmelidir. Aileler ya da bakım vericilerin tedavi sürecine dahil edilerek hastaların hastalıklarıyla baş etme ya da onunla yaşamayı öğrenme konusunda desteklenmesi gerekmektedir. Hastaların hayatta en önemli destekleri aileleridir. En az hastalar kadar ailelerin de hastalık hakkında yeterli ve doyurucu bilgiyi almaya hakları vardır (6-10,60,81).

2.7. ŞİZOFRENİ ve PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ

Şizofreni hastası, yaşadığı toplumda yeterli derecede bakım alamama nedeniyle, tekrarlı hastane yatışları ve süregelen yeti yitimleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu nedenle bu hastaların taburculukla başlayıp yaşadığı toplumda hemşirelik bakımının sürdürülmesi çok önemlidir. Bu bağlamda hemşire, hastayı ailesi ile birlikte ele almalı ve bakımını hasta bireye ve ailesine göre planlamalıdır. Hastalığı açıklayan biyolojik, sosyal ve hemşirelik teorileri, şizofreni hastalarına yapılacak olan girişimlerin uzun dönemli ve aile merkezli olması gerektiğini ifade etmektedirler (6-7,53-60). Ayrıca literatüre bakıldığında, toplumda şizofrenili hasta ve ailesine yönelik psikorehabilitasyonu içeren hizmetlerin yetersiz olduğu, daha çok araştırma amacıyla yürütülen çalışmaların sonucunda toplumda sınırlı sayıda bu hizmetlerin verildiği görülmektedir. Bununla beraber, bazı toplumlarda etkili ve sürekliliği olan ve bu hastaların toplumla uyumlarını artıran müdahaleler de geliştirilmeye çalışılmaktadır (63,72). Bu çalışmaların hedefi, özellikle şizofrenili hasta ve ailesine bakımın bütüncül ve sürekli olarak verilmesi ve maliyetinin düşük olmasını sağlamaktır. Yine de bu çalışmalar, şizofreni hastalarının hastanede kalış sürelerini ve tekrarlı yatışlarını azaltmak için yeni bazı uygulamalara gereksinim olduğunu belirtmektedir. Bu konuda yapılan araştırmalarda telepsikiyatrik hizmetlerin etkili bir yenilik olduğu, klinik bakımda, eğitimde ve araştırmada kullanılabileceği ifade edilmektedir (18,25,70-77).

Dünyada ruh sağlığı hemşireliği uygulamasında hasta ve aileye verilen hizmetlerin daha hızlı, etkin ve sürekli olması gerektiği savunulmakta ve özellikle şizofreni gibi ruhsal bir hastalığa sahip bireyin bakımının yaşadığı toplumda sürdürülmesinin oldukça önemli olduğu ifade edilmektedir. Ruh sağlığı hemşireleri, ruh sağlığı hizmetlerinin etkin bir şekilde sürekliliğini sağlamak ve bakımlarını devam ettirmek için bir yöntem olarak telefonla hemşirelik müdahalesini kullanabilirler. Bu konuda yapılan çalışmalar, şizofrenik hasta ve yakınlarına telefonla yapılan müdahalelerin maliyetlerinin düşük olduğunu, hastaların erken taburcu olduklarını ve bu hastaların topluma uyumlarının

daha kolay olduğunu göstermektedir (25,27,73-78). Yurt dışında, psikoeğitim ve telepsikiyatrik yöntemlerin daha çok şizofrenik bozukluğu olan hastaların bakım vericilerinde uygulandığı, hem hastayı hem de bakım vericiyi birlikte ele alan çalışmaların sınırlı olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde ise, hasta ve bakım vericisini birlikte ele alan hem psikoeğitim, hem de telefon izlemlerinin birlikte yürütüldüğü çalışmaya rastlanılmamıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma şizofreni hastaları ve bakım vericilerine klinikte verilen psikoeğitimin ve taburculuk sonrası düzenli telefon görüşmesi ile yapılan telepsikiyatrik izlemin, hastaların sosyal işlevselliğine ve ilaç uyumuna, primer bakım vericilerinin duygu dışı vurum, depresyon ve aile yükü düzeylerine olan etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü (deney – kontrol gruplu olarak pretest-posttest) deneysel çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, Sağlık Bakanlığı Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Ruh Sağlığı Merkezi (RSM)'nde izlenen ve klinikte yatan şizofreni hastaları ve bu hastaların primer bakım vericileri ile yapılmıştır.

RSM 80 yataklı olup, Kayseri ve çevre illerden gelen psikiyatri hastalarına hizmet vermektedir. Merkezde 11 uzman doktor, 1 psikolog, 20 hemşire ve 15 yardımcı personel görev yapmaktadır. Hemşirelerin çalışma saatleri 08.00–16.00 ve 16.00–08.00 olarak düzenlenmiştir. İki kattan oluşan RSM'nin birinci katında kadın, ikinci katında ise erkek hastalar tedavi görmektedir. Her iki kliniğin çıkış kapısı tam zamanlı olarak kilitli tutulmakta, hastaların iklim koşullarına göre bahçeye çıkması sağlanmaktadır. Bu

hastanede hastalara ve hasta ailelerine yönelik psikoeğitim ve izlem yapılmamakta ve ailelere yönelik herhangi bir program bulunmamaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

3.3.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma için Kayseri 1 No'lu Etik Kurulu'ndan (11/01/2010 tarihli 2010/145 sayı no'lu) onam alınmıştır. Bu araştırmaya bire bir benzer bir araştırma bulunmadığından, araştırmaya yakın ve son yapılan 2 çalışma (25,27) temel alınarak yapılan power analiz sonucuna göre; deney grubuna 32 ve kontrol grubuna ise 30 hasta ve bakım vericisi olmak üzere toplam 62 birey alınmıştır. Verilerin toplanmasından sonra, araştırmada kullanılan tüm ölçeklerin yapılan güç değerlendirmesinde (power analiz) tüm sonuçlarda $\alpha=0.05$, gücü %100 olarak bulunmuş ve deney ($n=32$) ve kontrol ($n=30$) grubuna alınan örneklemin yeterli olduğuna karar verilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, SAPS ve SANS genel puan kriterleri benzer şekilde seçilmiş ve aralarında önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3.1).

Deney ve kontrol grubuna alınan hasta seçim kriterleri;

- 18 yaş ve üstü olmak
- Hastaneye son yatışında Elektro Konvulsif Tedavi (EKT) yapılmamış olmak,
- Sadece ilaç tedavisi almak,
- Okur-yazar olmak

Deney ve kontrol grubuna alınan bakım verici seçim kriterleri;

- 18 yaş ve üstü olmak
- Hastanın primer bakım vericisi olmak
- En az ilkokul mezunu olmak

Yukarıdaki kriterler dikkate alınarak; klinik psikiyatri uzmanı tarafından DSM IV'e göre tanı konulan, klinikte yatan, taburculuğu planlanan, klinik yatışından itibaren 2 haftalık düzenli ilaç kullanmış olan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine göre seçilen şizofreni hastaları ve bu hastaların bakım vericileri örneklemini oluşturmuştur. Kliniğe yatışı yapılan ve hasta seçim kriterlerine göre seçilen hastaların

kliniğe yatış sırasına göre listesi yapılmıştır. Yatış sırasına göre yapılan listede tek sayıda olan hastalar ve bakım vericileri deney (n=32), çift sayıda olan hastalar ve bakım vericileri ise kontrol (n=30) grubuna alınmıştır.

Tablo 3.1. Deney ve kontrol grubu hastalarının eşleştirme kriterleri

Eşleştirme Kriterleri	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Testler	p
	S	%	S	%		
Cinsiyet						
Erkek	16	50.0	15	50.0	X ² =1.000	0.600
Kadın	16	50.0	15	50.0		
Yaş						
18-24 yaş	4	12.5	1	3.3	X ² =3.906	0.272
26-35 yaş	8	25.0	11	36.7		
36-45 yaş	15	46.9	10	33.3		
46 yaş ve üzeri	5	15.6	8	26.7		
Eğitim Durumu						
İlkokul mezunu	23	71.9	15	50.0	X ² =4.653	0.199
Ortaokul mezunu	3	9.4	7	23.3		
Lise mezunu	4	12.5	3	10.0		
Üniversite mezunu	2	6.2	5	16.7		
Toplam	32	100.0	30	100.0		
	$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$		Testler	p
SAPS Genel Puan İlk ölçüm)	60.87±9.20		58.80±10.19		t=0.842	0.477
SANS Genel Puan	65.25±6.65		68.30±6.85		t=1.777	0.984

kliniğe yatış sırasına göre listesi yapılmıştır. Yatış sırasına göre yapılan listede tek sayıda olan hastalar ve bakım vericileri deney (n=32), çift sayıda olan hastalar ve bakım vericileri ise kontrol (n=30) grubuna alınmıştır.

Tablo 3.1. Deney ve kontrol grubu hastalarının eşleştirme kriterleri

Eşleştirme Kriterleri	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Testler	p
	S	%	S	%		
Cinsiyet						
Erkek	16	50.0	15	50.0	X ² =1.000	0.600
Kadın	16	50.0	15	50.0		
Yaş						
18-24 yaş	4	12.5	1	3.3	X ² =3.906	0.272
26-35 yaş	8	25.0	11	36.7		
36-45 yaş	15	46.9	10	33.3		
46 yaş ve üzeri	5	15.6	8	26.7		
Eğitim Durumu						
İlkokul mezunu	23	71.9	15	50.0	X ² =4.653 *	0.199
Ortaokul mezunu	3	9.4	7	23.3		
Lise mezunu	4	12.5	3	10.0		
Üniversite mezunu	2	6.2	5	16.7		
Toplam	32	100.0	30	100.0		
	$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$		Testler	p
SAPS Genel Puan İlk ölçüm)	60.87±9.20		58.80±10.19		t=0.842	0.477
SANS Genel Puan	65.25±6.65		68.30±6.85		t=1.777	0.984

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

3.4.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması

Verilerin toplanması amacıyla araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak aşağıda açıklanan veri toplama araçları ile eğitim kitapçıkları geliştirilmiştir. Hasta Tanıtıcı Özellikleri Formu (Ek-1), Bakım Verici Tanıtıcı Özellikleri Formu (Ek-4) ve eğitim kitapçıkları ön uygulama sonrası tekrar gözden geçirilerek gerekli düzeltmeler yapılmış ve daha sonra uygulanmıştır.

Şizofreni Hastalarına Uygulanan Veri Toplama Araçları:

Hastalara; Hasta Tanıtıcı Özellikleri Formu (Ek-1), Sosyal İşlevsellik Ölçeği (hasta için bakım verici doldurmuştur) (Ek-2) ve Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (Ek-3) uygulanmıştır.

Hasta Tanıtıcı Özellikleri Formu (Ek-1)

Bu formda, hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren 6 ve hastalık öyküsüne ilişkin bilgileri içeren 6 soru yer almaktadır. Bu form eğitim öncesi uygulanmıştır.

Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ/SFS The Social Functioning Scale) (Ek-2)

Birchwood ve ark. tarafından 1990 yılında geliştirilen ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenirlik çalışması Erakay tarafından yapılmıştır (82). Şizofreni hastalarının sosyal işlevselliğini ve hastada zaman içinde ortaya çıkan değişimleri değerlendirmek amacıyla kullanılan ölçek, günlük işlevler konusunda ayrıntılı bilgi sağlamaktadır. SİÖ'nün içeriği psikososyal girişim programlarından alınan bilgilerden ve yeti yitimi durumlarından oluşturulmuştur. Ölçek, kişinin bütün sosyal rolüne (işçi, ebeveyn vb.) yapılan yargıyı gerektiren, rol işlevlerini değerlendiren bir araçtır. Ölçek; temel yetileri, sosyal davranışı nicelik yönünden değerlendirir ve aynı zamanda performans eksikliğini yeterlilik eksikliğinden ayırt edebilir. Ölçek hastayla birlikte yaşayan bir aile bireyi tarafından doldurulur. Çalışmamızda, ölçeğin Cronbach's alpha kat sayısı 0.79 bulunmuştur. Her alt ölçeklerden alınan puanların yüksek olması, işlevsellikte olumluya doğru gidişin olduğunu göstermektedir. Standartları hesaplanmamıştır ve karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılmaktadır.

Ölçek yedi alt alandan oluşmaktadır:

- Sosyal Uğraşı/Sosyal Geri Çekilme (kendi başına zaman geçirme, karşılıklı konuşmaya başlayabilme, sosyal çekiniklik): 5 maddesi vardır, bu alt ölçekten 0-15 arasında puan alınabilir.
- Kişiler Arası Davranış (arkadaşlarının sayısı, heteroseksüel ilişki, iletişimin niteliği): 4 maddesi vardır, bu alt ölçekten 0-9 arasında puan alınabilir.
- Öncül Sosyal Etkinlikler (yaygın sosyal etkinlikler aralığında uğraşı örn: spor, disko): Bu alt ölçekten 0-66 arasında puan alınabilir. Ölçeğin hesaplanmasında değerlendirmeye alınmamaktadır.
- Boş Zaman Etkinlikleri (hobiler, ilgiler): 15 maddesi vardır, bu alt ölçekten 0-45 arasında puan alınabilir.
- Bağımsızlık-Yetkinlik (bağımsız yaşayabilme için gerekli yetileri yerine getirebilme): 13 maddesi vardır, bu alt ölçekten 0-39 arasında puan alınabilir.
- Bağımsızlık-Performans (bağımsız yaşayabilme için gerekli yetileri yerine getirebilme) 15 maddesi vardır, bu alt ölçekten 0- 39 arasında puan alınabilir.
- İş/Meslek (üretken bir işle uğraşma ya da günlük etkinliklerde yapılandırılmış program yapma): Kişi için uygunsa iki madde doldurulur, ama son altı ay içinde çalışmamışsa ya da iş aramıyorsa atlanır.

Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (MARS Medication Adherence Rating Scale)
(Ek-3)

Thompson tarafından geliştirilen ve ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Koç (42) tarafından yapılan Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği psikiyatrik hastalarda tedaviye katılımı ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçekte Evet-Hayır şeklinde cevap verilecek olan 10 soru yer almaktadır. Ölçekten alınan puanların yüksek olması uyum düzeyinin yüksek, düşük puanların ise uyum düzeyinin düşük olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçeğin ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach's alpha kat sayısı 0.92 olarak bulunmuştur (42). Araştırmamızda, ölçeğin Cronbach's alpha kat sayısı 0.71 bulunmuştur.

Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (PBDÖ/SAPS) (Ek-12)

Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği, şizofreninin pozitif belirtilerinin düzeyini, dağılımını ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla 1990 yılında Andreasen tarafından geliştirilmiş olup, ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erkoç ve ark. tarafından yapılmıştır (83). Ölçek 4 alt ölçek ve 34 madde içermektedir. Bu alt ölçekler varsanılar, hezeyanlar, garip davranış ve formal düşünce bozukluğudur. Altılı Likert tipi ölçekte, her maddenin puanlaması 0-5 arasında değişmektedir. Ölçekte; 1-7. maddeler varsanılar, 8-20. maddeler hezeyanlar, 21-25. maddeler garip davranışlar ve 26-34. maddeler formal düşünce bozukluğu alt ölçeklerine aittir. Alt ölçek maddelerinin toplanması ile alt ölçek toplam puanları ve alt ölçek toplam puanlarının toplanması ile ölçek toplam puanı elde edilir. Toplam puan 0-170 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe formu için yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında kesme puanı hesaplanmamıştır. SAPS, görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçek türüdür. Ölçeğin doldurulması hastayla görüşmeye, görüşme sırasındaki gözlemlere ve hastanın çevresindeki kişilerden alınan bilgilere dayanılarak yapılır. Çalışmamızda, ölçeğin Cronbach's alpha kat sayısı 0.99 bulunmuştur. Bu form eğitim öncesi belirti şiddetini belirlemek amacıyla uygulanmıştır.

Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (NBDÖ/SANS) (Ek-13)

Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği, şizofreninin negatif belirtilerinin düzeyini, dağılımını ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla 1990 yılında Andreasen tarafından geliştirilen ve ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erkoç ve ark. (1991) tarafından yapılmıştır (84). Ölçek 5 alt ölçek ve 25 madde içermektedir. Bu alt ölçekler affektif küntleşme, aloji, apati, anhedoni ve dikkat eksikliğidir. Altılı Likert tipi ölçekte, her maddenin puanlaması 0-5 arasında değişmektedir. Ölçekte; 1-8. maddeler affektif küntleşme, 9-13. maddeler aloji, 14-17. maddeler apati, 18-22. maddeler anhedoni, 23-25. maddeler dikkat eksikliği alt ölçeklerine aittir. Alt ölçek maddelerinin toplanması ile alt ölçek toplam puanları ve alt ölçek toplam puanlarının toplanması ile ölçek toplam puanı elde edilmektedir. Toplam puan 0-125 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe formu için yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında kesme puanı hesaplanmamıştır. Ölçek puanının yüksek olması negatif belirtilerin şiddetini yansıtmaktadır. SANS, görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçek türüdür. Ölçeğin doldurulması hastayla

görüşmeye, görüşme sırasındaki gözlemlere ve hastanın çevresindeki kişilerden alınan bilgilere dayanılarak yapılmaktadır (83). Çalışmamızda, ölçeğin Cronbach's alpha kat sayısı 0.98 bulunmuştur. Bu form eğitim öncesi belirti şiddetini belirlemek amacıyla uygulanmıştır.

Bakım Vericilere Uygulanan Veri Toplama Araçları:

Hastaların primer bakım vericilerine Bakım Verici Tanıtıcı Özellikleri Formu (Ek-4), Duygu Dışavurumu Ölçeği (Ek-5), Beck Depresyon Ölçeği (Ek-6) ve Zarit Aile Yüğü Ölçeği (Ek-7) uygulanmıştır.

Bakım Verici Tanıtım Özellikleri Formu (Ek-4)

Bu form hastaların bakım vericilerinin tanıtıcı özelliklerini saptamak amacıyla 12 soru bulunmaktadır.

Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ) (Ek-5)

Berksun (1992) tarafından geliştirilen ve şizofrenik hastaların yakınlarına uygulanan bir ölçektir. 41 sorudan oluşan ölçeğin eleştirelilik/düşmancılık ve aşırı ilgi-koruyucu-kollayıcı-müdahalecilik olmak üzere iki alt ölçeği vardır (85). Bu ölçekte yer alan sorular “Doğru”-“Yanlış” şeklinde cevaplandırıldıktan sonra, doğru cevaplar için 1 ve yanlış cevaplar için 0 puanı verilmektedir. Ölçekten alınan toplam puana göre duygu dışavurum düzeyi yüksek veya düşük olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Bazı çalışmalarda sadece bu ölçekten alınan genel puan dikkate alınarak, bazı çalışmalarda da bizim çalışmamıza benzer biçimde eleştirelilik/düşmancılık ve aşırı ilgi-koruyucu-kollayıcı müdahalecilik alt ölçekleri dikkate alınarak değerlendirme yapıldığı görülmüştür. Bu araştırmada, ölçeğin Cronbach's alpha kat sayısı 0.98 bulunmuştur. Ölçekten alınan puanların yüksek olması, bakım vericinin duygu dışavurumunu olumsuz biçimde yansıtmaya düzeyinin yüksek, düşük puanların ise bakım vericinin duygu dışavurumunu olumsuz biçimde yansıtmaya düzeyinin düşük olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Ek-6)

Beck ve ark. tarafından geliştirilen ve Türkçe'ye uyarlaması Hisli (86) tarafından yapılan ölçek, depresif hastaların sıklıkla gösterdiği semptomların ve depresyona özgü tutumların klinik alanda gözlenmesi ve sıklıkla görülen davranışların bir araya getirilmesi ile oluşturulmuştur. Klinik gözlemler sistematik olarak 21 semptom altında

birleştirilmiş ve tutumlar yoğunluğuna göre 0-3 arasında derecelendirilmiştir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-63 arasında değişmektedir.

Depresif belirtilerin düzeyini belirlemede kullanılan puan dağılımı şöyledir:

- 1- Hafif düzeyde depresyon (11-17 puan);
- 2- Orta düzeyde depresyon (18-29 puan);
- 3- Ciddi düzeyde depresyon (30-63 puan).

Araştırmamızda, ölçeğin Cronbach's alpha kat sayısı 0.97 bulunmuştur.

Zarit Aile Yüğü Ölçeği (Ek-7)

Bu ölçeğin İspanya versiyonu Martin tarafından geliştirilmiş ve ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özlü ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (87). Ölçeğin iç tutarlığı (alpha:0.91) olarak saptanmıştır. 22 sorudan oluşan bu ölçek, bakım vermenin fiziksel, ruh sağlığı, sosyal aktivite ve ekonomik kaynaklara negatif etkilerini içermektedir. 5'li likert tipi bir ölçek olup, şiddet derecesi "Asla, kesinlikle hayır" ve "Hemen hemen her zaman" şeklinde derecelendirilmiştir. Toplam skor 22-110 arasında değişmektedir. Çalışmamızda, ölçeğin Cronbach's alpha kat sayısı 0.98 bulunmuştur. Ölçekten alınan puanların yüksek olması, bakım vericinin yük düzeyinin yüksek, düşük puanların ise yük düzeyinin düşük olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

Araştırmanın psikoeğitim aşamasında; Şizofreni Hastalarına Yönelik El Kitabı (Ek-10) Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Yönelik El Kitabı (Ek-11) kullanılmıştır.

Şizofreni Hastalarına Yönelik El Kitabı (Ek-10)

Şizofreni hastaları için geliştirilen el kitabı, hastalara hastalıkları ve tedavileri konusunda bilgi vererek, psikoeğitimde kullanmak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. El kitabı, araştırmacı tarafından hazırlandıktan sonra alandaki 3 uzmanın görüşüne sunulmuş ve geribildirimlere göre daha sonra son şekli verilmiştir.

El kitabının içeriğinde yer alan bölümler şunlardır;

- Psikoz/Şizofreni nedir?
- Şizofreninin nedenleri nedir?
- Şizofreni ne zaman başlar ve nasıl oluşur?
- Şizofreninin belirtileri nelerdir?

- Şizofrenili insanlar saldırganlar mı?
- Şizofreni nasıl tedavi edilir?
- Antipsikotik ilaç tedavisi
- Psikososyal tedaviler
- Hastanın Dikkatine

Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Yönelik El Kitabı (Ek-11)

Şizofreni hastalarının bakım vericileri için geliştirilen bu el kitabı, hastaların bakım vericilerine hastalık ve hastalık yönetimi hakkında bilgi vererek psikoeğitimde kullanmak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. El kitabı, araştırmacı tarafından hazırlandıktan sonra alandaki 3 uzmanın görüşüne sunulmuş ve geribildirimlere göre daha sonra son şekli verilmiştir.

El kitabının içeriğinde yer alan bölümler şunlardır;

- Şizofreni nedir?
- Şizofreninin nedenleri nedir?
- Şizofreni ne zaman başlar ve nasıl oluşur?
- Şizofreninin belirtileri nelerdir?
- Şizofrenili insanlar saldırganlar mı?
- İntihar, Tanılama süreci, Hastalık
- Şizofreni nasıl tedavi edilir?
- Antipsikotik ilaç tedavisi
- Psikososyal tedaviler
- Ailenin dikkatine

Araştırmanın telefon izlemi aşamasında; Şizofreni Hastaları İçin Telefon Müdahalesinin Protokolü ve Gerekçesi Formu (Ek-8) ve Şizofreni Hastalarının Bakım Vericileri İçin Telefon Müdahalesinin Protokolü ve Gerekçesi Formu (Ek-9) kullanılmıştır.

Şizofreni Hastaları İçin Telefon Müdahalesinin Protokolü ve Gerekçesi Formu (Ek-8)

Şizofreni hastaları için telefon görüşmelerinde kullanılan bu form, literatür taraması sonucu bu konuda yapılmış araştırmalardan elde edilen sorular örnek alınarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Formda 8 açık uçlu soru yer almakta olup, bu soruların içeriği ve yapısı Peplau'nun geliştirdiği “Kişilerarası İlişkiler Teorisi”ne ve Rogers'in “Hasta Merkezli Bakım Teorisi”ne dayandırılmıştır (88-89).

Şizofreni Hastalarının Bakım Vericileri İçin Telefon Müdahalesinin Protokolü ve Gerekçesi Formu (Ek-9)

Şizofreni hastalarının bakım vericileri için telefon görüşmelerinde kullanılan “Şizofreni Hastalarının Bakım Vericileri İçin Telefon Müdahalesi Protokolü” literatür taraması sonucu bu konuda yapılmış araştırmalardan elde edilen sorular örnek alınarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Formda 8 açık uçlu soru yer almakta olup, bu soruların içeriği ve yapısı Peplau'nun geliştirdiği “Kişilerarası İlişkiler Teorisi”ne ve Rogers'in “Hasta Merkezli Bakım Teorisi”ne dayandırılmıştır (88-89).

3.4.2. Ön Uygulama

Hasta Tanıtıcı Özellikleri Formu (Ek-1) ve Bakım Verici Tanıtıcı Özellikleri Formu (Ek-4)'nun ön uygulaması 24-31 Ocak 2010 tarihleri arasında araştırma örneklemini etkilemeyecek şekilde Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Gevher Nesibe Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde yatan 5 hasta ve bakım vericisi ile yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında geribildirimlere göre bu formlarda gerekli değişiklikler yapılmıştır.

3.4.3. Uygulamanın Aşamaları

Araştırmanın uygulama aşaması 01 Temmuz 2010-31 Mayıs 2011 tarihleri arasında yapılmıştır.

Birinci aşamada; araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastalar ve bakım vericileri ile ilk görüşme klinikte yapılmıştır. Araştırmanın amacı, nasıl yapılacağına ilişkin gerekli açıklamalar araştırmacı tarafından hastalar ve bakım vericilerine açıklanarak sözel ve yazılı onamları Şizofreni Hastaları İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek-14) ve Şizofreni Hastalarının Bakım Vericileri İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek-15) ile alınmıştır. Daha sonra, her iki gruba veri toplama formları ve ölçekler (hastalara SIÖ ve MARS; bakım vericilere DDÖ, Beck Depresyon ve Zarit Aile Yüğü ölçekleri) birebir ve yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Bu aşamada bakım vericilerden kendi hastaları

için Sosyal İşlevsellik Ölçeği'ni (Ek-2) doldurmaları istenmiştir. Hastalar ve bakım vericilerinin iletişim adresleri alınarak, hastalar ve bakım vericilere araştırmacının iletişim bilgileri verilerek araştırmanın daha sonraki aşaması ile ilgili iletişim şekline ilişkin bilgi verilmiştir.

İkinci aşaması; deney grubundaki hastalar taburcu olmadan önce, hastalar ve bakım vericilerine psikoeğitim yapılmıştır. Bu aşama çalışmanın birinci aşamasından 2 hafta sonra gerçekleştirilmiştir. Hastalar ve bakım vericilerine verilen eğitim, birebir yüz yüze görüşme yoluyla gerçekleştirilmiştir. Hastalara yönelik psikoeğitim, Şizofreni Hastalarına Yönelik El Kitabı'na (Ek-10) göre 7-8 oturum şeklinde yapılmıştır. Her bir oturum ortalama 25-30 dakika sürmüştür (Tablo 3.2). Bakım vericilere yönelik psikoeğitim ise, Şizofreni Hastaların Bakım Vericilerine Yönelik El Kitabı'na (Ek-11) göre 8 oturum şeklinde yapılmıştır. Bakım vericiye yönelik eğitim oturumları ortalama 35-50 dakika sürmüştür (Tablo 3.3). Hastalara yapılan eğitimler, haftada 3 kez ve gün aşırı olarak, kliniklerde vizit odalarında ve hastanın rahat edeceği bir ortam hazırlanarak birebir, yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Bakım vericilere yapılan eğitimler, haftada 3 kez ve gün aşırı olarak kliniklerin dışında özel görüşme odasında gerçekleştirilmiştir. Bu odada bakım vericilerin rahat etmesi sağlanarak birebir ve yüz yüze olarak eğitimler yapılmıştır. Hazırlanan el kitapçıklarından birer örnek, eğitim sonrası hastalara ve bakım vericilere verilmiştir. Bu aşamada kontrol grubu hastalar ve bakım vericilerine hiçbir müdahale yapılmamıştır.

Tablo 3.2. Şizofreni Hastalarına Verilen Psikoeğitim Programının İçeriği (Ek-10), Oturum Sayı ve Süreleri

KONU BAŞLIĞI	OTURUM / SÜRE
Hastanın eğitimden beklentisi	1. Oturum- ortalama 20 dakika
1.Psikoz/ Şizofreni nedir?	
2.Şizofreninin nedenleri nelerdir?	
1.ve 2. konuların gözden geçirilmesi (özet)	2. Oturum- ortalama 25 dakika
3.Şizofreni ne zaman başlar ve nasıl oluşur?	
4.Şizofreninin belirtileri nedir?	
3.ve 4. konuların gözden geçirilmesi (özet)	3. Oturum- ortalama 30 dakika
5.Şizofrenili insanlar saldırganlar mı?	
6.Tanımlama süreci	
1- 4. konuların gözden geçirilmesi (özet)	4. Oturum- ortalama 25 dakika
7. Şizofreni nasıl tedavi edilir?	
8.Antipsikotik ilaç tedavisi	
9.Psikososyal tedaviler	5. Oturum- ortalama 25 Dakika
10.Dikkat edilmesi gereken bazı hususlar	6. Oturum- ortalama 30 dakika
13.Psikoeğitim değerlendirilmesi ,Özet ve kapanış	7. Oturum- ortalama 40 dakika

Tablo 3.3. Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Verilen Psikoeğitim Programının İçeriği (Ek-11), Oturum Sayı ve Süreleri

KONU BAŞLIĞI	OTURUM / SÜRE
Bakım vericinin eğitimden beklentisi	1. Oturum- ortalama 40 dakika
1.Şizofreni nedir?	
2.Şizofreninin nedenleri nedir?	
1.ve 2. konuların gözden geçirilmesi (özet)	2. Oturum- ortalama 50 dakika
3.Şizofreni ne zaman başlar ve nasıl oluşur?	
4.Şizofreninin belirtileri nelerdir?	
3.ve 4. konuların gözden geçirilmesi (özet)	3. Oturum- ortalama 35 dakika
5.Şizofrenili insanlar saldırganlar mı?	
6.İntihar	
1- 4. konuların gözden geçirilmesi (özet)	4. Oturum- ortalama 35 dakika
7.Tanımlama süreci	
8.Hastalık Seyri	
9.Şizofreni nasıl tedavi edilir?	5. Oturum- ortalama 50 dakika
10.Antipsikotik ilaç tedavisi	
5-8. konuların gözden geçirilmesi (özet)	
11.Psikososyal tedaviler	6. Oturum- ortalama 50 dakika
12.Ailenin dikkatine	
13.Psikoeğitim değerlendirilmesi, Özet ve kapanış	
	8. Oturum- ortalama 50 dakika

Üçüncü aşama; deney grubundaki hastalar ve bakım vericilerine yönelik verilen psikoeğitimden 1 ay sonra (bu hastanın taburculuğuna denk geliyordu); deney ve kontrol grubundaki hastalara SİÖ ve MARS; bakım vericilere DDÖ, Beck Depresyon ve Zarit Aile Yüğü ölçekleri, birebir yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Bu aşamada bakım vericilerden kendi hastaları için Sosyal İşlevsellik Ölçeği'ni (Ek-2) doldurmaları istenmiştir.

Dördüncü aşama; deney grubundaki hastaların taburcu olduğu ilk haftadan başlayarak hastalara ve bakım vericilerine standart gün ve saatlerde her hafta telefonla danışmanlık ve izlem yapılmıştır. Hastalara ve bakım vericilerine telefonla yapılan danışmanlık ve izlem her hafta, ortalama 15 dakika olacak şekilde 6 ay sürmüştür. Telefon görüşmeleri hastaya hafta içi başına (Pazartesi), bakım vericiye ise hafta içi sonuna (Perşembe) denk gelen günlerde yapılmıştır. Bu günlerin standart olması hastaların ve bakım vericilerin randevu gününe uyumlarını sağlamak ve araştırmanın belirlenen çalışma takvimine göre düzenli uygulanmasını sağlamak amacıyla belirlenmiştir. Telefon görüşmeleri Ek-8 ve Ek-9'e göre standart olarak araştırmacı tarafından yapılmıştır. Bakım vericilere yönelik olan danışmanlık hizmetleri ve izlem çalışması eğitimin tekrarını ve hasta bakımında bakım vericilerin karşılaştığı güçlüklerle yönelik olmuştur. Hastalara yönelik olarak telefonla yapılan danışmanlık ve izlem ise, hastaların yaşadıkları güçlükleri ve duygularını ifade etmelerini sağlamaya yönelik olmuştur. Bu aşamada kontrol grubu hastalar ve bakım vericilerine hiçbir müdahale yapılmamıştır.

Beşinci aşama; deney grubundaki hastalar ve bakım vericilerine yönelik 6 ay süre ile düzenli her hafta yapılan telefon izlemi sonrasında; hem deney hem de kontrol grubundaki hastalar ve bakım vericilerinin kontrol amaçlı polikliniğe gelmesi sağlanmıştır. Poliklinikte deney ve kontrol grubundaki hastalara SİÖ ve MARS; bakım vericilere DDÖ, Beck Depresyon ve Zarit Aile Yüğü ölçekleri birebir yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Bu aşamada bakım vericilerden kendi hastaları için Sosyal İşlevsellik Ölçeği'ni (Ek-2) doldurmaları istenmiştir (Şekil 3.1).

3.4.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Şizofrenisi olan hastalara ve bakım vericilere araştırmaya başlamadan önce planlanan psikoeğitim standart olarak 6 oturum ve 20 dakika şeklinde iken, hastaların ve bakım vericilerin bireysel özellikleri, anlama düzeylerindeki farklılıklardan ve önceki oturumlara dair sorulan sorulara ilişkin tartışmalar nedeniyle psikoeğitim uygulamasının

oturum sayısı ve süresinde farklılıklar oluşmuştur. Bu nedenle hastalara yönelik uygulanan psikoeğitim, Şizofreni Hastalarına Yönelik El Kitabı'na (Ek-12) göre 7-8 oturum şeklinde ve eğitim oturumları 25-30 dakika sürmüştür (Tablo 3.2). Bakım vericilere yönelik psikoeğitim ise, Şizofreni Hastaların Bakım Vericilerine Yönelik El Kitabı'na (Ek-13) göre 8 oturum şeklinde ve eğitim oturumları 35-50 dakika sürmüştür (Tablo 3.3).

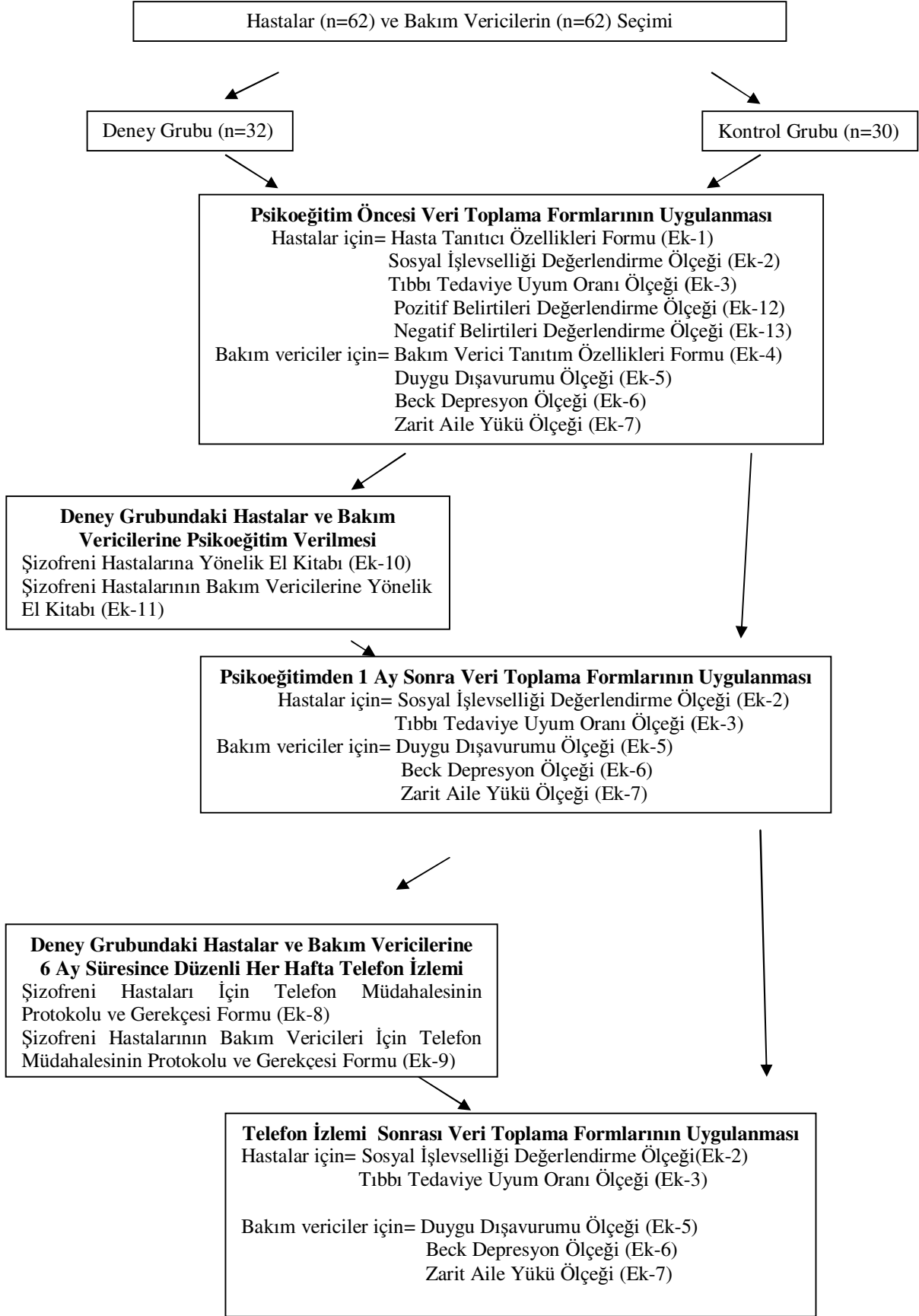
Araştırmada hasta ve bakım vericiler için kullanılan ölçekler; eğitim öncesi (kliniğe yatışından 2 hafta sonra), taburculuk sırasında ve 6 aylık telefon izlemi sonrasında uygulanmıştır. Çalışmaya katılan deney grubundaki 25 hasta ve bakım vericisinin taburculuk zamanı psikoeğitim sonrası 4. haftaya denk gelmiş ve planlandığı gibi ikinci ölçümleri psikoeğitim sonrası 4. haftada yapılmıştır. Ancak, hastaların taburculuk zamanlarının farklı olması nedeniyle; deney grubundaki 7 hasta ve bakım vericisine uygulanan ölçeklerin ikinci ölçümleri farklı olmuştur. Bu ölçümler 4 hasta ve bakım vericisine psikoeğitim sonrası 6. haftada, 3 hasta ve bakım vericisine psikoeğitim sonrası 8. haftada yapılabilmektedir. Kontrol grubundaki hasta ve bakım vericiler için kullanılan ölçekler; eğitim öncesi (kliniğe yatışından 2 hafta sonra), taburculuk sırasında ve taburculuktan 6 ay sonra uygulanmıştır.

Araştırmanın telefon izleminin yapıldığı dönemde deney grubundan 3 hasta (1 hastanın 2 kez (7 ve 10 gün yatış süresi), 2 hastanın 1 kez (1 hasta 7 gün, diğer hasta Gastro İntestinal Sistem sorunları nedeniyle gastroenteroloji kliniğinde yer olmadığı için, psikiyatri kliniğine 2 hafta yatırılmıştır) hastane yatışı olmuştur. Kliniğe yattığı için, bu dönemde hastalarla yapılması planlanan haftalık telefon görüşmesi yapılamamıştır. Ancak, bu hastaların bakım vericileri ile yapılması planlanan haftalık telefon görüşmeleri yapılmıştır.

3.5. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Kayseri 1 No'lu Etik Kurulu'ndan araştırmanın ön uygulaması ve uygulamasının yapılabilmesi için yazılı izin (11/01/2010 tarihli 2010/145 sayı no'lu) alınmıştır. Araştırmaya katılan hasta ve bakım vericilerine araştırmanın amacı, uygulama yöntemi ve elde edilmesi planlanan sonuçlara ilişkin gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra, araştırmanın yapılması için sözel onamları alınıp katılımcı onam formu imzalatılmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı olan RSM'nden ve Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izinler alınmıştır.

Ayrıca, hastalar ve bakım vericilerine araştırmanın uygulaması bittikten sonra da isterlerse, araştırmacıyı arayabilecekleri bildirilmiştir.



Şekil 3.1 Araştırma Akış Şeması

3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmadan elde edilen verilerin bilgisayar ortamında SPSS 15.0 programı ile analizi yapılmıştır. Araştırmanın amacına uygun olarak toplanan verilerin değerlendirilmesi için aşağıdaki istatistik analizleri yapılmıştır:

- Bu araştırmada kullanılan SİÖ ve MARS, DDÖ, Beck Depresyon ve Zarit Aile Yüğü ölçeklerinin çalışma sonrası güç değerlendirmesinde (power analiz) tüm sonuçlarda (eğitim öncesi ve sonrası, telefon izlemi sonrası) $\alpha=0.05$, gücü % 100 olarak bulunmuştur.
- Deney ve kontrol grubundaki hastalar ve bakım vericilerine ilişkin sosyodemografik bilgiler ve deney grubundaki hastalar ve bakım vericilerine ilişkin telefon müdahalesi protokolünde yer alan soruların dağılımı yüzde ile verilmiştir.
- Hastalarda kullanılan SİÖ ve MARS; bakım vericilerde kullanılan DDÖ, Beck Depresyon ve Zarit Aile Yüğü ölçekleri ve bu ölçeklerin alt ölçeklerinin değerlendirmesinde aritmetik ortalama ve standart sapma verilmiştir.
- Deney ve kontrol grubundaki hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, SAPS ve SANS genel puanı gibi özellikleri açısından benzer bir dağılım gösterip göstermediklerini test etmek için; “ X^2 (Ki kare) Önemlilik Testi” ve “Student t Testi” kullanılmıştır.
- Verilerin normal dağılıma uygunluk değerlendirmesi Shapiro-Wilk Testi ile yapılmıştır.
- Deney ve kontrol grubundaki hastalar ve bakım vericilerinin psikoeğitim öncesi ve sonrası, telefon izlemi sonrası hastalarda kullanılan SİÖ ve MARS; bakım vericilerde kullanılan DDÖ, Beck Depresyon ve Zarit Aile Yüğü ölçeklerinin genel ve alt ölçek puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını incelemek için “Çoklu Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü Varyans Analizi” kullanılmıştır. Anlamlı değişkenlerde, “Bonferroni ve LSD Testleri” ile anlamlılığı oluşturan grup ya da gruplar belirlenmiştir.
- Karşılaştırmalarda $p<0.05$ istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, şizofreni hastaları ve bakım vericilerine klinikte verilen psikoeğitimin ve taburculuk sonrası düzenli telefon görüşmesi ile yapılan telepsikiyatrik izlemin, hastaların sosyal işlevselliğine ve ilaç uyumuna, primer bakım vericilerinin duygu dışa vurum, depresyon ve aile yükü düzeylerine olan etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen iki başlık altında ele alınmıştır;

4.1. Şizofreni Hastalarına İlişkin Bulgular

4.2. Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine İlişkin Bulgular

4.1. ŞİZOFRENİ HASTALARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.1.1. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu(n=32)		Kontrol Grubu(n=30)		Testler	p
	S	%	S	%		
Cinsiyet						
Erkek	16	50.0	15	50.0	X ² =1.000	0.600
Kadın	16	50.0	15	50.0		
Yaş						
18-24 yaş	4	12.5	1	3.3	X ² =3.906	0.272
26-35 yaş	8	25.0	11	36.7		
36-45 yaş	15	46.9	10	33.3		
46 yaş ve üzeri	5	15.6	8	26.7		
Eğitim Durumu						
İlkokul mezunu	23	71.9	15	50.0	X ² =4.653	0.199
Ortaokul mezunu	3	9.4	7	23.3		
Lise mezunu	4	12.5	3	10.0		
Üniversite mezunu	2	6.2	5	16.7		
Medeni durum						
Evli	14	43.8	16	53.3	X ² =4.878	0.181
Boşanmış	7	21.9	5	16.7		
Hiç evlenmemiş	11	34.4	6	20.0		
Eşi ölmüş	0	0.0	3	10.0		
Çalışma Durumu						
Çalışan	5	15.6	2	6.7	X ² =2.301	0.681
Ev hanımı	14	43.8	18	60.0		
İşsiz	1	3.1	1	3.3		
Emekli	7	21.9	6	20.0		
Çiftçi	5	15.6	3	10.0		
Toplam	100	100	100	100		

Tablo 4.1.1. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri (**Devamı**)

Tanıttıcı Özellikler	Deney Grubu(n=32)		Kontrol Grubu(n=30)		Testler	p
Hastanede Yatış Sayısı						
1-2 kez	5	15.7	4	13.6	X²=7.809	0.167
3-4 kez	16	50.0	12	37.7		
5 kez ve üzeri	11	34.3	14	46.7		
	x̄ ± SS		x̄ ± SS		Testler	p
Yaş ortalama	37.93±8.06		38.50±9.67		1.181	0.222
Hastalık Süresi	11.01±7.06		8.66±5.47		1.777	0.081
İlaç Kullandığı Süre	10.15±6.82		8.33±4.72		1.191	0.238

Tablo 4.1.1’de görüldüğü gibi deney ve kontrol grubundaki hastaların erkek ve kadın cinsiyetlerinin eşit olduğu bulunmuştur. Deney ve kontrol grubundaki hastaların %46.9’u 36-45 yaş grubunda; deney grubundaki hastaların %43.8’inin ve kontrol grubundaki hastaların % 53.3’ünün evli; deney grubundaki hastaların %43.8’inin ve kontrol grubundaki hastaların %60.0’ının ev hanımı; deney grubundaki hastaların %71.9’unun ve kontrol grubundaki hastaların %50.0’inin ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır.

Deney grubundaki hastaların yaş ortalamaları 37.93±8.06 yıl (23-50 yıl), kontrol grubundaki hastaların yaş ortalamaları 38.50±9.67 yıl (23-38 yıl) olarak bulunmuştur. Deney grubundaki hastaların hastalık süresi ortalamaları 11.01±7.06 yıl (3-30 yıl), kontrol grubundaki hastaların hastalık süresi ortalamaları 8.66±5.47 yıl (3-27 yıl), olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların ilaç kullanma süresi ortalamaları 10.15±6.82 yıl (1-25 yıl), kontrol grubundaki hastaların ilaç kullanma süresi ortalamaları 8.33±4.72 (2-24) olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.1.2. Deney ve kontrol grubu hastalarının eğitim öncesi, eğitim sonrası ve izlem sonrası Sosyal İşlevsellik Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Gruplar	Zaman	SOSYAL İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ ALT GRUPLARI									
		Sosyal uğraşı	Kişilerarası İşlevsellik	Boş Zamanı Değerlendirme	Bağımsızlık Düzeyi Yetkinlik	Bağımsızlık Düzeyi Performans	İş –meslek	Sosyal İşlevsellik Genel Puanı			
Deney	Eğitim Öncesi	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$			
	Eğitim Sonrası	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$			
Kontrol	Eğitim Öncesi	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$			
	Eğitim Sonrası	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$			
Test	Zaman	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$			
	Zaman+Grup	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$			
P*	P+	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$			
	P#	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$			

P* = gruplar arası, P+ = ölçümler/zamanlar arası, P# = grup ve zaman etkileşimi

Deney ve kontrol grubunu kendi içindeki çoklu karşılaştırma sonuçları alfabetik üst simgelerle gösterilmiştir; aynı harfler ölçüm zamanları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığını, farklı harfler ise bu gruplar arası farkın anlamlı olduğunu ifade etmektedir.

Tablo 4.1.2’de deney ve kontrol grubu hastalarının psikoeğitim ve telefon izlemi sonrası sosyal işlevsellik genel ve alt ölçek puan ortalamaları yer almaktadır.

Sosyal işlevsellik genel puan ortalamalarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Bu farkın nereden kaynaklandığını anlamak için yapılan bonferoni posthoc testinden farkın, deney grubunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası (taburculuğunda) ve eğitim öncesi ile izlem sonrasında kaynaklandığı, kontrol grubunda ise tüm ölçümler arasındaki farktan kaynakladığı saptanmıştır ($p<0.05$). Sosyal işlevsellik genel puan ortalamalarının grup ve zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Sosyal uğraşı puan ortalamalarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Bu farkın nereden kaynaklandığını anlamak için yapılan bonferoni posthoc testinden farkın, deney grubunda eğitim öncesi ile eğitim sonrasında (taburculuğunda) kaynaklandığı, kontrol grubunda ise tüm ölçümler arasındaki farktan kaynakladığı saptanmıştır ($p<0.05$). Sosyal uğraşı puan ortalamalarının grup ve zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Kişilerarası işlevsellik puan ortalamalarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Bu farkın nereden kaynaklandığını anlamak için yapılan bonferoni posthoc testinden farkın, deney grubunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası (taburculuğunda), eğitim öncesi ile izlem sonrası ve eğitim sonrası ile izlem sonrasında kaynaklandığı saptanmış olup ($p<0.05$), kontrol grubunda ise hiç bir ölçüm arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Kişilerarası işlevsellik puan ortalamalarının grup ve zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Boş zamanını değerlendirme puan ortalamalarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p<0.001$).). Ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Bu farkın nereden kaynaklandığını anlamak için yapılan bonferoni posthoc testinden farkın deney

grubunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası (taburculuğunda), eğitim öncesi ile izlem sonrası ve eğitim sonrası ile izlem sonrasından kaynaklandığı, kontrol grubunda ise eğitim sonrası ile izlem sonrası arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.05$). Boş zamanını değerlendirme puan ortalamalarının grup ve zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Bağımsızlık düzeyi yetkinlik puan ortalamalarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Bu farkın nereden kaynaklandığını anlamak için yapılan bonferoni posthoc testinden farkın deney ve kontrol grubunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası (taburculuğunda) ve eğitim öncesi ile izlem sonrasından kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.05$). Bağımsızlık düzeyi yetkinlik puan ortalamalarının grup ve zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Bağımsızlık düzeyi performans puan ortalamalarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Bu farkın nereden kaynaklandığını anlamak için yapılan bonferoni posthoc testinden farkın deney grubunda eğitim öncesi ile izlem sonrası ve eğitim sonrası (taburculuğunda) ile izlem sonrasından kaynaklandığı, kontrol grubunda ise eğitim öncesi ile eğitim sonrasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.05$). Bağımsızlık düzeyi performans puan ortalamalarının grup ve zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

İş-meslek puan ortalamalarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Bu farkın nereden kaynaklandığını anlamak için yapılan bonferoni posthoc testinden farkın deney grubunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası (taburculuğunda) ve eğitim öncesi ile izlem sonrasından kaynaklandığı, kontrol grubunda ise tüm ölçümler arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.05$). İş-meslek puan ortalamalarının grup ve zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 4.1.3. Deney ve kontrol grubu hastalarının eğitim öncesi, eğitim sonrası ve izlem sonrası MARS Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Gruplar	Zaman	MARS Genel Puanı	
		$\bar{x} \pm SS$	
Deney	Eğitim Öncesi	0.56±1.58 ^a	
	Eğitim Sonrası	7.62±1.15 ^b	
	İzlem Sonrası	7.62±2.07 ^b	
Kontrol	Eğitim Öncesi	2.00±1.23 ^a	
	Eğitim Sonrası	2.10±0.75 ^a	
	İzlem Sonrası	2.10±0.75 ^a	
Test		KO	F
	Zaman	397.172	180.140
	Zaman+Grup	375.301	170.221
	Grup	476.904	229.726
	P*	<0.001	
	P+	<0.001	
	P#	<0.001	

P* = gruplar arası, P+ = ölçümler/zamanlar arası, P# = grup ve zaman etkileşimi

Deney ve kontrol grubunu kendi içindeki çoklu karşılaştırma sonuçları alfabetik üst simgeler ile gösterilmiştir; aynı harfler ölçüm zamanları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığını, farklı harfler ise bu gruplar arası farkın anlamlı olduğunu ifade etmektedir.

Deney ve kontrol grubu hastalarının psikoeğitim öncesi, sonrası ve telefon izlemi sonrası MARS genel puan ortalamaları Tablo 4.1.3’de görülmektedir. MARS genel puan ortalamalarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Bu farkın nereden kaynaklandığını anlamak için yapılan bonferoni posthoc testinden farkın deney grubunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası (taburculuğunda) ve eğitim öncesi ile izlem sonrasından kaynaklandığı saptanmış olup ($p<0.05$), kontrol grubunda ise hiçbir ölçüm arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. MARS genel puan ortalamalarının grup ve zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

4.2. ŞİZOFRENİ HASTALARININ BAKIM VERİCİLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.2.1’de deney ve kontrol grubundaki hastaların bakım vericilerinin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Deney grubundaki bakım vericilerin %56.3’ünün erkek, kontrol grubundaki bakım vericilerin %63.3’ünün kadın olduğu belirlenmiştir. Deney grubundaki bakım vericilerin %37.5’inin, kontrol grubundaki bakım vericilerin %33.3’ünün 46-55 yaş grubunda yer aldığı; deney grubundaki bakım vericilerin %78.1’inin ve kontrol grubundakilerin ise %83.3’ünün evli; deney grubundaki bakım vericilerin %37.5’inin, kontrol grubundakilerin %53.3’ünün ev hanımı; deney grubundaki bakım vericilerin %40.6’sının kontrol grubundakilerin %40.0’ının ilkökul mezunu olduğu; deney grubundaki bakım vericilerin %59.4’ünün, kontrol grubundakilerin %76.7’sinin çalışmadığı saptanmıştır. Hem deney hem de kontrol grubundaki bakım vericilerin çoğunluğu ekonomik durumlarını orta düzeyde diye ifade etmişlerdir. Deney grubundaki bakım vericilerin %43.8’inin hastanın kardeşi oldukları, %78.1’inin bakım vermede yardım aldıkları ve bu yardımı diğer kardeşlerinden aldıkları belirlemiştir. Kontrol grubundaki bakım vericilerin %40.0’ının hastanın eşi olduğu, tamamının bakım vermede yardım almadığı saptanmıştır. Deney grubundaki bakım vericilerin yaş ortalamalarının 53.65 ± 5.49 yıl (26-60), kontrol grubundaki bakım vericilerin yaş ortalamalarının 51.40 ± 8.25 yıl (18-62) olduğu ve aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ($t=1.258$, $p=0.214$).

Tablo 4.2.1. Deney ve kontrol grubu hastaların bakım vericilerinin tanıtıcı özellikleri

Tamıtcı Özellikler	Deney Grubu(n=32)		Kontrol Grubu(n=30)		Testler	p
	S	%	S	%		
Cinsiyet						
Kadın	14	43.7	19	63.3	X²=1.663	0.197
Erkek	18	56.3	11	36.7		
Yaş						
26-35 yaşı	4	12.5	4	13.3	t=1.258	0.214
36-45 yaşı	10	31.2	9	30.1		
46-55 yaşı	12	37.5	10	33.3		
56 yaşı ve üzeri	6	18.8	7	23.3		
Medeni Durum						
Evli	25	78.1	25	83.3	X²=3.272	0.352
Eşi ölmüş	5	15.6	1	3.3		
Boşanmış	1	3.1	2	6.7		
Hiç evlenmemiş	1	3.1	2	6.7		
Çalışma Durumu						
Çalışan	13	40.6	7	23.3	X²=1.401	0.237
Çalışmayan	19	59.4	23	76.7		
İş/Mesleği						
Kendi işi	10	31.3	8	26.7	X²=1.069	0.586
Ev hanımı	12	37.5	16	53.3		
Emekli	9	28.1	6	20.0		
İşsiz	1	3.1	0	0.0		
Eğitim Durumu						
İlkokul mezunu	13	40.6	12	40.0	X²=0.720	0.869
Ortaokul mezunu	9	28.1	9	30.0		
Lise mezunu	6	18.8	7	23.3		
Üniversite mezunu	4	12.5	2	6.7		

Tablo 4.2.1. Deney ve kontrol grubu hastaların bakım vericilerinin tanıtıcı özellikleri (**Devamı**)

Tamıtıcı Özellikler	Deney Grubu(n=32)		Kontrol Grubu(n=30)		Testler	p
Ekonomik Durumu						
İyi	2	6.2	-	-	X ² =2.478	0.298
Orta	26	81.3	24	80.0		
Kötü	4	12.5	6	20.0		
Hastaya Yakınlık Derecesi						
Anne-baba	8	25.0	7	23.3	X ² =4.473	0.215
Kardeş	14	43.8	10	33.4		
Çocuklar	4	12.5	1	3.3		
Eşi	6	18.7	12	40.0		
Toplam	32	100	30	100		

Tablo 4.2.2. Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin eğitim öncesi, eğitim sonrası ve telefon izlemi sonrası Duygu Dışavurum Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Gruplar	Zaman	DUYGU DIŞAVURUM ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI					
		Aşırı Kollayıcı Oluş $\bar{x} \pm SS$		Eleştirel-Düşmanlık Oluş $\bar{x} \pm SS$		Genel Puan $\bar{x} \pm SS$	
Deney	Eğitim Öncesi	9.21±1.43 ^a		23.96±5.33 ^a		33.18±6.16 ^a	
	Eğitim Sonrası	6.93±2.15 ^b		15.06±4.03 ^b		22.00±5.34 ^b	
	İzlem Sonrası	6.28±1.83 ^b		14.12±4.01 ^b		20.40±5.56 ^b	
Kontrol	Eğitim Öncesi	6.23±1.92 ^a		20.16±3.09 ^a		26.40±4.68 ^a	
	Eğitim Sonrası	7.53±1.85 ^b		20.96±2.72 ^b		28.50±4.16 ^b	
	İzlem Sonrası	9.20±2.49 ^c		23.76±1.85 ^c		32.96±3.24 ^c	
Test	Zaman	KO	F	KO	F	KO	F
	Zaman+Grup	10.237	5.400	301.815	26.564	299.002	13.178
	Grup	269.878	59.659	1399.234	123.152	2898.131	127.726
		1.445	0.276	711.823	31.583	777.417	18.821
	P*	<0.001		<0.001		<0.001	
	P+	<0.001		<0.001		<0.001	
	P#	<0.001		<0.001		<0.001	

P* = gruplar arası, P+ = ölçümler/zamanlar arası, P# = grup ve zaman etkileşimi

Deney ve kontrol grubunu kendi içindeki çoklu karşılaştırma sonuçları alfabetik üst simgeler ile gösterilmiştir; aynı harfler ölçüm zamanları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığını, farklı harfler ise bu gruplar arası farkın anlamlı olduğunu ifade etmektedir.

Tablo 4.2.2’de deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin psikoeğitim ve telefon izlemi sonrası duygu dışı vurum puan ortalamaları görülmektedir.

Duygu dışı vurum genel puan ortalamalarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Bu farkın nereden kaynaklandığını anlamak için yapılan bonferoni posthoc testinden farkın deney grubunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası (taburculuğunda) ve eğitim öncesi ile izlem sonrasında kaynaklandığı, kontrol grubunda ise tüm ölçümler arasındaki farktan kaynakladığı saptanmıştır ($p<0.05$). Duygu dışı vurum genel puan ortalamalarının grup ve zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Aşırı kollayıcı oluş puan ortalamalarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel önemli bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Bu farkın nereden kaynaklandığını anlamak için yapılan bonferoni posthoc testinden farkın deney grubunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası (taburculuğunda) ve eğitim öncesi ile izlem sonrasında kaynaklandığı, kontrol grubunda ise tüm ölçümler arasındaki farktan kaynakladığı saptanmıştır ($p<0.05$). Aşırı kollayıcı oluş puan ortalamalarının grup ve zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Eleştirel-düşmancıl oluş puan ortalamalarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel önemli bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Bu farkın nereden kaynaklandığını anlamak için yapılan bonferoni posthoc testinden farkın deney grubunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası (taburculuğunda) ve eğitim öncesi ile izlem sonrasında kaynaklandığı, kontrol grubunda ise tüm ölçümler arasındaki farktan kaynakladığı saptanmıştır ($p<0.05$). Eleştirel-düşmancıl oluş puan ortalamalarının grup ve zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 4.2.3. Deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin eğitim öncesi, eğitim sonrası ve telefon izlemi sonrası Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Gruplar	Zaman	Beck Depresyon Puanı $\bar{x} \pm SS$	
Deney	Eğitim Öncesi	26.09±8.56 ^a	
	Eğitim Sonrası	17.40±7.12 ^b	
	İzlem Sonrası	12.68±7.19 ^c	
Kontrol	Eğitim Öncesi	40.56±7.78 ^a	
	Eğitim Sonrası	43.30±7.56 ^b	
	İzlem Sonrası	43.43±9.20 ^b	
Test		KO	F
	Zaman	859.996	27.733
	Zaman+Grup	2050.125	66.122
	Grup	26100.581	173.868
	P*	<0.001	
	P+	<0.001	
	P#	<0.001	

P* = gruplar arası, P+ = ölçümler/zamanlar arası, P# = grup ve zaman etkileşimi

Deney ve kontrol grubunu kendi içindeki çoklu karşılaştırma sonuçları alfabetik üst simgeler ile gösterilmiştir; aynı harfler ölçüm zamanları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığını, farklı harfler ise bu gruplar arası farkın anlamlı olduğunu ifade etmektedir.

Çalışmaya katılan deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin psikoeğitim ve telefon izlemi sonrası depresyon puan ortalamaları Tablo 4.2.3’de yer almaktadır. Depresyon genel puan ortalamalarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Bu farkın nereden kaynaklandığını anlamak için yapılan bonferoni posthoc testinden farkın deney grubunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası (taburculuğunda), eğitim öncesi ile izlem sonrası ve eğitim sonrası ile izlem sonrasında kaynaklandığı, kontrol grubunda ise eğitim öncesi ile eğitim sonrasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.05$). Beck Depresyon Ölçeği genel puan ortalamalarının grup ve zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 4.2.4. Deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin eğitim öncesi, eğitim sonrası ve telefon izlemi sonrası Zarit Aile Yüğü Ölçeğı puan ortalamalarının karşılaştırılması

Gruplar	Zaman	Aile Yüğü Genel Puanı $\bar{x} \pm SS$	
Deney	Eğitim Öncesi	75.65±14.35 ^a	
	Eğitim Sonrası	54.96±13.54 ^b	
	İzlem Sonrası	46.18±14.33 ^c	
Kontrol	Eğitim Öncesi	96.46±11.95 ^a	
	Eğitim Sonrası	93.36±7.14 ^a	
	İzlem Sonrası	95.46±5.61 ^a	
Test	Zaman	KO	F
		7187.185	76.203
	Zaman+Grup	6274.604	66.527
	Grup	60746.001	229.629
	P*	<0.001	
	P+	<0.001	
	P#	<0.001	

P* = gruplar arası, P+ = ölçümler/zamanlar arası, P# = grup ve zaman etkileşimi

Deney ve kontrol grubunu kendi içindeki çoklu karşılaştırma sonuçları alfabetik üst simgeler ile gösterilmiştir; aynı harfler ölçüm zamanları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığını, farklı harfler ise bu gruplar arası farkın anlamlı olduğunu ifade etmektedir.

Tablo 4.2.4’de deney ve kontrol grubu bakım vericilerin psikoeğitim ve telefon izlemi sonrası aile yüğü puan ortalamaları görülmektedir. Aile yüğü genel puan ortalamalarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel önemli bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Bu farkın nereden kaynaklandığını anlamak için yapılan bonferoni posthoc testinden farkın deney grubunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası (taburculuğunda), eğitim öncesi ile izlem sonrası ve eğitim sonrası ile izlem sonrasından kaynaklandığı saptanmış olup ($p<0.05$), kontrol grubunda ise hiçbir ölçüm arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Aile yüğü genel puan ortalamalarının grup ve zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Bulguların kısa bir özeti;

Bulguların kısa bir özeti:

- Deney grubundaki hastaların Sosyal İşlevsellik puan ortalamaları eğitim ile artmış ve izlemle de giderek arttığı fakat kontrol grubundaki hastaların ise Sosyal İşlevsellik puan ortalamaları giderek azaldığı belirlenmiştir.
- Deney grubundaki hastaların tedaviye uyum puan ortalamaları eğitim ile artmış fakat izlemle değişmediği, kontrol grubundaki hastaların ise tedaviye uyum puan ortalamalarının değişmediği belirlenmiştir.
- Deney grubundaki hastaların bakım vericilerinin aile yükü eğitim ve izlemle giderek azalmış fakat kontrol grubundaki bakım vericilerde ise aile yükü puanlarında değişiklik olmadığı bulunmuştur.
- Deney grubundaki hastaların bakım vericilerinin duygu dışavurum puan ortalamaları eğitimle azalmış ve izlemle giderek azalmış fakat kontrol grubundaki bakım vericilerde ise aile yükü puanlarında değişiklik olmadığı bulunmuştur
- Deney grubundaki hastaların bakım vericilerinin depresyon puan ortalamaları eğitimle ve izlemle giderek azalmış fakat kontrol grubundaki bakım vericilerde ise depresyon puan ortalamaları eğitim sonrası yükseldiği ve izlemde de aynı kaldığı saptanmıştır.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu bölümde, şizofreni hastaları ve bakım vericilerine klinikte verilen psikoeğitimin ve taburculuk sonrası düzenli telefon görüşmesi ile yapılan telepsikiyatrik izlemin, hastaların sosyal işlevselliğine ve ilaç uyumuna; primer bakım vericilerinin duygu dışa vurum, depresyon ve aile yükü düzeylerine olan etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen iki başlık altında tartışılmıştır:

5.1. Şizofreni Hastalarına İlişkin Bulguların Tartışması

5.2. Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine İlişkin Bulguların Tartışması

5.1 ŞİZOFRENİ HASTALARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞMASI

Hastaların günlük yaşama ve yaşadığı topluma uyumunun sağlanması için çeşitli müdahalelere gereksinim duyulmaktadır. Günümüzde şizofrenik bozukluğun etiyolojisi, klinik belirtiler, gidiş ve sonlanmasındaki farklılıklar nedeniyle tedavi ve bakımda birçok müdahalenin birlikte yapılması önerilmektedir (1-10). Tedavide kullanılan antipsikotik ilaçların kullanılmasının yanı sıra, hasta ve ailesini destekleyici programların da tedavi ve bakımda yer alması hastanın uyumunu artırabilir. Bu amaçla psikoeğitim ve hastanın evde izlemini kolaylaştıran destekleyici programlar (destek grupları, telepsikiyatri vb.) kullanılabilir.

Sosyal işlevsellik; çalışabilme, kişilerarası ilişkileri sürdürebilme ve kendine bakabilme yetisi olarak tanımlanmaktadır. Sosyal işlevsellikte bozulma şizofrenik bozukluğun tanımlayıcı ve hastalık boyunca süren özelliklerinden birisidir (20,22,28,75). Araştırma

bulgularına bakıldığında sosyal işlevselliğin pozitif ve negatif belirtiler, duygu durum, sosyal davranışlar ve hastanın içinde yaşadığı bütün çevresel etmenlerden etkilendiği görülmektedir. Şizofrenik bozukluklarda ilaç uyumsuzluklarının paralelinde negatif ve pozitif belirtilerin artması ile sosyal işlevlerde de bozulmaların çok ciddi boyutta olduğu bilinmektedir (20,22,32,75). Özellikle hastaların tek başlarına bırakılması, aile ile birlikte ele alınmaması, tek tip tedavi protokollerinin kullanılması ve yeterince izlemin yapılmaması şizofrenide sosyal işlevselliği olumsuz etkilemektedir (17). Bazı çalışmalarda evli ve iş sahibi olma durumunun, şizofrenik bozukluklarda sosyal işlevselliği artırdığı ve olumlu etkilediği saptanmıştır (29,31). Son yıllarda şizofreni hastalarının sosyal işlevselliklerini artırmaya yönelik çalışmaların başında psikososyal beceri eğitimleri, aile ve hasta psikoeğitimleri, iş-meslek edindirme programları, vaka yönetimi ve telepsikiyatrik izlem yöntemleri gelmektedir (1,7-8,16,48,60).

Psikoeğitim ile telepsikiyatrik izlemin (telefonla) kullanıldığı bu çalışmada, deney grubu ile kontrol grubunun kişilerarası işlevsellik, bağımsızlık düzeyi yetkinlik, bağımsızlık düzeyi performans ve iş-meslek alt ölçek ve sosyal işlevsellik genel puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 4.1.2). Yine deney grubundaki hastaların sosyal uğraşı ve boş zamanı değerlendirme alt ölçek puan ortalamaları eğitim öncesi kontrol grubundan biraz yüksek iken, eğitimden sonra ve izlem sonrası anlamlı derecede yüksek bulunmuş ve deney grubu ile kontrol grubunun sosyal uğraşı ve boş zamanı değerlendirme alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4.1.2). Deney grubundaki hastaların eğitim sonrası ve izlem sonrası sosyal işlevsellik genel puan ortalamalarının eğitim öncesine göre önemli ölçüde arttığı, fakat kontrol grubundaki hastaların çalışmanın başında deney grubuna yakın olan sosyal işlevsellik genel puan ortalamalarının çalışmanın ilerleyen aşamalarında önemli ölçüde azaldığı belirlenmiştir. Deney grubuna verilen psikoeğitimin içeriğinde ilaç kullanımının önemi, hastalığın yönetimi ve günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesine ilişkin bilgilerin verilmiş olması ve telefon izlemleri sosyal işlevsellik puanlarının eğitim sonrasındaki yüksekliğinin sürdürülmüş ile hasta ve bakım vericilerinin ilaçları kullanmaya teşvik edilmesi ve hastaların günlük yaşama katılımları için desteklenmesi ve danışmanlık yapılması sosyal işlevsellik puanının artmasını etkilemiş olabilir. Kontrol grubundaki hastaların sosyal işlevsellik genel puan ortalamalarındaki anlamlı azalmanın nedeni, kontrol grubu hasta ve bakım vericilerine bu desteğin verilmemesi nedeni ile ilaç

alımları ve tedaviye uyumlarının azalmış olabileceğinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Tablo 4.1.3’de görüldüğü gibi kontrol grubu hastalarının MARS puan ortalamalarında çalışma süresince değişim olmaması da bunu desteklemektedir. Şizofrenide, hasta ve aile psikoeğitimlerini de içeren toplum tedavi programlarının hastanın işlevselliğini hastane tedavisinden daha fazla artırdığı bulunmuştur (10,15,19,22,74,84). Sosyal işlevselliği bozulan şizofreni hastalarında tekrarlı hastane yatışlarının arttığı bilinen bir gerçektir. Bu nedenle şizofrenik bozukluklarda sosyal işlevselliğin geliştirilmesini sağlayacak müdahale programlarının geliştirilmesi ve uygulanmasına gereksinim bulunmaktadır.

Jungbaur ve arkadaşlarının 34 şizofrenik hasta ve ailesi ile yaptıkları çalışmada, hastalar ve ailelerine psikiyatri hemşiresi tarafından verilen psikoeğitim sonrasında, haftalık ortalama 47 dakika süren telefon görüşmesi yolu ile bir yıl izlem yapılmıştır. Bir yıllık izlem sonrası hastaların negatif ve pozitif belirtilerinde azalma, sosyal işlevsellik ve ilaç uyum düzeylerinde artma bulunmuştur (91). Bu çalışmanın bulguları bizim çalışma bulgularını desteklemektedir.

Yapılan çalışmalarda; hastalara uygulanan problem çözme becerisi eğitimi sonrası hastaların sosyal işlevsellik genel ve alt ölçek puan ortalamalarında anlamlı bir artış olduğu saptanmıştır (20, 43). Yine, Hayler ve arkadaşları (62) yaptıkları çalışmada, hastaların görev ya da işlerine devam edebilmeleri konusunda telefon ile yürütülen liderlik eğitiminin şizofreni hastalarının sosyal işlevsellikleri üzerine etkisinin önemli olduğunu belirlemişlerdir.

Bu çalışmada, psikoeğitim ve telefon izlemi sonrası hastaların sosyal işlevsellik puanlarındaki artış anlamlıdır. Telefon izlemleri sırasında hasta ve bakım vericilerin bu yönde ifadeleri olmuştur. Örneğin 23 yaşındaki kadın hastanın babası (54 yaş);

“Ben kızımın hasta olsa bile yapabileceği işleri ona yaptırmamız gerektiğini bilmiyordum. Artık kızıma karşı annesi de bende daha sabırlıyız ve yaptığı işi tamamlamasını sabırla bekliyoruz.” şeklinde ifade etmiştir.

Birinci ayda iş ya da evdeki işlerini başarılı şekilde yaptığını ifade eden hastaların (Ek Tablo 2) ve bakım vericilerin (Ek Tablo 8) oranının altı aylık telefon izlemi sonrasında arttığı şeklindeki ifadeleri de dikkate alındığında; psikoeğitim ve telepsikiyatrik izlemin hastaların sosyal işlevselliğini olumlu yönde etkilediği söylenilebilir.

Bu sonuçlar doğrultusunda “Şizofreni hastalarına klinikte verilen psikoeğitim ve taburculuk sonrası yapılan telepsikiyatrik izlem hastaların işlevselliğini artırır.” hipotezi (H_1) kabul edilmiştir.

Yapılan pek çok çalışmada şizofrenide ilaç tedavisiyle birlikte yürütülen, hasta ve aileyi birlikte ele alan müdahalelerin ilaç uyum düzeyini artırdığı belirlenmiştir (1-10,57). Psikoeğitim içerikli aile müdahaleleri, problem odaklı aile müdahalesi ve klinik temelli davranışsal aile müdahalesi gibi uygulamaların yapıldığı araştırmalarda, bu uygulamaların hastanın ilaç uyumunda önemli bir role sahip olduğu bulunmuştur (50-52,54,57).

Şizofrenisi olan hastaya yönelik telepsikiyatrik izlemin kullanıldığı çalışmalara bakıldığında; telefon, sms, videokonferans ve elektronik mail yolu ile hastalara bilişsel davranışçı terapi (71-73), telefonla psikoterapi (26,74-75) yapılabildiği ve bu yöntemlerin bile hastanın ilaç uyum düzeylerini artırmada önemli olduğu bulunmuştur (60-67). Bebee (25) hastaları yaşadıkları toplumda izlemek amacıyla 48 şizofreni hastası ile yaptığı çalışmada, deney grubundaki hastalara yarı yapılandırılmış sorulardan oluşan telefon müdahalesi formunu kullanarak 3 ay süre ile haftalık izlemler yapmış ve izlem sonrasında hastaların ilaç uyumlarının arttığını, klinik semptomlarının azaldığını ve relapsların yeniden görülme sürelerinin uzadığını saptamıştır.

Nelson ve arkadaşları (63) ve Zaylor (62) yaptıkları telepsikiyatrik izlem çalışmalarında, telepsikiyatrinin hastaların tedaviye uyum düzeylerini artırarak semptomların daha kolay yönetilebildiğini ve geleneksel hasta izlem yöntemlerine göre zaman tasarrufu sağlaması nedeniyle daha avantajlı olarak kabul edilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Bu çalışmada, deney grubundaki hastalara ilaç tedavisinin yanı sıra, psikoeğitim ve telefon izlemi yapılmıştır. Çalışmada hastaların tedaviye uyum düzeyleri MARS ile değerlendirilmiştir. Çalışmamızda deney grubundaki hastaların MARS genel puan ortalamaları eğitim öncesi kontrol grubundan daha düşük iken, eğitim sonrası artmış ve izlem sonrası da puanlardaki yükseklik değişmeden devam etmiş ve deney grubu ile kontrol grubunun MARS genel puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 4.1.3). Deney grubundaki hastaların eğitim öncesine göre artan eğitim sonrası MARS genel puan ortalamalarının izlem sonrası aynı kaldığı, kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi, eğitim sonrası ve izlem sonrası MARS genel puan ortalamalarında değişim olmadığı görülmektedir. Deney grubundaki

hasta ve bakım vericilerine verilen psikoeğitimin içeriğinde ilaç kullanımının önemi ve dikkat edilmesi gereken noktalara ilişkin bilgilerin verilmiş olması ve telefon izlemleri ile hasta ve bakım vericilerinin ilaçları kullanmaya teşvik edilmesi ve danışmanlık yapılması tedaviye uyum puanlarını artmasını etkilemiş olabilir. Kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi, eğitim sonrası ve izlem sonrası MARS genel puan ortalamalarında değişim olmamasının nedeni, kontrol grubu hasta ve bakım vericilerine bu desteğin verilmemesi nedeni ile ilaç alımları ve tedaviye uyumlarının azalmış olabileceğinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Bu çalışmada yapılan telefon izlemlerinde; birinci ayda ilaçları doktorun söylediği şekilde ve devamlı kullandıkları ifade eden hastaların (Ek Tablo 4.1.3) ve bakım vericilerin (Ek Tablo 9) oranının altı aylık telefon izlemi sonrasında arttığı şeklindeki ifadeleri de hastaların ilaç uyum düzeylerinin arttığını göstermektedir. Telefon izlemleri sırasında hasta ve bakım vericilerin bu konuya ilişkin ifadeleri aşağıda yer almaktadır;

34 yaşındaki erkek hasta *“İlaçlarımı düzenli kullandığım için kendimi daha iyi hissediyorum.”*

27 yaşında kadın hasta *“İlaçlarımı sürekli kullanmam gerektiğini biliyorum aksatmıyorum.”*

Çalışmamızda deney grubu hastalarının eğitim sonrası ve telefon izlemi sonrası ilaç uyumlarının arttığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.3). Birinci ayda “orta” düzeyde halusinasyon vb. hastalık belirtileri olduğunu ifade eden hastaların (Ek Tablo 4) ve bakım vericilerin (Ek Tablo 10) oranının altı aylık telefon izlemi sonrasında azaldığı şeklindeki ifadeleri, deney ve kontrol grubunun ilaç uyum puan ortalamaları arasındaki fark (Tablo 4.1.3) da dikkate alındığında; psikoeğitim ve telefon izlemi ile verilen destek ve danışmanlık hizmetinin hastaların ilaç uyumları üzerinde olumlu etkisinin olduğu söylenilebilir. Telefon izlemi sırasında 51 yaşındaki erkek hasta *“İlaçlarımı devamlı kullandığımdan bu yana daha önce gördüğüm şeyleri görmüyorum ve artık korkmuyorum.”* şeklindeki ifadesi de bunu desteklemektedir.

Günümüzde şizofreninin etiyolojisi, klinik belirtiler, gidiş ve sonlanmadaki farklılıklar nedeniyle tedavi ve bakımında birçok müdahalenin birlikte yapılması önerilmektedir (92-94). Antipsikotik ilaçların şizofreni belirtilerinin çoğunu azalttığı ve uzun sürede relaps oranlarını düşürdüğü kanıtlanmıştır. Fakat ilaç uyum düzeyi yüksek olan

hastaların bile, aile içinde ve toplumda ilişkilerde zorlandıkları, sınırlandıkları ve iş kayıpları yaşadıkları bilinmektedir (8,10,13-14).

Şizofrenisi olan hastalar ve aileleri ile yapılan psikoeğitim ve telepsikiyatrik izleme ilişkin çalışmalarda, hem psikoeğitimin hem de telefonla yapılan izlemin hastaların ilaç uyum düzeylerini artırdığı belirtilmektedir (17,25-26,38,46,56,71-73,75-76). Bu sonuçlar, çalışmamızın bulgularını desteklemektedir.

Bu araştırmada deney grubuna verilen psikoeğitimin ve 6 aylık telefon izleminin şizofrenisi olan hastaların ilaç uyum düzeyleri üzerinde etkili olduğu görülmüş olup, bu sonuçlara göre “Şizofreni hastalarına klinikte verilen psikoeğitim ve taburculuk sonrası telepsikiyatrik izlem hastaların ilaç uyumunu artırır.” hipotezi (H₂) kabul edilmiştir.

5.2 ŞİZOFRENİ HASTALARININ BAKIM VERİCİLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞMASI

Hastanede kalış süresinin kısalıp, tedavinin artık daha çok kurumlar dışında sürdürülmeye başlanması, şizofrenisi olan birçok hasta için, ailelerin birincil bakım verici konumuna gelmelerini sağlamıştır (17-18,26,51,55,69,73-75). Hastaların aileleri ile birlikte yaşamak zorunda olmaları bir dizi sorunu beraberinde getirmektedir. Ancak çoğu kez hastalığın aile üzerindeki etkisi gözardı edilmektedir (10-12,95). Şizofrenik hastalar diğer insanlardan farklı davrandıkları ve farklı algılandıkları için sıklıkla toplum tarafından dışlanmakta ve izole edilmektedirler. Aile tüm günlerini hasta ile geçirmekte, hastanın bakım sorumluluğunu gönüllü veya zorunlu olarak yürütmekte, bunu gerçekleştirirken de hastalık süreci, hastaya yaklaşım konularında bilgi, beceri, duygusal ve sosyal desteğe gereksinim duymaktadır.

Şizofreninin belirtilerinin şiddeti, gidişi ve tedavisi üzerine aile tutumlarının belirleyici bir rolü olduğu bilinen bir gerçektir. Aileyi dışarıda bırakan şizofreni tedavi modellerinin etkisiz ve yetersiz olduğu pek çok çalışma ile gösterilmiştir (17,38,46,71,73). Aile tutumları arasında duygu dışavurumu ve iletişim tarzları gibi bazı aile duygulanım özelliklerinin, taburculuk sonrası hastalığın alevlenmesi üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (46,48,54,69). Kavanagha (1992) şizofreni hastalarının aileleri ile yaptığı çalışmada, duygu dışavurum düzeyi fazla olan ailelerin hastalarında relapsların arttığını belirlemiştir (61). Aile üyelerinin şizofreni hastalığı, belirtileri, tedavisi ve ailenin tutumlarına ilişkin yetersiz ya da yanlış bilgileri, hastaya ve hastalık semptomlarına yönelik gösterdikleri davranışlarını etkilemektedir (38-39,75,95).

Çalışmada deney grubundaki bakım vericilerin aşırı kollayıcı oluş, eleştirel- düşmancıl oluş alt ölçek ve duygu dışavurum genel puan ortalamaları eğitim öncesi kontrol grubundan daha yüksek iken, eğitimden sonra düşmüş, telefon izlemi sonrası da puanlardaki düşme hali devam etmiş ve deney grubu ile kontrol grubunun aşırı kollayıcı oluş, eleştirel- düşmancıl oluş alt ölçek ve duygu dışavurum genel puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 4.2.2). Tabloda da görüldüğü gibi deney grubundaki bakım vericilerinin eğitim öncesi kontrol grubundan yüksek olan duygu dışavurum genel puan ortalamalarının, eğitim sonrası ve izlem sonrasında anlamlı derecede azaldığı, kontrol grubunda ise çalışmanın başında deney grubuna göre düşük olan puan ortalamalarının çalışmanın ilerleyen aşamalarında arttığı belirlenmiştir. Deney grubundaki bakım vericilere verilen psikoeğitim; hastalık ve hastalık yönetimine, ilaçların düzenli kullanımına ilişkin bilgilenmelerini ve farkındalık oluşmasını sağlayarak, telefon izlemleri ile bunun devam ettirilmesi, böylece destek ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi bakım vericilerin duygu dışavurum düzeylerini olumlu etkilemiş olabilir. Bakım vericilerde oluşan farkındalığı, telefon izlemlerindeki ifadelerinde de görülmektedir. Şizofreni hastası olan babasına bakmak için lise eğitimini terk etmek zorunda kalan 18 yaşındaki erkek bakım vericinin ifadesinde bunu görebilmekteyiz.

“Babamın bana ve kardeşlerime bakması gerekirken biz ona bakıyoruz ve daha önce bunun geçici olduğunu düşünüyordum oysaki bu hastalığın sürekli bizimle olacağını biliyorum. Eğer bu hastalığı ve babamın davranışlarının nedenlerine daha iyi öğrenirsem hem ona hem de kendime daha çok yararım olacağını düşünüyorum.”

Cohan ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, psikososyal eğitimin kronik şizofrenik bozukluğu olan hastaların bakım vericilerin duygu dışavurum düzeylerini azalttığını belirlemişlerdir (19). Yapılan pek çok çalışma sonuçlarına bakıldığında, bu çalışmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir (23,75-78). Holmes ve arkadaşları 17 şizofreni hastası ve ailesi ile yaptıkları çalışmada, psikiyatri hemşiresi tarafından hastanın özellikleri dikkate alınarak yapılan bireysel psikoeğitim sonrası bir yıllık izlem gerçekleştirmişler ve hastanın hastalık konusundaki farkındalığının ve sosyal işlevselliğinin arttığını, ailenin de yüksek duygu dışavurum düzeylerinin azaldığı belirlemişlerdir (67).

Bu sonuçlara göre “Şizofreni hastalarının bakım vericilerine verilen psikoeğitim ve telepsikiyatrik izlem bakım vericilerinin duygu dışavurum düzeylerini azaltır.” hipotezi (H₃) kabul edilmiştir.

Şizofreni, her türlü sosyo-ekonomik ortamda görülebilen, toplumsal, ekonomik ve duygusal maliyeti oldukça yüksek bir ruhsal bozukluktur. Şizofrenisi olan hasta ve hasta yakınları arasındaki olumsuz etkileşimler hastanın semptomlarının tekrarını artırmakta ve hastanın semptomlarının artması da hasta yakınlarında olumsuz duygu, düşünce ve davranışlara neden olmaktadır. Şizofrenisi olan hastaların yakınları benlik saygısında azalma, çaresizlik, umutsuzluk ve güçsüzlük duyguları yaşamaktadırlar. Bütün bu olumsuz duyguların sonucunda bu hasta yakınlarında ve özellikle primer bakım vericilerde depresyona yatkınlık gelişebilmektedir (22-24,28-30,32,41,45,78,80-81,96).

Bu konuda yapılan pek çok çalışma şizofren hastaların bakım vericilerinin stres ve tükenmişlik düzeylerinin oldukça yüksek olduğunu ve buna paralel olarak depresyon gibi ciddi ruhsal hastalıkların gelişebileceği belirtilmektedir (62,78-82,90-93,96-97). Bu nedenle şizofren hastanın ailesiyle birlikte ele alınmasının önemi tartışmasız bir gerçektir.

Çalışmamızda deney grubundaki bakım vericilerin depresyon puan ortalamaları eğitim öncesi düşük iken, eğitim sonrası ve telefon izlemi sonrası bu düşüklük devam etmiş fakat kontrol grubunun depresyon puan ortalamalarındaki yükseklik her üç ölçümde de devam etmiş olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 4.2.3). Tabloda da görüldüğü gibi deney grubundaki bakım vericilerin eğitim öncesi yüksek olan depresyon puan ortalamalarının eğitim sonrası ve telefon izlemi sonrasında önemli ölçüde azaldığı, kontrol grubunda ise çalışmanın ilerleyen aşamalarında depresyon puan ortalamalarının artmış olduğu saptanmıştır. Deney grubundaki hastalar ve bakım vericilerine eş zamanlı olarak verilen psikoeğitim ve telefon izlemi ile; hasta yakınlarına kendilerini anlatma, sorunlarını tartışabilme ve paylaşma olanağı verilmesi sağlanmış ve bakım vericilerin kendi duygularını paylaşmalarına olanak sağlanmıştır. Telefon izlemlerindeki bakım verici ifadeleri de bunu desteklemektedir. Örneğin şizofreni hastası olan oğluna bakım veren 45 yaşındaki anne bu duygusunu;

“Oğlumun hastalığı şiddetli olduğunda onunla yaşamaktan korkuyor ve nereye sığınacağımı bilemezdim ama şimdi böyle bir durum olduğunda telefonla size ulaşabildiğim için daha az korkuyorum.” şeklinde ifade etmiştir.

Aileye yönelik yapılan psikoeğitim ve izlem çalışmalarının bakım vericiye etkisinin araştırıldığı bir çok çalışmada, bakım vericilerin iş ve aile fonksiyonlarının arttığı, umutsuzluk, güçsüzlük, depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin azaldığı bulunmuştur (3,4,6,7). Bu çalışmada yapılan telefon izlemleri ile hastalarının ve kendilerinin yalnız olmadıklarını hissettiklerini ifade eden bakım vericilerin oranının (Ek Tablo 13) telefon izlemi sonrasında arttığı dikkate alındığında; bakım vericilerin duygu dışavurum (Tablo 4.2.2) ve depresyon (Tablo 4.2.3) puan ortalamalarındaki azalma önemlidir.

Bu sonuçlara göre “Şizofreni hastalarının bakım vericilerine verilen psikoeğitim ve telepsikiyatrik izlem bakım vericilerinin depresyon düzeylerini azaltır.” hipotezi (H₄) kabul edilmiştir.

Hastanede yatış süresinin kısalması ve tedavi ve bakımın evde devam ettirilmesi şeklinde yaklaşım aile üyelerinin hastaları ile daha çok birlikte olmasına ve hastalığın yönetiminde daha fazla rol üstlenmelerine neden olmaktadır. Şizofrenik bozukluğu olan hastaların yakınları ile yapılan bakım yükü çalışmalarında, bakım verenlerin hastalar ile temaslarının daha fazla olması, hastaların aileleri ile birlikte yaşamaları, hastaların daha yaşlı olması ve kırsal alanda yaşamanın bakım yükü düzeylerini artırdığı belirtilmektedir (44-55). Avrupa Psikiyatri Hizmetleri: Sonuç Boyutları ve İhtiyaçlar ile İlişkili Girdiler (90) isimli bir çalışmada, çalışmaya katılan beş ülkedeki şizofreni hastalarının bakım yükünün aynı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Magliano ve arkadaşları şizofreni (n=709) ve kronik fiziksel hastalığa sahip hasta (n=709) ailelerinin bakım yükünü karşılaştırdıkları çalışmada, şizofreni hastalarının bakım vericilerinin öznel yüklerinin daha fazla ve bunun yanı sıra sosyal desteklerinin ve acil durumlarda destek durumlarının daha az olduğunu bulmuşlardır (79).

Şizofren hastaların bakım vericilerinin aile yükünü etkileyen faktörlerin başında; hastalık ve semptomlarına ilişkin bilgi eksiklikleri, hastalığın tekrarı, hastaneye yeniden, uzun ve süreli yatışlar gelmektedir (52-53,78-79,81,90). Yapılan iki çalışmada, telefon izlemi ile hasta ve ailesinin sosyal izolasyon ve stres düzeyinin azaldığı, duygu kontrolünün arttığı saptanmış olup, bu nedenle telefon izlemi ile hasta ve ailesinin bakım ve eğitim gereksinimlerinin daha etkin, ekonomik ve kolaylıkla karşılanabileceği önerilmiştir (98-99).

Bu çalışmada deney grubundaki bakım vericilerin aile yükü genel puan ortalamaları eğitim öncesi kontrol grubundan daha düşük iken, eğitim sonrası ve telefon izlemi

sonrası önemli derecede düşük bulunmuş ve deney grubu ile kontrol grubunun aile yükü genel puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.2.4). Tabloda da görüldüğü gibi deney grubundaki bakım vericilerin eğitim öncesi yüksek olan aile yükü genel puan ortalamalarının psikoeğitim sonrası azaldığı ve telefon izlemi sonrasında da bu azalmanın devam ettiği, kontrol grubunun puan ortalamalarında ise önemli bir değişim olmadığı belirlenmiştir. Deney grubundaki bakım vericilerine hastalık ve hastalığın yönetimine ilişkin verilen eğitim, duygularını paylaşma olanağının verilmesi, telefon izlemi ile bu destek ve danışmalığın devam ettirilmesi ve hastalarının ilaç uyumlarının ve sosyal işlevselliklerinin artması ile algılanan aile yükü azalmış olabilir.

Yapılan bu müdahaleler ile aile üyelerinin birbirlerine ve hastalarına karşı daha sabırlı oldukları saptanmış olup, bakım vericilerin umusuzluk, çaresizlik ve suçluluk duygularını daha az yaşadıkları, duygu dışavurum ve aile yükü düzeylerinin azaldığı saptanmıştır (70,79,94-95,100-102). Bu bulgular bizim çalışma bulgularımızla paralellik göstermektedir.

Bu sonuçlara göre “Şizofreni hastalarının bakım vericilerine verilen psikoeğitim ve telepsikiyatrik izlem bakım vericilerinin aile yükü düzeylerini azaltır.” hipotezi (H_5) kabul edilmiştir.

Ülkemizde şizofrenik bozukluğu olan hasta ve ailesine yönelik hem psikoeğitim hem de telefon izlemlerinin birlikte yürütüldüğü çalışmaya hiç rastlanmamış olup, yabancı literatürde de daha çok aileye yönelik yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Bu nedenle bu çalışmanın bulguları, psikoeğitim ve telefon izleminin birlikte kullanılması ve de, hem hasta hem de bakım vericiler ile yapılmış olması nedeniyle önemlidir.

Sonuç olarak;

Şizofreni Hastalarına İlişkin Sonuçlar

- Deney ve kontrol grubundaki hastaların erkek ve kadın cinsiyetlerinin eşit sayıda, %46.9'unun 36-45 yaş grubunda; deney grubundaki hastaların %71.9'unun ve kontrol grubundakilerin yarısının ilkökul mezunu olduğu saptanmıştır. Hem deney, hem de kontrol grubundaki hastaların tamamının hastane yatışı deneyimledikleri görülmektedir (Tablo 4.1.1).

- Deney grubu ile kontrol grubunun kişilerarası işlevsellik, bağımsızlık düzeyi yetkinlik, bağımsızlık düzeyi performans ve iş-meslek alt ölçek ve sosyal işlevsellik genel puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 4.1.2). Deney grubundaki hastaların eğitim sonrası ve izlem sonrası sosyal işlevsellik genel puan ortalamalarının eğitim öncesine göre önemli ölçüde arttığı, fakat kontrol grubundaki hastaların çalışmanın başında deney grubuna yakın olan sosyal işlevsellik genel puan ortalamalarının çalışmanın ilerleyen aşamalarında önemli ölçüde azaldığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda **“Şizofreni hastalarına klinikte verilen psikoeğitim ve taburculuk sonrası yapılan telepsikiyatrik izlem hastaların işlevselliğini artırır.”** hipotezi (H_1) araştırmanın sınırlılıkları içerisinde kabul edilmiştir.

- Çalışmamızda deney grubundaki hastaların MARS genel puan ortalamaları eğitim öncesi kontrol grubundan daha düşük iken, eğitim sonrası ve izlem sonrası önemli derecede yüksek bulunmuş ve deney grubu ile kontrol grubunun MARS genel puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 4.1.3). Deney grubundaki hastaların eğitim öncesine göre artan eğitim sonrası MARS genel puan ortalamalarının izlem sonrası aynı kaldığı, kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi, eğitim sonrası ve izlem sonrası MARS genel puan ortalamalarında değişim olmadığı bulunmuştur.

Bu sonuçlara göre **“Şizofreni hastalarına klinikte verilen psikoeğitim ve taburculuk sonrası telepsikiyatrik izlem hastaların ilaç uyumunu artırır.”** hipotezi (H_2) araştırmanın sınırlılıkları içerisinde kabul edilmiştir.

Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine İlişkin Sonuçlar

- Hem deney hem de kontrol grubundaki bakım vericilerin büyük çoğunluğunun 36 yaş ve üzerinde olduğu, çoğunluğunun evli olduğu, yarıdan çoğunun çalışmadığı, yarısına yakınının ilkokul mezunu olduğu, yarıdan çoğunun ailesinde psikiyatrik hastalık hikayesi olmadığı, çoğunluğunun ekonomik durumlarını orta diye belirttiği belirlenmiştir. Kontrol grubundaki bakım vericilerin tamamının hastalarına bakım verirken yardım almaz iken, deney grubundakilerin ise çoğunluğunun yardım aldığı saptanmıştır (Tablo 4.2.1).

- Çalışmada deney grubundaki bakım vericilerin aşırı kollayıcı oluş, eleştirel- düşmancıl oluş alt ölçek ve duygu dışavurum genel puan ortalamaları eğitim öncesi kontrol grubundan daha yüksek iken, eğitimden sonra ve telefon izlemi sonrası önemli derecede düşük bulunmuş ve deney grubu ile kontrol grubunun aşırı kollayıcı oluş, eleştirel- düşmancıl oluş alt ölçek ve duygu dışavurum genel puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 4.2.2). Deney grubundaki bakım vericilerinin eğitim öncesi kontrol grubundan yüksek olan duygu dışa vurum genel puan ortalamalarının, eğitim sonrası ve izlem sonrasında anlamlı derecede azaldığı, kontrol grubunda ise çalışmanın başında deney grubuna göre düşük olan puan ortalamalarının çalışmanın ilerleyen aşamalarında arttığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlara göre **“Şizofreni hastalarının bakım vericilerine verilen psikoeğitim ve telepsikiyatrik izlem bakım vericilerinin duygu dışa vurum düzeylerini azaltır.”** hipotezi (H_3) araştırmanın sınırlılıkları içerisinde kabul edilmiştir.

- Çalışmamızda deney grubundaki bakım vericilerin depresyon puan ortalamaları eğitim öncesi kontrol grubundan daha düşük iken, eğitim sonrası ve telefon izlemi sonrası önemli derecede düşük bulunmuş ve deney grubu ile kontrol grubunun depresyon puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 4.2.3). Deney grubundaki bakım vericilerin eğitim öncesi yüksek olan depresyon puan ortalamalarının eğitim sonrası ve telefon izlemi sonrasında önemli ölçüde azaldığı, kontrol grubunda ise çalışmanın ilerleyen aşamalarında depresyon puan ortalamalarının artmış olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlara göre **“Şizofreni hastalarının bakım vericilerine verilen psikoeğitim ve telepsikiyatrik izlem bakım vericilerinin depresyon düzeylerini azaltır.”** hipotezi (H_4) araştırmanın sınırlılıkları içerisinde kabul edilmiştir.

- Bu çalışmada deney grubundaki bakım vericilerin aile yükü genel puan ortalamaları eğitim öncesi kontrol grubundan daha düşük iken, eğitim sonrası ve telefon izlemi sonrası önemli derecede düşük bulunmuş ve deney grubu ile kontrol grubunun aile yükü genel puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.2.4). Deney grubundaki bakım vericilerin eğitim öncesi yüksek olan aile yükü genel puan ortalamalarının psikoeğitim sonrası ve telefon izlemi sonrasında anlamlı şekilde azaldığı, kontrol grubunun puan ortalamalarında ise önemli bir değişim olmadığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlara göre **“Şizofreni hastalarının bakım vericilerine verilen psikoeğitim ve telepsikiyatrik izlem, bakım vericilerinin aile yükü düzeylerini azaltır.”** hipotezi (H₅) araştırmanın sınırlılıkları içerisinde kabul edilmiştir.

- Şizofreni hastaları ve bakım vericileri ile yapılan telefon izlemlerinin sonunda, hem hasta, hem de bakım vericilerin hastaların ilaçlarını doktorun söylediği şekilde ve devamlı kullanma, iş ya da evdeki işlerini başarılı şekilde yapma ve hallusinasyon vb. hastalık belirtilerinde azalma olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir (EK Tablo 1, Tablo 2, Tablo 3, Tablo 4, Tablo 8, Tablo 9).

- Hastalarının ve kendilerinin yalnız olmadıklarını hissettiklerini ifade eden bakım vericilerin oranının telefon izlemi sonrasında arttığı ve telefonla aranma uygulamasının devam etmesini istedikleri saptanmıştır (EK Tablo 13).

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre şu öneriler sunulmuştur:

- Klinikte ve ayaktan tedavi alan hastaların sosyal geri çekilmeyi azaltan, kişilerarası işlevselliklerini artırmaya ve boş zamanlarına değerlendirmeye yönelik beceri geliştirme eğitim programlarının düzenlenmesi,

-Şizofreni hastalarının ailelerine (Özellikle primer bakım vericilerine) yönelik semptom yönetimine ilişkin eğitim verilmesi,

- Şizofreni hastalarının ailelerinin eğitiminde başatme yolları ve duygu dışavurum konularına ağırlık verilmesi,

-Şizofreni hasta ve ailelerine hastalık yönetimine ilişkin verilen psikoeğitimin devamında evde izlemlerinin (telefon, ev ziyareti ile....) sağlanması,

- Şizofreni hasta ve ailelerine yönelik telefon danışmanlığı ile yapılan izlemin etkinliğinin değerlendirilmesi için daha uzun süreli çalışmaların yapılması,

- Şizofreni hasta ve ailelerinin evde izlemlerinin sağlanması amacı ile telefon izlemi dışında diğer telepsikiyatrik izlem yöntemlerinin (e –posta, web tabanlı izlem vb) kullanıldığı çalışmaların yapılması,

- Şizofreni hastaları ve aileleri için, hastalarının klinikte yattığı zamanlar önemli bir fırsat olarak düşünülerek, benzer ya da daha geliştirilmiş programların yataklı psikiyatri kliniklerinin rutin hizmetleri arasına yerleştirilmesi,

- Destekleyici hemşirelik hizmetlerini temel alan ve bütüncül yaklaşım ile hastaların ve ailelerin özelliklerine göre telepsikiyatrik hizmet modellerinin oluşturulması,
- Çalışmada kullanılan telepsikiyatrik izlem modelinin bu hastalar ve aileleri üzerindeki farklı sonuçların değerlendirilebileceği (relaps, yaşam kalitesi, doyum, umutsuzluk vb) çalışmaların yapılması,
- Şizofreni gibi kronik hastalıklarda hastane destekli evde bakım programlarının oluşturulması ve poliklinikte çalışan hemşirelerin hasta ve ailesine ev ziyaretleri ve telefonla gerekli destek ve danışmanlık hizmetlerini sağlaması.

6. KAYNAKLAR

1. Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri Synopsis of Psychiatry Ninth edition, (Çev. Ed.) Hamdullah Aydın, 2. baskı;Güneş Kitabevi İstanbul.2005:134-153
2. Köroğlu E, Güleç C Psikiyatri Temel Kitabı, 2. baskı Ankara 2007: 184-204.
3. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 7.Basım, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1997:175-419.
4. Birsöz S, Karaman T. (Çev. Ed.) Psikiyatri Tanı ve Tedavi Current Diagnosis & Treatment in Psychiatry, 1. baskı. Güneş Kitabevi, Ankara 2003:260-277.
5. Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-4 TR) (2000). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, (Çev. Ed.) Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2000.
6. Varcolis E. Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing. 3. Edt., London, 1998.
7. Yıldız M. Şizofreni Hastaları İçin Ruhsal beceri Eğitimi, Birinci Baskı, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları -4, Ankara 2011; 6-12.
8. Heinssen RK, Liberman R.P, Kopelowicz A. Psychosocial skills training in schizophrenia. A controlled study. Arch Gen Psychiatry 2000; 57: 277-283.
9. Corrigan PW, Rowan D, Green A et all. Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness. Schizophr Bull 2002; 28: 293-309.

10. Brown S, Birtwistle J. People with schizophrenia and their families. Br J Psychiatry 1998; 173:139-144.
11. APA Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Schizophrenia,1997; s.1
12. Ebrinç S, Çetin M, Başoğlu C ve ark. Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışavurumunun incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001; 2: 5-14.
13. Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, et all. A program for relapse prevention in schizophrenia. A controlled study. Arch Gen Psychiatry 2000; 57: 277-283.
14. Pakenham KI, Dadds MR. Family care and schizophrenia: the effects of a supportive educational program on relatives personal and social adjustment. Aust N ZJ Psychiatry 1987; 21:580-590.
15. Gülseren L. Şizofreni ve aile, güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13(2):143-151.
16. Yıldız M. Şizofrenide psikososyal tedaviler. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci, 1(12):67-73.
17. Schulze B, Angermeyer C. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals.Soc Sci Med 2003; 56: 299-312.
18. Kluge R.C, Kissling W. Psikoeğitim: Şizofrenide psikoeğitim: Bu alandaki yeni gelişme ve yaklaşımlar. Current Opinion in Psychiatry Türkçe Baskı 2008; Cilt 4, Sayı 3.
19. Cohan AN, Glynn SM, Mumay Swark AB, Barrio C, Fischer EP et all. The family faum:directions fort he implementation of family psycho education for severe mental illness. Psychiatr Serv 2008;59(1):40-48
20. Erol A, Ünal Keleş E, Aydın Tunç E, Mete L. Şizofrenide sosyal işlevselliği yordayan etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi 2009;20(4):313-321.

21. Mc Farlane WR, Dixan L, Lukans E, Lucksted A. Family psychoeducation and schizophrenia:a review of the literature. *J Marital Fam Ther* 2003; 29(2):223-245
22. Shibre T, Negash A, Kullgren G, et all. Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36: 299-303
23. Alptekin K, Kıvrıcık Akdede BB, Kitiş A ve ark. Şizofreni ve yaşlanma: şizofrenide klinik belirtilerin ve bilişsel işlevlerin yaşla ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15(2):91- 97
24. Kıvrıcık Akdede BB ve ark.Gençlerde şizofreniyi damgalama düzeyi. *Yeni Symposium* 2004; 42(3):113-117
25. Beebe LH. Problems in community living identified by people with schizophrenia. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2002; 40(2):38-45
26. Fortney JC, Pyne JM, Edlund MJ et all. A randomized trial of telemedicine-based collaborative care for depression. *Journal of General Internal Medicine* 2007; 22(8) : 1086-1093.
27. Beebe LH, Tian L.TIPS: Telephone intervention--problem solving for persons with schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs* 2004; 25(3):317-29
28. Gibbons JS, Horn SH, Powell JM et all. Schizophrenic patients and their families. A survey in a psychiatric service based on a DGH unit. *Br J Psychiatry* 1984, 144: 70-77.
29. Willick MS. Schizophrenia: A parent's perspective mourning without end. *Schizophrenia: From Mind to Molecule*. Andreasen NC (ed) Washington, DC, American Psychiatric Press Inc 1994, s. 5- 19.
30. Provencher HL, Mueser KT. Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophr Res* 1997; 25;26(1):71-80
31. Budd RJ, Oles G, Hughes IC et all. The relationship between coping style and burden in the carers of relatives with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98:304-309

32. Demirel Ü, Biber B, Alptekin K ve ark. Kronik psikiyatrik hastaların sosyal yaşama adaptasyonu ve ailelerine yönelik pilot çalışma, 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Tam Metin Kitabı, ss 93- 98 1997, Antalya
33. Pereira MG, De Almeida JM. The repercussions of mental disease in the family. A study of the family members of psychotic patients. *Acta Med Port* 1999; 12:161-168
34. Tel H, Terrakye G. Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoeğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1:133-142
35. Magliano L, Fadden G, Fiorillo A et all. Family burden and coping strategies in schizophrenia: Are key relatives really different to other relatives?. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99:10-15.
36. Kuşçu MK. Şizofrenik Bozukluk Tanısı Alan Hastaların Ailelerinde Duygu İfadesi Düzeylerinin Tedavi Uyumuna Etkileri, Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul 1998.
37. Sağduyu A, Aker T, Özmen E ve ark. Şizofrenisi olan hastaların yakınlarının şizofreniye yönelik tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14(3):203- 212.
38. Saunders J. Walking a mile in their shoes symbolic interactionism for families living with severe mental illness. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1997; 35: 8-13.
39. Ebrinç S ve ark. Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışavurumunun incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001;2(1):5-14.
40. Kluger MP, Karnas A. Strategies for reducing missed initial appointments in a community mental health centre. *Community Mental Health Journal* 1983; 19(2):137-143
41. Veligan DT, Mueller JA, Dicocco MS et all. Use of environmental supports among with schizophrenia. *Psychiatric Services* 2006; 57(2): 219-224
42. Koç A, Kronik Psikoz Hastalarında Tedavi Uyumunun ve Tedavi Uyumu İle İlişkili Etkenlerin Değerlendirilmesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara 2006
43. Lanzara D, Cosentino U, Lo Maglio AM et all. Problems of patients with schizophrenic disorders and of their families. *Soc Epidemiol Psychiatr* 1999; 8:117-130.

44. Karancı N. Caregivers of Turkish schizophrenic patients: casual attributions, burdens, and attitudes to help from the health professionals. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1995; 30:261-268.
45. Tuna A. Akıl hastalarının sosyal red durumunun hasta ailesi üzerindeki etkilerinin araştırılması. *Düşünen Adam* 1999; 12(3):50- 61.
46. Dixon L. Pilot study of the effectiveness of the family education program. *Psychiatry Serv* 2001; 52(7):965-967
47. Drapalski A, Leith J, Dixan L. Involving families in the care of persons with schizopheria and other serious mental ilnesses: History, Evidance, and Recommendations . *Clinical Schizophrenia Related Pscychoses* 2009; 39-49
48. Barbato A, D'Avanzo B. Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials. *Acta Psychiatr Scand*, 2000;102:81-97.
49. Norman S. The use of telemedicine in psychiatry. *Journal of ps hiatric and mentaj Health Nursing* 2006; 13: 771-777.
50. Dixon L. İlk atak psikoz ve girişimci toplum tedavisi. *Journal of the schizophrenia research Society* 2010; 3(3):4.
51. Walz Pitschel G.,Aile psikoeğitim*Journal of the schizophrenia research Society* 2010; 3(3):5
52. Mueser K. Destekli iş edindirme, sosyal beceri eğitimi ve ilk atak psikoz. *Journal of The Schizophrenia Research Society*, 2010; 3(3):5
53. Deveci A, Danacı Esen A. ,Yurtsever F ve arkadaşları. Şizofrenide psikososyal beceri eğitiminin belirti örüntüsü, içgörü, yaşam kalitesi ve intihar olasılığı üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008;19(3):266-273.
54. Berksun OE. “Expressed emotion ” kavramı. *Psikiyatri Bülteni* 1992;1:104-107.
55. Spaniel F, Vohlídka P, Hrdlicka J et all .TAREPS: information technology aided relapse prevention programme in schizophrenia. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2002; 38(2):30-45.
56. Burgone RW, Acosta FX, Yamamoto J. Telephone prompting to increase attendance out a psychiatnc aut patients clinic. *American Journal of Psychiatry* 1983;140(3):345-347.

57. Çetinkaya Z, Aştı N, Uçok A. Şizofreni hastalarına ve ailelerine bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı uygulaması ve izlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007;8: 91-99.
58. Çobanoğlu ÜZ, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofrenide ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye ve uyum sorunları. Düşünen Adam 2003; 16(4):211-218.
59. Yazıcı A, Saatçioğlu Ö, Coşkun S. Bakırköy Kronik Ruhsal Hasta Rehabilitasyon Formu'nun yapılandırılması. Noropsikiyatri Arşivi 2010;47:183-95.
60. Doğan O. Psikiyatrik rehabilitasyonun toplum içinde uygulama örneği. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008;9(ek sayı. 1):33-37.
61. Kavanagh DJ.Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. Br J Psychiatry 1992;160:601-620
62. Hayler, SE, Gangue DP. A review of the cost of telepsychiatry. Psychiatric Services 2003; 54:976-980
63. Nelson EL, Zaylor C, Cook D. A Comparison of psychiatrist evaluation and patient symptom report in a jail telepsychiatry clinic. Telemedicine Journal and E – Health, 2010(supply.2), 54- 59.
64. Kertchok R, Yunibhand J, Chaipayat W. Creating a new whole : Helping families of people with schizophrenia. Int J Ment Health Nurs. 2011;20(1):38-46.
65. Pounds KG. Client- nurse interaction with individuals with schizophrenia:a descriptive pilot study. Issues Ment Health Nurs 2010; 31(12): 770-4.
66. Khalifa N, Saleem Y, Stankard P. The use of telepsychiatry within forensic practice : A literature review on the use of videolink. The Journal of Forensic Psychiatric & Psychology 2008; 191: 2-13.
67. Holmes H, Ziembe J, Evans T. et all. Nursing model of psychoeducation for the seriously mentally ill patient. Issues in Mental Health Nursing 1997;15(1).85-104.
68. Baucom DH, Shoham V, Mueser KT. et all Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. J Consult Clin Psychol 1998; 66(1): 53-88
69. Pitschol-Walz G, Louch S., Bauml J. et all. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: A meta analysis. Schizophr Bull 2001; 21(1):73-92
70. http://www.turkmia.org/file/521teletip_gulkesen.ppt. 22.07.2011

71. Craig J, Patterson V. Introduction to the practice of telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare* 2005; 11: 3-11.
72. Reilly OR. Is Telepsychiatry Equivalent to Face-to-Face Psychiatry? Results From a Randomized Controlled Equivalence Trial, www.ps.psychiatryonline.org .June 2007.
73. Rowe N, Gibson S, Morley S, Krupinski EA. Ten-year experience of a private nonprofit telepsychiatry service, *Telemedicine Journal and E-Health* 2008; 14 (10): 1078-1086.
74. Dixon L, Adams C, Lucksted A et all. Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000; 26:5-20
75. Evert H, Harvey C, Traver, Herman H, Rose LE. Families of psychiatric patients: a critical review and future research for the relationship between social networks and occupational and self-care functioning in people with psychosis. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2003; 38(4): 180-188
76. Hazel NA, Mc Donnell MG, Short RA, Berry CM, Voss WD et all. Impact of multiple-family groups for outpatients with schizophrenia on caregivers' distress and resources. *Psychiatr Serv* 2004; 55(1):34-41
77. Hirst M. Carer distress: A prospective, population based study. *Soc Sci Med* 2005; 61:697-708
78. Ohaeri SU. The burden of caregiving in families with a mental illness: A review of 2002. *Curr Opin Psychiatry* 2003;16:457-465
79. Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C, et all. Family burden in long term illnesses: A comparative study in schizophrenia. *Physical Disorders Soc Sci Med* 2005;61:313-322
80. O'Rourke N, Tuokko HA. Caregiver burden and depressive symptomatology: The association between constructs overtime. *Clin Geriatr* 2004;27:41-52
81. Chien WT, Narman I, Thompson DR. A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. *Int. J Nurs Stud* 2004;41:637-649
82. Erakay Y. Şizofreni Tanılı Hastalarda Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) Türkçe Formunun Geçerlilik Ve Güvenirliliğinin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir 2001:44

83. Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C ve ark. Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. Düşünen Adam 1991; 4:20-24
84. Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C. ve ark. Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. Düşünen Adam 1991; 4:16-19.
85. Berksun OE. Şizofrenide Aile Faktörü: Expressed Emotion (EE): Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Denemesi, Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 1992
86. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. Psikoloji Dergisi 1989; 7:3-13
87. Özlü A. Şizofreni hastalarına bakım verenlerde yük ve travma sonrası gelişim ile ilgili özellikler, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri AD Ruhsal Travma, Kocaeli 2007.
88. Marriner, A. Nursing Theorists and Their Work, The C.V. Mosby Company, St.Louis, Toronto, Princeton, 1986.
89. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar, Alaş Ofset, 1999 İstanbul.
90. Thornicroft G, Tansella M, Becker T et all. The personel impact of schizopheria in Europe Schizophr Res 2004;69:125-132
91. Jungbaur J, Wittmund B, Dietrich S. The disregard of caregivers: subjective burden in spouses of schizopheria patients. Schizophr Bull 2004;30:665-675
92. Adelsky MB, Bowie CR, Goldberg TE et all. Adaptive competence impairment and cognitive deficits in nursing homes. Am J Geriatr Psychiatry, 2011 ; 19(8):752-6
93. Chiang YL, Klainin-Yobas P et all. The impact of antipsychotic side effects on attitudes towards medication in people with schizophrenia and related disorders. J Clin Nurs 2011; 20(15-16):2172-82
94. Mcfarlane WR, Dushay RA, Stastrip D. A comparison of two levels of family-aided assertive community treatment. Psychiatr Serv 1996; 47(7): 744-750
95. Montero I, Asercio A, Hernandez I. et all. Two strategies for intervention in schizophrenia. Schizophr Bull 2001; 27(4):661-670
96. Resnick SG, Rosenheck RA, Lehman AF. An exploratory analysis of correlates of recovery. Psychiatry Serv 2004; 55(5):540-547

97. Dülgerler Ş. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psikoeğitimin Etkinliğinin değerlendirilmesi, Doktora tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2004: 70, 76
98. Melton MC, Smoyak SA. Telephone therapy: Call for help. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services 1992;30(40): 29-32
99. Mermelstein HT, Holland JC. Psychotherapy by telephone: A therapeutic tool for cancer patients. Psychosomatics 1991;32(4): 407-412
100. Yıldırım A. Psikoeğitimsel Yaklaşımın ve İzleme Çalışmalarının Şizofreni Tanılı Hasta ve Ailelerinin Sosyal İşlevlerine Etkisi, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007:54, 65
101. Doğan S, Doğan O, Tel H ve arkadaşları. Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Ayaktan hastalar. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002;3:69-74
102. Yıldız M. ve ark. Şizofreninin ruhsal- toplumsal tedavisinde sosyal beceri eğitimi. Türk Psikiyatri Dergisi 2002;13(1):41-47.

EKLER

EK-1

HASTA TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

1. Cinsiyet

a) Erkek b) Kadın

2. Yaş

a) 16-25 b) 26-35 c) 36-45 d) 46-55 e) 55 üstü

3. Medeni durum

a) Evli Eşi ölmüş b) Boşanmış c) Hiç evlenmemiş

4. Çalışma durumu

a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

5. Mesleği.....

6. Eğitim

a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Y. Okul-Üniversite

7. Hastaneye yatış sayısı:

8. Ortalama yattığı gün sayısı:

9. Hastaneye son yatış tarihi :

10. Kaç yıldır ilaç kullandığı süre:

11. Örneklemede ruhsal tedavi görme:

a) Evet b) Hayır

12. Hastanın bulunduğu örneklem grubu

a) Deney b) Kontrol

EK-2**SOSYAL İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ (SİÖ)****Adı Soyadı:****Tarih:****İSİM:.....**

Bu ölçek hastalanmanızdan bu yana ne durumda olduğunuzu anlamamıza yardımcı olacaktır. Ölçeğin doldurulması yaklaşık 20 dakika sürer. (Doldurmaya başlamadan önce lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız.)

1. Nerede yaşıyorsunuz?

Cevap:.....

2. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

Cevap:.....

	Ç	KAİ	ÖSE	BZD	B-y	B-p	İ/M
Ham Puan							
Dönüştürülmüş Puan							

SOSYAL UĞRAŞI/SOSYAL ÇEKİLME

1. Her gün kaçta kalkıyorsunuz?

Hafta içi ortalama.....

Hafta sonu ortalama.....

(eğer farklıysa)

2. Günün kaç saatini yalnız geçiriyorsunuz?

Örn. Odada tek başına, tek başına dolaşarak, radyo dinleyerek ya da televizyon izleyerek vb.

Lütfen kutulardan birini işaretleyin:

Tek başına geçirdiğiniz saatler ()

Tek başına geçirdiğiniz saatler ()

0-3 Tek başına geçirdiği süre çok az ()

3-6 Zamanın bir kısmı ()

6-9 Zamanın önemli bir kısmı ()

9-12 Zamanın büyük bir kısmı ()

12 Hemen hemen zamanın hepsi ()

3. Evde ne kadar sıklıkla bir sohbeti başlatıyorsunuz? Hemen hemen hiç / Nadiren / Bazen / Sık sık

() () () ()

4. Evden ne sıklıkta çıkıyorsunuz? Hemen hemen hiç / Nadiren / Bazen / Sık sık

() () () ()

5. Yabancıların varlığına nasıl tepki gösterirsiniz?

Onlardan kaçınma ()

Huzursuz olma ()

Onları kabul etme ()

Onlardan hoşlanma ()

KİŞİLERARASI İŞLEVSELLİK

1. Şu anda kaç arkadaşınız var? (düzenli olarak görüştüğü, birlikte etkinliklerde bulunduğu vb.)

.....

2. Karşı cinsten bir arkadaşınız var mı? (eğer evli değilseniz)

Evet () Hayır ()

3. Anlamli veya mantıklı konuşmayı ne sıklıkta başarıyorsunuz?

Hemen hemen hiç ()

Nadiren ()

Bazen ()

Sık sık ()

4. Şu sıralar insanlarla konuşmak size ne kadar zor ya da ne kadar kolay geliyor?

Çok kolay ()

Oldukça kolay ()

Orta ()

Oldukça zor ()

Çok zor ()

BOŞ ZAMANLARI DEĞERLENDİRME

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Müzik aleti çalma				
Dikiş- nakış, örgü				
Bahçe işleri				
Okuma				
Televizyon izleme				
Teyp ya da radyo dinleme				
Yemek pişirme				
Kendi başına yapılan etkinlikler (resim, maket yapma)				
Tamir işleri (araba, bisiklet, ev)				
Yürüyüş, dolaşma				
Araba kullanma / bisiklete binme (hobi olarak)				
Yüzme				
Hobi (örn. koleksiyon yapma)				
Alışveriş yapma				
Sanatsal etkinlikler (el sanatları, resim yapma)				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ – YETKİNLİK

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz

	Yeterli	Yardım gerekir	Yapamam	Bilmiyorum
Toplu ulaşım				
Parayı doğru biçimde değerlendirme				
Paranın hesabını yapma				
Kendiniz için yemek pişirme				
Haftalık alışveriş				
İş arama				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
Kişisel temizlik				
Yıkanma, düzenli olma vb.				
Dükkanlardan alışveriş yapma				
Evden tek başına çıkma				
Kendiniz için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ – PERFORMANS

Lütfen son üç ay içinde aşağıdakilerden her birini ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için işaretleyiniz

	Yeterli	Yardım gerekir	Yapamam	Bilmiyorum
Alışveriş yapma (yardımsız)				
Bulaşık yıkama, yerleştirme vb.				
Düzenli olarak yıkanma, banyo yapma				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
İş arama (eğer işsizseniz)				
Gıda alışverişi yapma				
Yemek hazırlama ve pişirme				
Evden tek başına ayrılma				
Otobüs, tren vb. binme				
Kendiniz için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				
Para harcama				
Paranın hesabını yapma				
Kendiniz için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

İŞ / MESLEK

Düzenli bir işiniz var mı? (Rehabilitasyon ya da yeniden eğitim kursları dahil)

Evet ()

Hayır ()

1. EĞER YANITINIZ EVETSE:

Ne tür bir iş?.....

Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?.....

Ne zamandır bu işte çalışıyorsunuz?.....

2. EĞER YANITINIZ HAYIRSA:

En son ne zaman bir işte çalıştınız?

Ne tür bir işti?.....

Haftada kaç saat çalışırdınız?.....

- Özürlü olduğunuza ilişkin bir belge verildi mi? Evet () Hayır ()

- Ayaktan tedavi için hastaneye gidiyor musunuz? Evet () Hayır ()

- Herhangi bir işte çalışabileceğinizi düşünüyor musunuz?

Kesinlikle evet ()

Zorlanırım ()

Kesinlikle hayır ()

- Ne sıklıkta yeni iş bulma girişiminde bulunuyorsunuz? (örneğin; İş ve İşçi Bulma Kurumu'na başvurma, gazette ilanlarına bakma)

Hemen hemen hiç ()

Nadiren ()

Bazen ()

Sık sık ()

EK-3**TIBBİ TEDAVİYE UYUM ORANI ÖLÇEĞİ (MARS)**

Lütfen aşağıdaki soruları geçen hafta içindeki ilaç kullanım davranışınızı en iyi tanımlayacak şekilde cevaplandırınız?

Sorular	Evet	Hayır
1. Hiç ilaçlarınızı almayı unutunuz mu?		
2. İlaçlarınızı almak konusunda dikkatsiz misiniz?		
3. Kendinizi iyi hissettiğinizde bazen ilaç almayı bıraktığınız oluyor mu?		
4. Kendinizi daha kötü hissettiğinizde bazen ilaç almayı bıraktığınız oluyor mu?		
5. İlaçları sadece hasta olduğumda alıyorum		
6. Vücudumun ve aklımın ilaç kullanımı ile kontrol edilmesi doğal değil		
7. İlaçlarımı aldığımda düşüncelerim daha net oluyor		
8. İlaç kullanmaya devam ederek hastalanmaktan korunabilirim		
9. İlaçları aldığımda kendimi yaşayan bir ölü gibi garip hissediyorum		
10. İlaç almak beni yorgun ve tembel yapıyor		

EK-4

BAKIM VERİCİ TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

1.Cinsiyet

a)Erkek b)Kadın

2.Yaşı.....

a)16-25 b)26-35 c) 36-45 d) 46-55 e)55 üstü

3.Medeni durumu

a) Evli Eşi ölmüş b) Boşanmış c) Hiç evlenmemiş

4. Mesleğiniz

5. Çalışma durumu

a) Çalışan b) Ev kadını c) İşsiz d) Emekli e) Öğrenci

6. Eğitim

a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Y. Okul-Üniversite

7. Ailenizin ekonomik durumunu nasıl olduğunu düşünüyorsunuz?

a) Çok iyi b) İyi c) Orta d) Kötü e) Çok kötü

8. Yakınlık derecesi

a) Anne-baba b)Kardeş c)Çocuk d)Eş

9. Hastanın ailesinin bulunduğu örneklem grubu

a) Deney b) Kontrol

10. Hastanızla sizden başka ilgilenen var mı? Evet () Hayır ()

Evet ise kimler?

AİLEDE PSİKİYATRİK HASTALIK ÖYKÜSÜ

11. Hastalığın süresi:.....

12. Kaç kere hastane yatışı olduğu:.....

DIŞAVURAN DUYGUDURUM ÖLÇEĞİ (DDÖ)

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

1. Onun bazı şeyleri kasten yaptığını düşünüyorum ve öfkeleniyorum. (D) (Y)
2. Onun hasta olduğuna inanmıyorum. (D) (Y)
3. Onunla sohbet etmekten hoşlanıyorum. (D) (Y)
4. Benim için onun istekleri diğer aile üyelerininkinden daha önemlidir. (D) (Y)
5. Onunla ilgili her şeyi, kendine özel konuları bile öğrenmeye çalışıyorum. (D) (Y)
6. Onun varlığı beni deli ediyor. (D) (Y)
7. Düşünüp düşünüp yanıyorum ne hata yaptık diye. (D) (Y)
8. Onun bazı yönlerini beğeniyor ve takdir ediyorum. (D) (Y)
9. Ona sık sık öğüt veriyorum. (D) (Y)
10. Onunla uyuşamıyoruz. (D) (Y)
11. Bıraktım artık ne hali varsa görsün. (D) (Y)
12. Aile içinde onun her şeyiyle ben ilgileniyorum. (D) (Y)
13. Ona kırılıyor, güceniyorum. (D) (Y)
14. Onun fikirlerini sonuna kadar dinlerim. (D) (Y)
15. Onun üstüne titrerim. (D) (Y)
16. Onunlayken başka şeyle ilgilenemiyorum, ilgim hep onunla oluyor. (D) (Y)
17. O benim hayatımı yaşamama engel oluyor. (D) (Y)
18. O hasta oldu diye dünya başıma yıkılmış gibi geliyor. (D) (Y)
19. Onun yaptığı işleri beğenmiyorum. (D) (Y)
20. Onun giyim kuşamını beğenmiyorum ve bunu ona söylüyorum. (D) (Y)
21. Ondan benim beklediğim gibi davranmasını istiyorum. (D) (Y)
22. Ona en ufak bir şey olacak diye endişeleniyorum. (D) (Y)
23. Onun her şeyi ile ben ilgileniyorum. (D) (Y)
24. “Ondan ah bir kurtulsam” diye düşündüğüm oluyor. (D) (Y)
25. Huzursuz ve keyifsiz olduğunda anlıyor ve ondan uzak duruyorum. (D) (Y)
26. Kendi işlerini sıralı ve düzenli yapması için onu sık sık ikaz ediyorum. (D) (Y)
27. Hastaneye yatması beni perişan ediyor, ondan ayrılamıyorum. (D) (Y)
28. Biz birbirimize benziyoruz. (D) (Y)
29. Onun yanlışlarını düzeltmesini istiyorum. (D) (Y)
30. Onunla iyi anlaşıyoruz. (D) (Y)
31. Aklım fikrim hep onda başka hiçbir şey düşünemiyorum. (D) (Y)
32. Kendini düzeltmesi için onu sık sık eleştiriyorum. (D) (Y)
33. Ondan uzak kalmak istiyorum. (D) (Y)
34. Başıma bir sürü dert açıyor. (D) (Y)
35. O olmasa bütün işler yoluna girecek. (D) (Y)
36. Bir zorlukla karşılaşsam başa çıkabiliyorum. (D) (Y)
37. Onun her şeyi ile ilgilenmek bana zevk veriyor. (D) (Y)
38. Öfkelendiğinde ondan uzak durmam, onu yatıştırmaya çalışırım. (D) (Y)
39. Huzursuz ve keyifsiz olduğunda onunla sohbet etmeye çalışırım. (D) (Y)
40. Onun hastalığını abarttığını düşünüyorum. (D) (Y)
41. Onun morali bozuk olduğunda genellikle ben destek oluyorum. (D) (Y)

EK-6

BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE)

Yönerge: Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun ifadeyi işaretleyiniz.

1. a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
b) Kendimi üzgün hissediyorum.
c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. a) Gelecekte umutsuz değilim.
b) Gelecek konusunda umutsuzum.
c) Gelecekte beklediğim bir şey yok.
d) Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3. a) Kendimi başarısız görmüyorum.
b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
d) Kendimi bir insan olarak tamamıyla başarısız görüyorum.
4. a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum
b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
d) Beni doyuran hiçbir şey yok, her şey çok sıkıcı.
5. a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.
b) Bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular yaşıyorum.
c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
7. a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
d) Kendimden nefret ediyorum.
8. a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda hissediyorum.
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, ama böyle bir şeyi yapamam.
c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
d) Eğer, bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
10. a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
b) Eskisine göre şu sıralarda daha çok ağlıyorum.
c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.

11. a) Eskisine göre daha sinirli ve tedirgin sayılmam.
b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
d) Şu sıralarda her an için tedirgin ve sinirliyim.
12. a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybettim.
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. a) Eskisi kadar kolay ve rahat karar verebiliyorum.
b) Eskisine kıyasla, şu sıralarda karar vermeyi daha çok erteliyorum.
c) Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum.
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
d) Hiç çalışmıyorum.
16. a) Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum.
b) Şu sıralarda eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
c) Eskisine göre 1 veya 2 saat daha erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
c) Şu sıralarda neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
d) Artık hiç bir şey yapamayacak kadar yorgunum.
18. a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
d) Artık hiç iştahım yok.
19. a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilo kadar kaybettim.
c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
20. a) Sağlığım beni çok fazla endişelendirmiyor.
b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntıları var.
c) Ağrı, sızı gibi sıkıntıları beni çok endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek bana zor geliyor.
d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka bir şey düşünemiyorum.
21. a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkati çeken bir şey yok.
b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgiliyim.
c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

ZARİT AİLE YÜK ÖLÇEĞİ

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 yada doğru cevap bulunmamaktadır.

	Asla	Nadiren	Ara sıra	Oldukça sık	Nerdeyse her zaman
1- Yakınınızın ihtiyacı olandan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5
2- Yakınınızla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
3- Yakınıza bakma ve aileniz yada işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
4- Yakınınızın davranışlarından utanır mısınız?	1	2	3	4	5
5- Yakınınızla birlikteyken kırgınlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
6- Yakınınızın şu anda ailenin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
7- Yakınınızın geleceği ile ilgili korkuyor musunuz?	1	2	3	4	5
8- Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
9- Yakınınızla birlikteyken kısıtlanmış hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
10- Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
11- Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
12- Yakınınıza bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
13- Yakınınız nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?	1	2	3	4	5
14- Yakınınızın sanki sırtını dayayabileceği tek kişi siz misiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
15- Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınıza bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
16- Yakınıza artık daha fazla bakamayacağınızı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
17- Yakınınız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
18- Yakınınızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?	1	2	3	4	5
19- Yakınızla ilgili ne yapacağınız konusunda kararsızlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
20- Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5
21- Yakınınızın bakımı ile ilgili daha iyisini yapabıldım diye düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
22- Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınızın bakımı ile ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?	1	2	3	4	5

HASTA İÇİN TELEFON MÜDAHALESİNİN PROTOKOLU VE GEREKÇESİ

Telefon görüşmeleri araştırmacı tarafından bu araştırma için satın alınmış olan mobil telefon numarasından yapılacaktır. Her hasta programda belirtildiği gün ve saatte aranacaktır. Telefon görüşmesi hasta ile her hafta başı yapılacaktır. Telefon görüşmeleri ortalama 15 dakika sürecektir. Her telefon görüşmesi araştırmacının kendini tanıtmayı ile başlayacak ve görüşme, araştırmacının araştırmadaki rolünü tekrarlaması ile devam edecektir. Takip eden sorular ve yanıtlar araştırmacı tarafından yazılı rapor olarak kayıt edilecektir.

SORULAR

1. Bugün nasılsınız? (Gerekçesi: Açılış -kapanış soruları, bu madde Hasta Merkezli Bakım Teorileri (88-89).
2. Bu hafta iş ya da evdeki görevlerinizi yerine getirmede her hangi bir sorun oldu mu? Nasıl gitti? (Gerekçesi: Bakım sonrası psikiyatrik popülasyonda iş ya da görevlerindeki başarısızlık yaşama durumu hastanın hastaneye tekrar yatışını etkileyen /öngörmeyi gerektiren bir durumdur).
3. Sizin için verilen ilaçlar neydi? Bu ilaçlarınızı ne zaman almanız gerekiyor? İlaçlarınızı alıyor musunuz? Bu hafta ilaçlarınızı almakta herhangi bir problem ile karşılaştınız mı? (Gerekçesi: İlaç uyumsuzluğu psikiyatrik popülasyonda hastaneye yeniden yatış ile ilgili önemli bir faktördür. Hastaya ilaçlarını alması gerektiği söylenir).
4. Hastaneden taburculuğundan itibaren hastalığının spesifik semptomlarının dikkatli soruşturulması (halüsinasyon, sanrı, uykusuzluk, iritabilite vb olasılıklı belirtiler).
5. Sizin bu hafta sormak istediğiniz sorularınız var mı? (Gerekçesi: Açılış -kapanış soruları, hastanın bilgilendirilme isteğinin gerçekleştirilmesi anksiyetesinin düşürülmesinde önemlidir. Bu madde Hasta Merkezli Bakım Teorileri (88-89).
6. Siz bu hafta herhangi bir şey için endişeli misiniz? (Gerekçesi: Açılış -kapanış sorularının hastanın endişelerini tanımlamasına izin verici olması oldukça önemlidir; Hasta Merkezli Bakım Teorileri (88-89).
7. Sizin bana bugün söylemek istediğiniz ya da gereksinim duyduğunuz başka herhangi bir şey var mı? (Bu madde Hasta Merkezli Bakım Teorileri (88-89).
8. Bana zaman ayırdığınız için teşekkür ederim. Ben sizi tekrar gün..... saate arayacağım (Gerekçe: Bir terapötik kontrat bir ilişkinin kılavuzu olarak görev yapar. Bu madde Kişilerarası İlişkiler Teorileri (Peplau, 1952) tarafından desteklenmektedir).

EK-9

BAKIM VERİCİ İÇİN TELEFON MÜDAHALESİNİN PROTOKOLU VE GEREKÇESİ

Telefon görüşmeleri araştırmacı tarafından bu araştırma için satın alınmış olan mobil telefon numarasından yapılacaktır. Her hastanın bakım vericisi programda belirtildiği gün ve saatte aranacaktır. Telefon görüşmesi bakım verici ile her haftanın son günü yapılacaktır. Telefon görüşmeleri ortalama 15 dakika sürecektir. Her telefon görüşmesi araştırmacının kendini tanıtmayı ile başlayacak ve görüşme, araştırmacının araştırmadaki rolünü tekrarlaması ile devam edecektir. Takip eden sorular ve yanıtlar araştırmacı tarafından yazılı rapor olarak kayıt edilecektir.

SORULAR

1. Hastanız bugün nasıl? (Gerekçesi: Açılış -kapanış soruları, bu madde Hasta Merkezli Bakım Teorileri (88-89) tarafından desteklenmektedir.
2. Hastanız bu hafta iş ya da evdeki görevlerini yerine getirmede her hangi bir sorun yaşadı mı? Nasıl gitti? (Gerekçesi: Bakım sonrası psikiyatrik popülasyonda iş ya da görevlerindeki başarısızlık yaşama durumu hastanın hastaneye tekrar yatışını etkileyen /öngörmeyi gerektiren bir durumdur).
3. Hastanız için verilen ilaçlar neydi? Hastanızın ilaçlarını ne zaman alması gerekiyor? İlaçlarını alıyor mu? Bu hafta ilaçlarını almakta herhangi bir problem ile karşılaştı mı? (Gerekçesi: İlaç uyumsuzluğu psikiyatrik popülasyonda hastaneye yeniden yatış ile ilgili önemli bir faktördür. Bakım vericiye, hastaya ilaçlarını vermesi gerektiği söylenir).
4. Bakım vericiye hastanın hastaneden taburculuğundan itibaren hastalığının spesifik semptomları konusunda dikkatli olması gerektiği ifade edilir ve bu semptomlar soruşturulur (halüsinasyon, sanrı, uykusuzluk, irritabilite vb olasılıklı belirtiler).
5. Sizin bu hafta sormak istediğiniz sorularınız var mı?(Gerekçesi: Açılış -kapanış soruları, hastanın bilgilendirilme isteğinin gerçekleştirilmesi anksiyetesinin düşürülmesinde önemlidir. Bu madde Hasta Merkezli Bakım Teorileri (88-89) tarafından desteklenmektedir.
6. Hastanız bu hafta herhangi bir şey için endişeli mi? (Gerekçesi: Açılış -kapanış sorularının bakım vericinin hastanın endişelerini tanımlamasına izin verici olması oldukça önemlidir; Hasta Merkezli Bakım Teorileri (88-89) tarafından desteklenmektedir
7. Sizin bana bugün söylemek istediğiniz ya da gereksinim duyduğunuz başka herhangi bir şey var mı? (Bu madde Hasta Merkezli Bakım Teorileri (88-89).) tarafından desteklenmektedir.
8. Bana zaman ayırdığınız için teşekkür ederim. Ben sizi tekrar gün..... saate arayacağım. (Gerekçe: Bir terapotik kontrat bir ilişkinin kılavuzu olarak görev yapar. Bu madde Kişilerarası İlişkiler Teorileri (89).tarafından desteklenmektedir.

EK-10

**ŞİZOFRENİ/ PSİKOZ HASTALARINA
YÖNELİK EL KİTABI**



**Hazırlayan
Öğr. Gör. Birgül Özkan
Erciyes Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD**

ÖNSÖZ

Şizofreni günümüzde yaygınlığı oldukça yüksek olan ruhsal bir hastalıktır. Bu hastalığa sahip olan birey ve aileleri bu hastalıkla baş etmede desteğe gereksinim duymaktadırlar. Hastaların tedavi kurumlarınca yapılan tedavilerinin yanı sıra, hastaların ve ailelerinin hastalığa ve tedavilerine bakış açısı ve bu konudaki bilgileri de hastalıkla başetmede oldukça önemlidir. Bu el kitabı hasta ve ailelerine bu gereksinim hissettikleri desteği sağlayabilmek ve hastalık hakkında bilgilendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Bu kitabın içeriğinde şizofreni, şizofreni belirtileri, nedenleri ve bu hastalıkla baş etme becerilerine yönelik bilgiler yer almaktadır.

Bu kitabın hazırlanmasında emeği geçen Yrd. Doç. Dr. Saliha Demirel Özsoy'a, Prof. Dr. Mustafa Yıldız'a, Prof. Dr. Selma Doğan'a, Prof. Dr. Ümit Seviğ'e ve Yrd. Doç. Dr. Emine Erdem'e teşekkür ederim. Ayrıca bu kitabın hazırlığı için yoğun çalışmalarım sırasında sabır ve hoşgörleriyle beni destekleyen eşim ve aileme de teşekkür ederim.

10 Temmuz 2010

Birgül Özkan

ŞİZOFRENİ HASTALARINA YÖNELİK EL KİTABI

İÇİNDEKİLER

Psikoz/ Şizofreni nedir?

Şizofreninin nedenleri nedir?

Şizofreni ne zaman başlar ve nasıl oluşur?

Şizofreninin belirtileri nedir?

Şizofrenili insanlar saldırganlar mı?

Tanı

Şizofreni nasıl tedavi edilir?

Antipsikotik ilaç tedavisi

Psikososyal tedaviler

Dikkat edilmesi gereken bazı hususlar

Kaynaklar

ŞİZOFRENİ/ PSİKOZ NEDİR?



Psikoz gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu durumu anlatan bir kavramdır. Kişinin gerçeğe bağının kopması, dış dünyayı ve kendisini daha önceden değerlendirdiği normal boyutlarından farklı bir şekilde algılaması ve değerlendirmesi söz konusudur. Sonuçta başkalarına garip gelen düşünce ve davranışlar ortaya çıkabilir. Mesela kişinin başkaları duymadığı halde kendisine seslenen sesler duyması, başkaları inanmadığı ya da bir kanıt olmadığı halde kendisini birilerinin izlediğini düşünmesi gibi algı ve düşünce yanılgıları olur.

Bu psikotik durum gerçek dünyaya uymayan bir yaşantıdır. Aynen rüya gibi. Rüya da çok anlamsız yaşantılar olur. Psikoz rüyayı uyanırken yaşamak gibi bir şeydir.

Şizofreni psikotik bir bozukluktur. Psikotik yaşantılarla gider. İnsanı kişilerarası ilişkilerden ve gerçek dünyadan koparıp kendi iç dünyasına döndüren, dış dünyayla bağlantılarda zayıflama doğuran bir hastalıktır. Düşünce ve algı yanılgılarının yanında duyguların ifadesinde bozulma, engellenemeyen bazı garip ve anlamsız hareketler, dikkat ve yoğunlaşma bozuklukları da görülebilir.

Şizofreni toplumda % 1 oranında görülür genellikle 15- 25 yaşlarında başlar.

Günümüzde kullanılan ilaçlar, belirtileri büyük oranda kontrol altına alabilmekte, ancak bazı semptomlar çoğu hastada yaşam boyu sürebilmektedir.

Yaşadığınız ruhsal hastalık sürekliliği olan bir hastalıktır.

Temelde hastalığınız tam olarak iyileşmeyip ve bazı durumlarda kendiliğinden ya da bir stres arkasından tekrarlayabilir. Bu açıdan hastalığınızı bedensel hastalıklardan şeker hastalığına ya da astım hastalığına benzetebiliriz. Örneğin kişi bir kez şeker hastalığına yakalandığında bu hastalığı belli derecelerde ömür boyu taşıyacaktır.

Aynen şizofreni gibi şeker hastalığı olan bir kişinin de hastalık belirtileri tedavi ile ortadan kalkar ve kişi düzelebilir. Bazen de belirtiler şiddetlenir ve kişi tekrar hastalanır. Belirtiler bir yatışma döneminde sonra şiddetini artırdığı zaman depresme olur. Aynı durumlar şizofreni için de geçerlidir.

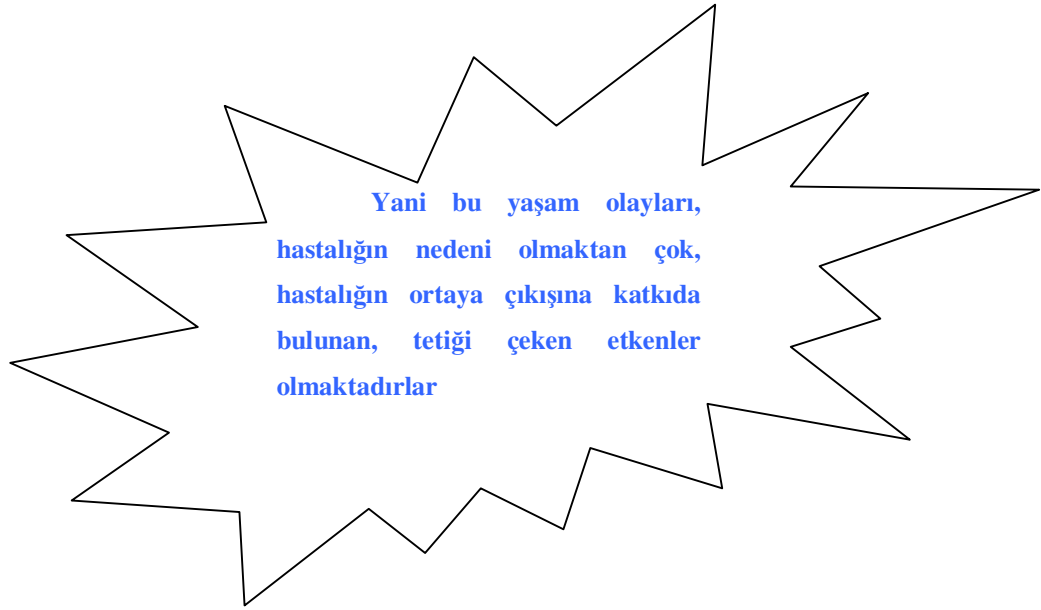
ŞİZOFRENİNİN NEDENLERİ NEDİR?

Şizofreninin nedenleri hakkında çok şey araştırılmıştır. Bu hastalıkta beynin bazı bölgelerinde sinir hücrelerinin işleyişlerinde sorunlar olduğu bilinmektedir. Sinir hücreleri arasında iletişimi sağlayan

dopamin ve serotonin gibi aracı maddelerin miktarında ve etki düzeneklerinde bozukluklar oluşmaktadır. Yani bir çeşit kimyasal dengesizlikten söz edilebilir. Tedavide kullanılan ilaçlar da bu dengesizliği düzeltmektedir.

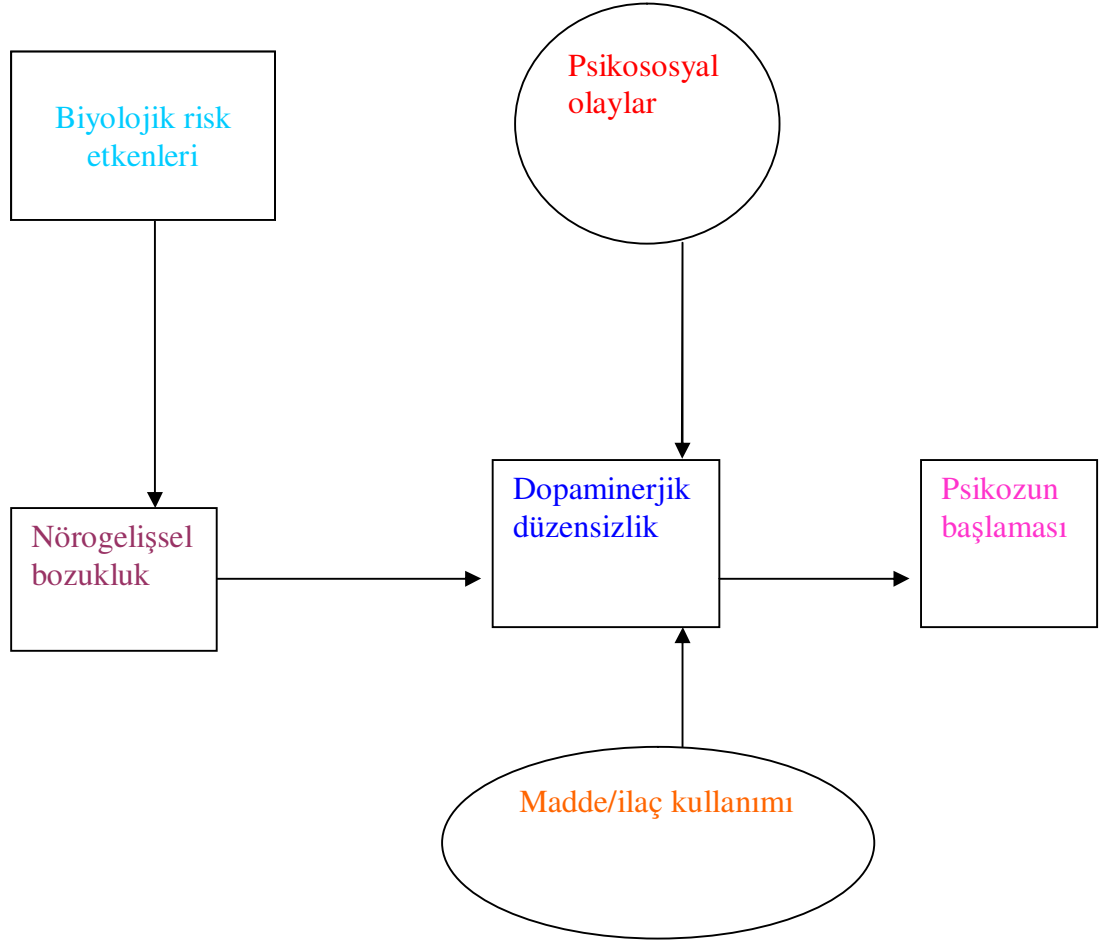
Şizofreni şeytan ya da cin çarpması değildir. Tamamen bir beyin hastalığıdır. Bazen hastaların kendileri ve aileleri hastalığın büyü, cin gibi doğaüstü güçlerle ilişkili olduğunu inanabilmektedir. Bu inanç doğru değildir.

Hem genetik hem de çevresel etmenler bu hastalığa yol açmaktadır. Şizofreni hastalığının genetik geçişi olduğu bilinmektedir. Ancak bir ebeveynin şizofreni hastası olmasının çocuğunda da % 100 şizofreni gelişeceği anlamına gelmez. Genel toplumda hastalanma riski %1 iken, ailede şizofreni varsa bu risk artmaktadır. Hasta kişi ile akrabalık derecesi ne kadar yakınsa ve ailede psikoz hastası sayısı ne kadar fazla ise şizofreni riski o kadar artmaktadır. Bu nedenle şizofreni hastalarının evlenmesi veya çocuk sahibi olması söz konusu olduğunda çok dikkatli olunmalıdır. Evleneceği kişinin bu hastalıkla ilgili bilgilendirilmesi gerekir. Ayrıca çocuklarında da bu hastalığın ortaya çıkabileceği riski unutulmamalıdır.



Pek çok çevresel faktörler bu hastalığın oluşumunda rol oynayabilir. Örneğin annenin gebelik sırasında maruz kaldığı enfeksiyonlar, yetersiz beslenme, fiziksel ve psikolojik zorlanmalar, doğum sırasında yaşanan zorluklar bu bebeğin ileride şizofreniye yakalanma riskini artırabilir.

Yakın ölümleri, felaketler, evlenme, erkeklerde askerlik, iş sorunları kişi için zorlayıcı yaşam olayları şizofreninin ortaya çıkması ya da hastalığı alevlenmesine yol açabilir. Ancak bu tür çevresel faktörler, tek başına hastalığa neden olmaktan çok, kalıtsal yatkınlık, biyolojik etkenler gibi nedenlere eklendiğinde hastalık ortaya çıkmaktadır.



Şekil:1. Şizofreni oluşumu

ŞİZOFRENİ NE ZAMAN BAŞLAR VE NASIL OLUŞUR?

Şizofreni genellikle 15-40 yaş sınırları arasında ve çoğunlukla da 18-25 yaşlarında her çeşit psikolojik zorlanma (stres) ile başlayabilir. Tipik bir başlangıç biçimi olmamakla birlikte; aniden, şiddetli bir tablo ile başlayabilir. Bazen de sinsi bir şekilde başlar. Bu yüzden belirtileri fark edilmeyen hasta uzun süre hekime getirilmeyebilir. Bu sinsi başlangıç döneminde sık görülen belirtiler; ilgi azalması, dikkat dağınıklığı, kendi bedeni ve kendi düşünceleri ile aşırı uğraşma ve zamanın akışına aldırmazlık vb. olabilir.

ŞİZOFRENİNİN BELİRTİLERİ NELERDİR?

Şizofreni hastaları dünyayı değişik algılayabilirler. Dış dünyayı, normalde çevrede var olan uyaranlar dışında; olmayan sesler, hayaller, garip korkularla karışık ve anlaşılmaz olarak algılayabilirler.

Bu ortamda hastalar sıklıkla heyecan ve korku gibi duyguları hissedebilirler. Bu duygularla genelde normal olmayan davranışlar sergileyebilirler. Şizofreninin ortaya çıkışı değişik şekillerde olabilir. Bazı hastalarda aniden ortaya çıkabileceği gibi çoğu hastada sinsi bir şekilde yavaş yavaş gelişebilir. Hastalık belirtileri şu alanlarda olabilir.

Genel Görünüm Ve Dışavuran Davranışlar

Şizofrenili hastalar; toplumsal ve kültürel kalıpların dışında, alışılmadık, bakımsız, düzensiz ve garip olarak görünebilirler. Hastaların görünümünde ilgisizlik, donukluk, çekingenlik, dış görünüşüne aldırılmazlık dikkati çekebilir.

Düşünce Alanındaki Belirtiler

Düşünce içeriği bozukluğu:

Hezeyan (Sanrı): Hezeyan bireyin yaşadığı çağ ve kültürüyle uyumlu olmayan düşüncelerdir. Hezeyan içeriği gerçekler ile uyumlu olmayıp, başkalarınca anlaşılmaz ve garip olarak görülürler. Kendini büyük görme, kuşkuculuk, aşırı alınganlık, bedensel hastalık inancı gibi hezeyanlar olabilir.

Hezeyan tipleri ve içerikleri:

- *Kötülük göreceğine inanma
- *Kıskançlık inançları
- *Günahkarlık ya da suçluluk düşünceleri
- *Büyükleme düşünceleri
- *Bedensel rahatsızlığı olduğuna veya bedeninde bir şeylerin değiştiği, anormal olduğuna inanma
- *Kontrol edildiğine inanma
- *Kafasına düşüncelerin sokulduğuna, düşüncelerinin yayınladığı ve başkalarının düşüncelerini okuyabildiğine inanma

Başkalarının doğru bulmadığı bu düşünceler, hastalar için çoğu zaman gerçek gibidir. Bu düşünceler ancak tedavi ile değişebilir. Tedavi sonucunda hastalar bunların gerçek olmadığını, hastalıktan kaynaklandığını fark ederler.

Konuşma İle İlgili Belirtiler

Sizin konuşma ve ilişki kurmanızda değişiklikler olabilir. Konuşmalarınızı diğer dinleyiciler anlamada zorluk çekebilir.

Hastalığınıza bağlı olarak konuşmalarınız amaçsız ve çevresel odaklı olup konuşmada düzensizlik, tutarsızlık, ayrıntıcılık, hızlılık ya da yavaşlık olabilir. Konuşma içeriğinde yoksullaşma, çocuksuluk görülebilir Ayrıca bu hastalıkta çok konuşma ya da hiç konuşmama da görülebilir.

Algılama

Hallüsinasyon (Varsanı): Gerçek dış uyaranla ilişkili olmayan yanlış duyuusal algılamadır. Beş duyudan herhangi biriyle ilişkili olabilir. Başkalarının duymadığı sesleri duymak, görmediği şeyleri görmek, hissetmediği kokuları hissetmek, ilginç bedensel duyular (somatik) olarak tanımlanabilir.

Şizofrenide işitsel hallüsinasyonlar daha çok görülebilmektedir. İşitme hallüsinasyonlarına yorum yapan sesler, tartışan sesler örnek olarak verilebilir. Ayrıca somatik ya da dokunsal

hallüsinasyonlar, koku hallüsinasyonları, görsel hallüsinasyonları da görülebilir. Hastalar bunların da gerçek olduğunu düşünebilirler.

Duygulanım

Bu hastalıkta, duygusal ifadenin azalması görülebilir. Bu yüzden başka insanlar sizi, olaylara duygusal tepki vermiyor, aldırma gibi görebilir.

Duygulanımda uygunsuzluk, değişken, oynak ve denetimsiz olabilir. Duygulanım düşünce içeriğiyle uyumlu olmayabilir. Basit bir soruya öfke gösterebilir ya da üzüntülü bir konuşma sırasında gülebilirsiniz.

İlgi ve Dikkat Özellikleri

Bu hastalıkta hastaların diğer insanlara ve dış gerçeklere ilgisi azalabilir. Dikkatinizde azalma, dağınıklık olabilir, bir konuya yoğunlaşmada güçlük yaşayabilirsiniz Tüm ilgi ve dikkatiniz kendinize yönelmiş olabilir.

Sosyal İlişkiler

Hastalığınıza bağlı olarak dış dünyaya karşı güvensiz ve ilgisizlik yaşayabilirsiniz. Diğer insanlara karşı soğukluk ve uzaklık hissedebileceğinizden ilişkileriniz bozulabilir. Aslında siz bir yandan yakınlaşmayı isterken, bir yandan da insanlarla yakınlaşma sizde kaygı ve korkuya da neden olabilir. İnsanlarla ilişki kurmaya karşı isteksizlik, toplumdan uzaklaşma, kendi iç dünyasında yaşama sık görülür.

Hareket ve Davranış Bozuklukları

Hastalığınıza bağlı olarak hareketlerinizde artma, kaçma isteği, anlaşılmaz hareketler, uygunsuz davranışlar olabilir.

Ayrıca yukarıda saydığımız belirtilere eşlik eden başka belirtiler de olabilir. Bunları aşağıdaki tabloda görebilirsiniz

Eşlik eden belirtiler

Depresyon	<u>Mutsuzluk, hüzn, çökkünlük, karamsarlık, intihar düşünceleri.</u>
Bunaltı	<u>Korku, sinirlilik, aşırı endişe hali.</u>
Kızgınlık, düşmanlık	<u>Çabuk öfkelenme, saldırgan davranışlar.</u>
Madde bağımlılığı	<u>Alkol, sigara, esrar ve bazı ilaçların bağımlılığı</u>

ŞİZOFRENİLİ İNSANLAR SALDIRGANLAR MI?

Şizofrenili insanlar genellikle saldırgan değildir. Aslında şiddete bağlı meydana gelen suçların büyük bir kısmının şizofrenili bireylerle ilgisi yoktur.

Şizofrenili hastalarda bazı nedenlerden dolayı sözel ya da fiziksel saldırganlık görülebilir. Bu nedenler arasında dürtü kontrol yetersizliği, öfke, hezeyan ve hallüsinasyonlara bağlı olarak gelişen davranışlar sayılabilir.

Aklınıza herhangi bir şekilde başkalarına veya kendinize zarar verme düşünceleri geldiğinde acilen doktora başvurunuz veya ailenizden size bu konuda yardımcı olmasını isteyiniz.

TANI

Şizofrenide tanı tamamen klinik belirtiler ile konmaktadır. Doktorlar eğer bu teşhisi koymuşlarsa güvenmek gerekir. Asıl bundan sonra yapılması gereken bu hastalığın tedavisi için çalışmaktır.

Bu hastalığın tanı ve tedavisi konusunda yetkin kimseler psikiyatristlerdir.

Seyir?

ŞİZOFRENİ NASIL TEDAVİ EDİLİR?

Şizofrenide İlaç Tedavileri

Şizofreninin tedavisinde “antipsikotik” adı verilen ilaçlar kullanılır. Bu ilaçların psikoz giderici etkileri vardır. Bu ilaçlar size hastalığınızın psikotik belirtilerini geçirmek ve bu olumsuz olayın etkisinden kurtarmak için verilmektedir. Bu ilaçların amacı; hezeyan, hallüsinasyon, konuşma bozuklukları, davranış bozuklukları, duygulanımda bozulma, içe kapanma, yoğunlaşma güçlüğü, uyku düzeninin bozulması vb. belirtileri düzeltmektir. Bu düzelme sağlandıktan sonra da hastalığınızın tekrarlanmasını önleyecektir.

İlaçlar beyindeki kimyasal dengesizliği gidererek hastalığı düzeltmektedir. Kullandığınız ilaçlara beyin sürekli ihtiyacı vardır. İlk hastalık döneminde ilaçlar belirtileri geçirmekte, fakat iyilik halinin devam etmesi için ilaçlarınızı daha uzun süreler kullanmanız gerekmektedir.

Psikoz giderici ilaçların yanı sıra bunların yan etkilerini gidermek için de bazı ilaçlar verilmektedir. Bu iki ilaç grubu birlikte kullanılmaktadır. Ayrıca bazen de tedaviyi güçlendirmek için yardımcı ilaçlar da verilebilmektedir.

Antipsikotik ilaçların bazıları iğne şeklinde de uygulanabilmektedir. Hastaların iğne kullanmayla ilgili sorunları olabilir. İlaçların iğne ve hap şekli arasında etki farkı olmamakla birlikte bazı hastalarda iğne şeklinde kullanmak daha yararlı olabilir.

Bu ilaçlarla ilgili düşüncelerinizi doktorunuzla paylaşınız. Ancak hangi tedavinin seçileceği konusunda en uygun kararı sizi tedavi eden doktor verecektir.

Bu hastalığın tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçlar bağımlılık yapmaz. Ancak yapabilen yeşil reçete ile satılan başka ilaçlar mevcuttur. Bu tür ilaçlar, mutlaka doktor denetiminde kullanılmalıdır.

Başka hastalıklar örneğin bazı iltihabi durumlar, bir hafta - on gün gibi kısa bir süre antibiyotik kullanmakla düzelebilir. Ancak psikoz durumu uzun süreli antipsikotik kullanımını gerektirmektedir.

İlaçların ne zaman ve nasıl kesileceğine ancak tedavi eden doktorun karar verebileceğini unutmayınız. Kendi kendilerinize ya da başkalarından duyduğunuz bilgilerle hareket ederek tedaviyi kesmek veya değiştirmek, size zarar verir.

Sürekli kullanılacak olan bu ilaçlar için de doğru kullanmanın ve onlar hakkında bilgi sahibi olmanız çok önemlidir. İlaçlar hakkında en doğru bilginin ancak uzmanlarından alınabileceğini unutmayın. Onlara bu konuda danışmaktan çekinmeyin. İlaçlarla ilgili herhangi bir sorunda tedavi ekibi dışındaki kimseleri dinlemeyin.

İlaç kullanırken doktorun önerdiği doz uygulamalarına uymak gerekir. Ancak bazen unutkanlık, ilaca ulaşamama ve başka acil nedenlerle bir ilaç dozunun saatini kaçırabilirsiniz. Böylesi durumlarda birkaç saatlik toleransın olabilir, fakat yine en doğru bilgi için doktora ya da tedavi ekibinden birisine danışmanız gerekmektedir.

Antipsikotik ilaç kullanan bir hasta olarak bazen başka rahatsızlıklarınız için de ilaç kullanmak durumunda kalabilirsiniz. Antipsikotik ilacı sürekli kullanacağınıza göre böylesi bir durumla karşılaştığınızda halen kullandığınız ilaçları doktora bildirin ve olası etkiler konusunda bilgi isteyiniz.

İlaçların erken kesilmesi hastalığın tekrarlamasına yol açabilir. Bu nedenle iyi olsanız bile doktorun önerisi dışında ilacınızı kesmeyiniz. İlaç kesilmesi ile belirtilerin yeniden ortaya çıkması arasında haftalar ya da aylar süren bir sessizlik süresi olabilir. İlaç kesildikten sonra biraz iyi kalmak iyilik halinin devam edeceği anlamına gelmez.

Şizofreni tedavisinde ilaçların yanında Elektroşok Tedavisi (EKT) de kullanılmaktadır. Günümüzde EKT, kısa süreli anestezi altında yapılmaktadır. Bu şekilde yapılan EKT oldukça güvenlidir. EKT bazı durumlarda oldukça etkili bir tedavidir. Doktorunuzdan bu konuda bilgi alabilirsiniz.

Antipsikotik ilaçlar yan etkileri

Hastalıkların tedavisinde kullanılan tüm ilaçların yan etkileri vardır. Antipsikotik ilaçların da bazı yan etkileri vardır. Her türlü yan etkiye rağmen ilaç kullanmanın bu hastalık için kaçınılmaz bir durum olduğu gerçeğini unutmayın.

Her ilaç her hastada aynı şiddette yan etki oluşturmamaktadır. Bazı yan etkiler de zaman içinde azalacaktır.

Kaslarda katılık, ani kasılma, bacaklarda huzursuzluk bu ilaçların yan etkilerindendir. Bu tür yan etkilerle karşılaştığınızda doktora başvurmalısınız. Bu durumlar çoğu zaman düzeltilebilir ve geçici durumlardır. Bazen kilo alma da olabilir. Bu durumda diyet düzenlemesi, spor yapma gibi basit tedbirler işe yarayabilir.

Bazı cinsel yan etkiler de olabilir. Böyle durumlarda doktorunuza başvurun. Ancak bu durumların ilaca bağlı ise, geçici olduğunu biliniz. Bu ilaçlar kısırlık yapmaz.

Her türlü yan etkide doktorunuza bilgi veriniz. Bu konuda mümkün olduğunca size yardımcı olacaklardır. Yan etkileri bahane ederek ilacınızı kesmeyiniz.

PSİKOSOSYAL TEDAVİLER

Psikososyal tedaviler, sadece antipsikotik ilaç kullanarak tedaviye uyum sağlamış hastalara yardımcı olabilir. Tek başına yeterli değildir.

Psikososyal tedaviler bu hastalığa bağlı değişen günlük yaşam aktivitelerini yeniden düzenlemeye yardımcı olabilir. Psikososyal tedaviler hastanın en basit günlük işlevlerini yeniden kazanmasına yönelik olduğu gibi iş-meslek gibi becerilerini de yeniden kazanmasına yönelik olabilir. Ülkemizde bu tür tedavileri sistematik şekilde uygulayan merkezler sınırlı sayıdadır.

***Her şeye rağmen ilaçlarınızı kullanmak zorundasınız.
İyilik halinizin devam etmesinin sürekli ilaç kullanımına
bağlı olduğunu unutmayın***

HASTANIN DİKKATİNE!!!

Şizofreni ataklar ile giden bir hastalıktır. Atak hastalığın alevlendiği, belirtilerin şiddetlendiği bir dönemdir. Hastalık devam ederken bazı belirtiler tamamen geçer, bazıları yatıştır, bazıları da şiddeti azalmış olarak devam eder. Bu durumu mangalda yanan ateşin sönmesine benzetebiliriz. Sönme alevlenmenin geçmesidir, ama mangaldaki köz her an alevlenebilir. Közün alevlenmesi hastalığın depreşmesi yani alevlenmesidir. Her atak işlevselliğin giderek bozulmasına yol açar. Bu nedenle atakların mutlaka önlenmesi gerekmektedir. Düzenli ilaç kullanarak yeni atakların gelmesi engellenebilir.

Sizin kendinizde fark ettiğiniz değişimleri tedavi ekibiyle açık bir şekilde paylaşmanız çok önemlidir. Böyle bir değişiklik fark eder etmez hemen doktorunuza başvurun.

Alkol ve Madde kullanmaktan sakının

Hastalığınızın tedavisi için antipsiktik ilaç kullanan bir birey olarak doktorunuza danışmadan alkol kullanmamalısınız. Yine aşırı miktarda çay, kahve vb. içecekleri uyku sorunlarına neden olabilmektedir. Sigarayı mümkün olduğunca az içmeye gayret ediniz. Bu beden sağlığınız için önemli.

Faydasız tedavi arayışlarından uzak durun

Bu hastalık uzun süreli ve çok değişik belirtiler ile giden bir bozukluk olduğu için bazen siz ve yakınlarınız ısrarlı bir biçimde türbe, hoca, medyum, ziyaret yerleri gibi arayışlara girebilirsiniz. Fakat bilinmelidir ki, şizofreni/psikoz hastalığında tıp dışı tedavi arayışlarının hiçbir yararı yoktur.

Bu tür uygulamaların bu hastalığa yönelik verecekleri hiçbir şey yoktur, sadece zaman ve para kaybına yol açar. Ayrıca bu tür uygulamalar size ve hastanıza zarar da verebilir.

Faydasız tedavi arayışlarından uzak durmanızın size şöyle yararları vardır

- *Yanlış bilgilerden uzak kalmış olursunuz
- *Tedavi olma umudunu yanlış yerde aramamış olursunuz
- *Zaman kaybınız olmaz
- *Yanlış bir uygulamanın devamına katkıda bulunmamış olursunuz

KAYNAKLAR

1. Öztürk O. , Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Şizofreni, Ankara 2008.
2. Yıldız M. ve ark. Şizofreninin Ruhsal-Toplumsal Tedavisinde Sosyal Beceri Eğitimi Belirtilerle Başetme ve İlaç Tedavisi Yaklaşımının Türkiye’de Çok Merkezli Bir Uygulaması Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13(1):41-47.
3. Sadock B.J.,Sadock V.A. Copenhensive Textbook of Psychiatry.-Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar, 2007, 2.Cilt, 1329-1502
4. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı, (DSM-IV) (Çev Ed: E. Köroğlu) Ankara 1994, Hekimler Yayın Birliği.
5. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry*. 1993 Feb;50(2):85-94.
6. Mueser KT and McGurk SR. Schizophrenia. *Lancet*. 2004 Jun 19;363(9426):2063-2072.
3. Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *British Journal of Psychiatry*. 2002 Jun;180:490-495.
7. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen E, Wager HR, Rosenheck RA, Stroup S, McEvoy JP, Lieberman JA. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 2006 May;63(5):490-499.
8. Meltzer HY, Alphas L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, Bourgeois M, Chouinard G, Islam MZ, Kane J, Krishnan R, Lindenmayer JP, Potkin S, International Suicide Prevention Trial Study Group. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Archives of General Psychiatry*. 2003 Jan;60(1):82-91.
9. Harrison PJ and Weinberger DR. Schizophrenia genes, gene expression, and neuropathology: on the matter of their convergence. *Molecular Psychiatry*. 2005;10(1):40-68.
10. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, Keefe RS, Davis SM, Davis CE, Lebowitz BD, Severe J, Hsiao JK, Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England Journal of Medicine*. 2005 Sep 22;353(12):1209-1223

EK-11

ŞİZOFRENİ HASTALARININ BAKIM VERİCİLERİNE YÖNELİK EL KİTABI



Hazırlayan
Öğr. Gör. Birgül Özkan
Erciyes Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD

ÖNSÖZ

Şizofreni günümüzde yaygınlığı oldukça yüksek olan ruhsal bir hastalıktır. Bu hastalığa sahip olan birey ve aileleri bu hastalıkla baş etmede bazen desteğe gereksinim duymaktadırlar. Bu el kitabı hasta ve ailelerinin gereksinim hissettikleri desteği sağlayabilmek için hazırlanmıştır. Bu kitabın içeriğinde şizofreni, şizofreni belirtileri, nedenleri ve bu hastalıkla baş etme becerilerine yönelik bilgiler yer almaktadır.

Bu kitabın hazırlanmasında emeği geçen Yrd. Doç. Dr. Saliha Demirel Özsoy'a, Prof. Dr. Mustafa Yıldız'a, Prof. Dr. Selma Doğan'a, Prof. Dr. Ümit Seviğ'e ve Yrd. Doç. Dr. Emine Erdem'e teşekkür ederim. Ayrıca bu kitabın hazırlığı için yoğun çalışmalarım sırasında sabır ve hoşgörülerıyla beni destekleyen eşim ve aileme de teşekkür ederim.

10 Temmuz 2010

Birgül Özkan

İÇİNDEKİLER**Şizofreni nedir?****Şizofreninin nedenleri nedir?****Şizofreni ne zaman başlar ve nasıl oluşur?****Şizofreninin belirtileri nedir?****Şizofrenili insanlar saldırganlar mı?****İntihar****Tanı****Hastalık Seyri****Şizofreni nasıl tedavi edilir?****Antipsikotik ilaç tedavisi****Psikososyal tedaviler****Ailenin dikkatine****Özet olarak****Kaynaklar**

PSIKOZ, ŞİZOFRENİ NEDİR?



Psikoz gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu durumu anlatan bir kavramdır. Kişinin gerçeğe bağının kopması, dış dünyayı ve kendisini daha önceden değerlendirdiği normal boyutlarından farklı bir şekilde algılaması ve değerlendirmesi söz konusudur. Sonuçta başkalarına garip gelen düşünce ve davranışlar ortaya çıkabilir. Mesela kişinin başkalarının duymadığı sesler duyması, başkaları inanmadığı ya da bir kanıt olmadığı halde, kendisini birilerinin izlediğini düşünmesi gibi algı ve düşünce yanılmaları olur.

Bu psikotik durum gerçek dünyaya uymayan bir yaşantıdır. Aynen rüya gibi. Rüyada da çok garip yaşantılar olur. Psikoz rüyayı uyanırken yaşamak gibi bir şeydir.

Şizofreni psikotik bir bozukluktur. Psikotik yaşantılarla gider. İnsanı kişilerarası ilişkilerden ve gerçek dünyadan koparıp, kendi iç dünyasına döndüren, dış dünyayla bağlantılarda zayıflama doğuran bir hastalıktır. Düşünce ve algı yanılmalarının yanında duyguların ifadesinde bozulma, engellenemeyen bazı garip hareketler, dikkat ve yoğunlaşma bozuklukları da görülebilir.

Şizofreni toplumda % 1 oranında görülür. Genellikle 15-25 yaşlarında başlar.

Günümüzde kullanılan ilaçlar, belirtileri büyük oranda kontrol altına alabilmekte, ancak bazı belirtiler çoğu hastada yaşam boyu sürebilmektedir.

Hastanzın yaşadığı ruhsal hastalık, sürekliliği olan bir hastalıktır.

Temelde hastalık, tam olarak iyileşmeyip, bazı durumlarda kendiliğinden ya da bir stres arkasından tekrarlayabilir. Bu açıdan hastalığı bedensel hastalıklardan şeker hastalığına ya da astım hastalığına benzetebiliriz. Örneğin; kişi bir kez şeker hastalığına yakalandığında bu hastalığı belli derecelerde ömür boyu taşıyacaktır. Aynen şizofreni gibi, şeker hastalığı olan bir kişinin de hastalık belirtileri tedavi ile ortadan kalkar ve kişi düzelebilir. Bazen de belirtiler şiddetlenir ve kişi tekrar hastalanır. Belirtiler bir yatışma döneminde sonra, şiddetini artırdığı zaman depresme olur. Aynı durumlar şizofreni içinde geçerlidir.

ŞİZOFRENİNİN NEDENLERİ NEDİR?

Şizofreninin nedenleri hakkında çok şey araştırılmıştır. Bu hastalıkta beynin bazı bölgelerindeki sinir hücrelerinin işleyişlerinde sorunlar olduğu bilinmektedir. Sinir hücreleri arasında iletişimi sağlayan dopamin ve serotonin gibi aracı maddelerin miktarında ve etki düzeneklerinde bozukluklar oluşmaktadır.

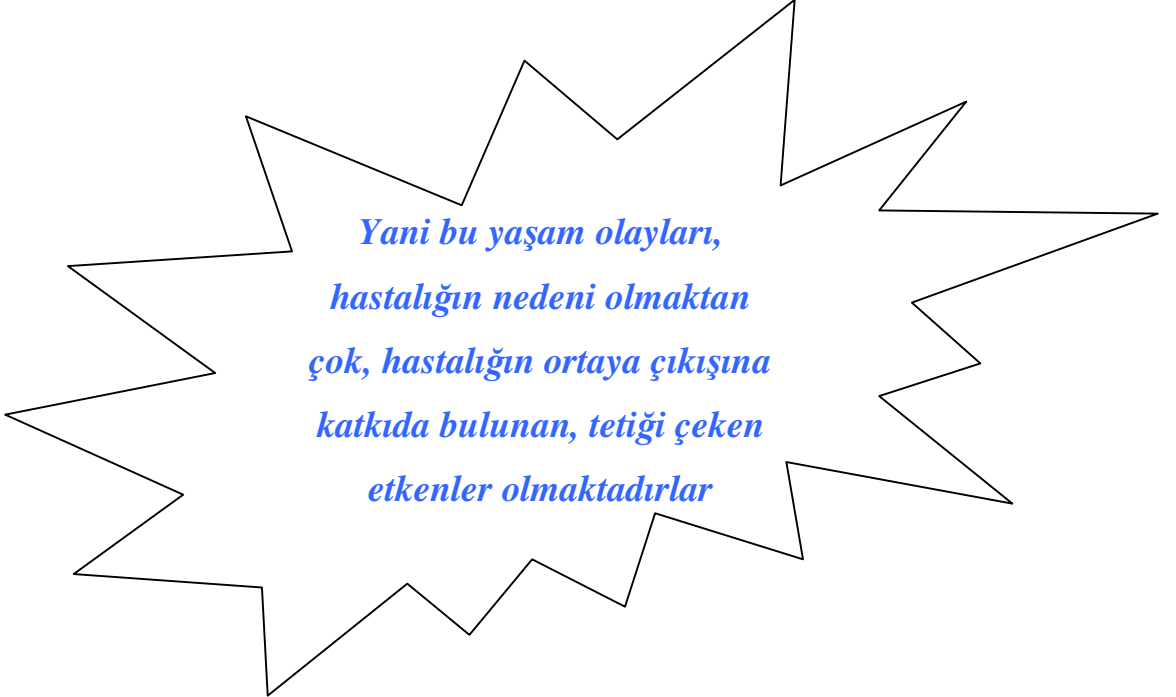
Yani bir çeşit kimyasal dengesizlikten söz edilebilir. Tedavide kullanılan ilaçlar da bu dengesizliği düzeltmektedir.

Şizofreni şeytan ya da cin çarpması değildir. Tamamen bir beyin hastalığıdır. Bazen hastaların kendileri ve aileleri hastalığın büyü, cin gibi doğüstü güçlerle ilişkili olduğuna inanabilmektedir.

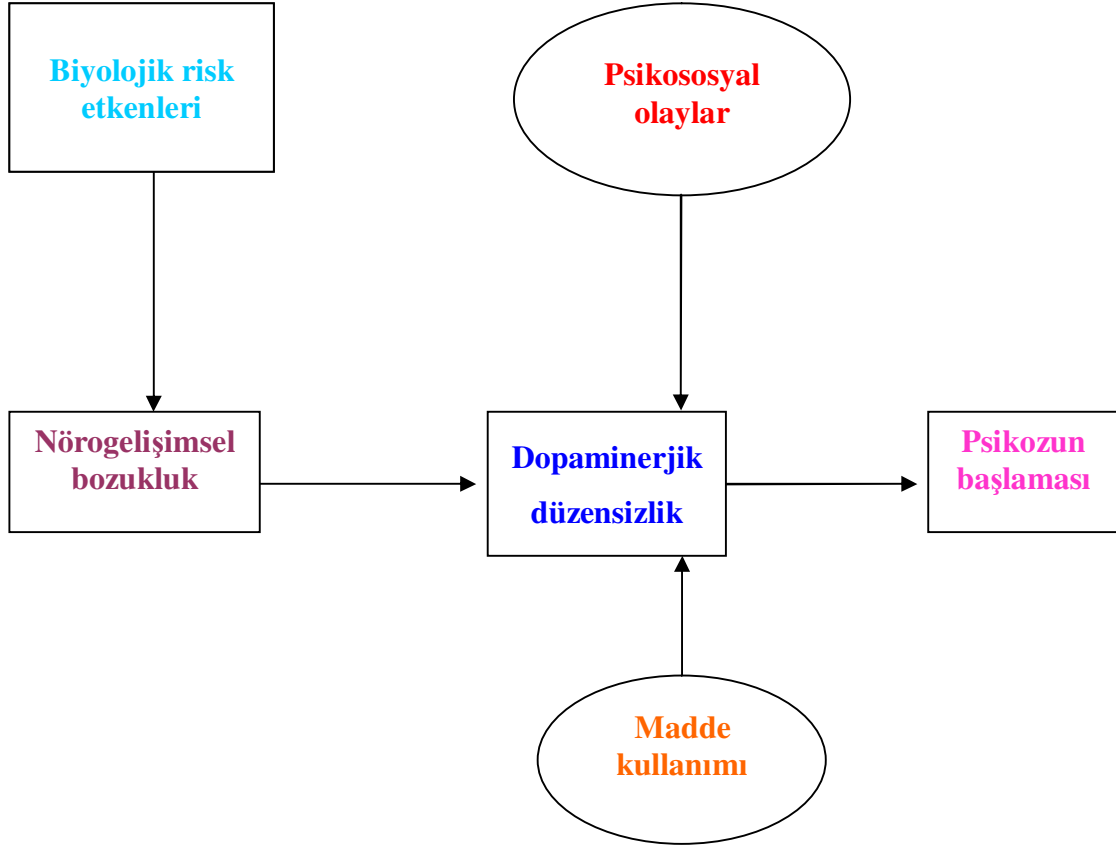
Hem genetik hem de çevresel etmenler bu hastalığa yol açmaktadır. Şizofreni hastalığının genetik geçişi olduğu bilinmektedir. Ancak bir ebeveynin şizofreni hastası olmasının çocuğunda da % 100 şizofreni gelişeceği anlamına gelmez. Genel toplumda hastalanma riski % 1 iken, ailede şizofreni varsa, bu risk artmaktadır. Hasta kişi ile akrabalık derecesi ne kadar yakınsa ve ailede psikoz hastası sayısı ne kadar fazla ise, şizofreni riski o kadar artmaktadır. Bu nedenle şizofreni hastalarının evlenmesi veya çocuk sahibi olması söz konusu olduğunda çok dikkatli olunmalıdır. Evleneceği kişinin bu hastalıkla ilgili bilgilendirilmesi gerekir. Ayrıca çocuklarında da bu hastalığın ortaya çıkabileceği riski unutulmamalıdır.

Pek çok çevresel faktörler bu hastalığın oluşumunda rol oynayabilir. Örneğin; annenin gebelik sırasında geçirdiği enfeksiyonlar, yetersiz beslenme, fiziksel ve psikolojik zorlanmalar, doğum sırasında yaşanan zorluklar bu bebeğin ilerde şizofreniye yakalanma riskini artırabilir.

Yakın ölümleri, felaketler, evlenme, erkeklerde askerlik ve iş sorunları kişi için zorlayıcı yaşam olaylarıdır ve şizofreninin ortaya çıkmasına ya da hastalığın alevlenmesine yol açabilir. Ancak bu tür çevresel faktörler, tek başına hastalığa neden olmaktan çok, kalıtsal yatkınlık, biyolojik etkenler gibi nedenlere eklendiğinde hastalık ortaya çıkmaktadır.



***Yani bu yaşam olayları,
hastalığın nedeni olmaktan
çok, hastalığın ortaya çıkışına
katkıda bulunan, tetiği çeken
etkenler olmaktadır***



Şekil:1. Şizofreni/psikozun oluşumu

Hastalığın nedenleri hakkında kendinizi ve başkalarını suçlu görmeyin. Sizin hastalıkta bir rolünüz olacaksa, o da ancak hastanıza yardım ederek ve tedaviye katılarak olacaktır.

ŞİZOFRENİ NE ZAMAN VE NASIL BAŞLAR?

Şizofreni genellikle 15-40 yaş sınırları arasında ve çoğunlukla da 18-25 yaşlarında her çeşit psikolojik zorlanma (stres) ile başlayabilir. Tipik bir başlangıç biçimi olmamakla birlikte; aniden, şiddetli bir tablo ile başlayabilir. Bazen de sinsi bir şekilde başlar. Bu yüzden belirtileri fark edilmeyen hasta uzun süre hekime getirilmeyebilir. Bu sinsi başlangıç döneminde sık görülen belirtiler; ilgi azalması, dikkat dağınıklığı, kendi bedeni ve kendi düşünceleri ile aşırı uğraşma ve zamanın akışına aldırmazlık vb. olabilir.



ŞİZOFRENİNİN BELİRTİLERİ NELERDİR?

Şizofreni hastaları dünyayı değişik algılayabilirler. Onlar dış dünyayı, normalde çevrede var olan uyaranlar dışında; olmayan sesler, hayaller, garip korkularla karışık ve anlaşılmaz olarak algılayabilirler.

Bu ortamda hastalar sıklıkla heyecan ve korku gibi duyguları hissedebilirler. Bu duygularla genelde normal olmayan davranışlar sergileyebilirler. Şizofreninin ortaya çıkışı değişik şekillerde olabilir. Bazı hastalarda aniden ortaya çıkabileceği gibi, çoğu hastada sinsi bir şekilde ve yavaş yavaş gelişebilir. Hastalık belirtileri şu alanlarda olabilir:

Genel Görünüm ve Dışa Vuran Davranışlar

Şizofreni hastalığında; toplumsal ve kültürel kalıpların dışında, alışılmadık, düzensiz ve garip olarak görünebilme söz konusudur. Hastanızın, görünümünde ilgisizlik, donukluk, çekingenlik ve aldırmaçlık dikkati çekebilir.

Düşünce Alanındaki Belirtiler

Düşünce içeriği bozukluğu:

Hezeyan (Sanrı): Hezeyan, bireyin yaşadığı çağ ve kültürüyle uyumlu olmayan düşüncelerdir. Hezeyan içeriği gerçekler ile uyumlu olmayıp, başkaları tarafından anlaşılmaz ve garip olarak görülürler. Kendini büyük görme, kuşkuculuk, aşırı alınganlık, bedensel hastalık inancı gibi hezeyanlar olabilir.

Bazı hezeyan tipleri ve içerikleri:

- *Kötülük göreceğine inanma,
- *Kıskançlık inançları,
- *Günahkarlık ya da suçluluk düşünceleri,
- *Büyükleme düşünceleri,
- *Bedensel rahatsızlığı olduğuna veya bedeninde bir şeylerin değiştiğine, anormal olduğuna inanma,
- *Kontrol edildiğine inanma,
- *Kafasına düşüncelerin sokulduğuna, düşüncelerinin yayınladığına ve başkalarının düşüncelerini okuyabildiğine inanma.

Başkalarının doğru bulmadığı bu düşünceler, hastalar için çoğu zaman gerçek gibidir. Hastaların bu düşünceleriyle ilgili tartışmak, genelde yarar sağlamaz. Ancak, bu düşünceleri doğru bulup

desteklemek de zararlı olabilir. Bu düşünceler ancak tedavi ile değişebilir. Tedavi sonucunda hastalar bunların gerçek olmadığını, hastalıktan kaynaklandığını fark ederler.

Konuşma İle İlgili Belirtiler

Hastaların konuşma ve ilişki kurmalarında değişiklikler olabilir. Konuşmalarını diğer dinleyiciler anlamada zorluk çekebilir. Hastalar kavramsal ya da şekilsel yol ile kendilerini ifade edebilirler.

Hastanızın hastalığına bağlı olarak konuşmaları amaçsız ve çevresel odaklı olup konuşmada düzensizlik, tutarsızlık, ayrıntıcılık, hızlılık ya da yavaşlık olabilir. Konuşma içeriğinde yoksullaşma, çocuksuluk görülebilir. Ayrıca bu hastalıkta çok konuşma ya da hiç konuşmama da görülebilir.

Hastalardaki iletişim sorunları; onların yaşadıkları hafıza, dikkat ve soyutlama yetisiyle ilgili sorunlardan kaynaklanmaktadır. Yoğunlaşma sorunu yaşayan bir kişiden her şeyi çabucak kavramasını beklemek yanlıştır.

Konuşmada bir konuda dikkatini uzun süre sürdürmede zorlanan hastanızla iletişim kurarken, daha dikkatli ve sabırlı olmanız gerekmektedir. Hastanız sonuca varmada zorlanabilir ve aynı şeyi tekrar tekrar sorabilir.

Hasta ailesi olarak hastanızdan iletişim hızı ve kalitesi konusunda beklentiniz çok yüksek olmamalıdır.

Hastanızın hezeyanları ve hallüsinasyonları gibi bazı belirtiler de, hastanın iletişim kurmasını engelleyebilir. Örneğin; kulağına sesler gelen bir kişi karşısındaki kişiye dikkatini veremeyebilir. Konuştuklarının kayıt edilip daha sonra kendi aleyhine kullanılacağını düşünen birisi konuşmada isteksiz davranacaktır.

Hastanızın duygusal ifadelerindeki kısıtlanma, konuşacak konu bulmada yaşadığı güçlük, çevrede olan bitene olan ilgisizlik gibi bazı belirtileri de iletişimi zorlaştırmaktadır. Bakım verici olarak hastanızdan bu konuda yüksek beklenti içinde olmanız, zamanla hastanın bu becerilerindeki yetersizliğe bağlı olarak iletişim sorunları ve çatışmalara yol açabilir.

Hastanın ailesi olarak hastayla olan ilişkinizde onun kaldıramayacağı isteklerde bulunmanız ve anlayamayacağı şekilde konuşmanız hastada sıkıntıya yol açabilir. Siz kendi duygunuzu ifade ederken, hastada yük oluşturmamaya dikkat etmelisiniz. Aşırı ilgi ya da ilgisizlik, aşırı eleştirelilik, kişiliğe yönelik suçlamalar hastalar açısından zor durumlara neden olabilecek davranışlardır.

Hastanız ile iletişim kurarken, sade bir dil kullanmalı, kısa ve net konuşmaya özen göstermeli, sakın bir ses tonu ile konuşmalısınız.

Algılama

Hallüsinasyon (Varsanı): Gerçek dış uyaranla ilişkili olmayan, yanlış duyuşsal algılamadır. Beş duyudan herhangi biriyle ilişkili olabilir. Başkalarının duymadığı sesleri duymak, görmediği şeyleri görmek, hissetmediği kokuları hissetmek, ilginç bedensel duyular (somatik) olarak tanımlanabilir.

Şizofrenide işitsel hallüsinasyonlar daha çok görülebilmektedir. İşitme hallüsinasyonlarına yorum yapan sesler, tartışan sesler örnek olarak verilebilir. Ayrıca somatik ya da dokunsal hallüsinasyonlar, koku hallüsinasyonları, görsel hallüsinasyonlar da görülebilir. Hastalar bunların da gerçek olduğunu düşünebilirler.

Duygulanım

Bu hastalıkta hastada duygusal ifadenin azalması görülebilir. Hasta, olaylara duygusal tepki vermiyor, aldırılmaz gibi görünebilir. Ancak, bu onların duygusuz olduğu, acı çekmediği anlamına gelmez.

Duygulanımda uygunsuzluk, değişkenlik ve denetimsizlik olabilir. Duygulanım düşünce içeriğiyle uyumlu olmayabilir. Basit bir soruya öfke gösterebilir ya da üzüntülü bir konuşma sırasında hasta kahkahalar ile gülebilir.

İlgi ve Dikkat Özellikleri

Bu hastalıkta hastaların diğer insanlara ve dış gerçeklere ilgisi azalabilir. Dikkatinde azalma, dağınıklık olabilir, bir konuya yoğunlaşmada güçlük yaşayabilir. Tüm ilgi ve dikkatleri kendi benliklerine ve bedenlerine yönelmiş olabilir.



Sosyal İlişkiler

Hastanız hastalığa bağlı olarak dış dünyaya karşı güvensiz ve ilgisizlik yaşayabilir. Diğer insanlara karşı soğukluk ve uzaklık hissedebileceğinden ilişkileri bozulabilir. Aslında hasta bir yandan yaklaşmak isterken, bir yandan da insanlarla yaklaşmak kendisinde kaygı ve korkuya da neden olabilir. İnsanlarla ilişki kurmaya karşı isteksizlik, toplumdan uzaklaşma, kendi iç dünyasında yaşama sık görülür.

Hareket ve Davranış Bozuklukları

Hastanızın, hastalığına bağlı olarak hareketlerinde artma, kaçma isteği, anlaşılabilir hareketleri, uygunsuz davranışları ve tekrarlayan hareketleri olabilir.

Ayrıca hastalığın yukarıda saydığımız belirtilerine eşlik eden başka belirtileri de vardır. Bunları aşağıdaki tabloda görebilirsiniz.

<u>Eşlik eden belirtiler</u>	
Depresyon	<u>Mutsuzluk, hüzn, çökkünlük, karamsarlık, intihar düşünceleri</u>
Bunaltı	<u>Korku, sinirlilik, aşırı endişe hali</u>
Kızgınlık, düşmanlık	<u>Çabuk öfkelenme, saldırgan davranışlar</u>
Madde bağımlılığı	<u>Alkol, sigara, esrar ve bazı ilaçların bağımlılığı</u>

ŞİZOFRENİLİ HASTALAR SALDIRGANLAR MI?

Şizofreni hastaları genellikle saldırgan değildir. Aslında şiddete bağlı meydana gelen suçların büyük bir kısmının şizofrenili bireylerle ilgisi yoktur.

Şizofrenili hastalarda bazı nedenlerden dolayı sözel ya da fiziksel saldırganlık görülebilir. Bu nedenler arasında; dürtü kontrol yetersizliği, öfke, hezeyan ve hallüsinasyonlara bağlı olarak gelişen davranışlar sayılabilir.

Şizofren hastaların arasında şiddet riski, oldukça azdır. Ancak, aileler en çok şiddet davranışından rahatsız olmaktadır. Böylesi durumlar olabilmektedir, ancak hastalar tedaviye devam ederlerse, bu durum en az şekilde görülebilir. Bireysel olarak başedemediğiniz durumlarda, yerel yönetimlerden ve kolluk kuvvetlerinden yardım isteyebilirsiniz.

İNTİHAR RİSKİ

Bu hastalığa bağlı intihar riski fazladır. Hastaların yaklaşık % 10'unda (özellikle genç erişkin erkeklerde) intihar sonucu ölüm görülmektedir. İntihar teşebbüsünde bulunan bir şizofreni hastasının, mutlaka doğru profesyonel yardım almasının sağlanması gerekmektedir.

Hatta intihar düşüncesinden söz etmesi dahi derhal tedavi gerektiren acil bir durumdur.

TANI

Şizofrenide tanı tamamen klinik belirtiler ile konmaktadır. Doktorlar eğer bu teşhisi koymuşlarsa, güvenmek gerekir. Asıl bundan sonra yapılması gereken bu hastalığın tedavisi için çalışmaktır.

Bu hastalığın tanı ve tedavisi konusunda yetkin kimseler psikiyatristlerdir.

HASTALIK SEYRİ

Hastalığın gidişi konusunda aşağıdaki tablo size fikir verebilir. Hangi hastanın hangi gruba gireceği önceden bilinemez. Gelecekte ne tür tedavi olanaklarının doğacağı da bilinemez. Bu gruplama şimdilik doğru olmakla birlikte gelecekte değişebilir. Bu nedenle aile olarak umutsuzluğa kapılmadan hastanızın tedavisine ve daha iyi bir yaşam sürmesine yardımcı olmalısınız. Bazı hastaların iyileşmesinin

uzun süre alabileceği de göz önüne alınmalıdır. İşlevselliği yıllar sonra düzelen hastalar vardır. Bu noktada iyi bir çevresel desteğin ve hastaları streslerden uzak tutmanın yararı göz ardı edilmemelidir.

Şizofreninin Olası Sonuçları

İYİ	ORTA	KÖTÜ
%20-30	%30-40	%20-30
İyileşir, iş ve toplumsal etkileşimde pek sorun yaşamaz.	Bazı belirtilerle yaşamını sürdürür. İş ve sosyal alanlarda sorunları olur.	İyileşmeden devam eder. Bir kısmı bakımı gerektirecek düzeyde kötüleşebilir.

Hastalık her bireyde farklı seyredebilir. Genel olarak psikotik alevlenmeler ve arada iyileşmelerle gider. Aradaki iyilik halleri çok değişken olabilir. Olumsuz yaşam olayları zorlanmaya yol açarak hastalığın alevlenmesinde rol oynayabilirler. Aile, yakın çevre ve arkadaşların hastalığın iyi gitmesinde yardımcıları olur. Onların desteğini almakta yarar vardır. Hastalıktan dolayı kişinin toplumsal ilişkileri bozulabilir.

ŞİZOFRENİ NASIL TEDAVİ EDİLİR?

Şizofrenide İlaç Tedavileri

Şizofreninin tedavisinde “antipsikotik” adı verilen ilaçlar kullanılır. Bu ilaçların psikoz giderici etkileri vardır. Bu ilaçlar hastanıza, hastalığının psikotik belirtilerini geçirmek ve bu olumsuz olayın etkisinden kurtarmak için verilmektedir. Bu ilaçların amacı; hezeyan, hallüsinasyon, konuşma bozuklukları, davranış bozuklukları, duygulanımda bozulma, içe kapanma, yoğunlaşma güçlüğü, uyku düzeninin bozulması vb. belirtileri düzeltmektir. Yine, bu ilaçlar ile hastalığın tekrarlanması önlenmiş olacaktır.

İlaçların etkisi, beyindeki kimyasal dengesizliği gidererek hastalığı düzeltmektir. Hastanızın kullandığı ilaçlara beynin sürekli ihtiyacı vardır. İlk hastalık döneminde, ilaçlar belirtileri geçirmekte, fakat iyilik halinin devam etmesi için ilaçların daha uzun süreli kullanılması gerekmektedir.

Psikoz giderici ilaçların yanı sıra, bunların yan etkilerini gidermek için de bazı ilaçlar verilmektedir. Bu iki ilaç grubu birlikte kullanılmaktadır. Ayrıca, bazen de tedaviyi güçlendirmek için yardımcı ilaçlar da verilebilmektedir.

Antipsikotik ilaçların bazıları iğne şeklinde de uygulanabilmektedir. Hastaların iğne kullanmayla ilgili sorunları olabilir. İlaçların iğne ve hap şekli arasında etki farkı olmamakla birlikte, bazı hastalarda iğne şeklinde kullanmak daha yararlı olabilir. Bunun kararını tedavi eden doktorun vermesinin daha uygun olacağını bilmenizde yarar vardır.

Bu hastalığın tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçlar, bağımlılık yapmaz. Ancak bağımlılık yapabilen yeşil reçete ile satılan başka ilaçlar mevcuttur. Bu tür ilaçlar, doktor denetiminde kullanılmalıdır.



Başka hastalıklar, örneğin bazı iltihabi durumlar bir hafta-on gün gibi kısa bir süre antibiyotik kullanmakla düzelebilir. Ancak, psikoz durumu uzun süreli antipsikotik kullanımını gerektirmektedir.

İlaçların ne zaman ve nasıl kesileceğine ancak tedavi eden doktorun karar verebileceğini unutmayınız. Hastaların veya yakınlarının kendi kendilerine ya da başkalarından duydukları bilgilerle hareket ederek tedaviye karışmaları, tedaviyi kesme veya değiştirmeleri, hastanıza zarar verebilir.

Sürekli kullanılacak olan bu ilaçlar ve doğru kullanımları hakkında bilgi sahibi olmanız çok önemlidir. Ancak bu konuda tedavi ekibi dışındaki insanların görüşlerini dikkate almayınız. Bu görüşler ilaç kullanımı konusunda sizi ve hastanızı yanlış yönlendirebilir.

İlaçlar hakkında en doğru bilginin ancak psikiyatri uzmanlarından alınabileceğini unutmayın, onlara bu konuda danışmaktan çekinmeyiniz. İlaçlarla ilgili herhangi bir sorunda tedavi ekibi dışındaki kimseleri dinlemeyiniz.

İlaç kullanırken doktorun önerdiği doz uygulamalarına uymak gerekir. Ancak bazen unutkanlık, ilaca ulaşamama ve başka acil nedenlerle hastanız bir ilaç dozunun saatini kaçırabilir. Böylesi durumlarda, birkaç saatlik tolerans olabilir, fakat yine en doğru bilgi için doktorunuza danışmanız gerekmektedir.

Antipsikotik ilaç kullanan hastanız, bazen başka rahatsızlıklar için de ilaç kullanmak durumunda kalabilir. Antipsikotik ilacı sürekli kullanılacağına göre, böylesi bir durumla karşılaştığınızda halen kullanılan ilaçları doktorunuza bildiriniz ve olası etkiler konusunda bilgi isteyiniz.

İlaçların erken kesilmesi hastalığın tekrarlamasına yol açabilir. Bu nedenle hastanız iyi olsa bile, doktorun önerisi dışında ilacını kesmeyiniz. İlaç kesilmesi ile belirtilerin yeniden ortaya çıkması arasında

haftalar ya da aylar süren bir sessizlik süresi olabilir. İlaç bıraktıktan sonra, hastalık hemen ortaya çıkmayabilir. İlaç kesildikten sonra, biraz iyi kalmak iyilik halinin devam edeceği anlamına gelmemektedir.

Şizofreni tedavisinde ilaçların yanında Elektroşok Tedavisi (EKT) de kullanılmaktadır. Günümüzde EKT kısa süreli anestezi altında yapılmaktadır. Bu şekilde yapılan EKT oldukça güvenlidir. EKT bazı durumlarda oldukça etkili bir tedavidir. Doktorunuzdan bu konuda bilgi alabilirsiniz.

Sürekli ilaç kullanmak durumunda kalacak olan hastalarının tedavi altında kalmaları için ailelerin göstermeleri gereken özen çok önemlidir

Antipsikotik ilaçların yan etkileri

Hastalıkların tedavisinde kullanılan tüm ilaçların yan etkileri vardır. Antipsikotik ilaçların da, bazı yan etkileri vardır. Her türlü yan etkiye karşın, ilaç kullanmanın bu hastalık için kaçınılmaz bir durum olduğu gerçeğini unutmayınız.

Her ilaç, her hastada aynı şiddette yan etki oluşturmamaktadır. Bazı yan etkiler de, zaman içinde azalacaktır.

Kaslarda katılık, ani kasılma, bacaklarda huzursuzluk bu ilaçların yan etkilerindendir. Bu tür yan etkilerle karşılaştığınızda, doktorunuza başvurmalısınız. Bu durumlar çoğu zaman düzeltilebilir ve geçici durumlardır. Bazen kilo alma da olabilir. Bu durumda; diyet düzenlemesi, spor yapma gibi basit tedbirler işe yarayabilir.

Cinsel isteksizlik, güçsüzlük vb. yan etkiler olabilir. Böyle durumlarda doktorunuza başvurun. Ancak bu durumların ilaca bağlı olduğunu biliniz. Bu ilaçlar kısırlık yapmaz.

Her şeye rağmen hastanız ilaçları kullanmak zorundadır. İyilik halininin devam etmesinin sürekli ilaç kullanımına bağlı olduğunu unutmayın.

Hastanızın tedaviye uyumunu artırmak için, aile olarak onun ilaç kullanma durumunu değerlendirmelisiniz. Hastanızı yakından gözlemlemeniz çok önemlidir. Özellikle hastalığını kabul etmeyen ve ilaç kullanımını reddeden bir hastanız varsa; hastanın ilacını yutup yutmadığını gözlemeniz

yararlı olabilir. Hasta fark ederse, olumsuz sonuç verme riskine rağmen şişe ya da kutunun içindeki ilaçlar sayılarak da, hastanın ilacı alıp almadığı kontrol edilebilir.

Ailenin hastasıyla ilaç kullanma konusunda görüşmeleri açık, tehdit edici olmayan bir tarzda ve suçlamaktan kaçınarak olmalıdır. Her şeyin hastanın iyiliği için yapıldığı hissettirilmelidir.

PSİKOSOSYAL TEDAVİLER

Psikososyal tedaviler, sadece antipsikotik ilaç kullanarak tedaviye uyum sağlamış hastalara yardımcı olabilir. Tek başına yeterli değildir.

Psikososyal tedaviler, bu hastalığa bağlı değişen günlük yaşam aktivitelerini yeniden düzenlemeye yardımcı olabilir. Psikososyal tedaviler, hastanın en basit günlük işlevlerini yeniden kazanmasına yönelik olduğu gibi, iş-meslek gibi becerilerini de yeniden kazanmasına yönelik olabilir. Ülkemizde bu tür tedavileri sistematik şekilde uygulayan merkezler sınırlı sayıdadır.

AİLENİN DİKKATİNE !!!!

Uyarıcı işaretler

Şizofreni ataklar ile giden bir hastalıktır. Atak hastalığın alevlendiği, belirtilerin şiddetlendiği bir dönemdir. Hastalık devam ederken, bazı belirtiler tamamen geçer, bazıları yatıştır, bazıları da şiddeti azalmış olarak devam eder. Bu durumu mangalda yanan ateşin sönmesine benzetebiliriz. Sönme alevlenmenin geçmesidir, ama mangaldaki köz her an alevlenebilir. Közün alevlenmesi hastalığın depreşmesi yani alevlenmesidir. Her atak, işlevselliğin giderek bozulmasına yol açar. Bu nedenle atakların mutlaka önlenmesi gerekmektedir. Düzenli ilaç kullanarak yeni atakların gelmesi engellenebilir.

Bu alevlenme dönemleri başlamadan önce, bazı uyarıcı işaretler olur. Hasta yakını olarak siz, bunu fark edebilirsiniz. Hastalığın uyarıcı işaretleri; soğuk algınlığı başlamadan birkaç gün önce kişinin kendini kötü hissetmeye başlaması ve boğazında hassasiyet duyması gibidir. Bunları soğuk algınlığının uyarıcı işaretleri olarak görebiliriz. Şizofreni hastalığında da uyarıcı işaretler tanınıp önceden bazı tedbirler alınırsa, hastalığın alevlenmesi önlenir. Siz hastanın ailesi olarak hastanızın farkında olmadığınız bazı davranışlarını (örneğin; çabuk sinirlenme, içine kapanma, konuşmama, ilginç davranışlar, garip bakışlar, uykusuzluk, ilaç almak istememe vb.) gözlemleyebilirsiniz. Uyarıcı işaretin tanınması ve izlenmesi birkaç atak geçirmiş hasta için çok önemlidir.



Sizin hastanızda fark ettiğiniz değişimleri tedavi ekibiyle açık bir şekilde paylaşmanız çok önemlidir. Böyle bir değişikliği fark eder etmez, hemen hastanızın doktoruna başvurun. Hasta sizinle hemfikir olmayabilir. Eğer siz uyarıcı işaretlerde daha önceki bir atak başlangıcında olduğu gibi bir şiddetlenme gördüyseniz, hastanız bunu kabul etmese bile tedavi ekibi ile işbirliği konusunda ısrarlı olmalısınız.

Alkol ve madde kullanımı



Hastanızın keyif verici maddelere (alkol, esrar vb.) yönelme istekleri olabilir. Bunun sizin tarafınızdan tedbirinin alınması çok önemlidir. Bu soruna tek başınıza değil, tedavi ekibiyle iletişime geçerek uygun çözüm bulabilirsiniz. Ayrıca hastanızın sigara kullanmasını da sınırlamak, hasta yararı açısından önemlidir. Fakat sınırlama davranışının çok katı, baskılayıcı ve yargılayıcı olmaması gerekmektedir. Çünkü, hastanız yaşadığı sıkıntıyı gidermek için de sigara kullanmaktadır.

Faydasız tedavi arayışlarından uzak durmak

Hastalık uzun süreli ve çok değişik belirtiler ile giden bir bozukluk olması nedeniyle çoğunlukla aileler ve bazen de hastalar ısrarlı bir biçimde türbe, hoca, medyum, ziyaret yerleri gibi arayışlara girebilirler. Fakat bilinmelidir ki, şizofreni/psikoz hastalığında tıp dışı tedavi arayışlarının hiçbir yararı yoktur.

Bu tür uygulamaların bu hastalığa yönelik verecekleri hiçbir şey yoktur, sadece zaman ve para kaybına yol açar. Ayrıca bu tür uygulamalar size ve hastanıza zarar da verebilir.



ÖZET OLARAK.....

ŞİZOFRENİLİ BİR BİREYE SİZ NASIL YARDIM EDEBİLİRSİNİZ?

Klinikte kısmen düzelmiş olan hastanın evde bu durumunun devam edebilmesi için, hastanın primer bakım vericisine oldukça önemli görevler düşmektedir. Çünkü, ülkemizde henüz şizofrenili hastaların evde bakımına yönelik programlar yoktur.

Bu nedenle bakım vericilerin de, şizofreni ve tedavisi hakkında eğitilmesi gerekmektedir. Çünkü, şizofreni hastaları gereksinimlerinin olmadığını düşünerek tedaviyi reddedebilirler. Yine, hastalık belirtisi olan hallüsinasyon ve hezeyanların gerçek olduğuna inanarak hasta olmadıklarını düşünebilirler. Bu hastaları seven ve onları korumak isteyen aile bireyleri de, hastaların isteklerine ve düşüncelerine uyabilirler.

Hastaya bakım verenlerin bilmesi gereken bir diğer önemli nokta; şizofreni hastaları kendileri ve başkaları için tehlike oluşturmaya başladıklarında, hem hastayı hem de diğerlerini korumak için acil olarak hastane tedavisinin şart olduğudur.

Aile ve arkadaşların bilmesi gereken bir diğer nokta ise; hastaların tedavilerini ve ilaçlarını bıraktıklarında şiddetli belirtilerin tekrar başlayacak olmasıdır. Bu nedenle hastalığın erken belirtilerinin bilinmesi, hastane yatışlarını ve hastalığın tekrarını önlemede yardımcıdır.

Aile ve arkadaşlar da hastanın gerçekçi hedefler koymasına ve günlük yaşam işlevlerini yerine getirmesinde yardımcı olabilirler.

Yakınlarının desteği hastalar için çok önemlidir.

Hastalığın alevli olmadığı dönemlerde, hastalar gücü ölçüsünde ev içi veya dışında aktivitelerini sürdürebilirler. Hastalar çok basit bir işte bile zorlanabilirler. Bu nedenle ona karşı hoşgörü ve toleranslı davranmak gerekir. Özbakımlarını, günlük işlerini yapmaları ve hatta yapabiliyorlarsa, mesleki aktivitelerini sürdürmeleri konusunda teşvik etmek, desteklemek yararlı olur.

Bakım vericiler olarak şizofreni ve şizofrenili hastayı anlamanın zor olduğunu düşünebilirsiniz. Fakat aslında hastalık ve tedavisi, hasta üzerine olan etkilerinin anlatıldığı eğitimler sonrası, aslında bu hastalığın anlaşılmasının kolaylaştığı saptanmıştır.

Bu eğitimler ile hastanın hallüsinasyon ve hezeyanlarının neden kaynaklandığını öğreneceğiniz için, hastanızı bu konuda yargılamamanız ve suçlamamanız gerektiğinin farkına varacaksınız. Çünkü, bunlar hastaya gerçek gibi görünür ve yanlış olduğunu söylemenin yararı yoktur.

Ayrıca bu hallüsinasyon ve sanrıların sıklığı ve ne zaman artış gösterdiğinin saptanması da önemlidir. Bu gözlemleriniz hastanızın tedavisi için çok önemlidir. Bu nedenle bunu tedavi ekibi ile paylaşmanız çok yararlı olacaktır.

Buna ek olarak; hastanıza destekleyici, saygılı ve nazik davranışlar göstermek hastanın kendine olan saygısını artırarak ona yardımcı olur.

Yargılama, damgalayıcı davranışlar, ayıplama gibi tehlikeli veya uygunsuz davranışların hastanın stres yaşamasına neden olduğu, hastalığın belirtileri ve gidişini olumsuz etkilediği unutulmamalıdır.

Hastanızı başarmakta zorlanacağı hedeflere yönlendirmekten kaçınmanızın, hastanın hastalıkla başetmesini kolaylaştıracağını unutmayınız.

KAYNAKLAR

1. Öztürk O. , Uluşahin A. **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, Şizofrenik Bozukluklar, Ankara 2008.
2. Yıldız M. ve ark. Şizofreninin Ruhsal-Toplumsal Tedavisinde Sosyal Beceri Eğitimi Belirtilerle Başetme ve İlaç Tedavisi Yaklaşımının Türkiye’de Çok Merkezli Bir Uygulaması **Türk Psikiyatri Dergisi**, 2002; 13(1):41-47.
3. Sadock B.J.,Sadock V.A. **Coprehensive Textbook of Psychiatry**.-Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar, 2007,2.Cilt, 1329-1502
4. Köroğlu E. **Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı**, Dördüncü Baskı, (DSM-IV) (Çev Ed: E. Köroğlu) Ankara 1994, Hekimler Yayın Birliği.
5. Mueser KT and McGurk SR. Schizophrenia. **Lancet**. 2004 Jun 19;363(9426):2063-2072.
6. Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and Schizophrenia: Examining The Evidence. **British Journal of Psychiatry**. 2002 Jun;180:490-495.
7. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen E, Wager HR, Rosenheck RA, Stroup S, McEvoy JP, Lieberman JA. A National Study of Violent Behavior in Persons with Schizophrenia. **Archives of General Psychiatry**. 2006 May;63(5):490-499.
8. Meltzer HY, Alphas L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, Bourgeois M, Chouinard G, Islam MZ, Kane J, Krishnan R, Lindenmayer JP, Potkin S, International Suicide Prevention Trial Study Group. Clozapine Treatment for Suicidality in Schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). **Archives of General Psychiatry**. 2003 Jan;60(1):82-91.
9. Harrison PJ and Weinberger DR. Schizophrenia Genes, Gene Expression, and Neuropathology: on The Matter of Their Convergence. **Molecular Psychiatry**. 2005;10(1):40-68.
10. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, Keefe RS, Davis SM, Davis CE, Lebowitz BD, Severe J, Hsiao JK, Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE). Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. **New England Journal of Medicine**. 2005 Sep 22;353(12): 1209-1223.

POZİTİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (SAPS/PBDÖ)

Hasta Adı Soyadı:

Tarih :

0=Yok

1=Şüpheli

2=Hafif

3=Orta

4=Belirgin

5=Şiddetli

VARSANILAR

- 1. İşitme Sanrıları** 0 1 2 3 4 5
Hasta başkalarının duymadığı sesler, gürültüler veya başka sesler duyduğunu bildirir.
- 2. Yorumlayıcı Sesler** 0 1 2 3 4 5
Hasta, davranış ve düşüncelerini yorumlayan sesler duyduğunu bildirir.
- 3. Kendi Aralarında Konuşan Sesler** 0 1 2 3 4 5
Hasta iki veya daha fazla kişinin aralarında konuştuklarını duyduğunu bildirir.
- 4. Somatik veya Dokunma Varsanıları** 0 1 2 3 4 5
Hasta vücudunda acayip fizik duyumsamalar olduğunu bildirir.
- 5. Koku Varsanıları** 0 1 2 3 4 5
Hasta başkalarının fark edemediği olağan dışı kokular duyduğunu bildirir.
- 6. Görme Varsanıları** 0 1 2 3 4 5
Hasta gerçekte var olmayan şekil veya insanlar görür.
- 7. Varsanıların Bütünsel Derecelendirilmesi** 0 1 2 3 4 5
Bu derecelendirme varsanının süresi, şiddeti ve hastanın yaşamına olan etkisi göz önüne alınarak yapılmalıdır.

HEZEYANLAR

- 8. Kötülük Görme Hezeyanları** 0 1 2 3 4 5
Hasta, kendine yönelik komplo hazırlandığına veya bir yolunun bulunup kendine kötülük yapılacağına inanır.
- 9. Kıskançlık Hezeyanları** 0 1 2 3 4 5
Hasta eşinin bir başkası ile ilişkisi olduğuna inanır.
- 10. Suçluluk ve Günahkarlık Hezeyanları** 0 1 2 3 4 5
Hasta bazı kötü günahlar veya affedilmez suçlar işlediğine inanır.
- 11. Büyüklük Hezeyanları** 0 1 2 3 4 5
Hasta, özel güç veya yeteneklerinin varlığına inanır.
- 12. Dinsel Hezeyanlar** 0 1 2 3 4 5
Hasta, dinsel nitelikli yanlış inanışları ile aşırı uğraşır.
- 13. Somatik Hezeyanlar** 0 1 2 3 4 5
Hasta, her nasılsa vücudunun hasta, anormal veya değişmiş olduğuna inanır.
- 14. Alınma Düşünceleri ve Hezeyanları** 0 1 2 3 4 5
Hasta, önemsiz işaret veya olayları üzerine alınır veya özel anlamlar çıkarır.
- 15. Kontrol Edilme Hezeyanları** 0 1 2 3 4 5
Hasta, duygularının ve karakterinin bazı dış güçlerce kontrol edildiğini hissederek.
- 16. Düşünce Okunması Hezeyanları** 0 1 2 3 4 5
Hasta, insanların düşüncelerini okuyabildiği veya düşüncelerini bildiğini hissederek.
- 17. Düşünce Yayınlanması** 0 1 2 3 4 5
Hasta, düşüncelerinin yayınlandığını hissederek, böylece kendisi ve diğerleri bunları duyabilir.
- 18. Düşünce Sokulması** 0 1 2 3 4 5
Hasta, düşüncelerinin kendisine ait olmadığını, dışarıdan aklına sokulduğuna inanır.
- 19. Düşünce Çekilmesi** 0 1 2 3 4 5
Hasta, düşüncelerinin kafasından alındığına inanır.
- 20. Hezeyanların Bütünsel Derecelendirilmesi** 0 1 2 3 4 5
Bu derecelendirme hezeyanların süresi, ısrarlılığı ve hastanın yaşamına olan etkisi göz önüne alınarak yapılmalıdır.

GARİP (BİZAR) DAVRANIŞ

21. Giyim ve Görünüş 0 1 2 3 4 5

Hasta olağandışı tarzda giyinir veya diğer garip şeylerle görünüşünü değiştirir.

22. Sosyal ve Cinsel Davranış 0 1 2 3 4 5

Hasta, olağan sosyal normlara göre, uygunsuz şeyler yapabilir. Örn. ortalıkta mastürbasyon yapma.

23. Saldırgan ve Taşkın Davranış 0 1 2 3 4 5

Hasta, sıklıkla önceden tahmin edilemeyen saldırgan ve taşkın davranışlar gösterebilir.

24. Tekrarlayıcı veya Basmakalıp 0 1 2 3 4 5

(Stereotipik) Davranış

Hasta, tekrar tekrar yapmak zorunda olduğu tekrarlayıcı hareketler veya merasimler geliştirebilir.

25. Garip Davranışın Bütünsel Derecelendirilmesi 0 1 2 3 4 5

Bu derecelendirme, davranış tipi ve sosyal normlardan sapma miktarını yansıtmalıdır.

POZİTİF FORMAL DÜŞÜNCE BOZUKLUĞU

26. Düşüncenin Raydan Çıkması (Derailment) 0 1 2 3 4 5

Fikirlerin bir diziden diğerine dolaylı bağlantılı veya bağlantısız olarak kayıp gittiği konuşma şekli.

27. Teğetleme (Tangentiality) 0 1 2 3 4 5

Dolaylı veya konu dışı tarzda sorulara yanıt verme.

28. Dikişsizlik (Kelime Salatası, Şizofazi) 0 1 2 3 4 5

Zaman zaman esas olarak anlaşılmayan konuşma şekli.

29. Mantık Dışılık 0 1 2 3 4 5

Mantıklı olarak izlenemeyen sonuçlar çıkarılan konuşma şekli.

30. Çevresel Konuşma (Circumstantiality) 0 1 2 3 4 5

Hedef düşünceye ulaşması çok dolambaçlı olan ve geciken konuşma şekli.

31. Basınçlı Konuşma 0 1 2 3 4 5

Hastanın konuşması hızlı ve durdurulması güçtür. Konuşma miktarı normalden çok fazladır.

32. Çelinebilir Konuşma (Distractible Speech) 0 1 2 3 4 5

Hasta konuşma akımını kesintiye uğratan yakın uyaranlarca çelinebilir.

33. Klang Çağrışım 0 1 2 3 4 5

Kelime seçimine anlamsal ilişkilerden çok seslerin yön verdiği konuşma şekli.

34. Pozitif Formal Düşünce 0 1 2 3 4 5

Bozukluğun Bütünsel derecelendirilmesi

Bu bütünsel derecelendirme, anormalliği ve kişinin ilişki kurma yeteneği etkileme derecesini yansıtmalıdır.

VARSANILAR:

HEZEYANLAR:

GARİP (BİZAR) DAVRANIŞ:

POZİTİF FORMAL DÜŞÜNCE BOZUKLUĞU:

TOPLAM PUAN:

EK-13

NEGATİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (SANS/NBDÖ)

Hasta Adı Soyadı:

Tarih:

0=Yok

1=Şüpheli

2=Hafif

3=Orta

4=Belirgin

5=Şiddetli

DUYGULANIMSAL DÜZLEŞME VEYA KÜNTLEŞME

1. Değişmeyen Yüz İfadesi

0 1 2 3 4 5

Hastanın yüzü cansız görünür ve konuşmasının duygusal içeriğine bağlı olarak beklenenden daha az değişir.

2. Kendiliğinden Hareketlerde Azalma

0 1 2 3 4 5

Hastanın kendiliğinden hareketleri çok azalmıştır veya hiç yoktur. Konumunu değiştirmez, extremitelerini oynatmaz.

3. Anlamlı Jestlerin Yokluğu veya Azalması

0 1 2 3 4 5

Hasta fikirlerini ifade etmede bir yardımcı olarak vücut konumunu değiştirmez ve el jestlerini kullanmaz.

4. Zayıf Göz İlişkisi

0 1 2 3 4 5

Hasta göz ilişkisinden kaçınır ve konuşması esnasında bile boşluğa dalgın dalgın bakar.

5. Duygulanımsal Yanıtsızlık

0 1 2 3 4 5

Hasta uyarıldığında gülmez veya gülümsemez.

6. Uygunsuz Duygulanım

0 1 2 3 4 5

Hastanın duygulanımı basit bir biçimde düz veya küntleşmiş olmaktan daha çok uygunsuz veya uyumsuzdur.

7. Sesteki Esnekliğin Eksikliği

0 1 2 3 4 5

Hasta normal sesle ilgili vurgu kalıplarını kullanmada başarısızdır ve genellikle monoton bir biçimde konuşur.

8. Duygulanımsal Düzleşmenin Bütünsel

0 1 2 3 4 5

Derecelendirilmesi Bu derecelendirme, özellikle yanıtsızlık, göz ilişkisi, yüz ifadesi ve sesteki esneklik başta olmak üzere belirtilerin ayrıntılı şiddeti üstünde yoğunlaşmalıdır.

ALOGİA (Düşünce/Fikir Yoksulluğu)

9. Konuşma Yoksulluğu

0 1 2 3 4 5

Hastanın sorulara yanıtları miktar olarak kısıtlıdır; kısa, somut ve özensiz olma eğilimi gösterir.

10. Konuşma İçeriğinin Yoksulluğu

0 1 2 3 4 5

Hastanın yanıtları miktar olarak yeterlidir; fakat muğlak, aşırı somut veya aşırı genelleme eğilimindedirler ve çok az bilgi aktarır.

11. Bloka

0 1 2 3 4 5

Hasta, kendiliğinden veya konuştuğu konu hatırlatıldığında, düşünce dizisinin kesintiye uğradığını ifade eder.

12. Yanıt Süresinde Uzama

0 1 2 3 4 5

Hasta soruları yanıtlamak için fazla zamana gereksinme duyar. Bu konu hatırlatıldığında, hastanın sorunun farkında olduğu görülür.

13. Alogiyanın Bütünsel Derecelendirilmesi

0 1 2 3 4 5

Alogiyanın çekirdek özellikleri, konuşma ve düşünce içeriğinin yoksulluğudur.

AVOLUTION-APATİ/ İRADESİZLİK-İLGİSİZLİK

İnsiyatif veya Hedefin Olmaması

14. Öz Bakımı ve Temizlik

0 1 2 3 4 5

Hastanın elbiseleri dökük saçık ya da kirli olabilir, saçları yağlanmış, kendisi kendisi temizlenmemeye bağlı kokuyor olabilir.

15. İş veya Okulda Sebatsızlık

0 1 2 3 4 5

Hastanın iş arama ve sürdürmede, okul ödevlerini tamamlamada, evi temizlemede güçlükleri vardır. Eğer hasta hastanede yatıyorsa, örneğin toplu oyun oynama gibi koğuş etkinliklerini sürdürmez.

16. Fiziksel Anergia (Hareketsizlik)

0 1 2 3 4 5

Hasta fiziksel olarak hareketsiz olma eğilimindedir. Saatlerce oturabilir ve kendiliğinden hiçbir hareket göstermez.

17. İradesizlik/ilgisizliğin Bütünsel Derecelendirilmesi

0 1 2 3 4 5

Eğer özellikle belirgin ise, asıl ağırlık bir veya iki önemli belirtiye verilmelidir.

ANHEDONİ-ASOSYALLİK/ZEVK ALAMAMA TOPLUMSAL İLİŞKİ KURAMAMA

18. Oyalamcı İlgi ve Etkinlikler

0 1 2 3 4 5

Hastanın ilgileri çok az veya hiç yoktur. Bu ilgilerin hem niteliği hem niceliği dikkate alınmalıdır.

19. Cinsel İlgi ve Etkinlik

0 1 2 3 4 5

Hasta cinsel ilgi ve etkinlikte bir azalma gösterebilir veya etkin olduğunda da zevk almada bir azalma vardır.

20. Yakınlık ve Dostluk Kurma Yeteneği

0 1 2 3 4 5

Hasta, özellikle karşı cins ve ailesiyle başta olmak üzere yakın veya dostça ilişkiler kurmada bir yetersizlik sergiler.

21. Arkadaş ve Akranlar İle İlişkiler

0 1 2 3 4 5

Hastanın çok az arkadaşı vardır veya hiç yoktur. Bütün zamanını yalnız geçirmeyi tercih eder.

22. Anhedoni-Asosyalitenin Bütünsel Derecelendirilmesi

0 1 2 3 4 5

Bu derecelendirme hastanın yaşı, aile durumu vb. durumları da hesaba katarak ayrıntılı şiddeti yansıtmalıdır.

DİKKAT

23. Sosyal Dikkatsizlik

0 1 2 3 4 5

Hasta ilgisiz görünür. Uyuşturucu madde etkisindeymiş gibi bir görünüm içindedir.

24. Zihinsel Durum Testleri Esnasında Dikkatsizlik

0 1 2 3 4 5

7 (yedi) rakamıyla yapılan seri testleri (en az beş çıkarma işlemi olmalı) ve ‘Dünya’ kelimesini geriye doğru harf harf okuma testi.

25. Dikkatin Bütünsel Derecelendirilmesi

0 1 2 3 4 5

Bu derecelendirme, klinik olarak ve testler açısından hastanın ayrıntılı yoğunlaşmasını değerlendirmelidir.

ANLAMA (Duygulanımsal düzleşme/Küntleşme):

ALOGİA:

AVOLUTION/APATİ:

ANHEDONİ/ASOSYALLİK:

DİKKAT:

TOPLAM PUAN:

EK-14: Şizofreni Hastaları İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

Bu çalışma, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsüne bağlı olarak Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Doktora programı çerçevesinde yürütülen bir tez çalışmasıdır. Bu çalışma, şizofrenik hastalara ve bakım vericilerine uygulanacak psikoeğitimin ve telepsikiyatrik izlemin hastanın sosyal işlevselliğine ve bakım vericilerin aile yüküne etkisini ölçmek amaçlanmaktadır. 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 altı tane anket yer almaktadır. Gösterdiğiniz ilgi, yardım ve işbirliği için teşekkür ederim.

Araştırmacı: Öğr. Gör. Birgül Özkan

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Emine Erdem

HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Çalışmanın adı: Şizofreni Hasta ve Ailesine Verilen Psikoeğitim ve Telepsikiyatrik İzlem Yönteminin

Hasta İşlevselliğine ve Aile Yüküne Etkisi

Çalışmanın amacı: Bu araştırma, şizofreni hastaları ve bakım vericilerine klinikte verilen psikoeğitim ve taburculuk sonrası düzenli telefon görüşmesi ile yapılan telepsikiyatrik izlemin hastaların sosyal işlevselliğine, psikiyatrik semptomlarına ve ilaç uyumlarına; bakım vericilerin duygu dışı vurum, depresyon ve aile yükü düzeylerine olan etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak yapılacaktır.

Bu çalışma sırasında hastalığınızın belirtileri, sosyal işlevselliğiniz ve ilaç uyum düzeyiniz herhangi bir uygulama yapılmadan değerlendirilerek, diğer grupla karşılaştırılacaktır. Bu değerlendirme eğitim öncesi, eğitim sonrası 1.ayda ve telefon izlemi sonrası 6. ayda bir hemşire akademisyen tarafından yapılacaktır.

Benyukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen “Şizofreni Hasta ve Ailesine Verilen Psikoeğitim ve Telepsikiyatrik İzlem Yönteminin

Hasta İşlevselliğine Ve Aile Yüküne Etkisi” isimli çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman tedavimi üstlenenlerin benim tedavimi bilinen en iyi şekilde ve yöntemlerle sürdürmeye devam edeceğini anladım.

Bu koşullarda söz konusu çalışmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

EK-15: Şizofreni Hastalarının Bakım Vericileri İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BAKIM VERİCİ BİLGİLENDİRME FORMU

Bu çalışma, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsüne bağlı olarak Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Doktora programı çerçevesinde yürütülen bir tez çalışmasıdır. Bu çalışma, şizofrenik hastalara ve bakım vericilerine uygulanacak psikoeğitimin ve telepsikiyatrik izlemin hastanın sosyal işlevselliğine ve bakım vericilerin aile yüküne etkisini ölçmek amaçlanmaktadır. 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 altı tane anket yer almaktadır. Gösterdiğiniz ilgi, yardım ve işbirliği için teşekkür ederim.

Araştırmacı: Öğr. Gör. Birgül Özkan

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Emine Erdem

BAKIM VERİCİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Çalışmanın adı: Şizofreni Hasta ve Ailesine Verilen Psikoeğitim ve Telepsikiyatrik İzlem Yönteminin

Hasta İşlevselliğine ve Aile Yüküne Etkisi

Çalışmanın amacı: Bu araştırma, şizofreni hastaları ve bakım vericilerine klinikte verilen psikoeğitim ve taburculuk sonrası düzenli telefon görüşmesi ile yapılan telepsikiyatrik izlemin hastaların sosyal işlevselliğine, psikiyatrik semptomlarına ve ilaç uyumlarına; bakım vericilerin duygu dışı vurum, depresyon ve aile yükü düzeylerine olan etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak yapılacaktır.

Bu çalışma sırasında hastanıza bakım verirken yaşadığınız duygu dışıavurum, aile yükü ve depresyon düzeyleriniz herhangi bir uygulama yapılmadan değerlendirilerek, diğer grupla karşılaştırılacaktır. Bu değerlendirme eğitim öncesi, eğitim sonrası 1.ayda ve telefon izlemi sonrası 6. ayda bir hemşire akademisyen tarafından yapılacaktır.

Benyukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen “Şizofreni Hasta ve Ailesine Verilen Psikoeğitim ve Telepsikiyatrik İzlem Yönteminin

Hasta İşlevselliğine Ve Aile Yüküne Etkisi” isimli çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman tedavimi üstlenenlerin benim tedavimi bilinen en iyi şekilde ve yöntemlerle sürdürmeye devam edeceğini anladım.

Bu koşullarda söz konusu çalışmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

EK-16:**ŞİZOFRENİK HASTALARIN TELEFON İZLEMİNE İLİŞKİN EK TABLOLAR****Deney Grubundaki Hastaların Altı Aylık Telefon İzlem Sonuçları****Tablo 1.** Deney Grubundaki Hastaların Altı Aylık Telefon İzleminde Kendilerini Nasıl Hissettiklerine İlişkin İfadeleri

Hasta İfadeleri	1.ay		2.ay		3.ay		4.ay		5.ay		6.ay	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
İyi, mutlu	6	18.7	10	31.2	6	18.7	11	34.3	13	40.6	12	37.5
Kötü hissetme	5	15.6	6	18.7	8	25.0	6	18.7	4	12.5	4	12.5
Endişeli	7	21.8	7	21.8	3	9.3	8	25.0	4	12.5	4	12.5
Gergin, öfkeli	9	28.1	3	9.3	6	18.7	3	9.3	3	9.3	6	18.7
Ne olacağını bilememe	1	3.1	2	6.2	4	12.5	2	6.2	4	12.5	2	6.2
Kendine güvenmeme	4	12.5	4	12.5	6	18.7	2	6.2	4	12.5	4	12.5
Toplam	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0

Tablo 3. Deney Grubundaki Hastaların Altı Aylık Telefon İzleminde İlaçlarını Bilme ve Alma Durumlarına İlişkin İfadeleri

Hasta İfadeleri	1.ay		2.ay		3.ay		4.ay		5.ay		6.ay	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
İlaçları, doktorun söylediği şekilde ve devamlı kullanma	6	18.7	11	33.3	11	33.3	11	33.3	4	12.5	16	50.0
İlaçlarını bilme ve kullanmak istemediği için kullanmama	11	34.3	6	18.7	5	15.6	4	12.5	2	6.2	8	25.0
İlaçlarını bilme ve ailesinin zorla vermesi	5	15.6	3	9.3	6	18.7	7	21.8	5	15.6	3	9.3
İlaçlarını bilme, kendisi zamanında ve istekli olarak kullanma	4	12.5	4	12.5	4	12.5	3	9.3	5	15.6	1	3.1
İlaçlarının ne olduğunu bilmeme, ama düzenli kullanma	1	3.1	3	9.3	1	3.1	3	9.3	10	31.2	3	9.3
İlaçlarının bilmeme, ama ailesinin zorla vermesi	3	9.3	2	6.2	2	6.2	2	6.2	3	9.3	1	3.1
İlaçlarını yan etkilerinden dolayı kullanmama	2	6.2	3	9.3	3	9.3	2	6.2	3	9.3	-	-
Toplam	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0

Tablo 4. Deney Grubundaki Hastaların Altı Aylık Telefon İzleminde Hastalık Belirtileri Görülme Durumlarına İlişkin İfadeleri

Hasta İfadeleri	1.ay		2.ay		3.ay		4.ay		5.ay		6.ay	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Şiddetli	-	-	2	6.2	9	28.1	1	3.1	-	-	-	-
Orta	6	18.8	3	9.3	6	18.8	6	18.8	1	3.1	-	-
Belirgin değil/kısmen	9	28.1	16	50.0	13	40.6	17	53.1	12	37.5	11	34.3
Hastalık belirtileri yok	9	28.1	7	21.8	2	6.2	5	15.6	16	50.0	16	50.0
Bilmiyor	8	25.0	4	12.5	2	6.2	3	9.3	3	9.3	5	15.7
Toplam	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0

Tablo 5. Deney Grubundaki Hastaların Altı Aylık Telefon İzleminde Öğrenmek İstedikleri Konulara İlişkin İfadeleri

Hasta İfadeleri	1.ay		2.ay		3.ay		4.ay		5.ay		6.ay	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
İlaçları daha ne kadar süre kullanacağı	12	37.5	13	40.6	12	37.6	9	28.2	10	31.2	15	46.8
İlaçların yan etkileri için neler yapabileceği	12	37.5	11	33.4	10	31.2	7	21.8	8	25.0	6	18.7
Konu yok	8	25.0	8	25.0	10	31.2	16	50.0	14	43.8	11	33.3
Toplam	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0

Tablo 6. Deney Grubundaki Hastaların Altı Aylık Telefon İzleminde Endişe Duydukları Konulara İlişkin İfadeleri

Hasta İfadeleri	1.ay		2.ay		3.ay		4.ay		5.ay		6.ay	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Endişeli değil	5	15.6	8	25.0	8	25.0	13	40.6	8	25.0	13	40.6
İyileşip iyileşmeyeceğine ilişkin endişeli	6	18.5	6	18.5	6	18.5	5	15.6	5	15.6	6	18.5
İlaçları sürekli kullanmaya ilişkin endişeli	6	18.5	8	25.0	4	12.5	5	15.6	7	21.8	5	15.6
Aile ile sürekli tartışma nedeni ile endişeli	10	31.8	5	15.6	9	28.2	5	15.6	7	21.8	5	15.6
Bakım evi/huzur evine bırakılma korkusu	5	15.6	5	15.6	6	18.7	3	9.3	4	12.5	3	9.3
Toplam	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0

EK-17:

Deney Grubundaki Bakım Vericilerin Altı Aylık Telefon İzlem Sonuçları

Tablo 7. Deney Grubundaki Bakım Vericilerin Altı Aylık Telefon İzleminde Hastalarının Nasıl Hissettiklerine İlişkin İfadeleri

Bakım Verici İfadeleri	1.ay		2.ay		3.ay		4.ay		5.ay		6.ay	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
İyi, mutlu, keyifli	12	37.5	7	21.8	5	15.6	13	40.6	21	65.6	13	40.6
Hastanın kötü hissettiğini söylemesi ve mutsuz/durgun görme	5	15.6	1	3.1	8	25.0	11	34.3	5	15.6	7	21.8
Nedensiz heyecanlı, endişeli, kaygılı, yerinde duramama	8	25.0	10	31.2	9	28.2	7	21.8	2	6.2	4	12.5
Saldırgan, gergin, öfkeli	6	18.7	11	34.3	3	9.3	1	3.1	2	6.2	4	12.5
Duyduğu sesler vb halusinasyonlardan korkma	1	3.1	3	9.3	7	21.8	-	-	2	6.2	4	12.5
Toplam	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0

Tablo .10. Deney Grubundaki Bakım Vericilerin Altı Aylık Telefon İzleminde Hastalarında Hastalık Belirtilerinin Görülmesine İlişkin İfadeleri

Bakım Verici İfadeleri	1.ay		2.ay		3.ay		4.ay		5.ay		6.ay	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Şiddetli	2	6.2	2	6.2	1	3.1	1	3.1	2	6.2	3	9.3
Orta	10	30.3	6	18.6	6	18.6	10	30.3	2	6.2	3	9.3
Belirgin değil ama sanki var	7	21.7	7	24.7	5	15.5	5	15.5	11	33.4	11	33.4
Yok	9	27.9	9	27.9	12	37.2	15	46.5	9	27.9	9	27.9
İzleyememe/fark edememe	4	12.4	8	24.8	8	24.8	1	3.1	8	24.8	6	18.6
Toplam	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0

Tablo 11. Deney Grubundaki Bakım Vericilerin Altı Aylık Telefon İzleminde Öğrenmek İstedikleri Konulara İlişkin İfadeleri

[illegible]

Tablo 12. Deney Grubundaki Bakım Vericilerin Altı Aylık Telefon İzleminde Hastalarının Endişelerine İlişkin İfadeleri

Bakım Verici İfadeleri	1.ay		2.ay		3.ay		4.ay		5.ay		6.ay	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Endişeli değil	3	9.3	3	9.3	2	6.2	14	44.4	16	50.0	20	62.0
Endişeli, iyileşemeyeceğini söylüyor	5	15.5	5	15.5	9	27.9	6	18.6	2	6.2	7	21.7
İlaçların yan etkilerine ilişkin endişeli	14	44.4	12	37.2	16	50.0	8	24.8	11	34.1	3	9.3
Terk edileceği ne ilişkin korku	9	27.9	9	27.9	4	12.4	3	9.3	2	6.2	2	6.2
Bilmiyor/hastanın duygularını anlayamıyor	1	3.1	3	9.3	1	3.1	1	3.1	1	3.1	-	-
Toplam	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0

Tablo 13. Deney Grubundaki Bakım Vericilerin Altı Aylık Telefon İzleminde Araştırmacıdan Yardım Almak İstedikleri Konulara İlişkin İfadeleri

Bakım Verici İfadeleri	1.ay		2.ay		3.ay		4.ay		5.ay		6.ay	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Yalnız olmadıklarını hissetmek için telefon izleminin devam ettirilmesi	3	9.3	4	12.4	7	21.7	14	43.4	10	31	12	37.2
Hastanın ilaç kullanımının sürekliliği	8	24.8	3	9.3	6	18.6	8	24.8	4	12.4	5	15.5
Tekrarlı hastane yatışlarının azalması için neler yapılmalı	9	27.9	7	21.7	4	12.4	4	12.4	7	21.7	5	15.5
İlaçların yan etkilerini azaltmak için neler yapılmalı	3	9.3	8	24.8	6	18.6	2	6.2	4	12.4	4	12.4
Sorun yok	9	27.9	10	31.0	9	27.9	4	12.4	7	21.7	6	18.6
Toplam	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0	32	100.0

Ek-18 Akademik Kurul Kararı

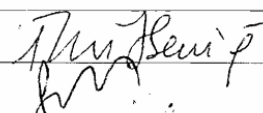
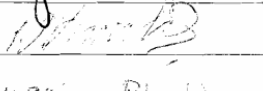
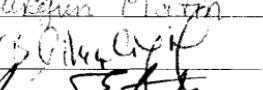
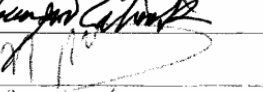
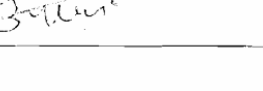
T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
KAYSERİ ATATÜRK SAĞLIK YÜKSEK OKULU
RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
AKADEMİK KURUL KARARLARI

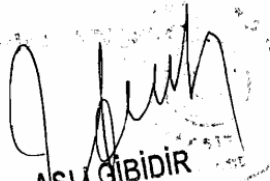
Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
04.12.2009	2009/12	12

Anabilim Dalı akademik kurulu 4 Aralık Cuma günü saat 11.00'da Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ümit SEVİĞ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

Yapılan görüşmeler sonunda; Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı aşağıdaki doktora programı öğrencisinin öğretim üyesinin danışmanlığında belirtilen konuda tez çalışması yapmasına oy birliği ile karar verildi.

Öğrencinin Adı Soyadı	Danışmanın Adı Soyadı	Tez Konusu
Birgül ÖZKAN	Yrd.Doç.Dr. Emine ERDEM	Şizofrenik Hasta ve Ailesine Verilen Psikoeğitim ve Telepsikiyatrik İzlem Yönteminin Hasta İşlevselliğine ve Aile Yüküne Etkisi

Öğretim Üyesi	Görevi	İmza
Prof.Dr. E.Ümit SEVİĞ	Anabilim Dalı Başkanı	
Doç.Dr. Sultan TAŞCI	Üye	
Prof.Dr. Nimet KARATAŞ	Üye	
Prof. Dr. Nurgün PLATİN	Üye	
Prof. Dr. Beylül DİKEÇLİĞİL	Üye	
Doç.Dr. Ramazan ERTÜRK	Üye	
Doç.Dr. Mürüvvet BAŞER	Üye	
Yrd.Doç.Dr. Meral BAYAT	Üye	


ASLI GİBİDİR

Ek-19 Enstitü Tez Kabul Belgesi



**T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

Sayı : B.30.2.ERC.01.00.01/ 500- 1045
Konu : Teze Başlama

18/12/2009

Sayın Birgül ÖZKAN

Enstitü Yönetim Kurulunun 15/12/2009 tarih ve 456 sayılı toplantısında; Yrd.Doç.Dr.Emine ERDEM'in danışmanlığında hazırlamış olduğunuz **"Şizofrenik Hasta ve Ailesine Verilen Psikoeğitim ve Telepsikiyatrik İzlem Yönteminin Hasta İşlevsellikğine ve Aile Yüküne Etkisi"** isimli tez projeniz, Yönetmeliğin 54. maddesine göre kabul edilmiştir. Bu duruma göre tezinizin **15/12/2011** tarihinde Enstitümüze teslim edilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Meral AŞCIOĞLU
MÜDÜR

Programa kayıt tarihi: 06/09/2007

Teze Başlama Tarihi : 15/12/2009

Tez Teslim Tarihi : 15/12/2011

Ek süre isteme dönemi: 2010-2011 Bahar dönemi bitmeden

Madde 49 — (1)Doktora programını tamamlama süresi; yüksek lisans derecesi ile kabul edilenler için sekiz yarıyıl, lisans derecesi ile kabul edilenler için on yarıyıldır. Bu Yönetmelik uyarınca başarısız olan öğrencinin Enstitü ile ilişkisi bu süreden önce kesilebilir.

(4)Öğrenci tezini, tez çalışmasına başladığı tarihten itibaren dört yarıyıldan (iki yıldan) önce Enstitüye sunamaz.

Madde 54 (4) d) Tez önerisi kabul edilen öğrenci için tez izleme komitesi, Ocak-Haziran ve Temmuz-Aralık ayları arasında birer kere olmak üzere yılda iki kez toplanır. Öğrenci, her toplantı tarihinden en az bir ay önce komite üyelerine yazılı bir rapor sunar. Bu raporda, o zamana kadar yapılan çalışmaların özeti ve bir sonraki yarıyıldan yapılacak çalışma planı belirtilir. Öğrencinin tez çalışması raporu, komite tarafından "başarılı" veya "başarısız" olarak değerlendirilir. Tez önerisi raporunu süresi içinde **(kayıt yenileme formları ile beraber)** sunmayan öğrenci o dönem için başarısız sayılır. Komite tarafından üst üste iki kez veya aralıklı olarak üç kez başarısız bulunan öğrencinin kaydı silinir.

Ek-20 Etik Kurul Kararı

KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	: KAYSERİ 1 NOLU ETİK KURULU
AÇIK ADRES	: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Melikgazi/KAYSERİ
TELEFON	: 0 352 437 49 10 - 11
FAKS	: 0 352 437 52 85
E-POSTA	: byancar@erciyes.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofrenik Hasta ve Ailesine verilen psikoeğitim ve telepsikiyatrik izlem yönteminin hasta işlevsellikğine ve aile yüküne etkisi						
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU							
	EUDRACT NUMARASI							
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yard.Doç.Dr. Emine Erdem						
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği						
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI							
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI							
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu						
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ							
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	Kayseri 1 No'lu Etik Kurulu						
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ							
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ							
	UZMANLIK TEZİ/ AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ	☒	AKADEMİK AMAÇLI	☐			
	ARAŞTIRMA FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐					
		FAZ 2	☐					
FAZ 3		☐						
FAZ 4		☐						
BE/BY		☐						
DİĞER		☐	Diğer ise belirtiniz					
İL AÇ DIŞI ARAŞTIRMA		☐	Belirtiniz					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ	☒	ÇOKMERKEZ	☐	ULUSAL	☐	ULUSLARARASI	☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dil		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	
	SİGORTA	
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	
	İL AN	
	YILLIK BİLDİRİM	
	SONUÇ RAPORU	
	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ	
	DİĞER	

Etik Kurul Değerlendirme Formu
28 Nisan 2009 Versiyon No: 1

Bahri YANÇAR
Kayseri 1 No'lu
etik Kurul Sekreteri

KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	: KAYSERİ 1 NOLU ETİK KURULU
AÇIK ADRES	: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Melikgazi/KAYSERİ
TELEFON	: 0 352 437 49 10 - 11
FAKS	: 0 352 437 52 85
E-POSTA	: byancar@erciyes.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofrenik Hasta ve Ailesine verilen psikoeğitim ve telepsikiyatrik izlem yönteminin hasta işlevselliğine ve aile yüküne etkisi			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU				
	EUDRACT NUMARASI				
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yard.Doç.Dr. Emine Erdem			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATORÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI				
	KOORDİNATORÜN UZMANLIK ALANI				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu			
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ				
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	Kayseri 1 No'lu Etik Kurulu			
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ				
	UZMANLIK TEZİ/ AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ	☒	AKADEMİK AMAÇLI	☐
	ARAŞTIRMA FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
FAZ 3		☐			
FAZ 4		☐			
BE/BY		☐			
DIĞER		☐	Diğer ise belirtiniz		
	İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMA	☐	Belirtiniz		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ	☒	ÇOKMERKEZ	☐	
	ULUSAL	☐	ULUSLARARASI	☐	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	
	SİGORTA	
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	
	İLAN	
	YILLIK BİLDİRİM	
	SONUÇ RAPORU	
	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ	
	DİĞER	

Ek-21 Kayseri Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi



T.C.
KAYSERİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Şube : Eğitim
Sayı : B104ISM4380009-773-99 - 93
Konu : Anket Uygulama İzni

25.02.2010 * 04571

EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞTABİBLİĞİNE
KAYSERİ

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı Öğrencilerinden Birgül ÖZKAN'ın "Şizofrenik Hasta ve Ailesine Verilen Psikoeğitim ve Telepsikiyatrik İzlem Yönteminin Hasta İşlevselliğine ve Aile Yüküne Etkisi" konulu tez çalışmasını hastanenizde yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

Hayrettin DÜŞÜKTAŞ
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

Ek 22. Kayseri Ruh Sağlığı Merkezi İzin Belgesi



**TC.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği**

BİRİMİ: Ruh Sağlığı Merkezi
Sayı : B.104.ISM.48.800.14/ 020 / 16624
Konu : Birgül ÖZKAN'ın Tez Çalışması Hk.

01.03.2010

**T.C.
KAYSERİ VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
KAYSERİ**

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı öğrencisi Birgül ÖZKAN'ın " Şizofrenik Hasta ve Ailesine verilen Psikoeğitim ve Telepsikiyatrik İzlem Yönteminin Hasta İşlevselleğine ve Aile Yüküne Etkisi " konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapmasında bir sakınca yoktur.

Gereği bilgilerinize arz olunur. '

Uzm Dr. Mustafa REYHANCAN
Baştabip Yrd.

ÖZ GEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: Birgül ÖZKAN

Uyruğu: Türkiye (TC)

Doğum Tarihi ve Yeri: 25 Mayıs 1974, KARS

Medeni Durumu: Evli

Tel: +90 352 4374901/42560

Fax: +90 312 4379182

email: ozbirgul@erciyes.edu.tr

Yazışma Adresi: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
AD 38039 Talas/KAYSERİ

EĞİTİM

Derece Kurum Mezuniyet Tarihi

Lisans: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Ankara, 1999.

Yüksek Lisans: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik AD, Kayseri, 2004.

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl Kurum Görev

1999-2000: Hacettepe Üniversitesi Beytepe İlköğretim Okulu – Okul Hemşiresi

2000-2005: Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD
Okutman

2005-2010: Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD
Öğretim Görevlisi

2010- : Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD
Öğretim Görevlisi

YABANCI DİL

İngilizce, Fransızca

YAYINLAR

Budak N, **Özkan B.** Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin demografik özellikleri üzerine bir araştırma. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2001, 10 (2): 47-54.

Özkan B., Seviğ Ü. Hemşirelerin atılganlık düzeyleri, Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal) 2007; 29(1): 40-46.

Ördek B. The aggressive and potentially patient. 9th World Congress of Biological Psychiatry, 28 Haziran - 2 Temmuz 2009, Paris, Fransa.