

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AİLEDEN AİLEYE DESTEK PROGRAMININ
ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM
VERENLERİN RUH SAĞLIKLARINA VE
BAŞETME YÖNTEMLERİNE ETKİSİ**

KERİME BADEMLİ

**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ**

İZMİR-2012

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2008970107

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AİLEDEN AİLEYE DESTEK PROGRAMININ
ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM
VERENLERİN RUH SAĞLIKLARINA VE
BAŞETME YÖNTEMLERİNE ETKİSİ**

**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ**

KERİME BADEMLİ

Danışman Öğretim Üyesi: DOÇ.DR.ZEKİYE ÇETİNKAYA DUMAN

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2008970107

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı öğrencisi Kerime BADEMLİ “**Aileden Aileye Destek Programının Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Ruh Sağlıklarına Ve Başetme Yöntemlerine Etkisi**” konulu Doktora tezini 5.07.2012 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



BAŞKAN

Doç. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN



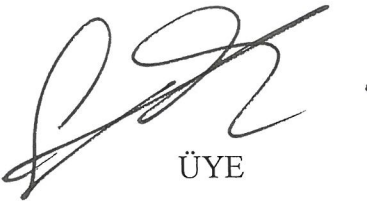
ÜYE

Prof. Dr. Zuhal BAHAR



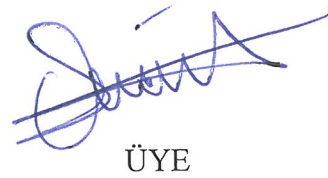
ÜYE

Prof. Dr. Besti ÜSTÜN



ÜYE

Doç. Dr. Esra ENGİN



ÜYE

Yrd.Doç.Dr. Şeyda DÜLGERLER

YEDEK ÜYE

Yrd.Doç.Dr.Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ

YEDEK ÜYE

Prof.Dr.Olcay ÇAM

İÇİNDEKİLER	
İÇİNDEKİLER	i
TABLO DİZİNİ	ii
ŞEKİL DİZİNİ	iii
KISALTMALAR	iv
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1.GİRİŞ VE AMAÇ	3
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2.Araştırmanın Amacı	5
1.3.Araştırmanın Hipotezleri	6
2.GENEL BİLGİLER	7
2.1.Şizofreni ve Aile	7
2.2.Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerde Ruhsal Sağlık	9
2.3.Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerde Başetme	11
2.4.Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Gereksinimleri	14
2.5.Şizofreni Hastasına Bakım Verenlere Yönelik Müdahale Programları	15
2.6.Kendi Kendine Yardım Grupları ve Akran Desteği	17
2.6.Şizofreni Hastasına Bakım Verenlere Yönelik AAD Programları	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1.Araştırmanın tipi	22
3.2.Araştırmanın yeri ve zamanı	22
3.3.Araştırmanın evreni ve örnekleme	22
3.4.Çalışma materyali	24
3.5.Araştırmanın değişkenleri	27
3.6.Veri toplama araçları	28
3.7.Araştırma planı	31
3.8.Verilerin değerlendirilmesi	32
3.9.Araştırmanın sınırlılıkları	32
3.10.Etik kurul onayı	33
4. BULGULAR	34
5. TARTIŞMA	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	54
7. KAYNAKLAR	56
8. EKLER	65

TABLULAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1: Çalışmada Kullanılan Ölçüm Araçlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları.....	29
Tablo 2: Aileden Aileye Destek Grubu ve Kontrol Grubundaki Şizofreni Hastalarının Bakım Verenlerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 3: Aileden Aileye Destek Grubu ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Yaş ile Hastalık ve Bakım Verme Süresi Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4: Aileden Aileye Destek Grubu ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Zamana Göre Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 5: Aileden Aileye Destek Grubu ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Zamana Göre Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	38

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1: Araştırmanın Örnekleminin Oluşturulması	24
--	----

KISALTMALAR

GSA..... Genel Sağlık Anketi

SBÇTÖ.....Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

AAD.....Aileden Aileye Destek

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca beni her zaman destekleyen, çalışmalarına rehberlik eden, deneyimlerini ve zamanını esirgemeyen değerli danışman hocam Sayın Doç.Dr. Zekiye Çetinkaya Duman'a,

Araştırma süreci boyunca verdikleri destek, öneri ve katkılarından dolayı Sayın Prof.Dr. Besti Üstün'e ve Sayın Prof.Dr. Zuhâl Bahar'a,

Verilerin analizinde verdiği destekten dolayı Sayın Saniye Çimen'e

Verilerimi uygun koşullarda toplamama olanak sağlayan İzmir Şizofreni Dayanışma Derneği Başkanı Sayın Nilgün Durna'ya,

Doktora eğitimim süresince bana destek olan Sayın Prof.Dr.Kadriye Buldukoğlu'na ve arkadaşlarıma,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm şizofreni hastasına bakım verenlere,

Hayatım boyunca desteğini esirgemeyen aileme ve her konuda yanımda olan eşime teşekkür ederim.

**AİLEDEN AİLEYE DESTEK PROGRAMININ ŞİZOFRENİ HASTALARINA
BAKIM VERENLERİN RUH SAĞLIKLARINA VE BAŞETME YÖNTEMLERİNE
ETKİSİ**

KERİME BADEMLİ
Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu
kerimedemirbas@akdeniz.edu.tr

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı aileden aileye destek (AAD) programının, şizofreni hastalarına bakım verenlerin başetmeyöntemleri ve ruh sağlığı üzerine etkisini incelemektir.

Yöntem: Araştırmada randomize kontrollü girişimsel ve programa yönelik görüşleri belirlemek amacıyla kalitatif araştırma deseni kullanılmıştır. Araştırma İzmir Şizofreni Dayanışma Derneği'ne kayıtlı şizofreni hastasına bakım verenlerle yapılmıştır. Araştırmada "Genel Sağlık Anketi"(GSA) ve "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği"(SBÇTÖ) kullanılmıştır. Araştırma üç adımda yürütülmüştür. Birinci adımda "AAD Programı" geliştirilmiştir. İkinci adımda "AAD Programı'nı" sürdürecekt kişiler belirlenmiş ve eğitilmiştir. Üçüncü adımda eğitim alan bakım verenler diğer bakım verenleri eğitmişlerdir. Program öncesi, sonrası, üçüncü ve altıncı ayda AAD ve kontrol grubuna GSA ve SBÇTÖ uygulanmıştır. AAD grubunda 22, kontrol grubunda 24 olmak üzere 46 bakım veren ile çalışma tamamlanmıştır. AAD grubuna katılanlardan 20'si kalitatif bölümün örneklemini oluşturmuşlardır.

Bulgular: AAD grubundaki bakım verenlerin dört ölçümdeki GSA puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu, kontrol grubundaki bakım verenlerin dört ölçümden elde edilen puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. SBÇTÖ alt boyutlarına göre AAD programına katılan bakım verenlerin, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama yaklaşım puanları kontrol grubundaki bakım verenlerin puanlarından yüksek olduğu bulunmuştur. AAD grubundaki bakım verenlerin SBÇTÖ alt boyutlarından, çaresiz yaklaşım puanı kontrol grubundaki bakım verenlerin puanlarından düşük çıkmıştır. SBÇTÖ'nin boyun eğici yaklaşım alt boyutu puanlarında ise iki grup arasında anlamlı fark yoktur. Kalitatif bulgularda dört tema belirlenmiştir.

Sonuç: AAD programının şizofreni hastalarının bakım verenlerinin baş etme yöntemleri ve ruh sağlığı üzerinde olumlu sonuçları vardır. Benzer programların düzenli olarak uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Aileden aileye destek, baş etme, ruh sağlığı, bakım veren, şizofreni

**EFFECTS OF FAMILY TO FAMILY SUPPORT PROGRAM ON MENTAL
HEALTH AND COPING STRATEGIES OF CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIA
PATIENTS**

ABSTRACT

Objective: This study aims to investigate the effects of family to family support program on coping strategies and mental health of care givers of schizophrenia patients.

Method: This study was conducted with a randomized controlled intervention study and to investigate perspectives on the program qualitatively. The study sample included caregivers of schizophrenia patients who were registered members of Izmir Schizophrenia Solidarity Association. The study data were collected with a General Health Questionnaire Form and a Coping Strategies Scale. The study was carried out in three steps. The first step included designing a Family to Family Support Program. People who would implement the program were selected and trained in the second step. In the third step, caregivers who were trained in the program trained other caregivers. General Health Questionnaire and Coping Strategies Scale were applied to both control group and family to family support group before and after implementing the program, and in the third and the sixth month. The study was completed with 46 caregivers, 22 in family to family support group and 24 in control group. 20 attended caregiver to family to family support program constituted the sampling of the qualitative study.

Findings: It was found that there was a highly meaningful difference between the mean scores of General Health Questionnaire of caregivers in family to family support group during all four measurements throughout the study. It was further noted that the mean scores of caregivers in control group weren't meaningfully different. Caregivers in family to family support group had higher scores in the subdimensions of Coping Strategies Scale, such as self-esteemed approach, optimistic approach, and seeking social support approach, in comparison to those in control group. Caregivers in family to family support group had comparatively lower scores in desperate approach subdimension than those in control group. It was finally added that there was no meaningful difference between both groups in submissive approach subdimension. Four themes were identified in qualitative findings.

Results: In light of the results, it was concluded that family to family support program positively affected coping strategies and mental health of caregivers of schizophrenia patients. Implementation of similar programs are recommended on a regular basis.

Key Words: Family to family support, coping, mental health, caregivers, schizophrenia

1. GİRİŞ VE AMAC

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Şizofreni bireyin duygulanım, düşünce, algılama ve davranış alanlarını olumsuz yönde etkileyen kronik ruhsal bir hastalıktır. Şizofreni hastaları aile içinde ve toplumda kendilerinden beklenen rolleri yerine getiremedikleri için zorluk yaşamakta ve sürekli olarak aile bakımı ve desteğini almak zorunda kalmaktadır (Saunders 2003). Şizofreni hastalarının çoğu aileleri ile birlikte yaşamaktadır ve aileler çoğu zaman bakım verme rolünü herhangi bir destek almadan yerine getirmektedirler (Schenk 2008). Kronik ruhsal hastalıklar, hastanın olduğu kadar aile üyelerinin de yaşamını olumsuz etkilemekte ve stres yaşamalarına neden olmaktadır (Addington ve ark. 2005, Chien 2008, Li ve ark. 2007).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım verenlerinde yaşadıkları stresin sonucu olarak depresif semptomlar ve anksiyete görülme oranı yüksek bulunmuştur (Magana ve ark. 2007, Perlick ve ark. 2007). Saunders (2003), tarafından yapılan literatür taramasında, şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin depresyon prevalansının genel nüfusa kıyasla iki kat daha yüksek olduğu ve yaşadıkları stres arttıkça depresif semptomların ve yüklerinin arttığı belirtilmektedir. Sağlık çalışanları tarafından ailelere bilgi verilmesi, duyguların paylaşmasının desteklenmesi, dinlenilmesi ve erken müdahale ailelerin başetmelerini güçlendirmektedir (Gavois ve ark. 2006). Magliano ve arkadaşları (1998) tarafından yapılan çalışmada şizofreni hastasına bakım verenlerin sağlık çalışanlarından profesyonel destek almalarının stresle başetme düzeylerini arttırdığı belirtilmektedir.

Şizofreni tedavisinde hasta, aile ve sağlık çalışanlarının işbirliği içinde olması tedavinin etkinliğini arttırmakta, hastalığın tekrarlama ve tekrar hastaneye yatış oranını azalttığı belirtilmektedir (Doğan 2002, Maldonado ve Urizar 2007). Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalığının tedavisinde tıbbi müdahaleler ile birlikte psikososyal müdahalelerin de önemli olduğu vurgulanmaktadır (Chien 2008, Doğan 2002, Glynn ve ark. 2006, Maldonado ve Urizar 2007, Saunders 1999). Kullanılan psikososyal yaklaşımlar, psikoeğitim, bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi, sosyal beceri eğitimi, işe uyumlandırma terapileri, bilişsel davranışçı terapilerdir (Doğan 2002). Şizofreni tedavisinde hastalara yönelik psikososyal tedavilerle birlikte aileye yönelik psikoeğitim, aile destek grupları ve danışmanlık gibi müdahaleler uygulanmaktadır (Chien ve ark. 2008, Dixon ve ark. 2001, Solomon 2000). Pilling ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan meta analiz çalışmasında şizofreni hastalarının bakım verenlerine uygulanan psikososyal müdahalelerin hastalığın tekrarlanmasını, hastanın tekrar hastaneye yatışını azalttığı ve ilaç tedavisine uyumunu

arttırdığı belirtilmektedir. Waltz ve ark.(2001), tarafından şizofreni hastalarının aileleri ile yapılan çalışmaların meta analizinde aile müdahalelerinin hastalığın tekrarlanma oranını %20 azalttığı belirtilmektedir. Ancak aile müdahaleleri sadece araştırma dahilindeki ailelere uygulanmakta, bazı aileler hastaları hastaneye yattığı zaman hizmet alabilmektedirler (Lincoln ve ark. 2007, Fung ve Fry 1999).

Aile müdahalelerinin sağlık çalışanları tarafından yürütülen uygulamaların içinde yer almaması AAD programlarının ortaya çıkmasına neden olmuştur (Dixon ve ark. 2001, Schenk ve ark. 2006). Son yıllarda aile müdahalelerinden biri olan, akran bilgi desteği sağlayan destek programlarının uygulamasının arttığı görülmektedir (Chien ve ark. 2008, Chien 2008). Aile destek programları benzer problemi olan ailelerle duyguların paylaşılması, karşılıklı duygusal destek ve bilgi paylaşımını içermektedir. Bu programlarda bakım verenler arasında hastalık nedenleri, baş etme stratejileri ve hastalık yönetimi ile ilgili bilgi paylaşımları olmaktadır (Solomon 2000).

AAD programı ailelere ruhsal hastalıklar konusunda bilgi sağlayan duygu ve düşüncelerin paylaşıldığı toplumda yürütülen destek programıdır. Bu programlarda gönüllü aile üyeleri sağlık çalışanları tarafından eğitilmekte, eğitim alan aile üyeleri de diğer aile üyelerini eğitmektedir (Burland 1998). AAD programlarının içerikleri ruhsal hastalıklar, ilaçlar ve diğer tedaviler hakkında bilgi, problem çözme becerilerini geliştirme, stresle baş etme, hasta ile iletişim becerilerini geliştirme, deneyimlerin ve yaşanan zorlukların paylaşılması ve toplum kaynakları gibi konulardan oluşmaktadır (Dixon 2001, Chien 2008, Schenk 2008). AAD programı uygulanarak yapılan çalışmaların sonucunda bakım verenlerin, ruhsal hastalığın nedenleri ve tedavisi hakkındaki bilgilerinin arttığı (Dixon ve ark. 2004, Chien 2008, Schenk 2008), yaşadıkları güçlüklerle daha kolay baş edebildikleri(Chien 2008), kendilerini güçlü hissettikleri(Schenk 2008), olumsuz duygularının azaldığı (Dixon ve ark. 2004), sosyal desteklerinin arttığı ve hasta birey hakkındaki kaygılarının azaldığı(Young 2001) belirtilmektedir.

Ülkemizde kronik psikiyatri hastalarının bakım verenlerine uygulanan aile müdahaleleri ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, aile müdahalesi uygulaması sonucu, hasta yakınlarının bakımda yaşadıkları güçlüklerinin azaldığı ve stresle olumlu baş etmeler geliştirdikleri (Tel ve Trakye 2000), aile işlevlerinde olumlu değişiklikler olduğu (Dülgerler 2004) ve hastaların ilaç tedavisi ve kontrol randevularına uyumunun arttığı (Duman ve ark. 2007), duygu ifadelerinde ise değişiklik olmadığı belirtilmektedir (Arslantaş ve ark. 2009, Duman ve ark. 2007). Belirtilen olumlu etkilerine rağmen kronik psikiyatri hastalarının bakım

verenlerine yönelik aile müdahaleleri hem yatan hasta klinikleri hem de ayaktan hasta takibinin yapıldığı polikliniklerde rutin uygulamalar içinde yer almamaktadır. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de şizofreni hastalarının bakım verenlerine yönelik, bakım verme sürecinde yaşadıkları zorluklarla baş etmelerini geliştirebilecek sistematik, planlı ve sürekli müdahale programları uygulanmamaktadır. Yapılan çalışmalarda, şizofreni hastalarının bakım verenlerine müdahale uygulanmamasının nedenleri, hastanın hastanede kalış süresinin kısa olması, klinik uygulama rutinleri içinde ailelere yönelik programların olmaması, aile müdahaleleri konusunda yetişmiş insan gücünün az olması, zaman yetersizliği ve klinik deneyim yetersizliğidir (Rose ve ark. 2004, Rummel ve ark. 2005). Uygulamada ailelere yönelik yapılandırılmış ve sürekliliği olan programların olmaması nedeniyle bakım verenler gereksinim duydukları bilgi ve desteği alamamaktadırlar. Şizofreni hastasına bakım verme rolünü yerine getirirken yaşadıkları stres ile başetme konusunda güçlük yaşamaktadırlar ve ruh sağlığının bozulması yönünden riskleri artmaktadır. AAD programının geliştirilmesi ve uygulanmaya başlanması ile bakım verenlerin birbirinden duygusal destek alabilecekleri bir ortam oluşturularak, birbirileri ile etkileşimde bulunmaları, ruhsal hastalığın nedenleri ve tedavisi hakkındaki bilgilerinin artması, yaşadıkları güçlüklerle baş edebilmeleri ve ruhsal sağlıklarının korunması hedeflenmektedir. Ayrıca AAD programının oluşturulması ve ülke genelinde yaygınlaştırılması ile ulusal ruh sağlığı politikasında belirtilen kronik psikiyatri hastalarının ailelerinin tedavi ve rehabilitasyon sürecine dahil edilmeleri hedeflenmektedir. Ülkemizde AAD destek programlarına ve bu konuda ilgili çalışmalara ulaşamamıştır. AAD programı geliştirilmesi ve deneysel çalışma ile etkililiğinin belirlenmesine gereksinim duyulmaktadır. Bu nedenle çalışmanın literatüre önemli bir katkı vereceği düşünülmektedir.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amaçları,

1-Araştırma AAD programının, şizofreni hastalarının bakım verenlerinin baş etmeleri ve ruh sağlığı üzerine etkisini incelenmesi,

2- Aileden aileye destek programına katılan şizofreni hastalarına bakım verenlerinin programa ilişkin duygu düşünce ve deneyimlerinin belirlenmesidir.

1.3. Girişimsel Bölümün Hipotezleri

Hipotez 1: AAD grubundaki bakım verenlerin program öncesi, program sonrası, üçüncü ay ve altıncı aydaki ruh sağlığı puan ortalamaları ile kontrol grubundaki bakım verenlerin ruh sağlığı puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olacaktır.

Hipotez 2.a: AAD grubundaki bakım verenlerin program öncesi, program sonrası, üçüncü ay ve altıncı aydaki stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin(SBÇTÖ) iyimser yaklaşım alt boyutu puan ortalamaları kontrol grubundaki bakım verenlerin iyimser yaklaşım alt boyutu puan ortalamalarından daha yüksek olacaktır.

Hipotez 2.b: AAD grubundaki bakım verenlerin program öncesi, program sonrası, üçüncü ay ve altıncı aydaki SBÇTÖ kendine güvenli yaklaşım alt boyutu puan ortalamaları kontrol grubundaki bakım verenlerin kendine yaklaşım alt boyutu puan ortalamalarından daha yüksek olacaktır.

Hipotez 2.c: AAD grubundaki bakım verenlerin program öncesi, program sonrası, üçüncü ay ve altıncı aydaki SBÇTÖ çaresiz yaklaşım alt boyutu puan ortalamaları kontrol grubundaki bakım verenlerin çaresiz yaklaşım alt boyutu puan ortalamalarından daha düşük olacaktır.

Hipotez 2.d: AAD grubundaki bakım verenlerin program öncesi, program sonrası, üçüncü ay ve altıncı aydaki SBÇTÖ boyun eğici yaklaşım alt boyutu puan ortalamaları kontrol grubundaki bakım verenlerin boyun eğici yaklaşım alt boyutu puan ortalamalarından daha düşük olacaktır.

Hipotez 2.e: AAD grubundaki bakım verenlerin program öncesi, program sonrası, üçüncü ay ve altıncı aydaki SBÇTÖ sosyal destek arama alt boyutu puan ortalamaları kontrol grubundaki bakım verenlerin sosyal destek arama alt boyutu puan ortalamalarından daha yüksek olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Şizofreni ve Aile

Şizofreni kişinin alışlagelmiş algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak, kendine özgü bir içe kapanım dünyasında yaşadığı, duygulanım, düşünce, algılama ve davranış alanlarını olumsuz yönde etkileyen relapslarla giden kronik ruhsal bir hastalıktır (Saunders 2003). Şizofreni her toplum ve her coğrafi bölgede görülen bir bozukluktur. DSÖ 1980'li yıllarda dünyada %0.1 oranında şizofreni ve benzeri ağır ruhsal bozukluklar olduğunu ve tüm sakatlıkların %20'sinin ruhsal bozukluklardan kaynaklandığını belirtmektedir. DSÖ verilerine göre şizofreninin bir yıllık sıklığı binde 0.07 ile 0.14 arasında değişmektedir (Kültür ve ark. 2007). Amerika Birleşik Devletlerinde hastalığın yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %1'dir. Dünya genelinde her yıl 2 milyon yeni vaka ortaya çıkmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde toplam popülasyonun sadece yaklaşık %0.05'i bir yıl içinde şizofreni tedavisi almaktadır (Sadock ve Sadock 2009). Türkiye'de şizofreni yaygınlığı, farklı ülkelerde bildirilen tahminlerden daha yüksek olduğu ve Türkiye'de şizofreni yaşam boyu yaygınlığının 1000'de 8.9 olarak saptandığı belirtilmektedir (Binbay ve ark. 2010).

Şizofreni konusunda yapılan çalışmalarda şizofreninin çok sayıda etkenin bir araya gelmesi ile oluşan bir hastalık olduğu görüşüne varılmıştır. Bu görüşe göre bireylerin şizofreni için genetik bir yatkınlık taşıması söz konusu olabilir ancak bu yatkınlık başka etkenlerle karşılaşmadığı sürece ortaya çıkmamaktadır (Kültür ve ark. 2007). Şizofreninin ortaya çıkmasında en sık stres yatkınlık modeli kullanılmaktadır. Bu modele göre, şizofreni gelişen kişilerde özgün bir biyolojik yatkınlık vardır veya genetik yatkınlık stres tarafından tetiklenir ve şizofreni belirtilerine neden olur. Stresler genetik, biyolojik psikososyal veya çevresel olabilir. (Sadock ve Sadock 2009).

Şizofreninin nedeni ne olursa olsun, bireyin kişiler arası ilişkilerini, iş ve sosyal uyumunu, düşünce, duygu ve davranışlarını olumsuz etkilemektedir. Aile bir sistem olarak ele alındığında, sistemin parçaları arasında sürekli bir etkileşim vardır ve hastalık durumunda hasta bireydeki değişim tüm aileyi etkilemektedir (Eskin 2007). Şizofreni hastalığı ailede ağır stres yaratarak, aile dengesini bozabilmektedir (Öztürk 2001).

Hastalık ortaya çıktığı zaman hasta bireyde meydana gelen değişimler genellikle ilk önce aile üyeleri tarafından fark edilir. Aile üyeleri, anlamsız bakışlar, düşmanlık, kuşku, korku, sosyal geri çekilme, uyumama, kişisel hijyende bozulma gibi tuhaf davranışları

gözlemlerler. Bu tuhaf davranışlar karşısında aile üyeleri endişe yaşarlar. Şizofreni hastalığı ile karşı karşıya gelen aileler karmaşık duygular ve şaşkınlık içinde ve çoğu zaman ne yapacaklarını bilemez durumda olabilirler (Terschinsky 2000). Aile, hastalığı anlayamadığı için çoğu zaman yargılayıcı bir tutum içine girerek hasta bireyin tedavisini bilmeden uzatabilmektedir (Öztürk 2001). Hastalık ile karşılaşan aileler utanç, suçluluk, korku, çaresizlik, zorlanma, endişe, umutsuzluk, öfke ve kızgınlık gibi duygular yaşamaktadırlar (Saunders & Byrne 2002). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleri ile yapılan çalışmalarda ailelerin stres, anksiyete, depresyon, utanç, suçluluk, korku, çaresizlik, zorlanma, endişe umutsuzluk gibi duygular yaşadıkları belirtilmektedir (Gülseren, 2002; Saunders, 2003). Aile üyelerinin öfke ve kızgınlık içinde olmalarının en önemli nedeni çaresizlik hissetmeleridir. Hastalığın ortaya çıkışı ile ailenin toplumsal ekonomik durumu, geleceğe ilişkin planları ve olağan gidişleri altüst olmaktadır. (Soygür 1993).

Aileyi en çok tedirgin eden, gerginlik yaratan durum, ne olacağını bilememektir (Soygür 1993). Nasıl bir süreç yaşayacaklarını bilmeyen ve hastalarındaki değişimi şaşkınlıkla izleyen aile üyeleri tedirginlik/gerginlik ve kimi kez hastalığı ve hastayı gizleme davranışına bile neden olabilen bir utanç duygusu yaşarlar. Utanç duygusu, aile üyelerinde çaresizlik, öfke ve kızgınlık yaratabilir (Soygür 1999). Aileler utanma duygusu ve damgalanma korkusu nedeniyle tedavi için hastaneye başvurmadan kaçınarak hastalık ile kendi kendilerine mücadele etmeye çalışabilirler (Terschinsky 2000).

Şizofreni kavramıyla ilgili önyargılar ve bunların neden olduğu damga yalnızca hastaları değil aynı zamanda hasta yakınlarını da olumsuz etkilemektedir (Üçok 1999). Ruhsal hastalığı olan bireyler ve aileleri hastalık belirtileri ile baş etmeye çalışırken aynı zamanda toplum tarafından maruz kaldıkları damgalama ile mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar (Rüsch ve ark. 2005). Şizofreniye yönelik damgalama eğilimi ve bu eğilimin sonucu şizofreni hastalarının toplumdan dışlanması hastaların ve yakınlarının yaşam kalitesini bozmakta, tedaviye uyumlarını ciddi şekilde engellemektedir (Kıvırcık Akdede ve ark. 2004).

Şizofreni hastaları çoğunlukla aileleriyle birlikte evde yaşamaktadırlar (Saunders 2003). Bu nedenle aile üyeleri ailenin hasta bireyinin bakımında da önemli rol almaktadırlar. Hastalık ortaya çıktığında aile üyelerinden birisi hasta bireyin bakımını üstlenmek zorunda kalmaktadır. Bakım veren haline gelme seçilemez veya planlanamaz bir durumdur. Bu nedenle bu duruma uyum, durum ortaya çıktıktan sonra gerçekleşmektedir. Birinci derecede bakım veren kişi, hastanın günlük yaşantısının merkezinde olduğundan bakım sunma sorumlulukları arttıkça bakım sunma, bakım alma ilişkisi bakım verenin yaşamını sıkıntıya

sokan, tek yönlü, bağımlı, yoğun ve uzun dönemli bir zorunluluğa dönüşebilmektedir (Atagün ve ark. 2011). Bakım veren rolü zor, çaba ve emek gerektiren, öngörülemeyen bir deneyimdir. Bakım verenlerin yaşadıkları fiziksel, duygusal ve ekonomik güçlükler, hasta bireyin işlevselliğindeki kayıplar, bakım verenin kendisine ait boş zamanının olmaması gibi engeller sonucunda bakım verenlerin yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (Urizar ve ark. 2009).

Bakım verme rolü bireye fiziksel, duygusal ve ekonomik yük getirmektedir (McCann ve ark. 2009). Magliano ve arkadaşları yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarının yakın çevrelerindeki insanların %83'ünün finansal, duygusal ve günlük hayatla ilgili yük yaşadıkları belirtilmektedir. Ayrıca yük yaşamaya neden olan sorunlar arasında işe gidilemeyen gün sayısının fazla olması, hastalıkla ilgili masrafların fazla olması, sosyal faaliyetlere ayırabilecekleri boş zamanlarının yetersiz olması, artmış stres ve damgalanma olduğu belirtilmektedir (Magliano ve ark. 2002). Şizofreni hastasına bakım verenlere sosyal destek sağlama ve stresle baş etme becerilerini geliştirmek yaşanan yükü azaltmak için önemlidir (Schulze ve Rössler 2006). Ayrıca şizofreni hastasının belirtilerinin kontrol altına alınması, hastaların sosyal işlevselliklerinin artırılması, hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon düzeylerini azaltmaya yönelik girişimler ve sosyal destek ailenin yükünün azaltılmasına önemlidir (Gülseren ve ark. 2010). Şizofreni hastasına bakım verenlere sosyal destek sağlama ve stresle baş etme becerilerini geliştirmek yaşanan yükü azaltmak için önemlidir (Schulze ve Rössler 2006).

2.2. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerde Ruhsal Sağlık

Şizofreni hastasına bakım verenler yaşadıkları güçlüklerle etkin baş edemediklerinde sosyal, duygusal, ekonomik, fiziksel alanlarda yük yaşamaktadırlar (Schulze ve Rössler, 2006). Bakım verenlerin yaşadıkları yükün şiddetinin artması bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarının kötüleşmesine neden olmaktadır (Maldonado ve ark. 2005). Yapılan çalışmalarda, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aile üyelerinde ruhsal sağlığın bozulmasının yüksek yük seviyesi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Doornbos 2002, Saunders 2003, Madianos ve ark. 2004).

Bakım verme sürecinde yaşanan güçlükler, özellikle hastada görülen davranışsal sorunlar ve negatif semptomların şiddetinin bakım verenlerin ruhsal sağlık durumundaki bozulmanın belirleyicisi olduğu açıklanmaktadır (Tucker, Barker ve Gregoire 1998). Hastada baş edilmesi güç davranışlar olması ve negatif semptomların fazla görülmesi hasta yakınlarının yüksek düzeyde endişe yaşamalarına neden olmaktadır (Tennakoon ve ark. 2000).

Ayrıca şizofreni hastasına bakım verenlerin ruhsal sağlık sorunu yaşamasının nedenleri arasında damgalanma, aile içi sorunlar, hastanın bakım verene bağımlılığı ve hastanın alışılmadık davranışlarının etkili olduğu belirtilmektedir (Martens ve Addington 2001). Madianos ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında şizofreni hastasına bakım verenlerin yaşadıkları ruhsal sağlık sorunlarının nedenleri, sosyal aktivitelerde değişim, ekonomik güçlükler ve damgalanma korkusundan kaynaklanan sosyal izolasyon olduğu belirtilmektedir.

Chang ve Horrocks (2006) şizofreni hastalarının bakım verenleri ile yaptıkları kalitatif araştırmada, bakım verenlerin hastalarının bakımının tamamını üstelenmek zorunda kaldıklarında öfke, memnuniyetsizlik ve stres yoğunluğunda artma yaşadıkları belirtilmektedir. Ayrıca stresin şizofreni hastasına bakım veren birçok aile üyesi tarafından deneyimlenen evrensel bir fenomen olduğu belirtilmektedir. (Chang ve Horrocks 2006). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım verenlerinde stres ve ruh sağlığı düzeyini tanımlayan çalışmada, bakım verenlerin stres yaşamalarına neden olan durumlar, bakım verenin iş ve evlilik yaşamının olumsuz etkilenmesi ve hasta bireyle sürekli ilgilenmek zorunda olmak belirtilmektedir. Bakım verenlerde en yüksek düzeyde stres yaşamaya neden olan durum hasta bireyin hastalığı ile ilgilenmek zorunda kalmak olarak belirtilmektedir (Falloon ve Graham 1993). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım verenlerinde yaşadıkları stresin sonucu olarak depresif semptomlar ve anksiyete görülme oranı yüksek bulunmuştur (Magana ve ark. 2007, Perlick ve ark. 2007).

Yapılan çeşitli çalışmalarda da kronik ruhsal hastalığı olan ailelerde ruhsal sağlık sorunu görülme olasılığının yüksek olduğu belirtilmektedir. Barrowclough ve arkadaşları (1996) tarafından yapılan çalışmada şizofreni hastasına bakım verenlerde ruhsal sağlık sorunu bulunma olasılığının %55 olduğu belirtilmektedir. Tennakoon ve arkadaşları (2000) tarafından ilk psikoz atağını yaşayan hasta yakınları ile yapılan çalışmada, bakım verenlerin %12'sinde ruhsal hastalık sorunu olduğu belirtilmektedir. Bakım verenlerde ruhsal sağlık durumunun incelendiği diğer bir çalışmada ise bakım verenlerin %25'inde depresyon ya da anksiyete gibi ruhsal sağlık sorunu bulunma olasılığının yüksek olduğu saptanmıştır (Laidlow ve ark 2002). Amerika'da Latin aileler ile yapılan bir çalışmada şizofreni hastasına bakım verenlerde depresyon görülme oranı %40 olarak belirtilmektedir (Magana ve ark. 2007).

Şizofreni hastasına bakım vermenin aileler üzerinde olumsuz etkileri olduğu açıktır. Psikososyal zorlanma faktörleri hastalığın gidişini olumsuz etkilemektedir. Sorunun saptanması, olası çözümlerin üretilmesi ve her bir çözümün potansiyel sonuçlarının

değerlendirilmesi, en iyi strateji konusunda uzlaşma, planlama ve uygulama, sonuçların gözden geçirilmesi basamaklarını içeren stresle baş etme yöntemlerinden problem çözme yaklaşımı aileye öğretilmelidir (Soygür 1999). Ailelere stresle başa çıkma yollarını öğretebilmek için bu ailelerin ne tür baş etme yolları kullandıklarını belirlemek önemlidir.

2.3. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerde Başetme

Stresle baş etme, bireyin kendisi için stres verici olay ya da durumun yol açtığı duygusal gerilimi azaltma, yok etme ya da bu gerilime dayanma amacıyla gösterilen bilişsel, davranışsal ve duygusal tepkilerin bütünü olarak tanımlanmaktadır (Üstün ve ark. 2005, Lazarus ve Folkman 1984). Folkman ve Lazarus baş etme yöntemlerini problem odaklı ve duygu odaklı olmak üzere iki grupta açıklamışlardır. Problem odaklı baş etme, probleme odaklanan baş etme, aktif bir stratejidir ve planlı, eyleme giden mantıksal bir analizi içermektedir. Duyguya odaklanan baş etme ise pasif bir yöntemdir ve istenmeyen bir olaya bağlı olarak yaşanan duyguları ortadan kaldırma çabasını içermektedir. Problem odaklı davranışlar, durumu değiştirmeye yönelik aktif, mantıklı bilinçli çabaları içerirken, duygulara yönelik yaklaşımlar genellikle uzaklaşma, kendini kontrol etme, sosyal destek arama, kabullenme gibi yaklaşımları içermektedir. Stresle baş etme öğrenilmiş bir davranıştır, birey ya da duruma göre değişiklik gösterir (Üstün ve ark. 2005, Lazarus ve Folkman 1984)

Bakımla baş etme, iç ve dış fiziksel ve duygusal ihtiyaçlar arasındaki dengeyi kurabilmek için davranış ve bilişi dengeleme süreci olarak açıklanmaktadır. Bakım verenler tarafından kullanılan baş etme stratejilerini yaşanan stres düzeyi etkilemektedir (Chambers, Ryan ve Connor 2001). Şizofreni hastası olan aileler fazla sayıda kronik stresöre maruz kalmaktadırlar (Hall ve Docherty 2000). Aile içindeki başlıca stresörler, bakım veren kişinin deneyimsiz olması ve şizofreni hastasının bakımına yeterince hazırlanmaması, hasta bireyin geleceği konusunda endişe yaşama, hasta bireyin durumundan ailenin kendisini sorumlu hissetmesi ve hastanın iyileşemeyeceği düşünceleri belirtilmiştir (Chien ve ark. 2005, Hall, 2000). Şizofreninin kronik ruhsal bir hastalık olması, hastalığın süresinin uzun olması ve hastalık süresi uzadıkça bakım verenin yaşının artması, bakım verenin hastalıkla ilgili ortaya çıkan gereksinimleri karşılama gücünün zaman geçtikçe azalması bakım verenlerde üzüntünün artmasına ve dolayısı ile stres yaşamalarına neden olmaktadır (Doornbos, 2002). Hastanın hastalık semptomlarının şiddetli olduğu, aile üyesinin hastalığın iyi olmayacağını düşünen ve tedavinin etkisinin yetersiz olacağına inanan aileler, diğer ailelere göre daha fazla stres yaşamaktadır (Fortune ve ark. 2005).

Şizofreni hastasına bakım verenlerin kullandıkları baş etme yöntemleri, hastanın durumu, bakım verenin kişisel özellikleri ve bakım verenin hastanın durumunu değerlendirmesi ile ilişkilidir (Sczufca ve Kuipers 1999). Şizofreni hastasına bakım veren aileler yaşadıkları stres ile baş edebilmek için çeşitli baş etme yöntemleri kullanmaktadırlar. Literatürde şizofreni hastalarının bakım verenlerin kullandıkları baş etme yöntemlerini tanımlamak üzere çeşitli çalışmalar yer almaktadır. Yapılan bu çalışmaların sonuçlarına göre şizofreni hastasına bakım verenlerin etkili ve etkisiz baş etme yöntemleri kullandıkları belirtilmektedir. Huang ve arkadaşları (2008) ailelerin baş etme stratejilerini psikolojik baş etme stratejileri (bilişsel, davranışsal ve duygusal) ve sosyal baş etme stratejileri (dini, sosyal ve profesyonel destek) olarak gruplandırmıştır. Şizofreni hastasına bakım verenlerin kullandıkları baş etme yöntemlerini tanımlayan bir çalışmada, bakım verenlerin %41'inin problem odaklı baş etme yöntemleri, %32.6'sının sosyal destek arama davranışı, %26.4'ünün ise kaçınma davranışı gösterdikleri belirtilmektedir (Sczufca ve Kuipers 1999). Doherty ve Doherty (2008) tarafından yapılan çalışmada, şizofreni hastasına bakım verenlerin %96.8'inin davranışsal baş etme yöntemlerini (başkalarından destek alma, profesyonel yardım arama, başkaları ile konuşma, egzersiz vb.), %48.4'ünün bilişsel baş etme yöntemlerini (bakımı ailenin görevi olarak kabullenme, olaylara olumlu yönden bakmaya çalışma, daha önceki deneyimlerini kullanma vb.), %41.9'unun kaçınma baş etme yöntemlerini (hastalık hakkında konuşmaktan kaçınma, engelleme vb.) kullandıkları ve %16.1'inin ise her üç baş etme yöntemini birlikte kullandıkları belirtilmektedir (Doherty ve Doherty 2008). Şizofreni hastasına bakım veren ailelerin kullandıkları baş etme yöntemlerinin tanımlandığı bir başka çalışmada ise hastayla daha fazla birlikte olma, hastanın bakımını üstlenmek için sosyal etkinliklerden uzaklaşma, madde kötüye kullanımı, sorunu yok sayma, hastaya karşı saldırgan davranışlar sergileme gibi etkisiz baş etme yöntemleri kullandıkları belirtilmektedir (Hall ve Docherty 2000).

Huang ve arkadaşları(2008) çalışmalarında ailelerin yaşadıkları stres ile baş edebilmek için ağlama, inkar, kızgınlık, sosyal yaşamdan çekilme, saldırgan davranışlar, pozitif düşünme, bilgi edinme, arkadaş ve komşu desteği alma, sosyal destek arama gibi baş etme yöntemlerini kullandıklarını belirtmektedirler (Huang ve ark. 2008). Terschinsky (2000) tarafından belirtildiğine göre, Spaniol (1987) çalışmasında şizofreni hastasına bakım verenlerin yaşadıkları stresle baş etmede kullandıkları baş etme yöntemlerini, çeşitli aktivitelere katılım, iş ile ilgili işleri evden uzaklaştırma, destek gruplarına katılım, hastalığı kabullenme, hasta bireyin davranışlarına sınır getirme, duygusal olarak hastanın durumundan

kendisini uzakta tutma, hasta ile birlikte yaşamama ve dini inançları kullanma olarak tanımlamıştır. Nehra ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada (2005) şizofreni hastasına bakım verenlerin kullandıkları en yaygın baş etme davranışları, doktora danışma, arkadaş ya da aile üyeleri ile konuşma ve pratikte kullanabilecekleri yardım önerileri arama davranışları olarak tanımlanmaktadır (Nehra ve ark. 2005). Şizofreni hastasına bakım verenlerin stres düzeyi ve kullanılan baş etme yöntemi arasındaki ilişki incelendiğinde, yüksek stres yaşayan bakım verenlerin etkisiz baş etme yöntemlerinden kendini suçlamayı kullandıkları, düşük stres yaşayanların ise etkili baş etme yöntemlerinden duygusal destek arama davranışını kullandıkları belirtilmektedir (Fortune ve ark. 2005).

Tuck ve arkadaşları yaptıkları çalışmada (1997) şizofreni hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin çocuklarına bakım verme sırasında yaşadıkları stresle ve hastalıkla baş etme deneyimlerini tanımlamışlardır. Yapılan çalışmada dokuz çocuğun bakım veren ebeveynleri ile görüşme yapılmıştır. Şizofreni hastası olan ebeveynler baş etme davranışı olarak; olaylara farklı bir pencereden bakmaya çalışarak çocuğun durumundaki değişimleri normal gibi karşılamaya çalışma, profesyonel yardım arama, umudunu kaybetmeme, çocuğu gözlemleme, korumak, çocuğun kişisel gereksinimlerini karşılama, zaman zaman anksiyete yaşama ve kendince şizofreniye anlam yüklemeye çalışma deneyimlerini açıklamışlardır.

Ülkemizde şizofreni hastasına bakım verenler ile yapılan çalışmalarda da bakım verenlerin stresle başa etmede etkili ve etkisiz baş etmeleri birlikte kullandıkları saptanmıştır. Dülgerler (2005) şizofreni hastasına bakım verenler ile yaptığı çalışmada bakım verenlerin yarından fazlasının hastalıkla baş etmede tıp dışı yöntemlere başvurduklarını, tıp dışı yöntem olarak sıklıkla hacı-hocaya gittikleri belirtilmektedir. Çalışmada bakım verenlerin yaşadıkları sıkıntılı durumlarla baş etmede çoğunlukla kendilerine yakın kişilerle konuşmayı tercih ettikleri ayrıca ağlama, yürüyüşe çıkma ve ibadet etme yöntemlerini kullandıkları belirtilmektedir. Çalışmada eğitim öncesi ve sonrasında bakım verenlerin kullandıkları baş etme yöntemlerinde fark saptanmamıştır. Aileler stresle baş etmede sıklıkla çaresiz yaklaşım ve iyimser yaklaşımı kullanmaktadırlar. Bu yaklaşımı sosyal destek arama yaklaşımı izlemektedir. Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada ise şizofreni hastasına bakım verenlerin stresli olaylar karşısında en sık başvurdukları stresle baş etme yöntemi sosyal destek arama yaklaşımı olduğu kullanılan diğer baş etme yöntemlerinin ise fazla kullanım sırasına göre kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, iyimser yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım olduğu belirtilmektedir (Şengün 2007).

Şizofreni hastası olan ailelerin baş etmede kullandığı yöntemleri cinsiyet, yaş, eğitim durumu, bakım süresi, şizofreni hakkında sahip olunan bilgi, algılanan sosyal destek, yük gibi değişkenlerin etkilediği belirtilmektedir (Nehra ve ark 2005). Magliano ve arkadaşları (1998) şizofreni hastasına bakım verenlerin seçtikleri baş etme stratejilerini etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmalarında sosyal faktörlerin kullanılan baş etme yöntemine etkisi olduğu belirtilmektedir. Düşük sosyal desteği olan kişiler boyun eğici ve kaçınma davranışı sergilemekte, sosyal desteği yüksek olanlar ise problem odaklı baş etme davranışı sergilemektedirler (Magliano ve ark. 1998).

Kadın bakım verenlerin erkek bakım verenlere göre problem odaklı baş etme davranışlarını daha fazla kullandıkları belirtilmektedir (Nehra ve ark 2005). Genç bakım verenlerde problem odaklı baş etme davranışları daha fazla kullanılırken, yaşlı bakım verenlerde duygu odaklı baş etme davranışı daha fazla kullanılmaktadır. Yaşlı bakım verenlerde ve hastası ile uzun zaman geçiren eğitim düzeyi düşük bakım verenlerde ise spiritüel yardım arama baş etme davranışı daha fazla kullanılmaktadır. Hastasına daha uzun süredir bakım veren, sosyal desteği yetersiz ailelerin baş etmede duyguya odaklı baş etme yöntemi kullandıkları belirtilmektedir (Magliano ve ark. 1998).

Şizofreni hastasına bakım verenlerin aile stresörleri, kullandıkları baş etme yöntemleri ve sağlık çalışanları ile iletişim kurmaları bu ailelerin aile sağlığının en önemli belirleyicileri olarak belirtilmektedir (Doornbos 2002). Sağlık çalışanları tarafından ailelerin bilgilendirilmesi, ailelerin yaşadıkları güçlüklerle daha etkin baş etmelerine yardımcı olmaktadır. Bu amaçla düzenlenen destek gruplar aile üyelerinin yaşadıkları güçlükler ile etkili bir şekilde baş edebilmeleri için önemli kaynaklardır (Chen ve Greenberg 2004).

2.4. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Gereksinimleri

Winefield ve Harvey (1994) çalışmasında, şizofreni hastasına bakım verenlerin bakım verme rollerini yerine getirmede profesyonel destek, şizofreni hastaları için yasal kaynaklar ve bilgi gereksinimleri olduğu belirtilmektedir (Winefield ve Harvey 1994). Şizofreni hastasına bakım verenlerin eğitim gereksinimlerini belirlemeye yönelik yapılan diğer bir çalışmada; hastalığın erken belirti ve bulguları, ilaçların etkisi ve hastanın alışılmadık, saldırgan davranışları ile baş etme konularında bilgi gereksinimleri olduğu belirtilmektedir (Chien ve Norman 2003). Chambers ve arkadaşlarının çalışmasında da bakım verenlerin sosyal desteğe, hastalık hakkında bilgiye ve bakım verme rolüne uyum ve baş etme konularında desteğe ihtiyaç duydukları belirtilmektedir (Chambers ve ark. 2001).

Ülkemizde şizofreni hastalarının bakım verenlerin gereksinimlerini belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda da benzer gereksinimler ortaya çıkmıştır. Gümüş çalışmasında (2006) ailelerin bakım verme rolünü yerine getirirken, hastalığın nedenleri ve tedavisi ile ilgili genel bilgiler, şizofreninin belirtileri ile başetme, stresle başetme, hasta birey ile iletişim kurma, hasta için boş zaman aktivitelerini planlama, sorun çözme, ve hastaların yasal hakları ile ilgili bilgilere gereksinim duyduklarını belirtmektedir (Gümüş, 2006).

Ülkemizde yapılan şizofreni hastalarının bakım verenlerinin hastalık ile ilgili bilgi ve görüşlerinin değerlendirildiği çalışmada, hasta yakınlarının %62'sinin hastalığın ismini şizofreni ya da psikoz olarak bildikleri, %17.5'inin ise hastalığın ismini bilmedikleri, %87.7'sinin şizofreninin bir beyin hastalığı olduğunu, %95.9'unun ruhsal bir hastalık olduğunu ve %67.5'inin kişilik bozukluğu olduğunu belirttikleri ve ilaç tedavisinin mutlaka uygulanması gerektiğini bildikleri belirtilmektedir (Yıldız ve ark. 2010). Doornbos (2001), 76 kronik ruhsal hastalığı olan bireye bakım verenler ile yaptığı kalitatif araştırmada, bakım verenler sağlık çalışanlarından kendilerini anlamalarını ve hastalık konusunda daha fazla bilgi vermelerini istedikleri ortaya çıkmıştır.

Bakım verenler sağlık çalışanları ile işbirliği içinde olmak ve tedaviye aktif katılmak istemektedirler (Solomon 2000). Şizofreni tedavisine hasta aile ve sağlık çalışanlarının işbirliği içinde olması tedavinin etkinliğini arttırmakta hastalığın tekrarlama ve tekrar hastaneye yatış oranını azaltmaktadır (Maldonado ve Urizar 2007). Bakım verenlerin gereksinimlerinin saptandığı çalışmaların sonuçları bakım verenlere yönelik uygulanan müdahale programlarının içeriklerini oluşturmada yol gösterici olması açısından önemlidir.

2.5. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlere Yönelik Müdahale Programları

Şizofrenide rehabilitasyon sürecinin yükünü en belirgin hissedenlerin başında bakım verenler gelmektedir. Bu nedenle rehabilitasyon süreçleri sadece hastalara yönelik değil, aynı zamanda bakım verenlere de yönelik olmalıdır (Kuşcu 2000). Şizofreni hastasına bakım verenlere profesyonel destek sağlamak, bakım verenin sağlığı ve hasta bireyin fonksiyonelliğini arttırmak açısından önemlidir (Doornbos 2001). Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalığının tedavisinde tıbbi müdahalelerin yanı sıra aile müdahalelerinin de önemli olduğu ve aile müdahalelerinin ailenin işlevselliğini, sağlık çalışanları ile işbirliğini ve dolayısıyla tedaviye uyumu arttırdığı belirtilmektedir (Chien 2008, Barbato ve D'Avanzo 2000, Saunders 1999, Doğan 2002). Şizofreni hastalarına yönelik müdahalelerin amacı; hasta bireyin hastalığı ve hastalığın yaşamında yarattığı güçlüklerle baş edebilmesi için gerekli gücü

kazanmasına yardımcı olmaktır. Hastanın sorunları ile baş edebilecek düzeye gelmesi için ona destek olabilecek aile üyeleri ile işbirliğinin başlatılması, uygulanacak program ve müdahalelerle güçlendirilmesi gerekmektedir. (Mohr 2000).

Şizofreni hastalarının aile işlevlerinin incelendiği çalışmada, aile işlevlerinin sağlıklı ve bozuk olduğu, ailelerin ailesel ve sosyal destek konusunda olduğu kadar aile içi ilişkiler yönünden bilinçlendirilmeleri ve eğitilmeleri gerektiği belirtilmektedir (Ebrinç ve ark. 2001). Addington ve arkadaşlarının(2005) makalesinde belirtilen, Addington ve Gleeson 2003'de şizofreni hastalarının ailelerine yönelik beş hedef tanımlamışlardır. Bunlar;

- 1- Ailenin işlevselliğini arttırmak
- 2- Hastalığın aile yaşamına olan olumsuz etkisini en aza indirmek
- 3- Ailenin stres ve yük deneyimleme riskini en aza indirmek.
- 4- Şizofreninin birey ve aile üzerindeki etkilerini aile üyelerine anlatmak
- 5- Şizofreni hakkında aileyi bilgilendirmektir.

Şizofreni hastasına sahip ailelere yönelik müdahaleler sıklıkla aile eğitimi, aile destek grupları, aileler için özel eğitim grupları, kriz yönetimi ve danışmanlık gibi müdahalelerden oluşmaktadır (Chien ve ark. 2008, Dixon ve ark. 2001, Solomon 2000, Dixon ve Lehman 1995). Aile müdahaleleri ile genellikle ailelere hastalık ve tedavi bilgisi verilmekte, iletişim ve problem çözme becerileri öğretilmektedir (Glynn ve ark. 2006). Aile müdahalelerinin birçok farklı amaçları vardır. Bunlar;

- a)Şizofreni hastasına bakım veren kişi ile işbirliğini geliştirme,
- b)Bakım veren kişi üzerindeki stres ve yükü azaltarak aile ortamından kaynaklanabilecek olumsuz etkileri en aza indirmek,
- c)Bakım verenlerin problemleri önceden saptama ve çözme kapasitelerini arttırmak,
- d)Ailedeki öfke ve suçlama/suçlanma ifadelerini en aza indirmek,
- e)Hastadan beklentilerin belirlenmesi,
- f)Bakım verenleri hastaların davranışlarına yönelik uygun sınırlamalar oluşturmaları ve sürdürmeleri konusunda cesaretlendirme ve
- g)Bakım verenin davranışları ve inanç sisteminde beklenen değişimleri sağlamaktır (Pharoah 2006).

Ruh sağlığı çalışanları aileler için formal destek kaynağıdır. Sağlık profesyonelleri tarafından ailelere yönelik profesyonel öneriler ailelerin kendilerini yeterli hissetmesini sağlar ve hissettikleri yükü azaltır (Chen ve Greenberg 2004). Bu nedenle ruh sağlığı çalışanları aile müdahale programları aracılığı ile ailenin bakım verici rollerini yerine getirebilme, etkili baş

etme davranışlarını geliştirme, kişilerarası ilişki becerisini arttırabilme, sorun çözme becerilerini geliştirebilme ve stresle baş edebilme becerilerini geliştirmede önemli rol oynamaktadır (Saunders 2003). Psikiyatri hemşiresi bu rolünü yerine getirebilmek için aile müdahalelerinden birisi olan aile eğitimi, psikoeğitim yaklaşımını kullanmaktadır (Fung ve Fry 1999).

Hastalık, tedavisi ve baş etme yolları konusunda aileye bilgi sağlayan ve kanıta dayalı uygulama olan psikoeğitim ailenin işlevselliğini arttırma, hastalıkla baş etmelerine yardım etme, ailenin yaşadığı sıkıntıları azaltma ve hastalığın tekrarlama oranını azaltmada önemli bir yere sahiptir (Maldonado ve Urizar 2007, Bauml ve ark. 2006, Li ve Arthur 2005, Glynn ve ark 2006). Ancak aile müdahaleleri sadece araştırma kapsamındaki ailelere uygulanmakta ve rutin uygulamada yer almamaktadır (Lincoln ve ark. 2007). Aileler genellikle hastaları hastaneye yattığı zaman eğitim alabilmektedirler (Fung ve Fry 1999). Yapılan çalışmalarda, şizofreni hastalarının bakım verenlerine aile müdahalelerinin uygulanamamasının nedenleri, hastanın hastanede kalış süresinin kısa olması, klinik uygulama rutinleri içinde ailelere yönelik programların olmaması, aile müdahaleleri konusunda yetişmiş insan gücünün az olması, zaman yetersizliği ve klinik deneyim yetersizliği olarak belirtilmektedir (Rose ve ark. 2004, Rummel ve ark. 2005).

Şizofreni hastasına bakım verenlere yönelik uygulanan aile müdahalelerinin sağlık çalışanları tarafından yürütülen uygulamaların içinde yer almamasının sonucu aileler için önemli bir alanda boşluk oluşmaktadır. Bu boşluk akran destek programlarından birisi olan AAD programlarının ortaya çıkmasına neden olmuştur (Dixon ve ark. 2001, Schenk ve ark. 2006).

2.6. Kendi Kendine Yardım Grupları ve Akran Desteği

Sosyal gruplardan birisinin parçası olan kişiler stresli yaşam olaylarından daha az etkilenmektedirler. Kendi kendine yardım grupları, sosyal destek konusunda tamamlayıcı kaynaklardır. Destek grupları tipik olarak benzer ihtiyaç veya sorunlarda yanıt bulmak üzere benzer deneyimleri yaşayan kişilerin bir araya gelmesidir. Ruh sağlığı alanında kendine yardım, ruhsal hastalığı olan kişiler veya ailelerine yönelik başlatılan karşılıklı destek odaklıdır (Brown, Shepherd ve ark. 2008). Destek grupları; akran destek grupları, karşılıklı destek grupları, sosyal ağlar ve kendi kendine yardım grupları gibi farklı isimler almaktadırlar (Alley ve Faoter 1990).

Kendi kendine yardım grupları akran destek programlarıdır (Solomon 2004). Akran desteği, benzer durumla karşılaşmış ve sıkıntıların üstesinden gelmiş kişilerin diğer kişilere

destek, umut, cesaret ve hatta eğitimlik yapabileceği inancından ortaya çıkmıştır (Davidson ve ark 2006). Akran desteği benzer problemi olan kişilerin gönüllü olarak bir araya gelmeleri ve karşılıklı iletişim içinde birbirilerine destek olmaları sürecidir (Chinman, O'Connell ve Davidson 2002, Davidson ve ark. 2006). Bu süreçte benzer deneyimleri yaşayan kişiler birbirileri ile daha iyi empati yapabilir ve birbirilerine sağlık profesyonellerinin bilmediği ya da düşünemediği pratik önerilerde bulunabilirler (Mead ve Macneil 2006). Diğer insanlarla benzer deneyimleri paylaşmak kişinin kendi içinde bulunduğu durumu anlamasını kolaylaştırarak, sosyal izolasyonu engelleyerek sosyal ağlarını genişletebilir (Davidson ve ark. 1999).

Akran desteği ile yapılan programların amacı, benzer problemi olan kişilerin karşılıklı olarak sosyal ve duygusal açıdan birbirilerine destek olmalarını sağlayarak olumlu yönde sosyal, duygusal ve kişisel gelişimi desteklemektir. Akran gruplarının sağladığı destekleyici ilişki, kişiyi olumlu olarak etkilemekte, stresörlere ve zorlanmalara karşı koruyucu rol oynamaktadır. (Solomon 2004).

Akran desteği ile bireylerin sosyal destek almaya başlamaları ve desteklenmeleri, aidiyet duygusu ve özsaygıları için pozitif geribildirim sağlamaktadır. Akran desteğinin diğer yararı ise deneyimlerden elde edilen bilgilerin paylaşılmasıdır. Deneyimlerden elde edilen bilgi kişiye özel olabilir. Buna rağmen, deneyimlerden elde edilen bilgi benzer problemi yaşayan diğer kişilerin bilgileri ile kombine edildiğinde, ortak problemler konusunda çözüm yollarının geliştirilmesini sağlayabilir. Bu deneyimsel süreç, hastalıkla baş etmede daha çok aktif yaklaşım olarak görülmektedir. Bu yaklaşım ile bireyin seçim ve kendi kendine karar verme gücünü geliştirmek hedeflenmektedir (Solomon 2004).

2.7. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlere Yönelik Uygulanan AAD Programları

Aileden aileye destek programları akran destek gruplarıdır. Program bakım verenleri güçlendirmek için geliştirilmiş kendi kendine yardım girişimidir. Aileler uzun yıllar psikiyatrik hastalıklarının etyolojik faktörü olarak görüldüğünden sağlık profesyonelleri tarafından uzun süre ihmal edilmişlerdir. Sonuçta kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleri arasında kendi kendine eğitim gelişmiştir (Baxter 2001).

AAD programı 1990 yılında Joyce Burland tarafından geliştirilmiş toplum temelli yapılandırılmış, aile üyeleri için akran bilgi ve desteği sağlayan destek programıdır. AAD programı kronik ruhsal hastalığa olan bireylerin aile, eş ve arkadaşlarına açık bir programdır. Program ilk geliştirildiğinde şizofreni, bipolar bozukluk ve major depresyon tanısı almış

hastaların bakım verenlerine uygulanmıştır. Daha sonra hedef grup genişletilmiş ve panik bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk tanılı bireylerin bakım verenleri de bu programa dahil edilmiştir. AAD programının ilk adı Umuda Yolculuk (Journey of Hope) olarak belirlenmiştir. 1997 yılında program, Ruhsal Hastalıklar İçin Ulusal Birlik (National Alliance on Mental Illness -NAMI) tarafından desteklenmeye başlamış ve aileden aileye eğitim programı adını almıştır (Baxter 2001). Umuda Yolculuk Programı Amerika'da Health Maintenance Organization tarafından sürdürülmektedir.

AAD programı, ailelere ruhsal hastalıklar konusunda bilgi sağlayan duygu ve düşüncelerin paylaşıldığı destek programıdır. Programının birinci amacı, bakım verenleri kendi kendine yardım konusunda güçlendirmek ve duygusal destek sağlamaktır. İkinci amacı, kronik ruhsal hastalığın bakım veren üzerindeki travmatik etkisini önlemektir. Üçüncü amacı ise, bakım verenin kendi kendine eğitim alması ile kişisel iyileşmesini sağlamaktır (Baxter 2001). Aileler bu programlar aracılığı ile benzer durumdaki diğer aileler ile etkileşime girebilmekte, deneyimlerini paylaşabilmekte, kendi yaşamlarına farklı bir bakış açısı ile bakabilmektedirler (Chien ve ark. 2008).

Burland(1998) AAD programının kuramsal temelini Travma İyileşme Modeline (Trauma and Recovery Model) dayandırmaktadır. Lindeman modelinde insanlarda travma karşısında stres ortaya çıktığını belirtmektedir. Ayrıca kişinin krize aşama aşama yanıt verdiği belirtilmektedir. Travma İyileşme Modelinde uygun müdahaleyi planlamada, kişinin ne deneyimlediğini bilmek ve krize adaptasyon aşamasına göre müdahaleyi uygulamanın önemli olduğu belirtilmektedir. Bu yaklaşım bireyin sıkıntılarının üstesinden gelmesine yardımcı olmaktadır. AAD programının odak noktası, ailede ruhsal hastalık tanısına sahip bireyin olmasından kaynaklanan travmaya ve hayata bakış açısını değiştirmek, yaşanan sıkıntının üstesinden gelmektir. Burland'ın AAD programı, hastalıkla birlikte benzer deneyimleri yaşayan aile üyelerinin travmadan kurtulmasını sağlamak için planlanmıştır.

Aileler için uygulanan aile destek programları genellikle aileleri bilgilendirme şeklindedir. Aile destek gruplarına katılan bakım verenlerin ihtiyaçları farklılık göstermekte ancak genellikle aileler hasta yakınlarının hastalıkları ile baş edebilmek için hastalık hakkında bilgiye gereksinim duymaktadırlar (Young 2001).

Aile destek programlarının içerikleri incelendiğinde, ruhsal hastalıklar, ilaçlar ve diğer tedaviler hakkında bilgi, problem çözme becerilerini geliştirme, hasta ile iletişim becerilerini geliştirme, deneyimlerin ve yaşanan zorlukların paylaşılması ve toplum kaynakları gibi konulardan oluştuğu görülmektedir (Dixon 2001, Chien 2008, Schenk ve ark. 2008).

Aile destek programları farklı şekillerde yürütülmektedir. Bunlar uzmanlar tarafından, uzman liderliğinde, uzman olmadan bakım veren liderliğinde veya uzmanlar ile işbirliği şeklinde yürütülmektedir (Young 2001).

Uzmanlar tarafından eğitim almış gönüllü bakım verenler tarafından yürütülen AAD programlarında gönüllü aile üyeleri sağlık çalışanları tarafından eğitilmekte eğitim alan aile üyeleri de diğer aile üyelerini eğitmektedir (Burland 1998). NAMI ve Umuda Yolculuk AAD programlarının ilk aşamasında, AAD programını yürütecek olan gönüllü bakım verenler program koordinatörü tarafından üç günlük yoğun eğitim programına alınmaktadır. Program koordinatörü bakım verenlere programın felsefesi konusunda bilgi vermekte aynı zamanda, müfredat ve eğitim materyalleri konusunda eğitmektedir. Eğitim sonunda her bir bakım verene kapsamlı eğitim kitapçığı verilmektedir. Bu aşamayı tamamlayan bakım verenler ikinci aşamaya geçmekte ve diğer bakım verenlere eğitim ve destek sağlamaktadırlar (Baxter 2001).

AAD programı Amerika'da 46 eyalette ve Porto Rico'da, Kanada'da iki bölgede ve Meksika'da üç bölgede uygulanmaktadır. Yaklaşık 115.000 eğitim almış gönüllü aile üyesi vardır. Amerika'da 100.000, Kanada'da 1500, Meksika'da 600 aile üyesi AAD programını tamamlamıştır (Burland 2007, Lucksted, Steward ve Forbes 2008).

Akran gruplarının sağladığı destekleyici ilişki, kişiyi olumlu olarak etkilemekte, stresörlere ve zorlanmalara karşı koruyucu rol oynamaktadır. Kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin aileleri için uygulanan aile destek gruplarına katılmak, bakım verme sürecinde aileye destek olarak bakım vermeyi kolaylaştırmakta ve ailelerin yaşadıkları yük ve stresin azaltmasına katkı sağlamaktadır (Cook, Heller & Pickett, 1999).

AAD programlarının bakım verenler üzerinde olumlu etkileri olduğu çeşitli çalışmalarda ortaya konmuştur (Schenk ve ark. 2000, Schenk ve ark. 2008, Dixon ve ark. 2001, Dixon ve ark. 2004). AAD programına katılan ve bu programdan mezun olan aileler ile yapılan kalitatif çalışmada, bakım verenler bu programdan yarar gördüklerini, baş etme becerilerinin arttığını, yaşadıkları stresin azaldığını, bakım verirken daha az zorlanma yaşadıklarını, kendilerini güçlü hissettiklerini, kendilerine güvenlerinin arttığını, daha iyi iletişim kurduklarını ve umutlarının arttığını ifade etmişlerdir (Lucksted, Steward ve Forbes 2008). AAD programı uygulanarak yapılan çalışmaların sonucunda olumsuz duygularının azaldığı, sosyal desteklerinin arttığı, bakım veren yükünün azaldığı, aile işlevlerinin arttığı ve hasta birey hakkındaki kaygılarının azaldığı belirtilmektedir (Dixon ve ark. 2004, Chien 2008, Schenk 2008).

Yapılan çalışmalarda AAD programının bakım verenlerin depresif semptomlarında (Schenk, 2006) ve aile yükünde (Solomon 1997, Dixon ve ark. 2004, Chien ve ark. 2004, 2006, 2008) azalmayı sağladığı belirtilmektedir. Dixon ve arkadaşları tarafından 2004 yıllarında yapılan AAD programının etkinliğini değerlendiren çalışmada, program sonrası bakım verenlerin yük puanında azalma, güç puanında artma görülmüştür (Dixon ve ark. 2004). AAD programının şizofreni hastalarının bakım verenlerinde sosyal destek üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmalarda AAD programının sosyal desteği arttırdığı belirtilmektedir (Chien ve ark. 2004, Chien ve ark. 2008, Solomon 1997). Chien ve arkadaşları tarafından yapılan dört çalışmada (Chien ve ark. 2004b, Chien ve ark. 2005, Chien ve ark. 2006, Chien 2008) AAD programının hasta işlevselliği üzerindeki etkisi incelenmiş ve AAD programına katılan bakım verenlerin hastalarının işlevsellik düzeylerinde artış, hastaların tekrar hastaneye yatış sıklığında azalma görülmüştür.

Schenk ve arkadaşları (2006a) tarafından yapılan çalışmada, AAD programına katılan bakım verenlerin memnuniyetlerinde artma ve bilgi gereksinimlerinde azalma görülmüştür. Yapılan diğer bir çalışmada AAD programının bakım verenlerin bilgi düzeyleri üzerine olan etkisi değerlendirilmiş, bakım verenlerde anlamlı düzeyde bilgi artışı olduğu ve hastalık semptomları ile baş etme konusunda daha az bilgiye gereksinim duydukları belirtilmektedir (Schenk ve ark. 2008). Schenk ve arkadaşları tarafından 2006 yılında yapılan çalışmada AAD programına katılan bakım verenlerin memnuniyet düzeylerinde artma olduğu bulunmuştur (Schenk ve ark. 2006).

3. GEREK VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmada randomize kontrollü girişimsel araştırma deseni ve bakım verenlerin AAD programına yönelik görüşlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı kalitatif yöntem kullanılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İzmir Şizofreni Dayanışma Derneği'nde yapılmıştır. Şizofreni Dayanışma Derneği İzmir'de şizofreni hastalarına ve yakınlarına destek vermek amacıyla 1997 yılında kurulmuştur. Derneğe yaklaşık 550 aile üyesi kayıtlıdır. Ailelerle birlikte hastalar dernek aktivitelerine katılmaktadırlar. Dernek hafta sonları hariç her gün 11:00 – 17:00 saatleri arasında şizofreni hasta ve yakınlarına hizmet vermektedir. Dernekte hasta ve ailelerine yönelik ilgili uzmanlarla işbirliği yapılarak çeşitli bilimsel aktiviteler ve uğraşı programları yürütülmektedir. Kontrol grubunda yer alan bakım verenler dernekte yürütülen aktivitelere katılmaya devam etmişlerdir. İzmir Şizofreni Dayanışma Derneği Yönetim Kuruluna çalışma konusunda bilgi verilmiş ve gerekli yasal izinler alınmıştır. Araştırma Eylül 2010-Temmuz 2011 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmada İzmir Şizofreni Dayanışma Derneği'ne kayıtlı aile üyeleri örneklemi oluşturmaktadır.

3.3.1. Örneklem Dahil Edilme Ölçütleri

Bakım verenin;

-Araştırmaya katılmayı kabul etmesi,

-Okuryazar olması

-18 yaş üstünde olması

-3 aydan daha uzun süredir hastanın bakımından ve tedavisinden primer sorumlu olması

-Hastasının bir yıl ve üzeri süredir şizofreni tanısının olması araştırmaya alınma

kriterleri olarak belirlenmiştir.

3.3.2. Araştırmadan Çıkma Ölçütleri

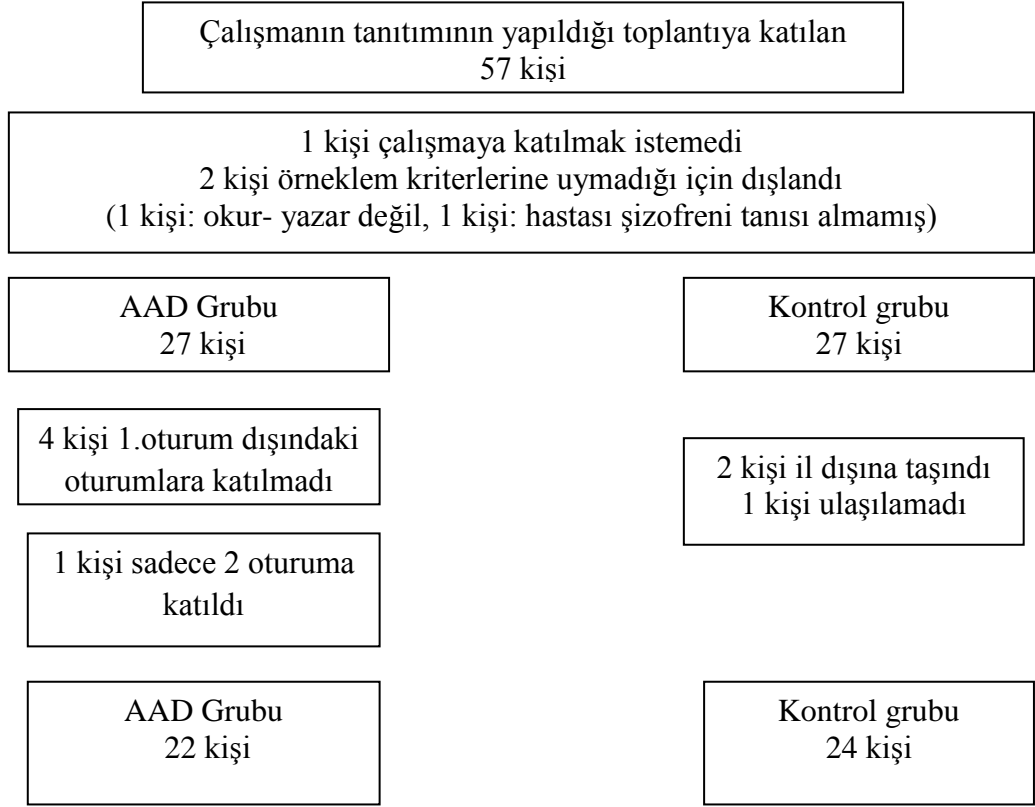
-Bakım verende tanı konulmuş ruhsal sağlık sorunu olması

-En fazla üç oturuma katılmama dışlama kriteri olarak belirlenmiştir

3.3.3. Araştırmanın Örneklem Seçim Basamakları

Örneklem büyüklüğü hesaplanırken PASS istatistik programı kullanılmıştır. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin kesme noktası olmadığı için örneklem hesaplamasında Genel

Sağlık Anketi ölçüm kriteri olarak alınmıştır. Yapılan güç analizinde alfa güvenilirlik düzeyi 0.95, beta güvenilirlik düzeyi 0.80 alınarak örneklem sayısının AAD ve kontrol grubu için 34 ve toplam 68 kişi belirlenmiştir. İzmir Şizofreni Dayanışma Derneği'ne kayıtlı aile üyelerine AAD programı ile ilgili duyurular yapıldı. Duyurular derneğe gelen aile üyelerine dernek başkanı aracılığı ile bilgi verilerek ardından programı tanıtan broşür verilerek yapılmıştır. Derneğe gelmeyen ancak derneğe kayıtlı aile üyelerine ise telefon yolu ile ulaşılarak program hakkında bilgi verildi ve programa katılmaları için davet edildi. Programı tanıtmak amacı ile İzmir'de psikiyatri kliniklerine ve polikliniklerine programı, yerini ve başlangıç tarihini tanıtan broşürler asıldı. Yapılan duyuruların ardından İzmir Karabağlar Belediyesi Konferans Salonunda AAD Programı'na katılmak isteyen aileler ile toplantı yapıldı. Toplantıda programın amacı, içeriği ve uygulama şekli açıklandı. Katılmak isteyen ailelerin ilk toplandığı gün randomizasyon yapıldı. Araştırmaya katılmayı kabul eden bakım verenler AAD grubu ve kontrol grubuna rastgele atanmışlardır. Randomizasyon yapılırken bakım verenlere üzerinde A ve B yazan anketler dağıtıldı. A anketini alan 27 bakım veren AAD grubu ve B anketini alan 27 bakım veren de kontrol grubu olarak belirlendi. Gruplar belirlendikten sonra AAD gruplarının kişi sayısı ve zamanı belirlendi. Perşembe günleri ayrı iki grup Cuma günleri bir grup olacak şekilde üç grup oluşturuldu. Bakım verenler uygun günlerine göre gruplara yerleştirildi. Perşembe birinci grupta yedi, ikinci grupta 10 bakım veren olmak üzere iki ayrı grup oluşturuldu. Cuma günü 10 bakım verenin yer aldığı bir grup oluşturuldu (Şekil 1). AAD grubuna katılan bakım verenlerden dört kişi birinci oturum dışındaki oturumlara katılmamıştır. Bir kişi yalnızca iki oturuma katılmış ve programa devam etmemiştir. AAD grubunda 22 programı tamamlanmıştır. Kontrol grubunda iki kişi il dışına taşınmış, bir kişi ise deneğe gelmemiş ve telefonla da ulaşılamamış ve 24 kişi ile program tamamlanmıştır. Çalışmanın kalitatif bölümü için AAD programını tamamlamayan 20 kişi ile görüşme yapılmıştır.



Şekil 1: Araştırmanın Örneklemine Oluşturulması

3.4. Çalışma Materyali

3.4.1. AAD Programının Oluşturulması

Çalışmaya başlamadan önce şizofreni hastasına bakım verenlere uygulanacak olan AAD programının içeriği literatür (Burland 2007, Burland 1998, Dixon ve ark 2004, Dixon ve ark. 2001, National Alliance For The Mentally Ill 2010, Schenk, Cook ve Laris 2000, Schenk ve ark. 2008) doğrultusunda oluşturulmuş ve program ile ilgili şizofreni hastaları aileleri ile çalışma deneyimi olan ve psikiyatri hemşireliğinde öğretim üyesi iki uzmandan görüş alınmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda düzenlemeler yapılmış ve Şizofreni Dayanışma Derneğine kayıtlı üç bakım verenden programın anlaşılabilirliği yönünden görüş alınmıştır. Bakım verenlerden gelen görüşler doğrultusunda tekrar düzenlemeler yapılarak programa son şekli verilmiştir. Program sekiz oturumdan oluşmaktadır. Oturum konuları ve her oturumda kullanılan yöntemler aşağıdaki gibidir.

1.Oturum: Tanışma

Amaç: Aileden aileye destek grubu hakkında bilgi vermek

Hedefler :

- Katılımcılar ile tanışmak
- Programın içeriğini öğretmek
- Grup içi kuralları belirlemek
- Ölçüm araçlarını uygulamak

Yöntem: Anlatım, soru -cevap

2.Oturum: Şizofreni hastalığını öğrenmek

Amaç: Şizofreni hastalığını öğrenmek

Hedefler:

- Şizofreni hastalığının nedenlerini öğrenme ve nedenlerine ilişkin duyguları paylaşma
- Şizofreni hastalığının belirtilerini öğrenmek ve deneyimleri paylaşmak
- Hastalık belirtileri ile baş etmede evde ve sosyal ortamlarda yaşanan güçlükleri öğrenmek

- Şizofreni hastalığının seyrini öğrenme

Yöntem: Anlatım, soru –cevap, örnek durumlar üzerinden tartışma

3.Oturum: Şizofreni hastalığının tedavisini öğrenmek

Amaç: Şizofreninin tedavisinde kullanılan ilaç tedavilerini öğrenmek

Hedefler:

- İlaç tedavisinin etkilerini öğrenmek
- İlaçların yan etkileri ve yan etkilerle baş etmeyi öğrenmek
- Şizofrenide ilaç tedavisinin sürdürülmesinde yaşanan güçlükleri öğrenme ve deneyimleri paylaşma

- Şizofreni tedavisinde psikososyal tedavileri ve etkilerini öğrenmek

Yöntem: Anlatım, soru –cevap, örnek durumlar üzerinden tartışma

4.Oturum: Şizofreni hastaları ile iletişim

Amaç: Şizofreni hastaları ile etkili iletişim kurma yollarını öğrenmek

Hedefler:

- Şizofreni hastası ile iletişim kurmada etkili ve etkisiz iletişim tekniklerini öğrenmek
- Bakım verenlerin hastalar ile iletişim kurmada yaşadıkları güçlüklerin paylaşılması

Yöntem: Anlatım, soru –cevap, örnek durumlar üzerinden tartışma

5.Oturum: Şizofreni hastaları ile iletişim-devam

6.Oturum: Stresle baş etme

Amaç: Stresle başa çıkma yollarını öğrenmek

Hedefler:

- Stres nedenlerini bilmek
- Stresin belirtilerini bilmek
- Bakım verenlerin kullandıkları baş etme yöntemlerini bilme
- Stresle etkili, etkisiz baş etme yöntemlerinin sonuçlarını öğrenmek
- Sosyal destek aramayı öğrenmek
- Öğrenilen baş etme yöntemlerinin stresli durumlarda kullanmak

Yöntem: Anlatım, soru –cevap, örnek durumlar üzerinden tartışma

7.Oturum: Stresle baş etme-devam

8.Oturum: Grubu sonlandırma

Amaç: Aileden aileye destek programının değerlendirmesini yapmak

Program içeriği oluşturulduktan sonra eğiticilerin kullanabileceği program kitapçığı oluşturulmuştur (EK-1).

3.4.2. AAD Programını Sürdürececek Bakım Verenlerin Belirlenmesi

Şizofreni Dayanışma Derneğine kayıtlı ve araştırmaya katılmayı kabul eden bakım verenlerden programını sürdüreceği gönüllü üç bakım veren belirlendi. Programı sürdüreceği bakım verenler Şizofreni Dayanışma Derneği başkanının görüş ve önerileri doğrultusunda belirlendi. Belirlenen bakım verenlerin seçim kriterleri, programı sürdürmek için gönüllü olma ve en az ilkokul mezunu olma olarak belirlendi. AAD programını sürdüreceği olan bakım verenler, 15 gün boyunca haftada dört kez ikişer saat araştırmacı tarafından AAD programı ile ilgili eğitim aldılar. Eğitim süreci anlatım, soru cevap ve örnek durumlar üzerinden tartışma şeklinde sürdürülmüştür. Bakım verenlerden her bir oturum sonunda o oturumun konusu ile ilgili geribildirim alınmıştır.

3.4.3. AAD programının uygulanması

- AAD programı başlamadan önce, AAD grubu ve kontrol gruplarına genel sağlık anketi ve stresle başa çıkma tarzları ölçeği uygulanmıştır.
- AAD grubuna alınan bakım verenlere, programı sürdüreceği eğitici eğitimini tamamlamış bakım verenler tarafından destek programı uygulanmıştır.
- AAD programı, her grup haftada bir gün 2 saat olacak şekilde toplam 8 haftada tamamlanmıştır.

- AAD programı uygulaması sırasında, her grup öncesi destek programını yürütecek kişi ile araştırmacı toplantı yaptı ve o gün yapılacak olan oturumun teması gözden geçirildi.

- AAD programının sürdürülmesi sırasında araştırmacı, grubun dışında geride oturarak grubu gözlemledi, oturum süresince programı sürdüren bakım veren aktif rol almıştır. Programı sürdüren bakım verenin yanıtlayamadığı ya da sıkıntı yaşadığı durumlarda araştırmacı gerekli açıklamaları yapmıştır. Her bir oturum sonunda araştırmacı eğitimi sürdüren bakım verenler ile o gün yapılan oturumun değerlendirmesini yapmıştır. Oturumun sonunda bakım verenlerin soruları araştırmacı tarafından yanıtlanarak o günkü oturum tamamlanmıştır. Oturumlar toplam iki saat sürmüştür bir saatin sonunda ara verilerek içecek ikram edilmiştir.

- AAD programının sonunda AAD grubu ve kontrol grubuna genel sağlık anketi ve stresle başa çıkma tarzları ölçeği tekrar uygulanmıştır.

- AAD programı sonunda programa katılan bakım verenlere araştırmacı tarafından hazırlanan katılım belgesi verilmiştir.

-Programa katılan bakım verenlere AAD programı tamamlandıktan sonra üçüncü ayda ve altıncı ayda ölçüm araçları tekrar uygulanmıştır.

-Araştırma süreci tamamlandıktan sonra kontrol grubunda yer alan bakım verenler için AAD programı uygulanmıştır. Kontrol grubundaki bakım verenlere uygulanacak AAD programına katılacak kişiler dokuzar kişilik olmak üzere üç grup oluşturulmuştur. AAD programını sürdüren bakım verenler tarafından, kontrol grubuna toplam altı oturum şeklinde AAD programı uygulanmıştır. Kontrol grubunda bakım verenlerin istekleri üzerine birinci oturum olan tanışma oturumunun ardından ikinci oturuma devam edilmiş iki oturumda tanışma ve şizofreni konusu paylaşılmıştır. İki oturumdan oluşan iletişim konusu bir oturumda tamamlanmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Araştırmada bakım verenlerin ruh sağlığı durumu puan ortalaması ve stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin alt boyutları puan ortalamaları bağımlı değişkenlerdir.

Bağımsız Değişkenler: Araştırmada kullanılan AAD programı bağımsız değişkendi

3.6. Veri toplama Araçları

Girişimsel Bölüm

3.6.1. Sosyo-demografik Özellikler Veri Toplama Formu (EK-2)

Veri toplama formunda bakım verenlerin yaş, cinsiyet, medeni durum, bakımını üstlendiği hasta ile yakınlık derecesi, eğitim durumu, yakınının ne kadar süre önce şizofreni tanısı aldığı gibi sosyo-demografik özelliklerini içeren sorular yer almaktadır.

3.6.2. Genel Sağlık Anketi (GSA) (EK-3): Ruhsal hastalıkları inceleyen toplumsal çalışmalarda ilk aşama tarama testi olarak kullanılan bir ölçektir. 12 soruluk GSA kısa olduğu, vakaları ayırmada yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahip olduğu ve çeşitli sosyo kültürel ortamlarda kullanabildiği için yaygın olarak tercih edilmektedir. Kılıç (1996) tarafından Türkçe'ye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach Alpha) .78, test tekrar test korelasyon katsayısı .84'tür. Ölçeğin, psikotik olmayan depresyon ve bunaltı belirtilerinin saptanmasında güvenle kullanılabilceği belirtilirken, psikotik ve manik hastalarda ve kronik ruhsal hastaların saptanmasında kullanılmaması önerilmektedir. Ölçeğin bu çalışma için güvenilirlik katsayıları AAD grubu, destek program öncesi ilk ölçüm .77, programdan hemen sonra ikinci ölçüm .74, program tamamlandıktan sonra üçüncü ayda yapılan üçüncü ölçüm .37, program tamamlandıktan sonra altıncı ayda yapılan dördüncü ölçüm .78 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda ise destek program öncesi ilk ölçüm .85, programdan hemen sonra ikinci ölçüm .90, program tamamlandıktan sonra üçüncü ayda yapılan üçüncü ölçüm .77, program tamamlandıktan sonra altıncı ayda yapılan dördüncü ölçüm .86 olarak bulunmuştur.

Ölçek 12 sorudan ve her soru dört seçenekten oluşmaktadır ("hiç olmuyor", "her zamanki kadar", "her zamankinden sık", "çok sık"). Puanlamada, GSA'nın değerlendirilmesinde kullanılan GHQ tipi puanlama adı verilen yöntem kullanılmaktadır. Buna göre ilk iki kolon 0, son iki kolon 1 olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınacak en düşük puan 0, en yüksek puan ise 12'dir. Puandaki artma ruhsal hastalık riskine işaret etmektedir. GSA'nın 12 maddelik formunda 2 puan ve üzerinde puan alan kişilerde psikiyatrik bir rahatsızlık bulunma olasılığının yüksek olduğu açıklanmaktadır (Kılıç, 1996).

3.6.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (EK-4): Psikometrik değerlendirmesi Şahin (1991) tarafından yapılan stresle başa çıkma tarzları ölçeği, 30 maddeden oluşan, kendine güven, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımlarını içeren beş alt ölçeği içermektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları (Cronbach Alpha), iyimser yaklaşım .68, kendine güvenli yaklaşım .80, çaresiz yaklaşım .73, boyun eğici

yaklaşım .70, sosyal destek arama 47'dir. Ölçek 4'lü Likert tipi bir ölçektir. Puanlama hiç uygun değil:0, uygun değil:1, uygun:2, tamamen uygun:3 puan olarak derecelendirilmektedir. Her alt boyuta ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Her alt boyuta ait puanlar toplanmakta ve o alt boyutun soru sayısına bölünerek her alt boyuta ait ortalama puan elde edilmektedir. Her alt ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 3'tür. Kendine güvenli, iyimser ve sosyal desteğe başvurma faktörlerinden elde edilen puanlar arttıkça stresle başa çıkmanın etkili olduğu, çaresiz, boyun eğici yaklaşım faktörlerinden elde edilen puanların artması ise stresle başa çıkmada etkisiz yöntemlerin kullanıldığını belirtmektedir (Şahin & Durak 1995). Bu çalışma da ölçeğin hem AAD grubu hem de kontrol grubunda dört ölçümden elde edilen Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Çalışmada Kullanılan Ölçüm Araçlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları

Ölçüm Araçları	AAD Grubu (n: 22)				Kontrol Grubu (n: 24)			
	Program Öncesi	Program Sonrası	3.Ay İzlem	6.Ay İzlem	Program Öncesi	Program Sonrası	3.Ay İzlem	6.Ay İzlem
<i>Genel Sağlık Anketi</i>	.77	.74	.37	.78	.85	.90	.77	.86
<i>Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği</i>								
Kendine Güvenli Yaklaşım	.53	.78	.84	.78	.79	.88	.74	.86
İyimser Yaklaşım	.47	.65	.51	.45	.73	.75	.57	.77
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	.41	.49	.27	.64	.14	.71	.46	.26
Çaresiz Yaklaşım	.52	.26	.50	.66	.37	.20	.33	.15
Boyun Eğici Yaklaşım	.59	.69	.61	.70	.75	.70	.33	.67

Kalitatif Bölüm

AAD programına katılan şizofreni hastasına bakım verenler ile görüşme yapılarak yapılandırılmış soru formu kullanılmış ve kaydedilmiştir. Yapılandırılmış soru formunda aşağıda yer alan açık uçlu sorular kullanılmıştır.

1. Aileden aileye destek programına katılmanızın nedenleri açıklar mısınız?
2. Aileden aileye destek programına katılmadan önceki durumunuz ile katıldıktan sonraki durumunuzu kıyaslarsanız sizde ne gibi değişiklikler oldu?
3. Aileden aileye destek programına katılmak sizi nasıl etkiledi?
4. Şizofreni hastasına bakım veren aileden aileye destek programına katılmamış bakım verenlere aileden aileye destek programına ilişkin ne söylersiniz?

Görüşmeler İzmir Şizofreni Dayanışma Derneği'nde yapılmıştır.

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

Ocak 2009 – Haziran 2009 Literatür Taraması ve Araştırmanın Planlanması	
Haziran 2009 – Eylül 2009 Aileden Aileye Destek Programının İçeriğinin Oluşturulması	
Haziran 2009 – Eylül 2009 Kurumlardan Yasal İzinlerin Alınması	
Eylül 2009 – Haziran 2010 Aileden Aileye Destek Programının İçeriğinin Oluşturulması	
Eylül 2010 – Ekim 2010 Aileden Aileye Destek Programını SürdüreceK Kişilerin Eğitimi	
Aileden Aileye Destek Grubu n:27	Kontrol Grubu n:27
Kasım 2010 Ön Testlerin Uygulanması	Kasım 2010 Ön Testlerin Uygulanması
Aileden Aileye Destek Programının Uygulanması	
Ocak 2011 Son Testin Uygulanması n:22 (5 kişi yalnızca 1. oturuma katıldı programdan ayrıldı)	Ocak 2011 Son Testin Uygulanması n:24 (3 kişi il dışına taşındı)
Nisan 2011 3. Ay son test uygulanması	Nisan 2011 3. Ay son test uygulanması
Temmuz 2011 6. ay son test uygulanması	Temmuz 2011 6. Ay son test uygulanması
Temmuz 2011 Kalitatif verilerin toplanması	Aileden Aileye Destek Programının Uygulanması
Temmuz 2011 Eylül 2011 Verilerin Değerlendirilmesi	
Eylül 2011 – Mayıs 2012 Tezin Yazılması	

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Girişimsel Bölüm

Çalışmanın verileri bilgisayar ortamında, tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile değerlendirilmiştir. AAD ve kontrol grubuna göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması için bağımsız gruplarda t testi, dört ölçüm (program öncesi, program sonrası, üçüncü ay ve altıncı ay) arasındaki puan ortalamalarının karşılaştırılması için Friedman analizi (ileri analiz olarak Bonferroni düzeltmeli Wilcoxon analizi) kullanılmıştır. Her iki grubun bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılmasında gruplar arası homojenlik ki-kare analizi (çok gözlü ki-kare, Yates düzeltmeli ki-kare ve Fisher Kesin testi) kullanılmıştır. Araştırmada istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Kalitatif Bölüm

Elde edilen veriler Colaizzi'nin (1978) önerdiği veri analizi yöntemine göre analiz edilmiştir. Analiz sürecinin basamakları aşağıda verilmiştir:

- 1-Araştırma konusunun (fenomen-öznel yaşantı) belirlenmesi
- 2-Katılımcıların fenomene ilişkin tanımlamalarının toplanması
- 3-Tüm katılımcıların tanımlamalarının okunması
- 4-Katılımcıların orijinal anlatımlarına göre “anlamli ifadeler”in belirlenmesi
- 5-Her bir “anlamli ifade”nin ne anlama geldiğinin belirlenmesi
- 6-Anlamli ifadelerin belirli “tema” grupları altında toplanması
- 7-Temaların ayrıntılı olarak tanımlanması
- 8-Tanımlama geçerliğı için katılımcılara geri dönülmesi(Geçerlik arama)
- 9-Geçerlik arama sürecinde yeni bilgi ortaya çıkarsa bunların tanımlamalara eklenmesi

Kalitatif bölümden elde edilen veriler araştırmacılar tarafından analiz edilmiş ve ayrı ayrı kodlanmıştır. Anlamli ifadeler bağımsız olarak tema grupları altında toplanmıştır. Temalar fikir birliğine ulaşılan kadar tartışılarak belirlenmiştir. Araştırmacılar tarafından verilerden dört tema elde edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya katılmayı kabul edenlerin sayısının az olması, uygulama başladıktan sonra çalışmaya katılan bakım verenlerin sayısında kayıplar olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

3.10. Etik Kurul Onayı

Araştırma için Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulundan izin alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan bakım verenler araştırmanın adı, amacı, süresi ve şekli hakkında açıklama yapılarak bilgilendirilmiştir. Katılımcılara istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları belirtilmiştir. Ayrıca İzmir Şizofreni Dayanışma Derneği Yönetim Kuruluna çalışma konusunda bilgi verilerek ve gerekli yasal izinler alınmıştır (EK-5).

4. BULGULAR

4.1 Kantitatif Bulgular

Bu bölümde Tablo 2 ve Tablo 3’de şizofreni hastasına bakım verenlerin, tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Tablo 4’de AAD grubu ve kontrol grubundaki bakım verenlerin zamana göre genel sağlık anketine ilişkin bulgular sunulmuştur. Tablo 5’de ise Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’ne ait bulgular yer almaktadır.

Tablo 2. AAD Grubu ve Kontrol Grubundaki Şizofreni Hastalarının Bakım Verenlerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımlarının Karşılaştırılması

Özellikler	AAD Grubu (n: 22)		Kontrol Grubu (n: 24)		χ^2	P
	n	%	N	%		
Cinsiyet						
Kadın	12	54.5	15	62.5	0.061* (sd:1)	0.804
Erkek	10	45.5	9	37.5		
Medeni Durum						
Evli	18	81.8	20	83.3		1.00**
Bekar	4	18.2	4	16.7		
Hastaya Yakınlığı						
Anne	7	31.8	9	37.5	0.163 (sd:2)	0.922
Baba	9	40.9	9	37.5		
Kardeş ^a	5	22.7	3	12.5		
Eş ^a	-	-	2	8.3		
Diğer ^a	1	4.5	1	4.2		
Eğitim Durumu						
İlköğretim (ilkokul ve ortaokul)	9	40.9	15	62.5	1.366 (sd:2)	0.242
Lise ve Üniversite	13	59.1	9	37.5		
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	4	18.2	5	20.8		1.00**
Çalışmıyor	18	81.8	19	79.2		
Sosyal Güvence						
Var	20	90.9	21	87.5		1.00**
Yok	2	9.1	3	12.5		

* Gözlerde 25’den küçük gözlenen sayı olduğu için Yates düzeltmeli ki-kare analizi yapılmıştır.

** Gözlerde 5’den küçük beklenen sayı olduğu için Fisher Kesin testi yapılmıştır.

a: Örneklem sayısı az ve analize uygun olmadığı için gruplar birleştirilerek analiz edilmiştir.

Tablo 1’de AAD ve kontrol grubundaki şizofreni hastalarının bakım verenlerinin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. AAD ve kontrol grubundaki bakım verenlerin cinsiyet (p=0.804), medeni durum (p=1.00), hastaya yakınlık (p=0.922), eğitim (p=0.242), çalışma durumu (p=1.00) ve sosyal güvence (p=1.00) gibi sosyo demografik

özellikleri ki-kare analizi ile karşılaştırılmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 1). AAD ve kontrol grupları sosyo demografik özellikler açısından incelendiğinde, AAD grubunda ve kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin çoğunluğunun (AAD Grubu:%81.8; Kontrol Grubu: %83.3) evli olduğu görülmektedir. Çalışma durumları incelendiğinde ise her iki gruptaki bakım verenlerin büyük çoğunluğu (AAD Grubu:%81.8; Kontrol Grubu:%79.2) çalışmadığı ancak sosyal güvencelerinin olduğu görülmektedir. AAD programına katılan bakım verenlerin hasta ile yakınlık dereceleri incelendiğinde, AAD grubunda katılımcılardan anne ve baba oranı birbirine yakın (Anne:%31.8; Baba:%40.9) olmakla birlikte babaların oranı daha yüksektir. Kontrol grubunda ise katılımcıların büyük çoğunluğunu anne ve baba oluşturmakla birlikte anne baba oranı (Anne:%37.5; Baba:%37.5) birbirine eşittir.

Tablo 3. Aileden Aileye Destek Grubu ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Yaş ile Hastalık ve Bakım Verme Süresi Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	AAD Grubu $\bar{x} \pm SS$	Kontrol Grubu $\bar{x} \pm SS$	U	P
Yaş	56.77 \pm 7.28	56.13 \pm 7.73	259.000	0.912
Hastalık Süresi (Yıl)	10.32 \pm 7.07	12.63 \pm 6.68	198.500	0.147
Bakım Verme Yılı	8.64 \pm 6.63	11.08 \pm 5.97	185.000	0.081

U: Mann Whitney U testi

Tablo 3’de AAD ve kontrol grubundaki bakım verenlerin yaş ile hastalık ve bakım verme süresi ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. AAD ve kontrol grubundaki bakım verenlerin yaş ile hastalık ve bakım verme süresi ortalamaları açısından incelendiğinde her iki grupta yer alan bakım verenlerin yaş ortalamalarının birbirine yakın olduğu (AAD Grubu: \bar{X} = 56.77; Kontrol Grubu: \bar{X} = 56.13). AAD grubundaki bakım verenlerin ortalama bakım verme yılı 8.6 yıl olup, kontrol grubundaki bakım verenlerin ise 11.8 olduğu görülmektedir. AAD ve kontrol grubundaki bakım verenlerin yaş, hastalık süresi ve bakım verme yılı ortalamaları Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiş ve programa katılan bakım

verenlerin yaş, hastaların hastalık süresi ve bakım verme yılları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 3).

Tablo 4. Aileden Aileye Destek Grubu ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Zamana Göre Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Genel Sağlık Anketi	AAD Grubu (n: 22) $\bar{x} \pm SS$	Kontrol Grubu (n: 24) $\bar{x} \pm SS$	İstatistiksel Analiz: U	Anlamlılık P
Program Öncesi ^a	2.95±2.70	2.54±2.96	237.000	0.544
Program Sonrası ^b	0.73±1.45	1.83±2.94	204.000	0.120
Program Sonrası 3. Ay İzlem ^c	0.50±0.86	2.33±2.51	144.000	0.005
Program Sonrası 6. Ay İzlem ^d	0.86±1.61	1.92±2.75	214.500	0.216
$\chi^2_{Friedman}$	18.267	5.471		
<i>p</i> (sd:3)	0.000	0.140		
Anlamlı Fark	<i>a>b,c,d</i>			

Tablo 4'te AAD grubundaki ve kontrol grubundaki bakım verenlerin genel sağlık anketi puan ortalamalarının zamana göre karşılaştırılması yer almaktadır. AAD ve kontrol gruplarındaki şizofreni hastalarının bakım verenlerin, zamana göre GSA puan ortalamaları arasındaki fark Friedman analizi ile değerlendirilmiştir ve program öncesi, programdan sonra, üçüncü ve altıncı ay yapılan dört ölçümdeki puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($\chi^2_{Friedman}$:18.267 p:0.000) (Tablo 4). AAD grubundaki farkın hangi ölçümler arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni düzeltilmeli Wilcoxon ileri analizi yapılmıştır. AAD grubundaki bakım verenlerin programdan sonra, üçüncü ay ve altıncı aydaki GSA puan ortalamaları başlangıçtaki GSA puan ortalamalarından anlamlı olarak daha düşük (p=0.05) bulunmuştur.

Kontrol grubundaki bakım verenlerin, program öncesi, programdan sonra, programdan sonra üçüncü ay ve altıncı ay ölçümlerinden elde edilen GSA puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($\chi^2_{Friedman}$:5.471 p: 0.140) saptanmıştır.

Her ölçüm zamanına göre ayrı olarak, AAD ve kontrol grubundaki bakım verenlerin GSA puan ortalamaları arasındaki fark Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Programdan sonra üçüncü aydaki izlemde AAD grubundaki bakım verenlerin puan ortalamalarının kontrol grubundakilerden anlamlı olarak daha düşük olduğu (U:144.000 p:0.005) saptanmıştır. Programdan önce (U:237.000 p:0.544), programdan sonra (U:204.000 p: 0.120) ve programdan sonra altıncı ay (U:214.500 p:0.216) GSA puanlarında ise AAD ve kontrol grupları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 5 Aileden Aileye Destek Grubu ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Zamana Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyutları	AAD Grubu (n: 22) $\bar{x} \pm SS$	Kontrol Grubu (s: 24) $\bar{x} \pm SS$	İstatistiksel Analiz U	Anlamlılık P
Kendine Güvenli Yaklaşım				
Program Öncesi ^a	2.07±0.27	2.28±0.44	190.000	0.101
Program Sonrası ^b	2.44±0.39	2.20±0.54	195.000	0.126
Program Sonrası 3. Ay İzlem ^c	2.29±0.39	2.12±0.32	185.000	0.078
Program Sonrası 6. Ay İzlem ^d	2.29±0.31	2.17±0.37	207.500	0.207
$\chi^2_{Friedman}$ *	13.593	5.254		
<i>p</i>	0.004	0.154		
<i>Anlamlı Fark</i>	a<b,c,d			
İyimser Yaklaşım				
Program Öncesi ^a	1.89±0.37	2.11±0.45	187.500	0.086
Program Sonrası ^b	2.28±0.40	2.12±0.49	221.000	0.335
Program Sonrası 3. Ay İzlem ^c	2.09±0.38	1.98±0.30	232.000	0.778
Program Sonrası 6. Ay İzlem ^d	2.07±0.32	2.00±0.43	251.500	0.465
$\chi^2_{Friedman}$	11.006	1.983		
<i>p</i>	0.012	0.576		
<i>Anlamlı Fark</i>	b>a,d			
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı				
Program Öncesi ^a	1.91±0.50	1.96±0.43	250.000	0.755
Program Sonrası ^b	2.28±0.45	1.90±0.55	158.500	0.019
Program Sonrası 3. Ay İzlem ^c	2.25±0.36	2.05±0.42	190.500	0.100
Program Sonrası 6. Ay İzlem ^d	2.39±0.43	2.08±0.37	165.000	0.025
$\chi^2_{Friedman}$	11.888	3.302		
<i>p</i>	0.008	0,347		
<i>Anlamlı Fark</i>	a<c,d			
Çaresiz Yaklaşım				
Program Öncesi ^a	1.27±0.43	1.18±0.40	230.000	0.452
Program Sonrası ^b	1.02±0.30	1.20±0.34	183.500	0.074
Program Sonrası 3. Ay İzlem ^c	0.98±0.33	1.17±0.29	188.500	0.094
Program Sonrası 6. Ay İzlem ^d	0.89±0.37	1.05±0.26	201.500	0.163
$\chi^2_{Friedman}$	12.838	5.958		
<i>P</i>	0.005	0.114		
<i>Anlamlı Fark</i>	a>b,c,d			
Boyun Eğici Yaklaşım				
Program Öncesi ^a	1.02±0.51	1.01±0.62	257.000	0.877
Program Sonrası ^b	0.87±0.46	1.02±0.54	235.000	0.521
Program Sonrası 3. Ay İzlem ^c	0.85±0.39	0.94±0.31	222.000	0.350
Program Sonrası 6. Ay İzlem ^d	0.84±0.46	0.92±0.41	222.000	0.351
$\chi^2_{Friedman}$	2.741	1.307		
<i>P</i>	0.433	0.727		

*Friedman Analizi, Sd:3

Tablo 5'te AAD ve kontrol grubundaki bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyut puanlarının zamana göre karşılaştırılması görülmektedir. AAD grubu ve

kontrol gruplarındaki bakım verenlerin zamana göre (program öncesi, program sonrası, üçüncü ay ve altıncı aydaki) stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin beş alt boyutunun puan ortalamaları arasındaki fark Friedman analizi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Zamana göre (tekrarlı ölçümler arasında) puan ortalamaları arasında fark bulunduğu ileri analizde Bonferroni düzeltilmeli Wilcoxon analizi ile ölçüm sonuçları ikili olarak karşılaştırılmıştır.

AAD programına katılan bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin **kendine güvenli yaklaşım** alt boyutunda, başlangıç puanları ile programdan sonra, üçüncü ve altıncı ayda yapılan ölçümlerdeki puan ortalamalarının karşılaştırılmasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($\chi^2_{\text{Friedman}}: 13.593$ p: 0.004). Kontrol grubunun ise program öncesi ile programdan sonra, üçüncü ve altıncı ayda yapılan ölçümlerdeki puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($\chi^2_{\text{Friedman}}:5.254$ p:0.154). (Tablo 5). AAD grubundaki farkın hangi ölçümler arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde (Bonferroni düzeltilmeli Wilcoxon analizi), bakım verenlerin ilk ölçümdeki kendine güvenli yaklaşım puan ortalamalarının diğer üç ölçümden anlamlı olarak daha düşük olduğu (1-2.ölçüm p:0.001, 1-3.ölçüm p:0.010, 1-4.ölçüm için p:0.007), diğer ikili ölçümler arasında (2-3.ölçüm p:0.156, 2-4.ölçüm p:0.066, 3-4.ölçüm p:0.567) anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

AAD grubundaki bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin **iyimser yaklaşım alt boyutunda**, program öncesi, programdan sonra, üçüncü ve altıncı ay puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($\chi^2_{\text{Friedman}}: 11.006$ p:0.012). Farkın hangi ölçümler arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, AAD grubundaki bakım verenlerin programdan sonraki puan ortalamalarının, program öncesi ilk ölçüm ve programdan sonra altıncı aydaki ölçümlerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu (1-2.ölçüm p:0.001, 2-4.ölçüm p:0.010) saptanmıştır. AAD grubunda yapılan diğer ikili ölçümler (1-3. ölçüm p:0.039, 1-4. ölçüm p:0.086, 2-3. ölçüm p:0.076, 3-4.ölçüm p:0.805) arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. Kontrol grubunun ise program öncesi, programdan sonra, üçüncü ve altıncı ayda yapılan ölçümlerden elde edilen puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

AAD grubundaki bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin **sosyal destek arama yaklaşımı alt boyutunda**, program öncesi, programdan sonra, üçüncü ve altıncı ayda yapılan ölçümlerden elde edilen puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($\chi^2_{\text{Friedman}}:11.888$ p:0.008). Kontrol grubunun ise program öncesi, programdan sonra, üçüncü ve altıncı ay puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($\chi^2_{\text{Friedman}}: 3.302$ p:0.347) saptanmıştır (Tablo 5).

Yapılan ileri analizde, AAD grubundaki bakım verenlerin sosyal destek arama yaklaşımı puan ortalamalarının programdan sonra üçüncü ve altıncı aydaki sosyal destek arama yaklaşımı puan ortalamalarının programdan önceki puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (1-3.ölçüm p:0.012, 1-4.ölçüm p:0.05). Yapılan diğer ikili ölçümler(1-2.ölçüm p:0.52, 2-3.ölçüm p:0.156, 2-4.ölçüm p:0.066, 3-4.ölçüm p:0.567) arasındaki farkın ise anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir.

AAD grubundaki bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin **çaresiz yaklaşım alt boyutunda**, program öncesi ile programdan sonra, üçüncü ve altıncı ayda yapılan ölçümlerden elde edilen puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($\chi^2_{\text{Friedman}}:12.838$ p: 0.005). AAD grubundan elde edilen ölçümler arasındaki farkın nereden kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde, bakım verenlerin program öncesindeki çaresiz yaklaşım puan ortalamalarının programdan sonra, üçüncü ve altıncı aydakilerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu (1-2.ölçüm p:0.15, 1-3.ölçüm p:0.005, 1-4.ölçüm p:0.003), diğer ölçümler(2-3.ölçüm p:0.595, 2-4.ölçüm p:0.056, 3-4.ölçüm p:0.136) arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (Tablo 5).

Kontrol grubunun ise program öncesi, programdan hemen sonra, üçüncü ve altıncı ayda yapılan ölçümlerden elde edilen puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($\chi^2_{\text{Friedman}}:5.958$ p:0.114) (Tablo 5).

AAD grubundaki bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin **boyun eğici yaklaşım alt boyutunda** program öncesi, programdan sonra, üçüncü ve altıncı ayda yapılan ölçümlerden elde edilen puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($\chi^2_{\text{Friedman}}:2.741$ p:0.433)(Tablo 5).

Kontrol grubunda da program öncesi, programdan sonra, üçüncü ve altıncı ayda yapılan ölçümlerden elde edilen puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($\chi^2_{\text{Friedman}}:1.307$ p:0.727).

AAD grubu ve kontrol grubundaki bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin beş alt boyutunun puan ortalamaları arasındaki fark, her ölçüm zamanına göre ayrı olarak, Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. AAD ve kontrol grubundaki bakım verenlerin her dört ölçümden elde edilen (program öncesi, programdan sonra, üçüncü ay ve altıncı ay) **kendine güvenli yaklaşım** (U:190.000 p:0.101; U:195.000 p:0.126; U:185.000 p:0.078; U:207.500 p:0.207), **iyimser yaklaşım**(U:187.500 p:0.086; U:221.000 p:0.335; U:232.000 p:0.778; U:251.500 p:0.465), **çaresiz yaklaşım**(U:230.000 p:0.452; U:183.500 p:0.074; U:188.500 p:0.094; U:201.500 p:0.163) ve **boyun eğici yaklaşım** (U:257.000

p:0.877; U:235.000 p:0.521; U:222.000 p:0.350; U:222.000 p:0.351) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

Sosyal destek arama boyutunda ise, AAD grubu ve kontrol grubunun programdan önceki ve programdan sonra üçüncü aydaki puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (U:250.000 p:0.755; U:190.500 p:0.100). Ancak AAD grubu ile kontrol grubunun program sonrası ve altıncı aydaki sosyal destek arama yaklaşımları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Program sonrası dönemde AAD grubunun sosyal destek arama yaklaşımları diğer gruptan daha yüksek olup (p:0.019) program sonrası altıncı ayda da AAD grubundaki bakım verenlerin sosyal destek arama yaklaşımları kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır (p:0.025). (Tablo 5)

4.2. Kalitatif Bulgular

Şizofreni hastasına bakım verenlerin AAD programı hakkındaki duygu, düşünce ve deneyimlerine yönelik veriler üzerinde yapılan tematik analize göre dört tema elde edilmiştir.

Bu temalar;

- Sorunlarımla başetmeyi öğrendim,
- Hastaya davranışlarımda bilinçliyim ve yalnız olmadığımı anladım,
- Kendimi daha iyi hissediyorum,
- Şizofreni yolun sonu değil, bilgi birçok sorunu çözer.

Tema 1: Sorunlarımla Başetmeyi Öğrendim.

AAD programına katılan bakım verenler programa katıldıktan sonra karşılaştıkları güçlüklerle ve sorunlarla daha kolay baş edebildiklerini belirtmişlerdir.

“Çocuğuma karşı davranışlarımda değişiklikler oldu. Onu şimdi daha çok sevmekteyim. Olumsuz davranışları konusunda ona kızmıyorum ve şimdi daha mutluyum” (Katılımcı 1)

“Hastalığı anlamaya başladım. Daha sabırlı ve anlayışlı oldum. Geleceğe daha güvenle tedirgin olmadan bakabiliyorum”(Katılımcı 6)

“Stresle nasıl başa çıkacağımı öğrendim”(Katılımcı 3, Katılımcı 20)

“Hastamla bir ömür boyu nasıl yaşayacağımı öğrendim (Katılımcı18)

Tema 2: Hastaya davranışlarımda bilinçliyim ve yalnız olmadığımı anladım

Şizofreni hastasına bakım verenler AAD programı aracılığı ile hastalarının hastalıkları hakkında bilgi sahibi olduklarını ve içinde buldukları durumun yalnızca onlara özel olmadığını benzer durumda aileler olduğunu görmenin kendilerini rahatlattığını belirtmişlerdir.

“Sadece bende hasta yokmuş, kendime güvenim arttı”(Katılımcı 4)

“AAD programına aktılmakla aynı sorunları yaşayan insanlarla tanışma fırsatı buldum. Bizden daha zor durumda olan ailelerin olduğunu gördüm”(Katılımcı 10)

“Hastaya yaklaşım konusunda bilinç düzeyim gelişti”(Katılımcı 2)

“Rahatsız olan çocuğuma daha faydalı olabilmek, aynı durumda olan başka hasta yakınlarına destek olmak, onlardan yardım almak ve yalnız olmadığımı anlamak, birçok şeyi burada öğendim” (Katılımcı 17)

“ Diğer hastaları ve aileleri görüp kendimle kıyasladım”(Katılımcı 19)

“Olayların en kötüsünün hep benim başıma geldiğini düşünürdüm. Bu programdan sonra fikrim değişti” (Katılımcı 14)

Tema 3: Kendimi daha iyi hissediyorum

AAD programına katılan bakım verenler kendilerini daha iyi hissettiklerini, programa katılmanın onları olumlu yönde etkilediğini belirtmişlerdir.

“AAD programına katılmak beni olumlu etkiledi”(Katılımcı 5)

“AAD programına katılmak beni olumlu etkiledi, davranışlarım olumlu ve sağlıklı yönde gelişti”(Katılımcı 2)

“Ben kendimi çok iyi hissediyorum. Hastamın her türlü sorunu ile başa çıkabilirim”(Katılımcı 12)

“Paylaşmak beni rahatlattı” (Katılımcı 19)

“Hastalıkla mücadele bana güç verdi, kendime güvenim arttı”(Katılımcı 20)

“Hastalığı kabullenmiyordum AAD programı kabullenmeme yardımcı oldu artık çocuğuma davranışlarım değişti” (Katılımcı 15)

Tema 4: Şizofreni yolun sonu değil, bilgi birçok sorunu çözer.

AAD programına katılanlar, şizofreni hastalığı konusunda bilgi sahibi olmanın hastalıkla baş etmeleri konusunda onları güçlendirdiğini belirtmişlerdir.

“Bilgi birçok sorunu çözer, hastalık hakkında bilgi sahibi olun, hem kendiniz hem de hasta için iyi olacaktır”(Katılımcı 13)

“AAD programı ile şizofreni hastası çocuğuma bakmayı öğrendim”(Katılımcı 15)

“Hasta ile birlikte mutlu huzurlu bir hayat yaşamak isteyen herkes AAD programına katılmalı. Hastaları ve kendileri hakkında çok şey öğreneceklerdir. (Katılımcı 6)

“Eğitim ile rahatladım” (Katılımcı 9)

5. TARTIŞMA

AAD programının geliştirilmesi ve uygulanmaya başlanması ile bakım verenlerin birbirinden duygusal destek alabilecekleri bir ortam birbirileri ile etkileşimde bulunmaları, ruhsal hastalığın nedenleri ve tedavisi hakkındaki bilgilerinin artması, yaşadıkları güçlüklerle baş edebilmeleri ve ruhsal sağlıklarının korunması sağlanabilir. AAD programının, şizofreni hastalarının bakım verenlerinin baş etmeleri ve ruh sağlığı üzerine etkisinin değerlendirildiği elde edilen sonuçlarla ilgili tartışmalar aşağıda verilmiştir.

Genel Sağlık Anketinden Elde Edilen Sonuçlar

AAD ve kontrol grubunda yer alan şizofreni hastalarının bakım verenlerinin program öncesi GSA'den elde edilen puan ortalamaları iki puanın üzerindedir. Bu bulgu örneklemedeki bakım verenlerin ruhsal sağlık sorunu bulunması açısından yüksek risk taşıdıklarını göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü' nün (WHO) 2001 yılında yayınlanan raporuna göre; dünya nüfusunun en az %25'inde bir ruhsal problem olduğu ve bu kişilere bakım verenlerin ruhsal hastalıktan dolayı anlamlı düzeyde yük ve stres yaşadıkları açıklanmaktadır. Yine aynı rapora göre; şizofreni ailede yük ve stres oluşturan ilk beş hastalıktan biri ve yeti yitimi nedeniyle engelliliğe neden olan ilk on hastalıktan biri olarak değerlendirilmektedir (www.who.int/whr/2001). Ailede şizofreni hastasının olması aile üyelerinin özellikle bakım verenlerin yoğun stres yaşamalarına neden olmaktadır (Martens ve Addington 2001).

Uzun süreli bakım verme sağlık, sosyoekonomik durum, psikolojik durum gibi yaşam kalitesinin göstergeleri olan alanları etkileyen bir süreçtir. Bakım verenin yaşadığı yük, depresyon, anksiyete, tükenmişlik, fiziksel sağlıkta bozulma, sosyal izolasyon ve ekonomik güçlükler gibi sonuçlar doğurmaktadır (Atagün ve ark. 2011). Urizar ve ark. (2009) tarafından yapılan 1998-2008 yılları arasını kapsayan, şizofreni hastalarının bakım verenlerinde yaşam kalitesini inceleyen literatür incelemesinde, şizofreni hastasına bakım verenlerin fiziksel, duygusal ve ekonomik stresler yaşadıkları belirtilmektedir.

Şizofreni hastasına bakım verenler ile yapılan çalışmalarda da kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım verenlerinde yaşadıkları stresin sonucu olarak depresif semptomlar ve anksiyete görülme oranı yüksek bulunmuştur. (Magana ve ark 2007, Perlick ve ark. 2007). Laidlow ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan çalışmada şizofreni hastasına bakım verenlerin %25'inde depresyon ya da anksiyete gibi ruhsal sağlık sorunu bulunma olasılığının yüksek olduğu saptanmıştır (Laidlow ve ark 2002). Şizofreni hastasına bakım verenlerde ruhsal sağlık sorunu bulunma olasılığının değerlendirildiği bir çalışmada bakım verenlerde

ruhsal sağlık sorunu gelişme olasılığının %55 olduğu belirtilmektedir (Barrowclough ve ark. 1996). Tennakon ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise ilk psikoz atağını yaşıyan hasta yakınlarının %12'sinde ruhsal hastalık sorunu olduğu belirtilmektedir (Tennakoon ve ark. 2000). Amerika'da Latin aileler ile yapılan bir çalışmada ise şizofreni hastasına bakım verenlerde depresyon görölme oranı %40 olarak belirtilmektedir (Magana ve ark. 2007). Barrowclough ve Tarrier(2003) tarafından yapılan çalışmada şizofreni hastasına bakım verenlerin %49.4'ünde ruhsal sağlık sorununun bulunma olasılığının yüksek olduğu belirtilmektedir (Barrowclough ve Tarrie 2003).

Laidlaw ve arkadaşları (2002) şizofreni hastası ile birlikte yaşıyan bakım verenler ile hasta ile ayrı yaşıyan bakım verenlerin eşit oranda stres ve yük yaşadıklarını ayrıca her iki gruptaki bakım verenlerin ruhsal hastalık sorunu bulunması açısından risk altında olduklarını belirtmişlerdir (Laidlaw ve ark. 2002). Schene ve arkadaşları(1998) tarafından yapılan şizofreni hastasına bakım verenlerin yaşadıkları stresin olası nedenleri, hasta ile bakım veren ilişkisinde yaşanan gerginlik, hastanın genel sağlığı ve güvenliği konusunda yaşanan endişe, hastanın ilaçlarını alma durumu, tehlikeli davranışları, uyku durumu gibi davranışlarını sürekli denetlemek zorunda kalma ve hastanın günlük gereksinimlerini yerine getirmesi konusunda zorlanma yaşama olarak belirtilmektedir (Schene ve ark. 1998). Yaşanılan stres ile etkili baş etme yöntemi geliştirilmediğinde kronik stresin etkisine bağlı olarak ruhsal sağlık durumunda bozulmanın olduğu açıklanmaktadır (Boye ve ark. 2001). Şizofreni hastasına bakım verenlerde ruhsal hastalık riskinin yüksek olmasının nedeni şizofreninin bireyin duygu, düşünce, algı ve davranış alanlarını olumsuz etkileyen kronik bir hastalık olması, ekonomik ve sosyal kayıplara neden olması, aile üyelerinin üzüntü, endişe, korku, yalnızlık duygusu ve gelecek kaygısı yaşamalarına neden olması nedeniyle ailenin yoğun stres yaşaması ve yaşadıkları stresle etkili baş edememeleri ile açıklanabilir.

AAD grubundaki bakım verenlerde genel sağlık anketi puanı düşerken, kontrol grubundaki bakım verenlerin genel sağlık anketi puanlarında herhangi bir değişiklik olmamıştır. AAD programı sonrası, üçüncü ay ve altıncı aylardaki ruh sağlığı puan ortalamaları bakım verenlerin program başlamadan önce ölçülen puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($\chi^2_{\text{Friedman}}:18.267$ p:0.000). Bu bulgu "Hipotez 1: AAD grubundaki bakım verenlerin program öncesi, program sonrası, üçüncü ay ve altıncı aydaki ruh sağlığı puan ortalamaları kontrol grubundaki bakım verenlerin ruh sağlığı puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olacaktır" hipotezini doğrulamaktadır. Bu durumda

şizofreni hastasına bakım verenlere uygulanan AAD programının bakım verenlerin ruhsal hastalık riskini azaltmada etkisi olabileceği söylenebilir.

Aile müdahalelerinin amaçları, şizofreni hastasına bakım veren kişi ile işbirliği geliştirmek, bakım veren kişi üzerindeki stres ve yükü azaltarak aile ortamından kaynaklanabilecek olumsuz etkileri en aza indirmek, bakım verenlerin problemleri önceden saptama ve çözme kapasitelerini arttırmak, ailedeki öfke ve suçlama ifadelerini en aza indirmek, bakım verenlerin hastadan beklentilerini azaltma, bakım verenin davranışları ve inanç sisteminde beklenen değişimleri sağlamaktır (Pharoah 2006). Literatürde bazı çalışmalarda da aile müdahalelerinin ailelerin iyi oluşunu arttırdığı, hastalık süreci ile baş etmelerini geliştirdiği, ruhsal iyiliklerini korumaya etkisi olduğu belirtilmektedir (Rummel ve ark. 2005, Glynn ve ark. 2006, Tel ve Terakye 2000). AAD programları aracılığı ile şizofreni hastasına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler ile baş etmeleri sağlanarak ruhsal hastalık riskleri en aza indirilebilir.

Schenk ve arkadaşları (2006a) tarafından yapılan çalışmada AAD programının kronik psikiyatri hastasına bakım verenlerin ruh sağlığı düzeyine etkisi incelenmiştir. Çalışmanın örneklemini, DSM IV'e göre şizofreni, şizoaffektif bozukluk, depresyon ve obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylere bakım veren 462 bakım veren oluşturmuştur. Çalışmada AAD programına katılan bakım verenlerin depresif semptomlarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde azalma görülmüştür. Program tamamlandıktan sonra yapılan ikinci izlem ve program tamamlandıktan altı ay sonra yapılan üçüncü izlemlerde depresif semptomlarda azalma AAD grubunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmada aynı zamanda AAD programına katılan bakım verenler, kontrol grubuna göre ikinci ve üçüncü izlemlerde hasta bireyle ilişkilerine daha az negatif baktıklarını ve emosyonel olarak kendilerini daha iyi hissettiklerini belirtmişlerdir (Schenk ve ark. 2006a). AAD programı ile bakım verenlerin, ruhsal hastalığın nedenleri ve tedavisi hakkındaki bilgilerinin arttığı, yaşadıkları güçlüklerle daha kolay baş edebildikleri, olumsuz duygularının azaldığı, sosyal desteklerinin arttığı ve hasta birey hakkındaki kaygılarının azaldığı belirtilmektedir (Chien 2008, Dixon ve ark. 2004, Schenk 2008, Young 2001).

Aile müdahaleleri ailelerin hastalık süreci ile baş etmelerini geliştirerek ruhsal iyiliklerini korumada etkilidir (Glynn ve ark. 2006). Dixon ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan AAD programının sonuçlarını değerlendiren çalışmada, AAD programına katılan bakım verenlerde program başlamadan üç ay önce yapılan ilk izlem ve program

tamamlandıktan üç ay sonra yapılan dördüncü izlemdeki depresif semptomlarda azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Şizofreni hastalarının bakım verenlerine yönelik uygulanan AAD programları ile bakım verenlerin yaşadıkları güçlüklerle baş edebilmesi için gerekli gücü kazanmaları ve karşılaştıkları sorunlar ile baş edebilecek düzeye gelmeleri sağlanabilir. Böylece AAD programları ile bakım verenlerin ruhsal sağlık durumları geliştirilebilir.

Uygulanan AAD programının bakım verenlerde ruhsal hastalık riskini azaltmasının nedeni, programın bakım verenlerin baş etme becerilerini geliştirmesi ve bakım verenlere sosyal destek ortamı sağlaması olabilir. AAD programının etkinliğini değerlendiren çalışmada AAD programının sosyal desteği arttırdığı ve yükü azalttığı belirtilmektedir (Lucksted, Stewart ve Forbes 2008).

Çalışmada her ölçüm zamanına göre ayrı olarak, AAD ve kontrol grubundaki bakım verenlerin genel sağlık puan ortalamaları arasındaki fark değerlendirildiğinde AAD grubundaki bakım verenlerin genel sağlık anketi puan ortalamaları kontrol grubuna göre program tamamlandıktan sonra üçüncü ayda anlamlı düzeyde düşük çıkmıştır. Program öncesi, sonrası ve altıncı ayda kontrol grubunun genel sağlık anketi puan ortalamaları daha yüksek ancak fark anlamlı çıkmamıştır. Bunun nedeni örneklem sayısının az olması olabilir. Program tamamlandıktan sonra yapılan ilk ölçümlerde anlamlı fark bulunmaması programın etkinliğinin hemen ortaya çıkmamış olmasından kaynaklanabilir. AAD ve kontrol grubunda program sonrası altıncı ayda anlamlı fark çıkmamasının nedeni programın etkisinin uzun süre devam etmemesi olabilir. Schenk ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada, AAD programına katılan bakım verenlerin depresif semptomlarında, program tamamlandıktan sonra ve program tamamlandıktan altı ay sonra yapılan izlemlerde anlamlı düzeyde azalma bulunmuştur. Dixon ve ark.(2004) tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde AAD programı tamamlandıktan sonra yapılan izlemlerde bakım verenlerin depresyon puanlarında azalma olduğu, program tamamlandıktan sonra altıncı ayda yapılan izlemdeki depresif semptomlarında azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu bulgular AAD programına katılmanın bakım verenlerin ruh sağlıklarını olumlu etkilediğini göstermektedir.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden Elde Edilen Sonuçlar

Çalışmamızda hem AAD grubundaki hem de kontrol grubundaki bakım verenlerin program öncesi en sık başvurdukları stresle baş etme yöntemi “kendine güvenli yaklaşım”dır (AAD Grubu: $\bar{X}=2.07\pm 0.27$; Kontrol Grubu: $\bar{X}=2.28\pm 0.44$). İlk ölçümlerde bakım verenlerin

kullandıkları diğer baş etme yöntemleri ise, iyimser yaklaşım (AAD Grubu: $\bar{X}=1.89\pm 0.37$; Kontrol Grubu: $\bar{X}=2,11\pm,45$), sosyal destek arama yaklaşımı (AAD Grubu: $\bar{X}=1.91\pm 0.50$; Kontrol Grubu: $\bar{X}=1.96\pm 0.43$), çaresiz yaklaşım (AAD Grubu: $\bar{X}=1.27\pm 0.43$; Kontrol Grubu: $\bar{X}=1.18\pm 0.40$) ve boyun eğici yaklaşımdır(AAD Grubu: $\bar{X}=1.02\pm 0.51$; Kontrol Grubu: $\bar{X}=1.01\pm 0.62$). Çalışmadan elde edilen bulgulara göre AAD grubundaki bakım verenlerin program öncesi etkili ve etkisiz baş etme yöntemlerini birlikte kullandıkları saptanmıştır. Şizofreni hastasına bakım verenler ile yapılan çalışmalarda da bakım verenlerin stresle başa çıkmada etkili ve etkisiz baş etmeleri birlikte kullandıkları saptanmıştır (Huang ve ark. 2008, Şengün 2007, Dülgerler 2005).

SBÇTÖ alt boyutlarına göre AAD programına katılan bakım verenlerin **kendine güvenli yaklaşım boyutunda**, AAD grubunda programdan sonra, üçüncü ve altıncı ayda yapılan ölçümlerdeki puan ortalamaları program öncesi puan ortalamalarından anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur (p:0.004). Kontrol grubunun ise program öncesi ile programdan sonra, üçüncü ve altıncı ayda yapılan ölçümlerdeki puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p:0.154, Tablo 5).

İyimser yaklaşım alt boyutunda, AAD grubundaki bakım verenlerin programdan sonraki puan ortalamalarının hem program öncesi ilk ölçümdeki hem de programdan sonra altıncı aydaki ölçümlerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu (1-2.ölçüm p:0.001, 2-4.ölçüm p:0.010), diğer ikili ölçümler arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. Kontrol grubunun ise program öncesi, programdan sonra, üçüncü ve altıncı ayda yapılan ölçümlerden elde edilen puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Program tamamlandıktan hemen sonra yapılan izlemde kendine güvenli yaklaşım puanının program öncesi ve programdan sonra altıncı ayda yapılan ölçümlerden anlamlı düzeyde yüksek çıkması programa katılmanın iyimser yaklaşımı arttırdığını ancak bu etkinin uzun sürede devam etmediğini göstermektedir. Program süresince benzer durumdaki bakım verenler ile bir arada etkileşim halinde olmak, diğer bakım verenlerin güçlüklerini ve çabalarını görmek, karşılıklı çözüm önerileri geliştirmek bakım verenlerin iyimser yaklaşım boyutunda artışa neden olurken program tamamlandıktan sonra bu ortamdan uzaklaşmak bakım verenlerin iyimser yaklaşım düzeylerinde düşüşe neden olmuş olabilir.

AAD grubundaki bakım verenlerin **sosyal destek arama yaklaşımı alt boyutunda**, program öncesi, programdan sonra, üçüncü ve altıncı ayda yapılan ölçümlerden elde edilen puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir (p:0.008, Tablo 5).

Kontrol grubunun ise program öncesi, programdan sonra, üçüncü ve altıncı ay puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı (p:0.347) saptanmıştır.

AAD grubundaki bakım verenlerin sosyal destek arama yaklaşımı puan ortalamalarının programdan sonra üçüncü ve altıncı aydaki sosyal destek arama yaklaşımı puan ortalamalarının programdan önceki puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (1-3.ölçüm için p: 0.012, 1-4.ölçüm p:0.05). Bu durum AAD programının sosyal destek arama yaklaşımını kısa dönemde arttırdığını ve uzun dönemde de sosyal destek arama sürmesine neden olduğunu düşündürmektedir. Aynı zamanda şizofreni dayanışma derneğinde yürütülen AAD programı aracılığı ile dernekte oluşturulan destekleyici ortam bakım verenlerin sosyal destek arama davranışlarını arttırmış olabilir. Hasta yakınlarının oluşturdukları gruplar benzer sorunları olan insanların bir araya gelmelerini, dolayısıyla hastalığa ilişkin güçlüklerin açıkça konuşulabilmesini ve paylaşılabilmesini sağlamaktadır. Böylece aile için yeniden bir sosyal yaşam kurulmaktadır (Gülseren 2002). Akran desteği ile yapılan destek programlarının, benzer problemi olan kişilerin sosyal ve duygusal açıdan birbirlerine destek olmalarını sağlayarak, sosyal, duygusal ve kişisel gelişimi desteklemek, baş etme becerilerini geliştirmektir (Solomon 2000, Young 2001). Yapılan çalışmalarda, aileden aileye destek programına katılan şizofreni hastalarının bakım verenlerinde sosyal desteğin arttığı görülmektedir (Chien ve ark. 2004, Chien ve ark. 2008, Solomon 1997). Aileden aileye destek programları şizofreni hastalarının bakım verenlerinin sosyal ve duygusal açıdan birbirlerine destek olmalarını sağlayarak algılanan sosyal desteğin artmasını sağlamaktır (Dixon ve ark. 2001, Solomon 2000).

Çaresiz yaklaşım alt boyutunda, aileden aileye destek grubundaki bakım verenlerin program öncesi ile programdan sonra, üçüncü ve altıncı ayda yapılan ölçümlerden elde edilen puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir (p:0.005, Tablo 5). Kontrol grubunun ise program öncesi ile programdan sonra, üçüncü ve altıncı ayda yapılan ölçümlerdeki puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p:0.114, Tablo 5).

Boyun eğici yaklaşım alanında ise, hem aileden aileye destek grubundaki bakım verenlerin hem de kontrol grubundaki bakım verenlerin program öncesi, programdan sonra, üçüncü ve altıncı ayda yapılan ölçümlerden elde edilen puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (AAD Grubu: p:0.433 Kontrol Grubu: p:0.727, Tablo 5). Aileden aileye destek ve kontrol grubunda yer alan bakım verenler stresle baş etmede etkisiz yöntemlerden biri olan boyun eğici yaklaşımı kullanmaktadırlar. Aileden aileye destek

programına katılmanın bakım verenlerin stresle baş etmede kullandıkları boyun eğici yaklaşım üzerinde etkili olmamasının nedeni programın içeriğinin bu alanının yetersiz olması olabilir. Şizofreni hastasına bakım verenler aileden aileye destek programına katıldıktan sonra hasta davranışları ve yaşadıkları güçlüklerle baş etmede boyun eğici davranışı kullanmaya devam etmektedirler.

Çalışmamızdan elde edilen bu bulgulara göre, AAD programına katılan ve AAD grubunda yer alan şizofreni hastasına bakım verenlerin, kontrol grubunda yer alan bakım verenlere göre etkili baş etme yöntemlerini daha fazla kullanmaya başladıkları ortaya çıkmıştır. AAD grubundaki bakım verenlerin AAD programına katıldıktan sonra, etkili baş etme yöntemleri olan **kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımlarında** ve etkisiz baş etme yöntemi olan çaresiz yaklaşımda değişim olduğunu ortaya çıkmıştır. Bu sonuç çalışmanın hipotezlerinden “Hipotez 2.a: AAD grubundaki bakım verenlerin program öncesi, program sonrası, üçüncü ay ve altıncı aydaki SBÇTÖ iyimser yaklaşım alt boyutu puanları kontrol grubundaki bakım verenlerin belirtilen zamanlarda ölçülen iyimser yaklaşım alt boyutu puanlarından daha yüksek olacaktır” hipotezi kabul edilmiştir. “Hipotez 2.b: AAD grubundaki bakım verenlerin program öncesi, program sonrası, üçüncü ay ve altıncı aydaki SBÇTÖ kendine güvenli yaklaşım alt boyutu puanları kontrol grubundaki bakım verenlerin belirtilen zamanlarda ölçülen kendine güvenli yaklaşım alt boyutu puanlarından daha yüksek olacaktır” hipotezi kabul edilmiştir. “Hipotez 2.c: AAD grubundaki bakım verenlerin program öncesi, program sonrası, üçüncü ay ve altıncı aydaki SBÇTÖ çaresiz yaklaşım alt boyutu puanları kontrol grubundaki bakım verenlerin belirtilen zamanlarda ölçülen çaresiz yaklaşım alt boyutu puanlarından daha düşük olacaktır” hipotezi kabul edilmiştir. “Hipotez 2.e: AAD grubundaki bakım verenlerin program öncesi, program sonrası, üçüncü ay ve altıncı aydaki SBÇTÖ sosyal destek arama alt boyutu puanları kontrol grubundaki bakım verenlerin belirtilen zamanlarda ölçülen sosyal destek arama alt boyutu puanlarından daha yüksek olacaktır” hipotezini doğrulamaktadır.

Çalışmada AAD programına katılan bakım verenlerde boyun eğici yaklaşımda program öncesi ve sonrasında AAD ve kontrol grubu arasında anlamlı fark olmadığı ortaya çıkmıştır. Bu bulgu “Hipotez 2.d: AAD grubundaki bakım verenlerin program öncesi, program sonrası, üçüncü ay ve altıncı aydaki SBÇTÖ boyun eğici yaklaşım alt boyutu puanları kontrol grubundaki bakım verenlerin belirtilen zamanlarda ölçülen boyun eğici yaklaşım alt boyutu puanlarından düşüktür” hipotezini doğrulamamaktadır.

Destek gruplarının en önemli işlevlerinden birisi, hasta bir bireyle yaşarken karşılaşılan güçlüklerle başa çıkma konusunda deneyimi az üyelerin pratik öneriler alabilmeleridir. Hasta yakınları söz konusu durumlarla başa çıkma konusunda genellikle deneme yanılma yoluyla olmak önemli deneyim kazanmaktadırlar (Gülseren 2002). Oluşturulan AAD programı ile bakım verenlerin yaşadıkları güçlükleri paylaşabilecekleri birbirlerine önerilerde bulunabilecekleri ortam sağlanmaktadır. AAD programında bakım verenler kendilerini ifade etme imkanı bulmakta, kendi sorunlarına farklı bakış açısı ile bakabilmekte, yaşadıkları sorunlarla baş etme yöntemlerini tartışabilmekte ve hastalık hakkında bilgi edinebilmektedirler. Bu durum bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler ile daha iyi baş edebilmelerini sağlamaktadır. Akran gruplarının sağladığı destekleyici ilişki, kişiyi olumlu olarak etkilemekte, stresörlere ve zorlanmalara karşı koruyucu rol oynamaktadır (Solomon 2004).

AAD programlarının içerikleri incelendiğinde, ruhsal hastalıklar, ilaçlar ve diğer tedaviler hakkında bilgi, problem çözme becerilerini geliştirme, hasta ile iletişim becerilerini geliştirme, deneyimlerin ve yaşanan zorlukların paylaşılması ve toplum kaynakları gibi konulardan oluştuğu görülmektedir (Dixon 2001, Chien 2008, Schenk 2008). Görüldüğü gibi AAD programlarının içerikleri bakım verenlerin baş etme düzeylerini geliştirmeye yöneliktir. Çalışmamızda geliştirilen AAD programının içeriğinde bakım verenlerin etkili baş etme yöntemlerini geliştirmek üzere iki oturum stresle baş etme konusuna yer verilmiştir.

AAD programları bakım verenlere sosyal destek sağlamak ve baş etme becerilerini geliştirmek hedeflemektedir. Bu çalışmada da AAD programına katılan bakım verenlerin etkili baş etme yöntemlerini daha yüksek oranda kullanabildikleri sonucu ortaya çıkmıştır. Lucksted, Stewart ve Forbes (2008) tarafından yapılan çalışmada, AAD programına katılan ve programdan mezun olan bakım verenler ile görüşülmüştür. AAD programına katılan bakım verenler programa katıldıktan sonra daha etkili problem çözebildiklerini, kendilerine olan güvenlerinin arttığını, hasta bireye karşı daha anlayışlı davrandıklarını, zorlanma ve öfke duygularının azaldığını ve stresle daha etkin baş edebildiklerini belirtmektedirler.

Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarını etkileyen etmenlerin incelendiği çalışmada, bakım verenlerin kullandıkları baş etme yöntemleri ile ruhsal sağlık düzeyleri arasında ilişki saptanmıştır (Şengün 2007). Sağlık çalışanlarının ailelere bilgi vermesi, duyguların paylaşmasının desteklenmesi, onları dinlemesi ve erken müdahalede bulunması, ailelerin baş etmelerini güçlendirmektedir (Gavois ve ark. 2006). Dolayısı ile

AAD programları gibi aile müdahale programları ile şizofreni hastasına bakım verenlerin etkili baş etme yöntemlerini kullanmaları sağlanabilir.

Kalitatif Bölüm

AAD programına katılan şizofreni hastalarının bakım verenlerinin programa ilişkin duygu, düşünce ve deneyimlerini belirlemeye yönelik görüşleri elde edebilmek amacıyla yapılan çalışmanın kalitatif boyutundaki sonuçlar AAD programının bakım verenleri olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Aile destek gruplarına katılan bakım verenler genellikle olumlu deneyim yaşadıklarını belirtmektedirler (Wyman ve ark. 2008).

Tema 1: Sorunlarımla Başetmeyi Öğrendim

AAD programına katılan bakım verenler AAD programına katılmanın yaşadıkları sorunlar ile baş etmeyi kolaylaştırdığını belirtmişlerdir. AAD programları bakım vermeyi kolaylaştırmakta ve ailelerin yaşadıkları yük ve stresin azalmasına katkı sağlamaktadır (Cook ve ark. 1999). AAD programının içeriğinde bakım verenler oturum sırasında eski başetmelerini tartışmışlar ve kullandıkları baş etmelerin olumlu olumsuz etkilerini paylaşmışlardır. AAD programında iki oturum stresle baş etmedir. Stresle baş etme oturumunun hedeflerinden birisi bakım verenlere stresle baş etme yöntemlerini öğretmektir. Bakım verenlerden gelen geribildirimler AAD programının kapsamının sorun çözümede etkili olduğunu göstermektedir. AAD programının yararları ve bakım verenlerde meydana gelen değişikliklerin saptanmasına yönelik yapılan kalitatif çalışmada, bakım verenler destek programını tamamladıktan sonra yaşamlarında karşılaştıkları sorunlar ile daha iyi baş edebildiklerini olaylar karşısında daha donanımlı hissettiklerini belirtmişlerdir. Bakım verenler, destek programı sonrası hastalarında oluşabilecek yeni bir kriz ya da değişiklikten daha az korktuklarını, umutsuzluk, öfke, kızgınlık suçluluk ve anksiyete düzeylerinin azaldığını ifade etmişlerdir (Lucked ve ark. 2008). Pharoah ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan şizofreni hastalarının ailelerine yönelik müdahalelerin meta analiz sonucunda akran bilgi desteği ve birbirlerine yardımın aile üyelerinin stresle baş etmelerini arttırdığı belirtilmektedir. AAD programı uygulaması sonucu, bakım verenlerin bakımda yaşadıkları güçlüklerin azaldığı ve karşılaştıkları güçlükler ile baş etmede olumlu baş etmeler geliştirmelerine yardımcı olduğu söylenebilir.

Tema 2: Hastaya davranışlarımda bilinçliyim ve yalnız olmadığımı anladım

Tema 2 de şizofreni hastasına bakım verenlerin hastaya davranışlarında bilinçli oldukları ve yalnız olmadıklarını anladıkları belirtilmiştir. AAD programları aracılığı ile

bakım verenler arasında hastalık nedenleri, baş etme stratejileri ve hastalık yönetimi ile ilgili bilgi paylaşımları olmaktadır (Solomon, 2000). AAD programı aracılığı ile aileler benzer durumdaki diğer aileler ile etkileşime girebilmekte, kendi yaşamlarına farklı bir bakış açısı ile bakabilmekte ve deneyimlerini paylaşabilmektedirler (Chien ve Thompson 2008). Bakım veren liderliğinde yürütülen destek grupları temelinde deneyim ve sezgilere dayalı bilgi paylaşımı olmaktadır (Young 2001). AAD programı kapsamında yer alan literatür bilgisi ile konu ile ilgili deneyimlerin birleştirilmesi bakım verenlerin konu hakkında bilgilerinin artmasına ve benzer durumları yaşadıklarını görmelerini sağlamıştır. Program sırasında bakım verenlerin birbirilerine deneyimlerini anlatmaları ailelerin kendileri dışında diğer aileler tarafından da benzer durumların yaşanabildiğini görmelerini sağlayarak yalnız olmadıklarını hissetmelerini sağlamıştır. Benzer deneyimleri yaşayan kişiler birbirileri ile daha iyi empati kurabilirler ve birbirilerine sağlık profesyonellerinin bilmediği ya da düşünemediği pratik öneri ve tavsiyelerde bulunabilirler (Mead ve Macneil 2006).

Tema 3: Kendimi daha iyi hissediyorum

AAD programlarının bir amacı da sosyal desteğin artmasını sağlamaktır. Programa katılan bakım verenler kendilerini daha iyi hissettiklerini belirtmişlerdir. Şizofreni hastalarının ailelerine yönelik müdahalelerin meta analiz sonucunda akran bilgi desteği ve birbirlerine yardımın aile üyelerinin stresle baş etmelerini arttırdığı belirtilmektedir (Pharoah ve ark. 2006). Uygulanan AAD programı ile bakım verenlere hastalık, tedavisi, hastalarla iletişim ve stresle baş etme konularında bakım verenlerin bilgi paylaşımında bulunmalarını sağlamış olup duygularını ifade edebilecekleri bir ortam oluşturulmuştur. Bu durum bakım verenlerin kendilerini programa katılmadan önceki durumlarına göre daha iyi hissetmelerine neden olmuştur. Başka insanlarla benzer deneyimleri paylaşmak kişinin içinde bulunduğu durumu anlamasını kolaylaştırarak sosyal izolasyonu engelleyebilir ve sosyal ağlarını genişletir Akran temelli destek programları psikososyal sağlığın gelişmesi açısından etkilidir (Davidson ve ark 1999). AAD programı aracılığı ile bakım verenler şizofreni hastası ile yaşamaya ilişkin deneyimlerini paylaşma imkanı bulmuşlardır. Lucksted ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında bakım verenler ile yapılan görüşme sonrasında bazı bakım verenler AAD programına katılmadan önce şizofreni hastası ile yaşama ve bu konudaki deneyimlerini daha önce hiç kimse ile detaylı paylaşmadıklarını ve bu konuyu derinlemesine konuşmanın onları rahatlattığını ifade etmişlerdir.

Tema 4: Şizofreni yolun sonu değil, bilgi birçok sorunu çözer.

Bakım verenler program sonunda şizofreninin yolun sonu olmadığını ve bilgi ile birçok sorunu çözebileceklerini belirtmişlerdir. Şizofreni hastasına bakım verenler bakım verme sürecinde birçok güçlüklerle karşılaşmaktadırlar. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin, hastaya bakım verirken duygusal ve davranışsal güçlükler yaşadıkları, hastanın davranışları karşısında nasıl tepki vereceklerini ve ne kadar beklenti koyacaklarını bilemedikleri ve güçlük yaşadıkları belirtilmektedir (King ve Nazareth 2006). AAD programı uygulanarak yapılan çalışmaların sonucunda bakım verenlerin, ruhsal hastalığın nedenleri ve tedavisi hakkındaki bilgilerinin arttığı, yaşadıkları güçlüklerle daha kolay baş edebildikleri, olumsuz duygularının azaldığı, sosyal desteklerinin arttığı ve hasta birey hakkındaki kaygılarının azaldığı belirtilmektedir (Chien 2008, Dixon 2004, Schenk 2008, Young 2000). Aile müdahaleleri kapsamında genellikle ailelere hastalık, iletişim ve problem çözme becerileri öğretilmektedir (Glynn et al. 2006). Uygulanan AAD programı kapsamında da benzer konular paylaşılmıştır. Program sonunda bakım verenler bilgilerinin arttığını ve yaşadıkları güçlükler ile daha kolay baş edebildiklerini belirtmişlerdir. AAD programının etkisinin değerlendirildiği çalışmada, bakım verenler, programa katıldıktan sonra bilgi ve sosyal destekte artma, hastalığı kabullenme, etkili problem çözebilme, zorlanma ve öfke duygularının azalma ve stresle daha etkin baş edebilme becerilerinin geliştiğini belirtmektedirler. AAD programı aracılığı ile edindikleri bilgiler aracılığı ile hastalarının bakımı sırasında karşılaştıkları farklı durumlar karşısında yeni fikirler geliştirebildiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca bazı bakım verenler hastalarının gösterdikleri bazı davranışların hastalık belirtisi olduğunu bilmediklerini ve hastaya karşı yanlış davrandıklarını program aracılığı ile edindikleri bilgiler sayesinde hastaya olan davranışlarında değişiklikler olduğunu belirtmişlerdir (Lucksted ve ark. 2008). Şizofreni hastasına bakım verenler hastalık ve yaşadıkları güçlükler ile baş etme konularında bilgi ve desteğe gereksinim duymaktadırlar (Carter & Curlee 1999). AAD programı içeriği bakım verenlerin bilgi gereksinimleri doğrultusunda hazırlanmıştır. Bakım verenlerin AAD programı aracılığı ile elde ettikleri bilgiler sayesinde hastalarına bakım vermede yaşadıkları güçlükler ile daha kolay baş edebildikleri düşünülmektedir.

6. SONUC VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

- AAD grubunda yer alan bakım verenlerin, programdan sonra, üçüncü ay ve altıncı aydaki GSA puan ortalamaları başlangıçtaki puan ortalamalarından anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (Tablo-4) .
- AAD grubundaki bakım verenlerin GSA puan ortalamaları kontrol grubuna göre program sonrası üçüncü ayda anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4)
- SBÇTÖ alt boyutlarından **kendine güvenli yaklaşım** alt boyutunda AAD programına katılan bakım verenlerin, başlangıç puanları ile programdan sonra, üçüncü ve altıncı ayda yapılan ölçümlerdeki puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuş, ancak kontrol grubunda anlamlı fark olmamıştır.
- SBÇTÖ'nin **iyimser yaklaşım alt** boyutunda AAD programına katılan bakım verenlerin programdan sonraki puan ortalamaları program öncesi ve program sonrası altıncı ay ölçümlerinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
- SBÇTÖ'nin, **sosyal destek arama yaklaşımı alt boyutunda** AAD grubuna katılan bakım verenlerin program öncesi sosyal destek arama yaklaşımları program sonrası üçüncü ay ve altıncı aydakinden anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur
- SBÇTÖ'nin, **sosyal destek arama yaklaşımı alt boyutunda** AAD grubunun puan ortalamaları programdan hemen sonra ve altıncı ayda kontrol grubundakinden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.
- SBÇTÖ'nin **çaresiz yaklaşım** alt boyutunda AAD grubunun başlangıçtaki çaresiz yaklaşım puan ortalamaları anlamlı olarak program sonrası, üçüncü ve altıncı aydaki ölçümlerden daha yüksek bulunmuş, kontrol grubunda ise fark bulunmamıştır.

- SBÇTÖ'nin **boyun eğici yaklaşım** alt boyutunda başlangıç ile programdan hemen sonra, üçüncü ve altıncı ayda yapılan ölçümlerdeki puan ortalamaları arasında hem AAD hem de kontrol grubunda fark bulunmamıştır.
- **Kalitatif Bölüm İçin,**
- AAD programına katılan bakım verenler bu programdan yarar gördüklerini, baş etme becerilerinin arttığını, bakım verirken daha az zorluk yaşadıklarını, hastalığı daha iyi anladıklarını, benzer sorunları olan kişilerle birlikte olmanın kendilerini rahatlattığını ifade etmişlerdir.

6.2. Öneriler

- AAD programının daha büyük örneklem grubu ile uygulanması,
- AAD programına katılan bakım verenlerin GSA puan ortalamalarında düşme görüldüğünden dolayı şizofreni hastalarına bakım verenlerine yönelik benzer programların şizofreni derneklerinde ve psikiyatri polikliniklerinde düzenli olarak uygulanması,
- AAD programının bakım verenlerin ruh sağlıkları üzerine etkisinin hemen ortaya çıkmaması, üçüncü ayda belirgin bir etkisi olması ve altıncı ayda bu etkinin anlamlı olmaması nedeniyle programın şizofreni hastasına bakım verenlere düzenli olarak uygulanması,
- AAD programına katılan bakım verenlerde programdan hemen sonra stresle baş etmede etkili yöntem olan iyimser yaklaşımın kullanımının artması ancak üçüncü ve altıncı ayda anlamlı artış olmaması nedeniyle, programın etkisinin uzun süreli devam etmesi için bakım verenlerin düzenli olarak bir araya gelmelerini sağlayacak planlamaların yapılması ve uygulanması
- AAD programına katılan bakım verenlerin sosyal destek arama yaklaşımlarında artış olması nedeniyle bakım verenlerin bir araya gelmelerinin ve deneyimlerini paylaşılmasının sağlandığı ortamların ve müdahalelerin sürekli olması,
- AAD programının bakım verenlerin boyun eğici yaklaşımı kullanmaları üzerinde etkisi olmadığından, şizofreni hastasına bakım verenlerde boyun eğici yaklaşımın ayrıntılı olarak incelenmesi önerilir.

7. KAYNAKLAR

- Addington J, McCleery A, Addington D. Three-year outcome of family work in an early psychosis program. *Schizophr Res* 2005;79: 107-116.
- Addington J, Collins A, McCleery A, Addington D. The role of family work in early psychosis. *Schizophr Research* 2005; 79:77 – 83.
- Allery NM, Foster MC. Using self help support groups: a framework for nursing practice and research. *J Adv Nurs* 1990;5:1383-1388.
- Arslantaş H, Sevinçok L, Uygur B, Balcı V. ve ark. Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoeğitimin hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerine olan etkisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Derg* 2009; 10:3–10
- Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, ve ark. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2011;3(3):513-552.
- 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.
- Barrowclough C, Tarrier N. The family questionnaire (FQ): A scale for measuring symptom appraisal in relatives of schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108:290-296
- Bauml J, Froböse T, Kramer S, Rentrop M ve ark. Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophr Bull* 2006; 32: 1-9.
- Baxter JD. The implementation of a family education program by the British Columbia schizophrenia society. The University of Northern British Columbia. ProQuest Dissertations and Theses ; 2001; ProQuest Dissertations and Theses
- Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg* 2010;21(Baskıda)
- Boye B, Bentsen H, Ulstein I, Notland TH. Relatives’distress and Patients’ symptoms and Behaviours: a Prospective Study of Patients with Schizophrenia and Their Relatives. *Acta Psychiatr Scand.* 2001; 104, 42-50.
- Burland J. Family-to-family: A trauma and recovery model of family education. *New Dir Ment Health Serv* 1998;77:33-41

- Burland J Family-to-family: A trauma and recovery model of family education. *New Dir Ment Health Serv* 1998;77:33-41.
- Burland J. NAMI training programs . *Psychiatric Rehabil J* 2007;31(1):80-82.
- Brown LD, Shepherd MD, Wituk SA, Meissen G. Introduction to the special issue on mental health self help. *Am J Community Psychol* 2008;42:105-109.
- Carter KOG, Curlee M. The educational needs of families of mentally ill adults: the south caroline experience. *Psych Serv* 1999;50: 520-524.
- Chang KH, Horrocks S. Lived experiences of family caregivers of mentally ill relatives. *J Adv Nurs* 2006;53(4):435-443
- Chambers M, Ryan AA, Connor SL . Exploring the emotional support needs and coping strategies of family carers. *J Psych Ment Health Nurs* 2001;8:99-106.
- Chen F, Greenberg JS. A positive aspect of caregiving: The influence of social support on caregiving gains for family members of relatives with schizophrenia. *Com Ment Health J* 2004;423-435.
- Chinman M O'Connell, Davidson L. Services providers views of psychiatric mutual support groups . *Journal of Community Psychiatry* 2002;30:4: 349-366.
- Chien WT, Chan S, Morrissey J, Thompson D. Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia. *J Adv Nurs* 2005;51(6): 595-608.
- Chien WT. Effectiveness of psychoeducation and mutual support group program for family caregivers of chinese people with schizophrenia. *Open Nurs J* 2008;2: 28-39.
- Chien WT, Thompson DR, Norman I. Evaluation of peer-led mutual support group for chinese families of people with schizophrenia. *Am J Community Psychol* 2008;42:122-134.
- Chien WT, Norman I. Educational needs of families caring for Chienese patients with schizophrenia. *J Adv Nurs* 2003;44(5); 490-498.
- Chien WT, Norman I, Thompson DR A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. *Int J Nurs Stud* 2004;41:637-4.
- Chien WT, Chan WC, Thompson DR. Effects of mutual support group for families of Chinese people with schizophrenia: 18-month follow-up. *Br J Psychiatry* 2006;189: 41-9.
- Cook JA, Heller T, Pickett SA The effect of support group participation on caregiver burden among parents of adult offspring with severe mental illness. *Fam Relat*1999 405-10.

- Davidson L, Chinman M, Sells D, Rowe M. Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field. *Schizophr Bull* 2006; 32(3):443-450
- Davidson L, Chinmann M, Kloos B, Weingarten R, ve ark. Peer support among individuals with severe mental illness:A review of the evidence. *Clinical Psychology:Science and Practice* 1999;6(2): 165-187.
- Dixon L, McFarlane WR, Lefley H, Lucksted A. ve ark. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv* 2001;52: 903-910.
- Dixon L, Stewart B, Burland J, Delahanty J ve ark. Pilot study of the effectiveness of the family-to-family education program. *Psychiatr Serv* 2001;52(7):965-970.
- Dixon LB, Lehman AF. Family intervention for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21(4): 631-641.
- Dixon L, Lucksted A, Stewart B, Burland J. ve ark. Outcomes of the peer-taught 12-week family-to-family education program for severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:207-215.
- Doğan O. Şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002;3: 240-248.
- Doornbos MM. Predicting family health in families of young adults with severe mental illness. *J Fam Nurs* 2002; 8(3): 241-263.
- Doornbos, MM. Family caregiving for young adults with severe and persistent mental illness. *J Fam Nurs* 2001; 7(4): 328-344.
- Doherty KY, Doherty DT. Coping strategies and styles of family carers of persons with enduring mental illness: a mixed method analysis. *Scand. J. Caring Science* (2008): 22: 19-28.
- Duman ÇZ, Aştı N, Üçok A, Kuşcu MK. Şizofreni Hastalarına Ve Ailelerine “Bağımsız Yaşam Becerileri Ve Topluma Yeniden Katılım Programı Uygulaması Ve İzlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2007;8:91-99.
- Dülgerler Ş. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psikoeğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. İzmir Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi. İzmir. 2004.
- Ebrinç, Çetin, Yücel, Seçil M ve ark.. Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışı vurumunun incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2001;2(1):5-14.

- Eskin M. Aile Terapileri: temel ilke, kavram ve seçilmiş modeller. In:Koroğlu E, Güleç C, editörler. Psikiyatri Temel Kitabı. İkinci baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği 2007;623-629
- Falloon IR, Graham-Hole V. Stress and health of informal carers of people. *Journal of Mental Health* 1993;2
- Fortune DG, Smith JV, Garvey K. Perceptions of psychosis, coping, appraisals and psychological distress in the relatives of patients with schizophrenia:An exploration using self regulation theory. *Br J Psychol* 2005;44:319-331.
- Fung C, Fry A. The role of community mental health nurses in educating clients and families about schizophrenia. *Australian and New Zealand J Ment Health Nurs* 1999; 8: 162-175.
- Gavois H, Paulson G, Bengt F. Mental health professional support in families with a member suffering from severe mental illness:a grounded theory model. *Scand Journal Caring Science* 2006;20;102-109.
- Glynn SM, Cohen AN, Dixon LB, Niv N. The potential impact of the recovery movement on family interventions for schizophrenia:opportunities and obstacles. *Schizophr Bull* 2006;32: 451-463.
- Gülseren L. Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Derg* 2002;13(2):143-151.
- Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, ve ark. Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Derg* 2010; 21:203-12.
- Gümüş AB. Şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimleri. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2006;7;33-42.
- Huang XY, Sun FK, Yen WJ ve ark. (2008) The coping experiences of carers who live with someone who has schizophrenia. *J Clin Nurs*, 17:817-826.
- Hall MJ, Docherty NM. Parent coping styles and schizophrenic patient behaviour as predictors of expressed emotion. *Fam Process* 2000;39:435-444.
- Kaakinen JR, Hanson HMS. Theoretical Foundation for Family Health Nursing Practice, In:Wilson L, Thomas L, editors. *Promoting Health in Families*. Third edition, United States, Elsevier Inc, 2004:93-103.
- Kuşcu MK. Rehabilitasyon süreci ve bakım vericilik: Zedeleyen mi yoksa iyileyen mi? *3P Derg* 2000;8:30-34
- Kılıç C. Genel sağlık anketi:güvenirlilik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*

- 1996;7(1):3-9.
- Kıvırcık AB, Alptekin K, Topkaya ŞÖ, Belkiz B ve ark. Gençlerde şizofreniyi damgalama düzeyi. *Yeni Symposium* 2004;42(3): 113-117.
- King M, Nazareth I. Community care of patients with schizophrenia the role of the primary health care team. *B J Gen Practice* 1996; 46(405):231-237.
- Kültür S, Mete L, Erol A. Şizofreni In:Koroğlu E, Güleç C, editörler. *Psikiyatri Temel Kitabı*. İkinci baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği 2007;184-203.
- Laidlaw TM, Coverdale JH, Falloon IRH, Kydd RR. Caregivers stresses when living together or apart from patients with chronic schizophrenia. *Com Ment Health J* 2002;38:4
- Lazarus RS, Folkman S. *Stress Appraisal and Coping*. Springer Publishing Company. 1 st edition. New York. 1984:141-180.
- Li Z, Arthur D. Family education for people with schizophrenia in beijing, china. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 339-345.
- Li J, Lambert CA, Lambert VA. Predictors of family caregivers' burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the people's republic of china. *Nurs Health Sci* 2007;9: 192-198.
- Lincoln TM, Wilhelm K, Nestoriuc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders:a meta-analysis. *Schizophr Res* 2007;96: 232-245.
- Lucksted A, Steward B, Forbes CB Benefits and changes for family to family graduates. *Am J Community Psychol* 2008;42:154-66.
- Martens L, Addington J. The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 2001;36:128-133.
- McCaan TV, Lubman DI, Clark E. First time primary caregivers experience of caring for young adults with first episode psychosis. *Schizophr Bull* 2009;37:381-388.
- Madianos M, Economou O, Dafni E, Koukia A. ve ark. Family disruption, economic hardship and psychological distress in schizophrenia: can they be measured? *Eur Psychiatry* 2004;19:408-414.
- Magliano L, Marasco C, Fiorillo A, Malangone C, ve ark. The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106:291-298.

- Magliano L, Fadden G, Madianos M, Almedia J. ve ark. Burden on the families of patients with schizophrenia: Result of the BIOMED I STUDY. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33: 405-412.
- Magana SM, Garcia JIM, Hernandez MG, Cortez R. Psychological distress among Latino family caregivers of adults with schizophrenia: the roles of burden and stigma. *Psychiatr Serv* 2007;58: 378-384.
- Maldonado GJ, Urizar AC. Effectiveness of psycho-educational intervention for reducing burden in latin american families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res* 2007;16: 739-747.
- Maldonado G, Caqueo U, Kavanagh J. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40: 899-904.
- Mead S, Macneil C. Peer support: What makes it unique? *The Int J Psychosocial Rehabil* 2006;10(2): 29-37.
- Mohr KW, Partnering With Families. *J Psycho Nurs* 2000; 38(1): 15-22.
- National Alliance For The Mentally Ill,. Family to Family Education Program Retrieved January 2011, from: <http://www.nami.org/Template.cfm?Section=Family-to-family&Istid=605>
- Nehra R, Chakrabarti S, Kulhara P, Sharma R. Caregiver coping in bipolar disorder and schizophrenia. *Soc Psych Psychiatric Epidemiol* 2005;40:329-336.
- Öztürk, O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Sekizinci Basım. Ankara, Feryal Matbaası 2001;217-281.
- Perlick DA, Rosenheck RA, Miklowitz DJ, Chessick C. ve ark. Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2007;9: 262-273.
- Pharoah F, Mari J, Rathbone J ve ark. (2006) Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4.Art.No:CD000088.DOI: 10.1002/14651858.CD000088.pub2.
- Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P. ve ark. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 2002;32: 763-782.
- Rose LE, Mallinson KR, Walton MB. Barriers to family care in psychiatric settings. *J Nurs Scholarsh* 2004;36:39-47.

- Rummel CB, Hansen PW, Helbig A ve ark. Peer to peer psychoeducation in schizophrenia: a new approach. *J Clin. Psychiatry* 2005;66:1580-585.
- Sadock BJ, Sadock VA. Şizofreni. In: Bozkurt A, editör. Kaplan & Sadock's Klinik Psikiyatri El Kitabı. Dördüncü Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi 2009; 117-112.
- Saunders J. Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues Ment Health Nurs* 2003; 24: 175-198.
- Saunders JC, Byrne MM. A thematic analysis of families living with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 2002; XVI: 217-213.
- Saunders J. Family functioning in families providing care for a family member with schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs* 1999;20: 95-113
- Schenk PA, Cook JA, Laris A. Brief report: Journey of hope program outcomes. *Community Ment Health J* 2000; 3(4): 413-424.
- Schenk PSA, Bennett C, Cook JA ve ark. Changes in caregiving satisfaction and information needs among relatives of adults with mental illness: results of a randomized evaluation of a family-led education. *Am J Orthopsychiatry* 2006a;76:545-53.
- Schenk PA, Cook JA, Steigman P, Lippincott R. ve ark. Psychological well-being and relationship outcomes in a randomized study of family-led education. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63: 1043-1050.
- Schenk PA, Lippincott RC, Bennett C, Steigman PJ. Improving knowledge about mental illness through family-led education:the journey of hope. *Psychiatr Serv* 2008;59: 49-56.
- Schulze B, Rössler W. Ruhsal hastalıkta bakım verenin yükü: 2004-2005'te ölçümler, bulgular ve müdahalelerin gözden geçirilmesi. *Curr Opin Psychiatry Türkçe Baskı* 2006;2 :47-58.
- Scazufca M & Kuipers E. Coping strategies in relatives of people with schizophrenia before and after psychiatric admission. *Br J Psychol*1999;174:154-151.
- Schene AH, Wijngaarden B, Koeter MWJ. Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. *Schizophr Bull* 1998;24(4):609-618.
- Solomon P. Interventions for families of individuals with schizophrenia maximising outcomes for their relatives. *Dis Manage Health Outcomes* 2000;8(4): 211-221.
- Solomon P, Draine J, Mannion E ve ark. Effectiveness of two models of brief family education: retention of gains by family members of adults with serious mental illness. *Am J Orthopsychiatry* 1997;67:177-86

- Solomon, P. Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2004;27(4):392-401
- Soygür H. Şizofreni tedavisinde aileye yaklaşım. *Psikiyatri Psikoloji ve Psikofarmakoloji Derg* 1993;1(2):117-127.
- Soygür H. Şizofreni tedavisine genel bir bakış. *Psikiyatri Dünyası* 1999;3:83-90.
- Şahin N.H., Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği:üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Derg* 1995;10(34):56-73.
- Şengün F. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Ruhsal Sağlık Durumlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007.
- Tel H, Terakye G. Şizofrenik Hasta Ailelerine Yönelik Bir Psikoöğitimsel Yaklaşım Uygulama Denemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1(3): 133-142.
- Tennakoon L, Fannon D, Doku V, O’Ceallaigh S. ve ark. Experience of caregiving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis. *Br J Psychiatry* 2000 177:529-533.
- Terschinsky U. Living with schizophrenia:the family illness experience. *Issues Ment Health Nurs* 2000;21:387-396.
- Tuck I, Mont P, Evans G, Shupe J. The experience of caring for an adult child with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 1997; XI(3):118-125.
- Tucker C, Barker A, Gregoire A. Living with schizophrenia: caring for a person with a severe mental illness. *Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 1998;33:305-309
- Urizar AC, Maldonado JG, Castillo CM. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia:A literature review. *Health and Quality Outcomes* 2009;7:84: 1-5.
- Üçok A. Şizofreni: damga, mitler ve gerçekler. *Psikiyatri Dünyası* 1999;3:67-71.
- Üstün B, Akgün E, Partlak N. Stres ve baş etme yöntemleri. Hemşirelikte iletişim becerileri öğretimi. 1. Baskı. İzmir. Okullar Yayınevi 2005:74-83
- Walz GP, Leucht S, Bauml J, Kissling W. ve ark. The effect of family interventions on relapse and rehospitalizasyon in schizophrenia-a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001;27: 73-92.
- Winefield HR, Harvey EJ. Needs of family caregivers in chronic schizophrenia. *Schizophr Bull* 1994;20(3):557-566.

- World Health Organization: The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope. Burden of Mental Health And Behavirol Disorders. 2001, Chapter 2.
Erişim: www.who.int/whr/2001
- Wyman K, Clarke S, McKenzie P, Gilbert M. The Impact of Participation in support group for careers of a person with schizophrenia: A Qualitative study. Internl J Psychol Rehabil 2008;12(2): 97-109.
- Yıldız M, Yazıcı A, etinkaya , Bilici R ve ark. Şizofreni hastalarının yakınlarının hastalıkla ilgili bilgi ve görüşleri. Türk Psikiyatri Derg 2010; 21:105-113
- Young R. Support groups for relatives of people living with a serious mental illness:An overview. Internl J Psychol Rehabil 2001;5:56-80.

8. EKLER

EK-1: Aileden Aileye Destek Programı

ŞİZOFRENİDE AİLEDEN AİLEYE DESTEK PROGRAMI



HAZIRLAYANLAR

DOÇ.DR. ZEKİYE ÇETİNKAYA DUMAN

ÖĞR.GÖR. KERİME BADEMLİ

ŞİZOFRENİDE AİLEDEN AİLEYE DESTEK PROGRAMI

Aileden aileye destek programları benzer problemi olan ailelerle duyguların paylaşılması, karşılıklı duygusal destek ve bilgi paylaşımını içermektedir. Bu programlar ailelere ruhsal hastalıklar konusunda bilgi sağlamakta, duygu ve düşüncelerin paylaşılması için ortam hazırlamaktadır. Aileler, aileden aileye destek programları aracılığı ile benzer durumdaki diğer aileler ile etkileşime girebilmekte, kendi yaşamlarına farklı bir bakış açısı ile bakabilmekte ve diğer aileler ile deneyimlerini paylaşabilmektedirler

Aileden aileye destek programı şizofreni hastasına bakım verenler için hazırlanmıştır. Program 120 dakikalık 8 oturumda uygulanacak şekilde hazırlanmış yapılandırılmış bir programdır. Bu program ile bakım verenlerin ruhsal hastalıklar hakkında bilgi, duygu ve düşüncelerini paylaşmaları ve karşılıklı birbirlerine destek olmaları, stresle başa çıkmada farklı beceriler kazanmaları hedeflenmektedir. Program kapsamında gönüllü aile üyeleri ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi tarafından eğitilecek ve eğitim alan aile üyeleri de diğer aile üyelerini eğiteceklerdir.

Aileden aileye destek programı ile şizofreni hastalarının bakım verenlerine aileden aileye destek programını uygulamak ve verilen destek programının etkisini incelemek amaçlanmaktadır. Programının şizofreni hastalarına bakım verenlerin ruh sağlıklarına ve baş etme yöntemlerine etkisini değerlendirebilmek için stresle başa çıkma tarzları ölçeği ve genel sağlık anketi uygulanacaktır. Ölçekler program başlamadan önce, program tamamlandıktan hemen sonra, üç ay sonra ve altı ay sonra tekrar uygulanacaktır.

İÇİNDEKİLER

- 1. OTURUM-TANIŞMA**
- 2. OTURUM-ŞİZOFRENİ HASTALIĞINI ÖĞRENMEK**
- 3. OTURUM-ŞİZOFRENİ HASTALIĞININ TEDAVİSİNİ ÖĞRENMEK**
- 4. OTURUM-ŞİZOFRENİ HASTALARI İLE İLETİŞİM**
- 5. OTURUM-ŞİZOFRENİ HASTALARI İLE İLETİŞİM**
- 6. OTURUM-STRESLE BAŞETME**
- 7. OTURUM-STRESLE BAŞETME**
- 8. OTURUM-GRUBU SONLANDIRMA**

1.OTURUM: TANIŞMA

Amaç: Aileden aileye destek grubu hakkında bilgi vermek

Hedefler

- 1-Katılımcılar ile tanışmak
- 2- Programın içeriğini öğretmek
- 3- Grup içi kuralları belirlemek
- 4-Ölçüm araçlarını uygulamak



Bu programa katılmayı kabul ettiğiniz için hepinize teşekkür ediyorum.

- ✓ Aile üyeleri ile tek tek tanışma.
- ✓ Yapacağımız aileden aileye destek programı duyguların paylaşılması, karşılıklı duygusal destek ve bilgi paylaşımını içermektedir.

Aileden aileye destek programlarının amacı,

- ✓ Benzer problemi olan kişilerin karşılıklı olarak sosyal ve duygusal açıdan birbirlerine destek olmalarını sağlayarak olumlu yönde sosyal, duygusal ve kişisel gelişimi desteklemek,
- ✓ Ruhsal hastalığın neden olduğu sorunlarla başetme becerilerini geliştirmek, ruhsal hastalığın nedenleri ve tedavisi konusunda bilgi sağlamak ve sosyal desteğin artmasını sağlamaktır.
- ✓ Bu programlarda bakım verenler arasında hastalık nedenleri, baş etme yöntemleri ve hastalık yönetimi ile ilgili bilgi paylaşımları olmaktadır (Dixon et al., 2001;Chien, 2008;Schenk, 2008).

Katılacağınız aileden aileye destek programının amacı;

- ✓ Hastanızın hastalığı ile ilgili yaşadığınız güçlüklerle daha doğru ve etkili başetme yöntemleri geliştirmek
- ✓ Aynı problemi yaşayan insanlarla tanışarak duyguların paylaşılmasını sağlamak
- ✓ Şizofreni hastalığı nedenleri ve tedavisi konusunda bilgi edinmek
- ✓ Şizofreni hastası ile iletişim kurma teknikleri konusunda bilgi paylaşımını sağlamak
- ✓ Şizofreni hastalığı ile ilgili yaşanan güçlükler ile baş etme yöntemlerini öğrenmek
- ✓ Stresle baş etme yöntemlerini öğrenmek ve bu yöntemleri günlük hayatınızda kullanabilmek

- ✓ Bu program haftada bir gün olmak üzere toplam 10 oturumdan oluşmaktadır.
- ✓ Mümkün olduğunca oturumlara devam etmeniz gerekmektedir.
- ✓ Program süresince birbirinizle duygularınızı ve deneyimlerinizi paylaşmanız önemlidir.
- ✓ Program araştırmacı tarafından eğitim almış şizofreni hastasına bakım veren olan aile üyeleri tarafından yürütülecektir. Böylece aynı problemi olan insanlarla duygularınızı ve deneyimlerinizi paylaşma fırsatı bulacaksınız.

Program süresince şizofreni hastalığı, nedenleri, belirtileri, tedavisi ve yaşanılan güçlüklerle baş etme yöntemleri ve iletişimi güçlendirme konularında paylaşımlar olacak ve bilgi verilecektir.

- Sizlerin bu programdan beklentileriniz nelerdir?
- Daha önce benzer bir programa katıldınız mı?
- Şizofreni hastalığı hakkında neler biliyorsunuz?
- Şizofreni hastalığı konusunda sizin deneyimleriniz nelerdir?
- Şizofreni hastasına bakım vermek sizi nasıl etkiliyor?
- Şizofreni hastasına bakım verme sırasında yaşadığınız güçlükler nelerdir?
- Yaşadığınız güçlüklerle nasıl baş ediyorsunuz?

2. OTURUM: ŞİZOFRENİYİ ÖĞRENMEK

Amaç: Şizofreni hastalığını öğrenmek

Hedefler:

- 1-Şizofreni hastalığının nedenlerini öğrenme ve hastalığın nedenlerine ilişkin duyguları paylaşma
- 2-Şizofreni hastalığının belirtilerini öğrenmek ve deneyimleri paylaşmak
- 3-Hastalık belirtileri ile baş etmede evde ve sosyal ortamlarda yaşanan güçlükleri öğrenmek
- 4-Şizofreni hastalığının seyrini öğrenme



Şizofreni nedir?

Şizofreni bireyin duygulanım, düşünce, algılama ve davranış alanlarını olumsuz yönde etkileyen kişide birtakım değişikliklere neden olan, beynin yapısında fizyoloji ve kimyasında ciddi değişikliklerin olduğu kronik ruhsal bir hastalıktır (Saunders,2003;Öztürk, 2001).

- Şizofreni her toplumda ve her türlü sosyo-ekonomik ortamda görülmektedir.
- Görülme sıklığı açısından kadın erkek arasında önemli bir fark görülmemektedir.
- Şizofreni hastalığı dünyada her 100 kişiden birini etkilemektedir
- Genellikle 15-30 yaşları arasında ortaya çıkmakta, 40 yaşından sonra nadiren ortaya çıkmaktadır (Öztürk, 2001).
- Şizofreni tedavi edilebilen bir hastalıktır.

Şizofreni düşünceleri, algıları, duyguları ve davranışları etkileyen bir hastalıktır

Şizofreni hastalığının nedenlerini öğrenme ve hastalığın nedenlerine ilişkin duyguları paylaşma

- Sizce hastalığın nedeni nedir?
- Hastalık ve nedenleri konusunda düşünceleriniz nelerdir?

Hastalık nedenleri; Şizofreni hastalığının kesin nedeni tam olarak bilinmemektedir.

—Şizofreni hastalığının tek bir nedeni yoktur.

—Hastalığın oluşmasında genetik yatkınlık, biyolojik etmenler ve psikososyal çevre rol oynamaktadır (Isaacs & Shieves, 2002).

—**Genetik Yatkınlık;** Aileler üzerinde yapılan araştırmalarda, şizofreniye eğilimin genetik olduğu belirtilmektedir.

—Anne ya da babasından biri şizofreni hastası olan çocukta hastalığın görülme olasılığı % 12'dir.

—Anne ve babasında şizofreni olan çocukta hastalığın görülme olasılığı %40'dır.

—Anne ve babası sağlam kardeşinde şizofreni olan çocukta hastalığın görülme olasılığı %7'dir.

—Birinci derece akrabasında şizofreni görülen kişinin hastalanma olasılığı %3 ile %7 arasındadır (Öztürk, 2001;Kültür, Mete, & Erol, 2007)

Biyolojik Etmenler; Beynin bazı bölgelerinde sinir hücrelerinin işleyişinde sorunlar yaşanmaktadır. Beyinde milyonlarca sinir hücresi bulunmaktadır. Her bir sinir Hücresinin dalları vardır ve bu dallar bir hücreden diğerine mesaj iletilerek iletişim sağlanmaktadır. Şizofrenide, sinir hücreleri arasında iletişimi sağlayan aracı maddelerden dopamin miktarında ve etki mekanizmasında bozukluklar olmaktadır. Bu durumu düzeltmek için ilaçlar kullanılmaktadır.

Psikososyal ve çevresel nedenler; Şizofreni genetik yatkınlığı olan kişi için strese neden olan ani beklenmedik yaşam olayları (sevilen birinin ölümü, iş değiştirme, iş kaybetme, kaza geçirme vb.) (Sadock & Sadock, 2009).

Aile faktörü, Aşırı eleştirel, beklentileri yüksek, aşırı ilgilenen ve aşırı kontrollü davranan aileleri olan hastalarda hastalığın tekrarlama oranı diğer ailelere göre daha yüksektir (Sadock & Sadock, 2009).

❖ Şizofreni gelişen kişide genetik yatkınlık söz konusu olup yaşam olayları karşısında yaşanan stres tarafından genetik yatkınlık tetiklenir ve şizofreni belirtilerine neden olur

ŞİZOFRENİNİN NEDENİ;

— Baskıcı anne/ baba tutumu

—Çocukluk çağında yaşananlar

—Kötü ebeveynlik

—Hatalı veya yanlış davranış

—Çocuğu ihmal etmek/umursamamak

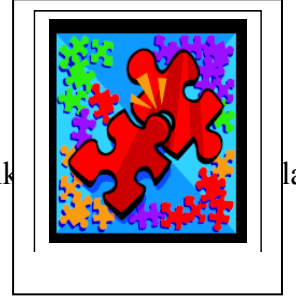
DEĞİLDİR!!!! (Schizophrenia Society of Canada, 2003)

Şizofreni belirtileri nelerdir?

- Şizofreni hastalığının belirtileri kişiden kişiye farklılık göstermektedir.
- Şizofreni çoğu kez adölesan dönemde gizli bir biçimde başlar.
- Şizofreni tanısı konulmadan önce kişide birtakım değişiklikler olmaktadır.

Hastalık öncesi belirtiler

- Çocukluk döneminde, boyun eğici, çatışmalardan ve sürtüşmelerden kaçınan, aşırı utangaç ilişki kurulması zor, duygusal olarak kısıtlı, içe dönük, sessiz, arkadaşı az, yalnızlığı tercih eden güvensiz bir çocuk olabilir,
- Okulda, dersleri başarılı ancak insan ilişkileri zayıf olabilir,
- Okul başarısında açıklanamayan düşme olabilir,
- Yeme alışkanlığı değişebilir,
- Stresler karşısında kolay incinebilir,
- Küskünlük, aile üyeleri ile duygusal ilişki kurmada isteksizlik olabilir,
- Yavaş yavaş içine kapanma, çevreyle ilişkilerini sınırlama, evden çıkma ilişkilerinde kopmalar olabilir.
- Genel olarak işlevselliğinde gerilemeler olabilir.
- Temizliğine ve kişisel bakımına dikkat etmeyebilir
- Uyku düzeninde bozulma
- Sorumluluklarını yerine getirememesi olabilir (Öztürk, 2001;Kültür, Mete, & Erol, 2007).



Genel Görünüm ve Davranış

- Şizofreniye özgü tipik bir görünüm tanımlanamamaktadır, ancak bu kişilerde alışılmadık davranış ve görünüm olabilir
- Hastaların çoğunda belirgin vurdumduymazlık, ilgisizlik, donukluk ve çekingen görünüm vardır.
- Gelişigüzel, uygunsuz ve zevksiz bir görünüm olabilir,
- Uzun süre hasta olanlarda bakımsızlık, dağınıklık ve temizliğine özen göstermeme görülebilir.
- Garip yüz, göz hareketleri, kalıplaşmış yineleyici el, kol, beden hareketleri,
- Dinsel uğraşlar, zamana aldırma, kendi düşünceleriyle aşırı yoğunlaşma, garip davranışlar, sıra dışı konuşmalar görülebilir
- Çevreden gelen iletişim girişimlerine karşı çekingen ve soğukturlar.
- Kendilerine ve çevreye güven duyguları azdır ve bu güven duygusunu kolayca yitirebilirler.
- Hastalık ilerledikçe hastanın daha çok içine kapandığı, dış dünya ve gerçeklerden daha fazla koptuğu ve daha fazla hastalık belirtisinin ortaya çıktığı görülür (Öztürk, 2001;Kültür, Mete, & Erol, 2007).

Konuşma ve İlişki Kurma

- Hastalığın tipi ve dönemine göre değişiklik göstermektedir
- Konuşmada düzensizlik, dağınıklık, hızlanma, yavaşlama, yoksullaşma, hiç konuşmama, yeni sözcükler uydurma, anlamsız konuşma olabilir
- Bazen birkaç sözcükten parçalar ya da birkaç kavram bir araya getirilerek yeni sözcükler ve kavramlar üretebilir,
- Sorulara uygunsuz yanıtlar verebilir. Kısa, somut ve ayrıntısız yanıtlar verebilir. Bazı soruları hiç yanıtlamayabilir,
- Mimiksiz ve monoton konuşma,
- Göz ilişkisi kurmama olabilir,
- Bir konudan ilişkisi olmayan başka bir konuya geçme görülebilir,
- Dilbilgisi kuralları ihmal edilerek, sözcük ve kalıplar rasgele bir şekilde yan yana sıralanabilir,
- Konuşurken birden durabilir ve ne söylediğini ve ne anlattığını unuttuğunu söyleyebilir,
- Karşısındaki kişinin kullandığı sözcük ve kalıpları yineleyebilir
- Şizofreni hastalarında konuşma bozuklukları her zaman görülmez, çoğu zaman düzgün ve anlamlı konuşabilirler (Townsend, 2009; Kültür, Mete, & Erol, 2007).



Duygulanım

- Duygularda azalma ve tekdüzelik belirgindir.
- Duyguları dışa vurmada ve duygusal tepki vermede yetersizlik olabilir,
- Genel olarak bir duygu azalmasından, sığlaşması olabilir,
- Olaylara duygusal tepki az ya da yoktur, vurdumduymaz, aldırılmaz ve duygusuz görünebilirler
- Dışa vurulan duygular hastanın anlattıkları ile uyumlu olmayabilir,
- Ciddi ya da üzüntülü bir konuda konuşurken gülümseme görülebilir,
- Olaylar karşısında değişmeyen, tekdüze giden, azalmış bir duygusal tepki gösterirler.
- Çoğunlukla hastaların soğuk, ilişki kurulması güç olduğu görülür (Townsend, 2009; Kültür, Mete, & Erol, 2007; Öztürk, 2001).

Düşünce

- Düşüncenin akışında durmalar, bir düşünceden ilgisi olmayan bir başkasına kaymalar, sapmalar, düşüncelerin çok yoğun olarak zihne üşüşmesi, düşünce akışının dağılması görülebilir,
- Yavaş yavaş düşünce soyutluktan çıkarak somutlaşabilir,
- Dış dünyada olup bitenle kendi iç dünyasında olup bitenleri ayırt edebilme yetisi bozulabilir,
- Düşünce içeriğinin en belirgin bozukluğu sanrıdır (Kültür, Mete, & Erol, 2007)

Düşünce (sanrı) ve algılama (varsanı/hallüsinasyon) bozukluğu belirtilerinin ortaya çıkmasıyla birlikte hastalık aile tarafından fark edilir.

SANRI

- Gerçeğe uymayan düşüncelerdir.
- Doğru olmayan tuhaf fikirlerdir.
- Açıklaması mümkün olmayan düşünce ve inançlardır
- Değişik şekillerde yaşanabilir.
- Kendisine karşı komplo hazırlandığı ya da bir şekilde kötülük göreceğini düşünebilir.
- İnsanlardan kötülük göreceğini düşünüp eve kapanabilir. Bazı kişilerin onu öldürmek için planlar yaptıklarını söyleyebilir.
- Yangın, kaza gibi olaylardan kendini sorumlu tutup cezalandırılacağını düşünebilir.
- Kişi özel güç ya da yetenekleri olduğuna, ünlü ve önemli bir kişi olduğuna inanabilir.
- Bedeninde bir şeylerin değişmiş olabildiğine inanabilir.
- Duygularının ve davranışlarının bazı dış güçler tarafından kontrol edildiğine inanabilir.
- Bazen gazetede okunan yazılar, televizyonda izlenenler, kişiye yönelik özel mesajlar olarak kabul edilebilir.
- Duygularının ya da düşüncelerinin dış güçler tarafından kontrol edildiğine inanabilir (Townsend, 2009; Varcarolis,1998).



VARSANI (HALÜSİNASYON):

—Gerçekte var olmayan şeyleri görmek, işitmektir.

—Başkalarının duymadığı sesleri duymak, görmediği şeyleri görmek, hissetmediği kokuları hissetmek durumudur.

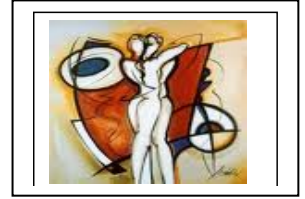
—Örneğin kişi kendisini örümcek ağı ile çevrelendiğini söyleyebilir.

—Olmayan sesleri duyduğunu ifade edebilir.

—Burnuna sürekli kötü koku geldiğini söyleyebilir. Örneğin, vücudumdan pis kokular geliyor, kokuyorum diyebilir.

—Yakınında kimse yokken başkalarının duymadığı sesler işitebilir. Sesler duymak ya da olmayan şeyleri görmek kişi için korkutucu olabilir. Şizofrenide en çok işitme varsanılar görülmektedir. (Bu varsanılar genellikle olumsuz sözler, küfürler şeklindedir, bazen de uğultu, haykırma, gülme biçiminde sesler işitebilirler).

—Gerçekte var olmayan sesler duymak veya görmek şizofrenili hastayı gerçeklikten ayırır. Kendi iç dünyasına çekilebilir. Aile ve arkadaşları ile ilişkilerini sürdürmesini engelleyebilir. (Öztürk, 2001; Townsend, 2009).



Şizofreni hastalığı belirtileri her hastada farklı düzeylerde görülebilir. Belirtilerin bazıları aylarca hatta yıllarca sürebilir, bazen de kısa bir sürede kaybolabilir.

Hastaların bazılarında belirtiler belirli dönemlerde ortaya çıkabilir

—Aile tarafından bunlar hastalık olarak yorumlamaz, yaşamın günlük sorunlarına bağlanabilir.

—Siz hastalığın başlangıcında ne tür belirtilerle karşılaştınız?

—Bu belirtileri nasıl yorumladınız?

—Hastalık belirtileri ile nasıl baş ettiniz?

Hastalık belirtilerine yaklaşım

Hastanızın sanrısı olduğunda;

—Hastanız sıkıntılarının yoğun olduğu bir dönemde, yanlış olan düşüncelerine inanır, yanlış veya gerçek olmadığına ikna olmaz.

—Hastanızın sanrısı varsa hasta ile sanrısını tartışmayın.

—Sanrılarını desteklemeyin. Örneğin ben ünlü şarkıcıyım dediğinde, eğer şarkıcıysan bir şarkı söyle bakalım, gibi sanrılarını destekleyici cümleler kurmayın

—Hastanızın düşünceleri ile dalga geçmeyin yargılamayın.

-“Ben bu şekilde düşünmüyorum” veya “bana öyle gelmiyor” gibi basit cümlelerle gerçeğe getirmeye çalışın. “Bu düşünceler senin hastalığından kaynaklanıyor.” şeklinde açıklamalarda bulunabilirsiniz.

—Hastanızın ilaçları etkisini göstermeye başladığı zaman sanrıları hakkında konuşabilirsiniz.

—Somut ve kısa cümleler kullanmaya çalışın. Kesin ve net mesajlar veriniz.

—Hastanızın sanrıları olduğunda dikkatini başka yöne çekebilirsiniz. Müzik dinleme, televizyon izleme, arkadaşları ile konuşma, resim yapma, dışarıya çıkmak gibi faaliyetler hasta için yararlı olabilir.

—Hastanıza karşı sakin davranın

—Hastanıza verdiğiniz sözleri tutun



Hastanızın varsanıları (halüsinasyonları) olduğunda;

- Hasta sesler duyduğunu söylüyorsa “ben herhangi bir ses duymuyorum, sen ne duyuyorsun?” ya da hastanız bir şeyler gördüğünü söylüyorsa “ben herhangi bir şey görmüyorum, sen ne görüyorsun?” şeklinde sorular sorarak hastanızın ne gördüğünü ve ne duyduğunu belirleyin.
- Hastanızın duyduklarını ya da gördüklerini belirlemek hastanızın kendisine zarar vermesini önlemeniz açısından önemlidir. Hastanız kendisine komut veren sesler duyuyor olabilir.
- Hastanızın korkularını ifade etmesine izin verin.
- Ben bir şey görmüyorum ama bunlar seni korkutuyor olmalı” şeklinde cümleler kurarak hastanızı anladığınızı belirtin.
- Hastanızla varsanıları hakkında tartışmayın, konuyu değiştirin.
- Hasta her zaman halüsinasyonu olduğunu söylemez bu durumda hastanızın davranışlarından halüsinasyonu olup olmadığını anlayabilirsiniz. Örneğin hiç kimse yokken konuşabilir, nedensiz gülebilir, kelimeleri mırıldanabilir veya herhangi bir ses çıkarmadan konuşuyormuş gibi yapabilir. Bu durumda hastanızı, müzik dinleme, televizyon izleme, arkadaşları ile konuşma gibi dikkatini dağıtacak aktivitelere yönlendirin.
- Hastanızın arkadaşları ile görüşmelerini sağlayın.
- Gündüz uyumasına izin vermeyin, uyumakta ısrar ederse kısa sürelerle uyumasına izin verin, mümkün olduğunca uğraşılara yönlendirin
- Aile içinde görev verin, yaptığınız işlere katılmasını sağlayın. Örneğin, alışveriş, yürüyüş, ziyaret vb.
- Hafta içi ve hafta sonu için plan program yapın.
- Hastanız için eğlenceli faaliyetler düzenleyin, katılmalarını destekleyin (Terakye, 1998;Üstün, Akgün, & Partlak, 2005; Videbeck, 2001).

Hastanız saldırgan olduğunda;

- Şizofreni hastaları bazen fiziksel saldırganlık veya şiddet davranışında bulunabilirler
 - Şizofreni hastalarında saldırgan davranış görülme oranı genel toplumda görülme oranından altı kat daha yüksektir. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların saldırgan davranış gösterme oranları %9 ile %50 arasında değişmektedir (Böke ve ark. 2008;Erkıran ve ark. 2001)
 - Şizofreni hastalarında saldırgan davranış genellikle hastanın sanrıları ve varsanılarından kaynaklanmaktadır.
 - Hastaların duyduğu sesler ve sanrılarının içeriği saldırgan davranışlara neden olabilmektedir.
 - Şizofreni hastaları özellikle hastalığın alevlenme döneminde saldırgan davranışta bulunabilirler. Çünkü bu dönemde sanrı ve varsanılar ortaya çıkmaktadır.
 - Hastanın saldırganlık eğilimini önceden belirlemek her zaman mümkün değildir
 - Hastanızın saldırgan davranış belirtilerini gözlemleyin
 - İnsan ya da eşyalara yakın dönemde zarar verme öyküsü, hızlı yürüme, yerinde duramama, oturamama, yumruklarını sıkma, dişlerini sıkma, yüz kaslarında gerilme, sözel tehdit, yüksek sesle konuşma, gibi belirtiler saldırganlık belirtileridir,
 - Hastanız saldırgan olduğunda, mümkünse yalnız kalmayın.
 - Mümkün olduğunca sakin olmaya çalışın
 - Hastanızın yanında bulunan, zarar vermek için kullanabileceği aletleri uzaklaştırın.
 - Kendisine ve size zarar vermesini en aza indirecek fiziksel ortam hazırlayın. Odasında kesici delici alet ve cam eşya vb bulundurmayın.
 - Eğer saldırganlık belirli bir kişi ya da durumla ilgili ise, hastayı o kişi ya da durumdan uzaklaştırın.
 - Hastanıza dokunmayın
 - Hastanız ile tartışmayın
 - Öfkesinin nedenini belirlemeye çalışın
 - Hastanız saldırgan olduğunda, sakin bir şekilde konuşun
 - Kararlı ve net mesajlar verin. Sakin ol, Tamam, ...
- (Townsend, 2009)



Şizofreni hastalığının seyrini öğrenme

- Şizofreni hastalığı her bireyde farklı seyredebilir.
- Genel olarak alevlenmeler ve iyileşmelerle devam eder.
- Alevlenme / relaps dönemlerinde şizofreni belirtileri aktif olarak görülmektedir.
- İyileşme / remisyon döneminde hastalık belirtileri azalır ve bazen tamamen kaybolabilir.
- Bazı bireylerde ilk şizofreni atağından sonra bir daha alevlenme görülmeyebilir.
- Hastaların bazıları az atak yaşar ve tedaviye yanıtı iyidir.
- Olumsuz yaşam olayları strese neden olarak hastalığın alevlenmesine neden olabilir.
- Hastalığın atak dönemi belirtileri yönünden dikkatli olmanız gerekmektedir
- Atak dönemi öncesi belirtiler genellikle hastalık öncesi belirtilere benzemektedir. Bunlar;
 - Uykusuzluk
 - Sosyal geri çekilme/ çevresindeki insanlardan uzaklaşma, içe kapanma
 - Kendine bakımında azalma
 - Sorumluluklarını yerine getirememe
 - Düşünce ve konuşmada bozulma
 - Sanrı/varsanı
- Huzursuzluk, tedirginlik (Öztürk, 2001;Kültür, Mete, & Erol, 2007;Isaacs & Shieves, 2002).
- İlaç tedavisini düzenli sürdürmek ve psikososyal müdahalelerden yararlanmak hastalıkla daha iyi baş etmeye yardımcı olmaktadır. Hastalığın yinelenmesini engellemek için düzenli ilaç tedavisi önemlidir (Kültür, Mete, & Erol, 2007).
- Şizofreni hastalarının yaklaşık üçte biri tama yakın iyilik göstermektedirler bu hastalarda da tedavi iyi izlenmeli hastalıkla mücadele devam etmelidir.
- İkinci üçte birlik grup daha fazla atak yaşar hastane yatışları olur iyileşmesi orta düzeydedir.
- Kalan üçte birlik grup ise bazı belirtilerle birlikte toplumsal işlevlerini yerine getirir. Biraz yardımla bağımsız yaşamasını sürdürebilir (Sadock & Sadock, 2009).

Şizofreni hastalığının iyileşmesi için gerekli dört kavram (Church, 2005)

—KABULLENME

—SORUMLULUK ALMA

—SOSYAL DESTEK

—UMUT

4. OTURUM: ŞİZOFRENİ TEDAVİSİNİ ÖĞRENMEK

Amaç: Şizofreninin tedavisinde kullanılan ilaç tedavilerini öğrenmek

Hedefler

- İlaç tedavisinin etkilerini öğrenmek
- İlaçların yan etkileri ve yan etkilerle baş etmeyi öğrenmek
- Şizofrenide ilaç tedavisinin sürdürülmesinde yaşanan güçlükleri öğrenme ve deneyimleri paylaşma
- Şizofreni tedavisinde psikososyal tedavileri ve etkilerini öğrenmek

Şizofreninin tedavisi

Şizofreni tedavisi ilaç tedavisi ve psikososyal tedavilerle beraber çoklu tedaviyi kapsamaktadır.

İlaç tedavisi: Şizofreni tedavisinde standart bir tedavi yöntemi yoktur. Her hastaya özgü tedavi planı vardır(Kültür, Mete, & Erol, 2007). Şizofrenide uygun tedavi yöntemleri ile hastaların yaklaşık %25'inin çok büyük ölçüde düzelme göstererek toplumsal yaşamlarını sürdürebilmekte, %50'si orta ve iyi düzeyde sayılabilecek düzelme göstererek bağımsız ya da destekle toplumsal yaşamlarını sürdürebilmektedirler (Soygür,1999).

Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlara antipsikotik ilaçlar adı verilmektedir. Psikoza karşı ilaçlar anlamına gelmektedir.

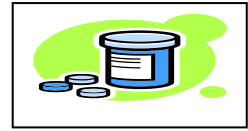
Bu ilaçlar sanrı, varsanı, konuşma bozukluğu, davranış bozukluğu ve içe kapanma gibi şizofreni belirtileri üzerinde etkilidir.

- ✓ Antipsikotik ilaçların etkili olduğu birçok çalışmada kanıtlanmıştır.
- ✓ Antipsikotik ilaçlar beyinde salgılanan bir takım kimyasal maddelerin fazla olması durumunda bu maddelerin salınımını engellemek için kullanılmaktadır.
- ✓ Şizofrenide beyinde dopamin salgılanmasında değişiklikler olmaktadır.
- ✓ Dopaminin fazla salgılanması sanrı, varsanı, düşünce bozukluğu ve davranış bozukluğu gibi belirtilere, eksik salgılanması ise duygularda azalma, ilgisizlik, aldırmaçlık, toplumdan çekilme gibi belirtilere neden olmaktadır.
- ✓ Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar dopamin seviyesini düzenlemek için kullanılmaktadır bu nedenle beynin bu ilaçlara ihtiyacı vardır (Öztürk, 2001).
- ✓ Antipsikotik ilaçlar bu ilaçların yan etkilerini giderici ilaçlarla beraber kullanılmaktadır.

Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçların yararları;

- ✓ Sanrı, varsanı, davranış bozuklukları, konuşma bozuklukları, uyku bozuklukları gibi hastalık belirtileri üzerinde etkilidirler.
- ✓ Korku, uykusuzluk üzerinde etkilidirler
- ✓ Hastalığın tekrar alevlenmesini önler, hastaneye yatışları azaltır.

Şizofreni tedavisi uzun süreli ve özveri gerektiren bir süreçtir. İlaçların uzun süreli kullanımı gerekmektedir. Çünkü şizofreni hastalığı yineleyen bir hastalıktır sürekli ilaç tedavisi hastalığın yineleme olasılığını azaltmaktadır. Bu nedenle düzenli doktor kontrolü gerekmektedir. Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar bağımlılık yapmazlar. İlaç tedavisi doktor izni olmadan kesinlikle sonlandırılmamalıdır (Kültür, Mete, & Erol, 2007; Isaacs & Shieves, 2002).



İlaçlar düzenli kullanılmalıdır. Ancak düzenli kullanıldıklarında etkili olmaktadır

- ✓ Yıllarca stabil olan hastalarda bile ilaç kesildikten sonra hastalığın tekrarlama riski vardır.
- ✓ DOKTORA DANIŞMADAN İLAÇ BIRAKILMAMALIDIR.
- ✓ Hastaların sürekli ve düzenli bir şekilde ilaçlarını kullanmalarında aile desteği önemlidir.
- ✓ Hastalarınızın ilaç tedavilerini aksatmamalarına yardımcı olun (Townsend, 2009).
- ✓ İlaçlara her hasta farklı yanıt vermektedir. Bu nedenle her hasta için ayrı bir tedavi planı vardır.
- ✓ Hangi ilacın, hangi dozda ve zamanda kullanılması ile ilgili doktor tarafından verilen reçeteye uymak gerekmektedir.
- ✓ İlaç tedavisine yanıt hemen ortaya çıkmamaktadır tedaviye yanıt 4-6 hafta sonra değerlendirilmektedir (Soygür,1999;Üçok, 2008).

Hastaların kullandıkları bazı antipsikotik ilaçlar;

Nörodol, Largactil, Melleril, Stilizan, Solian, Risperdal, Zyprexa, Seroquel, Leponex.....

- ✓ Antipsikotik ilaç kullanan bireylerde rahatsız edici bazen de kalıcı olabilen yan etkiler ortaya çıkabilmekte bu durumda hastalar ilaç tedavisini bırakabilmektedir. İlaç bırakıldıktan bir süre sonra hastalık tekrarlamaktadır.

Yan etkiler kişinin genel sağlığı, hastalığın seyri ve ilaçları kullanma süresine göre kişiden kişiye değişmektedir.

İlaçların yan etkileri ve yan etkilerle baş etmek

—Antipsikotik ilaçların çeşitli yan etkileri olmaktadır. Yan etkiler her hastada farklı özellik gösterebilmektedir. İlacı kullanan her hastada yan etki görülmeyebilir. Yan etkiler meydana geldiğinde doktora bildirilmelidir, doktor yan etkileri önlemeye yönelik ilaçlar verebilir.

—**Sizin hastanız ne tür yan etkiler yaşadı?**

—**Bu yan etkilerle nasıl baş ettiniz?**

Şizofreni hastalarında görülen ilaca bağlı yan etkiler;

—**Ağız/boğaz kuruluğu:** Ağız içi sık sık su ile çalkalanabilir. Şekersiz sakız çiğnenebilir.

—**Kilo artışı:** Hastaların %40'ında görülebilir. Egzersiz yapmak, yağlı ve tatlı besinlerden kaçınmak gerekir. Aşırı yemekten kaçınmalıdır.

—**Güneş ışığına hassasiyet:** Güneş gözlüğü ve şapka kullanmak gerekir. Güneşe çıkarken koruyucu kremler kullanılmalıdır. Aşırı hassasiyet durumunda doktora başvurulmalıdır.

—**Deride renk değişimi döküntüler, alerjik tepkiler:** Doktora başvurulmalıdır.

—**Uyku hali:** Hastayı gündüz saatlerinde uyutmamak, gerekirse kısa süreli istirahat sağlamak ve doktor kontrolü ile ilacın zamanını değiştirmek.

—**Görme Bulanıklığı:** Doktora başvurulmalıdır.

—**Dil, yüz, göz, boyun, ense, sırt kaslarında kasılmalar:** Kısa ve uzun süreli olabilir. Genellikle tedavi başladıktan sonra bir iki hafta içinde ortaya çıkabilir. Bu belirtiler ortaya çıkarsa hemen doktora başvurulmalıdır.

—**Yerinde duramama, uzun süre oturamama, sürekli dolaşma ve huzursuzluk:** Hastayı oldukça rahatsız eden bir yan etkidir. Böyle bir yan etki geliştiğinde doktora başvurulmalıdır.

—**Titreme, kas katılığı, harekette yavaşlama, maske yüz, deride yağlanma, tükürük artması, tek düze konuşma, öne doğru eğik yürüme görülebilir:** Böyle bir durum ile karşılaşıldığında doktora başvurulmalıdır.

—**Tedavinin geç dönemlerinde genellikle altı aydan uzun sürede ağız, dudak, dil kaslarında istemsiz hareketler, yüz kasılması, göz kırpma, yanak, dudak, çene, dil hareketleri gelişebilir.** Çiğneme, emme, yalanma, şapırdanma, yanakları şişirme, dilde titremeler, göz kırpıştırma, kol ve bacaklarda sallanmalar, dans benzeri hareketler, ritmik oynamalar ya da gövdeyi tutan geniş, sıçrayıcı, ani ve kaba hareketler ortaya çıkabilir. Bu durum ciddi bir yan etkidir, mutlaka doktora başvurulmalıdır (Yıldız, 2001;Videbeck, 2001).

—Şizofrenide ilaç tedavisinin sürdürülmesinde yaşanan güçlükleri öğrenme ve deneyimleri paylaşma

—İlaç tedavisi ile ilgili deneyimleriniz neler?

—Hastanız ilacı kullanmayı bıraktığında neler yaşadınız?

—Hastanızın ilaca karşı olumsuz tutumlarını değiştirmek için neler yaptınız?

Şizofrenide ilaç tedavisine uyum

—İlaç tedavisine uymak, tedavinin başlatılmasına istekli olma, tedavi planına uyma, tedavi randevularına uyma gibi birçok faktörü kapsamaktadır. İlaçların planlanan zamandan önce bırakılması, tedavinin tamamlanmaması da sık rastlanan bir uyumsuzluk örneğidir (Demirkıran & Terakye 2001).

—Tedaviye uyumsuzluğun sonucu hastalık alevlenmekte ve tekrarlı hastane yatışlarına neden olmaktadır (Terakye & Demirkıran, 2003).

Hastaların tedaviye uyumlarını etkileyen faktörler;

—Günde birçok kere ilaç alma

—İstenmeyen yan etkiler. Yan etki ortaya çıktığı zaman hastalar ilacı bırakabiliyorlar.

—Uzun süre ilaç tedavisinin gerekliliği

—İlacın etkisinin yavaş yavaş veya geç başlaması

—Belleğin zayıflaması, ilacı almayı unutma

—İlaç kullanımı için motivasyonun yetersiz olması,

—Düşünce sürecinde değişiklik,

—Hasta olduğu gerçeğini değerlendirememesi (iç görü eksikliği)

—Hastanın ilaç tedavisine ilişkin daha önceki olumsuz deneyimleri,

—İlaçların bırakılmasından hemen sonra hastalık belirtilerinin görülmemesi

—Hasta ve yakınlarının yeterince bilgilendirilmemiş olmaları

—Sosyal destek yetersizliği tedaviye uyumu azaltmaktadır. Sosyal destek, kişinin ailesi ve yakınları tarafından tedaviye uyum konusunda destek almasıdır. Hasta bireyin yakınlarının desteğinin olması ve hastanın bundan memnuniyet duyması ilaç tedavisine uyumu arttırmaktadır.

—Özellikle ilacı alma zamanının hatırlatılması ilacı alması için motive edilmesi konularında sosyal destek olumlu etkiye sahiptir. (Terakye & Demirkıran, 2003)

—Hastanız ilaç tedavisine uymadığı zaman hastanıza ilaçlar ve yan etkileri konusunda bilgi vermeniz gerekmektedir.



—Eğer aile olarak siz ilacın işe yaramayacağını düşünüyorsanız hastanız ilacını düzenli almayacaktır.

—Ailenin ilaca karşı tutumu önemlidir.

—Semptom yönetiminde ilaçlar çok önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle sizin ve hastanın ilaçlar konusunda bilgilenmesi önemlidir.

—Hastanızın ilaca karşı tepkilerini gözleyin.

—Hastanızı ilacını alması konusunda cesaretlendirin.

—Hastanız ilacını almak istemiyorsa yargılamayın,

hastanıza ilacını almak istememe nedenini sorun

—Hastanız ilaçların yan etkilerini bilir ve bunlarla nasıl baş edeceğini bilirse tedaviye uyum sağlayacaktır (Boyd, 2001; Townsend, 2009; Isaacs & Shieves, 2002; Terakye & Demirkıran, 2003).



Yeni bir ilaca başlanıldığı zaman vücudun uyum sağlaması ve ilacın etkisini göstermesi için belirli bir zaman gerekmektedir.

Şizofreni tedavisinde psikososyal tedaviler

İlaç tedavisi dışında kalan diğer tedavi yöntemlerine psikososyal tedaviler adı verilmektedir. İlaç tedavisi ile beraber psikososyal tedaviler önemlidir.

Şizofrenide kullanılan psikososyal tedaviler;

—Aile eğitimi,

—Bireysel psikoterapi,

—Grup psikoterapisi,

—Sosyal beceri eğitimi,

—İşe uyumlandırma tedavileri,

—Bireysel davranışçı tedavilerdir.

Şizofreninin psikososyal tedavisinde sıklıkla aile eğitimleri kullanılmaktadır (Doğan, 2002).

Psikososyal tedavilerin amaçları

—Şizofreni hastalığını ve tedavisini öğrenmek

—Aile içi ve kişiler arası ilişkileri geliştirmek

—Tedaviye uyumu arttırmak

—Toplumsal uyumu arttırmak



—Hastalık belirtileri ile başa çıkmak

—Sosyal etkileşimleri geliştirmektir.

Psikososyal tedaviler, özellikle aile ve hasta psikoeğitimi ilaç tedavileri ile beraber tedavinin etkinliğini, toplumsal uyumu ve tedavi işbirliğini arttırmakta ve hastalığın tekrarlama oranını düşürmektedir.

—Bu yaklaşımlar hasta ve aileler için destek sağlamaktadır.

—Psikososyal tedavilere hastanın akut semptomları geçtiğinde hastanın tedaviye aktif bir şekilde katılabileceği dönemde başlanmalıdır.

—Psikososyal tedavilerde hasta ve ailelere hastalığın nedenleri ve tedavisi hakkında ve hastalığın tekrarlama riskini azaltma konularında bilgi verilmektedir. Ayrıca hasta ve ailelerin duygularını ifade etmeleri sağlanmaktadır (Canadian Psychiatric Association, 2007) .

Psikososyal tedavi alan hastalar daha rahat olduklarını, topluma uyum yönünden daha sorunsuz olduklarını, aile içi sorunlarının azaldığını ve iletişimlerinin arttığını, hoşgörülerinin arttığını, ilaca uyumlarının arttığını belirtmektedirler (Doğan,2002;Dülgerler & Çam 2006).

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda aileden aileye destek gruplarının iyileşmede önemli olduğu belirtilmektedir (Chien, 2008; Chien et. al., 2005).

—Bu gruplarda şizofreni hastasının yakını benzer durumdaki diğer aileler ile etkileşime girebilmekte, kendi yaşamlarına farklı bir bakış açısıyla bakabilmekte ve diğer aileler ile deneyimlerini paylaşabilmektedirler (Chien & Thompson 2008).

—Aileden aileye destek gruplarında, şizofreni hastalığı, ilaçlar ve diğer tedaviler hakkında bilgi, problem çözme becerileri, hasta ile iletişim konularında bilgi verilmekte ve şizofreni ile ilgili deneyimler ve yaşanan zorluklar paylaşılmaktadır (Dixon, 2001;Schenk, 2008).

4. - 5. OTURUM: İLETİŞİM

Amaç: Şizofreni hastaları ile etkili iletişim kurma yollarını öğrenmek

Hedefler

1-Şizofreni hastası ile iletişim kurmada etkili ve etkisiz iletişim tekniklerini öğrenmek

2-Bakım verenlerin hastalar ile iletişim kurmada yaşadıkları güçlüklerin paylaşılması

Şizofreni hastası ile iletişim

—Hastanız ile iletişim kurmakta zorlanıyor musunuz?

—Hastanız ile iletişim kurarken ne tür güçlükler yaşıyorsunuz?

—Şizofreni hastası ile iletişim kurmada zorluk yaşayabilirsiniz.

—Hastanız ile yaşadığınız iletişim probleminin nedeni hastanızın yaşadığı bellek, dikkat ve soyut düşünce ile ilgilidir. Özellikle hastalık belirtileri arttığı dönemlerde hastanız dikkatini toplamada güçlük yaşamaktadır, bu nedenle her şeyi anlamasını ve yanıt vermesini beklemeyiniz.

—Hastanızın konuşma ve dikkatini toplamada yaşadığı güçlükler olabilir bu durumda sabırlı davranmanız gerekmektedir. İletişim hızı ve kalitesindeki beklentinizi yüksek tutmayınız (Varcarolis, 1998;Videbeck, 2001).

—**İletişim**; iki ya da daha çok kişi arasında karşılıklı fikir ve mesajların aktarılmasıdır.

—Yaşamımız boyunca iletişimde bulunuruz, konuşma, yazma, beden dilini kullanma. Böylece duygu, davranış ve düşüncelerimizi iletebiliriz (Özcan, 2006).

—**Etkili iletişimin anlamı**, iletişim kurmak isteyen kişinin istenilen mesajı almasıdır.

—Karşımızdaki kişiye vermek istediğimiz mesajlar bazen yanlış anlama ya da yanlış yorumlamaya neden olmaktadır.

—İletilmek istenen mesajın yanlış anlaşılması veya yorumlanmasının nedeni, insanların kendilerini ifade etmede kendilerine özel yöntemlerinin olmasıdır. Bazen bir kelime veya jest farklı insanlar için farklı anlamları ifade edebilmektedir.

—Başarılı iletişim sürecinde, kişi anlaşıldığını, saygı duyulduğunu ve önemsendiğini hisseder. Eğer iletişim süreci başarılı değilse, genelde negatif duygular oluşur (Özcan, 2006;Terakye, 1998).

Şizofreni hastası ile iletişim kurarken;

- Hastanız ile doğrudan iletişim kurun
- Hastanız ile iletişim sırasında soyut kavram kullanmayın
- Hastanızın anlaması için basit ve kısa cümleler kurun.
- Gerekirse cümlelerinizi aynı kelimeleri kullanarak tekrarlayın.
- Hastanıza karşı içten ve dürüst davranın.
- Belirsiz kaçamak yanıtlar vermeyiz.
- Tutulamayacak sözler vermeyin
- Yapılan işlemleri açıklayın ve hastanın bunları anladığından emin olun
- Hastanızın düşüncelerini yargılamayın
- Sanrı/halüsinasyonları varsa hastanız ile bunları tartışmayın
- Hastanız ile konuşurken tüm ilgi ve dikkatinizi hastanıza verin

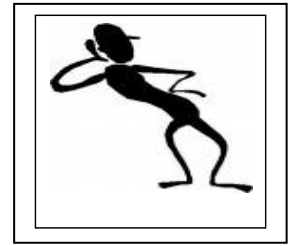
Etkili İletişim Sürecinin Elementleri;

Etkili iletişim teknikleri, kişinin duygularını, düşüncelerini ve amacını rahatça ifade etmesini kolaylaştıran sözlü ve sözsüz iletişim teknikleridir.

Dinleme: Dinleme diğer kişi konuşurken sessiz kalmaktan daha fazlasını içerir. İyi bir dinleyicinin amacı, diğer kişi ile konuşulan konuyu anlamaktır. Bunu başarabilmek için karşımızdaki kişiden gelen sözlü ve sözsüz tüm mesajlara karşı dikkatli olmak gerekmektedir. Hastanın sözlü mesajlarını anlamaya çalışmak gerekmektedir. (Otong & Wasserman, 2003; Varcarolis,1998).

Stres altındaki bireyler genellikle,

- Konuşmaya ihtiyaç duyarlar
- İlgilenilmeye ihtiyaç duyarlar
- Diğer kişilerle iletişim kurmaya ihtiyaç duyarlar.



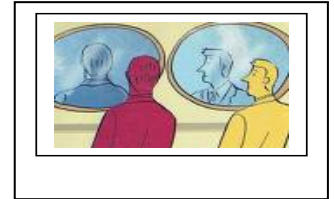
Dinleme diğer bir kişiye verilecek en güzel hediyedir çünkü onlarla ilgilendiğimizi gösterir. Dinlenilmek kişinin özsaygısını ve kişinin kişisel problemlerini çözme yeteneğini artırır (Varcarolis,1998).

Hastanızı dinlerken,

- Göz göze iletişim kurun ve göz iletişiminizi sürdürün
- Dikkatinizi hastanıza verin, hastanızı dinlerken başka konuları düşünmeyin.
- Hastanızın anlattığı konu ile ilişkili sorular sorabilirsiniz
- Hastanız konuşurken konuşmasını kesmeyin ve konu hakkında yorum yapmaktan kaçının
- Hastanızı dinlerken anlamadığınız bir şey olursa hastanıza anlamadığınızı belirtiniz.
- Hastanızı dinlerken sizde olumsuz duygular gelişirse ve bunlar direk olarak hastaya söylenilirse hasta ile olan iletişiminiz bozulabilir.(Otong & Wasserman, 2003; Videbeck, 2001).

Empati:

- Empati** başkalarının duygu ve düşüncelerini anlayabilme becerisidir.
- Karşımızdaki kişiyi anlayabilmek için, kendimizi karşımızdaki kişinin yerine koyabilmeli, olaylara onun bakış açısıyla bakabilmeli ve karşımızdaki bireyin duygu ve düşüncelerinin neler olduğunu anlayabilmeli ve anladığımızı karşımızdakine ifade edebilmeliyiz.
- Empati bir kişinin kendisini bir an için ve geçici olarak karşısındaki kişinin yerine koyarak onun duygularını, düşüncelerini ve davranışlarını anlamaya çalışmaktır.
- Empati basit bir şekilde bir başkasının gözü ile dünyayı görebilmektir, diğer kişinin deneyimini ve duygularını anlamak ona eşlik etmektir (Özcan, 2006).
- Karşımızdaki kişi gibi hissetmektir.
- Empati kuran kişi karşısındakinin rolüne girerek hem ne düşündüğünü hem de ne hissettiğini anlamaya çalışır.



—Empati kurmak için karşımızdaki kişinin duygu ve düşüncelerini doğru anlamamız gerekmektedir.

—Hastanızın neler yaşadığını anlayabilmemiz için “ne hissediyor?” sorusunu sormanız gerekir.

—Hastanız ile konuşurken “ne hissettiğini biliyorum/hissedebiliyorum” şeklinde ifadeler kullanabilirsiniz.

—Karşımızdaki kişinin yalnızca duygularını ya da yalnızca düşüncelerini anlamak yeterli değildir. Karşımızdaki kişiye onu anladığımızı ifade etmemiz gerekmektedir. Hastanız size bir şeyler anlatırken hastanızı eleştiren ya da akıl veren cümleler kurmaktan kaçınmalısınız.

Örneğin bir arkadaşınız size üzüntülü olduğunu anlattığı zaman. Kendinizi onun yerine koyup, neler yaşamakta olduğunu anlarsınız. Onun duygularını hissedebilirsiniz. Ancak duygularınızı ifade etmek yerine gülümseyerek ‘takma kafana’ dediğiniz zaman empati kurmuş fakat karşımızdakine bunu yeterince iletmemiş oluruz yani empati süreci tamamlanamaz. Bu durumda arkadaşınız üzüntüsünü dile getirdiğinde, dostça bir gülümseme ile ona ‘son günlerde çok bunalmışsın’ şeklinde yanıt verdiğiniz durumda kişi anlaşıldığını ve rahatladığını hissedecektir (Dökmen, 1997).

ÖRNEK;

Hasta: Yataktan çıkmak istemiyorum beni rahatsız etme!!!

—Senin yataktan çıkmak istememeni anlıyorum. Yataktan çıkmak seni rahatsız ediyor. Senin için endişeleniyorum. Senin bu durumun beni üzüyor ve bu benim için zor bir durum.

—**Hasta:** Hastaneye yatmak istemiyorum. Hastaneden nefret ediyorum

—Hastanede yatmanın senin için zor olduğunu biliyorum. Sürekli hastaneye gitmek seni çok üzüyor bunu anlayabiliyorum.

—**Hasta:** Sürekli ilaç içiyorum doktora gidiyorum yine de iyileşemiyorum.

—Bu kadar çok ilaç kullanmak ve sık sık hastaneye gitmek seni bunaltıyor ve öfkeliendiriyor bunun farkındayım. Hastalıkla baş edebilmek için düzenli ilaç kullanmak zorundasın

—Kabul edici ve anlayışlı iletişim ile yardım edici ilişki gelişir.

—Bakım verdiğimiz kişi ile iletişim kurmanın tek yolu kelimeler değildir. Orada bulunarak, beden dili aracılığı ile gülümseyerek ve elini tutarak birçok şey söyleyebilir ve yardım edebiliriz (Videbeck, 2001).

İlgili sorular sorma:

Hastanız ile konuşurken konu ile ilgili sorular sormanız onun kendisini ifade etmesini kolaylaştırabilir. Hastanıza soru sorarken basit anlaşılır ve konu ile ilgili sorular sormak gerekmektedir.

Örneğin, baban hakkında kötü şeyler düşünmeye utanmıyor musun? Sorusu yerine baban ile aran nasıl? Baban ile ilgili düşüncelerinden bahseder misin? Sorusu sormak iletişimin sürdürülmesine yardımcı olacaktır.

Kabullenici davranmak

—Kabullenme kişiyi ön yargısız var olan özellikleri ile olduğu gibi görmektir. Önemli olan ön yargıyı en aza indirmektir. Seni dinliyorum, evet, anlıyorum gibi kelimeler kabullenmeyi gösterir.

—Kabullenme bireyin yaptıklarını onaylamamız veya düşüncelerine katılmamız anlamına gelmez. Hastadır diye her yaptığına sessiz kalacağımız anlamına gelmez.

—Bireylerin hissettikleri duygular her ne ise, bunları hissetmeye hakları olduğunu kabul ederiz. Ancak kendine veya başkalarına zararlı, uygun olmayan veya rahatsız edici davranışları kabul edilemez ve bu tür davranışlarına sınır koymamız gerekir. Bunu yaparken yargılamaktan kaçınmak gerekir. Uygun olmayan davranışı kişi ile konuşulur. Uygun olmayan davranışı birey ile konuşurken bireyi değil davranışı kabul etmediğimizi belirtmemiz gerekir. Birey olarak kabul edilirse olumsuz davranışını değiştirme ve düzeltme gücü bulabilir (Özcan, 2006).

Örneğin hastanız size ‘kötü bir şey yaptım’ derse siz ‘Ne yaptığını bilmek isterim, bunu benimle paylaşabilirsiniz’ yanıtı verebilirsiniz (Boyd, 2001).

Açıklığa kavuşturma

Hastanızın söyledikleri net olarak anlaşılmadığında kişinin söylediklerini açığa kavuşturmak için kullanılır.

‘Ne demek istediğini tam olarak anlayamadımmı demek istiyorsun?’

‘Sıkıntılı olduğunu söylüyorsun. Neler hissettiğini tarif edebilir misin?’

‘Söylemek istediğini doğru anlamış mıyım?’ (Özcan, 2006).

Şizofreni hastası ile iletişim kurmada kullanılan etkisiz iletişim teknikleri

Etkisiz iletişim;

Bazı iletişim tekniklerini kullanmak hastanız ile iletişiminizi engelleyebilir. Hastanız sizinle konuşmak istemeyebilir. İletişimi engelleyen bazı teknikler;

Emir vermek

Kişiye ne yapacağını söylemektir.

Örneğin, yapmalısın gibi cümleler

(British Columbia Schizophrenia Society, 2009).



Tavsiyelerde bulunmak

—Genellikle bir problemin çözümünde kullanılır.

—Genellikle ‘senin yerine olsaydım....ya dadenemelisin’ gibi cümleleri içermektedir.

—Hastanıza yardımcı olabilmek için daima kişinin kendisinin çözümü bulmasına yardım etmek gerekmektedir.

—Eğer sorunun çözümünü kendisi bulursa kişi kendisini güçlü hissedecektir. Sürekli tavsiyelerde bulunursanız hastanız sorularına yanıt bulmak için size bağımlı hale gelebilir.

Hastalar kendilerine tavsiyelerde bulunulduğu zaman kendilerini yetersiz hissedebilirler. (Varcarolis,1998).

Örnek

—Neden dışarıya çıkıp gezmiyorsun sana iyi gelir.

—Sen en iyisi bu düşünceleri bırakmak için alışverişe git

—Niçin arkadaşlarınla çıkmıyorsun, bence onlarla çıkmak sana iyi gelecektir.

—İlacını almalısın almazsa iyileşemezsin.

Yargılamak

—Yargılamak, bireyin davranışlarını iyi, kötü, doğru, yanlış gibi değerlendirmektir.

—Hastanızın duygularını veya davranışlarını iyi, kötü, doğru, yanlış gibi cümlelerle sürekli yargılamamak gerekir.

—Bu tür davranışlar karşısında kişi anlaşılmadığını düşünebilir yalnızlık ve umutsuzluk yaşayabilir.

— ‘Bunu bu şekilde yapmamalısın uygun olan davranış’ gibi cümleler kişinin kendisini suçlu hissetmesine neden olur (Özcan, 2006).

Örneğin;

—Sana hiç yakıştıramadım, doğru mu bu yaptığın’

—Ne kadar ayıp insan hiç annesine böyle bir şey söyler mi?’

—Bu yaptığın doğru mu?’

—Ayıp değil mi bu yaptığın?’



Güvence vermek

Güvence vermek, hastanın endişelerini sanki endişe etmesi için yeterli neden yokmuş gibi görmek gidermeye çalışmaktır. Hastanıza her şey düzelecek, her şeyde bir hayır vardır, endişelenecek bir şey yok, iyileşeceksin gibi güvenceler vermek hastanızın endişelerini azaltmayacaktır. Aksine düzelme olmadığı durumlarda öfke ve kızgınlık yaşamasına neden olabilir (Özcan, 2006).

‘Her şey düzelecek merak etmeyin’

‘Endişelenecek bir şey yok’

‘İyileşeceksin’

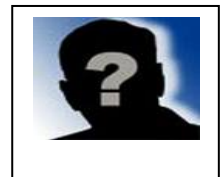
Çok fazla soru sormak

Birbiri ardına sorular sormak, kişiyi sıkıntıya sokabilir ve konuşmak istemeyebilir. Özellikle niçin ve neden ile başlayan sorulardan hasta rahatsız olabilir ve kendisini yargılanıyor gibi hissedebilir.

‘Niçin saçını kestirdin?’

‘Neden geç geldin?’

Bunun yerine ne oldu..... şeklinde soru sorulabilir (Varcarolis,1998).



Tartışmak

Hastanız ile tartışmaya girmeniz kendisini yetersiz ve savunmacı hissetmesine neden olabilir. ‘evet fakat... veya emin değilim ...’ gibi cümleler kişinin duygularını ve düşüncelerini ifade etmesine zorlaştırabilir (British Columbia Schizophrenia Society, 2009).

Eleştirmek

Bazen eleştireler yerinde olabilir ancak sürekli eleştirmekten kaçınmak gerekmektedir. Eleştiri genellikle negatif düşüncelere ve savunmaya geçmeye neden olabilir. Hastanızın duygu ve düşüncelerini eleştirmeden ifade etmelerine yardımcı olmanız gerekmektedir (British Columbia Schizophrenia Society, 2009).

Geri Çekilme

Eğer hastanız konuşmak istediği zaman ona zaman ayırmazsanız ya da dinlemezseniz hastanız kendisinin kabul görmediğini hissedebilir. Bir daha iletişim kurmak istemeyebilir (British Columbia Schizophrenia Society, 2009).

Ailenin hasta ile iletişimi hastalığın seyrinde etkilidir. Yapılan çalışmalarda yüksek duygu dışı vurumu olan ailelerde hastalığın tekrarlama oranı yüksek bulunmuştur (Ebrinç ve ark., 2001;Tüzer ve ark., 2003;Lefley, 1992). Yüksek duygu dışı vurumu olan aileler hastayı fazla eleştiren, hastaya aşırı düşkün ve aşırı karışan ve düşmanca yaklaşımları olan ailelerdir. Düşük duygu dışı vurumu olan ailelerde daha az olumsuz eleştiri yapılmakta ve hastaya daha az karışmaktadırlar (Boyd, 2001)

6.-7. OTURUM: STRESLE BAŞA ÇIKMAK

Amaç: Stresle başa çıkma yollarını öğrenmek

Hedefler:

- Stres nedenlerini bilmek
- Stresin belirtilerini bilmek
- Bakım verenlerin kullandıkları baş etme yöntemlerini bilme
- Stresle etkili, etkisiz baş etme yöntemlerinin sonuçlarını öğrenmek
- Sosyal destek aramayı öğrenmek
- Öğrenilen baş etme yöntemlerinin stresli durumlarda kullanmak

—Sizlerde stres yaratan durumlar nelerdir?

—Kendinizi gergin, stresli hissettiğinizde hangi duyguları hissediyorsunuz?

—Stres sürecinde bedeninizde ne gibi değişiklikler hissediyorsunuz? Örneğin, karın, baş, mide ağrıları, kalp çarpıntısı, sık idrara çıkma, sık nefes alıp verme, titreme, yüzde kızarıklık, sıcak -soğuk basması ve başka hangi bedensel belirtileri yaşıyorsunuz?

—Stres yaşadığınız durumlarda rahatlamak için neler yaparsınız?

—Stresle baş etmek için kullandığınız yöntemler sizi rahatlatıyor mu?



Stres nedir?

—Stres birey ve çevrenin karşılıklı olarak birbirini etkilediği süreç içinde bireyin yaşadığı zorlanma ve gergin hissetme durumudur

—Bir olayın tarafımızdan olumsuz algılanması sonucu ortaya çıkan hoş olmayan durumdur.

—Hayatımızdaki önemli değişiklikler stres yaşamamıza neden olabilir. Örneğin; evlenme, boşanma trafik kazası, ölüm, işini kaybetme, hastalık, hastaneye yatma, ekonomik problemler...

—Olaylar karşısında kişilerin zorlanma düzeyleri kişiden kişiye farklılık göstermektedir.

—Stres kişinin uyumunu bozabilir.

—Olayla daha önceden karşılaşma durumu, olayı algılama biçimi, baş etme yöntemlerine göre stres kişilerde farklı düzeylerde zorlanmaya neden olabilir (Baltaş & Baltaş 2002; Baltaş, 2004;Üstün, Akgün, & Partlak, 2005).

Stresin belirtileri nelerdir?

Fiziksel belirtiler: Çarpıntı, bulantı, nefes darlığı, uykusuzluk, yorgunluk, ellerde titreme, mide ağrısı, baş, boyun, sırt ağrısı vb.

Duygusal belirtiler: Sinirlilik, huzursuzluk, endişe, çabuk ağlama, gerginlik

Zihinsel belirtiler: Unutkanlık, olumsuz düşünceler, konsantrasyon güçlüğü, karar vermede güçlük vb.

Davranışsal belirtiler: Sosyal ilişkilerden uzaklaşma, başkalarını suçlama, insanlara karşı güvensizlik (Braham, 1998).

Stresle etkili baş etme yöntemleri;

—Stresle baş etmek hiç stres yaşamamak anlamına gelmez.

—Baş etme stresli durumlarda stres veren olaya karşı direnmektir.

—Stresle baş etme yöntemlerinin temel amacı stresin olumsuz sonuçlarını ortadan kaldırmaktır.

—Stresle baş etmede kişiye stres oluşturan durumları ve bunlara verdiği tepkiyi tanımlamasına yardımcı olmak, sorunu doğru bir şekilde belirlemesine yardımcı olmak ve kişiyi stresin zararlı etkilerinden korumak hedeflenmektedir (Baltaş & Baltaş 2002)

STRESLE BAŞA ÇIKMADA BEDENE YÖNELİK TEKNİKLER

—Stresle baş etmede kullanılan bütün tekniklerin amacı, stresin yol açtığı istenmeyen sonuçlarını ortadan kaldırmaktır (Baltaş & Baltaş 2002).

—Stresi yönetmek için bedene yönelik olarak uygulanabilecek teknikler vardır.

—Kişi strese maruz kaldığında kişinin bedeni çeşitli tepkiler vermektedir. Bu tepkiler, solunumun hızlanması, kalp atımının hızlanması, göz bebeklerinin büyümesi, ellerin ve ayakların terlemesi, kasların gerilmesi gibi tepkilerdir.

—Kişinin bedeninde oluşan bu tepkilerin kişiye fazla zarar vermeden önlenmesi ve bedenin normal düzeye dönmesi, gevşemenin ve strese dayanıklılığın artması için bedene yönelik müdahalelerde bulunulması gerekmektedir.

—Bunu sağlayabilmek bedene yönelik stres yönetimi teknikleri ile mümkündür (Gökçe, 2004).

—Bedeni kontrol etmenin ilk basamağı doğru nefes almaktır (Baltaş & Baltaş 2002).

NEFES EGZERSİZLERİ

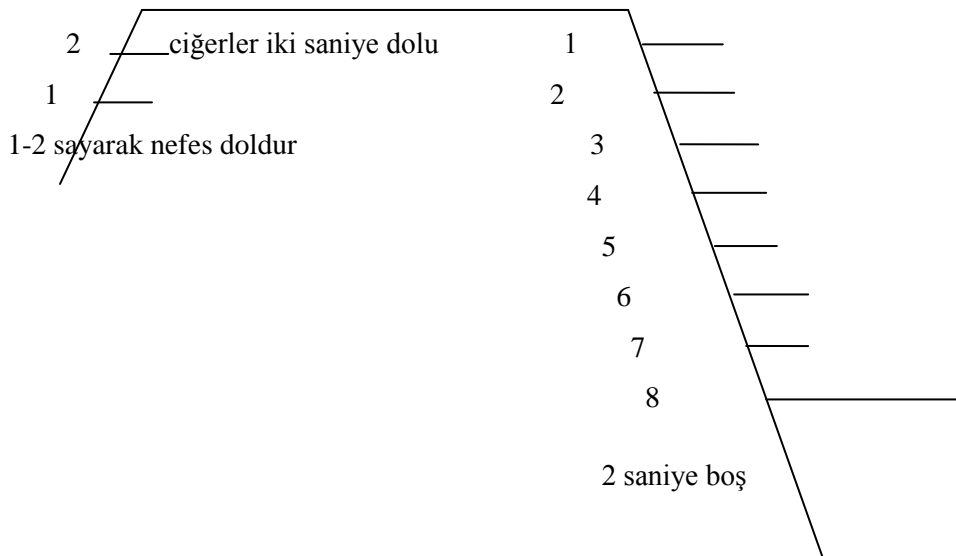
- Yüksek kaygı, panik, korku, irkilme, öfke, kızgınlık, uyarılmanın artması gibi durumlar yaşandığında veya uyarıcılar bu biçimde algılandığında, hızlı nefes alma başlar.
- Stresi yönetebilmek için öncelikli olarak stres içerikli bir uyarıcıya maruz kalındığında, değişen nefes düzenini yeniden normale döndürmek gerekir.
- Derin nefes egzersizi ile bedenimizdeki oksijen miktarı artar.
- Artan oksijen, stres sırasında vücudumuzda ortaya çıkan birtakım maddelerin (adrenalin, noradrenalin) azalmasına ve kaybolmasına neden olduğu için kişiyi sakinleştirir.
- Bu egzersizlerin amacı, nefese odaklanmak, bir çiçek koklar gibi derin, uzun ve yavaş nefes almak, nefes alırken karnın şişmesi, nefes verirken karnın inmesi ve bu sürecin bir süre tekrarıdır.
- Gevşeme nefesi alma becerisi geliştirildikten sonra, sabahları kalkınca ve akşam yatmadan önce nefes alma alıştırmaları uygulanarak, vücudun stresten arınmasına yardımcı olunur ve hem güne iyi başlanır, hem de gece iyi bir uyku uyunur.



Gevşemeyi öğrenebilmek için öncelikle doğru ve derin nefes almayı öğrenmemiz gerekmektedir

DERİN SOLUNUM EGZERSİZİ

- Ayakta ya da oturarak rahat bir pozisyon alın
- Sağ elinizi göbeğinizin hemen altına, sol elinizi ise göğsünüzün üstüne koyun.
- Gözlerinizi kapatın, akciğerlerinizdeki havayı boşaltın.
- Derin ve tam bir nefes alın ardından aldığınız nefesi verin.
- İçinizden birden dörde kadar sayarak yeni bir nefes alın.
- Nefesinizi tutun ve tekrar birden dörde kadar sayın.
- Nefesinizi ağır ağır verip, ciğerlerinizi tamamen boşaltıncaya kadar yavaş yavaş birden sekize kadar sayın.
- Sekize kadar sayma aşamasında sekize tamamlamadan nefesiniz tükendiye tekrar deneyin.
- Tekrar deneme aşamasında nefesinizi daha yavaş verin.
- Egzersiz sırasında ciğerlerinizin dolmasını ve boşalmasını hissedin.
- Yeni bir nefes almadan iki saniye bekleyiniz
- Egzersizizi dört kez tekrarlayın.
- Nefes egzersizlerini bir veya iki hafta uyguladıktan sonra kendinizi daha rahat ve sakin hissedeceksiniz.
- Nefes egzersizlerini sadece stresli durumlarda uygulamayın mümkün olduğunca günlük yaşamınızda kullanın (Baltaş & Baltaş 2002).



GEVŞEME EGZERSİZİ

- Gevşeme egzersizleri stresi azaltmak ve stresle başa çıkmak için iyi bir tekniktir.
- Gevşeme, oturmak, ayakta durmak gibi durumlarda kendinizi gevşek ve rahat hissetmenizdir.
- Günde bir kez gevşeme egzersizlerini uygulamaya çalışın.
- Her gün sessiz rahat bir yerde uygulayın.
- Uygulamayı yatarak ya da rahat bir koltukta yapabilirsiniz.
- Uygulama sırasında üzerinizdeki her türlü sıkı giysiyi kravat ve ayakkabılarınızı çıkarın, kemerinizi açın.
- Uygulama sırasında ayak ayaküstüne atmayın, ellerinizi veya parmaklarınızı kavuşturmayın, birleştirmeyin, üst üste koymayın. Çünkü bu pozisyonlar başlangıçta rahatlık verseler bile, bir süre sonra kan dolaşımının doğal akışını engeller.
- Gerginliğiniz sırt, bel ağrısı, baş ağrısı kas ağrısı yapıyorsa gevşeme egzersizleri sizi rahatlatacaktır.
- Oturur ya da yatar durumda en rahat ettiğiniz şekli alın.
- Gözlerinizi kapatın... ayak ayaküstüne atmayın.
- Zihninizi belirtilen kas grupları üzerinde toplayın.
- Rahat, sessiz, ağır ve derin bir nefes alın.
- Aşağıdaki cümleleri kendi kendinize sessizce içinizden tekrarlayın.
 - Sessizlik ve huzur içindeyim.
 - Alın kaslarım rahat, yumuşak.
 - Alın ve göz kaslarım yumuşak.
 - Gözlerimi sıkıyorum daha sıkı... daha sıkı...ve sonra yavaş yavaş gevşetiyorum....
 - Derin bir nefes alıyorum...tutuyorum ve bırakıyorum..
 - Alın kaslarım, göz kaslarım bütünüyle yumuşak ve gevşek..
 - Çenem rahat, kasları gevşek...Çene kaslarımı sıkıyorum...Sıkı..Daha sıkı...sonra bırakıyorum...Çenemi yavaş yavaş gevşetiyorum... Derin bir nefes alıyorum...Tutuyorum.... ve yavaşça bırakıyorum...Çenem sarkıyor, kasları yumuşak ve gevşek...
- Ense kaslarım yumuşak, gevşek ...
- Şimdi onları sıkıyorum.....daha sıkı...sonra yavaş yavaş gevşetiyorum... derin bir nefes alıyorum...Ense kaslarım da bütünüyle gevşiyor ve yumuşuyor...

- Alın kaslarım...
- Göz kaslarım...
- Çene kaslarım...
- Ense kaslarım yumuşak ve ağır...
- Sessizlik ve rahatlık içindeyim....
- Verdiğim her derin solukla birlikte gerginliğin bedenimden akıp gittiğini hissediyorum...
 - Şimdi dikkatimi omuz kaslarıma çeviriyorum onları geriyorum...
 - Omuz kaslarımla birlikte göğüs kaslarımı da geriyorum...tutuyorum sonra yavaş yavaş gevşetiyorum...Derin bir nefes alıyorum....Bekliyorum...ağır ağır bırakıyorum...
 - Omuz kaslarım, göğüs kaslarım yumuşak ve rahat...
 - Kol ve el kaslarım gevşek. Şimdi onları sıkıyorum...Daha sıkı...Daha sıkı...sonra yavaşça gevşetiyorum....Derin bir nefes alıyorum...Tutuyorum....ve veriyorum....
 - Rahatlığın kollarıma ve ellerime yayıldığını hissediyorum...
 - Alın kaslarım...Göz kaslarım...Çene kaslarım...Boyun kaslarım gevşek ve rahat...
 - Omuz göğüs ve kol kaslarım da yumuşak ve gevşek...
 - El kaslarım da bütünüyle gevşemiş durumda...
- Verdiğim her derin solukla birlikte bedenimden akıp giden gerginliği görür gibi oluyorum....
 - Şimdi dikkatimi karın kaslarıma veriyorum...
 - Nefesimi tutuyorum ve karın kaslarımı sıkıyorum...daha sıkıyorum, sonra yavaş yavaş gevşetiyorum...Derin bir nefes alıyorum...tutuyorum ve ağır ağır veriyorum...Şimdi karın kaslarım yumuşak...Rahat ve gevşek...
 - Kalça kaslarım yumuşak... Şimdi onları sıkıyorum... Sıkıyorum... Tutuyorum.... Sonra ağır ağır bırakıyorum....Derin bir nefes alıyorum... duruyorum ve veriyorum...Kalça kaslarımın yumuşak ve rahat olduğunu hissediyorum
 - Şimdi dikkatimi bacağımın üst ve alt bölümündeki kaslarda ve ayak kaslarında topluyorum. Bunları geriyorum...Geriyorum...Tutuyorum, ayaklarımı yere doğru yaklaşıtıyorum...Sonra kendime doğru kaldırıyorum...Gerginliği iyice hissediyorum ve yaşıyorum...Sonra yavaş yavaş bacak ve ayak kaslarımı gevşetiyorum...Derin bir nefes alıyorum...duruyorum ve ağır ağır bırakıyorum...

—Kalça bacak ve ayak kaslarım yumuşak....ve gevşek...Kendimi gevşemiş ve rahatlamış hissediyorum...

—Bedenimin bütün kasları yumuşak...Ağır ve gevşemiş durumda...

—Alın kaslarım gevşek...Göz kaslarım, çene kaslarım gevşek..Boyun ve omuz kaslarım yumuşak ve gevşek...Kol, göğüs, karın kaslarım da yumuşak ve gevşek...Kol, göğüs, karın kaslarım da yumuşak ve gevşek...Kalça, bacak ve ayak kaslarım da yumuşak ve gevşek...Kalça, bacak ve ayak kaslarım da gevşemiş durumda...

Bütünüyle gevşemiş durumda sakin ve huzur içindeyim...

—Kendimi rahat, yumuşak ve sessizlik içinde hissediyorum.

—Bütün bu duyguları, sessizliği...Huzuru...Rahatlığı gün boyu kendimde taşıyacağım...

—Derin bir nefes alıyorum...Geriniyorum ve yavaş yavaş gözlerimi açıyorum...(Baltaş & Baltaş 2002)

STRESLE BAŞA ÇIKMADA DURUMA YÖNELİK TEKNİKLER

PROBLEM ÇÖZME YÖNTEMİ

Sorunlar genellikle belirsizliklerden, emin olamadığımız durumlardan, güç sorulardan ve ilişkilerden kaynaklanır. Kişi, problem ile karşılaştığında ve bu problemi ‘tehdit, tehlike, kayıp’ olarak anlamlandırıldığında stres tepkilerini yaşamaya başlayacaktır ve problemi çözene kadar da gerginlik, kaygı artarak devam edecektir. Çözümlerin gözden kaçırıldığı problemler kronik duygusal sorunlarla sonuçlanabilir. Çözüme ulaşmak için, her zaman kullanılan stratejiler sonuç vermezse, ortaya çıkan çaresizlik hissi, yeni çözümler üretme işini daha da zorlaştırır. Problem çözümsüz gibi görünmeye başlar ve anksiyete veya ümitsizlik, durumu daha da zorlaştırarak artmaya devam eder (Onbaşoğlu, 2004).

Sorunla karşılaştığım zaman ne yapmalıyım veya nasıl davranmalıyım

- Sorunumu fark etmeliyim: Sorunun ne olduğunu açık ve net olarak belirlemeliyim.
- Sorunların kaçınılmazlığını kabul etmeliyim: Yaşadığımız süre içerisinde çeşitli sorunlarla karşılaşmamız normal, sorunlardan kaçamayız
- Sorunları yaşamın doğal parçası olarak görmeliyim: Sorunlar yaşamın doğal parçalarıdır. Sorunların bitmesi demek yaşamın bitmesi demektir.
- Sorunları çözülebilir olarak görmeliyim: Sorunları çözülemez olarak görürseniz sorun çözmeye başarısızlık oranınız artar.
- Sorunları çözme konusunda yetenek ve becerilerime güvenmeliyim: Sorunları çözme konusunda kendinize güvenmeniz sorunu çözme olasılığınızı arttırır.
- Sorunların çözümünün zaman ve çaba gerektirdiğini aklımdan çıkarmamalıyım: Bazen sorunların çözümü zaman alabilir. Bunun için çaba ve sabır gerekmektedir.
- Sorun ve zorluklar karşısında kararlı olmalıyım: sorunun çözülemeyeceğine hemen karar vermek umudunuzu kıracaktır. Kararlı olmak kendinize olan güveninizi arttıracaktır.

Sorunla karşılaştığım zaman ne yapmamalıyım

- Sorunlardan kaçmak:** Sorundan kaçmak sorunun çözüleceği anlamına gelmez. Sorun devam ettiği için sıkıntı artacaktır.
- Kendimi ve başkalarını suçlamak:** Bazen sorunu çözmek yerine sorunun ortaya çıkmasında kendimizi ya da başkalarını suçlarız. Bu durum sorunun çözülmesinde engel olur.
- Düşünmeden hareket etmek:** Sorunla karşılaştığımız zaman önce düşünüp sonra harekete geçmemiz gerekir.
- Kolay pes etmek:** Her sorunun bir çözümü vardır. Bu nedenle ümitsizliğe düşmemek ve pes etmeden çözüm yollarını araştırmak gerekir.

Bir sorunla karşılaştığımız zaman sorunu çözmek için kullanılabilecek problem çözme basamakları;

Problemi Tanımlama: Bazı problemler kolayca tanımlanabilir.

Ancak strese neden olan birçok problemi tanımlayabilmek kolay değildir.

Durum ne kadar belirsiz olursa, stresli olma olasılığı o kadar çoktur.

Belirsizlik stresli durum üzerindeki kontrolümüzü azaltır.

Bu nedenle problemin ne olduğunu belirlemek stresimizin çoğunu hafifletir. Problemi açıklığa kavuşturabilmek yani tanımlayabilmek için aşağıdaki sorulara yanıt bulmak gerekmektedir.

—Bu durum neden problem oldu?

—Bu yalnız benim açımdan mı problem, yoksa başkaları da bunu böyle mi görüyor?

—Benim bir katkım var mı?

—Katkısı olabilecek başka şeyler, ya da kişiler var mı?

—Sorunu görmemizi neler engelliyor olabilir?

—Sıkıntılarımızın nedenini düşünün, sıkıntının neden kaynaklanmış olabileceğiniz düşünün

—Konu ile ilgili bilgi toplayın sıkıntınızın kaynağının neler olabileceği konusunda bilgi toplayın

Nedenlerin bulunması: Bir problemin birçok nedeni olabilir. Bütün bu nedenleri belirleyerek problemi oluşturan gerçek nedeni bulma olasılığımız artar.

—Problemlerin nedenlerini listeleyin. Yaşadığınız probleme neden olan aklınıza gelen her şeyi bir kağıda yazın

Ulaşılabilir gerçekçi hedeflerin belirlenmesi: Hedefler olmasını istediğimiz yani ulaşmak istediğimiz durumu tanımlamaktadır. Mümkün olduğunca gerçekçi ve ulaşılabilir hedefler belirlenmelidir.

—Gerçekçi hedefler belirlenmelidir

—Bu tepki sonucunda, neye ulaşmak isterim?

—Bu tepkiyi vermekteki amacım nedir?

Seçenekleri belirleme: Sorunun çözümünde etkili olabilecek seçenekler belirlenmelidir. Belirlenen soruna yönelik belirlediğimiz hedeflere ulaştıracak akla gelen tüm çözümler listelenir. Aklımıza gelen tüm çözüm önerilerini yazabiliriz.

Önceki aşamada üretilen fikirlerden, belirlenen çözüm seçenekleri ve stratejilerden uygun olduğu düşünölenler belirlenmelidir. Bu aşamada, listelenen çözüm yolu seçeneklerinden bir veya birkaçı üzerinde karar verilmelidir. Seçeneklere ilişkin avantaj ve dezavantajlar farklı liste haline getirilir ve değerlendirilir. Tercih edilen seçenek uygulandığında kazançlar ve kayıplar ne olabilir belirlenir ve yazılır. Belirlediğimiz seçeneklerden kendimize uygun olan seçeneği seçebiliriz bu seçimi yaparken sormamız gereken sorular;

- Eğer bu seçeneği uygularsam ne tür engellerle karşılaşırım?
- Bu engellerle nasıl baş edebilirim?
- Bu seçeneği uygularsam ne tür yararlar sağlarım
- Bunun için atacağım ilk adım ne olmalıdır?
- Bu adımı ne zaman atacağım?

Uygulama: Hedefe ya da hedeflere ulaşmak için belirlenen seçenekler uygulamaya konur. Uygulama adım adım yapılmalıdır. Eğer birçok şeyi birden yapmak istersek problemi çözme şansımız olmaz.

Değerlendirme: Belirlenen eylemler gerçekleştirildikten sonra, bunların sonuçları gözlenmelidir. Sonuçlara ulaşıldıktan sonra, bu sonuçların memnun edici olup olmadığının, amaçlara ulaşılıp ulaşılamadığının değerlendirmesi yapılmalıdır. Bazı durumlarda uygulamaya geçer geçmez başarılı olup olmadığı kolayca anlaşılır. Bazı durumlarda ise problem çözümü daha uzun zaman alabilir ya da sonuçların olumlu ve olumsuz yanlarını birbirinden ayırt etmek güç olabilir. Sorun üzerinde çalışmaya başladıktan sonra yaşanan sıkıntıda azalma olup olmadığına bakılmalıdır ve sonucuna göre uygulamaya devam edilebilir veya geriye dönüp yeni fikirler üretilir (Onbaşıoğlu,2004; Üstün, Akgün, & Partlak, 2005).

Örnek problem: ‘Hastanın evde ilaçlarını almaması ve buna bağlı stres yaşamak’

1-Problemi tanımak

—Sorun nedir?

—Hastamın ilacı almaması neden problem oldu?

“Hastamın ilaçlarını düzenli kullanması onun iyileşmesi açısından önemli bu nedenle o ilaçlarını kullanmadığı zaman ben tekrar hastaneye yatmasından ve iyileşememesinden korktuğum için stres yaşıyorum.”

—Hastamın ilacını düzenli kullanması benim açımdan mı sorun oluyor, hastam için de sorun mu?

“Hastam ilacını düzenli kullandığı zaman daha iyi oluyor. Onun ilaçlarını düzenli kullanmaması benim stres yaşamama hastamın ise hastalığının yinelenmesine neden oluyor.”

“İlaç kullanmazsa hastaneye sık yatışı oluyor”

“Hastaneye sık yatması beni üzüyor“

—Bu durumun sorun olmasında benim katkım var mı?

“İlaçların etkisine inanmadığımdan ve ilaçların etkisini bilmediğimden ilacın düzenli kullanımını takip etmiyorum.”

“Soruna benim katkım olabilir yeterince destek olamıyorum.”

—Bu soruna katkısı olan başka biri var mı?

“Eşim oğluma yeterince destek olmuyor”

“Kardeşi ilacını alması konusunda destek olmuyor”

PROBLEM: Hastam evde ilaçlarını almıyor ve ben bu nedenle stres yaşıyorum.

Nedenlerin bulunması: Sorunun ne olduğunu biliyoruz bu durumun sorun olmasının nedenleri neler olabilir?

—Hastamın ilaçlarını kullanmama nedeni ne olabilir?

“İlaçların kendisine iyi gelmeyeceğini düşünüyor”

“İlaçlar uykusunu getiriyor”

“İlaçlar kilo yapıyor”

“Beni üzme için kullanmıyor”

“Bana inat yapıyor”

“İlacın ne işe yaradığını tam bilmediği için yapıyor”
“İlacını almayı unutuyor”
“İlaç zamanını hatırlayamıyor”
“Hastanın ilacını almayı hatırlatıcı ve destekleyici yaklaşımım yok”
“Ailedeki diğer bireylerin ilacı hatırlatıcı yaklaşımları yok”
“İlaçların işe yaramadığını düşünüyor”
“İlaç içmeyi sevmiyor”
“Ben ilacın etkisine inanmıyorum”
.....
....
...Seçenekler arttırılabilir

Ulaşılabilir gerçekçi hedefleri belirleme

Kısa vadeli hedef;

“Hastanın ilacını itiraz etmeden almasını sağlamak”
“Hastanın ilacını alması gereken saatte almasını sağlamak”
“İlacını bir hafta boyunca her gün düzenli almasını sağlamak”

Uzun vadeli hedef;

“İlaçların hastalık belirtilerine etkisini anlamak”
“Hastanın ilaçlarını düzenli olarak kullanmasını sağlamak”
“Hastanın iyilik halini sürdürmek”
“Tekrarlı hastane yatışını önlemek”

Seçenekleri belirleme:Bu aşamada bu sorunu çözmek için aklımıza gelen tüm çözümleri belirleyelim. Bu sorunu çözmek için neler yapılabilir. Tüm yapılabilecekleri yazalım....

- İlacını kendisi almıyorsa zorla ilacını verebilirim
- İlacını yemeğine ya da suyuna katabilirim
- İlacını almazsa onunla bir daha ilgilenmeyeceğimi söyleyebilirim
- İlacını kullanmazsa hastaneye yatacağını söylerim
- İlacını almamasının nedenlerini belirlerim
- İlacını almasının neden önemli olduğunu anlatırım
- Evdeki diğer aile bireylerinden yardım alırım
- Poliklinikteki hasta grubuna katılmasını sağlarım
- Doktoruna danışırım
- İlacını düzenli alan hastalarla tanışmasını sağlarım
- En yakın arkadaşından yardım isterim.....

Seçenekler arttırılabilir...

Belirlediğimiz seçenekler üzerinde tek tek düşünelim.

Her bir seçenek için ‘bu seçenek uygulanabilir mi? Sorusunu soralım

Bu seçeneği uygularsam ne tür yarar sağlarım?

Bu seçeneği uygulayabilir miyim?

Bu seçeneği uygulamak sorunu ortadan kaldırır mı?

Birinci seçenek ‘İlacını zorla vermek’

—İlacını zorla verebilirim. İlacını zorla verdiğim zaman hastam ile aramdaki güven ilişkisi bozulabilir hastam artık bana güvenmeyebilir ve bu durum benim stres yaşamama neden olabilir. Bu seçeneği uygulamak bana yarar sağlamaz bu nedenle bu seçenek elenir

İkinci seçenek ‘İlacını yemeğine ya da suyuna katmak’

—Hastamın ilacını yemeğine ya da suyuna katabilirim. Ancak hastam bunu fark ettiği zaman artık bana güvenmeyecektir ve benim kendisine zarar verebileceğimi düşünecektir. Onun bana güvenmemesi demek artık benimle paylaşımında bulunmaması demektir bu da beni üzecek ve strese sokacaktır. İlacını yemeği ile ya da suyu ile birlikte verirsem istenilen dozu aldığından emin olamam Bu nedenle bu seçeneği uygulamak bana yarar sağlamaz aynı zamanda sorunu da çözmez.....

Beşinci seçenek ‘ilacını neden almak istemediğini sorarım’

—Hastamla oturup ilacını almak istememe nedeni hakkında konuşabilirim. Hastama ilacını almak istememe nedenini öğrenmem benim bu neden üzerine düşünmeme ve bu nedene yönelik düzenleme yapmamı sağlar. Bu durum sorunun çözümü için yarar sağlar.

Altıncı seçenek ‘ilacını almasının neden önemli olduğunu anlatırım’

—Hastama ilacını almasının neden önemli olduğunu anlatabilirim. Gerekirse her ilaç saatinde ilacını almasının önemini anlatırım. Bu durumda hastam ilacını almasının önemini anlayıp ilacını itiraz etmeden alabilir. Hastam ilacını aldığı zaman bende rahatlarım. Bu durum sorunun çözümü için yarar sağlar bu nedenle bu seçenek uygulanabilir.

Yedinci seçenek ‘evdeki diğer aile bireylerinden yardım alırım’

—Hastam ilacını düzenli kullanmadığı zaman bu durumu diğer aile bireyleri ile paylaşabilirim. Onların neler yapabileceğini konuşup onların desteğini alabilirim. Bu durumda hastamın ilacını düzenli alması konusunda farklı fikirler üretilebilir ya da diğer aile bireyinden ilacı düzenli vermesi konusunda destek alabilirim. Bu seçeneği uygulamak hem sorunun çözümü için hem de kendim için yarar sağlar.

Tüm seçenekleri bu şekilde değerlendirdikten sonra olabilecek seçenek belirlenir bu örnek durumda olabilecek üç ayrı seçenek var bu durumda bu üç seçeneği ele alıp uygulayabiliriz.

Uygulama: Belirlediğimiz bu olası üç çözüm seçeneğini uygulama aşamasıdır. Bu üç seçeneği uygularız. İlacını neden almak istemediğini sorarım. İlacını neden almak istemediğini sorma, ilacını almasının neden önemli olduğunu anlatma, evdeki diğer aile bireylerinden yardım alma maddeleri uygulanır

Değerlendirme: Ben bu çözüm için belirlediğim seçenekleri uyguladığım zaman sorun çözüldü mü? Hastam ilacını düzenli alıyor mu? Hastamı ilacını düzenli almaya başlayınca ben rahatladım mı? Yaşadığım stres hafifledi mi? Eğer sorun çözülmüşse aynı uygulamaları farklı sorunlar için yapabilirsiniz. Eğer bu maddeleri uyguladığınız halde sorun çözülmediyse yeni çözüm seçenekleri geliştirip tekrar aşama aşama onları değerlendirebilirsiniz.

DUYGU VE DÜŞÜNCELERE YÖNELİK BAŞ ETME YÖNTEMLERİ

- Duygu odaklı başa çıkma, bireyin strese karşı olumsuz duyguları azaltma çabalarını içerir.
- Duygu odaklı başetmede, durumu değiştirmeksizin, duruma ilişkin bilişsel ve duygusal tepkinin değiştirilmesi söz konusudur (Onbaşıoğlu, 2004).
- Bir olay karşısında insanlar, birbirlerinden çok farklı duygular yaşayabilmektedir.
- Bir olay bir kişi için stres yaratırken bir başkası için herhangi bir anlam ifade etmeyebilir.
- Aynı olayın bir kişide stres yaratması başka bir kişide herhangi bir tepkiye yol açamamasının nedeni durumların kişiler tarafından farklı algılanması ve yorumlanmasıdır. Olayın değerlendirilme biçimi strese neden olmaktadır (Onbaşıoğlu, 2004; Baltaş & Baltaş 2002).
- İnsanlar, olaylar sonucunda ortaya çıkan duyguların veya stresin farkındadırlar; fakat bu duyguları veya yaşanan stresi sadece olan olaya bağlamak gibi önemli bir hataya düşebilirler ‘Bu olanlar beni çok üzdü’
‘Senin davranışların karşısında öfkelenmemek mümkün değil!’ gibi ifadeler ile bu durumu ortaya koyarız. (Onbaşıoğlu, 2004).
- Çoğu insan duygu ve düşüncelerini diğer insanların ya da olayların belirlediğini düşünür. Bu nedenle bizi rahatsız eden stres yaşamamıza neden olan durumlarda başka birini ya da olayı suçlarız.
- Duygularımız ve stres düşüncelerimiz sonucu ortaya çıkmaktadır.
- Herhangi bir olay çok çeşitli biçimlerde algılanıp, farklı duygusal tepkilere neden olabilir.
- Bizi gerilime sokan olaydaki stres değil olayı değerlendirme biçimimizdir.
- Çoğunlukla strese neden olan yanlış düşüncelerimizdir.
- Duygularımızı ve davranışlarımızı etkileyen yaygın düşünce hataları vardır.
- Stresle baş edebilmek için bu düşünceleri en aza indirmek gerekmektedir.

Uygun olmayan yaygın düşünce hataları örnekleri;

—**Genelleme:** Belli bir durumun ya da belli bir özelliğin, her yerde herkes için geçerli olduğunu düşünmektir (Özer, 2009).

“Bir arkadaşımız bizimle dışarıya çıkmak istemediğinde aklımıza kimse benimle dışarı çıkmak istemiyor düşüncesinin gelmesi” genelleme hatasıdır.

Genelleme ile baş edebilmek için genelleme yaptığımız durum ile ilgili yeterli bilgi toplamamız gerekmektedir.

Elimizdeki bilgilerle bu sonuca varabilir miyiz?

Arkadaşımın benimle dışarıya çıkmak istememesinin nedeni ne olabilir?

“Belki bir işi vardır”

Aşırı genelleme yapan kişi “**asla, her zaman, hiç kimse, hiçbir zaman**” gibi ifadeleri çok kullanır. Bunun yerine “**belki bazen, çoğu kez**” gibi daha esnek ifadeler kullanılabilir.

“Hastam bana hiçbir zaman güvenmeyecek”

—**Meli-Malı düşünce:** Bu düşünce tarzına göre kişi sosyal kurallara uymak zorundadır ve bu kurallara uyduğu takdirde mutlu olur (Özer, 2009).

“Hep mutlu olmalıyım”

“İnsan sevdiği insanlara karşı asla kırgınlık, küskünlük hissetmemelidir.”

“Bir yetişkinin ailesi, arkadaşları, çevresi ve tüm tanıyanları tarafından sevilmesi ve kabul görmesi gerekir.”

Sizi tanıyan bütün insanlar tarafından sevilmeniz ve onları memnun etmeniz mümkün değildir.

—Üzerinize aldığınız bütün işlerden mutlaka o işi en iyi bilen, kusursuz yapan ve her zaman en mükemmel kişi olmanız gerekir.

Üzerinize aldığınız iş bazen çok iyi bilmediğiniz bir iş olabilir. Bu tür durumlarda başarısızlıklarla karşılaşabilirsiniz. Bu başarısızlıktan dolayı kendinizi suçlamamanız gerekir. Her zaman her işi mükemmel yapamayabilirsiniz.

Zihin Okuma: Çevremizdekilerin sözlü ve sözsüz davranışlarına bakarak, onlardan anlamlar çıkartmaktır. Karşımızdaki kişinin ne düşündüğünü, ne hissettiğini, ne yapacağını yapmayacağını kararına varmaktır. Zihin okumayı kullanan kişiler sürekli senaryo yazarlar (Özer, 2009).

“Başkalarının ne hissettiklerini dış görünüşlerinden anlayabilirim”

“Beni sevmediğinden eminim.”

“Çevremdeki kişilerin büyük bir çoğunluğu normaldir. Problemleri vardır belki ama hiçbir zaman benimki kadar değildir.”

Herkes aynı olay ve durumlar karşısında aynı duyguları hissetmeyebilir. Başkasının ne hissettiğini ona sormadan bilemeyiz.

Kutuplaşmış Düşünce: Bu tür düşünme tarzında, insanlar ya iyidir ya kötü; ya harikadır ya da berbat; ya başarılı ya da başarısız; ya nefret edilir ya da sevilir. Böyle bir kişi olayı ya siyah ya beyaz olarak algılar (Özer, 2009).

“Ya benden yanasın ya da değil”

“Çok iyi bir insan olduğumu düşünüyordum ama çok kötü bir insanmış”

“Birisinden yardım istemek kendi yetersizliğini ve zayıflığını kabul etmek anlamına gelir”

“Bir başka kişiden yardım almak zayıflık değil paylaşımda bulunmaktır. Paylaşımda bulunmak karşılıklı kişilerin birbirisine katkı sağlamasına neden olur”

Olayları yorumlarken ne düşündüğümüze ne hissettiğimize dikkat etmeliyiz.

Olayları yorumlarken gerçekçi düşünmemiz gerekmektedir. Olayları veya kişileri en iyi veya en kötü yönleri ile değerlendirmek yerine ara seçenekleri düşünmemiz gerekir. Sadece siyah veya beyaz olarak değerlendirme yapmaktan kaçınınız...

Filtreleme: Belirli bir bütünü, bir tek ögesine dayalı olarak değerlendirmek.

“Benim sorumsuz olduğumu söylediğine bakılırsa, beni beğenmiyor” (Özer, 2009).

Aşırı Fedakarlık: Aşırı fedakarlık edenler, kendi istediklerini bir yana bırakarak başkalarının onlardan istediği gibi davranmaya çalışırlar. İnsanları incitmekten kaçınmak gerektiğini düşünmek, duygularımızı açıkça ifade etmekten kaçınmamıza ve sürekli fedakarlık etmemize neden olur (Özer, 2009).

“Başkaları yaptığımız veya söylediğimiz bir şeyi beğenmezlerse bizi sevmeyebilirler ve bu da korkunç olur.”

“İnsanlar çabuk kırılır ve onları hiçbir zaman incitmemek gerekir.”

Facialaştırma: Küçük bir olaydan büyük sonuçlara varmak (Özer, 2009).

“İnsanların ve “diğer şeylerin” olmasını istediğimiz gibi olmaması dehşet vericidir.”

—Karşılaştığımız problemleri kendimizle ilgili bir kötülük olarak yorumladığımız zaman yoğun stres yaşarız. Örneğin ‘bütün sorunlar beni bulur’ , ‘bu çok kötü’ ‘bu benim aşımaya neden geldi’

Suçlama: Suçlama, başkalarına veya kendimize yönelik olabilir. Suçlanacak birinin olması kişiye rahatlık sağlar (Özer, 2009).

“Ben aptalın biriyim.”

“Beni üzüyorsun”

—İnsanların mutsuzluğuna ve üzülmesine sebep olan kendisi dışında meydana gelen olaylardır.

Mutsuzluğu olaylara yüklemek bizim olayı yorumlamamızla ilişkilidir. Diğer insanları sınırlı olarak kontrol edebiliriz ancak kendi duygularımızı kontrol etmemiz daha kolaydır. Bu nedenle olayları yorumlarken ne düşündüğümüze ne hissettiğimize dikkat etmemiz gerekmektedir.

Düşünce, duygu ve davranışların birbirinden farklı olduğunu düşünürüz. Aslında duygu, düşünce ve davranışlarımız birbirinden bağımsız değildir. Düşüncelerimiz, duygularımızı ve davranışlarımızı etkiler. Herhangi bir olay farklı kişiler tarafından farklı şekillerde algılanabileceği için farklı duygusal tepkilere yol açmaktadır. Kişinin stres yaşamasına neden olan olayı değerlendirme biçimidir. Olaylara verdiğimiz tepki olayın kendisi değil olaya verdiğimiz anlamdır. (Baltaş & Baltaş 2002).

Örnek durum

Aileden aileye destek grubuna katılmak için evden çıktınız ve eşinize grupta olacağınızı sizi cep telefonu ile aramamalarını söylediniz. Grup sırasında telefonunuz çaldı evden arıyorlar.

Olay: Aileden aileye destek grup sırasında telefonla aranmak

Yorum Düşünce: Hiçbir yerde rahat vermiyorlar (genelleme) arama dediğim halde arıyor, bensiz hiçbir şey yapamaz

Duygu ve davranış: Sıkıntı ve kızgınlık ile telefonu açmak

Doğru düşünce

Olay: Aileden aileye destek grup sırasında telefonla aranmak

Yorum: Önemli bir şey oldu herhalde eşimin bana ihtiyacı var.

Duygu ve davranış: Merak etme ve bir şekilde telefonu açmak

Örnek Durum–2

Olay: Hastanızın sizinle konuşmaması

Yorum ve düşünce: Beni üzmem için benimle konuşmuyor. Sürekli beni üzüyor.

Duygu ve davranış: Öfke, üzüntü

Doğru Düşünce

Olay: Hastanızın sizinle konuşmaması

Yorum ve davranış: Hastalığı nedeniyle konuşmuyor. Hastalık belirtisi olabilir

Duygu ve davranış: Endişelenmek ve doktora başvurmak için harekete geçmek

Alıştırma

Son zamanlarda sizi rahatsız etmiş bir olayı düşünün ve kağıda bu durumu yazın olay nedir? Ne düşündünüz? Ne hissettiniz?

Olay:.....

Düşünce Yorum:.....

Duygu ve davranış:.....

SOSYAL DESTEK

Sosyal destek, genellikle stres verici bir durumda kişiye, yakından bağlı insanlar tarafından sağlanan maddi ve manevi yardımdır. Kişinin yakın çevresi ve kendisinden oluşan sosyal çevresi hastalık gibi durumlar karşısında yaşadığı stresle baş etmesi yönünden destek sağlamaktadır. Sosyal çevreden alınan yardımın içeriği ne olursa olsun, kişinin çaresizlik duygusunu azaltır ve stresle baş etmede kendine olan güveninin artırır. Aile ve çevreden alınan sosyal destek hastaların iyilik halini arttırmaktadır.

—Zor durumlarda yakın çevreden görülen sosyal destek stresin etkisini azaltmaktadır. Sosyal destek, stresin nedenlerini ortadan kaldırmasa bile kişilerin endişe düzeylerini düşürür ve kişilerin daha iyimser, kendilerini daha fazla kontrol edebilir, stresle başa çıkmak için daha istekli olmalarını sağlar.

—Sosyal çevreden alınan desteğin içeriği ne olursa olsun kişinin çaresizlik duygusunu azaltmakta ve stresle baş etme konusunda kendine olan güvenini arttırmaktadır. Stres kaynağının bir başkası ile paylaşılması stresin daha kolay tolere edilmesini sağlar (Baltaş, 2004).

—Sosyal destek insanlar arasında bir güven oluşmasını sağlar. Duygusal destek, birilerinin sizi önemseydiğini ve ne hissettiğinizi dinlemek istediğini bilme duygusudur. Sosyal destek, duygusal destek, stres oluşumuna karşı önemli bir koruyucudur.

—Sosyal destek sağlanabilecek ilişkiler kurmak stresle baş etmek için önemlidir (Braham, 1998).

Stresle baş edebilmek için yapılabilecekler

- Daha önce strese neden olan durumlardan kaçınmak.
- Gerçekçi beklentiler içinde olmak. Yapılabilecek, gerçekleşme olasılığı olan işlerin peşinden koşmak.
- Egzersiz, spor yapmak, düzenli uyumak, dengeli beslenme alışkanlığı kazanmak.
- Sinema, gezi, müzik dinlemek gibi zevk alınan faaliyetleri sürdürmek.
- Olumlu düşünce tarzı geliştirmek, örneğin ‘yapabilirim, üstesinden gelebilirim, yapabileceğimin en iyisini deneyeceğim’
- Hasta ile tartışmaktan kaçın
- Basit ve açık iletişim kullanın
- Duyularımızı rahatlıkla ifade edebilmek (Church, 2005).



8.OTURUM: GRUBU SONLANDIRMA

Amaç: Aileden aileye destek programının değerlendirmesini yapmak

—Aileden aileye destek programımızın sonuna geldik.

—Program hakkındaki duygularınızı ve düşüncelerinizi benimle paylaşır mısınız? -Bu programa katılırken bu programdan beklentileriniz nelerdi?

—Bu beklentilerinizden hangilerini karşılayabildiniz?

—Bu programdan ne tür yararlar sağladınız?

—Bu programda olmasını istediğiniz başka bir konu var mı?

—Aileden aileye destek programı hakkında önerileriniz neler?

—Aileden aileye destek programına katıldığınız için hepimize teşekkür ediyorum.

—Bu programın devamlılığının olması sizin elinizde çevrenizdeki insanlara bu program hakkında bilgi verebilirsiniz.

—Bu programa katılan ve tamamlayan isteyen kişiler bu programda eğitici olarak yer alabilir.

Diğer aile bireyleriniz eğitebilirsiniz. Buradaki deneyimlerinizi paylaşabilirsiniz.

— Tüm oturumlara katıldığınız için teşekkür ediyorum

KAYNAKLAR

Baltaş Z. Sağlık Psikolojisi Halk Sağlığında Davranış Bilimleri (2. Basım). İstanbul:Remzi Kitabevi, (2004) ss:133-165.

Baltaş A, Baltas Z. Stres ve Başaçıkma Yolları (21. Basım). İstanbul:Remzi Kitabevi, (2002) ss:175-199.

Böke Ö, Sarısoy G, Çelik C, Aker S, Bahçe Z, Şahin AR. Yatarak Tedavi Gören Şizofreni Hastalarında Fiziksel Saldırganlık ve Nörolojik Silik İşaretler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* (2008)18(1):22-30,

Boyd MA. Psychiatric Nursing Contemporary Practice (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott, (2001). pp:

Braham JB. Stres Yönetimi Ateş Altında Sakin Kalabilmek (1. Basım). Çev: V.G. Diker. İstanbul: Hayat Yayıncılık, (1998)ss: 51-54.

British Columbia Schizophrenia Society. Family Peer Support Buddy Program. Families of Persons with a Mental Illness Helping One Another Coordinator's Guide. Retrieved July 15, 2009, from http://www.bcscs.org/Get_Information/Resource_Materials/documents/BuddyBinderMaterials.pdf.

Canadian Psychiztric Association (2007). Schizophrenia:The Journey to Recovery A Consumer and Family Guide to Assesment and Treatment. Retrieved May 2009, from <http://www.schizophrenia.ca/CPAGuidelinesFinalE.pdf>.

Chien WT, Chan S, Morrusey J ve Thompson D. Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia. *Issues And Innovations In Nursing Practice* (2005) **51**(6):595-608.

Chien WT. Effectiveness of psychoeducation and mutual support group program for family caregivers of chinese people with schizophrenia. *The Open Nursing Journal* (2008)**2**: 28-39

Chien WT, Thompson DR. Evaluation of Peer-Led Mutual Support Group For Chinese Families of people with schizophrenia. *Am J Community Psychol* 2008; 42: 122-134.

Church LAThe effect of family psychoeducational therapy and social skills training on burden, coping skills and social support of caregivers of patients diagnosed with schizophrenia and/or shizopaffective disorder.Graduate School of Social Work of the University of Houston. Doctoral Thesis (2005).

Demirkıran F, Terakye G. Depresif hastaların ilaç tedavisine uyumları ve destekleyici hemşirelik uygulamalarının uyum düzeyine etkisi. *Kriz Dergisi* (2001) **9**, 29-39.

Dixon L, McFarlane WR, Lefley H, Lucksted A ve ark. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services* (2001) **52**: 903-910.

Doğan O. Şizofrenik Bozukluklarda Psikososyal Yaklaşımlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* (2002) 2; 3:240-248

Dökmen Ü. İletişim Çatışmaları ve Empati (7. Baskı). İstanbul: Sistem Yayıncılık (1997). ss:135-170

Dülgerler Ş, Çam O. Şizofreni İle İlgili Sorularınız Ve Yanıtlar Aileler İçin El Kitabı (1.Baskı). İzmir: İzmir Güven Kitabevi, (2006) ss: 1-49.

Ebrinç S, Çetin M, Başoğlu C, Yücel M, ve ark. Şizofren Hasta ve Ailelerinde Aile İşlevselliği, Sosyal Destek ve Duygu Dışavurumunun İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* (2001):2(1):5-14.

Erkıran M, Erkıran GK, Evren C, Şahinler İH. İlaç Kullanmayan Şizofreni Hastalarında Saldırganlık ve Serum Kolesterol Düzeyi: Kontrollü Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* (2001) 12(4):261-272.

Gökçe FS. Stres Yönetimi: Bedene Yönelik Teknikler. *Türk Psikoloji Bülteni* (2004)34-35, 128-157.

Gümüş BA. Şizofreni Hastalarının ve Yakınlarının Sağlık Eğitimi Gereksinimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* (2006)7:33-42.

Isaacs A, Shieves LR. Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing (5th ed.). New York: Lippincott Company, (2002) pp: 263-271.

Kültür S, Mete L, Erol A. Psikiyatri Temel Kitabı. Şizofreni (2. Baskı) (Ed : Köroğlu E., Güşç C.) Ankara:HYB Basım yayın, (2007) ss:184-205.

Lefley HP. Expressed Emotion: Conceptual, Clinical And Social Policy Issues. *Hosp Comm Psychiatry*, (1992) 43:591-598.

Onbaşıoğlu M. Stresle Başetmede Zihinsel Yöntemler, *Türk Psikoloji Bülteni*, (2004)34-35, 103-127.

Otong DA. Psychiatric Nursing Biological & Behavioral Concepts (1st ed.). New York :Thomson Delmar Learning, (2003)pp: 358-361.

Özcan A. Hemşire Hasta İlişkisi ve İletişim (2.Basım). Ankara:Sistem Ofset, (2006)ss:98-134.

Özer K. Ben Değeri Tiryakiliği. Duygusal Gerilimle Başedebilme (10. Basım). İstanbul: Sistem Yayıncılık (2009)ss: 45-63-145-175.

Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (Sekizinci Basım). Ankara: Feryal Matbaası, (2001)ss:217-281.

Sadock SB, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Klinik Psikiyatri El Kitabı (Dördüncü Baskı). Çev: Ed. Bozkurt A. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, (2009)ss: 117-112.

Saunders JC. Families Living With Severe Mental Illness: A Literature Review. *Issues in Mental Health Nursing* (2003)24: 175-198.

Schenk SAP, Lippincott RC, Bennett C, Steigman PJ. Improving knowledge about mental illness through family-led education:the journey of hope. *Psychiatric Services* (2008)59;1:49-56.

Schizophrenia Society of Canada (2003). Learning about schizophrenia: Rays of hope A reference manual for families & caregivers Third revised edition. Retrieved May 2009, from: http://www.schizophrenia.ca/Rays_of_Hope.pdf

Soygür H. Şizofreni Tedavisine Genel Bir Bakış. *Psikiyatri Dünyası* (1999)3:83-90.

Terakye G. Hasta Hemşire İlişkileri (V.Basım). Ankara:Zirve Ofset Ltd.Şti., (1998)ss:107-108, 114-142.

Terakye G, Demirkıran F. Psikiyatri Hastalarında İlaç Tedavisine Uyumsuzluk Sorunu ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Anadolu Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi* (2003)4(2):131-144.

Townsend MC *Psychiatric Mental Health Nursing*.(Sixth Edition). F.A.Davis Company, Philadelphia, (2009)pp:204-218.

Tüzer V, Zincir S, Başterzi AD, Aydemir Ç ve ark. Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı ve Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri* (2003) 6:198-203.

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

Üstün B, Akgün E, Partlak N. Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi (Birinci Baskı). İzmir: İzmir Okullar Yayınevi (2005) ss: 74-84, 198-200.

Varcarolis EM. *Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing* (3rd ed.). New York: W.B. Saunders Company, (1998)pp:637-667

Videbeck SS. *Psychiatric Mental Health Nursing* (1st ed.). New York: Lippincott Company, (2001)pp:296-320

Yıldız M. Şizofrenide Psikososyal Tedaviler IV. Psikososyal beceri eğitimi uygulama klavuzu. PAREM (2001).

EK-2: EK-2 SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ TOPLAMA FORMU

1-Yaşı:

2-Cinsiyeti: 1-Kadın

2-Erkek

3-Medeni Durumu:1-Evli

2-Bekar

4-Bakımını üstlendiği hasta ile yakınlık derecesi: 1-Anne

2-Baba

3-Eş

4-Kardeş

5-Diğer

5-Eğitim durumu: 1-İlkokul mezunu

2-Ortaokul mezunu

3- Lise mezunu

4- Üniversite ve üstü

6-Çalışma Durumu : 1-Çalışıyor

2-Çalışmıyor

7-Sosyal Güvenceniz: 1-Var

2-Yok

8-Yakınıınız ne kadar süre önce şizofreni tanısı aldı?

9-Ne kadar süredir bakım vericilik rolünü üstleniyorsunuz?

EK 3:GENEL SAĞLIK ANKETİ

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

Soruların hepsini cevaplandırmanız çok önemlidir.

1. Endişeleriniz nedeni ile uykusuzluk çekiyor musunuz?

- a)Hayır hiç çekmiyorum b)Her zamanki kadar c)Her zamankinden sık d)Çok sık

2. Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?

- a)Hayır hissetmiyorum b)Her zamanki kadar c)Her zamankinden sık d)Çok sık

3. Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?

- a)Her zamankinden iyi b)Her zamanki kadar c)Her zamankinden az d)Her zamankinden çok daha az

4. İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?

- a)Her zamankinden çok b)Her zamanki kadar c)Her zamankinden az d)Her zamankinden çok daha az

5. Sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz?

- a)Her zamankinden çok b)Her zamanki kadar c)Her zamankinden az d)Her zamankinden çok daha az

6. Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?

- a)Hayır hiç çekmiyorum b)Her zamanki kadar c)Her zamankinden sık d)Çok sık

7. Zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?

- a)Hayır hiç hissetmiyorum b)Her zamanki kadar c)Her zamankinden sık d)Çok sık hissediyorum

8. Değişik yönlerden baktığımızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?

- a)Her zamankinden çok b)Her zamanki kadar c)Her zamankinden az d) Her zamankinden çok daha az hissediyorum

9. Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?

- a)Her zamankinden çok b)Her zamanki kadar c)Her zamankinden az d)Her zamankinden çok daha az

10. Kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz?

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

11. Kendinize güveninizi kaybediyor musunuz?

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

12. Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?,

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

EK-4: STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

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

Bir sıkıntım olduğunda

	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Uygun	Tamamen Uygun
1.Kimsenin bilmesini istemem				
2.İyimser olmaya çalışırım				
3.Bir mucize olmasını beklerim				
4.Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım				
5.Başta gelen çekilir diye düşünürüm				
6.Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım				
7.Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim				
8. Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım				
9.İçinde bulunduğum kötü durumu, kimsenin bilmesini istemem				
10.Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum				
11.Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam				
12.Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım				
13.İş olacağına varır diye düşünürüm				
14.Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım				
15.Problemin çözümü için adak adarım				
16.Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				
17.Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım				
18.Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım				
19.Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım				
20.Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım				
21.Mücadeleden vazgeçerim				
22.Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm				
23.Hakkımı savunabileceğimi düşünürüm				

24.Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim				
25. “Keşke daha güçlü bir insan olsaydım” diye düşünürüm				
26.Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissediyorum				
27. “Benim suçum ne?” diye düşünürüm				
28. “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm				
29.Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım				
30.Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				



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

Sayı: B.30.2.DEÜ.0.Y3.02.05/718

Tarih:28/05/2009

Etik Kurul Üyeleri

Prof.Dr.Zühal BAHAR(Başkan)
Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ(Başkan Yrd.)
Prof.Dr.Besti ÜSTÜN (üye)
Yard.Doç.Dr.Hatice MERT (üye)

Etik Kurul Sekreteri

Yard.Doç.Dr.M.Candan ÖZTÜRK

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

Etik Kurulumuzun 28 Mayıs 2009 tarih ve 49/2/09 sayılı toplantısında, 549 kayıt numaralı evrak ile başvuran Yard.Doç.Dr.Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN'nın danışmanlığını yaptığı Doktora Öğrencisi Kerime BADEMLİ'nin "Aileden Aileye Destek Programının Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Ruh Sağlıklarına ve Başetme Yöntemlerine Etkisi" konulu tez önerisinin uygulanmasında etik açıdan bir sakınca yoktur.

Oy birliği ile kabul edilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr.Zühal BAHAR
Etik Kurul Başkanı

Sayı: 000/03

Tarih: 05.05.2009

Konu: Kerime Bademli'nin doktora tezi izni hk.

DEÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürlüğü'ne ,
İZMİR

İzmir Şizofreni Dayanışma Derneği Başkanlığı'na tarafınızdan yazılan B.30.2.DEÜ.0.Y3.00.01 / 602 sayılı ve 28.04.2009 tarihli yazınıza yanıtıdır.

DEÜ Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencilerinden Kerime BADEMLİ'nin "Aileden aileye destek programının şizofreni hastalarına bakım verenlerin ruh hastalıklarına ve baş etme yöntemlerine etkisi" konulu doktora tezi çalışmalarını derneğimizde yapması konusu yönetim kurulumuzda görüşülerek uygun ve derneğimiz için de yararlı bir çalışma olacağı kararına varılmıştır. Kerime BADEMLİ'nin yapacağı çalışmalara elimizden gelen desteği vereceğimizi saygılarımla bildirir, gereğinin yapılmasını dilerim.

Dernek:

Adres: 505. Sokak No: 17 A Bahçelievler
Hatay – İZMİR

Tel: 228 90 79

İzmir
Şizofreni Dayanışma Derneği
Başk. Nilgün DURNA



ÖZGEÇMİŞ

ADI SOYADI: KERİME BADEMLİ (DEMİRBAŞ)

TC Kimlik No / Pasaport No:	26095021386
Doğum Yılı:	22.07.1979
Yazışma Adresi :	Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu
Telefon :	0.242.3106910
Faks :	
e-posta :	kerimedemirbas@akdeniz.edu.tr

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
TR	Akdeniz Üniversitesi	Antalya Sağlık Yüksekokulu	Hemşirelik	Lisans	2002
TR	Akdeniz Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Psikiyatri Hemşireliği	Yüksek Lisans	2005
TR	Dokuz Eylül Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Psikiyatri Hemşireliği	Doktora	...

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Akdeniz Üniversitesi	TR	Antalya	Antalya Sağlık Yüksekokulu	Araştırma Görevlisi	2002-2005
Akdeniz Üniversitesi	TR	Antalya	Akseki Sağlık Yüksekokulu	Öğretim Görevlisi	2005-2008
Akdeniz Üniversitesi	TR	Antalya	Antalya Sağlık Yüksekokulu	Öğretim Görevlisi	2008-

UZMANLIK ALANLARI

Uzmanlık Alanları
Psikiyatri Hemşireliği

DİĞER AKADEMİK FAALİYETLER

Son Bir Yılda Uluslararası İndekslere Kayıtlı Makale/Derleme İçin Yapılan Danışmanlık Sayısı		
Son Bir Yılda Projeler İçin Yapılan Danışmanlık Sayısı		
Yayınlara Alınan Toplam Atıf Sayısı		
Danışmanlık Yapılan Öğrenci Sayısı	Tamamlanan	Devam Eden
	Yüksek Lisans	

	Doktora		
	Uzmanlık		
Diğer Faaliyetler (Eser/görev/faaliyet/sorumluluk/olay/üyelik vb.)			

ÖDÜLLER

	Ödülün Adı	Alındığı Kuruluş	Yılı
<input type="checkbox"/>			

YAYINLARI

SCI, SSCI, AHCI indekslerine giren dergilerde yayınlanan makaleler

Bademli K, Çetinkaya Duman Z. Şizofreni Hastalarının Bakım Verenlerine Uygulanan Aileden Aileye Destek Programları: Sistemik Derleme. Türk Psikiyatri Dergisi. 2011; 22(4): 255-265

Bademli K, Buldukoğlu K. Oral medication management in inpatient psychiatric care in Turkey. Journal of Psychiatric Mental Health Nursing 2009 May;16(4):355-62.

Diğer dergilerde yayınlanan makaleler

Çetinkaya Duman Z, **Bademli K**. Şizofreni Hastalarının Bakım Verenlerine Uygulanan Aileden Aileye Destek Programları. DEUHYO ED 2011, 4 (4), 178-181

Arkan B, **Bademli K**, Çetinkaya Duman Z. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 Yılda Türkiye de Yapılan Çalışmalar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2011; 3(2):214-231

Buldukoğlu K, **Bademli K**, Karakaya D, Göral G, Keser İ. Ruhsal Hastalığı Olan Ebeveynle Yaşamak. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar , 2011; 3(4):683-703

Ergün G, **Demirbaş K**, Öncel S, Özdemir A. 6 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Grubu Kadınların Ev Ziyaretlerinden Beklentileri. Hemşirelik Forumu 6 (1);43-49 (2003).

Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayınlar

Buldukoğlu K, Karakaya D, Keser İ, **Bademli K**, Göral G, Kurşun M. Ebeveynde Ruhsal Hastalık: Onsuz Büyümek. I. Uluslararası V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Bildiri Kitabı. 22-24 Eylül 2011 İstanbul

Çetinkaya Duman Z, **Bademli K**. Kronik Psikiyatri Hastalarının Aileleri İle İlgili Yapılan Çalışmaların Sistemik Olarak İncelenmesi IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Bildiri Kitabı. 24-26 Haziran 2010 Samsun

Buldukoğlu K, **Bademli K**, Karakaya D, Göral G, Keser İ. Ruhsal Hastalığı Olan Ebeveynin Çocuğu Olmak: Bir Sistemik Derleme. IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Bildiri Kitabı. 24-26 Haziran 2010 Samsun

Bademli K, Buldukoğlu K. (2006) Oral medication administration in inpatient psychiatric care in Turkey World Psychiatric Association International Congress, 12 to 16 June, İstanbul, Türkiye