

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDEN HİZMET
ALAN ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE
ÜYELERİNİN DUYGU DİŞAVURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Yasemin DANIŞ

Enstitü Anabilim Dalı : Sosyal Hizmet

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Özden GÜNEŞ

MAYIS – 2019

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

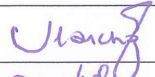
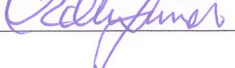
TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDEN HİZMET
ALAN ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE
ÜYELERİNİN DUYGU DİŞAVURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Yasemin DANIŞ

Enstitü Anabilim Dalı : Sosyal Hizmet

“Bu tez 17/05/2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA
Prof. Dr. Vedat IŞIKHAN	BAŞARILI	
Doç. Dr. Hasan Hüseyin TAYLAN	BAŞARILI	
Dr. Öğr. Üyesi Özden GÜNEŞ	BAŞARILI	



SAKARYA
ÜNİVERSİTESİ

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU

Sayfa : 1/1

Öğrencinin

Adı Soyadı	:	Yasemin DANIŞ
Öğrenci Numarası	:	1360Y59013
Enstitü Anabilim Dalı	:	Sosyal Hizmet
Enstitü Bilim Dalı	:	
Programı	:	☒ YÜKSEK LİSANS ☐ DOKTORA
Tezin Başlığı	:	Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Duygu Dışavurumlarının Değerlendirilmesi
Benzerlik Oranı	:	%8

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,

☐ Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler. Enstitüsü Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim.

29/04/2019
Öğrenci İmza

☐ Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler. Enstitüsü Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

29/04/2019
Öğrenci İmza

Uygundur

Danışman
Unvanı / Adı-Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Özden GÜNEŞ

Tarih: 29.04.2019

İmza:

☒ KABUL EDİLMİŞTİR

☐ REDDEDİLMİŞTİR

EYK Tarih ve No:

Enstitü Birim Sorumlusu Onayı

ÖNSÖZ

En başta, bu çalışmanın ortaya çıkış aşamasında ve süreç boyunca desteğini esirgemeyen, ortaya çıkan sıkıntılarda beni tekrar motive ederek yanımda olan, değerli katkılarıyla beni rahatlatan ve zorlandığım zamanlarda yüreklendiren, varlığını ve desteğini her zaman hissettiğim eşim Prof. Dr. Mehmet Zafer DANIŞ'a sevgilerimi ve şükranlarımı sunarım.

Zorlu veri toplama sürecinde bana yardımcı olan benimle birlikte mesai yapan, güzel enerjileriyle beni diri tutan Nisanur PINAR ve Tuğçe GUDİL'e, anketlerin uygulanması kısmında yardım ve desteklerini gördüğüm başta meslektaşım sosyal hizmet uzmanı İpen İlknur ÜNLÜ olmak üzere Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanlarına, tezimi yazım aşamasında takip etmem gereken yol ve yöntemler konusunda beni bilgilendirip yönlendiren, her türlü bilgi için arayıp rahatsız ettiğim hocam Dr. Adem DAĞ'a, ayrıca aynı dönemde tez çalışmamızı yürüttüğümüz için takıldığım her durumda bilgisine başvurduğum sosyal hizmet uzmanı meslektaşım Ömer BÜBER'e teşekkür ederim.

Bu alanda yapılmış ilk çalışma özelliği de taşıyan tezime getirdikleri öneri ve yaklaşımlarıyla önemli katkılar kazandıran tez savunma jüri üyeleri Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü Öğretim Üyesi Prof. Dr. Vedat IŞIKHAN'na, Sakarya Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü Öğretim Üyesi Doç. Dr. Hasan Hüseyin TAYLAN'a ve danışmanlığımı üstlenen Sakarya Üniversitesi Öğretim Görevlisi Dr. Özden GÜNEŞ'e şükranlarımı sunarım.

Tez çalışmalarına başladığımda henüz dünyaya yeni gelen ve bitirdiğimde bir yaşına girmiş olan minik kızım Beril Asel, yıllar sonra ailemize katılmasıyla bize dünyanın tarifsiz güzellikte duygularının tattıran oğlum Burak Aras ve her zaman varlığına şükrettiğim ilk göz ağrım canım oğlum Hamza Berk iyi ki varsınız. Varlığınız bana güç verdi. Geç saatlere kadar çalışmak zorunda kaldığım bu zorlu süreçte, gözüm arkada olmadan dünyadaki en büyük hazinelerim olan çocuklarıma en güzel şekilde ablalık yaparak çalışma motivasyonu bulmamı sağlayan Manzura Recepova'ya ve tezimi yazdığım süre içinde yanımda olamasalar da her daim arayıp sorarak bana moral ve güç veren, bitireceksin diyerek beni yüreklendiren annem, babam ve kardeşlerime teşekkür ediyorum.

Emekleriniz, sevginiz, desteğiniz için çok teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	i
TABLolar LİSTESİ.....	iv
ÖZET.....	vi
ABSTRACT	vii
GİRİŞ	1

BÖLÜM 1: GENEL BİLGİLER	5
1.1. Şizofreni	5
1.1.1. Sıklık ve Yaygınlık.....	5
1.1.2. Etiyoloji	6
1.1.3. Tanı ve Klinik Özellikler	7
1.1.4. Tedavi	9
1.2. Şizofrenide Bakım Veren Kavramı.....	12
1.3. Şizofrenide Ailenin Önemi.....	13
1.4. Şizofrenide Ailelerin Bakım Yüğü	15
1.5. Duygu Dışavurumu Kavramı.....	19
1.6. Şizofrenide Duygu Dışavurumu Kavramı ve Nüks	21
1.7. Toplum Temelli Bakım ve Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri.....	22
1.8. Psikiyatrik Sosyal Hizmet	27
1.9. Sosyal Hizmet Uygulamalarında Sosyal Hizmet Uzmanının Rolü	30
1.10. Ekolojik Sistem Yaklaşımı ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet	33

BÖLÜM 2: GEREÇ VE YÖNTEM	38
2.1. Araştırmanın Modeli	38
2.2. Araştırmanın Denenceleri.....	38
2.3. Evren ve Örneklem	40
2.4. Veri Toplama Araçları	41
2.4.1. Hastaya ve Bakım Verene Ait Özellikler Bilgi Formu	41
2.4.2. Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ)	41
2.5. Verilerin Toplanması.....	42
2.6. Verilerin Analizi	42
2.7. Sınırlılıklar.....	42

BÖLÜM 3: BULGULAR.....	44
3.1. Hastaya İlişkin Sosyo-Demografik Ve Klinik Özelliklerin Dağılımı	44
3.2. Bakım Verene İlişkin Sosyo-Demografik Ve Klinik Verilerin Dağılımı	48
3.3. Hastanın Sosyo-Demografik Ve Klinik Özellikleriyle Bakım Verenin Duygu Dışavurum Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	50
3.4. Bakım Veren Aile Üyesinin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Duygu Dışavurum Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	57
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
KAYNAKÇA.....	81
EKLER.....	92
ÖZGEÇMİŞ	102



KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DDÖ	: Duygu Dışavurum Ölçeği
DSM-IV	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflandırması El Kitabı
NASW	: Uluslararası Sosyal Çalışmacılar Birliği
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
Akt.	: Aktaran
Ark.	: Arkadaşları
vd.	: Ve diğerleri
vb.	: Ve benzeri
ss.	: Sayfa sayısı
s.	: Sayfa

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Hastaya İlişkin Sosyo-Demografik Veriler	44
Tablo 2: Hastaya İlişkin Klinik Veriler	46
Tablo 3: Bakım Verene İlişkin Sosyo-Demografik Veriler ve Klinik Özellikleri.....	48
Tablo 4: Güvenilirlik Analizi	50
Tablo 5: Şizofreni Hastalarının Cinsiyetine Göre Bakım Veren Kişilerin Duygu Dışavurum Puanları	50
Tablo 6: Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Yaşına Göre Bakım Veren Kişilerin Duygu Dışavurum Puanları	51
Tablo 7: Şizofreni Tanısı Almış Bireyin Medeni Durumuna Göre Bakım Verenlerin Duygu Dışavurum Puanları	51
Tablo 8: Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Gelir Durumuna Göre Bakım Verenlerin Duygu Dışavurum Puanları	52
Tablo 9: Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Çalışma Durumlarına Göre Bakım Veren Kişilerin Duygu Dışavurum Puanları.....	53
Tablo 10: Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Hastaneye Yatış Sayısı İle Bakım Veren Kişilerin Duygu Dışavurum Düzeyleri Arasındaki İlişki	53
Tablo 11: Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Hastaneye Yatış Sayılarına Göre Çoklu Karşılaştırmalar	54
Tablo 12: Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Ne Kadar Süredir Devam Ediyor Olduklarına Göre Bakım Verenlerin Duygu Dışavurum Puanları	55
Tablo 13: Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Düzenli Olarak Devam Etme Durumlarına Göre Bakım Verenlerin Duygu Dışavurum Puanları	56
Tablo 14: Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alması Ve Hastalığı İle İlgili Yakınmalarının Azalması Arasındaki İlişki	56
Tablo 15: Şizofreni Tanısı Almış Bireylere Bakım Veren Kişilerin Yaşına Göre Duygu Dışavurum Puanları	57
Tablo 16: Şizofreni Tanısı Almış Bireylere Bakım Veren Kişilerin Cinsiyeti İle Duygu Dışavurum Puanları	58

Tablo 17: Şizofreni Tanısı Almış Bireylere Bakım Verenlerin Gelir Düzeyi Ve Duygu Dışavurum Puanları	58
Tablo 18: Şizofreni Tanısı Almış Bireylere Bakım Veren Kişilerin Gelir Düzeyine Göre Çoklu Karşılaştırma	59
Tablo 19: Şizofreni Tanısı Almış Bireylere Bakım Veren Kişilerin Çalışma Durumlarına Göre Duygu Dışavurum Puanları	60
Tablo 20: Şizofreni Tanısı Almış Bireylere Bakım Veren Kişilerin Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyine Göre Duygu Dışavurum Puanları.....	61
Tablo 21: Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Yakınıyla Birlikte Geçirdikleri Süreye Göre Bakım Verenlerin Duygu Dışavurum Puanları	62



Sakarya Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Özeti

Yüksek Lisans	☒	Doktora	☐
Tezin Başlığı: Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Duygu Dışavurumlarının Değerlendirilmesi			
Tezin Yazarı: Yasemin DANIŞ Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Özden GÜNEŞ			
Kabul Tarihi: 17.05.2019		Sayfa Sayısı: vii (ön kısım) + 92 (tez)+ 10 (EK)	
Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet			
Bu çalışmanın temel amacı, toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan şizofreni hastalarına bakım veren aile bireylerinin duygu dışavurumlarını değerlendirmektir. Araştırma Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde 17.12.2018– 01. 02. 2019 tarihleri arasında, şizofreni (DSM-4 tanı sistemine göre) tanılı hastalara birincil bakım vermekte olan 54' ü kadın, 53' ü erkek toplam 107 kişiyle yüz yüze görüşme yöntemi ile yapılmıştır. Veriler araştırmanın amacı doğrultusunda, yazılı onay alınarak hastaya bakım veren aile üyelerinden toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak; hasta ve yakınlarının sosyo-demografik özelliklerini öğrenmek amacıyla Bilgi Toplama Formu ve "Duygu Dışavurum Ölçeği" kullanılmıştır. Çalışmada hastaneye çoklu yatışı olan hastalara bakım veren kişilerin duygu dışavurumu ölçek puanının, hastaneye hiç yatışı olmayan hastalara bakım veren kişilerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hastası hastaneye hiç yatmamış olan bakım verenin çoklu yatışı olan hastaya bakım verene göre; TRSM'ye düzenli olarak devam edenlerin de etmeyenlere göre duygu dışavurum ölçeğinden aldıkları puanın istatistiki açıdan anlamlı düzeyde ($p<0.005$) düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmada geliri ve çalışma hayatı olan bakım verenlerin, geliri ve çalışma hayatı olmayan bakım verenlere göre anlamlı düzeyde ($p<0.05$) duygu dışavurumu ölçek puanının düşük olduğu rapor edilmiştir. Çalışma sonucuna göre bakım verenin hastalıkla ilgili bilgi düzeyi ve hastayla geçirilen sürenin duygu dışavurumu üzerinde etkili bir yordayıcı olmadığı saptanmıştır. Özetle hastanın hastaneye yatış sayısı ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezine düzenli olarak devam etmesi gibi klinik bulgularının bakım verenin duygu dışavurum düzeyini yordayan önemli iki değişken olduğu ve bakım verenin gelir ve çalışma hayatının var olması durumunun, bakım verenin duygu dışavurumu üzerinde etkili sosyo-demografik yordayıcılar olduğu bulgularına ulaşılmıştır. Çalışma Toplum Ruh Sağlığı Merkezinin bakım verenin hastasına yönelttiği duygu dışavurum düzeyini nasıl etkilediğinin incelenmesi açısından önemlidir. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin sayısının artırılarak merkezlerdeki mesleki rehabilitasyon çalışmalarının istihdama yönelik olarak yapılandırılması önerilmektedir.			
Anahtar Kelimeler: Duygu Dışavurumu, Ailenin Önemi, Bakım Veren Kavramı, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Sosyal Hizmet			

Sakarya University
Institute of Social Sciences Abstract of Thesis

Master Degree	☒	Ph.D.	☐
Title of Thesis: The Evalation of Expressed Emotions of the Family Members Caring for the Schizophrenia Patients Having Service from Community Mental Health Service			
Author of Thesis: Yasemin Daniş		Supervisor: Asst. Prof. Özden Güneş	
Accepted Date: 17.05.2019		Number of Pages: vii (ön kısım) + 92 (tez)+ 10 (EK)	
Department: Social Work			
This study aims to evaluate the expressed emotions of the family members who care for the schizophrenic patients under treatment in the community mental health centers. The study was conducted between December 17, 2018 and February 2, 2019 in the Community Mental Health Center affiliated to Sakarya Tranining and Research Hospital. Face-to-face interview method was employed in the study. A total of 107 people (54 female, 53 male) who were primary caretaker of patients diagnosed with schizophrenia (according to DSM-4 classification system) were interviewed. The data were collected from the family members giving care for the patients after giving consent in writing. "Expressed Emotion Scale" and Information Collecting Form were employed in the study as the data collection tools in order to gather information about the socio-demographic characteristics of patients and their caretakers. It was found that the points of the caregivers whose patients had no previous hospitalization were significantly lower than the points of the caregivers whose patients had multiple hospitalizations, and the points of the caregivers whose patients regularly attend to the community mental health centers were significantly lower than the caregivers whose patients didn't attend to the centers regularly ($p<0.005$). However, the expressed emotion scale point of the caregivers with income and the working life is significantly lower than the points of the caregivers with no income and working life ($p<0.05$). According to the results of the study, it was found that the level of knowledge of the caregiver about the disorder and the time spent with the patient were not effective predictors of expressed emotion of the caregivers. In summary, the patients' number of hospitalizations and the regular attendance to the community mental health center were two variables predicting the expressed emotion level of caregivers, and the income level and the working life of the caregiver were effective socio-demographic predictors on the expressed emotion of the caregivers. The study contributes to the literature by examining how community mental health center affects the expressed emotions of the caregivers towards the patient. It is suggested that the number of community mental health centers should be increased and the vocational rehabilitation studies in these centers should be oriented at increasing the employment of the patients.			
Keywords: expressed emotion, importance of family, burden of care, community mental health center, social work			

GİRİŞ

Kronik ruhsal hastalık tanımı günlük yaşam pratiklerinde, bireylerle ve sosyal çevreyle iletişimde, çalışma hayatında ve daha pek çok işlevsellik alanındaki bozulmalarla ve yetersizliklerle tanımlanan psikiyatrik bozukluğu olan bireyler için kullanılmaktadır (Sönmez, 2009: 6). Şizofreni kronik ruh sağlığı hastalıkları arasında, genellikle kişisel üretkenliğin en yüksek olduğu gençlik yıllarında başlayan, her hastada farklı seyir izleyen ve kişide büyük ölçüde yeti kayıplarına sebep olan bir halk sağlığı sorunudur (Soygür, Alptekin, Atbaşoğlu ve Herken, 2007:1).

Günümüzdeki sağlık politikaları şizofreni tedavisinde hastaların hastanede kalış süresini kısaltma ve kurum bakımı yerine hastanın kendi yaşadığı ortamda sağaltımının sağlanmasına yönelik uygulamaları içermektedir. Bu durum da toplum içinde ailesiyle birlikte yaşayan hasta sayısının artmasına neden olmuş ve dolayısıyla ailelerin bakım sorumlulukları ciddi anlamda arttırmıştır. Aileler bir yandan aile bireylerinden birinin hastalanmasıyla duygusal çatışmalar yaşarken bir yanda da bakım verme gibi ağır bir sorumluluğu üstlenmek durumunda kalmışlardır. Bakım verme konusunda yaşanan bu değişimle birlikte hastaya bakım veren ailelerin psiko-sosyal ve ekonomik anlamda pek çok konuda yardıma ve desteğe ihtiyaç duyduğunu tespit eden çok sayıda çalışma da literatürde yerini almıştır. Dolayısıyla hastaların toplum içindeki işlevselliklerini yerine getirebilen bireyler olarak yer almaları ve hastalık nükslerinin azalması için tedavinin seyrinde kritik role sahip ailelere yönelik planlı çalışmalar yapılması ve ailenin tedavi sürecine işbirlikçi olarak dahil edilmesi gerekliliği günden güne daha da önemsenen bir durum olarak karşımıza çıkmıştır (Alataş, 2009; Berksun, 1994; Ulaş, 2008; Yalom, 2004; Yanık, 2007).

Hastalık sadece hasta bireyi değil hastanın ailesini de doğrudan etkilemektedir. Doğan (2002)'nın şizofrenide psiko-sosyal yaklaşımın önemini gözden geçirdiği çalışmasında, ABD' de taburcu olan hastaların %60'ının ailelerinin yanına döndüğünü, ülkemizde ise bu oranın çok daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Bu bilgiler göz önüne alındığında ailenin hastalığın gidişi üzerindeki rolünün önemi daha çok dikkat çekmektedir.

Şizofreni, hastaların psiko-sosyal işlevlerini bozarak yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Şizofreni hastası olan pek çok birey çeşitli işlevsellik alanlarındaki bozulmalar nedeniyle çalışmamakta, aile kuramamakta ve bu nedenlerle de çoğu yönden

bağımlı hale gelmektedir. Hastalık büyük oranda ergenliğin sonları ve erişkinliğin başlarında başladığından hastalar genellikle uzun süre yakınlarının desteği ve bakımı olmadan yaşamlarını idame ettirememektedirler. Bu nedenle; şizofreni hastalığı, hasta birey kadar hastaya bakım vermekte olan aile üyelerini de olumsuz olarak etkilemektedir (Özalp, 2010: 1). Bu açıdan aile, hastalığın seyri ve tedavisinde bakım verme yükümlülüğünü taşıyan aile kurumunun işlevselliğinin korunabilmesi ve makro anlamda da hastalığın topluma olan bakım maliyeti açısından en önemli bileşen olarak görülmelidir.

Hasta ve aile üyeleri arasındaki iletişim biçimi hastalığın seyrinin yönünü belirleyen önemli bir etkidir. Hastanın belirtilerinin artması ve ailenin hastaya yönelttiği duygu dışavurum düzeyinin yükselmesi karşılıklı etkileşim içindedir. Hastanın hastalıkla ilgili yakınmalarının artmasıyla bozulan işlevselliğinin ailenin de işlevselliğini bozduğu, ailenin işlevselliğindeki bozulmanın da hastalığın seyrini olumsuz yönde etkilediğine ve bu kısır döngününün önlenmesi için ise hastayla birlikte ailenin de ele alınmasının gerekliliğine dair pek çok araştırma çalışması mevcuttur (Leahey, 1991; Michael, Christopher ve Dennis, 2003). İnsan davranışlarını doğrudan sebep-sonuç ilişkisiyle ele almak sorunun çözümsüz kalmasına neden olmaktadır. İnsan çok yönlü ve karmaşık yapıya sahip bir sistemler bütünüdür, bu nedenle bireyi içinde bulunduğu çevresel koşullar ve etkileşimler ağı ile birlikte ele alıp değerlendirmek gerekmektedir (Kerimoğlu, 1996). Şizofreni hastalığı da bu bağlamda değerlendirilerek sistemin bütününde meydana gelen etkileşimler ve çevresel koşullarla, aile ile birlikte ele alınmalıdır. Aile içi ilişkiler döngüsel bir süreçtir bu sebeple sistem üzerinde meydana gelecek değişim ve gelişmeler iki tarafın da yaşamsal faaliyetlerini etkilemektedir.

Şizofreninin pozitif belirtilerinin baskılanmasında genellikle olumlu yanıt alınan ilaç tedavisi sosyal işlevsellikte yetersizlik, işsizlik, günlük yaşam aktivitelerinde yaşanan zorlanmalar, karşılıklı iletişim sıkıntıları gibi sorunların çözümünde yetersiz kalmaktadır (Doğan vd, 2002: 133). Kronik hastalığa sahip olan hastaların yeti yitimlerini ve hastalık belirtilerini en aza indirip, hastanın iyilik durumunu ve işlevsellik düzeyini olabilecek en üst seviyeye getirerek (Sönmez, 2009: 8) toplum içinde mümkün olduğu kadar bireysel varlıklarını sürdürebilmeleri için hasta ve ailesine yönelik uygulanacak bütüncül psiko-sosyal müdahaleler vazgeçilemez görünmektedir. Bu kapsamda toplum ruh sağlığı merkezlerinde hasta ve ailelerine yönelik olarak yürütülen hizmetlerin önemi tartışmasız kabul edilmektedir.

Aile yönelik hastalıkla ilgili kapsamlı eğitim programları son yıllarda uygulanmaya başlanmıştır. Hastalığın tedavisinde kabul gören psiko-sosyal yaklaşımla birlikte dünyada ve ülkemizde ailelere yönelik eğitim programlarının sayıları artmıştır. Bu çalışmalar sonucunda hastaların hastaneye yatışlarını önemli oranda azaldığı aktarılmaktadır (Songür, Çelikel, Aydemir ve Bozkurt, 1998; Yazıcı, 2001).

Çalışma, ekolojik sistem yaklaşımı kapsamında hastalığın toplum temelli bakış açısıyla ele alınmasının hastalığın tedavisine, seyrine ve ailenin yaşadığı bakım verme sürecine olan etkisini değerlendirmek, hem de Toplum Ruh Sağlığı Merkezine devam etmekte olan hastalara bakım veren ailelerin yaşadıkları duygu dışavurum sürecini değerlendirebilmek amacıyla yürütülmüştür.

Bu çalışma içerisinde genel hatlarıyla şizofreni ve aile, toplum temelli tedavi kapsamında toplum ruh sağlığı merkezleri ele alınacak, şizofrenide ailenin önemi, ailenin bakım yükü, duygu dışavurumu ve çalışmanın bulguları aktarılacaktır.

Araştırmanın Konusu: Yirminci yüzyılın ikinci yarısına kadar dünya genelinde ruhsal hastalıklar biyo-psiko-sosyal faktörlerin birlikte ele alınma zorunluluğunu dışlayan hastane temelli model ile tedavi edilmeye çalışılmaktaydı. Ancak yapılan pek çok araştırma sonucu ve hastalığın topluma olan sosyo-ekonomik maliyetleri göz önüne alındığında, günümüzde hastaya özgü gereksinimlerin bütüncül bir bakış açısıyla ve aile ile birlikte hareket ederek, gerekli kurumlar arası işbirliği ile hastaların toplum içinde yaşamlarına devam etmelerini sağlayacak uygulamaları içeren toplum temelli bakım anlayışını geçerli hale getirmiştir.

Bu bağlamda şizofreni hastalığının tedavisinde hasta ve aileye yönelik toplum ruh sağlığı merkezlerinde sunulan psiko-sosyal hizmetlerin önemi kesin kabul görmüştür. Bu merkezlerde hastaya ve aileye yönelik hazırlanacak olan bireysel planlar kapsamında sunulacak hizmetlerle, hastanın bakımını üstlenen ailelerin hastalarına bakım verme sürecindeki hastalığın seyrini doğrudan etkileyen duygu dışavurum düzeylerini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Bu kapsamda, genel olarak şizofreni hastasına sahip ailelerin duygu dışavurumunu etkileyen faktörler ve TRSM hizmetlerinin duygu dışavurum düzeylerine etkisi yürütülen çalışmanın konusunu oluşturmuştur.

Araştırmanın Önemi: Bu çalışmada toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan şizofreni tanılı hastalara bakım veren aile üyelerinin duygu dışavurum düzeyleri

değerlendirilecektir. Araştırmada ailelerin duygu dışavurum düzeylerini etkileyen faktörlerin tespit edilmesiyle; aile içi ilişkilerin ve aile dinamiklerinin geliştirilmesine yönelik sunulacak önerilerin şizofreni hastası olan bireylerin sosyal işlevselliklerinin artmasına ve iyilik hallerinin yükselmesine katkı sağlaması beklenmektedir. Ayrıca çalışmanın sonunda hastaların bakımını üstlenmiş olan aile bireylerinin bakım yükünün hafifletilebilmesi için önerilerde bulunulacaktır. Araştırmada toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan hasta ailelerinin duygu dışavurumu değerlendireceği için; bu yönüyle konuyla ilgili yapılmış diğer araştırmalardan farklı ve özgün bir araştırma olacaktır. Ortaya çıkacak bulgular, Türkiye’de sayıları giderek artmakta olan toplum ruh sağlığı merkezlerinin hasta-bakım veren iletişimine olan etkisinin değerlendirilebilmesini sağlayacaktır.

Araştırmanın Amacı: Bu çalışmanın temel amacı, toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan şizofreni hastalarına bakım veren aile bireylerinin duygu dışavurumlarını değerlendirmek; ailelerin sosyo-demografik değişkenler, şizofreni tanısı almış hastalara ait sosyo-demografik değişkenler ve toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alma durumunun hastalığın seyri ve bakım verenlerin duygu dışavurum düzeyleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

Araştırmanın bu amaçlarına ulaşabilmek için soru cümleleri, duygu dışavurumu ölçeği ve oluşturulan denenceler aracılığı ile ilgili bilgi toplama envanterleri kullanılmıştır.

Bu çalışmada araştırmanın temel amacı çerçevesinde, toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alma durumunun hastalığın seyri ve bakım verenin duygu dışavurum düzeyi üzerine etkisi ele alınmıştır.

Araştırmanın Yöntemi: Nicel araştırma metodolojisi takip edilerek gerçekleştirilen araştırmada, veri toplama sürecinde survey yöntemi kullanılmıştır. İlişkisel tarama tekniği ile bir bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişki ölçülmeye çalışılmıştır. Veriler Sakarya Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan hastalara bakım veren aile üyelerinden bilgilendirilmiş onam alınarak toplanmıştır.

BÖLÜM 1: GENEL BİLGİLER

1.1. Şizofreni

Şizofreni dünyada ve ülkemizde yaygınlığı oldukça yüksek, ruhsal hastalıklar arasında en fazla yeti yitimine sebep olan, geçmişten günümüze ruh hekimlerini en çok uğraştıran ruhsal bir bozukluktur. Bilim insanları tarafından bugüne kadar yapılmış tüm araştırmalara ve çalışmalara rağmen bugün bile hastalığın ortaya çıkışı, seyri, sınırları ve tedavisi konularında kesin bir uzlaşma sağlanabilmiş değildir. Şizofreni bugünkü tüm bilgi birikimimize rağmen, hasta üzerindeki yıkıcı psikopatolojik etkisiyle, karmaşık süreçlere sahip bir hastalık olmaya devam etmektedir. Şizofreni genç yaşta başlayan, bireyin çevreyle iletişim ve yaşamsal pratiklerden uzaklaşarak kendi iç dünyasına kapandığı; pek çok alanda önemli bozuklukların görüldüğü (Arkonaç, 1996: 7; Öztürk, 1997: 175; Öztürk, Uluşahin, 2011: 242), hezeyanlar, halüsinasyonlar, dağınık konuşma, dezorganize ya da katatoni davranışı ve negatif belirtilerle kendini gösterebilen (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014) emosyonel, bilişsel, davranışsal süreçlerindeki olumsuz etkilenimlerinin günlük hayatta yaygın yansımaları olan ilaç tedavisi ile prognozu baskılanabilir, dönemsel olarak ortaya çıkan psikotik ataklar göstermekle birlikte kronik seyirli, genellikle hastaneye yatışı gerektiren psikişik bir bozukluktur (Arslantaş ve Adana, 2011: 253; Lehman ve Steinwachs, 1998:1-10).

Şizofreni hastalığının hem birey hem de toplum açısından en önemli sağlık sorunlarından biri olduğu söylenebilir. Bunun en önemli nedeni ise hastalığın bireyin en üretken olduğu gençlik yıllarında ortaya çıkmasıyla yaşanan işlev kayıpları sonucu oluşan sosyal ve ekonomik maliyetidir.

1.1.1. Sıklık ve Yaygınlık

Şizofreni hemen her toplumda en sık karşılaşılan ruhsal bozukluktur (Öztürk, M. O., 1997: 176). Yaşam boyu hastalığa yakalanma riski %1 dolayında olup, prevalansı her bin kişide 0.6-8.3 arasında değişmektedir (Arslantaş ve Adana, 2011:253). Dünya Sağlık Örgütü hastalığın sıklığını binde 0.85 olarak bildirmektedir. Hastalık kadın ve erkekte eşit oranlarda görülmekle birlikte hastalığın başlangıç yaşı, prognozu, tedaviye yanıtı ve seyri konularında cinsiyet açısından farklılıklar gözlenmektedir. Hastalık genellikle 15-25 yaş arasında ortaya çıkmaktadır. Kadınlarda hastalığın başlama yaşı erkeklere göre biraz daha geçtir. Erkeklerde hastalıkla ilgili negatif belirtilerin daha fazla olduğu,

kadınlarda sosyal işlevlerin ve sonlanımlarının daha iyi olduğu belirtilmektedir (Javed 2000: 63; Lewis, 1992; Özpoyraz ve Taman 1998:26).

Şizofreni hastalığının yaygınlığı konusunda yapılan pek çok çalışma sonucunda; sosyo-ekonomik düzeyi düşük ailelerde şizofreniye daha sık rastlandığı bulgularına yer verilmiştir (Summakoglu ve Ertugrul, 2018: 43). Bu durum literatürde iki farklı şekilde açıklanmıştır: Düşük sosyo-ekonomik düzeyin şizofreniyi ortaya çıkardığını ileri süren “neden olma” hipoteziyle doğum öncesi yetersiz beslenme, enfeksiyonlar gibi kötü şartlar şizofreniye yatkınlık oluştururken; “seçilme kayma” hipoteziyle de genetik yapısında yatkınlık olan bireylerde hastalığın gençlik döneminde başlaması ile birlikte, mesleki yetersizlik, sosyal işlevlerde bozukluk ve ekonomik yük nedeniyle şizorenin görülmesinde alt sınıflara doğru bir geçişkenliğe neden olduğu ileri sürülmektedir (Polat, 2010:14). Yine yakın zamanlarda yapılan çalışmalarda şizofreni insidansında erkekler ve kadınlar arasında anlamlı bir fark bulunmamış, kentsel yerleşim yerlerinde karışık kentsel / kırsal bölgelere göre daha yüksek, göçmenlerde ise doğuştan gelenlere göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Saha, Chant, Welhamve McGrath, 2005: 426).

Şizofreninin yaşam boyu yaygınlığını %1 dolayında bir oranla belirtilmiş olsa da, hatırı sayılır birkaç araştırma sonucunda göre bu oranın daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Binbay, Ulaş, Elbi ve Alptekin 2011:41; Saha ve ark. 2005:22). Türkiye’de ise bu oranın bin kişide 8.9 olduğu belirtilmektedir (Binbay ve ark. 2011).

1.1.2. Etiyoloji:

Şizofreninin her bir hastadaki belirti, sonlanış ve prognozunda görülen farklılıklarından dolayı; hastalığın ortaya çıkmasında tek bir nedenin etkili olduğunu söylemek mümkün değildir (Özpoyraz ve Taman, 1998 : 26-27). Şizofreninin oluşumu genler, doğum öncesi olaylar, doğum sonrasında yaşamdaki yükler, zorlanmalar gibi etmenler arasında karmaşık bir etkileşimi içermektedir (Arkonaç, 1996: 51). Literatürde şizofreni nedenine ve oluşumuna ilişkin varsayımlar kalıtsal, gelişimsel, çevresel, sosyo-kültürel, nörobiyolojik olmak üzere sıralanmaktadır (Arkonaç, 1996: 35).

Şizofreninin ortaya çıkmasında en çok kullanılanı ise stres-yatkınlık modelidir. Bu modelde; hastalardaki biyolojik yatkınlığın stres faktörleriyle buluşmasıyla hastalık belirtilerinin ortaya çıktığı ileri sürülmektedir. Konuyla ilgili yapılan pek çok çalışma

sonucunda streslerin kalıtsal, biyolojik ve psiko-sosyal kökenli olabileceği kabul edilmektedir (Özpoyraz ve Taman, 1998: 27). Stres-yatkınlık modeli hastalığın ortaya çıkışı, seyri ve sonlanımı gibi süreçler göz önüne alındığında hastalığın oluşmasını en iyi açıklayan model olarak kabul edilebilir. Rahatsızlığı tetikleyen stres etkeni, viral bir hastalık ya da bir beyin hasarı; ilişkileri normal olmayan bir aile içinde yetişmek gibi psikolojik bir stres etkeni; ya da siyasi karışıklık veya ekonomik sıkıntı gibi sosyal bir etken olabilmektedir (Baskak, Atbaşoğlu ve Saka, 2009; Sönmez, 2009:15-16; Yalom, 2014:145).

Şizofreni hastalığının sağlığın genel tanımı doğrultusunda biyo-psiko-sosyal bir bütünlük içinde ele alınması, hastalığın sağaltımında da bütüncül yönelimlere doğru evrilen bir süreci beraberinde getirmiştir.

1.1.3. Tanı ve Klinik Özellikler

Bilim insanları geçmiş yüzyıldan günümüze şizofreninin klinik tablosunu, sağaltımını ve seyrini anlamak ve şizofreniyi tanımlamak için çok çaba sarf etmişlerdir. Bu günkü bilgilerimize dayanarak hastalığın genellikle prognozu kötü, kronik olmasına rağmen çeşitli tedavi yöntemleriyle hastaların sosyal yaşamlarını sürdürebildiği bir hastalık olduğu söylenebilmektedir. Tanısal ilerlemeler şizofreninin gidişi ve sağaltımına katkıda bulunabilecek genetik, biyo-kimyasal, psikolojik ve sosyal faktörleri ayırt etmekte yararlı olmuştur (Ceylan, 1993: 1; Scully, 1990: 19). Şizofreni tanısını koymada çok sayıda belirti kümesinin varlığı söz konusudur. Şizofreni kişinin gerçekte ilişkisini bozan, düşüncelerini, duygularını, davranışlarını ve karar verme süreçlerini etkileyen bir hastalıktır. Şizofreni kişinin yeni bilgiler edinme, öz bakım, iş hayatı, beşeri ilişkileri gibi birden çok yaşam becerilerinde yetersizliklere neden olarak, aile, iş ve toplumsal yaşamında sorunlara yol açan bir hastalıktır. Ancak hastalığın belirtileri ve işlevsellik alanlarındaki yetersizlikler kişiden kişiye büyük farklar gösterebilir ve zaman içinde hastalık çok farklı seyreterek hastada ciddi derecede değişiklikler görülebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2011: 246).

Bu çalışmada şizofreni tanısı için referans alınan DSM-IV sınıflandırma sisteminde şizofreni; hezeyan, halüsinasyon, katatoni davranışı, konuşmada ve davranışlarda dezorganizasyon gibi pozitif belirtilerle; enerjinin olmaması (avolizyon), düşünce ve konuşma fakirliği (aloji), haz alamama (anhedonia), duygularda küntleşme, toplumsal ilişkiler ve mesleki hayatta sorunlar yaşama gibi negatif belirtilerinden oluşmaktadır.

Şizofreninin alt tipleri, değerlendirme sırasında önde gelen semptomlarla tanımlanmaktadır ve katatonik, dezorganize (disorganized), paranoid, ayrılmamış ve rezidüel tip olarak belirtilmektedir (APA, 2001: 137- 139; Gençtan, 1997: 126-130; Öztürk, 1997: 197-199).

Şizofreni, düşünüş, duyuş ve davranışlarda ciddi değişimlere neden olan; kişinin günlük yaşam aktivitelerinde, toplumsal ve sosyal yaşamında sıkıntılar yaratan bir hastalıktır. Hastalık başlangıcı, klinik tablosu ve prognozunda her hastada farklı bir görünüm sergilemektedir (Özlü, 2007).

Şizofreni, düşünce, algı ve motor bozukluklar, bilişsel bozulmalar, isteksizlik ve çevreye karşı aşırı ilgisizlik, duygu dışavurumunda sınırlılık ve iletişimde zorlanmayla kendini göstermektedir. Sanrı, halüsinasyon, konuşma ve davranış bozukluklarını içeren pozitif belirtiler ve duygusal tepkilerde azalma, isteksizlik ve çevreye karşı aşırı ilgisizlik, sosyal geri çekilme şeklinde kendini gösteren negatif belirtiler görülebilmektedir. (akt: Kocal, Karakuş ve Sert, 2017: 252).

Negatif semptomlar gibi bazı yakınmalar daha kalıcı olsa da genelde hastalığın prognozu ciddi alevlenmeleri (psikotik nöbet) takip eden göreceli olarak düzelme süreleri (remisyon) ile kendini göstermektedir. Bu alevlenme dönemlerinin ciddiyetini ve sıklığını etkileyebilecek pek çok çevresel etkenin varlığı kabul edilmektedir. Bu nedenle şizofreni hastasının stresini azaltılması veya bu stres faktörlerine uyum sağlaması için yardım alabilmesi klinik tablonun seyri için çok önemlidir (Yalom, 2014:37). Kronik hastalıklarda tedavi uyumu hastalığın seyrini etkileyen en önemli konudur (Elbi, 2008: 9).

Hastalık çoğunlukla sosyal ve psikolojik işlev alanlarında bozulmalarla kendini göstermektedir. Ancak hastalığın seyrinde farklı durumlar söz konusu olabilmektedir. Örneğin ileri düzeyde yeti yitimi olan hastalarda bile bazı işlev alanlarında normallik gözlenebilmektedir (Scully, 1990: 28).

Şizofreni hastalığının belirtileri:

- 1- Genel görünüm ve davranışlar,
- 2- Konuşma ve ilişki kurma biçimi,
- 3- Duygulanımdaki farklılıklar,

- 4- Bilişsel yetiler,
- 5- Düşünce yapısı,
- 6- Hareket,
- 7- Fiziksel ve fizyolojik belirtiler olarak belli alanlara göre gruplandırılabilir.

Bu hastaların çok tipik bir görünümü olmasa da, genellikle belirgin bir vurdumduymazlık, ilgisizlik, donukluk, çekingenlik gibi bir görünümüleri olabilmektedir. Yine hastalığın türüne göre konuşmada dağınıklık, düzensizlik, yavaşlama, stereotip konuşma, ekolali, çocuksu konuşma, hiç konuşmama gibi çeşitli durumlar olabilir. Duygu azalması söz konusudur, algı bozukluğu söz konusudur, çevreye ilgi azalır, an önemli algı bozukluğu ise varsanıllardır, en çok görüleni ise işitsel varsanıllardır. Sözcükler ve semboller arasındaki bağ kopar ya da bozulabilir, düşüncede sapmalar ve düşünce üşüşmesi görülebilir. Düşünce içeriğinde de farklılaşmalar olmakta, mistik metafizik uğraşlar, saplantılar, sanrılar şeklinde kendini gösterebilmektedir. Hareketler çeşitlilik göstermekle birlikte, genelde ağır ilgisizlik, sosyal geri çekilme görülmektedir (Öztürk, 1997: 186-194).

Şizofrenide hastalık belirtileri tamamen düzelmemekte ve hastalığın geç dönemlerinde bilişsel bozukluklar gözlenmektedir. Kimi hastalarda pozitif belirtiler kiminde ise negatif belirtiler baskın olmaktadır ve belirtiler zaman içinde değişiklik gösterebilmektedir. Haftalarca ya da aylarca sürebilen epizotların ardından uzun süre uyum dönemi olabilir. Hastalığın ileri zamanlarında da stabil bir süreç yaşanmakta ve hastaların %30-40' ı orta ve iyi derecede düzelme göstermektedir. Aile içinde yüksek duygu dışavurumu prognozu olumsuz etkilemektedir (Öztürk, 1997: 202-3).

1.1.4. Tedavi

Kronik hastalıklar kesin olarak tedavi edilemeyip; hastalığın yarattığı acıyı azaltmak, günlük yaşam ve öz bakım becerilerinde kişinin işlevini arttırmak için belli aralıklarla takip ve bakım vermeyi gerektiren durumlardır (Özdemir ve Taşçı, 2013: 57).

Toplumdaki genel kanı şizofreni hastalığının tedavi edilemediği yönündedir. Ancak uygulanan çeşitli tedavi yöntemleriyle hastaların yaklaşık %25'inin tedavinin olumlu etkisiyle sosyal yaşamlarını sürdürdükleri, %50'sinin de görece bağımsız ya da yardımla sosyal yaşamlarını sürdürdükleri bilinmektedir (Summakoglu ve Ertugrul, 2018: 56).

Yağcıoğlu (2005: 49), şizofreni tedavisinin akut dönem tedavisi, remisyon dönemi, hastanın dengede olduğu dönem olarak üç farklı döneme göre şekillendiğini ifade etmiştir.

Şizofrenide ilaç tedavisi hastanın belirtilerini kontrol altına almak, nüksü önlemek, remisyonu sağlamak ve uzun dönemde hastanın işlevselliğini yeniden kazandırmayı amaçlamaktadır (Dilbaz, 2011: 1). Ancak hastalığın tedavisinde farmakolojik tedavinin ve psiko-sosyal tedavilerle birlikte yürütülmesi gerekmektedir. İlaç tedavisi şizofreni tedavisinin temelini oluştursa da psiko-sosyal müdahalelerin klinik düzelmeyi hızlandırdığı defalarca kanıtlanmıştır. Bu nedenle biyo-psiko-sosyal bir doğası olduğu kabul edilen hastalığın tedavisinde psiko-sosyal yaklaşımlar desteklenmelidir ve ilaç tedavisi ile bütünleştirilmelidir (Yalom, 2014: 178). Dolayısıyla günümüzdeki şizofreni tedavisinde, biyolojik ve psiko-sosyal etkenlerin birlikteliği kabul gören bir yaklaşım haline gelmiştir (Öztürk, 1997: 177).

Günümüzde hastalığın tedavisinde kabul gören güncel yaklaşım bütüncüci tedavidir. Hastalığın ortaya çıkmasında çok çeşitli psiko-sosyal etmenlerin rol oynadığı bilgisinden yola çıkarak; hastalıkla birlikte farklı işlevsellik alanlarında yaşanan yeti yitimlerini ve hastalığın semptomlarını iyileştirebilecek tek bir tedavi yönteminin de olmadığı bilinmektedir. Sönmez' in APA Tedavi Klavuzun'dan aktardığı gibi tedavi girişimleri, bütüncül bir şekilde hasta odaklı yaklaşımla her hastanın tedaviden fayda görme durumuna göre, gerekli değişiklikler yapılarak sürdürülmelidir (Sönmez, 2009: 51). Bu günkü bilгимizle şizofreni hastasını tümüyle iyileştirilemeyeceği ancak, ilaç tedavileri, psiko eğitimler, rehabilitasyon çalışmaları ve toplumsal desteklerle etkili bir şekilde bütüncül olarak uygulanmasıyla hastalığa yakalanma durumunu ve hastalığa bağlı ölüm oranlarını azaltacağı, tedaviden en üst düzeyde fayda görülebileceği ve yaşam kalitesini arttıracığı kabul edilmektedir (Sönmez, 2009: 18).

Günlük yaşam aktivitelerini ve toplumsal işlevselliğini sürdürmede ciddi bozulmalar yaşayan şizofreni hastalarının tedavi ve rehabilitasyonu, farmakolojik tedavilerin yanında sosyal beceri eğitimleri ve toplumsal ve ruhsal beceri eğitimlerini de kapsayan çok boyutlu müdahale tipleri ile gerçekleştirilmelidir. Hastaların çok azı normal yaşama dönebilmekte ve hastalığın ilerleyen yıllarında tam iyilik hali pek de mümkün olmamaktadır; bu tür müdahale programları hastaların tedavilerine devam etmeleri, tedaviden uzaklaşmamları ve yaşam kalitelerinin arttırılmasında en etkili yöntem olarak

kabul edilmektedir. Şizofreni hastalarının sosyal becerilerini ve yetkinliklerini güçlendirerek diğer tedavi yöntemleriyle birlikte yapılan müdahaleler, bilişsel eksikliklerin, nörobiyolojik kırılganlıkların, stresli olayların ve sosyal uyumsuzluğun olumsuz etkilerini azaltabilir ve giderebilir (Kopelowicz, Libermanve Zarate, 2006: 16; Yıldız, 2011: 18).

Akut ya da kronik dönemde ilaçlarla tedavi zorunludur, ancak hastalığın en başında kurulan hasta-hekim ilişkisi çok önemlidir. İlaç tedavisi ile birlikte yürütülecek terapötik yaklaşımın tedavi işbirliğine ve tedaviden alınacak yanıtta olumlu etkisi tartışmasızdır (akt: Sönmez, 2009: 21).

Şizofreni tedavisinin günümüzde genel kabul gören biçimi olan ilaç tedavileriyle bütünleşik olarak uygulanan ruhsal toplumsal rehabilitasyona yönelik yaklaşım (Sönmez, 2009: 53) doğrultusunda uygulanabilecek tedaviler için temel olabilecek tedavi girişimlerini Yıldız (2005) aşağıda belirtmiştir :

1. Tedavi ilişkisinin kurulması
2. Tedaviye hasta yakınlarının katılımının sağlanması
3. Hastalık hakkında bilgilendirme içgörüyü geliştirmek
4. İlaç tedavisi ve yan etkiler hakkında bilgilendirme
5. İnatçı belirtilerle yaşamayı öğretmek
6. Ataklara hazırlıklı olmayı sağlamak
7. Her türlü zararlı kullanımını ve diğer doğru olmayan tedavi arayışlarını engellemek
8. Depresyon, bunaltı ve diğer eklenen sorunları çözmek
9. Bilişsel yetiler üzerinde durmak, geliştirme çabaları
10. Aile içi iletişim sorunlarını gidermeye yönelik eğitim vermek
11. Zamanı çizelgesi doğrultusunda hedeflenen değişimlere yönelik çalışmak
12. Damgalamaya karşı eğitim vermek
13. Yaşamın anlamı ve ölüm düşüncelerini çalışmak
14. Toplumsallaşma çabalarını desteklemek
15. Düzenli takiplerde bulunmak
16. Hastanın korunma ve barınmasını sağlamak (242-55).

Klinisyenler ve araştırmacılar şizofreninin etiolojisi açıklamak için bir çok teori ileri sürmüştür. 1950' ler ve 1960' lar boyunca sosyal bilimciler şizofreni hastası nesil

ürettiğine inandıkları aile yapılarını araştırarak aile üzerinde dikkatle odaklanmışlardır. Araştırmacılar ailenin şizofreninin ortaya çıkışında payı olduğunu kanıtlayamasalar da hastalığın seyrinde ailenin oynadığı hayati rolü vurgulayan bir kanıta işaret edebilmişlerdir. Güncel aile tedavisi modelleri aile çevresini, şizofreni hastaları ve onların semptomlarını şiddetlendirebilecek ve hastalığın yinleme riskini artırabilirecek stresli yaşam olayları arasında gerekli bir tampon olarak görmektedir (Yalom, 2014: 335). Bu nedenle de şizofreni tedavisinde aile birincil derecede önemli bir tedavi bileşeni olarak günümüz yaklaşımlarında kritik yerini almıştır. Ancak hala tedavi proseslerinde etkin ve etkili bir aile paydaşlığı yapılabildiğini söylemek çok da mümkün değildir. Ülkemizde hala gelişimini sürdürmekte olan toplum ruh sağlığı merkezleri aileyle birlikte hareket etme konusunda önemli bir hareket noktası olmuştur. Bu merkezlerdeki çalışmaların etkinliğinin artırılmasıyla hasta kendi yaşam şartları içerisinde daha sağlıklı ele alınarak tedavideki süreklilik ve başarı oranının artması sağlanabilecektir.

Tüm bunlara ek olarak son yılların “tedavide hasta ve yakınlarının deneyim ve düşüncelerinin dikkate alınmasına yönelik ruh sağlığı yaklaşımına ışık tutacak bir çalışma olan Soygür ve arkadaşları tarafından Ankara’ da şizofreni hastalarının çalıştığı Mavi At Kafe’de şizofreni hastalarının iyileşmelerine katkıda bulunan etmenlerin saptanmasına yönelik bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Nitel özellikteki çalışma sonucuna göre, şizofreni hastaları tarafından iyileşmeye katkıda bulunduğu ifade edilen ortak etkenlerin, ilişkilerdeki insani boyutlara yönelik vurgulamalardan, kişinin değer görme ve kendini gerçekleştirebilme gibi ihtiyaçlarının karşılanabilmesinden yani kısacası tüm insanlar arasında bir özne olduğunu hissedebilmelerini sağlayan etkileşimlerden oluştuğunu söyleyebiliriz (Soygür, Yüksel, Eraslan ve Özden, 2017: 75). Bu çalışma hastaların gözünden kendilerine iyi gelen etkenlerin dile getirilmesi açısından tedavi sürecinde ruh sağlığı profesyonellerine yol gösterici niteliktedir.

1.2. Şizofrenide Bakım Veren Kavramı

Türkiye’de ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar genellikle aileleri ile yaşamaktadır ve doğal olarak ilk bakım vericiler de hastanın ailesi veya yakınları olmaktadır (Songur, Saylavcı ve Kıran, 2017: 287). Bu nedenle şizofreni hastalığı, hasta kadar ona bakım verme sorumluluğunu omuzlarında taşıyan ailesinin de yaşamını güçleştirmektedir. Şizofreni hastalarının aileleri üstlendikleri bakım verme rollerini gerçekleştirirken sayısız güçlüklerle karşılaşmaktadırlar ve çoğunlukla bu güçlüklerle tek başlarına mücadele

etmektedirler. Genellikle de ailede bakım verenler yaşadıkları sorunların çözümü konusunda sonuca ulaşmada zorlanmaktadır (Bademli veDuman 2013: 461).

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda (2011); ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin %10'nunun zaman içinde bakıma gereksinim duyduğu ayrıca Avrupa ülkelerinde şizofreni hastalarının yaklaşık %50'si aileleri ile birlikte yaşarken ülkemizde aileleri ile yaşayan hastaların oranının %95'den fazla olduğu ifade edilmektedir (s.30). Sağlık Bakanlığı'nın verileri de göz önüne alındığında günümüzdeki toplum temelli bakım anlayışı kapsamında hastalığın tüm sağaltım süreçlerinde artık birinci dereceden tedavi işbirlikçisi ve bakım veren olarak rol alan ailenin yaşadığı çok yönlü ve karmaşık sorunlarla başetme kabiliyetinin yetersiz kalabileceği; bu süreçte geniş kapsamlı ve dolayısıyla da bakım vermede sistemli destek mekanizmalarına ihtiyaç duyulacağı aşikardır.

Bakım verme ağır bir sorumluluktur ve pek çok yönden öngörülemeyen bir deneyimdir. Hastalığın karmaşık doğası nedeniyle bakım veren ve bakılan kişi arasındaki ilişki çok boyutludur. Ailelerin bir yandan sevdikleri insana ne olduğunu anlamaya çalışırken, öte yandan fiziksel, duygusal ve ekonomik sıkıntılarla mücadele etmeleri gerekmektedir (McCaan, Lubman ve Clark, 2009: 381). Bu sebeple uygun hizmet modelleri ve planlı müdahalelerle bakım verenin yükü hafifletilmelidir. Aksi taktirde bu ağır kronik hastalığın tedavi ve bakımında sürekliliğin sağlanamayacağı ve bu durumun da sosyal-ekonomik açılardan artan sorun ve yük olarak toplumun genelini etkileyeceği bilinmelidir.

1.3. Şizofrenide Ailenin Önemi

Aile, dünyanın her tarafındaki farklı toplumlarda kültürün başlıca taşıyıcısıdır ve şizofreninin de psiko-sosyal bağlamına katkıda bulunan, kendine has dinamikleri olan önemli bir kurumdur (Yalom, 2014:169).

Şizofreni hastalarının yaşamlarını sürdürebilmelerinde bakım veren aile bireylerinin rolü tartışmasız çok önemlidir; hastanın tedavisine geç kalınmadan başlanması, tedavinin sürdürülmesi ve hastaların günlük yaşam pratiklerini yerine getirerek topluma yeniden kazandırılmalarında ailenin rolü çok büyüktür (Durat, Atmaca, Cengiz ve Oksal, 2017: 48).

Günümüzde aile, geçmişte olduğu gibi şizofreninin olası nedenlerinden biri olarak görülmemekte, aksine hastalıkla mücadelede olumlu katkılar sağlayabilecek en etkili tedavi yaklaşımlarının merkezi olarak ele alınmaktadır (Deniz, İlnem ve Yener, 1998: 5-6).

Şizofreni hastalarının tedavisinde ailenin de tedavi sürecine aktif bir şekilde dâhil etmek hasta bireyin bakımının devamlılığı açısından oldukça önem arz etmektedir. Ailenin hastayla ilgili gözlemleri ve değerlendirmeleri tedavi ekibince hasta bireyin daha doğru anlaşılabilmesini sağlayarak tedavinin gidişi ve sonlanmasında olumlu katkılar sunacağı için önem taşımaktadır. Pek çok çalışmayla, ailenin bakım sürecine aktif katılımının, hastada meydana gelen değişimler ve evdeki günlük yaşamla ilgili tedavi ekibiyle paylaşımlarının, hastadaki iyilik halinin sağlanmasına yönelik önemli katkıları olduğu belirlenmiştir (akt: Kuşçu, Duman, Akman, Üçok ve Göktepe, 2006: 195).

Kişilerarası ilişkilerin, iletişim şekillerinin, aile ilişkilerinin ve kültürün etkilerinin hastalığın başlangıçtaki gelişimini tetikleyici ya da önleyici etkilerini kanıtlayan çok geniş bir literatür mevcuttur (Yalom, 2014: 166). Her türden stres faktörünün şizofrenide alevlenmeye neden olduğu bilinmektedir. Bu sebeple ailenin stresle baş etme becerilerinin geliştirilmesinin de hastalığın seyrini olumlu etkileyeceği söylenebilir (Soygür, 2011: 15).

Tedavi ekibince hastanın klinik durumu değerlendirilirken, kullanılan bir takım ölçme araçlarıyla hastanın içinde bulunduğu duruma ilişkin objektif bir sonuca ulaşma çabaları olsa da, işlevsellikle ilgili bilgiler en sağlıklı biçimde aileden alınabilmektedir. Buna rağmen hastanın bakımını sağlayan ve zamanının neredeyse tamamını birlikte geçiren aile bireylerinin hastanın durumuna ilişkin geribildirimleri çoğunlukla tedavideki karar verme sürecine dâhil edilmemektedir. Tek başına hastaya uygulanan ölçme araçlarıyla hastaya dair bilgiler tüm ayrıntılarıyla değerlendirilememektedir ve tedavi sürecinde aktif bir üye olarak yer almasını istediğimiz ailenin de hastayı kapsamlı olarak değerlendirmesine yönelik ölçme araçları da bulunmamaktadır (Kuşçu vd. 2006: 193). Şizofreni hastalığının tedavisinde önemli bir işbirlikçi olarak kabul edilen ailenin rolü daha hastanın ilk değerlendirme aşamasındayken başlamaktadır. Teşhis aşamasında aile bireylerinde alınan hastalık öyküsü, hastalıkla ilgili gözlenen semptomlar ve hastanın yaşadığı yeti kayıplarına yönelik doğru bilgileri alarak tedavinin bu bilgiler ışığında planlanması gereklidir. Hastayla gerçekleştirilen ilk görüşme sırasında hastanın

işlevsellik düzeyi konusunda en doğru bilgi ancak aileden alınabilecektir. Bu nedenlerle hastaların en uzun süreli ve neredeyse tek destek sistemi olan aile üyeleri tedavi ekibinin doğal üyeleri olarak görülmelidirler (Soygür, 2011: 15-16).

Tüzer ve arkadaşlarının yaptığı aile ortamı ve duygu dışavurumu çalışmasında (2003); aile içinde yaşanan çatışmaların hastalığın gidişini olumsuz etkilediği ve aile içi ilişkilerin düzenlenmesine yönelik yapılacak müdahalelerin ise hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyerek hasta ve ailesinin yaşam kalitesini arttıracacağı saptamalarına yer verilmiştir. Yine Doğan ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan çalışma sonucunda; hastalığın pozitif belirtileri için ilaç tedavisinin zorunlu olduğu ancak pozitif belirtileri kontrol altına alınan hastaların yine de kişiler arası ilişkilerinde bozulma, günlük yaşam becerilerinde ve çalışma kapasitelerinde yetersizlik gibi pek çok psiko-sosyal sorun yaşadıkları, bu nedenle şizofreni tedavisinde hastanın çeşitli sosyal işlevsellik alanlarındaki yaşadığı bozulmalarla ilgili çalışmalarda ailelerin de aktif olarak sağaltım sürecinde yer almaları önerilmektedir (s:133). Soygür (2011)' de şizofreni teşhisi konulan hastaların aile bireylerine psikolojik destek, hastalık hakkında bilgilendirme, iletişim becerileri ve problem çözme becerisini kazandırma ve yaşanan stresi yönetebilmeyi içeren müdahalelerde bulunulmasının gerektiğini, bu tür müdahalelerin şizofreni tedavisinde katkıları ve hastalığın gidişi üzerindeki olumlu etkilerini, yapılan pek çok çalışmada kanıtlandığını ifade etmektedir (s:14). Aile üyelerine yönelik yapılan psiko-sosyal müdahaleler; duygu dışavurum biçimi, stres ve aile yükü seviyelerini azaltarak aile üyelerinin sorun çözme kapasitesini artırıp, hastaların ilaç tedavisine uyumunu sağlayarak nüksü ve sonrasında hastaneye yatışı azaltmayı amaçlar ve bu yönüyle de ilaç tedavilerine alternatiflerden ziyade yardımcı maddeler olarak önerilmektedir (Pharoah, Mari, Rathbone ve Wong, 2014: 1-3).

1.4. Şizofrenide Ailelerin Bakım Yükü

Son yıllarda şizofreni hastaları için toplum temelli bakımın anlayışının yerleşmesiyle, toplumda yeterli altyapı ve farkındalık geliştirilememesine rağmen ruh sağlığı hastanelerinin sayıca azalması ve hastaların çok zorunlu hallerde kısa dönemli olarak yatırılması, sağlık sistemince üstlenilmiş olan şizofreni hastalarının bakımının, aile tarafından sürdürülmesine doğru yön değişmesine neden olmuştur (Arslantaş ve Adana, 2011: 252).

Son yirmi, otuz yıldan bu yana aile yapısının ruh sağlığı bozukluğu olan hastalarda bakım yükünden kaynaklı sorunlardan nasıl etkilendiği konusunda literatürde artan sayıda yayına rastlanmaktadır. Geçmişte aileye yönelik psiko-eğitim programlarının çıktıları hasta odaklı olup, ailenin bakım yükünün azaltılması hususunda daha az vurguya sahip iken bugün geline nokta, hastaya bakımdan kaynaklanan yükün de azaltılması üzerinde giderek odaklanılmaktadır. Ailenin bakım yükü arttıkça aile içi ve sosyal ilişkilerde bozulmalar meydana gelmekle birlikte, bakım vericilerin stres katsayısı yükselmektedir. Bakım yükü objektif ve subjektif yük olarak ele alınmaktadır. Objektif yük, ailenin bakım yükü, günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi, çalışma hayatında ve sosyal hayatta ortaya çıkan sınırlamalar, serbest zaman değerlendirme süreci ile ilgili sorunlar, gelir kaybı, aile ilişkilerinin bozulması, aile hayatındaki rutinlerin değişmesi gibi süreçlerle; subjektif yük ise aile üyelerinin depresyon, anksiyete, utanma gibi psikolojik yapılarını olumsuz yönde etkileyen durumlarla tanımlanmaktadır (Glanville ve Dixon 2005: 15-16). Şizofrenide bakım yükü çok yönlü ve karmaşık bir kavram olup; bu kavram daha çok bakım veren üzerinde yarattığı olumsuzluklar açısından tanımlanmaktadır. Bunun nedeni ise bakım yükünün bakım veren kişide yarattığı duygusal, psikolojik, fiziksel ve ekonomik etkilerin yanında suçlanma, utanma, suçluluk hissi ve kendini suçlama gibi kişiye acı veren kavramları da içermesidir. (Arslantaş ve Adana, 2011:251; Köroğlu ve Hocaoglu, 2017:170).

Ülkemizde şizofreni hastasına bakım verenlerle yürütülen iki ayrı çalışmada bakım verenlerin ruhsal sorunları yaşanan yük ile ilişkili bulunmuş; bakım verenin duygusal, fiziksel ve ekonomik yükleri arttıkça ruhsal sağlık sorunlarının da arttığı belirlenmiştir (Aydın, Eker, Cangür, Sarandöl ve Kırılı, 2009: 13-4; Harmancı ve Zekiye, 2016: 84).

Ailenin hastalığın teşhisiyle başlayan psikolojik, sosyal, toplumsal yükler zamanla ailenin bakım verme gücünü ve motivasyonunu zayıflatmaktadır. Hastaya bakım vermenin ilk basamağı olarak görevlendirilmiş olan ailenin bakım verme sürecinde yalnız kalması ailenin bakım yükünü ağırlaştırmaktadır. Ailenin yükünü azaltmak ve karşılaştıkları sorunlarla baş etme yeteneklerinin güçlendirilmesi için verilecek eğitimsel, ekonomik, psikolojik, sosyal, toplumsal destekler hasta birey, ailenin bütünlüğü ve sağlığı, hastalığın topluma olan bakım maliyeti açısından çok büyük önem arz etmektedir.

Bakım yükünü ise pek çok değişken etkilemektedir; Gülseren ve arkadaşlarının 2010'da yaptığı bir çalışmaya göre, sosyal destek yetersizliği, hastadaki semptomların şiddeti ve

sosyal işlevsellik düzeyi gibi etmenler ailenin bakım yükünü etkilemektedir (ss: 209-10). Yine cinsiyet, etnik köken ve kültür, bakım verenin özellikleri ve hastadaki negatif ve pozitif belirtilerin bakım yükünü etkilendiği belirtilmektedir (Arslantaş ve Adana, 2011: 251). Hasta bireyin semptomlarının şiddeti ile bakım yükü arasında kuvvetli bir ilişki vardır. Hastalığın süresi arttıkça artan yükün stresli aile ortamına neden olduğunu, yüksek duygu dışavurumunun da hastalığın nüksüne neden olduğunu gösteren çok sayıda çalışma vardır. Yani ailedeki yük ve sıkıntının, hastalığın seyrini etkileyebileceğine dair kanıtlar vardır (Addington, McCleery ve Addington, 2005: 107).

Görüldüğü gibi bakım yükü, duygu dışavurumu ve hastalığın relapsı arasında güçlü bir etkileşim bulunmaktadır. Hastalığın hasta ve aileleri üzerinde yarattığı bu karmaşık sorunlar, hasta ve ailelerinin daha kapsamlı biçimde değerlendirilmelerini, ailelerin hastalığın sağaltım sürecine etkin bir üye olarak dâhil edilmelerini ve hastalığa uyum yeteneklerini arttırmak amacıyla bilgilendirilmelerini gerektirmektedir (Gümüş, 2006: 30).

Değişen ruh sağlığı politikalarıyla, hastaların hastanelere kapatılmadan, sosyal yaşamlarına devam ederek, işlevselliklerindeki kayıpların azaltılmasıyla kendi ihtiyaçlarını karşılayabilen ve toplumun içinde birer özne olarak yaşamlarına devam edebilen bireyler olmaları amaçlanmaktadır. Bu yeni durumla birlikte aileye şizofreni hastalığının sağaltım süreçlerinde en önemli aktivist olarak rol verilmiş ve bu aileye pek çok sorumluluk ve yükü de beraberinde getirmiştir. Bu nedenlerle aile üyeleri hastalığın her aşamasında yardıma gereksinim duymaktadırlar. İlgili profesyoneller tarafından hastalığı ele alış biçiminin ilaç tedavisiyle birlikte hastalar ve aile bireylerinin karşılaşabilecekleri sorunlar konusunda bilgilendirilmelerini sağlamak ve bu sorunlara etkili yaklaşım ve tutum geliştirilebilmesi için desteklemek olmalıdır. Aile üyelerine verilecek her türden psiko-sosyal destek aile üyelerinin yükünün azaltılmasına yardımcı olacaktır (Köroğlu ve Hocoğlu, 2017:174).

Ülkemizde yapılan pek çok araştırmada; ailelere yönelik ruhsal-eğitimsel yaklaşımların, hastalık hakkındaki bilgi düzeyinin artmasının vb. pek çok yönden ailenin iyiliğine katkı sağlayarak ailenin bakım yükünü azaltmada yararlı olduğu bildirilmiştir (Gülseren, 2010: 210; Yıldırım, Buzlu, Aşlar, Erdiman ve Ekinci, 2013: 1;). Dolayısıyla şizofreni hastalarının bakımını üstlenmiş olan aile bireylerine yönelik tedavinin her aşamasında

planlı çalışmalar yürütülmesi ve sonuçlarının izlenerek ailenin desteklenmesi gayet önemlidir (Aydın ve ark., 2009: 210; Bademli ve Duman, 2013: 473).

Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda psiko eğitimlerin, aile içi ilişkilere, hastanın tedaviye uyumuna, ailenin hastaya yönelttiği duygu dışavurum düzeyine, hastalığın seyrine, hastaneye yatış gereksinimlerinin azalmasına olumlu etki ederek; bu bağlamda ailede oluşabilecek bakım yükü algısını da azalttığı kanıtlanmıştır (Çabuk, 2014).

Bakım verme yükümlülükleri nedeniyle hem günlük yaşamda hem de sosyal hayatında sınırlamalar yaşayan aile, öfke duygusu yaşayabilir ve bu duygusunu hastaya yöneltebilir. Bazı aile bireylerin bu olumsuz duygusunu bastırıp ve kendilerine yöneltirken, bazıları öfke patlaması yaşayarak ve hastayı suçlayabilir. Bu duygusal ortam içinde, aile bireylerinde ruhsal sorunlar ortaya çıkabilir. Hasta yöneltilen yüksek duygu dışavurumunun hastalığın nüksüne neden olduğu; duygu dışavurum düzeyi düşük olan ailelerin ise hastalığın nüksünde azalma ve hastalığın iyi bir seyir izlemesinde etken olduğu pek çok çalışmada saptanmıştır (Köroğlu ve Hocaoglu, 2017: 173).

Bakım yükünün düzeyini belirleyen üç faktörden söz etmek mümkündür. Bunlar hastalığın belirtilerinin şiddetini ve etkisini içeren hastaya dair faktörler, bakım verme sürecinde yaşanan sorunlara yönelik problem çözme yeteneği içeren bakım verene dair faktörler ve neredeyse bakım veren ile aynı oranda önemli etkiye sahip çevresel ve toplumsal şartlardır. Hastaya ve ona bakım veren aile dinamiklerinin göz önünde bulundurularak geliştirilecek tedavi planlarının bakım yükünü kolaylaştıran bir etkisi olacaktır. Ancak aile terapileri ve ailelere yol gösterici rehberler gibi uygulamalar hala tedavi planlarında tam olarak yerini almamıştır (Arslantaş ve Adana, 2011: 272). Buna istinaden bakım yükünün azaltılmasına yönelik gerek hastaya gerek bakım verene gerekse de topluma yönelik müdahale planlarında daha fazla yol katetmeye ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Şizofreni hastalığının bakım yükünün oldukça büyük ve çok yönlü olduğuna değinilmişti. Şizofreni hastalarının tedavileri ve bakımlarını sağlamanın doğrudan maliyetleri olduğu gibi; engellilik nedeniyle verimlilik kaybı, erken ölüm, bakım verenler üzerindeki yükün yanı sıra şiddet gibi bazı yasal sorunlardan kaynaklanan verimlilik kaybını da içeren dolaylı maliyetleri de vardır. Bu yönüyle ruhsal bozukluklar içinde şizofreninin aileye ve topluma hastalık yükü oldukça fazladır (Rossler, 2005: 401). Hastalıkların Küresel Bedeli

çalışmasında engellilik nedenleri arasında şizofreninin dokuzuncu sırada yer aldığı (Murray ve Lopez 1996: 21); Türkiye’de yapılan Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması’nda da şizofreni hastalığının Türkiye’de yeti yitimi ile yaşanan yılların % 2.3’ünü oluşturduğu ve yeti yitimine neden olan hastalıklar arasında erkeklerde 9. ve kadınlarda 11. sırada yer aldığı gösterilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2006). Hastalık yalnız hastaların üzerinde değil, sağlık hizmeti veren kurumların, kamu sektörünün çeşitli hizmet alanları, aileler ve sonuçta tüm toplum üzerinde önemli bir yük oluşturmaktadır; şizofreninin klinik seyri diğer herhangi bir sağlık sorunundan çok daha fazla hastaneye yatış gerektirdiğinden; hasta yatağı kullanım oranını da yükseltmektedir. Neredeyse tüm toplumlarda ortaya çıkan şizofreni hastalığının nüksü genç erişkinlerde ortaya çıkma eğiliminde olduğundan bu durum üretken nüfus popülasyonu açısından doğrudan istihdam kaybına neden olmaktadır. Hastalığın akut aşamaları ekonomik yükü beraberinde getirmektedir ve hastanın tedavisine yönelik hizmetler ve aile bakımı desteği gibi imkânları sağlanma zorunluluğu toplumlarda önemli ölçüde ekonomik yük oluşturmaktadır (Knapp, 2000: 15-16). Tüm bu bilgiler ışığında bakım yükünün, ilerleyen yıllarda şizofreni tedavisinde daha ciddi ve bütüncül uygulamaları gerektiren bir sorun olarak karşımızda durmakta olduğu söylenebilir.

1.5. Duygu Dışavurumu Kavramı

Duygu dışavurumunun önemi olumsuz tutumları olan yakın akrabaları ile yaşayan şizofreni gibi zihinsel hastalığı olan kişilerde hastalığın nüksetme olasılığının önemli oranda fazla olduğunu belirleyen araştırmalara dayanmaktadır (Amaresha ve Venkatasubramanian, 2012: 12). Duygu dışavurumu 1950’li yıllarda şizofreni hastalarının pek çoğunun taburculuktan bir süre sonra hastalık semptomlarının nüksü sebebiyle tekrar hastaneye başvuru yapmaları sonrasında George Brown’un bu hastalarla yaptığı çalışmada, taburculuk sonrası nükslerin ve hastaneye yeniden başvuruların, hastanın yaşadığı aile ortamıyla önemli ölçüde ilişkili olduğunu ortaya koymasıyla önemli bir kavram olarak hastalığın seyrindeki önemli yerini almıştır (Brown G., 1959). Kavanagh (1992)’ in duygu dışavurumu ile ilgili 26 araştırmayı gözden geçirdiği çalışmasında, yüksek duygu dışavurumu olan aileler ile yaşayan hastalarda ortalama nüks oranının % 48, düşük duygu dışavurumu olan aileler ile yaşayanlarda % 21 olduğunu saptamıştır (ss: 601-602). Bebbington ve Kuipers (1994)’ ta toplam 17 çalışmada 1346 vakanın değerlendirildiği geniş kapsamlı bir analiz yapmış ve bakım verenin duygu dışavurumu ile nüks arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur (ss: 707-708). Görüldüğü gibi

duygu dışavurumu ilk önce şizofreni hastaları ve aileleriyle yapılan çalışmalarla tanımlanmıştır. Araştırmacılar, şizofreni tanısı konan hastalar arasında yüksek hastaneye yatış oranları sebebiyle hastanın nüksüne katkıda bulunan çeşitli faktörleri araştırmışlar ve hastanın aile ortamı ve duygusal bağları, tedavi nüksünün ve tedavi sonuçlarının temel belirleyicileri olarak tanımlanmıştır. Zaman içinde duygu dışavurumu daha genel olarak, çeşitli psikolojik bozuklukların tedavi sürecini etkileyen aileye özgü bir etki olarak kabul edilmiştir (Myung ve Furrow, 2017:1). Dolayısıyla duygu dışavurumu ile ilgili yapılan araştırmaların klinik ortamlarda ve ailelere yönelik olduğu görülmektedir (Berkson, 1992; Cosci, Londi, Patussi ve Sirigatti, 2011; Farlane ve W.L. Cook, 2007; İlnem, Çete, Deniz ve Yener, 1998; Tüzer ve ark. 2003).

Duygu dışavurumu, şizofreni hastalığı olan bireylere yöneltilen tutum, davranış ve başa çıkma tepkilerinin ortak ifadesidir. Aile içindeki duygusal tutumlar tüm psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi şizofreninin seyrinde önemli bir risk faktörüdür (Berkson 1992; Barrowclough ve Hooley, 2003; Deniz, İlnemve Yener 1998; Ebrinç, vd, 2001).

Duygu dışavurumunun gerçekleştirilmesinin aynı zamanda negatif his ve etkileri azalttığı da bilimsel bir gerçekliktir. Araştırma bulguları duygu dışavurumunun stres faktörüne bağlı psikolojik rahatsızlıkları hafiflettiği, sosyal ilişkiler üzerinde olumlu etkileri olduğu, baş etme mekanizmalarını güçlendirdiği, hastalığı kabullenme sürecini hızlandırdığını göstermektedir (J.Kavanagh, 1992:601).

Birbirine bağırarak birbirleriyle tartışan bariz eleştirel olan, birbirlerini kontrol etmeye çalışan, düşmanca tutum içinde olan aileler yüksek düzeyde duygu dışavurumu olan aileler olarak adlandırılmaktadır. Yüksek duygu dışavurumu, eleştirelilik, düşmanca yorum ve tutumlar, duygusal olarak aşırı müdahalecilik olarak başlıklandırılmaktadır. Eleştirelilik ve düşmanca tutumda olan kişiler bu tutumlarını genellikle ses tonlarıyla ve konuşmalarıyla ifade ederler. Duygusal aşırı müdahalecilikte bakım verenin kendini suçlaması, kendini hastaya adama davranışları, hastanın kendisini aşırı korunduğunu hissetmesi, hasta aşırı endişelenme, kişinin hastası adına kendi bireysel ihtiyaçlarına daha az önem vermek gibi durumlardan bahsedilebilir. Bireyleri birbirinden bağımsız davranabilen ama birilerine sevgi ve bağımlılık gösteren aileler duygu dışavurumları düşük aileler olarak adlandırılmaktadır. Düşük duygu dışavurumu, olumlu yorumlar ve hastaya karşı gösterilen sıcaklık gibi olumlu davranışların olduğu, bakım verenin hastaya çok yakın olduğunu hissettiğini, hastanın günlük işleyişindeki küçük çabalarını takdir

ettiğini, hastayla başa çıkabildiğini ve onunla birlikte olmaktan keyif alabileceklerini ifade edebildiği durumlardır. Düşük duygu dışavurumu olan aile bireyleri tartışmayı sevmeyen, kaba hareketleri olmayan, diğer bireyler hakkında göreceli olarak daha az eleştirel olan ve aile üyelerinin hareket ve başarılarından bağımsız bir öz saygıya sahip kişiler olarak nitelendirirler (Amaresha ve Venkatasubramanian, 2012: 13-15; Brown ve Rutter, 1966, ss: 242-50; Kocabıyık, Beştepe, Karşıdağ ve R. Kükürt, 2005: 5; Yalom, 2014: 130).

Duygu dışavurumunu ölçen ölçeklerden alınan puanlara göre hasta yakınları yüksek duygu dışavurumlu veya düşük duygu dışavurumlu olarak değerlendirilmektedir.

1.6. Şizofrenide Duygu Dışavurumu Kavramı ve Nüks

Yirminci yüzyılın başında önemli bir psikiyatrist olan Sullivan aile ortamındaki iletişim biçimleri ile şizofrenik davranış arasındaki bağlantı incelenmiş ve daha sonra farklı araştırmacılar tarafından da şizofreninin gelişimine yönelik çeşitli teoriler üretilmiştir. “Şizofrenik anne” tanımı ve benzer tanımlamalarla şizofreni hastalığının etiyolojisinde annenin olumsuz rolü olduğu düşüncesi yaygınlaşmıştır. Daha sonraki yıllarda bu kabul yerini, ailenin hastalığın seyrindeki önemli bir yordayıcı olduğu düşüncesine bırakmaya başlamıştır. Bu yıllarda Brown ve arkadaşları tarafından geliştirilen duygu dışavurumu kavramını da büyük bir ilgi toplamıştır (Arslantaş ve Adan, 2011: 254).

Hastalığın nüksünde etkisi kanıtlanmış olan duygu dışavurumu kavramı, eleştiri, düşmanlık, duygusal aşırı ilgi, sıcaklık, pozitif uyarılar olmak üzere beş bileşenden oluşmaktadır (akt: Ertürk ve Kömürcü, 2017: 44-45).

Duygu dışavurumu hastanın yaşadığı aile ortamıyla ilgili çok önemli bir psiko-sosyal yordayıcı olarak görülmektedir. Yüksek düzeyde duygu ifadesi şizofreni tanısı alan hastaların aile bireyleri arasında yaygın olarak gözlenmektedir (Ertürk ve Kömürcü, 2017:44). Bu durum da şizofreninin tedavideki seyrini belirleyen pek çok etken arasında olumsuz aile tutumlarının önemini arttırmaktadır. Hasta ile birlikte yaşayan bireylerin yüksek duygu dışavurum düzeyine sahip olmaları hastalığın alevlenme ve yinelemesine neden olmaktadır (Sellwood, Tarrrier, Quinn ve Barrowclough, 2003: 91).

Hastalığın nüksetmesinin genellikle hastanın yaşadığı sosyal ortamındaki önemli değişikliklerden sonra gerçekleştiği çalışmalarla kanıtlanmış olup (akt: Brown, Birleyve

Wing, 1972: 241); şizofrenide duygu dışavurumu ve hastalığın nüksetmesi arasındaki ilişkiyi doğrulayan çeşitli ülkelerde yapılmış araştırma çalışmalarından elde edilmiş önemli bulgular vardır (Kuipers, 1992; Hooley, 2007).

Duygu dışavurumu araştırmaları özellikle hastalığın nükle olan önemli ilişkisine dayalı olarak yapılmıştır. 1950'lerden bu yana konuyla ilgili yapılan birçok çalışma ailedeki duygusal ortamın şizofreni hastalığının seyrini nasıl etkilediğini ortaya koymuştur. Örneğin hastaneden evdeki sıkça eleştiriler yapan ve hastanın hareketlerini aşırı duygusal müdahaleler getiren ailelerinin yanına dönen hastalar, hastalığı anlayan ve olumsuz duygularını açıkça ifade etmeyen ailelerinin yanına dönen hastalara göre dört ile beş kat arası hastalıklarının nüks etmeye meyilli olduğu tespit edilmiştir (Greenley, 1986; Yalom, 2014: 169-70).

Şizofreni hastasıyla yaşayan ailelerde pek çok olumsuz duygu gelişmektedir (Gülseren, 2002). Bu bağlamda ailenin hastalık hakkındaki bilgi düzeyi, hissettiği bakım yükü vd. faktörler ailenin duygu dışavurumunu etkileyebilir. Dolayısıyla şizofreni sağaltım süreçleri içinde duygu dışavurumu tek başına bir yordayıcı olmayıp; nüksü ve yüksek duygu dışavurumu arasında karşılıklı bir etkileşim olduğu bu konuda gerçekleştirilen çok sayıda araştırma sonucuna dayanarak söylenebilmektedir. Aileyi tedavinin bir parçası olarak görerek ailenin hastalıkla ilgili inançlarına ve baş etme becerilerini dikkate almak, hasta ve bakım veren arasındaki ilişkinin anlaşılmasına ve tedavinin sürekliliğinin sağlanmasında aileyle ortak bir noktada buluşmayı sağlayacaktır. Dolayısıyla aile dinamiklerinin bir parçası olan duygu dışavurumunu gerçeğini kabul ederek, tutum ve davranışlarda değişim sağlanabileceği ve bu sayede nüks oranlarının azalabileceği düşünülmektedir (Ertürk ve Kömürcü, 2017: 48).

1.7. Toplum Temelli Bakım ve Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri

Ruh sağlığı hizmetlerine yaklaşım tarihsel süreç içinde değişime uğramış ve bu alanında meydana gelen dönüşüm ve anlayış değişikliği ile birlikte bugünkü toplum temelli hizmet anlayışı ruh sağlığı bozukluklarının tedavisine yönelik sağlık politikalarını şekillendirmiştir (Abay ve Çölgeçen, 2018: 2155).

Yirminci yüzyılın ikinci yarısından sonra Batı Avrupa’da psikiyatrik hizmetlerde yaşanan dönüşümler dünya için de, bir kıvılcım niteliğini taşımaktadır. En önemli dönüşüm hastaların toplum içinde tedavisi görüşünün kabulünden sonra büyük psikiyatri

hastanelerinin kapatılmasıyla yaşanmıştır. 1960'lı yıllarda başlayan bu dönüşüm sonrası Avrupa'nın bazı ülkelerinde psikiyatri hastanelerindeki yatak sayısı yaklaşık %50 oranında azalmıştır. Hastaların toplum içerisinde tedavi edilebilmesi amacıyla toplum ruh sağlığı hizmetleri gelişmeye başlamıştır. Böylece kronik psikiyatrik hastalar ayaktan tedavi birimlerinde tedavi edilmeye başlanarak, hastaların psikiyatri kliniklerine yatışı ancak hastalığın alevli dönemlerinde ya da hastanın kendisine ve çevresine zarar verme riski oluştuğunda sağlanmaktaydı (akt: Ulaş, 2008: 2).

Toplum temelli hizmet modeli ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların tedavi ve bakımlarının toplum içerisinde, hastanın yaşadığı ortamda verildiği modeldir. 1970'li yılların başında İtalya'da Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin (TRSM) açılması ile bu modelin uygulanmasına geçilmiştir. Modelin başarılı sonuçları DSÖ' nün de desteğini almış ve Avrupa'nın birçok ülkesinde uygulamaların yaygınlaşmasını sağlamıştır. (Başer, Kırlioğlu ve Aktaş, 2013: 183; Ensari, Gültekin, Karaman, Koç ve Beşkardeş, 2013: 109). Toplum temelli modelinin hedef kitlesini oluşturan ağır ruhsal bozukluğu olan hastalarla ilgili sorunu tedavi ve rehabilitasyon faaliyetleri ile sınırlamak önemli bir yanılgıdır. Çünkü bu sorun sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi boyutlarıyla; istihdam, bakım, sosyal haklar, tedavi ve bakım yükü gibi parametrelere de sahip ciddi bir halk sağlığı sorunudur (Alataş, Karaoğlu, Arslan ve Yanık, 2009: 27). Hastalığı tüm yönleriyle ele alan toplum temelli hizmet modeli uygulamalarının, tüm dünya ülkeleri için hastalığın toplumda oluşturduğu maliyetlerin azaltılmasında çözüm olarak görüldüğü söylenebilir.

Toplum temelli model, hastanın tedavi ve takiplerinin kendi yaşadığı ortamda sürdürülebildiği bir modeldir. Modelin başlıca hedefleri hastaneye yatışının önlenmesi ve kendilerine sağlanacak destekle hastaların başkalarına ihtiyaç duymadan, toplumdan dışlanmadan yaşayabilecek seviyeye gelmelerinin sağlanmasıdır. Bu amaçla gündüz hastaneleri, genel hastaneler bünyesindeki psikiyatri klinikleri, toplum ruh sağlığı merkezleri, bakım kurumları, korumalı işyerleri, korumalı evler gibi kurumlar toplum temelli model içinde hizmet sunan kuruluşlardır (Yanık, 2007).

Toplum temelli ruh sağlığı sisteminin ana unsurları coğrafi temelli olarak, ruh sağlığı ekibi ile tanımlanmış bölgeye hizmet verilmesi oluşturmaktadır. Merkezde yer alan ekip üyeleri; psikiyatr, psikolog, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, ergoterapist, iş uğraş eğitmenlerinden oluşmaktadır. Ekip mobildir olarak hastanın yaşadığı evine/yere hizmet götürmektedir. Genellikle bu merkezler ana hastanenin dışındadır. Her hasta için ayrı

kayıt tutulmakta ve o hastaya yönelik bireysel tedavi ve bakım planı oluşturulmaktadır. Amaç ağır ruhsal bozukluğu olan hastaları yaşadıkları ortamdan kopmadan, izole etmeden hizmet sunmaktır. Bu sayede hastalar günümüzün insana, hastaya ve toplumdaki diğer dezavantajlı gruplara yaklaşımdaki çağdaş bakış açısına uygun olarak; toplumdan dışlanmadan toplumla iç içe yaşamaktadırlardır (Yanık, 2007: 9).

Bireylerin, hastalıkla mücadelelerinde onlara yardımcı olmak ve hastalığın neden olduğu toplumsal rollerindeki kayıpları tekrar sağlamak amacıyla yürütülen çalışmaların hepsi, toplum ruh sağlığı hizmetlerinin kapsamına girmektedir. Türkiye'de ruh sağlığı hastalarının tedavi ve bakım hizmetlerinde hem hastane temelli modelden hem de toplum temelli modelden yararlanılsa da bu hizmetler yoğunlukla hastane temelli olarak sunulmaktadır. Ülkemizdeki duruma kıyasla, Avrupa ülkelerinin bir çoğu, hastane temelli modelden, bireylerin kendi yaşadığı çevrede ruh sağlığı hizmetinden faydalandığı, toplum temelli modele geçiş sürecini tamamlamıştır (Songur, Saylavcı ve Kıran, 2017: 276).

Halen ülkemizdeki gelişimini tamamlamaya devam eden toplum ruh sağlığı hizmetleri, ağır ruhsal hastalık yaşayanların tedavisi, bakımı ve rehabilitasyonu açısından oldukça önemlidir (Saruç ve Kılıç, 2015) ve bu hizmetlerinin en önemli amaçlarından birisi toplumsal entegrasyon olarak kabul edilmektedir (Aslantürk, 2016: 259). Bu kapsamda ülkemizde de gayet olumlu adımlar atılarak 2006 yılında hazırlanan Ulusal Ruh Sağlığı Politikası metnindeki toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş önerisiyle ülkemizde ruh sağlığı alanında toplum temelli hizmet süreci başlamıştır (Aslantürk, 2016: 266).

Toplum temelli modelinin uygulanması ilk olarak 2009 yılında Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'ni (TRSM) açma kararı ile başlamıştır. Şubat 2011'de yönerge yayınlanarak uygulamaya konulmuştur. İlk pilot uygulama 2008 yılında Bolu'da gerçekleşmiştir. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri 06/03/2014 tarih ve 9453 sayılı Yönerge çerçevesinde hizmet vermektedirler (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Ciddi ruhsal bozukluğu olan kişilerin sağaltımı ve bakımlarında hastayı merkeze alan yaklaşımla toplum temelli ruh sağlığı modelinin yaygınlaşması hedefiyle 2011-2023 yıllarını kapsayan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı hazırlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinde amaç, belli bir nüfusa hitap eden coğrafi yerleşkelerde kurulan TRSM’lerde hizmetin doğasına uygun olarak multidisipliner bir yapısı olan tedavi ekibi tarafından, bu bölgede yaşayan hastaların TRSM’de veya kendi ortamlarında ev ziyaretleriyle de desteklenerek düzenli izleme, tedavi ve uyumlandırmalarının sağlanarak topluma yeniden kazandırılmasıdır. Kayıtlı tüm hastaların öncelikle tedavilerinin yeniden düzenlenmesi ve takibi ile birlikte günlük yaşam rutinlerini yerine getirip, sosyal işlevselliklerini yeniden kazanmaları amacıyla danışmanlık, psiko-sosyal ve beceri eğitimleri ve sosyal etkinlikler gibi her türlü uyumlandırma çalışmalarından faydalanmaları sağlanmaktadır. TRSM ekiplerinin görevleri arasında kurumlararası işbirliği kurmak, topluma yönelik bilinçlendirme faaliyetleri yürütmek ve böylece stigma ile mücadele etmek, TRSM’ye kayıtlı hastaların gereksinimleri göre oluşturulan bakım planları doğrultusunda, ilaç tedavilerinin yanında, sosyal, ekonomik, barınma ve iş konularındaki sorunlarına yönelik çalışmalar yaparak hastaların topluma yeniden kazandırılması yer almaktadır (Ensari vd., 2013: 109-110; akt: Ulaş, 2008: 2). Merkezde ilaç tedavisi, bireysel terapi ve grup terapisi, kişisel beceri eğitimi, psiko-eğitim ve danışmanlık, aile eğitimi ve sosyal beceri eğitimi, iş uğraş terapisi gibi pek çok uyumlandırma hizmetleri verilmektedir (Yanık, 2007:16; Ensari, 2008: 88).

Özellikle alevlenme / atak dönemlerinde hastaya tanının konulması ve uygun ilaç tedavisinin gerçekleştirilmesi, hastanın kendisi ve toplum açısından tehlike oluşturması ve bakım verecek kimsesinin olmaması gibi durumlar hastane yatışı gerekli kılmaktadır (Songur, Saylavcı ve Kıran, 2017, s: 279-80). Bu anlamda şizofrenide, farmakolojik tedaviler, hastalığın belirtilerinin kontrol altına alınmasında vazgeçilemez olmakla birlikte sosyal işlevsellik, bireysel yeti doğrultusunda üretkenliğin devamı, kendine yetebilme becerileri, yaşam kalitesi gibi alanlarda sınırlı etkiye sahiptir. Bu yüzden günümüzde kabul gören tedavi yaklaşımı pek çok işlev alanında yetersizliğe yol açan ve sorunlar yaratan bu hastalığın tedavisinde, ilaç tedavisiyle birlikte psiko-sosyal girişimlerin de kullanılmasıdır (Delice, Akgl ve Yıldız, 2014: 122). Bu noktada toplum ruh sağlığı merkezleri hastane hizmetleri ile dengeli bir işbirliği içinde tedavinin etkililiğini sağlayabilmelidir.

Ensari ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılan Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde verilen hizmetlerle ilgili izleme çalışmalarının sonucunda, TRSM’de ruhsal toplumsal uyumlandırma çalışmalarının tümünün yararlı ve gerekli olduğunu bildirmişlerdir

(s:113). Yine Gül ve arkadaşları tarafından, Toplum Ruh Sağlığı Merkezine 6 aydır düzenli takip edilen şizofreni hastalarının sosyo-demografik verilerinin ve klinik özelliklerinin incelendiği çalışmalarında: hastalık belirtilerinin şiddetinin önemli oranda azaldığı ve yatış gerektirecek düzeyde alevlenme yaşamadıkları saptanmıştır (Gül, Can, Şahin, Şahin ve Şimşek, 2014: 18). Üstün ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada rehabilitasyon programlarına katılan şizofreni hastalarının tedaviye uyumları, katılmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (Üstün, Küçük ve Buzlu, 2018: 77). Bu çalışmalar, hastaların toplumuna uyumlu ve toplumun etkin birer üyesi haline gelebilmelerinin sağlanmasında gerekli tüm müdahale yöntemlerini uygulamakla mükellef olan toplum ruh sağlığı merkezlerinde verilecek olan hizmetlerin önemini işaret etmektedir.

Şizofreni hastasının tedavisi ve rehabilitasyonunda vaka yönetimi, hemşirelik hizmetleri, mesleki rehabilitasyon ve hastane dışı tamamlayıcı tedavi, hastane içi tedaviden çok daha uygun ve etkilidir. Hastanın taburcu edildikten sonra ilaç tedavisine devam etmesi genelde gerekli olmasına rağmen tek başına ilaçlar nüks ve alevlenmeyi önlemeye yetmemektedir. Hasta hastaneye kaldırılıp taburcu edildikten sonra, etkili bir vaka yöneticisi ile sağlıklı bir ilişki kurularak, hastanın yeni şartlarına alışması için sosyal izolasyon olmadan günlük yaşam aktivitelerine yavaş yavaş geri dönüşü sağlanmalıdır. Buna ek olarak şizofreni hakkında verilecek eğitim ve hastalığın onların hatası olmadığını anlatmak gibi yöntemlerle duygu dışavurumları yüksek olan ailelere yapabilecek müdahaleler hastalar için çok önemlidir. En iyi ilaçlar dahi hastanın sınırlılıklarını görmesini ve insanlar üzerinde yarattığı etkiyi görmesini sağlayamaz; korunaklı iş yerleri ve barınacak yer ayarlayamaz arkadaşlıklar ve ilişkileri kuramaz, aile içi ilişkilerini düzenleyemez, öz bakım becerisi geliştiremez, yeti yitimini rehabilite edemez ve hastanın bu çabalarını izlemeyi sağlayamaz. İlaçlar hastanın yaşadığı sorunları meşru kılmaz ve buna rağmen bir hayatına devam etmesi için hastayı teşvik etmez bu konudaki sorumluluk kesinlikle toplum ruh sağlığı merkezlerindeki ekibin gerçekleştireceği psiko-sosyal, mesleki ve toplumsal müdahalelerle sağlanabilir (Yalom, 2014:182-83).

Bilinenin aksine ağır ruhsal hastalığı olan hastaların çoğu kişiye özgü terapi ve rehabilitasyon programlarıyla çeşitli derecelerde üretime de katkıda bulunabilirler. Hastaların vaka yöneticileri tarafından yakından değerlendirilmesiyle uygun hastalar terapi ve rehabilitasyon programlarına dahil edilebilir, böylece hem bakım verenin yükü azaltılabilir hem de hastanın evden çıkmasıyla sosyal geri çekilme önlenir; böylece sosyal

işlevsellikte artma, üretime katkı ve özgüvende artış, kendine yetebilme, ailenin gelirinin artması gibi pek çok kazanım sağlanabilir (Alataş, Karaoğlu, Arslan ve Yanık, 2009: 27-28).

Toplum ruh sağlığı merkezleri aynı zamanda sosyal beceri eğitimlerinin verildiği yerlerdir. Sosyal beceri eğitimi, şizofreni hastaları kişilerarası ilişkilerin yönetimi ve toplumsal alanlardaki bulunabilmeleri için bağımsız yaşam becerileri kazanmalarını sağlayan davranışsal teknikleri kullanan öğrenme etkinliklerinden oluşur. Eğitimin türü ve sıklığı hastalığın düzeyi ile bağlantılı olduğundan, hastalar çok çeşitli sosyal ve bağımsız yaşam becerilerini öğrenebilir ve var olan yetilerini koruyabilirler. Günlük yaşamda kullanılacak becerilerin genelleştirilmesi ise ancak hastalara becerileri ilgili uygulamalarda fırsatlar, teşvikler ve pekiştirmeler sağlandığında ortaya çıkacaktır. Bu konuda da ailenin desteği önem kazanmaktadır (Kopelowicz, Liberman ve Zarate, 2006: 12). Bu bağlamda toplum ruh sağlığı merkezleri, hastaya özgü gereksinimlerinin bütüncül bir bakış açısıyla hazırlanan tedavi planları ışığında aile ile birlikte hareket ederek, gerekli kurumlararası işbirliğiyle hastaların toplum içinde yaşamlarına devam etmelerini sağlayacak uygulamaları gerçekleştiren yegane kuruluşlar halini almıştır.

1.8. Psikiyatrik Sosyal Hizmet

İnsanın bio-psiko-sosyal bir varlık olduğu kabulüyle genel sağlıkta olduğu gibi ruh sağlığı alanında da hastanın tedavisi bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Zira Dünya Sağlık Örgütü de sağlığın birbirinden bağımsız olmayan bileşenlerinden birinde yaşanan sorunun diğer bileşenlerde de sorunlara yol açacağını kabul etmektedir. Bu tanımın temel yaklaşımını tıbbın sağlık sorunlarını bütüncül bakış açısıyla ele alma zorunluluğu oluşturmaktadır (Oral ve Tuncay, 2012: 94).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre, ruhsal hastalıklar dünyada yeti kaybına yol açan 10 hastalıktan beşini oluşturmaktadır ve şizofreni hastalığı engellilik nedenleri arasında dokuzuncu sırada yer almaktadır (Murray ve Lopez 1996: 21). Ruhsal bozukluklar uygun yöntemlerle ve yeterince tedavi edilemediği zaman engellilik nedeniyle verimlilik kaybı, bakım verenler üzerinde artan yük, erken ölümler gibi pek çok olumsuz sonuçlarla karşılaşmak kaçınılmaz olmaktadır. Bu durumda hastalık bireye ve aileye olan yükleri yanında toplumsal maliyetleri de beraberinde getirmektedir.

Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasına göre, Türkiye’de ruh sağlığı verileri incelendiğinde; ulusal hastalık yükü değerlendirmesinde psikiyatrik hastalıklar kalp sağlığı hastalıklarından sonra %19 ile ikinci sırada yer aldığı, nüfusun %18’inin yaşamı boyunca mutlaka ruhsal bir hastalıkla karşılaştığı, çocuk ve ergenlerde patolojik olarak değerlendirilen davranış oranının ise %11 olduğu tespit edilmiştir. Yine engellilikle kaybedilen yaşam yıllarında psikiyatrik hastalıkların ilk sıralarda olduğu görülmektedir. Ruhsal hastalıklar gerek sosyal, gerek ekonomik, gerek hukuki ve gerekse de tıbbi boyutlarda yaşanan sorunlarla hastaları onların ailelerini ve toplumu çok çeşitli alanlarda etkilemektedir. Ruhsal bozuklukların gün geçtikçe artar hale gelmesi ve yaygınlığının yüksekliği dolayısıyla toplumların hastalık yükü de artmaktadır. Bu durum da dünyada olduğu gibi Türkiye’de de psikiyatrik hizmetlerde ciddi dönüşümlerin yaşamasına neden olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2011: 5). Esasen bu dönüşümlerin hastalığın bireysel ve toplumsal maliyetlerinin düşürülmesinde çok yönlü yaklaşımın gerekliliğinin kabulüyle ortaya çıktığını söyleyebiliriz. Bu bağlamda sosyal hizmet uzmanlarının bir ruh sağlığı profesyoneli olarak üstlendiği görev ve rolleri önemli toplumsal kazançları beraberinde getirmektedir diyebiliriz.

Özellikle ağır psikiyatrik bozukluğu olan hastaların pek çok işlevsellik alanlarında yaşadıkları yeti kayıpları, damgalama ve dışlama gibi toplumsal sorunlarla birlikte düşünüldüğünde hasta birey ve ailesinin yaşadığı sorunların da çok yönlü boyutlarının olduğu ve bu nedenle de sosyal hizmet müdahalelerine mutlaka gereksinim duyulacağı aşikârdır.

Psikiyatrik sosyal hizmetin temel amaçlarından biri bireyin tedaviyi uyumunu sağlayarak, bakımını kolaylaştırmak, ailenin yaşadığı stresi azaltmak ve hastalığın getirdiği sorunların çözümünde gerekli müdahale planlarının geliştirip uygulanmasını sağlamaktır (Bulut, 1998, s: 1329- 1332).

Attepe’nin (2015) Tilbury’den (2002) aktararak ifade ettiği gibi; psikiyatrik sosyal hizmet, ruh sağlığı bozukluğu olan bireyler ve ailelerine, politika ve hizmet geliştirilmesi, stigma ile mücadele gibi topluma yönelik çalışmaları içeren sosyal hizmetin mesleğinin önemli bir alanıdır. Koçak ve Taylan (2018)’nin İstanbul’da bir TRSM’de gerçekleştirdikleri çalışmalarında, “şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin, genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre durumunun azaldığı”nı saptamışlardır. Bu araştırma sonucu da sosyal

hizmet uzmanlarının damgalamaya yönelik çalışmalarının hasta ve tedavisi için önemini ve ciddiyetini göstermektedir (Koçak ve Taylan, 2018: 622). Sosyal hizmet uygulamalarının asli amacı, hastaya en uygun hizmetin sunulmasını sağlamak, kaynak bulmak, sosyal işlevselliğini sağlamak, gelişim ve değişimine katkıda bulunmak, haklarını talep etmede yetersizlik yaşayan bireyler için savunuculuk yapmak, bireylerin haklarını korumak ve kendileriyle ilgili konularda kendi kararlarını alabilmelerine öncülük etmektir. Bunun yanında hastaların aleyhine olan toplumsal tutum, şartlar ve politikaları etkilenmesi ve dönüştürülmesi de önemli sorumluluklardandır (akt: Özden, 2015).

Psikiyatrik sosyal hizmet, bireyin bilişsel, emosyonel ve davranışsal, sosyal işlevsellik alanlardaki bozukluklarıyla ilgilenen, psikiyatri, klinik çalışma ve teori bilgisini içeren, ruhsal bozukluğu olan hastaların tedavi sürecindeki sağaltımı ve bakım sorunlarıyla ilgilenen, en önemlisi de çevresi içinde birey anlayışıyla hareket ederek, hastaların toplumsal hayatın bir öznesi olabilmesini hedefleyen sosyal hizmet alanıdır (Abay ve Çölgeçen, 2018: 2158).

Uluslararası Sosyal Çalışmacılar Birliği'nin (NASW) 2005 yılında yayınladığı Sosyal Hizmet Uygulamasında Klinik Sosyal Hizmet için NASW Standartları'nda psikiyatrik sosyal hizmetin bireylerin, çiftlerin, ailelerin ve grupların ruhsal, zihinsel, davranışsal ve duygusal sorunlarıyla ilgili çalışmalar yaparak, onların sosyal refahına odaklandığını belirtilmiştir. Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanını ise, çocuk refahı, yaşlı refahı, eğitim sosyal hizmeti, sağlık alanlarında teşhis konulmuş zihinsel, duygusal ve davranışsal rahatsızlıkları olan kişilerin tedavisinde bütüncül bakış açısına sahip bireyi çevresi içinde ele alan önemli sağlık uygulayıcıları olarak tanımlamıştır. Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanının lisans eğitimi sonrası psikiyatri alanında yapılacak yüksek lisans eğitimi ve diğer süpervizyon ve eğitimlerini almış olması gerektiği ifade edilmiştir (NASW, 2005: 7).

Çalık ve Ceyhan'ın (2016) Golightley' den (2008) aktardıkları psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının ruhsal rahatsızlığı olan bireylere uyguladıkları müdahaleleri şu sıralanmıştır.

- Hasta ve ailelerine yönelik eğitim,

- Hastanın yaşadığı ortamdaki stres yaratan etkenlerin azaltılmasına ya da ortadan kaldırılmasına yardımcı olmak,
- Toplum kaynaklarıyla hastaların buluşmasını sağlamak,
- Davranışları değişikliği oluşturmada uygun teknikleri kullanmak,
- Hastanın ilaç uyumunu sağlamaya yönelik süreci yönetmek,
- Gerekli hallerde hasta bireyin savunuculuğunu üstlenmek,
- Diğer kurumlar ve profesyonellerle irtibat kurmak.

1.9. Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uygulamalarında Sosyal Hizmet Uzmanının Rolü

Psikiyatrik ortamda sosyal hizmet mesleğinin çok yönlü rol ve sorumlulukları bulunmaktadır (Oral ve Tuncay, 2012: 93-114) ve kesinlikle psikiyatrik sosyal hizmetin psikiyatri alanındaki rolü, genel sosyal hizmet bağlamından kopuk değildir (Özdemir, 2018: 70).

Ruh sağlığı alanındaki sağaltım çalışmalarında sosyal hizmet uzmanı hastanın sosyal işlevselliğinin sağlanmasında kilit role sahiptir. Toplumun ruh sağlığının korunmasında, geliştirilmesinde, hastaya tanı koyma aşamasında, sonrasındaki tedavi ve takip aşamasında, iyileştirme ve uyumlandırma süreçlerinde yani sağlığın her aşamasında sosyal hizmet uzmanlarının psikiyatri alanında pek çok rolü vardır (Oral ve Tuncay, 2012: 94).

Psiko-sosyal tedavi yöntemleri olmazsa olmaz sosyal hizmet uygulamalarıyla birlikte anlamını kazanmakta ve sosyal hizmet uzmanlarının becerileriyle uygulamaya konmaktadır (Özden, 2018: 200).

Sosyal hizmet uzmanı ruh sağlığı uygulamalarının tüm aşamalarında tedavinin bir parçasıdır. Mesleki uygulamalar temel sosyal hizmetin bilgi gövdesi özelde de psikiyatrik sosyal hizmet bilgi ve becerisiyle gerçekleştirilmektedir. Sosyal hizmet uzmanları, hasta ziyaretlerine katılır, bireysel ve grup çalışmalarını yürütür, gerekli hallerde ev, işyeri / okul ziyaretleri düzenler, sosyal işlevsellik etkinlikleri (uğraşı, spor, gezi, vb.) planlar ve taburculuktan sonraki sağaltım sürecini takip eder. Sosyal hizmet uygulamaları klinik ve toplumsal olmak üzere iki grupta sınıflandırılabilir (Oral ve Tuncay, 2012, ss: 93-114).

A-Klinik Düzeyde Roller

Uzmanın klinik düzeydeki rollerini Oral ve Tuncay (2012) aşağıdaki gibi sınıflandırmıştır (s: 105-9) :

Sosyal İnceleme:

Hastanın yaşadığı oramda yapılan sosyal inceleme, hastaya doğru tanının konulması ve sonrasında da uygun tedavi planının geliştirilmesinde çok önemli katkı sunmaktadır. Sosyal inceleme, tanı, tedavi ve taburculuk aşamalarının tümünde yapılabilir. Sosyal inceleme, tedavi ekibinin hasta ve yaşadığı ortamın özelliklerini, hastalık öyküsünü, sosyal destek mekanizmalarını, aile içi ilişki ve iletişimini, sosyal işlevselliğini, riskli yaşamsal durumları ve güçlü güçsüz yanlarını ayrıntılı biçimde öğrenmesini sağlar.

Psiko-Eğitim ve Danışmanlık:

Hasta ve yakınlarına hastalığın doğasına ilişkin bilgilendirme, hastalığı sosyal ilişkiler üzerindeki etkisi ve bu ilişkilerin yeniden yapılandırılmasına yönelik çalışmalar, eğitim / iş hayatı gibi hususlarda eğitim verilebilir, bilgilendirici danışmanlık yapılabilir. Bu bağlamda psiko-eğitim hasta ve aileye hastane dışındaki tedavinin devamında ve bakım sürecinde yardımcı olarak, hasta ve ailenin yaşadıkları sorunlarla baş edebilmesini sağlayarak, toplumda uyumlu ve etkin bir yaşam sürmelerini sağlamayı amaçlamaktadır.

Taburculuk Planlaması:

Hekimle işbirliği içinde hastalar için taburculuk planı geliştirip gerekli müdahale planları düzenlenir. Hastanın psiko-sosyal, ekonomik, barınma, bakım vb. gereksinimleri giderilerek hastane sonrası sürece hazır hale getirilir. Hastanın ihtiyacı doğrultusunda bakım kurumuna yerleştirilmesi sağlanır. Hastanedeki tıbbi tedavinin devamında taburculuk sonrası bakım ve takip hasta, ailesi, tedavi ekibi ve diğer pek çok kurumla işbirliği gerektiren bir süreçtir. Taburculuk planlamasının çok yönlü değerlendirmelerle oluşturulmuş müdahaleleri içermesi tedavinin uzun vadedeki başarısında etkilidir.

Bireyle Çalışma:

Hasta ve ailelerine yönelik psikolojik, duygusal ve en önemlisi sosyal çevre kaynaklı sorunlarla mücadele edilmesi, tedavi ve ilaç uyumu, aile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sonrası toplumla entegrasyon sağlanması gibi konularda bireyle çalışma uygulamaları yapılır.

Grup Çalışması:

Grup çalışmaları yatarak tedavi gören hastaların taburculukları sonrasında toplumsal yaşama adaptasyonu, sorun çözme becerilerini geliştirme, sosyal destek mekanizmalarını tespit ederek çevre ile etkileşim becerilerini güçlendirmek gibi amaçlarla yapılır. Grup çalışmaları yataklı tedavi sürecinde bulunan, taburculuk aşamasına gelmiş veya periferde takip edilen hastalar ve aileleri için yürütülebilir.

Savunuculuk:

Sosyal hizmet uzmanı hastalık sebebiyle haklarını koruma ve savunmada yetersizlikler yaşayan ve bu konuda desteğe ihtiyaç duyan hastanın iyiliğinin sağlanması için hastanın ihtiyaç duyduğu hizmete ilişkin toplumsal

kaynaklarla bağlantı kurmasında destek olarak gereken hizmetlere ulaşmasında savunuculuk rolünü yerine getirir.

B- Toplumsal Düzey Roller

Toplumsal düzeyde gerçekleştirilen roller beş başlık altında toplanmıştır:

Ruhsal Risk Taraması:

Psikiyatrik hastalıklar açısından riskli gruplara yönelik tarama çalışmaları yapılarak ruh sağlığı bozukluklarıyla sosyal sorunlar arasındaki neden sonuç ilişkisini saptamaya yönelik araştırmalar yapılır. Böylece toplumun ruh sağlığını olumsuz etkileyen toplumsal tutum, davranış ve uygulamalar tespit edilir. Bu tarama çalışmalar uygun sağıaltım yöntemleriyle birlikte hastalığın seyrinde de olumlu etkiler sağılayacaktır. Düzenli olarak yapılan tarama çalışmaları sonrası gerekli tıbbi hizmetlerin sağılanarak takiplerinin yapılması tedaviden alınacak olumlu sonuçları beraberinde getirecektir.

Önleyici Psikiyatrik Hizmetler:

Psikiyatrik bozukluklar önemli toplum sağlığı sorunudur; ilgili alanda koruyucu sağılık çalışmalarının yürütülmesi toplumun geneli için de mecburidir. Koruyucu hizmetler birincil, ikincil ve üçüncül koruma basamaklarından oluşur. Birincil koruma: oluşabilecek problemin önlenmesine yönelik çalışmaları, ikincil koruma: problemi erken aşamada tespit ederek çözümüne yönelik çalışmaları, üçüncül koruma: bariz derecede etkileri görülmeye başlanmış olan problemi daha fazla zarar vermeden ya da başkalarını da etkilemeden önlemeye yönelik çalışmaları kapsamaktadır. Sosyal hizmet uzmanları koruyucu ruh sağlığı hizmetleri kapsamında bu kapsamda projeler üreterek uygulamalar yapabilir.

Sosyal İçerme:

Psikiyatri hastaları ve yakınları ile çalışmada uzmanların önem verdikleri bir başka önemli konuda ruh sağlığı hastalığı olanlara yönelik ayrımcılık ve damgalama ile mücadeledir. Toplumsal etiketleme ile baş etmek için yapılan girişimler ruh sağlığı alanında psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarının en önemli ayaklarından. Çünkü damgalama hasta bireyi etkilemesinin dışında ailesini ve çevresini de olumsuz olarak etkilemekte ve bir süre sonra hastalar ve aileleri de bu durumu içselleştirilerek kendilerine dönük negatif duygular geliştirebilmektedir. Bu süreç tedavinin seyri açısından da önemli bir yordayıcı olmaktadır. Bu kapsamda sosyal hizmet uzmanı toplumsal entegrasyon, fırsat eşitliğini tevzi etme, yaftalama ve her çeşit ayrımcılıkla başetme konularındaki faaliyetleri destekler ve uygulanmasını sağılar.

Toplum Eğitimi:

Ruhsal bozukluğu olan kişilere yönelik yanlış inanışlarla gelen damgalama nedeniyle hastalar genellikle toplumdan izole, yalnız yaşamak zorunda kalmaktadırlar. Psikiyatrik hastalıklara yönelik etiketleme ve bu durum nedeniyle hastaların izole edilmesi, hastaların ve ailelerin iyilik hallerini bozmakta, tedaviye uyumlarını önemli oranda olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanının toplumu, ruh sağlığı hastalıkları konusunda

bilinçlendirme ve bilgilendirmeye yönelik eğitim çalışmalarını planlayıp yürütmesi en önemli rolleri arasındadır.

Hizmet Geliştirme:

Sosyal hizmet uzmanı öncelikle toplumun riskli alanlarda bulunan bireyler olmak üzere toplumun genelinin psikolojik iyilik halinin sağlanması, psikiyatrik hastalıkların önlenmesi ve sağaltım hizmetlerinin planlanarak uygulanmasında rol almaktadır. Sosyal hizmet uzmanları toplumsal ve ekonomik açıdan pek çok alanda dezavantajlı durumda olan gruplar üzerine odaklanmalı ve bu gruplara yönelik uygun hizmetler geliştirilmesine yönelik sosyal politikalara yön vermelidir.

1.10. Ekolojik Sistem Yaklaşımı ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet

Her insan, birbirinden farklı sistemlerin etkileşim içinde olduğu bir çevrede dünyaya gelir. Bunlar aile, eğitim, siyaset, inanç, ekonomik ve kültürel sistemler gibi örneklendirilebilir. Bireyler bu sistemler dünyası içinde çok yönlü paylaşım ihtiyaçları için diğer insanlarla iletişim kurar ve etkileşim sağlar. Bu iletişim ve etkileşim süreçleri bireyi pozitif ya da negatif yönde etkileyebilmektedir. Yani bireyin olaylar karşısında takındığı tutum, davranış ve alışkanlıkları, duygu ve bilinç düzeyi, yaşadığı sosyal çevre içerisindeki gündelik hayat pratiklerinde meydana gelen etkileşimler doğrultusunda şekillenmektedir (Danış, 2006: 46).

Tüm bunlara ek biyo-psiko-sosyal sistemlerde yaşanan hızlı gelişme ve değişim, ruh sağlığı hastalıklarına yaklaşım biçimini önemli ölçüde etkilemiş, her yaş grubundan ruhsal bozukluk yaşayan bireylerin tedavi ve rehabilite edilerek sosyal hayata hazır hale getirilmesi tıbbi psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarının temel amacı olmuştur. Ekolojik yaklaşım uzmanlara farklı sorun alanlarında yürütmüş oldukları sosyal hizmet müdahaleleri için çoklu sistemler düzeyinde (mikro-mezzo-makro) zengin bir bakış açısı sunmaktadır. Yaklaşım mikro düzeyde psikoterapiden, makro düzeyde kapsamlı ruh sağlığı tedavi politikalarının hayata geçirilmesine değin müracaatçı sisteminin yaşam kalitesinin ve sosyal refahının arttırılmasına yönelik geniş bir uygulama perspektifi sağlamaktadır (Pardeck 1988: 134).

Bu yaklaşım çerçevesinde bireyi tekil olarak değil, geniş sosyal ağlardan oluşan toplumsal bağlam içerisinde ele alınması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Yani insanın ortaya koyduğu davranış biçimi birey ve çevre arasındaki karşılıklı interaksyonun bir sonucudur. Çevresel sistemlerde ortaya çıkan değişim diğer sistemleri de sirayet

etmektedir. Örneğin, aile üyelerinin birinin aniden şizofreni teşhisi almasıyla iletişim kalıplarında meydana gelen bir değişim, hastayı, aileyi ve ailenin yaşantısını olumsuz yönde etkileyecektir (akt: Danış, 2006: 46).

Bilindiği gibi sosyal hizmet disiplininin meslek uygulamalarında kullandığı yaklaşımların en başında medikal model anlayışı vardır. Bu değerlendirme çerçevesinde de sorunları olan bireyler çeşitli medikal tanımlar almaktadırlar. Daha sonraki süreçte müracaatçıların sorunlarına neden olan faktörler arasında çevresel faktörlerin önemli olduğu görülmüş ve ekolojik perspektife odaklanılmıştır. Sorunların nedenini sadece bireylerde aramanın aynı zaman da sorunu olan bireyi suçlamak anlamına geldiği inancı önem kazanmıştır. Bu perspektif, bireyler ile fiziksel ve sosyal çevreleri arasındaki işlevi bozulmuş etkileşimleri vurgulayan ve kavramlaştıran “çevresi içerisinde bireyi” odak alan bir yaklaşımdır (Zastrow, 1995, Acar ve Acar, 2002: 29). Görüyoruz ki bu model tarihsel süreç içerisinde değişen ruh sağlığı yaklaşımlarıyla da uyumlu bir süreç izlemiştir.

Yaşam modeli de denilen ekolojik sistem modeli sosyal hizmet müdahalesinin odağını oluşturan birey, bireyin çevresi ve çevresel sistemler ile etkileşimi anlamaya çalışır. Bireyin yaşam döngüsüne ve büyüme sürecine ile ilgili kavramları içeren bu model ruh sağlığı bozukluğu yaşayan bireyler çevreleriyle etkileşime girerler. Bireyin herhangi bir nedenle yaşamış olduğu multifaktöriyel değişiklikler nedeniyle hastalığın ortaya çıkmasına odaklanır. Bu model kapsamında yapılacak müdahalenin sonucunda, ruh sağlığı bozukluğu yaşayan hastalar ve bakım vericilerin hastalığa uyum kapasitelerinin artırılması ve sosyal destek mekanizmalarının etkisinin artması beklenmektedir (Kabadaki, 1995: 79).

Ekolojik yaklaşımın odağı, insanoğlunun gelişmesi, büyümesi ve potansiyelleri üzerinedir, çevrelerinin özellikleriyle birlikte bireylerin potansiyellerinin ortaya konulmasını desteklemek ya da yetersizlik yüzünden desteklememek söz konusudur. Birey ile çevresi arasındaki uyumu incelerken sosyal hizmet uzmanı, çevrenin biyo-psiko-sosyal yansımalarını ve kültürün bunlar arasındaki karşılıklı etkileşimini nasıl etkilediğini göz önüne almalıdır. Sosyal çevre, toplum içindeki insan iletişimini ve ilişkileri kapsar. Bu etkileşimler aile ve arkadaşlarla, sosyal ve toplum ağlarıyla, çevrenin kendini düzenlemesi ve işleyişini sürdürmesini şekillendiren, politik, yasal ve ekonomik yapılar gibi toplumsal yapılarda olabilir (akt: Teater, 2015: 8).

Toplumsal yapının ve kurumlarının gün geçtikçe karmaşık bir hal almasıyla, bireyler de daha zor sorunlarla mücadele etmek durumunda kalmaktadırlar. Bu husus bireylerin toplumla bütünleşmesinde sorunlara yol açmakta, bireysel ihtiyaçlar ve toplumsal kaynaklar arasındaki uyumsuzluklar kişilerin ruh sağlığının bozulmasına yol açan önemli stresörler haline gelmektedir. Bireylerin ruh sağlığında bozulmaya yol açan stresörlerle mücadele edebilmesi için bireyin ihtiyaçları ve çevresel olanaklar arasında bir denge sağlanması gerekmektedir. Sosyal işlevsellik ve uyumun sağlanabilmesi adına insanların çevrelerinde bulunan unsurlar ile yeri geldiğinde baş etme becerilerini geliştirmesi gerekmektedir. (Akt: Danış, 2006: 47). Şizofreni hastalığının etiolojisinde kabul gören stres-zorlanma modelinde de hastalığın ortaya çıkışının bireyin yaşadığı stresle baş edemediği esasına dayandığı bilinmektedir.

Birey-çevre uyumu ekolojik yaklaşımın merkezindedir. Olumlu bir birey-çevre uyumu olduğunda, birey kendisinin ve çevresinin insan gelişimini ve potansiyelini destekleyen kaynaklara sahip olduğuna dair algıları ve güvenlik duygularını içeren bir tür adaptasyon hisseder. Buna karşılık olumsuz bir birey-çevre uyumu bireylerde güvenlik hissi eksikliği ile sonuçlanır ve bireyler gelişimlerini destekleyecek ve sürdürecekt yetersiz bireysel ve çevresel kaynaklar olduğunu deneyimler (akt: Teater, 2015: 8). Çalışmalarında ekolojik sistem yaklaşımını kullanan sosyal hizmet uzmanlarının amacı; birey ile çevresi arasındaki uyumunu analiz ederek bu uyumun düzeyini artırmak için gerekli çalışmaları yürütmektir. Yani sosyal hizmet müdahalesi tek başına bireye değil içinde bulunduğu çevresel sisteme de yönelik olmaktadır (Teater, 2015: 37).

Ruh sağlığı hizmetlerinin tarihsel gelişimine baktığımızda dünya genelinde üç farklı modelden bahsedilmektedir. Bunlar; tarihsel sıralamaya göre: hastane ortamında tedavi modeli, toplum temelli model ve karma model olarak belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 21-5). Batı’da ilk defa İtalya’da olmak üzere 1970’li yıllarda hastane ortamında tedaviye dayalı ruh sağlığı hizmetlerinden toplum içerisinde sağaltım amacı taşıyan toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçilmiştir (Ensari vd., 2013: 109).

Hastane temelli modelle hastanın sadece tıbbi tedavisine odaklanılmakta, hastalığın ortaya çıkmasına neden olabilecek pek çok psiko-sosyal sistem göz ardı edilmekteydi. Ruh sağlığı bozukluklarına yaklaşımdaki bütüncül bakış açısına göre “sorun” bir halk sağlığı sorunu olduğu için hastalık belirtilerinin arttığı dönemde hastanın hastaneye yatırılıp taburcu edildikten sonra da hastalığı tetikleyen pek çok psiko-sosyal sorunla baş

başa bırakıldığı hastane temelli model artık geçerliliğini yitirmiş ve hastayı tüm çevresel sistemlerle birlikte ele alan toplum içinde sağaltımı öngören tedavi yaklaşımına geçilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Toplum temelli hizmet modeli ile TRSM’lerde birçok meslek grubundan oluşan ekiple belirlenmiş bir bölgede yaşayan, şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastaların merkezde ve ihtiyaç duyulması durumunda kendi yaşadıkları ortama ziyaretleri yapılarak düzenli izleme, tedavi ve uyumlandırmalarının sağlanarak hastaların topluma yeniden kazandırılması amaçlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Merkezde, psikiyatri uzmanı, psikolog, psikiyatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, ergoterapist, uğraş terapistinden oluşan profesyonel bir ruh sağlığı ekibi görev yapmaktadır. Sosyal hizmet uzmanı da merkezin kuruluş felsefesine uygun olarak hastayı ve ailesini çevresi içinde birey anlayışından hareketle ele alarak mesleki çalışmalarını yürütmektedir.

NAWS psikiyatrik sosyal hizmet uzmanını, çocuk refahı, yaşlı refahı, eğitim sosyal hizmeti, sağlık alanlarında teşhis konulmuş zihinsel, duygusal ve davranışsal rahatsızlıkları olan kişilerin tedavisinde bütüncül bakış açısına sahip bireyi çevresi içinde ele alan önemli sağlık uygulayıcıları olarak tanımlamıştır (2005: 7).

Sosyal hizmet uzmanları, hastaların toplumsal entegrasyonunu sağlayarak, çevreleriyle yaşadıkları uyumsuzlukları gidermeye çalışırlar. Çevresi içinde birey anlayışıyla ortaya çıkan ekolojik sistem yaklaşımı Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerindeki sosyal hizmet uzmanlarının hastalar ve aileleriyle yürüttükleri çalışmalarında olmazsa olmaz bir yaklaşımdır (Çalık ve Ceyhan, 2016: 1064) .

Sosyal hizmet uzmanlarının ekolojik sistem yaklaşımı kapsamında TRSM’lere devam eden bireyler ve yakınlarıyla yürüttükleri mesleki çalışmalarda altı temel mesleki rol ve işlevleri olduğu söylenebilir. Bunlardan ilki rehberlik ve danışmanlık sağlamaktır (conferee), bu rol müracaatçı ve yakınının sorunlarını çözmede birincil öneme sahip olup; mesleki çalışma yürütülen birey ve yakınlarının sorunlarını çözme sürecinde onların uygun kaynaklara yönlendirilmesi sürecini kapsamaktadır. Uzmanların yaklaşım kapsamındaki ikinci rolleri müracaatçıyı etkinleştirme ya da sorunlarıyla mücadelede onları muktedir hale getirme (enabler) eylem ve etkinliklerini kapsamaktadır. Burada çevresel değişkenlere müdahale etmek büyük önem taşımaktadır. Uzmanların yaklaşım

kapsamındaki üçüncü rolleri aracılıktır (broker), müracaatçının gereksinimleri ile toplumdaki mevcut kaynakların ilişkilendirilmesi, bir araya getirilmesi süreci bu rol kapsamında ele alınmaktadır. Uzmanların dördüncü rolleri arabulucuktur (mediator) bu rol kapsamında sağlık sisteminde farklılıklar gösteren alt sistemlerin ortak amaçlar noktasında uzlaştırılması hedeflenmektedir. Beşinci rol savunuculuk (advocater) rolüdür. Burada amaç müracaatçı ve yakınlarının haklarının savunulması, mevzuat hususunda aşamadıkları engelleri aşabilmeleri hususunda desteklenmeleridir. Uzmanların ekolojik sistem yaklaşımı kapsamında altıncı ve son rolleri ise koruyuculuk (guardian) rolüdür. Sorunlar meydana gelmeden evvel koruyucu ve önleyici tedbirlerin alınmasını ifade eder (Pardeck, 1988: 135).

TRSM’lerdeki hizmet sunumundaki yaklaşım ekolojik sistem yaklaşımıyla tam olarak örtüşmekte olduğu ve sosyal hizmet uzmanının ekolojik sistem yaklaşımıyla sorunu tüm yönleriyle değerlendirip; hasta, bakım verici ve toplum arasındaki etkileşimleri tespit ederek, hasta ve ailenin yaşadığı sorunları çözme becerisi geliştirme ve uyum kapasitesi üzerinde durarak yaşanan problemlerin çözümünde aktif rol oynayacağı söylenebilir.

Sosyal hizmet uzmanları, çalışmalarında ekolojik sistem bakış açısından faydalanarak bireyi çevresi içinde değerlendirir ve hastaya, hastanın ailesine ve çevresindeki sosyal sistemlere odaklanır (Oral ve Tuncay, 2012: 104). Böylece hasta ve ailesinin sosyal çevresi içinde (iş, okul, yardım kurumları, akrabalar vd.) yaşadığı sorunlara müdahale ederek hasta ve ailesinin psiko-sosyal iyiliğini sağlamaya çalışırlar.

Şizofreni hastalarının sağaltım sürecine hastanın yanı sıra ve ailenin de etkin katılımının sağlanması hastalığın seyrine ve iyileşmeye olumlu katkılar sunacaktır (akt: Kuşçu, Duman, Akman, Üçok ve Göktepe, 2006: 195). Bu nedenle sosyal hizmet uzmanının hasta ve ailesine yönelik uygulayacağı psiko-sosyal müdahaleler hasta, aile ve toplumun refahı için önemli çalışmalardır.

Sağlık Bakanlığı’nın ülkemiz için açıkladığı sağlık stratejilerinde gösterilen hedeflerden 8.’ si “ruh sağlığının geliştirilmesi” ve “halkın psiko-sosyal iyilik halini geliştirmek ve ruhsal bozukluğu olan bireylere özel bakım sağlamak” şeklindedir. Dolayısıyla sosyal hizmetin ruh sağlığı alanındaki ekolojik bakış açısıyla gerçekleştirdiği psiko-sosyal sağaltım çalışmalarının sağlık politikalarının uygulanmasında esas alındığı ifade edilebilir (Çalık Var ve Ceyhan, 2016: 1067).

BÖLÜM 2: GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli

Araştırmada nicel araştırma (quantitative research) yöntemi kullanılmıştır. Veriler doğalcı çalışma yaklaşımı yani incelenecek konuya müdahale edilmeden, tarama yaklaşımı (survey) ile kesitsel (cross sectional) biçimde ve tek ölçüm yapılarak toplanmıştır. Veri toplama sürecinde bağımsız değişkenlerdeki değişimin ne zaman meydana geldiği hususu dikkate alınmamıştır (Reid ve Smith 1989: 91-93; Rubin ve Babbie 1997: 346).

Tarama araştırmaları sosyal bilimlerde sıklıkla başvurulanan araştırma modelleridir. Kavramlar ve olgular ile ilgili kendi bağlamı içerisinde için orijinal bilgiler elde edebilmek, geniş nüfus gruplarını direkt inceleyerek betimleyebilmek için elverişli bir veri toplama tekniğidir. Tarama araştırmalarından; birden fazla amaç doğrultusunda yararlanılabilir. Bunlar sırasıyla keşif, betimleme ve açıklamadır (Rubin ve Babbie 1997: 346).

Üretilen bilgi niteliği açısından araştırma betimsel bir çalışmadır. Genel tarama modeli takip edilerek veriler toplanmıştır. Genel tarama modelleri, bir kanıya varabilmek için genel bir evrenden alınacak bir örnekleme dair tarama yöntemidir. Genel tarama düzenlemeleri tekil ve ilişkisel tarama olmak üzere ikiye ayrılır. Araştırmada bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi belirleyebilmek için ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır (Karasar, 1995: 81-82).

2.2. Araştırmanın Denenceleri

Araştırmada aşağıdaki toplam on beş (15) denenceye cevap aranmıştır.

Denence 1: Erkek şizofreni hastalarına bakım veren kişilerin duygu dışavurum puanları, kadın şizofreni hastalarına bakım verenlere göre daha yüksektir.

Denence 2: Şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerin duygu dışavurum puanları, hastaların yaşına göre farklılık göstermektedir.

Denence 3: Şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerin duygu dışavurum puanları, hastanın medeni durumuna göre farklılık göstermektedir.

Denence 4: Şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerin duygu dışavurum puanları, hastanın gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.

Denence 5: Çalışma hayatı olan şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerin duygu dışavurum puanları, çalışma hayatı olmayan hastalara bakım veren kişilere göre daha düşüktür.

Denence 6: Şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerin duygu dışavurum puanları, hastanın hastaneye yatış sayısına göre farklılık göstermektedir.

Denence 7: Şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerin duygu dışavurum puanları, hastaların Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne devam sürelerine göre farklılık göstermektedir.

Denence 8: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne düzenli olarak devam etmeyen şizofreni tanısı almış hastalara bakım veren bireylerin duygu dışavurum puanları, düzenli olarak devam eden hastalara bakım veren bireylerinkine göre daha yüksektir.

Denence 9: Şizofreni tanısı almış bireylerin Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden hizmet alması ve hastalığı ile ilgili yakınmalarının azalması arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Denence 10: Şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerin duygu dışavurum puanları, yaşlarına göre farklılık göstermektedir.

Denence 11: Şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerden kadınların duygu dışavurum puanları, erkeklere göre daha yüksektir.

Denence 12: Şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerin duygu dışavurum puanları, gelir durumlarına göre farklılık göstermektedir.

Denence 13: Şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerden çalışma hayatı olanların duygu dışavurum puanları, çalışma hayatı olmayan kişilere göre daha düşüktür.

Denence 14: Şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerin duygu dışavurum puanları, hastalıkla ilgili bilgi düzeylerine göre farklılık göstermektedir.

Denence 15: Şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerin duygu dışavurum puanları, yakınları ile geçirdikleri süreye göre farklılık göstermektedir.

2.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni, Sakarya İli'nde TRSM'den hizmet alan şizofreni tanısı almış hastası bulunan tüm birincil derece aile üyeleridir.

Araştırmanın çalışma evreni ise Sakarya TRSM'ye 17.12.2018– 01. 02. 2019 tarihleri arasında devam eden araştırmada gönüllü katılım ilkesine uygun olarak katılımcı olarak yer almayı kabul eden 54 kadın, 53 erkek bakım veren olmak üzere toplam 107 kişiden oluşmaktadır.

Araştırmanın yürütüldüğü TRSM'ye kayıtlı olanlar arasında devam eden şizofreni tanılı hasta sayısı 457 olup, araştırmanın yürütüldüğü bir buçuk aylık süre içerisinde veriler, araştırma süreci hakkında aydınlatılıp yazılı olarak bilgilendirilmiş onam alınan 107 hasta yakınından ilgili tarihler arasında toplanmıştır.

Araştırma Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi TRSM'ye devam eden şizofreni (DSM-4 tanı sistemine göre) tanılı hastalara birincil bakım vermekte olan kişilerle (n=107) yürütülmüştür. Araştırma gönüllülük esasına dayanarak bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalayan katılımcılarla gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya gönüllülük ilkesine göre katılmayı reddeden bireylerden veri toplanmamıştır.

Çalışma için Sakarya Üniversitesi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Ölçek ve formlar, TRSM'de görüşme odasında uygulanmıştır. Hasta yakınlarından merkeze düzenli gelenlerin dışında, düzenli gelmeyen hasta yakınlarından da merkeze gelebilecek durumda olanlar kuruma davet edilerek ilgili form ve ölçek uygulanmıştır.

Çalışma nüfusu; şizofreni tanısı almış hastalar ile bu hastalarla en az 1 yıldır birlikte yaşıyor olan, 18 yaşından büyük, soruları cevaplamasına engel oluşturabilecek fiziksel ya da zihinsel bir bozukluğa sahip olmayan; hastanın bakım sorumluluğu olan anne / baba, eş, çocuk, kardeş gibi birinci dereceden aile yakınlarından oluşturulmuştur.

Çalışmanın nüfusunu oluşturan hastalar ve hasta yakınlarının araştırmaya dahil edilme yaşında herhangi bir üst sınır konulmamıştır. Duygu dışavurumu açısından hastayla daha çok vakit geçiren ve bakım veren aile üyesinin çalışmaya katılması daha uygun olsa da; bu bakım verenlerin merkeze gelmelerinde sağlık, ulaşım, bakım sorumluluğu gibi çeşitli engelleri olduğu için, hastanın birlikte yaşadığı aile bireylerinden birinin çalışmaya alınması yeterli kabul edilmiştir.

2.4. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada, örnekleme oluşturan hastaya bakım veren aile üyesine “Duygu Dışavurum Ölçeği” uygulanarak duygu dışavurum düzeyleri değerlendirilmiş, hasta ve yakınlarının sosyo-demografik özelliklerini öğrenmek amacıyla hasta ve bakım veren aile üyesine bilgi toplama formu kullanılmıştır.

2.4.1. Hastaya ve Bakım Verene Ait Özellikler Bilgi Formu

Şizofreni tanılı hastalara ve onlara bakım veren aile bireylerine ait sosyo-demografik bilgiler ve hastalığın klinik seyri ile ilgili bilgilerin elde edilmesi amacıyla hazırlanmıştır.

2.4.2. Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ)

Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ): Berksun (1992) tarafından geliştirilen ve şizofrenili hastaların yakınlarına verilen bir ölçektir. 41 sorudan oluşan ölçek eleştirelilik/düşmancılık ve aşırı ilgi-koruyucu-kollayıcı-müdahalecilik alt ölçeklerine sahiptir (Tüzer vd., 2003: 200).

Duygu Dışavurum Ölçeği, hasta yakınının kendisini ve hastayı nasıl algıladığını değerlendirmek amacıyla, ülkemizde Berksun tarafından (1992) geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin 29 sorusu düşmanlı / eleştirel oluş ve 12 sorusu aşırı ilgi/koruma kollama/müdahale olmak üzere 2 alt ölçekten oluşmaktadır. Katılımcılar sorulara doğru (D) ve yanlış (Y) şeklinde cevap vermektedir. Katılımcılar her doğru (D) için 1 puan, her yanlış (Y) için ise 0 puan almaktadır. Ölçekten alınan puanların yüksek olması, bakım verenin hastaya karşı duygu dışavurumunu olumsuz biçimde yansıtmaya düzeyinin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise bakım verenin hastaya karşı duygu dışavurumunu olumsuz biçimde yansıtmaya düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. Ölçek toplam puan üzerinden hesaplanabildiği gibi kişilerin alt ölçekler üzerinden değerlendirilmesi amacıyla düşmanlı/eleştirel oluş ve aşırı ilgi/koruma kollama/müdahale alt ölçekleri üzerinden de hesaplanabilmektedir. Çalışmamızda toplam puan üzerinden hesaplama yapılmıştır. Duman ve arkadaşlarınca yapılan “Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Duygu İfadelerini Belirlemede Camberwell Aile Görüşmesi ile Duygu İfadesi Ölçeğinin Karşılaştırılması” çalışması sonucunda duygu ifadesi ölçeğinin kullanımını daha kolay olduğunu ve şizofreni hastalarının bakım verenlerinin duygu ifadesi düzeylerini belirlemede tercih edilebilir olduğunu belirtmişlerdir (Duman, Kuşcu ve Özgün, 2013: 301).

2.4.3. Verilerin Toplanması

Veri toplama aşamasına geçilmeden önce, Sakarya Üniversitesi Etik Kurulu'ndan ve Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi'nden resmi izin alınmıştır.

Veri toplama aşamasından önce, araştırmacı tarafından hazırlanan görüşme formunun işlerliğini değerlendirmek amacıyla, Sakarya Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne devam etmekte olan 5 hasta yakını ile ön deneme yapılmış ve soruların hasta yakınları tarafından kolaylıkla anlaşılabilirdiği saptanmıştır.

Verilerin tamamı, bizzat araştırmacı ve araştırmacı tarafından veri toplama eğitimi konusunda bilgilendirilen iki sosyal hizmet uzmanı tarafından kurumda özel bir odada 17.12.2018 – 01.02.2019 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Her bir görüşme ortalama 30 dakika sürmüştür. Görüşmelerin uzun sayılabilecek bir zaman dilimi içerisinde tamamlanmasının nedeni; araştırmacının her görüşmeye başlamadan önce kendisini tanıtmayı, araştırmanın amacını anlatması ve hasta yakınları ile güvene dayalı bir ilişki süreci geliştirdikten sonra veri toplama aşamasına geçilmesidir.

2.4.4. Verilerin Analizi:

Veriler, “SPSS for Windows 25.0” yazılımı ile çözümlenmiştir. Verilerin istatistiksel çözümlemesinde betimsel istatistiklerin yanı sıra, denencelerle cevabı aranan bağımlı değişkenlerle bağımsız değişken arasındaki ilişkiyi ortaya koyabilmek için ileri istatistik çözümlemelerden t testi, ki-kare testi, F testi ve çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey gibi istatistiki testlere başvurulmuştur (Ünlü 2001: 317).

2.4.5. Sınırlılıklar:

1. Araştırmanın yapıldığı dönemde çeşitli nedenlerle (bakım verenin yaşlı olması, merkeze uzak ikamet etmeleri nedeniyle ulaşımda zorluk çekmeleri, şehir dışında bulunmaları, hasta olma vb.) kendilerine ulaşamayan hasta yakınları ile görüşülememiş olması çalışma nüfusu açısından bir sınırlılık oluşturmuştur.
2. Her ne kadar aile üyeleri arasında hastaya birebir bakım veren bireyle çalışmanın yürütülmesi çalışma sonuçları açısından daha ileri verilere ulaşmayı sağlasa da, bakım veren aile bireylerinde kuruma gelebilecek durumda olanlar çalışmaya kabul edilmiştir.

3. Çalışma evreni Sakarya olarak belirlenmiştir. Çalışma nüfusunun Sakarya ile sınırlandırılmasının nedeni, Türkiye genelinde çalışmak için yeterli zamanın ve ekonomik kaynağının olmayışıdır.
4. TRSM'ye devam eden hastalara bakım veren aile üyelerinin duygu dışavurum düzeylerinin saptanmasına yönelik olarak, Türkiye'de yapılmış bilimsel çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu güçlük, gerek kuramsal çerçevenin oluşturulması ve verilerin değerlendirilmesi aşamasında daha çok yabancı literatürden yararlanılarak aşılmaya çalışılmıştır.
5. Yapılan literatür incelemesinde bakım veren üzerindeki bakım yükünün olumsuz etkilerinin bireyler üzerindeki yansımalarının bir yıl süresince bakım verme sonrasında daha belirgin olduğu görülmüştür. Bu nedenle araştırma kapsamında görüşülecek bireylerde en az bir yıldır hastaya bakım veriyor olma şartı aranmıştır.

BÖLÜM 3: BULGULAR

Araştırmadan 17.12.2018 – 01. 02. 2019 tarihleri arasında 107 şizofreni teşhisli hasta yakınıyla yapılan görüşmeler sonucu elde edilen bulgular 4 başlık altında incelenmiştir;

1. Hastaya ilişkin sosyo-demografik ve klinik özelliklerinin dağılımı
2. Bakım verene ilişkin sosyo-demografik ve klinik verilerin dağılımı
3. Hastanın sosyo-demografik ve klinik özellikleriyle bakım verenin duygu dışavurum ölçek puanlarının karşılaştırılması
4. Bakım veren aile üyesinin sosyo-demografik özellikleri ile duygu dışavurum ölçek puanlarının karşılaştırılması

3.1. Hastaya İlişkin Sosyo-Demografik ve Klinik Veriler

Tablo 1: Hastaya İlişkin Sosyo-Demografik Veriler

DEĞİŞKEN	SAYI (n)	YÜZDE (%)	DDÖ'nden Alınan Puan Ortalaması ($\bar{X}$)
Cinsiyet			
Kadın	42	39,3	14,30
Erkek	65	60,7	14,93
Yaş			
18-25	3	2,8	15,00
26-40	47	43,9	14,80
41-50	28	26,2	15,03
51-60	17	15,9	14,05
61-70	10	9,3	14,60
71+	2	1,9	12,50
Medeni Durum			
Bekâr	63	58,9	14,85
Evli	28	26,2	14,35
Dul	4	3,2	14,75
Boşanmış	12	11,2	14,58
Eğitim Durumu			
Okuma Yazma Bilmiyor	4	3,7	18,75
İlkokul	51	47,7	14,33
Ortaokul	14	13,1	14,92
Lise	27	25,2	14,88
Üniversite	11	10,3	14,09
Gelir Durumu			
Hiç Geliri Yok	48	44,9	14,29
Asgari Ücret Altı	44	41,1	15,63
Asgari Ücret	4	3,7	15,25
Asgari Ücret-3000 Lira	10	9,3	12,90
3000 + Lira	1	0,9	8,0
Çalışma Hayatı			
Evet	12	11,2	13,08
Hayır	95	88,8	14,89

Tablo 1’ de görüldüğü gibi araştırmaya katılan şizofreni tanısı almış bireylerin %39,3’ünü kadınlar, %60,7’sini erkekler oluşturmuş; 26-40 yaş aralığındaki hastaların %43,9 oranında en kalabalık grubu olduğu, ardından %26,2 oranında 41-50 yaş grubunun geldiği, sonra sırasıyla 17 kişi ile (%15,9) 51-60 yaş, 10 kişi (%9,3) ile 61-70 yaş grubu ve 2 kişi (%1,9) ile en düşük sayıda 71 ve üzeri yaş grubunun yer aldığı görülmektedir. Hastaların çoğunun (%58,3) bekâr olduğu, ardından %26,2 oranında evlilerin geldiği ve sonra sırasıyla %11,2 oranla boşanmışların, %3,2 oranıyla da dul olanların geldiği görülmüştür. Hastalardan 51 kişinin (%47,7) ilkokul mezunu, 27 hastanın lise (%25,2), 14 hastanın ortaokul mezunu (%13,1), 11 hastanın (%10,3) üniversite mezunu, 4 hastanın da (%3,7) okuma yazma bilmeyenlerden olduğu görülmüştür. Hastaların 48’inin (%44,9) hiçbir geliri olmadığı, 44’ ünün (%41,1) asgari ücret altı gelire sahip olduğu, 10 hastanın (%9,3) asgari ücret-3000 TL arası geliri, 4 hastanın (%3,7) asgari ücret düzeyinde geliri olduğu ve 1 hastanın da (%0,9) 3000 + gelire sahip olduğu görülmüştür. Hastalardan 95 (%88,8)’ inin çalışma hayatının olmadığı, sadece 12 hastanın (11,2) çalıştığı saptanmıştır.

Tablo 2: Hastaya İlişkin Klinik Veriler

DEĞİŞKEN	SAYI (n)	YÜZDE (%)	DDÖ'nden Alınan Puan Ortalaması ($\bar{X}$)
Başlangıç Yaşı			
12-18	25	23,4	13,12
19-25	46	43,0	16,30
26-35	21	19,6	14,52
36+	15	14,0	12,60
Hastalık Süresi			
1-5 yıl	13	12,1	14,61
6-10 yıl	25	26,2	15,88
11-15 yıl	16	14,9	10,87
16-20 yıl	20	18,7	15,00
21-25 yıl	12	11,2	14,50
26+ yıl	21	16,9	16,04
Hastaneye Yatış Sayısı			
Hiç	16	15,0	12,25
1-3	66	61,7	14,07
4-6	17	15,9	16,76
7-9	5	4,7	19,80
10+	3	2,8	21,00
Düzenli İlaç Kullanımı			
Evet	97	90,7	14,06
Hayır	10	9,3	20,80
Adli Olaya Karışma			
Evet	17	15,9	16,52
Hayır	90	84,1	14,34
TRSM'ye Düzenli Devam Durumu			
Evet	75	70,1	14,53
Hayır	32	29,9	15,06
TRSM'ye Devam Süresi			
1 aydan az	2	1,9	14,00
1-3 ay	5	4,7	18,40
4-6 ay	5	4,7	15,20
7-12 ay	6	5,6	15,33
13-24 ay	13	12,1	10,46
25-36 ay	8	7,5	14,00
37-48 ay	20	18,7	15,10
49-60 ay	12	11,2	17,16
61+ ay	36	33,6	14,66

Hastalığın başlangıç yaşı itibarıyla en kalabalık hasta grubunu 19-25 yaş arasında (%43) hastalığın başladığını bildirenler oluşturmaktadır. Daha sonra 25 kişinin (% 24,3) 12-18 yaşları arasında, 21 kişinin (%19,6) 26-35 yaş arasında, 15 kişinin (%14,0) ise 36+ yaş aralığında hastalığın başladığı görülmüştür. Hastalığın süresi açısından bakıldığında, 25 hastanın (%26,2) 6-10 yıl süredir, 20 hastanın (%18,7) 16-20 yıldır, 16 hastanın (%14,9) 11-15 yıldır, 13 hastanın (%12,1) 1-5 yıldır, 12 hastanın (%11,2) ise 21-25 yıldır hasta oldukları tespit edilmiştir. Hastaneye hiç yatışı olmayan hasta sayısı 16 kişidir (%15,0). 1-3 sefer yatanların sayısı ise 66 kişi (%61,7)'dir. Daha sonra çoklu yatışları olan hastalar olarak sıralandığında 4-6 kez yatanlar 17 kişi (%15,9), 7-9 kez yatanlar 5 kişi, 10+ yatanlar 3 kişi (%2,8) olarak saptanmıştır. Hastaların 97'sinin (%90,7) düzenli ilaç kullanımının olduğu, 10'nunun (%9,7) ise düzenli ilaç kullanımının olmadığı görülmüştür. Hastalardan 90 kişinin (%84,1) herhangi bir adli olay öyküsü bulunmazken, 17'sinin (%15,9) adli olay öyküsünün olduğu tespit edilmiştir. Hastalardan 75'inin (%70,1) düzenli olarak TRSM'ye devam ettiği, 32'sinin (%29,9) ise düzenli olarak devam etmediği görülmüştür. Çalışmaya dahil olan hasta grubundan TRSM'ye devam süresi açısından çoğunluğu 36 kişi (%33,6) ile 61+ aydır gelenler oluşturmaktadır. Daha sonra 20 kişi (%18,7) 37-48 aydır, 13 kişi (%12,1) 13-24 aydır, 12 kişi (%11,2) 49-60 aydır, 8 kişi (%7,5) 25-36 aydır, 6 kişi (%5,6) 7-12 aydır, 5'er kişinin (%4,7) ise sırasıyla 4-6 aydır ve 1-3 aydır (%4,7) TRSM'ye devam ettiği, en son sırada ise 2 kişiyle (%1,9) 1 aydan az süredir TRSM'ye gelenler oluşturmaktadır. Bulgularda çalışmaya dâhil olan hastaların çoğunluğunun uzun süredir TRSM'ye kayıtlı hastalardan oluştuğu görülmektedir.

3.2. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Klinik Özellikleri ve Sosyo-Demografik Değişkenlerine İlişkin Verilerin Dağılımı

Tablo 3: Bakım Verene Ait Sosyo-Demografik Veriler ve Klinik Özellikleri

DEĞİŞKEN	SAYI (n)	YÜZDE (%)	DDÖ'nden Alınan Puan Ortalaması ($\bar{X}$)
Cinsiyet			
Kadın	54	50,5	15,57
Erkek	53	49,5	13,79
Yaş			
18-25	4	3,7	13,75
26-40	26	24,3	14,11
41-50	23	21,5	13,56
51-60	28	26,2	16,28
61-70	21	19,6	15,28
71+	5	4,7	12,20
Medeni Durum			
Bekâr	14	13,1	13,14
Evli	81	71,7	14,74
Dul	9	8,4	16,77
Boşanmış	3	2,8	14,33
Eğitim Durumu			
Okuma Yazma Bilmiyor	5	4,7	16,00
Okuryazar			
İlkokul	4	3,7	17,25
Ortaokul	46	43,0	16,26
Lise	8	7,5	16,62
Üniversite	23	21,5	13,04
	21	19,6	11,52
Gelir Durumu			
Hiç Geliri Yok	18	16,8	15,88
Asgari Ücret Altı	30	28,0	16,33
Asgari Ücret	14	13,1	16,71
Asgari Ücret-3000 Lira	38	35,5	12,84
3000 + Lira	7	6,5	10,57
Bakım Verme Süresi			
1 yıl	1	0,9	13,00
2-5 yıl	18	16,8	13,66
6-10 yıl	24	22,4	14,91
11+ yıl	64	59,8	14,92
Haftada Ortalama Geçirilen Süre			
Tam Gün	65	60,7	15,27
1-10 saat	17	15,9	13,52
11-20 saat	10	9,3	13,70
21-30 saat	7	6,5	15,71
31-40 saat	2	1,9	10,50
41-50 saat	4	2,7	12,75
51-60 saat	2	1,9	15,00
Yakınlık Derecesi			
Eşi	15	14,0	14,33
Annesi	21	19,6	16,33
Babası	17	15,9	12,41
Kız kardeşi	15	14,0	14,06
Erkek kardeşi	14	13,1	14,21
Kızı	5	4,6	16,75
Oğlu	12	11,2	15,58
Gelini	8	7,5	16,37

Tablo 3' te görüldüğü gibi araştırmaya katılan şizofreni tanısı almış bireye sahip bakım verenlerin 54 kişisini (%50,5) kadınlar, 53 kişisini (%49,5) erkekler oluşturmaktadır. Kadın ve erkek bakım verenlerin cinsiyet dağılımının nerdeyse eşit sayıda olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin %3,7'sini 18-25, %24,3'ünü 26-40, %21,5'ini 41-50, %26,2'sini 51-60, %19,6'sını 61-70, %4,7'sini 71 ve üzeri yaş grubu oluşturmaktadır. Tablo 3'de araştırmaya katılan şizofreni tanısı almış hastalarına bakım veren aile bireylerinin yaş dağılımları incelendiğinde; dörtte birinden biraz fazlası (%26,2)'nin 51-60 yaş grubunda bireylerin oluşturduğu, bunu yakın oranlarla 26-40 yaş grubu (%24,3) ile 41-50 yaş (%21,5) ve 61-70 yaş (%19,6) grubunun takip ettiği, en son sıralarda ise sırasıyla 71+ yaş (%4,7) ile 18-25 yaş (%3,7) grubunda bulunanların yer aldığı anlaşılmaktadır. Bakım verenlerin 81'i (%71,7) evli, 14'ü (%13,1) bekâr, 9'u (%8,4) dul ve 3'ünün de (%2,8) boşanmış olduğu görülmüştür. Tablo 3'den anlaşılabileceği üzere bakım verenlerin büyük bir kısmı evli kişilerden oluşmaktadır. Bakım verenlerin 46'sı (%43,0) ilköğretim mezunu, 23'ü (%21,5) lise mezunu, 21'i (%19,6) üniversite mezunu, 8'i (%7,5) ortaokul mezunudur. Okuma yazma bilmeyenlerin sayısı 5 (%4,7), yalnızca okur yazar olanların sayısı ise 4'tür. (%3,7). Bakım verenler arasında hiç geliri olmayan kişi sayısı 18 (%16,8) iken; asgari ücret altı geliri olan kişi sayısı 30 (%28,0), asgari ücret alanların sayısı 14 (%13,1)' tür. Asgari ücret-3000 TL arası geliri olanların sayısı 38 kişi (%35,5) olup, 3000 + üstü geliri olanların sayısının ise 7 (% 6,5) olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan bakım verenlerin gelir durumu incelendiğinde; 38 kişiyle %35,5 oranla asgari ücret ve 3000 TL arasında geliri olanlardan oluştuğu görülmektedir. Hastalarına 11+ yıldır bakım verenlerin sayısı 64 kişi (%59,8), 6-10 yıldır bakım veren 24 kişi (%22,4), 2-5 yıldır bakım veren 18 kişi (%16,8), 1 yıldır bakım veren birey sayısı ise 1 kişidir (%0,9). Tablo 3'de araştırmaya katılan bakım verenlerin yaklaşık beşte üçü (%59,8)'nin 11+ yıl gibi uzun bir süredir bakım vermekte olduğu anlaşılmaktadır. Bakım verenlerin hastasıyla haftalık ortalama geçirdiği zaman incelendiğinde, tüm gününü hastasıyla geçiren kişi sayısının 65 (%60,7) olduğu tespit edilmiştir. 17 kişinin (%15,9) 1-10 saat, 10 kişinin (%9,3) 11-20 saat arası, 7 kişinin (%6,5), 21-30 saat arası, 2 kişinin (%1,9) 31- 40 saat arası, 4 kişinin (%2,7) 41-50 saat arası, 2 (%1,9) kişinin de 51-60 saat arasında hastasıyla zaman geçirdiği görülmüştür. Bakım verenlerin yakınlık dereceleri incelendiğinde 21 kişinin (%19,6) hastanın annesi, 17 (%15,9) kişinin babası, 15 kişinin (%14,0) eşi, 15 kişinin (%14,0) kız kardeşi, 14 kişinin (%13,1) erkek kardeşi, 12 kişinin (%11,2) oğlu, 8 kişinin (%7,5) gelini, 5 kişinin (%4,6) kişinin kızı olduğu raporlaştırılmıştır.

3.3. Bakım Verenlerin Duygu Dışavurumu Düzeylerinin Hastanın Sosyo-Demografik Özellikleri ve Klinik Değişkenlerle İlişkisi

Tablo 4: Güvenilirlik Analizi

Cronbach's Alpha	N of Items
,766	41

Türkiye’de 1992 yılında Berksun tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan ve 41 maddeden oluşan duygu dışavurum ölçeğinin Cronbach’s Alpha değeri yapılan bu çalışmada 0,766 olarak tespit edilmiştir. Bulunan bu değer sosyal bilimlerde güvenilir bir çalışma olduğunun göstergesidir.

Tabachnick ve Fidell (2014)’e göre güvenilirlik değerleri -1,5 ile +1,5 değerini geçmemelidir. Böylelikle Duygu Dışavurum Ölçeğinden çıkan sonuçların normal dağılım önermelerine karşılık geldiği söylenebilir. Güvenilirlik analizi sonuçlarına göre çıkan değer 0,766’dır. Oran 0.70 – 1 arasındaysa güvenilirliği yeterlidir. Tablodaki ortalama 1’e çok yakın olduğundan güvenilirliğinin yüksek olduğu değerlendirilmiştir.

Tablo 5: Şizofreni Hastalarının Cinsiyetine Göre Bakım Veren Kişilerin Duygu Dışavurum Puanları

Hastaların cinsiyet durumu	n	$\bar{X}$	SS	İstatistik	p
Kadın	42	14,3095	5,49717	t = 0,248	,619*
Erkek	65	14,9385	5,97619		

* p>0.05

Tablo 5’ten anlaşılacağı üzere şizofreni hastalarının 42’si kadınlardan ve 65’i erkeklerden oluşmaktadır. Kadınların duygu dışavurum ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 14,30 (5,49) iken erkeklerin puan ortalaması 14,93 (5,97) olup; her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Sonuç olarak “Erkek olan şizofreni tanısı almış

bireylere bakım veren kişilerin duygu dışavurum puanları, kadın olanlara göre daha yüksektir” şeklindeki araştırmanın 1. denencesi desteklenmemiştir.

Tablo 6: Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Yaşına Göre Bakım Veren Kişilerin Duygu Dışavurum Puanları

Hastaların Yaş Durumu	n	$\bar{X}$	SS	İstatistik	p
18-25	3	15,0000	4,58258	F = 0,119	,988*
26-40	47	14,8085	6,68105		
41-50	28	15,0357	3,93919		
51-60	17	14,0588	7,13679		
61-70	10	14,6000	4,37971		
71+	2	12,5000	3,53553		
Toplam	107	14,6916	5,77472		

* $p>0.05$

Tablo 6’ dan izleneceği üzere 18-25 yaş aralığında olan hastalara bakım verenlerin duygu dışavurum ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 15,00 (4,58), 26-40 yaş aralığı 14,80 (6,68), 41-50 yaş aralığı 15,03 (3,93), 51-60 yaş aralığı 14,05 (7,13), 61-70 yaş aralığı 14,60 (4,37), 71 ve üzeri yaşları 12,50 (3,53) olup bakım verenlerin hastaların yaşlarına göre en az iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F=0,119$; $p>0.05$). Sonuç olarak “Şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerin duygu dışavurum puanları hastaların yaşına göre farklılık göstermektedir” şeklindeki araştırmanın 8. denencesi desteklenmemiştir. Bu nedenle araştırmanın bu denencesine ilişkin istatistiksel açıdan çoklu karşılaştırmaların yapılmasına gerek yoktur.

Tablo 7: Şizofreni Tanısı Almış Bireyin Medeni Durumuna Göre Bakım Vereninin Duygu Dışavurum Puanları

Medeni Durum	n	$\bar{X}$	SS	İstatistik	p
Bekar	63	14,8571	6,05048	F = 0,049	,986*
Evli	28	14,3571	5,92680		
Dul	4	14,7500	2,62996		
Boşanmış	12	14,5833	5,14266		
Toplam	107	14,6916	5,77472		

* $p>0.05$

Tablo 7’den de anlaşılabacağı üzere yapılan varyans analizinde şizofreni tanısı almış bireylerin medeni durumları ile bakım verenlerin duygu dışavurum puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı değildir. Sonuç olarak “Şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerin duygu dışavurum puanları hastanın medeni durumuna göre farklılık göstermektedir” şeklindeki araştırmanın 3. denencesi desteklenmiştir. Bu yüzden çoklu karşılaştırma yapılmasına gerek yoktur.

Tablo 8: Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Gelir Durumuna Göre Bakım Verenlerin Duygu Dışavurum Puanları

Hastaların Gelir Durumu	n	$\bar{X}$	SS	İstatistik	p
Hiç geliri yok	48	14,2917	5,04431	F = 1,033	,381*
Asgari ücret altı	44	15,6364	5,93018		
Asgari ücret	4	15,2500	1,70783		
Asgari ücret-3000 TL	11	12,4545	8,45415		
3000+	-	-	-		
Toplam	107	14,6916	5,77472		

*p>0.05

Tablo 8’den anlaşılabacağı üzere yapılan varyans analizinde şizofreni tanısı almış bireylerin gelir durumuna göre hiç geliri olmayan hastalara bakım veren kişilerin duygu dışavurum puanları 14,29 (5,04), asgari ücret altı gelire sahip olan hastalara bakım veren kişilerin 15,63 (5,93) asgari ücret gelirine sahip olanların 15,25 (1,70), asgari ücret-3000 TL arası gelire sahip olanların 12,45 (8,45) olup; şizofreni tanısı almış bireylerin gelir durumu ile bakım veren kişilere göre en az iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (F = 1,033; p>0.05). Sonuç olarak “Şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerin duygu dışavurum puanları hastanın gelir durumuna göre farklılık göstermektedir” şeklindeki araştırmanın 4. denencesi desteklenmemiştir.

Tablo 9: Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Çalışma Durumlarına Göre Bakım Veren Kişilerin Duygu Dışavurum Puanları

Hastanızın halen çalışma hayatı var mı?	n	$\bar{X}$	SS	İstatistik	p
Var	12	13,0833	7,41569	t =0,246	, 621*
Yok	95	14,8947	5,54953		

*p>0.05

Tablo 9’da görüldüğü üzere şizofreni tanısı almış bireylerden çalışma hayatı olanlara bakım veren kişilerin duygu dışavurum ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 13,08 (7,41), çalışma hayatı olmayanlara bakım veren kişilerin puan ortalamasından 14,89 (5,54) daha düşük olup her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (t =0,246; p>0.05). Sonuç olarak “çalışma hayatı olan şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerin duygu dışavurum puanları, çalışma hayatı olmayan hastalara bakım veren kişilere göre daha düşüktür” şeklindeki araştırmanın 5. denencesi desteklenmemiştir.

Tablo 10: Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Hastaneye Yatış Sayısı İle Bakım Veren Kişilerin Duygu Dışavurum Düzeyleri Arasındaki İlişki

Hastaneye Yatış Sayısı	N	$\bar{X}$	SS	İstatistik	p
Hiç	16	12,2500	4,72582	F = 3,657	,008*
1-3	66	14,0758	5,48652		
4-6	17	16,7647	6,22022		
7-9	5	19,8000	6,22093		
10+	3	21,0000	3,60555		
Toplam	107	14,6916	5,77472		

*p<0.05

Tablo 10’den izleneceği üzere şizofreni tanısı almış bireylerden hastaneye hiç yatmamış olan hastalara bakım veren kişilerin duygu dışavurum ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 12,25 (4,72), 1-3 aralığında yatışı olan hastalara bakım veren kişilerin 14,07 (5,48), 4-6

aralığında 16,76 (6,22), 7-9 aralığında 19,80 (6,22), 10 ve üzerinde 21,00 (3,60) olup şizofreni tanısı almış bireylerin hastaneye yatış sayısına göre en az iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($F = 3,657$; $p < 0.05$). Sonuç olarak “Şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerin duygu dışavurum puanları, hastanın hastaneye yatış sayısına göre farklılık göstermektedir” şeklindeki araştırmanın 6. denencesi desteklenmiştir.

Tablodan da anlaşıldığı üzere hastaneye 10 ve üzeri sayıda yatışı olan hastalara bakım veren kişilerin duygu dışavurum ölçeğinden almış oldukları puan ortalaması en yüksek iken, hastaneye hiç yatışı olmayan hastalara bakım veren kişilerin duygu dışavurum ölçeğinden almış oldukları puan ortalaması en düşüktür.

Şizofreni tanısı almış bireylerin yatış sayılarına (hiç, 1-3, 4-6, 7-9, 10+) ve bakım veren kişilere göre duygu dışavurum puanı farklılıklarını belirleyebilmek amacıyla çoklu karşılaştırmalar yapılmış ve buna ilişkin sonuçlar Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11: Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Hastaneye Yatış Sayılarına Göre Çoklu Karşılaştırmalar

(I) Hastaneye yatış sayısı	(J) Hastaneye yatış sayısı	Ortalama Fark (I-J)	Standart Hata	p
Hiç	1-3	-1,82	1,53	,237
	4-6	-4,51	1,91	,020*
	7-9	-7,55	2,82	,009*
	10+	-8,75	3,46	,013*
1-3	Hiç	1,82	1,53	,237
	4-6	-2,68	1,49	,075
	7-9	-5,72	2,55	,027*
	10+	-6,92	3,24	,036*
4-6	Hiç	4,51	1,91	,020*
	1-3	2,68	1,49	,075
	7-9	-3,03	2,80	,281
	10+	-4,23	3,44	,222
7-9	Hiç	7,55	2,82	,009*
	1-3	5,72	2,55	,027*
	4-6	3,03	2,80	,281
	10+	-1,20	4,02	,766
10+	Hiç	8,75	3,46	,013*
	1-3	6,92	3,24	,036*
	4-6	4,23	3,44	,222
	7-9	1,20	4,02	,766

* $p < 0.05$

Çoklu karşılaştırmaya ilişkin bu çizelgeden de izleneceği üzere hastaneye yatışı hiç olmayan hastalara bakım veren kişilerin duygu dışavurum ölçeği puanı ortalaması, hastaneye yatışı 4-6 aralığında olanlar, 7-9 aralığında olanlar ve 10 ve üzeri yatışı olanların duygu dışavurum puanından daha yüksek olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Hastaneye yatışı hiç olmayan hastalara bakım veren kişilerin duygu dışavurum ölçeği puan ortalaması ile 1-3 aralığında yatışı olanların duygu dışavurum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 12: Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Ne Kadar Süredir Devam Ediyor Olduklarına Göre Bakım Verenlerin Duygu Dışavurum Puanları

Hastaların TRSM'ye Devam Süreleri	n	$\bar{X}$	SS	İstatistik	p
1 aydan az	2	14,0000	0,00000	F = 1,505	,165*
1-3 ay	5	18,4000	7,23187		
4-6 ay	5	15,2000	3,56371		
7-12 ay	6	15,3333	5,24087		
13-24 ay	13	10,4615	4,19554		
25-36 ay	8	14,0000	5,60612		
37-48 ay	20	15,1000	5,45701		
49-60 ay	12	17,1667	6,05780		
61+	36	14,6667	6,21059		
Toplam	107	14,6916	5,77472		

* $p>0.05$

Tablo 12'den de anlaşılacağı üzere yapılan varyans analizinde hastaların Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne devam sürelerinin bakım verenin duygu dışavurum puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı belirlenmiştir. Hastaların Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne devam sürelerine göre, en az iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Sonuç olarak “Şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerin duygu dışavurum puanları, hastaların Toplum Ruh Sağlığı Merkezine devam sürelerine göre farklılık göstermektedir” şeklindeki araştırmanın 7. denencesi desteklenmemiştir.

Tablo 13: Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Düzenli Olarak Devam Etme Durumlarına Göre Bakım Verenlerin Duygu Dışavurum Puanları

Hastaların TRSM'ye düzenli olarak devam etme durumu	N	$\bar{X}$	SS	İstatistik	p
Evet	75	14,5333	5,16049	t = 4,628	,034*
Hayır	32	15,0625	7,08901		

*p<0,05

Tablo 13'den de görüleceği üzere Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne düzenli olarak devam eden hastaların Duygu Dışavurum Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 14,53 (5,16) ; düzenli devam etmeyenlerin Duygu Dışavurum Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 15,06 (7,08) tespit edilmiştir. Düzenli olarak devam eden hastaların düzenli olarak devam etmeyenlere göre puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülüp her iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu anlaşılmaktadır. Sonuç olarak "Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne düzenli olarak devam etmeyen şizofreni tanısı almış hastalara bakım veren bireylerin duygu dışavurum puanları, düzenli olarak devam eden hastalara bakım veren bireylere göre daha yüksektir" şeklindeki araştırmanın 8. denencesi desteklenmiştir.

Tablo 14: Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alması Ve Hastalığı İle İlgili Yakınmalarının Azalması Arasındaki İlişki

Düzenli Gelme Durumu \ Yakınmalarda Azalma Durumu	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Evet	59	78,7	16	21,3	75	100
Hayır	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
	11	34,4	21	65,6	32	100

χ^2 : 17,572

Sd : 1

p = 0.000

Yapılan ki-kare analizi sonucunda şizofreni tanısı almış hastaların Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne düzenli gelme durumu ile yakınmalarında azalma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Tablo 14'te de görüleceği üzere düzenli olarak devam edip yakınmalarında azalma olduğunu belirten bakım veren kişilerin sayısı 59 (%78,7), düzenli olarak devam edip yakınmalarında azalma olmadığını belirten bakım veren kişilerin sayısı 11 (%34,4) olarak belirlenmiştir. Buna göre “Şizofreni tanısı almış bireylerin Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alması ve hastalığı ile ilgili yakınmalarının azalması arasında anlamlı bir ilişki vardır” ($p<0.05$) şeklindeki araştırmanın 9. denencesi desteklenmiştir.

3.4. Bakım Verenlerin Duygu Dışavurumu Düzeylerinin Sosyo-Demografik Özellikler ve Diğer Değişkenlerle İlişkisi

Tablo 15: Şizofreni Tanısı Almış Bireylere Bakım Veren Kişilerin Yaşına Göre Duygu Dışavurum Puanları

Bakım Veren Kişilerin Yaş Durumu	n	$\bar{X}$	SS	İstatistik	p
18-25	4	13,7500	5,12348	F = 0,901	,483*
26-40	26	14,1154	4,65039		
41-50	23	13,5652	5,21210		
51-60	28	16,2857	7,02829		
61-70	21	15,2857	5,71089		
71+	5	12,2000	6,72309		
Toplam	107	14,6916	5,77472		

* $p>0.05$

Tablo 15'ten anlaşılabacağı üzere bakım veren kişilerden 18-25 yaş aralığında olanların duygu dışavurum ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 13,75 (5,12), 26-40 yaş aralığında olanların duygu dışavurum ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 14,11 (4,65), 41-50 yaş aralığında olanların duygu dışavurum ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 13,56 (5,21), 51-60 yaş aralığında olanların duygu dışavurum ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 16,28 (7,02), 61-70 yaş aralığında olanların duygu dışavurum ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 15,28 (5,71), 71 yaş ve üzerinde olanların ise 12,20 (6,72) olup; bakım verenlerin yaşlarına göre en az iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

($F=0,901$; $p>0.05$). Sonuç olarak “Şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerin duygu dışavurum puanları yaşlarına göre farklılık göstermektedir” şeklindeki araştırmanın 10. denencesi doğrulanmamıştır. Bu yüzden çoklu karşılaştırma yapılmasına gerek yoktur.

Tablo 16: Şizofreni Tanısı Almış Bireylere Bakım Veren Kişilerin Cinsiyeti İle Duygu Dışavurum Puanları

Bakım Veren Kişilerin Cinsiyet Durumu	n	$\bar{X}$	SS	İstatistik	p
Kadın	54	15,5741	6,51733	t = 3,276	,073
Erkek	53	13,7925	4,80128		

* $p>0.05$

Tablo 16’ten görüleceği üzere şizofreni tanısı almış bireylere bakım verenlerden 54’ünü kadınlar 53’ünü ise erkekler oluşturmaktadır. Kadınların duygu dışavurum ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 15,57 (6,51), erkeklerin puan ortalaması 13,79 (4,80) olup; her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Sonuç olarak “Şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerden kadınların duygu dışavurum puanları erkeklere göre daha yüksektir” şeklindeki araştırmanın 11. denencesi desteklenmiştir.

Tablo 17: Şizofreni Tanısı Almış Bireylere Bakım Verenlerin Gelir Düzeyi Ve Duygu Dışavurum Puanları

Bakım verenlerin gelir durumu	n	$\bar{X}$	SS	İstatistik	p
Hiç geliri yok	18	15,8889	5,27914	F = 3,371	,012*
Asgari ücret altı	30	16,3333	6,68487		
Asgari ücret	14	16,7143	5,15048		
Asgari ücret-3000 TL	38	12,8421	4,73929		
3000+	7	10,5714	4,19750		
Toplam	107	14,6916	5,77472		

* $p<0.05$

Tablo 17’den de izleneceği üzere hiç geliri olmayan bakım verenlerin duygu dışavurum ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 15,88 (5,27), asgari ücret altı gelire sahip olanların 16,33 (6,68), asgari ücret alanların 16,71 (5,15), asgari ücret ile 3000 TL arasında geliri olanların 12,84 (4,73), 3000 TL üzeri geliri olanların 10,57 (4,19) olup bakım verenlerin gelir durumuna göre en az iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=3,37$; $p<0,05$). Sonuç olarak “Şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerin duygu dışavurum puanları gelir durumlarına göre farklılık göstermektedir” şeklindeki araştırmanın 12. denencesi desteklenmiştir.

Tablo 17’de bakım veren kişilerden asgari ücrete sahip olanların duygu dışavurum ölçeğinden almış oldukları puan ortalaması en yüksek iken 3000 TL üzeri geliri olanların duygu dışavurum ölçeğinden almış oldukları puan ortalamasının en düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Bakım veren kişilerin hiç geliri olmama, asgari ücret altı gelire sahip olma, asgari ücret gelirine sahip olma, asgari ücret ve 3000 TL arası gelire sahip olma ve 3000 TL ve üzeri gelire sahip olma durumuna göre duygu dışavurum puanı farklılıklarını belirleyebilmek amacıyla çoklu karşılaştırmalar yapılmış ve buna ilişkin sonuçlar tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo 18: Şizofreni Tanısı Almış Bireylere Bakım Veren Kişilerin Gelir Düzeyine Göre Çoklu Karşılaştırma

(I)	(J)	Ortalama Fark (I-J)	Standart Hata	p
Hiç geliri yok	Asgari ücret altı	-0,44	1,64	,788
	Asgari ücret	-0,82	1,97	,676
	Asgari ücret-3000	3,04	1,58	,057
	3000+	5,31	2,46	,033*
Asgari ücret altı	Hiç geliri yok	0,44	1,64	,788
	Asgari ücret	-0,38	1,79	,832
	Asgari ücret-3000	3,49	1,35	,011*
	3000+	5,76	2,32	,015*
Asgari ücret	Hiç geliri yok	0,82	1,97	,676
	Asgari ücret altı	0,38	1,79	,832
	Asgari ücret-3000	3,87	1,72	,027*
	3000+	6,14	2,56	,018*
	Hiç geliri yok	-3,04	1,58	,057
	Asgari ücret altı	-3,49	1,35	,011*

Asgari ücret-3000	Asgari ücret 3000+	-3,87 2,27	1,72 2,27	,027* ,321
3000+	Hiç geliri yok	-5,31	2,46	,033*
	Asgari ücret altı	-5,76	2,32	,015*
	Asgari ücret-3000	-6,14 -2,27	2,56 2,27	,018* ,321

*p<0.05

Çoklu karşılaştırmaya ilişkin bu çizelgeden de izleneceği üzere şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerden hiç geliri olmayanların duygu dışavurum ölçeği puanı ortalaması 3000 TL ve üzeri gelire sahip olanların duygu dışavurum puanından daha yüksek olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerden hiç geliri olmayanların duygu dışavurum ölçeği puanı ortalaması asgari ücret altı gelire sahip olanlar, asgari ücret gelirine sahip olanlar, asgari ücret ile 3000 TL arası gelire sahip olanların duygu dışavurum puanından daha düşük olup; gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 19: Şizofreni Tanısı Almış Bireylere Bakım Veren Kişilerin Çalışma Durumlarına Göre Duygu Dışavurum Puanları

Bakım Veren Kişilerin Çalışma Hayatı	n	$\bar{X}$	SS	İstatistik	p
Var	34	14,3235	4,31853	t =5,402	,022*
Yok	73	14,8630	6,36028		

* p<0.05

Tablo 19'dan anlaşılabacağı üzere şizofreni tanısı bireylere bakım veren kişilerden çalışma hayatı olanların duygu dışavurum ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 13,08 (7,41), çalışma hayatı olmayan bakım veren kişilerin puan ortalamasından daha düşük olup 14,89 (5,54) her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t =5,402$; $p<0,05$). Sonuç olarak “Şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerden çalışma hayatı olanların duygu dışavurum puanları, çalışma hayatı olmayan kişilere göre daha düşüktür” şeklindeki araştırmanın 13. denencesi desteklenmiştir.

Tablo 20: Şizofreni Tanısı Almış Bireylere Bakım Veren Kişilerin Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyine Göre Duygu Dışavurum Puanları

Hastaya Bakım Veren Kişinin Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi	n	$\bar{X}$	SS	İstatistik	p
Tamamen bilgi sahibiyim	23	14,6087	5,44175	F = 1,121	,351*
Bilgi sahibiyim	66	14,2727	5,67192		
Ne bilgi sahibiyim ne de değilim	8	13,8750	4,82368		
Bilgi sahibi değilim	8	18,5000	8,24621		
Tamamen bilgi sahibi değilim	2	17,5000	2,12132		
Toplam	107	14,6916	5,77472		

*p>0.05

Tablo 20’den de izleneceği üzere yapılan varyans analizinde hastaya bakım veren kişinin hastalıkla ilgili bilgi düzeyinin bakım verenin duygu dışavurum puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmıştır (F = 1,121; p>0,05). Sonuç olarak “Şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerin duygu dışavurum puanları, hastalıkla ilgili bilgi düzeylerine göre farklılık göstermektedir” şeklindeki araştırmanın 14. denencesi desteklenmemiştir. Bu nedenle araştırmanın bu denencesine ilişkin istatistiksel açıdan çoklu karşılaştırmaların yapılmasına gerek yoktur.

Tablo 21: Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Yakınıyla Birlikte Geçirdikleri Süreye Göre Bakım Verenlerin Duygu Dışavurum Puanları

Yakınlarıyla Birlikte Geçirdikleri Süre	N	$\bar{X}$	SS	İstatistik	p
Tam gün	63	15,1905	6,09298	F = 0,532	,809*
1-10 saat	17	13,5294	6,15546		
11-20 saat	10	13,7000	5,57873		
21-30 saat	7	15,7143	5,31395		
31-40 saat	2	10,5000	2,12132		
41-50 saat	4	12,7500	3,40343		
51-60 saat	2	15,0000	1,41421		
61-70 saat	2	18,0000	2,82843		
Toplam	107	14,6916	5,77472		

*p>0,05

Tablo 21’den de anlaşılacağı üzere yapılan varyans analizinde şizofreni tanısı almış bireylerin yakınlarıyla geçirdikleri sürelerin bakım verenin duygu dışavurum puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmıştır. Hastaların yakınlarıyla sürelerle göre en az iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Sonuç olarak “Şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerin duygu dışavurum puanları yakınları ile geçirdikleri süreye göre farklılık göstermektedir” şeklindeki araştırmanın 15. denencesi desteklenmemiştir. Bu nedenle araştırmanın bu denencesine ilişkin istatistiksel açıdan çoklu karşılaştırmaların yapılmasına gerek yoktur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Tartışma ve Yorum

Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin duygu dışavurumunu değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen çalışma bulguları iki başlık altında sınıflandırılarak konuyla ilgili literatür bağlamında tartışılmıştır.

Şizofreni Tanısı Almış Bireyin Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikleri ile Bakım Veren Aile Üyesinin Duygu Dışavurumunun Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan şizofreni tanısı almış bireylerin %39,3'ünü kadınlar, %60,7'sini erkekler oluşturmaktadır. Bulgular yerli ve yabancı literatürdeki erkeklerde şizofreni insidansının kadınlara göre daha yüksek olduğu bilgisini doğrulamaktadır (Aleman, Kahn ve Selten, 2003; Binbay, Ulaş, Elbi ve Alptekin, 2011; J.McGrath vd., 2004).

Hastalara bakım veren aile bireylerinin ise %50,5'ini kadınlar, %49,5'ini erkekler oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan bakım verenlerin oranı cinsiyet açısından farklılık göstermekle birlikte bu farklılık istatistiki olarak anlamlı değildir. Çalışmaya katılan bakım veren kadın sayısının erkeklere göre çok daha yüksek oranda olmaması ulaşım, hastalık, kadınların ev idaresiyle ilgili sorumlulukları vd. nedenlerle açıklanabilir; aksi takdirde kadın bakım veren oranının konuyla ilgili yapılan diğer çalışmalarda bildirildiği gibi daha yüksek çıkabileceği tahmin edilmektedir (Awad ve Voruganti, 2008; Alagül, 2017; Gülseren, vd., 2010). Arslantaş ve Adana (2012) tarafından Aydın ilinde yapılmış olan araştırma sonucuna göre; araştırmaya katılan hastaların %58,3'ünü erkekler, %41,7'sini kadınlar oluşturmaktadır. Bakım vericilerin ise %59,7'si kadın ve %40,3'ünü erkekler oluşturmaktadır. Yine Taylan ve Uygun (2018) tarafından gerçekleştirilen bakım yükü konulu çalışmada da Alzheimer hastalarına bakım verenlerin %74,1 gibi büyük bir oranda kadınlardan oluştuğu saptanmıştır (Uygun ve Taylan, 2018:514). Görüldüğü gibi cinsiyet dağılımında erkek hasta oranının kadınlara göre; kadın bakım verenin de erkek bakım veren oranına göre yüksek olması ilgili literatür bulgularıyla benzerlik göstermektedir (Arslantaş ve Adana, 2011).

Kadın bakım verenlerin erkeklere göre fazla olmasını şöyle açıklamamız mümkündür: Türkiye'de kadının işgücüne katılma oranı erkeklere göre önemli ölçüde düşüktür. Bu

durum ailedeki sorumlulukların dağılımında erkeklerin daha çok ekonomik olarak gelir sağlamakla kadınların ise ev işlerini yürütmekle yükümlü olmasından kaynaklanmaktadır (Şanlı 2001: 403). Çalışmaya katılan bireylerin yarısından biraz fazlasının (%50.5) kadın olması, bizim kültürümüzde kadınların daha çok evdeki işleri sürdürme ve bakım rolünden sorumlu tutulması ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca kadınların bakım verirken karşılaştıkları stres veren olaylara genellikle duygusal yaklaşımda bulundukları, erkek bakım verenlerin ise çözüm odaklı yaklaşımda bulundukları belirtilmektedir. Şizofreninin kronik bir hastalık olduğu göz önüne alındığında uzun süreli duygu odaklı bir yöntem kullanıldığında ise sorun çözilememekte ve bakım veren için bu durum kronik bir stres faktörü haline gelmektedir. Bu durumda kadın bakım verenlerin ruh sağlığı hastalıkları açısından daha çok risk altında olabileceği söylenebilir (akt: İnan ve Duman, 2013: 209). Kadın bakım verenlerin aile içindeki çok sayıdaki rol ve sorumluluğu birlikte yürütmeye çalışması ve bunlara ek olarak hastanın bakımını üstlenmesiyle hissettiği bakım yükünün daha fazla olduğu bu sebeple kişisel gereksinimlerini ihmal ettiği ve bu durumun da kadın bakım verenlerin daha fazla stres yaşamasına neden olduğu düşünülmektedir.

Şizofreni hastasının yaşının bakım verenin duygu dışavurumu üzerindeki etkisi incelendiğinde; hastaların yaşının bakım verenlerin duygu dışavurum ölçek puanlarını etkilemediği saptanmıştır ($F=0,119$; $p>0.05$). Duman'ın (2014) yapmış olduğu araştırma sonucuna göre de, şizofreni tanısı almış bireyin yaşıyla bakım vereninin duygu dışavurum düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Ancak Gutiérrez-Maldonado ve ark., hastanın genç olmasının bakım verenlerin duygu dışavurum puanlarını arttırmada etkili olduğunu bildirmişlerdir (Maldonado ve Urizar, 2007).

Şizofreni hastası bireyin cinsiyetinin bakım verenin duygu dışavurumuna olan etkisi incelendiğinde, şizofreni hastası bireyin cinsiyetinin bakım verenlerin duygu dışavurum puanlarını etkilemediği saptanmıştır. Aydın ve arkadaşları tarafından yapılan benzer bir çalışmada da hastanın cinsiyeti ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki görülmemiş olup (Aydın, Eker, Cangür, Sarandöl ve Kırılı, 2009); Duman tarafından yapılan çalışmada da hastanın cinsiyetinin duygu dışavurumu üzerinde etkili bir değişken olmadığı belirtilmiştir (Duman, 2014).

Yapılan çalışmada her ne kadar hastanın cinsiyeti ve DDÖ alınan puan arasında anlamlı bir ilişki olmasa da Arslantaş ve Adana'nın (2010) yapmış olduğu çalışmada erkek hastalara bakım veren kişilerin duygu dışavurum puanlarının, kadın hastalara bakım veren kişilerin duygu dışavurum puanlarına göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yine konuyla ilgili yabancı literatürde hastanın cinsiyetinin ailenin yükünü etkilediği ve hastanın cinsiyetinin erkek olması durumunun bakım yükü algısını arttırdığı (Awad ve Voruganti 2008; Roick ve ark. 2007) bildirilmiştir. Yine Gülseren ve arkadaşları (2010) tarafından ailenin bakım yükünü etkileyen etmenlerin araştırıldığı çalışmada hastanın cinsiyetinin erkek olmasının, aile üyelerinin bakım yükünü arttırdığı bildirilmiştir (Gülseren, vd., 2010) ve bu durumu da erkek hastaların çalışma, ekonomik olarak aile bütçesine katkı sağlama gibi toplumsal rolleri yerine getirememeleri ile açıklamışlardır.

Bakım verenlerin şizofreni tanısı almış olan hastasının cinsiyetine göre değişen tutum ve yaklaşımları, duygu dışavurum düzeyi ve hissettikleri bakım yükü her iki cinsiyette farklı sosyal rollerinin oluşu ile açıklanabileceği gibi ailenin tutum ve davranışlarını etkileyen farklı sosyo-demografik etkenlerin olduğu da bilinmektedir (Karamustafaoğlu, Tomruk ve Alpay, 1998: 30).

Şizofreni tanısı almış bireylerin medeni durumlarının bakım verenlerin duygu dışavurum puanları üzerine olan etkisi incelendiğinde, şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerin duygu dışavurum puanlarının hastanın medeni durumuna göre farklılık göstermediği saptanmıştır.

Çalışma bulgumuzla uyumlu olarak Duman (2014) ve Algönül (2017) tarafından yapılan iki ayrı araştırma sonucunda da şizofreni hastası bireyin medeni durumu ile bakım verenin, duygu dışavurum düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı yönde fark bulunmadığı ($p>0.05$) tespit edilmiştir. Yıldız (2016) tarafından “kronik psikiyatri hastalarına bakım verenlerin bakım yükleri ve baş etme düzeylerinin belirlenmesi” konulu çalışmada da hastaların medeni durumları ve bakım verenlerin bakım yükü açısından önemli bir fark belirlenmemiştir (Yıldız, 2016).

Çetin'in (2011) yapmış olduğu çalışmada ise şizofreni tanısı almış bireyin medeni durumunun bakım veren aile üyesinin duygu dışavurum düzeyi üzerinde etkili olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Çetin, 2011). Yine Durat ve arkadaşlarının tarafından yapılan

başka bir çalışmada hastanın medeni durumunun ailenin şizofreniye yönelik tutumları üzerinde etkili bir değişken olmadığı tespit edilmiştir (Durat, Atmaca, Açıl ve Oksal, 2017).

Çalışmada hastaların medeni durumunun bakım verenin duygu dışavurumunu etkilemediği bulgusuna ulaşılmış olmakla birlikte; şizofreni hastalarının sosyo-demografik özellikleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalarda evli hastaların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu bulgularına yer verilmiştir (Huppert, Weiss ve ark., 2001).

Çalışmamızda da tespit ettiğimiz üzere şizofreni hastalarında hiç evlenmemiş olma hastalarda en çok rastlanan medeni durum olmakla birlikte, hastalığın da boşanmış olma durumlarını da artırdığı söylenebilir.

Araştırmamızda şizofreni tanısı almış aile bireyinin gelir durumu ile bakım verenin duygu dışavurumu arasında bir ilişki saptanmamıştır. Ranganathan ve arkadaşları tarafından 1991 yılında Hindistan’da 280 şizofreni hastası ve bakım verenleri ile yapılan bir araştırma sonucuna göre hastalıktan kaynaklı olarak yaşanan en önemli problemlerin başında aile bütçesine katkıda bulunulmaması sorununun geldiği rapor edilmiştir (Ranganathan, Nirmala ve Padankatti 1991: 121). Maeng ve arkadaşları tarafından 2016 yılında Güney Kore’de 72 şizofreni hastası ve hastalara birincil bakım verenler ile yapılan araştırma sonucunda bakım verenlerin aylık ortalama geliri arttıkça bakım yükünün azaldığı yaşam kalitesinin yükseldiği bulgusuna ulaşılmıştır (Maeng ve ark. 2016: 81).

Ülkemizde Arslantaş ve Adana tarafından yapılan “şizofreni hastalarının bakım vericilerinin yük algısını ve duygu dışavurumunu etkileyen etkenler” isimli çalışmada, düşük gelir düzeyine sahip olma durumunun bakım veren kişinin duygu dışavurumu düzeyini arttırdığı ($p<0.05$) bildirilmiştir (Arslantaş ve Adana, 2012).

Hastalığın getirdiği işlev kayıpları nedeniyle aile üyesinden birisinin çalışamaz duruma gelmesinin neden olduğu gelir kaybı ve bunun yanı sıra hastalığın tedavisi için yapılmak zorunda kalınan harcamalar aileler için zorlanma sebebi olmakta ve aynı zamanda aile üyelerinin süregelen bir sağlık sorunu olması da ayrıca stres yaratan bir durum olarak ailenin bakım yükünü arttırabilir (Gülseren, vd 2010: 208).

Görüldüğü gibi çalışmada hastanın gelir durumu ile bakım veren aile üyesinin duygu dışavurumu arasında istatistiksel anlamda ilişki bulunmamış olsa da; konu hakkındaki yerel ve yabancı düzeyde gerçekleştirilmiş çok sayıda çalışmada hanedeki gelir durumunun bakım yükünün önemli bir bileşeni olduğu ortaya konmuştur.

Şizofreni tanısı almış bireylerin çalışma hayatının olup olmaması ile bakım veren kişilerin duygu dışavurumu arasında istatistiki açıdan bir ilişki saptanmamıştır.

Duman'ın (2014) yapmış olduğu çalışmada da, şizofreni tanısı almış bireyin çalışma durumu ile bakım veren aile üyesinin, duygu dışavurumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Duman, 2014). Görüldüğü gibi her iki çalışmanın bulguları örtüşmektedir.

Şizofreni tanısı almış bireyin hastaneye yatış sayısı ile bakım verenin duygu dışavurum düzeyleri arasındaki ilişkinin incelemesinde, hastaneye 10 ve üzeri sayıda yatışı olan hastalara bakım veren kişilerin duygu dışavurum düzeyi en yüksek iken, hastaneye hiç yatışı olmayan hastalara bakım veren kişilerin duygu dışavurum düzeyinin en düşük olduğu görülmüştür. Bu bulgu literatür ile de uyumludur. Algönül tarafından yapılan çalışmada da benzer bulguların ortaya konulduğu görülmüştür (Algönül, 2017).

Literatürde yüksek duygu dışavurumunun nükse sebep olup, hastaneye yatışları arttırdığını ifade eden ve bu anlamda bizim araştırma bulgularımızı da destekleyen pek çok ulusal ve uluslararası çalışma mevcuttur. 1972 yılında aile hayatının şizofreninin seyri üzerine olan etkisi çalışmasını temel alan araştırmada, şizofreni hastasına bakım verenlerdeki yüksek duygu dışavurumunun diğer sosyal ve klinik faktörlerden bağımsız olarak hastalığın tekrar nüksetmesi ile ilişkili olduğu bulgularına yer verilmiştir (Vaughn ve Leff, 1976: 125). Kavanagh'ın (1992: 601-602) duygu dışavurumu ile ilgili 26 araştırmayı gözden geçirdiği çalışmasında duygu dışavurumu yüksek olan aileler ile yaşayan hastalarda ortalama nüks oranının % 48, düşük duygu dışavurumu olan aileler ile yaşayanlarda % 21 olduğu saptanmıştır. Bebbington ve Kuipers (1994:707-708)'te toplam 17 çalışmada 1346 vakanın değerlendirildiği geniş kapsamlı bir analiz yaparak bakım verenin duygu dışavurumu ile nüks arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur.

Yine farklı bir açıdan yapılan çalışmada nüks sayısı ve hastaneye yatış sayısının artışının bakım verenin yük algısını yükselttiği tespit edilmiştir (Aydın, vd. 2009). Bu durum bakım verenin duygu dışavurumunun hastalığın nüksünde etkili olduğu gibi, hastalığın

sık alevlenmesi ve hastaneye yatış sayısının da bakım yükünü arttırıp duygu dışavurum düzeyini yükseltebileceği söylenebilir. Bu anlamda her iki değişken kendi içinde karşılıklı bir etkilenim süreci yaratmaktadır.

Hastaların TRSM'ye devam sürelerinin bakım verenin duygu dışavurum düzeyleri üzerine olan etkisi incelendiğinde; hastaların TRSM'ye ne kadar süredir devam ettiklerinin bakım verenin duygu dışavurumunu etkilemediği belirlenmiştir. Ülkemizde henüz yeni yeni geliştiğini söyleyebileceğimiz toplum ruh sağlığı merkezleriyle ilgili yapılmış olan çalışma sayısı sınırlıdır. Gerçekleştirilen literatür taramasında hastaların toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alma durumunun bakım veren aile bireyinin duygu dışavurum düzeyine olan etkisinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yürütülen bu araştırmanın konuyla ilgili ulusal literatürde alana ilk giriş niteliği taşıyan bir çalışma olma özelliğine sahip olduğu söylenebilir. Ülkemizde literatürde konuyla ilgili yapılmış çalışmalar genel olarak; hastaların toplum ruh sağlığı merkezlerinde gerçekleştirilen psiko-sosyal tedavilere katılma durumlarının hastalığın seyrine, hastanın sosyal işlevselliğine ve yaşam kalitesine etkileri üzerine olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmalardan bazıları şöyledir:

Bolu TRSM'de şizofreni hastaları ile yapılan çalışmada TRSM uygulamalarının hastaların yeti yitimlerini azalttığı, sosyal işlevsellik düzeylerinin ve dolayısıyla yaşam kalitesi seviyelerinin de arttığı bulgularına ulaşılmıştır (Ensari, vd., 2013). Ankara'da yapılan bir çalışmada, TRSM'de çalışmalara katılan hastaların klinik seyirlerinin, işlevsellik düzeylerinin, farkındalık durumlarının, bağımsız yaşam becerilerinin, tedaviye uyum süreçlerinin ve bakım verenlerin üstlendikleri yükün gelişimi açısından olumlu sonuçlar alındığı bildirilmiştir (Özdemir, Şafak, Örsel, Kahiloğulları ve Karadağ, 2017). Yine ülkemizde Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri açılmadan önce Arslan ve arkadaşları tarafından İstanbul'da şizofreni tanılı hastalar ile gerçekleştirilen Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi'ne benzer bir içeriğe sahip olan psiko-sosyal girişimlerin bir arada uygulandığı rehabilitasyon programının, hastaların klinik tablosunda, günlük ve sosyal beceri alanlarında olumlu katkılar sağladığı ve takip çalışmalarında bu olumlu kazanımların korunduğu rapor edilmiştir (Arslan, Yazıcı, Yılmaz, Coşkun ve Kurt, 2015).

Sonuç olarak, incelenen araştırma örnekleri toplum ruh sağlığı merkezlerinde yürütülen bütüncül psiko-sosyal çalışmaların, hastaların klinik tablolarında iyileşmeye yol açtığı, sosyal işlevselliklerini artırdığı, yeti yitimlerini azalttığı, iletişim becerilerini arttırdığı,

nüksleri azalttığı anlaşılmaktadır. Hasta ve hasta yakınına yönelik yürütülen bu hizmetler sonucunda gerçekleşen iyileşmelerin (bağımsız yaşam becerisi, işlevsellik düzeyi vd.) hastanın bakımında birinci derecede öneme sahip aile üyelerinin duygu dışavurum düzeyini olumlu yönde etkilediği bir gerçektir. Bu konudaki ulusal ve uluslararası literatür yukarıda verilen bulguları destekler niteliktedir (Kavanagh, 1992; Ertürk ve Kömürcü, 2017: 48 ; Özdemir vd. 2017: 424; Sellwood vd. 2003: 91).

Yine çalışmanın önemli bir bulgusu, TRSM'ye düzenli olarak devam eden hastaların bakım verenlerinin duygu dışavurumunun, düzenli olarak devam etmeyen hastaların bakım verenlerine oranla daha düşük olduğudur.

Çalışmada TRSM'ye düzenli gelme durumu ile hastaların yakınmalarında azalma yaşanması durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmüştür. Tablo 14'te de görüleceği üzere TRSM'ye düzenli olarak devam eden hastasına bakım verenlerden hastalarının yakınmalarında azalma olduğunu ifade edenlerin sayısı 59 (%78,7), hastaları TRSM'ye düzenli olarak devam edip, hastalarının yakınmalarında azalma olmadığını belirten bakım veren kişilerin sayısı 11 (%34,4) olarak belirlenmiştir. Ülkemizde Gül ve arkadaşlarının (2014), Kırıkkale ilinde TRSM'de düzenli takibi sağlanan şizofreni hastalarıyla yürüttükleri araştırmada, hastaların psikiyatrik belirtilerinin ciddiyetini ya da tedavinin etkisini değerlendirebilmek için uygulanan ölçekten aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, hastaların TRSM'ye ilk kayıt edildiklerindeki alınan puanlar ve çalışma süresi sonunda uygulanan ölçekten alınan puanlar karşılaştırıldığında psikiyatrik belirtilerde önemli oranda düşüş olduğu belirlenmiştir (Gül, Can, Şahin, Şahin ve Şimşek, 2014). Doğan ve arkadaşları tarafından Sivas'ta ayaktan takip edilen 23 şizofreni hastasıyla yürütülen çalışmada; hastalar tedavi ekibi tarafından evlerinde belli periyotlarda toplam altı kez ziyaret edilerek, çeşitli konularında eğitimler verilmiştir. Araştırma sonucunda hastaların topluma uyum sağlamada ilerleme kaydettiği, aile içi sorunlarının azaldığı, çevreyle iletişimlerinin arttığı, içgörülerinin ve ilaca uyumlarının yükseldiği bildirilmiştir (Doğan, vd., 2004). Yine ülkemizde Ensari ve arkadaşları tarafından Bolu'da yürütülen (Ensari, vd. 2013); Arslan ve arkadaşları tarafından İstanbul'da yürütülen benzer takip çalışmalarında da hastalara yönelik uygulanan psiko-sosyal eğitimlerin hastalığın belirtilerinin azalmasında ve toplumsal işlevselliklerinin artmasında önemli katkılar sunduğu bulgularına yer verilmiştir (Arslan, vd. 2015).

ABD’de bir TRSM’de verilen antipsikotik ve ruhsal toplumsal rehabilitasyon hizmetlerinin etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada 70 hastayla çalışılmış ve 6 aylık izleme sonucunda hastalığın semptomlarında azalma ve ruhsal toplumsal işlevsellikte önemli ölçüde ilerleme sağlandığı gözlemlenmiştir (Noordsy ve O’Keefe, 1999).

Görüldüğü gibi TRSM’ den hizmet alma ve yakınmalardaki azalma durumuyla ilgili bulgumuz literatürdeki diğer araştırma sonuçlarıyla örtüşmektedir.

Şizofreni Tanısı Almış Bireye Bakım Veren Aile Üyesinin Sosyo-Demografik ve Diğer Özellikleri ile Duygu Dışavurumunun Karşılaştırılması

Çalışmada şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerin yaşları ile duygu dışavurum arasında bir ilişki saptanmamıştır. Araştırmaya katılan şizofreni tanısı almış hastalarına bakım veren aile bireylerinin yaş dağılımları incelendiğinde; bakım verenlerin yaş dağılımında orta ve ileri yetişkin yaş grubunda bulunan katılımcıların önemli bir çoğunluğunu oluşturduğu gözlemlenmektedir. Ülkemizde Kaya ve Öz (2019: 32)’ün Ankara ilinde psikiyatri polikliniklerinde tedavi gören şizofreni hastasına bakım veren 130 kişiyle yapmış oldukları araştırma sonuçlarına göre de bakım verenlerin önemli bir çoğunluğunun yaşının orta ve ileri yetişkin yaş grubunda olduğu görülmüştür. Bu bulgu araştırma bulgusuyla benzerlik göstermektedir.

Duman (2014) ve Algönül tarafından yürütülen çalışmalarda da bakım veren aile bireyinin yaşı ile duygu dışavurum düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Duman, 2014; Algönül, 2017). Aydın ve arkadaşları tarafından yapılan bakım yükü çalışmasında da bakım verenin yaşı ile bakım yükü değerleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Aydın vd., 2009).

Çalışma bulgumuzdan farklı bir sonuç olarak, Güney Amerika’da orta gelirli bir ülke olan Şili’de aile yükü ve bunun korelasyonlarının incelendiği bir çalışmada ileri yaştaki bakım verenlerin gençlere göre daha çok bakım yükü altında kaldıkları bildirilmiştir (Urizar ve Maldonado, 2006: 719).

Çalışmada şizofreni tanısı almış bireylere bakım verenlerin cinsiyeti ve duygu dışavurumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yine Duman (2014) ve Akıncı (2010) tarafından yapılan iki ayrı çalışmada bakım verenin cinsiyetinin bakım verenin

duygu dışavurum düzeyi üzerinde etkili bir yordayıcı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Duman 2014; Akıncı, 2010).

Yine çalışmamızla uyumlu olarak, yapılan yabancı literatür incelemesinde, şizofreni tanısı almış bireylere bakım verenlerin cinsiyet farklılığının başat ve bakım yükü üzerinde etkili bir değişken olmadığı tespit edilmiştir (Onwumere vd. 2011: 423). Görüldüğü gibi yukarıda değinilen araştırma bulguları yürütülen bu araştırma bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

Her ne kadar bakım verenlerin cinsiyeti ve duygu dışavurum düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamış olsa da kadın bakım verenlerin ölçek puanlarının erkek bakım verene göre daha yüksek olduğu görülmüştür. İnan ve Duman tarafından İzmir’de 103 bakım verenle yapılan çalışma sonucuna göre; kadın bakım verende ruhsal sorunu oluşma riskinin erkek bakım verene oranla yüksek olduğu gösterilmiştir (İnan ve Duman, 2013).

Şizofreni tanısı almış bireylere bakım verenlerden yüksek gelir düzeyine sahip olanların düşük gelire sahip olanlara göre duygu dışavurum düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Bakım veren kişilerden asgari ücrete sahip olanların duygu dışavurum ölçeğinden almış oldukları puan ortalaması en yüksek iken; 3000 TL üzeri geliri olanların duygu dışavurum ölçeğinden almış oldukları puan ortalamasının en düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızın aksine Algönül (2013)’ün yapmış olduğu çalışmada, bakım verenlerden farklı ekonomik durumda olanların duygu dışavurum düzeylerinde anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Gülseren ve arkadaşları tarafından yapılan aile işlevleri üzerine karşılaştırmalı bir çalışmada düşük gelir seviyesinin aileyi işlevlerinde bozulmalara neden olduğu bildirilmiştir (Gülseren, Coşkun, Gülseren ve Kültür, 1999). Ekonomik gelir düzeyi ailenin kendini iyi ya da kötü hissetmesinde önemli bir değişken olup; gelir seviyesinin yüksek olması bakım verenlerin bakımla ilgili gerekli yardımlara ve desteklere ulaşabilmelerini sağlamaktadır (Arslantaş ve Adana, 2011: 260). Uluslararası literatürde rastlanan çalışmada da ailenin gelir düzeyinin iyi olması bakım vericinin yükünü ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyen en önemli belirleyicilerden biri olarak bildirilmiştir (Ranganathan, Nirmalave Padankatti, 1991; Maeng, vd. 2016).

Çalışma hayatı olan şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerin duygu dışavurumunun, çalışma hayatı olmayan hastalara bakım veren kişilere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışma bulgusuyla uyumlu olarak Arslantaş ve Adana bakım vericinin mesleğinin olmamasının ve ailenin gelir düzeyinin düşük olmasının bakım vericide daha fazla duygu dışavurumu oluşturduğu saptamıştır (Arslantaş ve Adana, 2011).

İnan ve Duman tarafından yapılan çalışma sonucunda; bakım verenlerin %65'inde ruhsal sorun bulunma riski olduğunu ve çalışmayan bakım verenlerin, çalışanlara kıyasla yüksek oranda ruh sağlığında bozulma riski taşıdığı bildirilmiştir (İnan ve Duman, 2013).

Scazufca ve Kuipers'a göre bakım vericilerin işsiz olması duygu dışavurum puanını artırmaktadır (Scazufca ve Kuipers, 1996).

Dillehay ve Sandys (1990)'e göre bakım verenin bir işte çalışması, ruhsal sağlığını, bakım vermekten kaynaklanan duygusal ve sosyal baskı durumunu, ekonomik durumunu doğrudan etkilemektedir (Dillehay ve Sandys, 1990). Bu ise bakım verenin hastalığın gidişini önemli ölçüde etkilediği bilinen duygu dışavurum düzeyini olumlu yönde etkilemektedir. Yapılan araştırma sonuçları bakım verenin çalışma ve aktivite durumunun yorgunluk ve tükenmişlik hissini, ruhsal sağlığını, depresyon ve anksiyete durumunu, davranışsal ve duygusal kontrol durumunu özetle iyilik halini doğrudan etkilediğini ortaya koymaktadır (Maldonado, Urizar ve Kavanagh 2005: 901). Araştırma bulgusunu değerlendirmek gerekirse çalışmayan bakım verenlerin sürekli olarak bakıma ve gözetime ihtiyaç duyan hasta aile bireyi ile birlikte olmak zorunda kalması, kendine özel zaman ayıramaması ve sosyal yaşantısının kısıtlanması bakım yükünü arttırarak bakım verenin duygu dışavurum düzeyinin yükselmesine neden olduğunu ifade edebiliriz.

Hastaya bakım veren kişinin hastalıkla ilgili bilgi düzeyinin bakım verenin duygu dışavurumu üzerine etkisi incelendiğinde; bakım veren kişinin hastalıkla ilgili bilgi düzeyinin duygu dışavurumu üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır. Duman (2014) tarafından yapılan çalışmada da bakım verenlerin hastalık hakkındaki bilgi düzeyi ile duygu dışavurum arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Duman, 2014).

Çalışmada bakım verenlerin bilgi düzeyi ve duygu dışavurumu düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmaması, bize bakım verenin duygu dışavurum düzeyini bakım yükü gibi daha güçlü bir yordayıcının etkiliyor olabileceğini düşündürmektedir (Levene, Lancee ve MV,

1996). Literatürden elde edilen bu bilgiye göre bu iki araştırma sonucu tutarlılık göstermektedir.

Her ne kadar çalışmamızda bilgi düzeyi ve ailenin duygu dışavurumu arasında anlamlı bir ilişki ortaya konulamamış olsa da hastalık hakkındaki bilgi düzeyinin artmasının olumlu etkilerini bildiren yerli ve yabancı çalışmalardan örnek vermek mümkündür. Merinder ve arkadaşlarının şizofrenisi olan hastalar ve bu hastaların akrabaları ile yürüttükleri psiko-eğitim programı çalışmasında, programın hastalıkla ilgili bilgi düzeyini artırmada etkili olduğu, ancak hastalığın yinelemesi, ilaç uyumu, psikopatoloji, içgörü ve psiko-sosyal işlevsellik gibi önemli alanlarda yeterli etkiye sahip olmadığı belirtilmiştir (Merinder, vd., 1999). Yine ailelere yönelik 14 haftalık psiko-eğitim ve 6 aylık izleme çalışmasının şizofreni hastası üyeye sahip ailelerin sağlıklı aile işlevleri geliştirme davranışları üzerindeki olumlu etkisini bildirmişlerdir (Yıldırım 2007). Yüksel tarafından 2008 yılında 75 şizofreni hastası ve yakınlarına yönelik gerçekleştirilen eğitim programının hasta yakınlarının duygu dışa vurum düzeyi, tükenmişlik durumları ve hastalık hakkındaki bilgi düzeyleri üzerinde olumlu katkı sağladığı bildirilmiştir (Yüksel, 2008).

Şizofreni tanısı almış bireylerin yakınlarıyla geçirdikleri sürelerin bakım verenin duygu dışavurumu düzeyi üzerine olan etkisi incelendiğinde, bakım verenin hastası ile geçirdiği sürenin duygu dışavurum düzeyi üzerinde etkili bir yordayıcı olmadığı saptanmıştır. Tablo 21'den de anlaşılacağı üzere araştırma bulgularımıza göre zamanının neredeyse tamamını hastayla geçirenlerin sayısı çoğunluktadır. Ankara ilinde Karaağaç (2016) tarafından yapılan araştırmaya göre de, bakım verenlerin %28,7'si günde 0-8 saat, %51,5'i 9-16 saat ve %19,8' i de 17-24 saat süreyle zamanlarını hastalarıyla birlikte geçirdikleri tespit edilmiştir (Karaağaç, 2016). Görüldüğü gibi bakım veren kişilerin yaklaşık 2/3'ü gününün büyük bir çoğunluğunu hastalarla geçirmektedir. Her iki çalışmada da hasta ile bakım veren kişilerin zamanın tamamına yakını birlikte geçirenlerin sayısının fazla olduğu görülmektedir.

Aydın ve arkadaşlarının Bursa'da 50 hasta ve onların bakım verenleriyle yaptığı çalışmada günlük bakım verme süresi ile bakım verenin depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanırken, bakım veren yükü ile arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum Aydın'ın da ifade ettiği gibi tek başına yaşamını idame ettirmede güçlük çeken ve yardıma gereksinimi olan aile bireyine aile bireylerine

bakmanın bir yakınma unsuru olmaktan çok bir erdem hatta görev olarak nitelendirilmesi, hissedilen yükün depresif yakınmalarla açığa çıkması ile ilişkili olabileceği şeklinde açıklanabilir (Aydın, 2009). Çalışmada bakım verenlerin büyük bir kısmının hastalarıyla uzun süreler vakit geçirmelerine rağmen bu durumun duygu dışavurum düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin tespit edilememiş olması önemli ve araştırılması gereken bir konudur. Bu durumu Türk toplumunun hala devam eden geleneksel aile yapısı ile hasta bakımının takdir gören, yüceleştirilen, bakım verenler açısından da vicdanlarını rahat ettiren ve aslında bununla da övünç duyduğu sosyal bir davranış biçimi olmasıyla açıklayabiliriz. Yani ülkemizde aileler hasta bakımını yük olarak değil, bir sorumluluk olarak görmektedir. Ailelerdeki bu bakım verme motivasyonu bakımın verme sürecinin devamlılığında en temel unsurdur ve hasta yakınlarına sağlanacak psiko-sosyal desteklerle bu motivasyonun devamlılığı sağlanarak ailenin hastasına bakım verme kalitesinin de artacağı düşünülmektedir.

Havighurst tarafından geliştirilen aktivite kuramına göre bireylerin yaşam kalitesini koruyup, geliştirebilmeleri için aile üyeleriyle yalnızca zaman geçirmeleri değil, geçirdikleri zamanın niteliği ve beraber yaptıkları faaliyetlerden duydukları memnuniyet oldukça önemlidir (Bond, Briggs ve Coleman 1993: 32-33). Hastaların serbest zamanlarında aile üyeleriyle kurdukları etkileşimlerin yönü, birlikte yaptıkları sosyal aktivitelerin sayısı, türü ve katılım sıklığı ile bu aktivitelerden elde ettikleri doyum, hastalığa uyum sürecini ve hastalığın remisyonunu olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

Çalışmada hastayla geçirilen süre ile duygu dışavurum düzeyi arasında anlamlı bir ilişki ortaya konulmasa da; bakım verenin bakım verme süresinin kendisi ve diğer aile üyeleriyle ilgili sorumluluklarına zaman ayırmayı engelleyecek kadar uzun olmasının bakım vereni fiziksel ve psikolojik olarak zorlayabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bazı durumlarda hastaya bakım verebilmek için işini bırakmak ya da bir işe girememek gibi sorunlar da yaşanabilmektedir. Bu durum da ailenin mali yükünü arttıracak ve ayrıca bakım verenin sosyal yaşantısını da olumsuz etkileyecektir.

Sonuç

Bu çalışma; Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan şizofreni hastalarına bakım veren aile bireylerinin duygu dışavurum durumunu hastaya ve bakım verene ait bazı sosyo-demografik değişkenler ve hastanın Toplum Ruh Sağlığı Merkezine devam etmesinin ne yönde yordadığını ortaya koymaktır. Çalışmada ayrıca şizofreni hastalığının seyrinde aile, toplum ruh sağlığı merkezleri hizmetleri ve duygu dışavurumu kavramları arasında ne tür bir ilişki olduğuna yönelik tespitlere yer verilmiştir. Çalışmaya genel hatlarıyla bakıldığında ulusal ve uluslararası literatürle pek çok yönden benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Çalışmanın Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan hastaların ailelerinin duygu dışavurumunu ortaya koyması bakımından alanyazına ilk giriş niteliğinde olduğu düşünülmektedir.

Özet olarak çalışmaya katılan hastaların yarıya yakını (%43,9)'nın 26-40 yaş aralığında, yarıdan biraz fazlası (%58,3)'nın bekar, yarıya yakını (%47,7)'nin ilkokul mezunu olduğu ve %44,9' unun ise hiç geliri olmadığı, hastaların % 89 gibi yüksek bir oranda çalışma hayatının olmadığı, hastalığın başlama yaşı açısından en kalabalık gurubun 19-25 yaş aralığında olduğu ve hastalık süresi açısından hastaların çoğunluğunu 10 yılın üstünde bir zamandır hasta olan bireylerden oluştuğu, yine hastaların çoğunluğunun uzun süredir TRSM'ye devam ettiği ve düzenli olarak devam eden hastaların çalışmaya katılan toplam hasta sayısının yaklaşık 3/4'ünü oluşturduğu, hastaların %91 gibi yüksek bir oranının da düzenli ilaç kullanımının olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan şizofreni tanısı almış bireye sahip bakım verenlerin cinsiyet dağılımında kadın ve erkeklerin nerdeyse eşit sayıda olduğu, bakım verenlerin çoğunluğunun orta ve ileri yaş grubundakilerden oluştuğu, %71,7'si gibi büyük bir kısmının evli olduğu, %43' nün ilkokul mezunu olduğu, %35,5'inin gelir durumunun asgari ücret-3000 TL arasında olanlardan oluştuğu saptanmıştır. Hastalarına bakım verenlerin yaklaşık beşte üçü (%59,8)'nün 11+ yıl gibi uzun bir süredir bakım vermekte olduğu tespit edilmiştir. Bakım verenlerin hastasıyla haftalık ortalama geçirdiği zaman incelendiğinde, tüm gününü hastasıyla geçiren kişi oranının (%60,7) en yüksek olduğu görülmüştür. Bakım verenlerin 1/3'ünden fazlasının ebeveylere olduğu tespit edilmiştir.

Şizofreni hastasının yaşının, cinsiyetinin, medeni durumunun, gelir durumunun, çalışma hayatı olup olmamasının bakım verenin duygu dışavurumunu etkilemediği saptanmıştır. Çalışmanın sonucuna göre hastanın sosyo-demografik değişkenleri ve bakım verenin duygu dışavurumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Hastaneye çoklu yatışı olan hastalara bakım veren kişilerin duygu dışavurumu düzeyinin, hastaneye hiç yatışı olmayan hastalara bakım veren kişilerden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yani şizofreni tanısı almış bireyin hastaneye yatış sayısı bakım verenin duygu dışavurum düzeyini etkilemektedir. Hastaların TRSM'ye devam sürelerinin bakım verenin duygu dışavurum düzeyini etkilemediği belirlenmiştir. Ancak TRSM'ye düzenli olarak devam eden hastaların bakım verenlerinin duygu dışavurumu düzeyinin, düzenli olarak devam etmeyen hastaların bakım verenlerine oranla daha düşük olduğu ve TRSM'den düzenli olarak hizmet alan hastaların hastalıkla ilgili yakınmalarının azaldığı tespit edilmiştir. Çalışma sonucuna göre, hastanın TRSM'ye ne kadar süredir devam ettiğinin bakım verenin duygu dışavurum düzeyi üzerinde etkili bir yordayıcı olmadığı ancak hastanın hastaneye yatış sayısı ve TRSM'ye düzenli olarak devam etmesi gibi klinik bulgularının bakım verenin duygu dışavurum düzeyini yordayan önemli değişkenler olduğu anlaşılmaktadır.

Çalışmada şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kişilerin yaşları ve cinsiyeti ile duygu dışavurumu arasında bir ilişki saptanmamıştır ancak bakım veren kişilerden yüksek gelir düzeyine sahip olanların düşük gelir düzeyine sahip olanlara göre, çalışma hayatı olan bakım verenlerin, çalışma hayatı olmayan bakım verenlere göre daha düşük duygu dışavurumu olduğu saptanmıştır. Bu durumda gelir ve çalışma hayatının var olması durumunun, tedavinin seyrinin en önemli belirleyicileri arasında olduğu kabul edilen duygu dışavurumu üzerinde etkisi olan önemli iki sosyo-demografik yordayıcı olduğu bulgularına ulaşılmıştır.

Hastaya bakım veren kişinin hastalıkla ilgili bilgi düzeyinin ve zamanının ne kadarını hastası ile geçirdiğinin bakım verenin duygu dışavurumunu etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışma sonucuna göre bakım verenin hastalıkla ilgili bilgi düzeyi ve hastayla geçirilen sürenin duygu dışavurumu üzerinde etkili bir yordayıcı olmadığı görülmektedir.

Duygu dışavurumu, şizofreni hastalarının hastalık nüksüne neden olan ve dolayısıyla hastaneye yatışları da arttıran önemli sosyo-ekonomik çıktıları olan bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle hasta, hastaya bakım verenler ve toplumsal maliyetler açısından da oldukça önemli bir kavramdır. Özetle hastalığın yaygınlık oranı dolayısıyla da toplumun sosyal sermayesinin önemli bir bölümünü oluşturan hasta ve ailesinin bütüncül bir sağaltım prosesleriyle ele alınarak TRSM'lerinin çalışmalarının etkinliğinin daha da geliştirilmesinin oldukça önemli olduğu söylenebilir.

Öneriler

Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin İşleyişine Yönelik Öneriler

- 1- Her şeyden önce toplum ruh sağlığı merkezlerinin kuruluş felsefesine uygun olarak hastalığı değil hastayı odağa alarak, tedavi ve destek hizmetlerinin yanında ruh sağlığı çalışanları ve hasta/hastanın ailesi arasında kurulacak olan profesyonel ilişkinin karşılıklı etkileşime dayanan ve her iki tarafın da aktif katılımı ve katkısının olabileceğine yönelik gerçeğin kabulü gerekmektedir. Yani hastayı yetersizlikler içinde bir birey olarak görmekten çok güçlü yanlarını merkeze koyarak onları üretebilen, işbirliği sağlayabilecek, kendi kaderini tayin edebilecek bireyler olarak görmelidir. Bu bakış açısı şizofreni tedavisinde ilk şart olarak görülmelidir.
- 2- Hastanın bulunduğu yaşam koşulları, destek mekanizmaları, var olan imkânları ya da imkânsızlıkları çok iyi analiz edilmelidir. Bu yönde gerekli toplum kaynaklarıyla etkili bir işbirliği ile tedavi süreci yönetilmelidir.
- 3- Hastalık hakkındaki bilgi eksikliği kadar tedavi süreciyle ilgili yeterli bilgi sahibi olmama da şizofreninin seyrini olumsuz etkilemektedir. Şizofreninin nasıl bir hastalık olduğu, hastaların kullanmak zorunda olduğu ilaçların yan etkileri, sosyal hayatında gelişebilecek sınırlamalar, hukuki hakları, ilaç kullanmayı bırakabilir mi, hastalık tamamen iyileşir mi gibi pek çok sorunun yanıtı bazen hastaların ve ailelerin merak ettiği konular olmaktadır. Cevabını alamadıkları durumlarda ise hastaya karşı olumsuz geribildirimlerde bulunmaktadır. Bu durum da duygu dışavurumunu etkileyebilmektedir. Hastalara ve ailelerine yönelik psiko-eğitimlerin düzenli ve sürekli olarak verilmesi hasta ve ailenin bilgi düzeyini gerçek anlamda arttıracaktır. Böylelikle hastalığın seyrine olumlu katkı sağlanmış olacaktır.

- 4- Şizofreni hastasının takibini yapan vaka yöneticilerinin aileyi de yakından tanınması ve oluşabilecek sorunlar kapsamında bakım verenlerin de tedavi sürecine aktif katılımının sağlanması gerekmektedir.
- 5- Bakım verme sürecinde bakım verenlerin de yaşayacağı bedensel ve psikiyatrik rahatsızlıklar da takip edilerek gerekli müdahale ve yönlendirmeler yapılabilirdir.
- 6- Hasta yakınlarına yönelik etkileşim grupları oluşturularak birbirlerine deneyimlerini aktarma ve duygularını paylaşma ve yaşadıkları güçlükleri paylaşma imkânı sağlanmalıdır.
- 7- Hastaları toplum ruh sağlığı merkezinde hizmet alırken bir yandan da hasta yakınlarına yönelik serbest zaman değerlendirme etkinlikleri oluşturularak onların kendilerini daha iyi hissetmeleri sağlanmalıdır.
- 8- Ülkemizde yakın bir geçmişe sahip olan toplum ruh sağlığı merkezlerinde hastalara bütüncül yaklaşımla verilen hizmetlerle hastalığın alevlenme ve yatış oranlarında azalma sağlanabileceği çalışmada tartışılmıştır. Toplum ruh sağlığı merkezleri hakkında yürütülecek bilimsel çalışmaların sayısının artırılması ve çıktılarının tartışılmasıyla bu merkezlerin verimliliği yükseltilebilecektir.
- 9- Toplum ruh sağlığı merkezleri hastaların ve ailelerinin sağaltımı sürecinde pek çok kurumla işbirliği yapmaya ihtiyaç duymaktadır. Bu kapsamda belli aralıklarla yapılan toplantılar mevcut olmakla birlikte bazen sorunların çözümünde kurumlara özgü engellerle karşılaşılabilir. Bu nedenle belediyeler, aile, çalışma ve sosyal hizmetler müdürlüğü, iş-kur, emniyet, milli eğitim müdürlüğü gibi kurumlarla daha etkin bir işleyiş için bazı hizmet protokolleri oluşturulmalıdır. Hastalarla ilgili gerek kaymakamlıklara, gerekse mahkemelere, belediyelere ve aile, çalışma ve sosyal hizmetler müdürlüğü gibi kurum ve kuruluşlara yapılacak olan bildirimlerin daha hızlı yanıt bulması için gerekli online sistemler oluşturulmalıdır.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Hizmet Kalitesinin ve Verimliliğinin Arttırılmasına Yönelik Makro Öneriler

- 1- Toplum ruh sağlığı merkezlerinin hastalara genel tıbbi hizmetlerin verildiği yerlere dönüşmesini engellemek için; ruh sağlığı ekibi üzerindeki vaka yükünün azaltılması yani merkezin çalışanın nitelik ve niceliği açısından geliştirilmesi gerekmektedir. Böylelikle günümüz ruh sağlığı politikalarına göre vaka yöneticisi olarak hastane dışı tedavi ve sağaltımda önemli rol ve sorumluluğu olan profesyonellerin, kendi mesleki bilgi ve tecrübeleri doğrultusunda ve yapılandırılmış olan hizmet sunumu çerçevesinde daha işlevsel ve etkin çalışma imkânı sağlanacaktır.
- 2- Toplum Ruh sağlığı Merkezleri'nde hastalıkla birlikte pek çok işlevsellik alanında yetersizlikler yaşayan, toplumsal ve bireysel ilişkilerde ve mesleki yeterlilik alanlarında hastalar için beceri yitimlerinin sağaltımına yönelik çalışmaların güçlendirilmesi gerekmektedir. Mevcut durumda hastaların istihdamına yönelik sistemli bir çalışması olmayan toplum ruh sağlığı merkezlerinde gerçekleştirilen iş- uğraş faaliyetlerine daha fazla önem verip geliştirerek meslek edindirmeye yönelik eğitim programlarıyla, hastaların çoğunun çalışma hayatının ve gelirinin olmadığı bilgisinden hareketle; hastalar tarafından ortaya konulan el becerisine dayalı ürünlerin sivil toplum ve devlet desteğiyle satışının sağlanacağı mekânların hayata geçirilmesi sağlanmalıdır. Böylece hem korumalı iş sahaları oluşturulmuş olacak hem de aile bütçesine katkı sağlanmasıyla hasta ve toplum için önemli bir kazanım sağlanacaktır.
- 3- Bakım verenlere yönelik profesyonel destek programlarının oluşturulması ve uygulanma sürekliliğinin sağlanması gerekmektedir.
- 4- Ailelerin hastalarıyla birlikte tatil yapabilmeleri için gerek sivil toplum kuruluşları gerekse kamu aracılığıyla projeler yürütülmelidir.
- 5- Ülkemizde halen evde sağlık aylığıyla yürütülen evde bakım hizmetlerinin kapsamının genişletilerek; güncel psiko-sosyal tedavi bakış açısıyla ciddi bakım yükü altında olan aileler için evde bakım yardımı ve sağlık hizmetleriyle birlikte ailelerin; alışveriş, temizlik, yemek, günlük bakım, kişisel bakım ve diğer destek hizmetlerine olan ihtiyacı değerlendirilmelidir. Ailelerin hastalarına bakım verme konusunda desteklenmeleri suretiyle hastalığın tedavisi ve kurum bakımı gibi

süreçlerde hastaların aile ve toplum üzerindeki bakım yükü ve bakım maaliyetinin azalacağı düşünülmektedir.

- 6- İşi ve mesleği olduğu halde çalışamayan ve bu sebeple hem ekonomik açıdan hem de hastaya bakım verme konusunda psiko-sosyal sorunlar yaşayan aile bireyleri için hastalarını bırakabilecekleri gündüzlü bakım merkezleri oluşturulmalıdır.
- 7- Şizofreni hastalarının çoğunluğu gerek uygun çevrenin olmaması, gerek kendilerine uygun yapacak bir uğraş bulamamaları gerek arkadaş çevrelerinin sınırlı olması gibi nedenlerle zamanının çoğunu evlerinde geçirmektedirler. Bu durum da hastalığın seyrinde hiç istemeyen hastalık belirtisi olan sosyal izalasyona neden olmaktadır. TRSM' ne gelen hastalar ise arkadaşlık ilişkileri kurmakta, tedavi ekibiyle iletişim kurmakta, kendilerine uygun iş uğraşlarıyla meşgul olmakta ve dolayısıyla bu merkezler hastaların sosyalleşmesine ve kendilerine olan özgüvenlerinin artmasına büyük katkılar sunmaktadır. Bu yönüyle toplum ruh sağlığı merkezlerinin daha çok hastaya ulaşması gerekmektedir. Ancak merkezlerin yeterli sayıda olmaması hastaların ulaşım, zaman ve yol parası gibi engellere takılarak evlerine mahkum bırakmaktadır. Bu durum ailelerin de tüm zamanını hastasıyla birlikte geçirmek zorunda bırakarak onların tükenmişliklerini arttırmakta bu durum da duygu dışavurum düzeylerini yükseltmektedir. İşte bu nedenlerle TRSM'lerin sayısının artırılması bölgeler bazında hizmetin yayılması çok büyük önem arz etmektedir.

KAYNAKÇA

- Abay, A. R. ve Çölgeçen, Y. (2018). Psikiyatrik Sosyal Hizmet- Koruyucu, Tedavi Edici ve Rehabilitasyon Edici Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Çalışmacıların Rolü . *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi-International Journal of Society Researches* , 9(16), 2147-2185.
- Acar, H. ve Acar., Y. (2002). Sistem Kuramı-Ekolojik Sistem Kuramı ve Sosyal Hizmet: Temel Kavramlar ve Farklılıklar. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 13(1), 29-35.
- Addington, J., McCleery, A. ve Addington, D. (2005). Three-year outcome of family work in an early psychosis program. *Schizophr Res*, 79(107-116).
- Akıncı, A. K. (2010). Tıpta Uzmanlık Tezi. *Şizofreni Hastalarının Bakım Veren Yakınlarında Hastaların Rehabilitasyon Merkezine Devam Etmelerinin Etkisi*. İstanbul: Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi.
- Alataş, G., Karaoğlu, A., Arslan, M. ve Yanık, M. (2009). Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi . *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46(Özel Sayı), 25-29.
- Aleman, A., Kahn, R. ve Selten, J. (2003). Sex Differences in the Risk of Schizophrenia Evidence From Meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 60(6), 565-571.
- Algönül, Ö. (2017). Yüksek Lisans Tezi. *Şizofreni Tanılı Hastalara Birincil Bakım Veren Bireylerin Duygu Dışavurumu Açısından Değerlendirilmesi*. Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Amaresha, A. ve Venkatasubramanian, G. (2012). Şizofrenide Duygusal İfade: Genel Bir Bakış. *Indian J Psychol Med*, 34, 12-20. doi: 10.4103 / 0253-7176.96149
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Beşinci Baskı (DSM 5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- APA. (2001). *DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Arkonaç, O. (1996). *Psikotik Bozukluklar ve Tedavileri* (Cilt Savaş). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Arslan, M., Yazıcı, A., Yılmaz, T., Coşkun, S. ve Kurt, E. (2015). Rehabilitasyon Programının Şizofreni Hastalarının Kliniği, Sosyal İşlevselliği Ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Uzun Dönem Etkileri: İzleme çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(4), 238-246.
- Arslandaş, H. ve Adana, F. (2011). Şizofreninin Bakım Verenlere Yüğü . *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 251-277.

- Arslantaş, H. ve Adana, F. (2012). Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerinin Yük Algısını ve Duygu Dışavurumunu Etkileyen Etkenler. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 13, 8-15.
- Aslantürk, H. (2016). Ruh Sağlığı Alanında Toplumsal Entegrasyon ve Sosyal Haklar. *TJFMPC*, 10(4), 259-270.
- Awad, G. ve Voruganti, L. (2008). The Burden Of Schizophrenia On Caregivers. *Pharmacoeconomics*, 26, 149-162 .
- Aydın, A., Eker, S., Cangür, Ş., Sarandöl, A. ve Kırılı, S. (2009). Şizofreni Hastalarında Bakım Veren Külfet Düzeyinin Sosyo-Demografik Değişkenler ve Hastalığın Özellikleri ile İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46(1), 10-14.
- Bademli, K. ve Duman, Z. Ç. (2013). Şizofreni Hastalarının Bakım Verenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 461-478.
- Bakanlığı, S. (2011). *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Barrowclough, C. ve Hooley, J. (2003). Attributions And Expressed Emotion: A Review . *Clin Psychol Rev* , 23, 849-880.
- Baskak, B., Atbaşoğlu, C. ve Saka, M. C. (2009). Şizofreni Etiyolojisinde Psiko-Sosyal Etmenlerin Rolü: Antipsikiyatriden Gen Çevre Etkileşimine. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46, 1-9.
- Başer, D., Kırlioğlu, M. ve A. M. Aktaş. (2013). Sosyal Hizmet Mesleğinin Bir Uygulama Alanı Olarak Toplum Temelli Ruh Sağlığı Sistemi Ve Güncel Değişimler. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(2), 179-192.
- Bebbington, P. ve Kuipers, L. (1994, Ağust). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychol Med*, 24(3), 707-18.
- Berksun, E. (1994). Psikososyal Açıdan Şizofrenide Aile Faktörü: Tarihçe. *Psikiyatri Bülteni*, 3(2), 58-60.
- Berksun, O. (1992). Tıpta Uzmanlık Tezi. *Şizofreni'de Aile Faktörü: Duygu İfadesi Ölçek Geliştirme Ve Uyarlama Denemesi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
- Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H. ve Alptekin, K. (2011). Türkiye'de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistematik Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(1), 42-52.
- Bond, J., Briggs, R. ve Coleman, P. (1993). The study of aging. J. Bond, R. Briggs ve P. Coleman içinde, *Aging in Society: An Introduction to Social Gerontology* (s. 19-25). London.
- Brown, G. (1959). Experiences of Discharged Chronic Schizophrenic Patients in Various Types of Living Group. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 37(2), 105-131. doi:10.2307/3348588

- Brown, G. W., Birley, J. L. ve Wing, J. K. (1972). Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication. *The British Journal of Psychiatry*, 121(562), 241-258.
- Brown, G. ve Rutter, M. (1966). The measurement of family activities and relationships: A methodological study . *Hum Relations*, 19, 241-58.
- Bulut, I. (1998). Psikiyatri Alanı Ve Sosyal Hizmet Mesleği . C. Güleçve E. Köroğlu (Düz.), *Psikiyatri Temel Kitabı Cilt II* (s. 1329-1332). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Ceylan, E. (1993). *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri 1 Cilt Şizofreni*. İstanbul.
- Cosci, F., Londi, I., Patussi, V. ve Sirigatti, S. (2011). Expressed Emotion And Parental Attitude Toward Children Of Alcoholics. *European Psychiatry*, 26(1), 17.
- Çabuk, M. (2014). Yüksek Lisans Tezi. *Psikoeğitimin Şizofreni Ailelerinin Yük Algılarına Olan Etkisi*.
- Çalık, E. V. ve Ceyhan, E. K. (2016). Ruh Sağlığı Alanında Kanıta Dayalı Sosyal Hizmet Uygulamaları. *Journal of International Social Research*, 9(42), 1062-1069.
- Çetin, N. (2011). Yüksek Lisans Tezi. *Şizofreni Hastalarının Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi İle Aile Üyelerinin Bakım Yükü Ve Dışa Vuran Duygu Durumu İlişkisinin İncelenmesi*. (Y. H. Programı, Dü.) Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü.
- Danış, M. Z. (2006). Davranış Bilimlerinde Ekolojik Sistem Yaklaşımı. *Aile ve Toplum*, 8(3), 46-53.
- Delice, M. A., Akgül, S. M. ve Yıldız, M. (2014). Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Bir Şizofrenili Olguda Bütüncül Yaklaşımın Hastalığın Gidişine Etkisi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(2), 122-125.
- Deniz, H., İlnem, C. ve Yener, F. (1998). Şizofren Bireyin Algıladığı Duygu Dışavurumu Düzeyinin Relapsla ve Aile İşlevleriyle ilişkisi. *Düşünen Adam*, 11(3), 5-15.
- Dilbaz, N. (2011). Tedavi İşbirliği Programı. *Tedavi İşbirliği Uzman Görüşleri Dergisi*, 2, 1-2.
- Dillehay, R. ve Sandys, M. (1990). Caregivers for Alzheimer's Patients: What We Are Learning From Research. *The International Journal of Aging and Human Development*, 30(4), 263-285.
- Doğan, O. (2002). Şizofrenik Bozukluklarda Psiko-Sosyal Yaklaşımlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 242-248.
- Doğan, O., Doğan, S., Tel, H., Çoker, F., Polatöz, Ö. ve Başeğmez, F. D. (2002). Şizofrenide Psiko-Sosyal Yaklaşımlar: Aileler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 133-139.

- Doğan, S., Doğan, O., Tel, H., Çoker, F., Polatöz, Ö. ve Doğan, F. (2004). Psychosocial Approaches İn Outpatients With Schizophrenia . *Psychiatric Rehabil J.* , 27, 279-82.
- Doğan, S., Tel, H., Çoker, F., Polatöz, Ö., Başeğmez, F. D. ve Doğan, O. (2002). Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar: Aileler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* , 3, 133-139.
- Duman, H. (2014). Yüksek Lisans Tezi. *Şizofreni Hasta Yakınlarında Duygu Dışavurumunun Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi*. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı Uygulamalı Psikoloji Programı.
- Duman, Z. Ç., Kuşcu, M. K. ve Özgün, S. (2013). Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Duygu İfadelerini Belirlemede Camberwell Aile Görüşmesi ile Duygu İfadesi Ölçeğinin Karşılaştırılması. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, 50, 301-305.
- Durat, G., Atmaca, G. D., Açıl, H. C. ve Oksal, H. A. (2017). The Attitudes Of Patient Relatives Towards Schizophrenia. *Osmangazi Journal of Medicine*, 39, s. 43-50.
- Ebrinç, S., Çetin, M., Başoğlu, C., Ağargün, M. Y., Seçil, M., Can, S. ve Çobanoğlu, N. (2001). Şizofren Hasta Ve Ailelerinde Aile İşlevselliği, Sosyal Destek Ve Duygu Dışavurumunun İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(1), 5-14.
- Elbi, H. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11(3), 3-18.
- Ensari, H. (2008). Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Mevcut Durum. T. B. Müdürlüğü (Düz.), 5. *Aile Şurası "Aile Destek Hizmetleri"*, (s. 88-92). Ankara.
- Ensari, H., Gültekin, B. K., Karaman, D., Koç, A. ve Beşkardeş, A. F. (2013). Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hizmetlerinin Şizofreni Hastalarındaki Yaşam Kalitesi, Yeti Yitimi, Genel Ve Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkisi: Bir Yıllık İzleme Sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, 108-14.
- Ertürk, İ. Ş. ve Kömürcü, B. (2017). Şizofreninin Tekrarlanmasında Ailede Duygu Dışavurumunun Önemi Ve Sonuçları Üzerine Bir Derleme. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 1(1), 44-51.
- Farlane, W. M. ve W.L. Cook. (2007). Family Expressed Emotion Prior To Onset Of Psychosis. *Family Process*, 46(2), 185-197.
- Gençtan, E. (1997). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar* (13 b.). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Glanville, D. ve Dixon, L. (2005). Caregiver Burden, Family Treatment Approaches and Service Use in Families of Patients With Schizophrenia. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 42(1), 15-22.
- Greenley, J. (1986). Social Control and Expressed Emotion . *J Nerv Ment Dis*, 174, 24-30.

- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Úrizar, A. ve Kavanagh, D. (2005). Burden Of Care And General Health İn Families of Patients With Schizophrenia. . *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* , 40(11), 899-904.
- Gül, E. U., Can, D. Ö., Şahin, E. H., Şahin, Ş. ve Şimşek, E. (2014). Kırıkkale Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde Takip Edilen Şizofreni Hastalarının Değerlendirilmesi. *KÜ Tıp Fak. Dergisi*, 16(2), 15-19.
- Gülseren, L. (2002). Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 143-151.
- Gülseren, L., Coşkun, S., Gülseren, Ş. ve Kültür, S. (1999). Şizofreni Ve Bipolar Bozukluk Tanısı Konan Hastalar İle Ailelerinde Aile İşlevleri Üzerine Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *3P Dergisi*, 7, 23-32.
- Gülseren, L., Çam, B., Karakoç, B., Yiğit, T., Danacı, A. E., Çubukçuoğlu, Z., . . . Mete, L. (2010). Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* , 21(3), 203-12.
- Gümüş, A. B. (2006). Şizofrenide Hasta Ve Ailelerin Yaşadığı Güçlükler, Psikoeğitim ve Hemşirelik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1(2), s. 23-34.
- Harmancı, P. ve Z. Ç. (2016). Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Yükleri ve Ruhsal Sağlık Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* , 7(2), 82-86.
- Hooley. (2007). J.M. Expressed Emotion And Relapse Of Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 329-352.
- Huppert, J., Weiss, K. ve ark., R. L. (2001). Quality Of Life İn Schizophrenia: Contributions of anxiety and depression. *Schizophr Res*, 1(51), 171-180.
- İlnem, C., Çete, T., Deniz, H. ve Yener, F. (1998). Şizofreni ve Depresyonda Yaşam Olayları İle Bireyin Algıladığı Duygu Dışavurum Düzeyi. *Düşünen Adam*, 11(4), 12-20.
- İnan, F. Ş. ve Duman, Z. Ç. (2013). Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler: Sosyo-demografik Değişkenler Ve Stresle Başa Çıkma Tarzları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(4), 205-211.
- J.Kavanagh, D. (1992). Recent Developmentsin Expressed Emotionand Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* , 160, 601-620.
- Javed, M. (2000). Gender and schizophr-enia. *Journal of Pakistan Medikal Associa-tion*. 50(2), 63-68.
- Kabadaki, K. (1995). Exploration Of Social Work Practice Models Forrural Development İn Uganda. *Journal of Social Development in Africa*. , 10, 77-88.
- Karaağaç, H. (2016). Yüksek Lisans Tezi . *Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Travma Sonrası Gelişimlerinin Ve Bakım Yüklerinin Yaşam Kalitelerine Etkisinin İncelenmesi*. Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Karamustafalıoğlu, N., Tomruk, N. ve Alpay, N. (1998). Şizofrenide Cinsiyet Farklılıkları: Bir Gözden Geçirme. *Düşünen Adam*, 11(2), 22-32.
- Karasar, N. (1995). *Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramalar, İlkeler, Teknikler*. Ankara: 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık Ltd.
- Kaya, Y. ve Öz, F. (2019). Şizofreni Hastalarının Genel Sosyal İşlevsellik Düzeyi Ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yükü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(1), 28-38.
- Kerimoğlu, E. (1996). *Aile Tedavileri*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Knapp, M. (2000). Schizophrenia Costs And Treatment Cost-Effectiveness. *Acta Psychiatr Scand*, 102 (Suppl 407), 15-18.
- Kocabıyık, A., Beştepe, E., Karşıdağ, Ç. ve R. Kükürt, N. A. (2005). The Effects Of Expressed Emotion On Relapse İn Bipolar Disorder. *Düşünen Adam*, 18(1), 4-12.
- Kocal, Y., Karakuş, G. ve Sert, D. (2017). Şizofreni: Etyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2), 251-267.
- Koçak, Z. ve Taylan, H. H. (2018, Eylül). Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanmanın Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi. *The Journal of Academic Social Science* (78), 621-640.
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P. ve Zarate, R. (2006, Oct.). Recent Advances in Social Skills Training for Schizophrenia. *Schizophr Bull*, 32((Supply) 1), 12-23. doi: 10.1093 / schbul / sbl023
- Köroğlu, A. ve Hocaoglu, Ç. (2017). Şizofreninin Aile Üzerine Olan Etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 170-175.
- Kuipers. (1992, Ocak). Expressed emotion in 1991., *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27(1), 1--3.
- Kuşçu, M. K., Duman, Z. Ç., Akman, M., Üçok, A. ve Göktepe, E. O. (2006). Şizofreni Tedavisinin Aile Merkezli Değerlendirilmesi: Marmara Tedaviyi Değerlendirme Aile Görüşmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(3), 192-203.
- Leahey, M. (1991, Feb.). Family System Nursing . *The Canadian Nurse*, 31-36.
- Lehman, A. F. ve Steinwachs, D. M. (1998). Translating Research Into Practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophr Bull*, 24(1), 1-10.
- Levene, J., Lancee, W. ve Seeman, M. (1996). The Perceived Family Burden Scale: Measurement And Validation. *Schizophr Res.*, 22, 151-157.
- Lewis, S. (1992). Sex and Schizophrenia: Vive La DiMrence. *Br j Psychiatry*, 161, 445-50.

- Maeng, S., Ki, W., Kim, J., Bae, J., Lee, J. ve Kim, C. (2016). Factors Affecting Quality Of Life And Family Burden Among The Families Of Patients With Schizophrenia. *Korean Journal of Schizophrenia Research*, 19(2), 78-88.
- Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Xavier, M., Held, T., Guarneri, M. ve al., e. (1998). Social and Clinical Factors İnfluencing The Choice of Coping Strategies in Relatives Of Patients with Schizophrenia: Results of the Biomed I Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33(9), 413-19.
- Maldonado, G. ve Urizar, A. (2007). Effectiveness Of Psycho-Educational İntervention For Reducing Burden İn Latin American Families Of Patients With Schizophrenia. *Qual Life Res*, 16(5), 739-747.
- McCaan, T. V., Lubman, D. I. ve Clark, E. (2009). First Time Primary Caregivers Experience Of Caring For Young Adults With First Episode Psychosis. *Schizophr Bull*, 37, s. 381-388.
- McGrath, J., Saha, S., Welham, J., Saadi, O. E. ve vd., C. M. (2004). A Systematic Review Of The İncidence Of Schizophrenia: The Distribution Of Rates And The İncidence Of Sex, Urbanicity, Migrant Status And Methodology. *BMC Med*, 2(13), 1-22.
- Merinder, L., Viuff, A., Laugesen, H., Clemmensen, K., Misfelt, S. ve Espensen, B. (1999). Patient and relative education in community psychiatry: a randomised controlled trial regarding its effectiveness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 34, 287-294.
- Michael, G., A., R., Christopher, M. ve Dennis, G. (2003). Burden in Schizophrenia Caregivers: Impact of Family Psychoeducation and Awareness of Patient Suicidality. *Family Process*, 42(1), 91-103.
- Murray, C. J., Lopez, A. D. ve Health, O. W. (1996). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020.
- Myung, H. ve Furrow, J. (2017). Expressed Emotion in Families. J. Lebow, A. Chambers ve D. Breunlin içinde, *Encyclopedia of Couple and Family Therapy*.
- NASW, (. A. (2005). *NASW Standards for clinical social work in social work practice*. Washington DC.: NASW Press.
- Noordsy, D. ve O'Keefe, C. (1999). Effectiveness of Combining Atypical Antipsychotics And Psychosocial Rehabilitation İn A Community Mental Health Cen-Ter Setting. *J Clin Psychiatry*, 60 (Suppl.19), 47-51.
- Onwumere, J., Kuipers, E., Bebbington, P., Dunn, G., Freeman, D., Fowler, D. ve Garety, P. (2011). Coping Styles İn Carers Of People With Recent And Long-Term Psychosis. *J. Nerv. Ment. Dis*, 199, 423-4. doi:10.1097/NMD.0b013e31821ccb07
- Oral, M. ve Tuncay, T. (2012). Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol Ve Sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23(2), 93-114.

- Özalp, A. (2010). *Sosyal Destek Gruplarından Yardım Alan Ve Yardım Almayan Şizofreni Hastaları Bakım Verenlerinde Yaşam Kalitesi Yük Ve Tükenmişlik Değerlerinin Karşılaştırılması*, 1. (U. Tezi, Dü.) Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Özdemir, İ., Şafak, Y., Örsel, S., Kahiloğulları, A. K. ve Karadağ, H. (2017). Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Şizofreni Hastalarına Uygulanan Ruhsal-Toplumsal Uyumlandırma Etkinliğinin Araştırılması: Kontrollü Çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* . 5, 419-427.
- Özdemir, U. (2018). *Psikiyatrik Sosyal Hizmet. Kuramsal Çerçeve, Rol ve İşlevler, Uygulama, Analiz*. Ankara: Nobel Akademik.
- Özdemir, Ü. ve Taşçı, S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psiko-Sosyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.
- Özden, S. A. (2015). Yayınlanmamış Doktora Tezi. *Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Ailelerinin Bakımverme Deneyimleri Ve Sosyal Destek İlişkilerinin Psikiyatrik Sosyal Hizmet Temelinde İncelenmesi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı.
- Özden, S. A. (2018). Şizofreni Tanısı Almış Bireylere ve Ailelerine Yönelik Sosyal Hizmet Uygulamaları. S. A. Arzu İçağasıoğlu Çoban içinde, *Psikiyatrik Sosyal Hizmet* (Cilt 1, s. 197-206). Ankara: Genç Ofset Matbaa.
- Özlu, A. (2007). Yüksek Lisans Tezi. *Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerde Yük Ve Travma Sonrası Gelişim İle İlgili Özellikler*, 6. Kocaeli Üniversitesi/Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD.
- Özpoyraz, N. ve Taman, L. (1998, Ocak). Şizofrenik Bozukluk. *Psikiyatri*, 26-31.
- Öztürk, M. O. (1997). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Öztürk, M. O. ve Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara.
- Öztürk, O. ve Uluğ, B. (1993). *ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması Klinik Tanımlar ve Tanı Kılavuzları*. Ankara: Dünya Sağlık Örgütü, Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği.
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J. ve Wong, W. (2014, October). Europe PMC Funders Group Author Manuscript . 21(12), 1-3.
- Polat, S. (2010). Uzmanlık Tezi. *Şizofreni Hastaları Ve Kardeşlerinde Düşünce Bozukluğu Ve Aile İşlevleri İle İlişkileri*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi.
- (2005). *Promoting mental health concepts, emerging evidence, practice* . WHO-World Health Organization., Switzerland.
- Ranganathan, M., Nirmala, B. ve Padankatti, B. (1991). Problems of the families of the chronic mentally ill: relevance of the social work approach. *Research on Families with Problems in India*, 1, 121-127.

- Reid, W. J. ve Smith, A. D. (1989). *Research in Social Work*, New York, Columbia University Press.
- Rosler W, S. H. (2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *Eur Neuropsychopharmacol*, (15), 399-409.
- Rubin, A. ve Babbie, E. (1997). *Research Methods for Social Work*. California: Wadsworth Publishing Company.
- Sağlık Bakanlığı. (2006). *Türkiye Hastalık Yüklü Çalışması 2004*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü.
- Sağlık Bakanlığı. (tarih yok). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Çalışma Rehberi. Mart 27, 2019 tarihinde alındı
- Saha, S., Chant, D., Welham, J. ve McGrath, J. (2005). A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. *PLOS Medicine*, 2(5), 413-433. doi:https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020141
- Saruç, S. ve Kaya, K. A. (2015, Ekim). Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Sosyal Profili ve Merkezde Verilen Hizmetler. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 26(2).
- Scazufca, M. ve Kuipers, E. (1996). Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 168(5), 580-587.
- Scully, J. H. (1990). *Psikiyatri* (Ege Üniversitesi b.). (E. Bayraktarve E. Özmen, Çev.) İzmir.
- Sellwood, W., Tarrier, N., Quinn, J. ve Barrowclough, C. (2003). The Family And Compliance In Schizophrenia: Theinfluence Of Clinical Variables, Relatives' Knowledge And Expressed Emotion. *Psychological Medicine*, 33, 91-96.
- Songur, C., Saylavcı, E. ve Kıran, Ş. (2017). Avrupa'da ve Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi. *Social Sciences Studies Journal*, 3(4), 276-289.
- Soygür, H. (2011). Şizofrenide Tedavi İşbirliğini Güçlendirmede Ailenin Rolü. *Tedavi İşbirliği Uzman Görüşleri Dergisi*, 2, 13-16.
- Soygür, H., Alptekin, K., Atbaşoğlu, E. C. ve Herken, H. (2007). *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar* (1. b.). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği.
- Soygür, H., Çelikel, B., Aydemir, Ç. ve Bozkurt, S. (1998). HastaYakınlarıyla Gerçekleştirilen Psikodrama Yönelimli Destekleyici- Eğitici Grup Psikoterapisinin Kronik Şizofreni Gidişi Üzerine Etkisi: 1 yıllık izleme çalışması. *Düşünen Adam*, 11(4), 5-11.

- Soygür, H., Yüksel, M., Eraslan, P. ve Attepe, S.,Ö. (2017). Mavi At Kafe'nin 6 yılda öğrettikleri: Şizofreni Hastalarının Gözünden İyileşmeye Katkıda Bulunan Etmenler-Nitel Bir Analiz. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 28(2), 75-80.
- Sönmez, S. (2009). Uzmanlık Tezi. *Şizofreni Hastalarında Psikoeğitim Grup Çalışmasının Pozitif Ve Negatif Belirtiler, Sosyal İşlevsellik, Yeti Yitimi, İçgörü Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması*. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi.
- Summakoğlu, D. ve Ertuğrul, B. (2018, Temmuz). Şizofreni ve Tedavisi. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences*, 1(2), 43-61.
- Şanlı, N. (2001). Çalışan Kadınların İş Yaşamına Aile İçi Etkileşimi, Uyumu ve Karşılaştıkları Sorunlar. A. Aktaş, Ç. Arıkan, S. İl, Ü. Onatve E. Ü. (Ed.) içinde, *1. Ulusal Aile Hizmetleri Sempozyumu Kitabı*. Ankara: T.C Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge.
- Tabachnick, B. ve Fidell, L. (2014). *Using Multivariate Statistics* (Sixth Ed. b.). Boston: Pearson Education Limited.
- Teater, B. (2015). *Sistem Kuramı ve Ekolojik Yaklaşım: Sosyal Hizmet Kuram Ve Yöntemleri İçin Bir Giriş*. (S. A. Özden, Çev.) Ankara: Nika .
- Tüzer, V., Zincir, S., Baştırzi, A. D., Aydemir, Ç., KISA, C. ve GÖKA, E. (2003). Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı Ve Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 6, 198-203.
- Ulaş, H. (2008). Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de Psikiyatrik Hizmetler. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 11(2), 2-12.
- Ulaş, H., Taşlıca, S. ve Alptekin, K. (2008). Şizofrenide Nörofizyolojik ve Nörokognitif Genetik Belirleyicilerin (Endofenotip) Yeri. *Klinik Psikiyatri*, 11(Ek4), 12-19.
- Urizar, A. ve Maldonado, J. (2006). Burden of care İn Families Of Patients With Schizophrenia. *Quality of Life Research*, 15(4), 719-24.
- Uygun, Ü. ve Taylan, H. H. (2018). Alzheimer Hastalarına Primer Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler. *Jass Studies-The Journal of Academic Social Science Studies*, 513-531. doi:http://dx.doi.org/10.9761/JASSS7819
- Ünlü, E. (2001). Değişkenlerin Ölçülme Düzeylerine Göre İstatistiksel Çözümlemeleri. K. Karataşve Ç. Arıkan içinde, *İnsani gelişme ve sosyal hizmet Prof. Dr. Nesrin Koşar’a armağan kitabı (1. baskı)* (s. 308-323). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını.

- Üstün, G., Küçük, L. ve Buzlu, S. (2018). Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde Uygulanan Rehabilitasyon Programlarına Katılan Ve Katılmayan Şizofreni Hastalarının Bazı Sosyodemografik Ve Hastalıkla İlişkili Özellikleri İle Tedaviye Uyumluluğu Ve Öz-Yeterlilikleri Açısından Tanımlanması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9 (2), 69-79.
- Vaughn, C. ve Leff, J. (1976). The Influence Of Family And Social Factors On The Course Of Psychiatric İllness A Comparison Of Schizophrenic And Depressed Neurotic Patients. *The British Journal of Psychiatry*, 129 (2), 125-137. .
- Yağcıoğlu, A. E. (2005). Şizofreni Tedavisi ve Antipsikotik İlaçlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 1(12), 49-57.
- Yalom, I. D. (2014). *Şizofreni Terapisi*. (F. Kaya, Çev.) İstanbul: Prestij.
- Yanık, M. (2007). Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler, Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi. *Psikiyatride Derlemeler*. (M. Ceylan, Dü.) *Olgular ve Varsayımlar Dergisi RCHP Özel Sayı*, 9-27.
- Yazıcı, A. (2001). *Şizofrenik Hasta Ailelerinde Ruhsal Eğitim Grupları*", *Şizofrenide Psikososyal Tedaviler*, . (K. Grafik, Dü.) İstanbul: Parem.
- Yıldırım, A. (2007). Doktora Tezi., *Psikoeğitimsel Yaklaşımın Ve İzleme Çalışmasının Şizofreni Tanılı Hasta Ailelerinin Aile İşlevlerine ve Hastaların Sosyal Destekleri Düzeylerine Etkisi*. (S. B. Psikiyatri, Derleyici) Erzurum Atatürk Üniversitesi.
- Yıldırım, A., Buzlu, S., Aşlar, R. H., Erdiman, T. H. ve Ekinci, M. (2013). Şizofreni Hastalarının Ailelerine Uygulanan Aileden Aileye Destek Programının Hastalık Hakkında Bilgi, Aile Yüğü ve Öz Yeterlilik Üzerine Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24, 1-7.
- Yıldız, E. (2016). Yüksek Lisans Tezi., *Kronik Psikiyatri Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Yükleri Ve Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi*. Malatya: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Programı .
- Yıldız, M. (2005). *Şizofrenili Hastaların Ayaktan Tedavisinde Ruhsal Ve Toplumsal Girişimler Neden Gereklidir Ve Nasıl Uygulanabilir, Neden Nasıl Şizofreni*. C. S. (Editör), Ankara: Peday.
- Yıldız, M. (2011). Şizofrenide Tedavi İşbirliğinde Önemli Bir Araç Olarak Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi. *Tedavi İşbirliği Uzman Görüşleri Dergisi*, 2, 17-24.
- Yüksel, M. M. (2008). Yüksek Lisans., *Bir Günlük Psikoeğitim Programının Şizofreni Hastalarının Algıladıkları Duygu Dışa Vurumu İle Yakınlarının Duygu Dışa Vurumu Ve Tükenmişlik Düzeyleri Üzerindeki Etkileri*. Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı.
- Zastrow, C. (1995). *The Practice of Social Work, Fifth edition*, Brooks / Cole Publishing Company Pasific Grove, . California .

EKLER

EK 1: ANKET FORMU

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu çalışmanın amacı, toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı şizofreni hastalarına bakım veren aile bireylerinin duygu dışavurumlarının değerlendirilmesidir.

Araştırma için sizden yapmanızı istediğimiz, size ilettiğimiz formlardaki her soruyu tek tek okuyarak size en uygun yanıtları vermenizdir. Anlamadığınız sorularda araştırmacıdan yardım isteyebilirsiniz. Araştırmaya katılmanız halinde kişisel bilgilerinizin gizliliğine saygı gösterilecek, araştırma sonuçlarının bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında da özenle korunacaktır. Veriler, kimlik bilgileriniz gizli kalmak koşuluyla bu ve farklı araştırmalarda kullanılacaktır.

Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama ya da katıldıktan sonra istediğiniz anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir.

Bu yazıyı okuduktan sonra araştırmamıza gönüllü olarak katılmak istiyorsanız aşağıdaki onay bölümünü doldurunuz ve imzalayınız.

Katılımcının Beyanı:

Sakarya Üniversitesi Sosyal Hizmet Yüksek Lisans Programı'nda Yasemin DANIŞ tarafından yürütülen bu çalışma hakkında verilen yukarıdaki bilgileri okudum. Yapılan tüm açıklamaları ayrıntıları ile anlamış bulunuyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

...../...../.....

Katılımcı Adı Soyadı:

İmza:

Araştırmacı Adı Soyadı:

İmza:.....

Katılımcı no:

Tarih:.....

Hastaya Ait Özellikler :

1. Cinsiyet ☐ Kadın ☐ Erkek
2. Yaş:
3. Hastanızın medeni durumu nedir?:
☐ Bekar ☐ Evli ☐ Dul (Eşi ölmüş)
☐ Boşanmış ☐ Ayrı yaşıyor
4. Hastanız evli ise evlilik süresi ne kadardır?:
☐ 1-6 ay ☐ 7-12 ay ☐ 1-5 sene
☐ 6-10 sene ☐ 11 sene ve üzeri
5. Hastanızın çocuğu var mı? ☐ Var (Lütfen sayısını belirtiniz.....) ☐ Yok
6. Hastanızın evinde yaşayan toplam kişi sayısı:.....
7. Hastanız evde şu an kimlerle yaşıyor (Lütfen belirtiniz)?
.....
8. Hastanızın eğitim durumu: ☐ Okuma - yazma bilmiyor ☐ Okur/yazar
☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Lisans üstü
9. Hastanızın herhangi bir mesleği var mı?
☐ Var (Lütfen belirtiniz.....) ☐ Yok
10. Hastanızın hastalık öncesi çalışma hayatı var mı?: ☐ Var ☐ Yok
11. Hastanızın halen çalışma hayatı var mı?: ☐ Var ☐ Yok
12. Hastanızın sosyal güvencesi var mı? ☐ Var ☐ Yok
13. Hastanızın gelir durumu nedir?
☐ Hiç geliri yok ☐ Asgari ücret altı ☐ Asgari ücret alıyor
☐ Asgari ücret-3000 TL arası ☐ 3000 TL ve üzeri
14. Hastanız engelli maaşı alıyor mu? ☐ Evet ☐
Hayır

15. Hastanızın hastalığa ilişkin belirtileri ilk kez ne zaman başlamıştır?
.....
16. Hastanıza ilk kez hangi tarihte tanı konulmuştur?
17. Hastanızın hastalığının başlangıç yaşı kaçtır?.....
18. Hastanızın hastalık süresi nedir ? :.....
19. Hastanızın başka bir psikiyatrik hastalığı var mıdır?
☐ Evet (Lütfen belirtiniz) ☐ Hayır
20. Hastanızın daha önce hastaneye yatışı oldu mu?
☐ Evet (Lütfen hastaneye yatış sayısını belirtiniz) :..... ☐ Hayır
21. Hastanız düzenli ilaç tedavisi alıyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır
22. Hastanız adli bir olaya karıştı mı? ☐ Evet ☐ Hayır
23. Hastanızın dikkat çeken saldırganlık davranışı/öyküsü var mı?
☐ Evet ☐ Hayır
24. Hastanızın fiziksel bir hastalığı var mı? ☐ Var (belirtiniz.....) ☐ Yok
25. Hastanız Toplum Ruh Sağlığı Merkezine ne kadar süredir devam ediyor?
☐ 1 aydan az ☐ 1-3 ay ☐ 4-6 ay ☐ 7ay-12 ay ☐ 13-24 ay
☐ 25-36 ay ☐ 37-48 ay ☐ 49-60 ay ☐ 61 ay ve üzeri
26. Hastanız Toplum Ruh Sağlığı Merkezine düzenli olarak devam ediyor mu?
☐ Evet ☐ Hayır
27. Düzenli olarak devam ediyorsa lütfen belirtiniz?
☐ Her gün ☐ Haftada bir gün ☐ Haftada birkaç gün
☐ Ayda bir ☐ Ayda birden daha nadir
28. Hastanızın hastalığı ile ilgili yakınmalarında toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet almaya başladıktan sonra bir azalma oldu mu?
☐ Evet ☐ Hayır
29. Hastanızın toplum ruh sağlığı merkezine devam etmesi onunla olan ilişkilerinizi nasıl etkiledi?
☐ Tamamen olumlu etkiledi

- ☐ Olumlu etkiledi
- ☐ Ne olumlu etkiledi ne de olumsuz etkiledi
- ☐ Olumsuz etkiledi
- ☐ Tamamen olumsuz etkiler

Bakım Verene Ait Özellikler :

1. Cinsiyet ☐ Kadın ☐ Erkek
2. Yaşınız:
3. Medeni durumunuz:
☐ Bekar ☐ Evli ☐ Dul ☐ Boşanmış ☐ Ayrı yaşıyor
4. Evli iseniz evlilik sürenizi lütfen belirtiniz:
5. Çocuk sayısı:
6. Evde yaşayan toplam kişi sayısı:.....
7. Evde şu an kimlerle yaşıyorsunuz?
.....
8. Eğitim durumu: ☐ Okuma - yazma bilmiyor ☐ Okur/yazar
☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Lisans üstü
9. Mesleğiniz nedir?:.....
10. Halen çalışma hayatınız var mı?: ☐ Var ☐ Yok
11. Gelir durumunuz nedir?:
☐ Hiç geliri yok ☐ Asgari ücret altı ☐ Asgari ücret alıyorum
☐ Asgari ücret-3000 TL arası ☐ 3000 TL ve üzeri
12. Hastanızla haftada ortalama kaç saat birliktesiniz?:.....
13. Hasta ile yakınlık dereceniz nedir?:.....
14. Hastanıza bakım verme süreniz aşağıdaki seçeneklerden hangisine uymaktadır?:

☐ 0-1 yıl ☐ 1-5 yıl ☐ 6-10 yıl ☐ 11 yıl ve üzeri

15. Yakınınızın hastalığı hakkında bilgi düzeyiniz aşağıdaki seçeneklerden hangisine uymaktadır?

- ☐ Tamamen bilgi sahibiyim
☐ Bilgi sahibiyim
☐ Ne bilgi sahibiyim ne de bilgi sahibi değilim
☐ Bilgi sahibi değilim
☐ Tamamen bilgi sahibi değilim

16. Sizce yakınınızın hastalığı tedavi edilebilir bir hastalık mıdır?

- ☐ Tamamen tedavi edilebilir bir hastalıktır
☐ Tedavi edilebilir bir hastalıktır
☐ Ne tedavi edilebilir bir hastalıktır ne de tedavi edilemez bir hastalıktır
☐ Tedavi edilemez bir hastalıktır
☐ Tamamen tedavi edilemez bir hastalıktır

17. Sizce yakınınızın hastalığının oluşumunda ailevi etmenler rol oynamakta mıdır?

- ☐ Tamamen ailevi etmenler rol oynamaktadır
☐ Ailevi etmenler rol oynamaktadır
☐ Ailevi etmenler ne rol oynamaktadır ne de oynamamaktadır
☐ Ailevi etmenler rol oynamamaktadır
☐ Tamamen ailevi etmenler rol oynamamaktadır

18. Sizce yakınınızın hastalığına sahip hastalar kendilerini iyi hissettikleri dönemlerde, ilaç tedavisini bırakabilirler mi?

- ☐ Kesinlikle bırakabilirler
☐ Bırakabilirler
☐ Ne bırakabilirler ne de bırakamazlar
☐ Bırakmamalıdır
☐ Kesinlikle bırakmamalıdır.

19. Sizce yakınınızın hastalığına sahip hastalarının sosyal hayata katılımı kısıtlanmalı mıdır?

- ☐ Kesinlikle kısıtlanmalıdır
☐ Kısıtlanmalıdır

- ☐ Ne kısıtlanmalıdır ne de kısıtlanmamalıdır
- ☐ Kısıtlanmamalıdır
- ☐ Kesinlikle kısıtlanmamalıdır

20. Sizce yakınınızın hastalığının tedavisinde tıbbi tedaviden önce ya da tedavinin yeterli olmadığı durumlarda hacı-hocaya götürme, okutma, üfletme, koca karı ilaçları vb. gibi yöntemler denenmeli midir?

- ☐ Kesinlikle denenmelidir
- ☐ Denenmelidir
- ☐ Ne denenmelidir ne de denenmemelidir
- ☐ Denenmemelidir
- ☐ Kesinlikle denenmemelidir

21. Herhangi bir psikiyatrik/ruhsal bir hastalık sebebiyle tedavi gördünüz mü?

☐ Evet gördüm (Lütfen belirtiniz.....) ☐ Hayır görmedim

22. Fiziksel bir hastalığınız var mı?

☐ Evet var (Lütfen belirtiniz.....) ☐ Hayır yok

23. Ailenizde bakım verdiğiniz hastanızdan başka psikiyatrik hastalık öyküsü olan aile ferdi var mı?

- ☐ Evet var (Lütfen yakınlık derecesini belirtiniz.....)
- ☐ Hayır yok

24. Alkol kullanımıınız: ☐ Yok ☐ Var
(süre.....miktar.....)

25. Madde kullanımıınız: ☐ Yok ☐ Var
(süre.....miktar.....)

26. Sigara kullanımıınız: ☐ Yok ☐ Var
(süre.....miktar.....)

EK 2

Duygu Dışavurumu Ölçeği

Ad-Soyad:

AÇIKLAMA: Aşağıda hastanızla aranızdaki ilişkinin bazı yönlerini tanımlayan cümleler vardır. Lütfen hastanızı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan durumların size uygun olup olmadığını belirtmek üzere doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyin. Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.

- (D) (Y) 1.Onun bazı şeyleri kasten yaptığını düşünüyor ve öfkeleniyorum.
- (D) (Y) 2.Onun hasta olduğuna inanmıyorum.
- (D) (Y) 3.Onunla sohbet etmekten hoşlanıyorum.
- (D) (Y) 4.Benim için onun istekleri, diğer aile üyelerinin isteklerinden daha önemli.
- (D) (Y) 5.Onunla ilgili her şeyi, kendine ait özel meselelerini bile araştırıp öğrenmeye çalışıyorum.
- (D) (Y) 6.Onun varlığı beni deli ediyor.
- (D) (Y) 7.Düşünüp düşünüp yanıyorum ne hata yaptık diye.
- (D) (Y) 8.Onun bazı yönlerini beğeniyor ve takdir ediyorum.
- (D) (Y) 9.Ona sık sık öğüt veriyorum.
- (D) (Y) 10.Onunla uyuşamıyoruz.
- (D) (Y) 11.Bıraktım artık ne hali varsa görsün.
- (D) (Y) 12.Aile içinde onun her şeyiyle ben ilgileniyorum.
- (D) (Y) 13.Ona kırılıyor, güceniyorum.
- (D) (Y) 14.Onun fikirlerini sonuna kadar dinlerim.
- (D) (Y) 15.Onun üstüne titrerim.
- (D) (Y) 16.Onunla birlikteyken başka bir şeyle ilgilenmiyorum, ilgim sürekli onun üstünde oluyor.
- (D) (Y) 17.O benim hayatımı yaşamama engel oluyor.
- (D) (Y) 18.O hasta oldu diye dünya başıma yıkılmış gibi hissediyorum.
- (D) (Y) 19.Onun yaptığı işleri beğenmiyorum.
- (D) (Y) 20.Onun giyim kuşamını beğenmiyorum ve ona bunu söylüyorum.

- (D) (Y) 21.Ondan benim beklediğim gibi davranmasını istiyorum.
- (D) (Y) 22.Ona en ufak bir şey olacak diye endişeleniyorum.
- (D) (Y) 23.Onun her şeyiyle ben ilgileniyorum.
- (D) (Y) 24. “Ondan ah bir kurtulsam!” diye düşündüğüm oluyor.
- (D) (Y) 25.Huzursuz ve keyifsiz olduğunda anlıyor ve ondan uzak duruyorum.
- (D) (Y) 26.Onun kendi işlerini sıralı ve düzenli yapması için onu sık sık ikaz ediyorum.
- (D) (Y) 27.Hastaneye yatması beni perişan ediyor,ondan ayrılmaya hiç dayanamıyorum.
- (D) (Y) 28.Biz birbirimize benziyoruz.
- (D) (Y) 29.Onun yanlışlarını düzeltmesini istiyorum.
- (D) (Y) 30.Onunla iyi anlaşıyorum.
- (D) (Y) 31.Aklım fikrim hep onda başka hiç bir şey düşünemiyorum.
- (D) (Y) 32.Kendini düzeltmesi için onu sık sık eleştiriyorum.
- (D) (Y) 33.Ondan uzak kalmak istiyorum.
- (D) (Y) 34.Başıma bir sürü dert açıyor.
- (D) (Y) 35.O olmasa bütün işler yoluna girecek.
- (D) (Y) 36.Bir zorlukla karşılaştığımda bu zorlukla başa çıkabiliyorum.
- (D) (Y) 37.Onun her şeyi ile ilgilenmek bana zevk veriyor.
- (D) (Y) 38.Öfkelendiğinde ondan uzak durmam, onu yatıştırmak için uğraşırım.
- (D) (Y) 39.Huzursuz ve keyifsiz olduğunda onunla konuşmaya, sohbet etmeye çalışırım.
- (D) (Y) 40.Onun, hastalığını abarttığını düşünüyorum.
- (D) (Y) 41.Onun morali bozuk olduğunda genellikle ben destek oluyorum.

Ek-3

Hastane İzin Yazısı

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadrosunda görev yapan bir sosyal hizmet uzmanı olarak; halen Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalında Yüksek Lisans eğitimime devam etmekteyim ve "Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Kayıtlı Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Aile Bireylerinin Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını yürütmekteyim.

Ekte sunulan *Sakarya Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurulu'nun 04.10.2018 tarih ve 12863 sayılı* yazısıyla Etik Kurul Onayı alınmış olan çalışmadaki anket sorularının, hastaneniz özellikli birimlerinden *Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde* kayıtlı hastaların yakınlarına uygulanabilmesi için tarafınızca gerekli iznin verilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim,

Ek:

Belge : Etik Kurul Onay Yazısı (1 Sayfa)

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü
Doğum : 01.01.1985
Doküman No: 4278

Araştırmacının Adı Soyadı/Ünvanı

Sosyal Hizmet Uzmanı

Yasemin DANIŞ

Ek-4

Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 04/10/2018-E.12863



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu

Sayı : 61923333/050.03/
Konu : 05/11 Yasemin DANIŞ

Yasemin DANIŞ

İlgi : Yasemin DANIŞ 28/09/2018 tarihli ve 0 sayılı yazı

Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Başkanlığının 03.10.2018 tarihli ve 05 sayılı toplantısında alınan "11" nolu karar örneği ekte sunulmuştur.
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Haluk SELVİ
Etik Kurulu Başkanı

11- Yasemin Daniş'ın Toplum Ve Ruh Sağlığı Merkezine Kayıtlı Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Aile Bireylerinin Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi" başlıklı çalışma görüşmeye açıldı. Yapılan görüşmeler sonunda; Yasemin Daniş'ın Toplum Ve Ruh Sağlığı Merkezine Kayıtlı Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Aile Bireylerinin Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi" başlıklı çalışmasının Etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Evrak Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BENF4H8JE>

Etik Kurulu Esentepe Kampüsü 54187 Serdivan SAKARYA / KEP Adresi:
sakaryauniversitesi@hs01.kep.tr
Tel:0264 295 50 00 Faks:0264 295 50 31
E-Posta :ozelkalem@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.sakarya.edu.tr



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imzadır.

ÖZGEÇMİŞ

Yasemin DANIŞ 1979 yılı Kırşehir doğumludur. Evli ve üç çocuk sahibidir. İlk ve ortaokul öğrenimini Kırşehir’de, lise öğrenimini Ankara Yüce Fen Lisesi ve Kırşehir Lisesinde tamamlamıştır. 1997-2001 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümünden mezun olmuştur. 2013 yılında Sakarya Üniversitesi Sosyal Hizmetler Anabilim Dalında Yüksek Lisans Eğitimine başlamış ve 2019 Mayıs ayında “Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi” başlıklı teziyle Yüksek Lisansını tamamlamıştır.

2001-2006 tarihleri arasında Ankara’da farklı Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezlerinde Sorumlu Müdür olarak çalıştıktan sonra 2006 yılında memuriyet hayatına başlamış ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı Etlik İhtisas Hastanesinde Sosyal Hizmet Birim Sorumluluğu, Diyaliz Ünitesinde Sosyal Hizmet Çalışmaları ve Organ Nakil Koordinatörlüğü görevlerini yürütmüştür. 2009 yılında Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesinde Sosyal Hizmet Uzmanı olarak görevine başlamış ve 2013 yılında Sakarya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği’nde sağlık uzmanı olarak görev almıştır. 2019 yılı itibarıyla Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi’ne bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde görev almış olup halen devam aynı merkezdeki görevine etmektedir.

Meslek hayatı süresince Kansere Yaşam Derneği, Engelli Aileleri Dayanışma Derneği gibi bazı sivil toplum kuruluşlarında yöneticilik yapmıştır. Ayrıca şimdiye pek çok kongre ve sempozyuma katılarak sağlığın çeşitli alanlarında sertifikaları bulunmaktadır.

Sosyal hizmetin çeşitli alanlarında akademik yayınlar yapmış olmakla birlikte bunlardan bazıları Asos Journal’da yayınlanan “Çocuk İzlem Merkezleri ve Sosyal Hizmet” konulu ve Nehir Aile Dergisinde yayınlanan “Sosyal Değişme ve Türkiye’de Boşanma Olgusu” konulu makaleleridir. Sağlık Bakanlığınca düzenlenen 17. Hasta ve Çalışan Güvenliği Sempozyumunda “Sağlık Hizmet Sunumunda Yapılan Geri Bildirimlerin Değerlendirilmesi İçin Web Yazılımının Kullanımı; Sakarya Kamu Hastaneler Birliği Örnek Uygulama” konulu bildirisiyle katılmıştır.