



T.C.  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİK HASTA AİLELERİNDE YAPILAN  
RUHSAL EĞİTİM GRUPLARININ AİLELERİN  
UMUTSUZLUK DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

SEDA KIZILTOPRAK  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ  
ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Prof. Dr. GÜLTEN ÖZALTIN

İSTANBUL - 2006

## İÇİNDEKİLER

1. Özet.....	1-2
2. Summary.....	3-4
3. Giriş ve Amaç.....	5-7
4. Genel Bilgiler.....	8-25
4.1. Şizofreninin Tanımı ve Tarihçesi.....	8-9
4.1.1. Şizofreninin Epidemiyolojisi.....	10
4.1.2. Şizofreninin Etiyolojisi.....	10-11
4.1.3. Şizofrenide Gidiş ve Sonlanış.....	11-13
4.1.4. Şizofrenide Sağaltım.....	13-16
4.1.4.1.Şizofrenide İlaç Tedavisi.....	13-15
4.1.4.2. Psikososyal Tedaviler.....	15-16
4.2. Şizofrenide Aile Çalışmaları.....	17-25
4.2.1. Şizofrenide Aile Çalışmalarının Gelişimi.....	17-19
4.2.2. Duygu İfadesi Kavramı ve Gelişimi.....	19-21
4.2.3. Şizofreninin Aile Bireyleri Üzerindeki Etkileri.....	21-23
4.2.4. Aile Girişimleri.....	23-25
5. Gereç ve Yöntem.....	26-31
6. Bulgular.....	32-43
7. Tartışma ve Sonuç.....	44-53
8. Ekler.....	54-95
9. Kaynaklar .....	96-104
10. Özgeçmiş.....	105

## 1.ÖZET

Bu çalışma, yapılandırılmış bir eğitim programı olan “Şizofrenik Hasta Ailelerinde Ruhsal Eğitim Grupları”nın, aile üyelerinin umutsuzluk düzeyleri ve aile işlevselliklerine etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın evrenini, İstanbul içinde bulunan iki şizofreni derneğinin üyesi olan hasta aileleri, örneklemini ise “basit rastgele örnekleme yöntemi” ile seçilen aile üyeleri (20 kişi deney, 20 kişi kontrol) oluşturmuştur.

Araştırmada sosyodemografik özellikleri belirlemek amacıyla literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan ve uzman görüşüne sunulan “Bilgi Formu”, eğitimin umutsuzluğa etkisini değerlendirmek için “Beck Umutsuzluk Ölçeği”, aile işlevselliğine etkisini değerlendirmek için ise “Aile Değerlendirme Ölçeği” kullanılmıştır.

Araştırmada araştırmacı tarafından deney grubuna 14 oturumluk eğitim programı grup çalışması biçiminde, haftada bir gün 90’ar dakikalık zaman dilimlerinde uygulanmıştır.

Araştırmanın verileri bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Demografik özellikler ve ailesel verilerin değerlendirilmesinde frekans dağılımı, ki-kare testi ve Fisher’s kesin ki-kare testi eğitimin etkisinin değerlendirilmesinde ise Student t testi, Paired Sample t testleri kullanılmıştır.

Araştırmanın deney ve kontrol grubundaki aile üyeleri demografik ve ailesel özellikler açısından değerlendirilmiş, aralarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırma sonuçlarına göre, deney grubuna uygulanan eğitimin ailelerin umutsuzluk düzeylerine etkili olmadığı saptanmıştır. Aile işlevselliğine etkisine bakıldığında; Aile Değerlendirme Ölçeğinin alt boyutlarından problem çözme üzerine olumlu etki ettiği,

deney grubu ile kontrol grubu arasında problem çözme puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (t:-2,009 p:0,050).

Sonuç olarak, eğitimin umutsuzluk üzerine etkili olmadığı fakat aile işlevselliği alt gruplarından problem çözme üzerine olumlu etki ettiği saptanmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Şizofreni, aile, eğitim, umutsuzluk, aile işlevselliği.

## **2. SUMMARY**

### **THE EFFECT OF PSYCHOLOGICAL EDUCATION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS' FAMILIES ON THE HOPELESSNESS LEVEL OF THE FAMILY MEMBERS**

The present study was experimentally conducted to reveal the effects of a structured education program designed for the family members of schizophrenic patients "Psychological Education Groups for Families of Schizophrenic Patients" on family members' level of hopelessness and functionality.

The population of the study was family members of schizophrenic patients that were members of two societies of schizophrenics. We sampled family members from this group with the "simple random sampling method" (20 experimental, 20 control).

In order to assess the sociodemographic characteristics, we designed an "Information Form", basing on the findings of previous literature and feedback of consultant professionals. "Beck Hopelessness Inventory" and "Family Assessment Instrument" were used to measure the effects of education on the level of hopelessness and the functionality of the family, respectively.

The experimental group received 14 sessions of group education. Each session lasted 90 minutes per week and included different topics on schizophrenia and family approaches.

Data were analyzed in computer. Frequency distribution, Chi-square and Fisher's exact chi-square test were used for demographic characteristics and family variables. To analyze the effect of education, we used Student-t test and Paired Sample t-test.

Results indicated that there was no statistical significant difference between experimental group and control group in terms of demographic variables and family related variables.

In experimental group, there was no significant effect of education on the hopelessness level of family members. The education had positive effects on the problem solving score under the title of the family functionality in Family Assessment Instrument. There was significant difference on problem solving scores between experimental group and control group ( $t:-2,009$   $p:0,050$ ).

In conclusion, we found that education had no effect on the hopelessness of family members of schiophrenics, but, it enhanced problem solving skills under the title of family functionality.

**Key words:** Schiophrenia, family, education, hopelessness, family functionality.

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre; tüm engelli bireylerin %20'sinin ruhsal bozukluklara sahip olduğu belirtilmektedir. Yeti Yitimine Uyarlanmış Yaşam Yılı ölçümlerine göre 1998'de dünyada toplam yeti yitimi kayıplarının %12'si ruhsal bozukluklardan kaynaklanmaktadır. Bütün dünyada yeti yitimine neden olan on hastalıktan beşi ruhsal bozukluklardır (42,50).

Ruhsal bozukluklar ;

- Epidemiyolojik açıdan yaygınlığının yüksek olması,
- İnsan yetisini ve gücünü ağır derecede, uzun süre düşürerek büyük ekonomik yitimlere neden olması,
- Bilgisizlik, korku ve önyargıların en çok görüldüğü, bu yüzden hastaların tanı ve sağaltımının güçleştiği rahatsızlıklar olması gibi nedenlerden dolayı sağlık sistemine ve topluma büyük yük getirmektedir (50).

Sosyal ve psikolojik yeti yitiminin en çok görüldüğü ruhsal bozuklukların başında şizofreni gelmektedir. Şizofreninin sıklık ve yaygınlığı hakkında DSÖ'nün bildirdiği değer %1'dir. Ülkemizde her yıl altı binden fazla bireye şizofreni tanısı konmakta, 15-54 yaş grubu içinde toplam 600 bin dolayında şizofreni hastası bulunduğu kabul edilmekte, 200 binden fazla ailenin de bu hastalıktan etkilendikleri belirtilmektedir (9,20,50).

Süreğen ruhsal hastalığı olan kişilerin tedavisi uzun süren, hasta, aile ve sağlık ekibi için yoğun çaba gerektiren bir süreçtir. Şizofreni davranışsal, düşünsel, algısal ve duygusal alanlarda daha önceden gösterilen olağan işlevselliğin bozulması ile kişilerde psikolojik ve sosyal yeti yitimine neden olur (11,35,70).

Bu yeti yitiminin yanı sıra, şizofreninin hastada yarattığı bilişsel süreçlerde bozulma ile sosyal ve ekonomik kayıplar sonucunda hem hasta hem de ailelerde yoğun stres ortaya çıkmaktadır (20).

Sağlık ekibi hasta ile daha çok hastalığın akut döneminde sınırlı süre birlikteyken, aileler tüm günlerini hasta ile geçirmekte, hastanın bakım sorumluluğunu gönüllü veya zorunlu olarak yürütmektedirler ve bu sorumluluk, hasta ailesi üzerinde 'yük' oluşturmaktadır (61). Karşılıklı etkilenme modeline göre; hastanın yıkıcı davranışları aile üyelerinin stresini arttırarak, yüksek duygu ifadesi içerikli tepkilerde bulunmalarına neden olmaktadır. Hastaların tedaviyi reddettikleri ve şiddet içeren davranışlar gösterdikleri durumlarda, yeterli desteği alamayan, duygu dışavurumu yüksek olan, toplumsal damgalamaya sık veya sürekli maruz kalan ve hastalıkla baş etme yollarını etkin biçimde kullanamayan ailelerin yükü daha fazla olmaktadır (20,29).

Taburculuk sonrası bir yıl içinde şizofreni yinelenme oranının %30-40, hastaneye tekrar yatışın ise %45-58 oranında olduğu belirtilmektedir (20). Yatış sayısının artması ve yatış süresinin uzaması hastalığın gidiş ve sonlanışını olumsuz etkilemekte, aileye ve sağlık sistemine olan maliyeti arttırmaktadır. 1980'li yıllarda aileye yönelik programların, yinelenmeleri belirgin olarak azalttığını gösteren karşılaştırmalı çalışmalar yapılmış ve psikoeğitimsel aile programları geliştirilmiştir (25,26). Hasta ve ailelerin yer aldığı bir çalışmada, hastalık belirtileri izlenerek; ilaç tedavisinin düzenlenmesi ve psikososyal destekle bu belirtilerin %80 gibi yüksek bir oranda azaldığı ve iyilik halinin de devam ettiği belirlenmiştir (20).

Kronik ruhsal bozukluklar, çok boyutlu bir yaklaşım gerektirir. Psikososyal girişimler; ilaç tedavisinin düzenlenmesini, davranışsal-bilişsel yaklaşımları, bakımvericilerle sürdürülen terapötik ilişki ve işbirliğini, baş etme stratejilerinin arttırılmasını, hasta ve ailelere uygulanabilen psikoeğitim programlarını kapsar (64,42,67,70,71).

Şizofren hasta ve ailelerine uygulanan psikoeğitim programları, yinelenme ve hastaneye yatışı azaltan, maliyet düşüren, hastanın sosyal uyumunu arttıran girişimlerdir. Sağlık profesyonelleri tarafından uygulanan bu programlara ailenin katılımıyla; hasta ve ailesinin hastalığı yönetme becerilerinin gelişmesi, kriz durumları ile baş etmeleri,

hastaneye yatışların azalması, aile ve toplumda işlevsellik düzeylerinin artması ve yaşam kalitelerinin yükselmesi sağlanabilir (20,31,59).

Bu çalışma, hasta aileleri için yapılandırılmış bir psikoeğitim programı olan “Şizofrenik Hasta Ailelerinde Ruhsal Eğitim Grupları”nın, hasta ailelerinin umutsuzluk düzeyleri ve işlevselliklerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. ŞİZOFRENİNİN TANIMI VE TARİHÇESİ

Şizofreni, insanın kişiler arası ilişkilerden ve gerçeklerden uzaklaşarak, kendine özgü bir içe kapanım dünyasında yaşadığı; düşünce, duygu ve davranışlarda önemli bozukluklarla karakterize, yeti yıkımına neden olan süregen bir ruhsal bozukluktur (2,20).

Şizofreni belirtilerini konu alan ilk metinler M.Ö.15. yüzyıla kadar uzanmaktadır. M.S. birinci ve ikinci yüzyıllarda, büyüklük ve kötülük görme sanrılarının yanı sıra bilişsel işlevlerde ve kişilikte yıkımla giden ruhsal bozukluklar tanımlanmıştır (42,50).

'Dementia Praecox' kavramını ilk kullanan Morel'dir. Morel 1860 yılında uyum sorunlarıyla başlayıp yıkımla sonlanan bir içe kapanma tablosu tanımlamış ve bu tabloyu Dementia Praecox olarak adlandırmıştır (35,42,50).

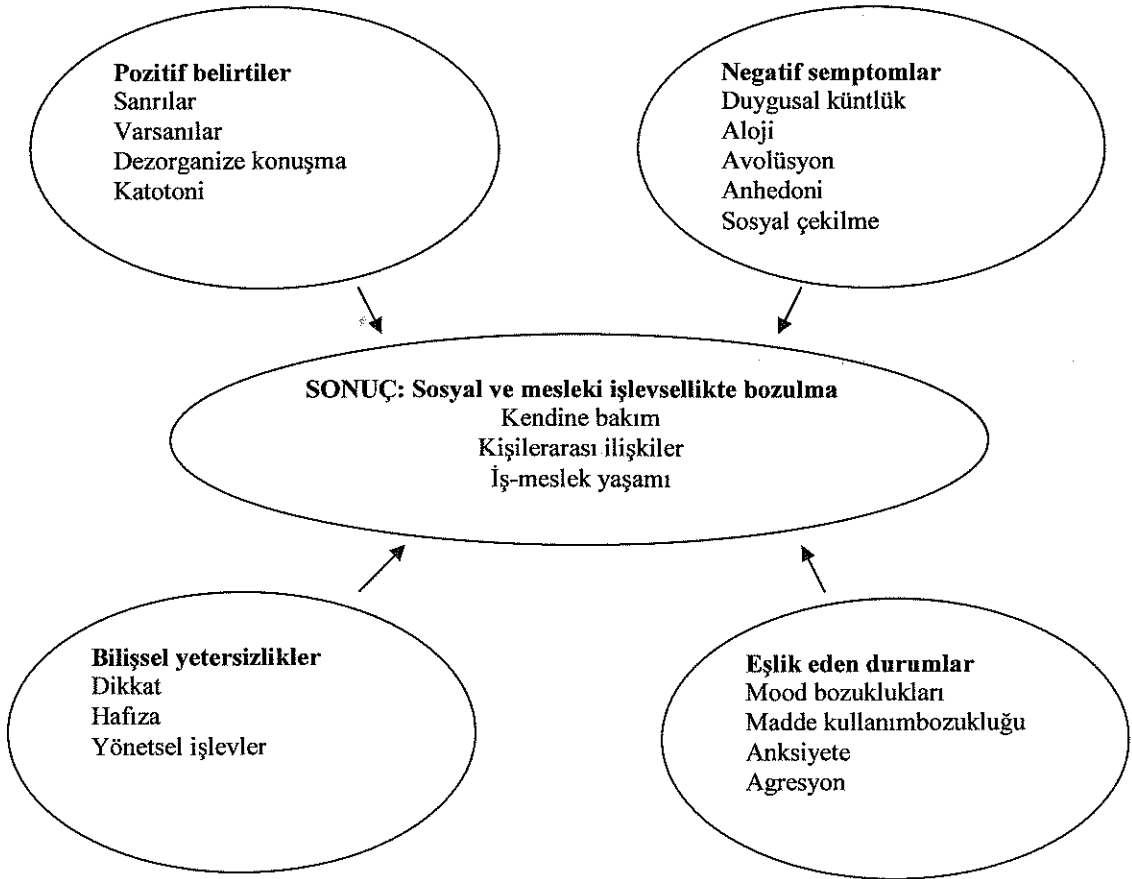
1871 yılında Hecker "hebefreni"yi ve 1874'te Kahlbaum "katotoni"yi tanımladıktan sonra 1896'da Emil Kraepelin bu klinik tabloya paranoid ve basit tipleri de ekleyerek bu hastalığı erken başlayan, varsanı ve sanrılarla, süregelen yıkımla giden "*dementia praecox*" yani "*erken bunama*" olarak tanımlamıştır. Hastalığın nedeninin beyin bozulması ve yozlaşması olduğunu, psikolojik belirtilerin organik değişikliklerle ikincil olarak ortaya çıktığını ileri sürmüştür. Kraepelin'in bir başka önemli katkısı, günümüzün şizofreni kavramı içinde önemli yer tutan pozitif-negatif belirti ayrımının kavramsal çerçevesini hazırlamış olmasıdır (35,42,43,50,60,70).

İsviçreli psikiyatrist Eugen Bleuler ise bu hastalıkta kişinin ruhsal yaşamındaki yarılmının daha önemli olduğunu vurgulamış, erken başlamasının ve bunama ile sonuçlanmasının zorunlu olmadığını söyleyerek hastalığı Yunanca'da "*akıl yarılması*" anlamına gelen "*schizo-phrenia*" olarak adlandırmış, şizofreninin dört temel belirtisi olduğunu ileri sürmüş ve "4A" ile formülleştirmiştir. Bunlar;

- 1- Assosiasyon: düşünce akışında, çağrışımların düzen ve sürekliliğinde bozulma,
- 2- Affekt: duygusal ifadenin bozulması,
- 3-Autizm (otizm) : duygulanımda küntleşme, gerçek dünyadan çekilme,
- 4-Ambivalanstır.

Bleuler içe kapanma kavramını da geliştirmiş, şizofrenide gerçek dünyadan uzaklaşmanın ve dış gerçekliğin yerine kendi iç gerçekliğinin hakim olduğunu, sanrı, varsanı ve motor bozuklukların çağrışım bozukluğuna ikincil olarak ortaya çıktığını belirtmiştir (20,42,43,60,70).

#### Şizofrenide Görülen Belirtiler ve Etkilenen Alanlar:



Şekil 1. Şizofrenide Görülen Belirtiler ve Etkilenen Alanlar

#### 4.1.1. Şizofreninin Epidemiyolojisi

Şizofreninin yaygınlığı %1-1.5 arasındadır. DSÖ'nün verilerine göre; yaşam boyu hastalanma riski yani 15-45 yaş arasındaki nüfusta şizofreni görülme olasılığı %1 dolayındadır (50).

Kadın-erkek arasında sıklık bakımından önemli fark görülmemekle birlikte kadınlarda başlangıç yaşı daha geç olmakta ve genellikle erkeklere göre daha iyi bir gidiş göstermektedir. Bunun östrojen hormonlarının, merkezi D2 reseptörlerindeki duyarlılığı azaltıcı etkisine bağlı olduğu düşünülmektedir (49,50,57). Ayrıca 40 yaştan sonra bu eşitlik bozulmakta, hastalığın görülme oranı kadınlarda %8'e yükselirken, erkeklerde %1'e kadar düşmektedir (20).

Şizofreni her toplumda ve her türlü sosyo-ekonomik ortamda görülmektedir. Sosyo-ekonomik yönden düşüklük ya da düzensizlik gösteren kesimlerde daha sık görüldüğüne ilişkin bulgular olmasına rağmen, neden-sonuç ilişkisi henüz kurulamamıştır (49,50,57).

#### 4.1.2. Şizofreninin Etiyolojisi

Yüz yılı aşan süreden bu yana sayısız araştırmaya konu olan şizofreninin oluş nedenleri henüz kesin olarak aydınlatılamamıştır. Etiyoloji üzerindeki görüşler eskiden beri "organik" ve "psikososyal" olmak üzere iki ana başlık altında toplanarak tartışılmış olsa da 20-30 yıldan bu yana hastalığın beynin bir gelişim bozukluğu olduğu kabul edilmekle birlikte ortaya çıkışında ve alevlenmelerde çevresel-ruhsal etkenlerin sorumlu olduğu belirtilmektedir (20).

Şizofreninin birçok klinik tiplerinin olması etyolojileri ile ilgili farklı düşünceleri ortaya çıkarmaktadır. Etiyolojiyi belirleyebilmek amacıyla genetik, yapısal bozukluklar, biyokimyasal ve psikososyal etkenlerle ilgili çalışmalar yapılmıştır. Aile, ikiz kardeş ve evlat edinme üzerine yapılan çalışmalarından sonra şizofrenide genetik bir yatkınlığın rol

oynadığı, bunun poligenetik özellikler taşıdığı kabul edilmiştir. Yapısal bozukluğun araştırıldığı çalışmalarda beyinde lateral ve 3. ventrikülde genişleme, frontal ve temporal lobda küçülme olduğu, biyokimyasal etken olarak şizofrenide, dopamin düzeyinde ve dopaminerjik reseptörlerin duyarlılığında artış olduğu belirlenmiştir. Şizofrenide, gelişimsel bir kusur olan bilgi işlemede bozukluk olduğu kabul edilmekte, psikososyal etken olarak da aile içi ilişkiler ve stresli yaşam olayları üzerinde durulmaktadır. Ailede anne-babanın çocuğa karşı tutumlarının önemli olduğu vurgulanarak ailede çift mesajların (double mind) sık kullanılmasının çocuklarda sonradan şizofreni riskini arttırdığı, hastalığa yatkınlığı olanların yaşam stresinden kolay incinebildikleri, özellikle aile içinde yaşadıkları örseleyici reddedilme yaşantıları ya da bu şekilde algılamalarının hastalığın ortaya çıkmasında büyük rol oynadığı, biyolojik-organik bir zeminde olsa da psikososyal faktörlerin hastalığın en azından gidişini etkilediği ve psikososyal faktörler ile psikopatoloji arasında bir bağlantı olduğu kabul edilmektedir (20,35,42,50,71).

#### **4.1.3. Şizofrenide Gidiş ve Sonlanış**

Şizofreni çok değişik gidiş ve sonlanış gösteren süregen bir bozukluktur. Gidiş ve sonlanışın değerlendirilebilmesi için kullanılabilen ölçütler; hastalık belirtileri, iş uyumu, toplumsal uyum, hastaneye yatış sıklığı ve süresi, bilişsel yetiler, genel sağlık durumu ve özkıyım girişimleridir (20).

Hastaneye yatarak tedavi görmüş hastalar, sürekli ilaç kullanmış olsalar bile, yaklaşık %35-40 oranında ilk yıl içinde ikinci bir akut alevlenme geçirirler. Alevlenme sayısı arttıkça süregenleşme olasılığı artar. Hastalığın gidişi ve sonlanışını önceden kestirmek olanaksızdır (20,71).

Bu çalışmalar ayrıca, şizofrenlerin en az %30-40'ının orta ve iyi derecede düzeldiklerini, aile, iş ve sosyal yaşama uyum yapabildiklerini göstermektedir (35,42,50,51,70).

Hastaların uzun süreli izlemlerinden sonra hastalığın, iyi (olumlu) ve kötü (olumsuz) olmak üzere iki şekilde seyrettiği gözlenmiştir (70).

Kesin olmamakla birlikte gidiş ve sonlanışını etkileyen faktörler şöyle sıralanabilir:

***Hastalığın gidiş ve sonlanışını olumlu etkileyen faktörler:***

- Başlangıcın ani ve pozitif belirtilerle olması,
- Hastalığın çevresel stres etkenleriyle ortaya çıkması,
- Katatonik ve şizoaffectif tipler, basit, hebefrenik, paranoid tiplerden daha iyi gidiş gösterirler,
- Hastalık öncesinde kişinin iş ve sosyal yaşama iyi uyum sağlamış olması,
- Aile ortamının düzenli oluşu, aile ve toplum içinde denge bozukluğu belirtilerinin olmayışı, duygu dışavurumunun düşük olması,
- Gelişmekte olan ülkelerde yaşama,
- Sağlıkta erken dönemde başlanması ve düzenli devam edilmesi, ailesel desteğe sahip olunması (35,42,50,51,70),
- Aile bireylerinde ruhsal rahatsızlık olmaması,
- Hastalığın seyrinin kadınlarda erkeklere göre daha iyi olmasıdır (71).

***Hastalığın gidiş ve sonlanışını olumsuz etkileyen faktörler:***

- Hastalığın erken yaşta başlaması ve gelişmesi,
- Hastalık öncesi kişiliğin şizoid ya da şizotipal oluşu,
- Hastalık belirtilerinin yavaş ortaya çıkması,
- Hastaneye yatış sayısının fazla, yatma sürelerinin uzun, iyileşme dönemlerinin kısa olması,
- Negatif belirtilerin baskın olması,
- Ailede kalıtsal yatkınlığın olması,

- Hastanın kendisinden, ailenin ve çevrenin hastadan, beklentilerinin yüksek ve aşırı baskın olması,
- Aile ortamının düzensiz oluşu, aile içinde duygu dışavurumunun yüksek oluşu gidişe olumsuz etki yapabilmektedir (35,42,50,51).

#### **4.1.4. Şizofreninin Tedavisi**

Nedenleri, yapısı, tanı ölçütleri, sınıflandırması tam olarak aydınlatılmamış olan bu hastalığın sağaltımı üzerine de görüşler oldukça değişiktir. Geçmişte organik ve genetik etkenleri daha çok benimseyenler öncelikle ilaçlara ve somatik tedavi yöntemlerine, psikososyal etkenleri ve dinamik psikiyatriyi benimseyenler ise ilaçlara olduğu kadar, ruhsal sağaltım ve rehabilitasyon (uyumlandırma) yöntemlerine de ağırlık vermişlerdir. Günümüzde şizofreni sağaltımında, değişik organik ve psikososyal sağaltım olanaklarını göz önünde bulunduran bütüncül bir yaklaşım benimsenmektedir. Her yeni olgu biyolojik, ruhsal ve toplumsal boyutlarıyla değerlendirilerek, özgül bir yaklaşım oluşturulur. Sağaltımda; sağlık ekibi, hasta ve hasta yakınlarının işbirliği esastır (42). Tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının amacı; belirtileri iyileştirmek, psikotik yinelenmeleri önlemek ya da geciktirmek, aile üyeleri, bakım verici ve diğer bireylerin baş etme becerilerini güçlendirmek, aile ve toplum için tolere edilemeyen davranışları ortadan kaldırmak ya da azaltmak, sürekli belirtilerin görülmesine rağmen optimal bireysel işlevselliğe olanak sağlayan sosyal hizmet ve toplum desteğini sağlamaktır (16,20).

##### **4.1.4.1. Şizofrenide İlaç Tedavisi**

Şizofreni tedavisinde öncelikle bireyde düşünce, duygu ve davranış düzeyinde ortaya çıkan, hasta birey ve ailesini rahatsız eden hastalık belirtilerinin ilaçlarla kontrol altına alınması gerekmektedir. Tedavide antipsikotik ilaçlar kullanılmaktadır. Antipsikotik ilaçlar, hasta bireyde görülen varsanların, sanrıların, davranış bozukluklarının ortadan kaldırılmasında rol oynar (50,70).

Antipsikotik ilaçların kimyasal yapıları farklı olsa da hepsinin beyinde postsinaptik dopaminerjik reseptör blokajı yaparak etkinlik gösterdikleri, bu bulguların şizofreni etyolojisindeki hiperdopaminerjik aktivite hipotezini desteklediği saptanmıştır (14,20,62).

İlaçların şizofrenik bozuklukların belirtilerinin çoğunu azalttığı ya da ortadan kaldırdığı, uzun süre kullanımlarıyla yinelenme oranlarını düşürdüğü bu konuda yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur. İlaç tedavisine uyum bu aşamada oldukça önemlidir. Klormazapinin antipsikotik etkisinin farkına varılmasının ardından, psikofarmakolojide çok sayıda ve hızlı gelişmeler olmuştur; artık birçok psikiyatrik hastalığın tedavisinde ilaçların etkin ve vazgeçilmez olduğu tartışma götürmemektedir. Açıklanan yararlarla birlikte bu ilaçlar yan etkisiz değildir; antikolinergik yan etkiler, endokrin işlevlerde değişiklikler, sedasyon ve ekstrapiramidal yan etkiler gibi santral sinir sistemi üzerinde etkileri vardır (2). Nöroleptik yan etkilerle ilişkili öfke ve sıkıntının, hastaların ilaç uyumsuzluğuna katkıda bulunan önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (71).

### **Şizofrenide İlaç Uyumsuzluğu İle İlişkili Olabilecek Faktörler;**

1. Hasta ile ilişkili faktörler;
  - Şiddetli hastalık belirtileri, grandiyöz düşünceler
  - İçgörü eksikliği
  - Madde kullanımı
2. İlaç tedavisi ile ilişkili faktörler;
  - İlaç tedavisinin yan etkileri (özellikle disforik belirtiler – akatizi)
  - Yüksek doz nöroleptik kullanımı
3. Çevresel Faktörler;
  - Yetersiz destek
  - Maddi ve ulaşım yetersizliği gibi pratik engeller
4. Klinik-klinisyenle ilişkili faktörler;
  - Yetersiz terapötik uyum (20).

İlaç tedavisinin etkili olabilmesi için hastaların ilaç tedavisine uyum davranışları, beklentileri ve tutumları ortaya çıkarılmalı ve ilaç tedavisinin kendi kendine yönetim modelleri üzerinde durulmalıdır. Son yıllarda ilaç tedavisinin kendi kendine yönetimini ve uyumunu geliştirmek için stres incinme modeli ve eğitimi temel alan sistematik değişik programlar geliştirilmeye başlanmıştır. Ayrıca bu programlara psikoeğitimi temel alan aile müdahalelerinin eklenmesinin uyuma yönelik olumlu etkileri arttırdığı belirtilmektedir (3,64,68,69)

#### **4.1.4.2. Psikososyal Tedaviler**

Süregen bir hastalık olan şizofreni, alevlenme, yinelenme ve tekrarlı hastaneye yatışların önlenmesinde ilaç tedavisinin yanında psikososyal tedavi ve rehabilitasyonu da gerektirmektedir (50,70,71).

Sorun çözme becerileri ve sosyal desteği azalan, stres toleransı düşük olan şizofren bir bireyin uzun süre antipsikotik ilaç kullanması alevlenme riskini azaltmasına rağmen, yinelenme eğilimini engelleyememektedir. Antipsikotiklerin güvenilir uygulanmasıyla hastalığın yinelenmesinin bir yıl içinde %30-40 azaldığı, fakat önemli bir bölümünde bu riskin devam ettiği bilinmektedir. Yinelenmeleri önlemede ve hastaneye yatışları azaltmada antipsikotik ilaç tedavisi ve psikososyal yaklaşımların birlikte uygulanmasının, tek başına ilaç tedavisine oranla daha etkili olduğu bulunmuştur (35,42,50,70,71).

Lieberman, psikososyal rehabilitasyonu; bilişsel-davranışçı yöntemler ve sosyal destek sağlayarak ruhsal bozukluğu olan bireylerin işlevselliğini en üst düzeye çıkaran terapötik yaklaşım süreci olarak tanımlar. Süregen ruhsal sorunu olan bireylerin toplum içerisinde en az destekle mesleki, eğitimsel ve ailedeki rollerini sürdürebilmeleri için gerekli becerilerin kazandırılması ve toplumsal desteğin sağlanması psikiyatrik rehabilitasyonun amacıdır (4,45,72).

Rehabilitasyonda temel amaçlar;

- Şizofreninin pozitif ve negatif belirtilerinin kontrol altına alınması,
- İlaç tedavisinin sürekliliğinin sağlanması,
- Belirtilerle evresel stresörler arasındaki etkileŐime farkındalık geliŐtirerek stresle etkili baş etmenin sağlanması,
- İlaç tedavisinin etkili olmadığı negatif belirtilerle baş etmede alternatif yaklaşımlar sağlanması,
- Tedavide gelinmiŐ olan aŐamaların sürdürülmesi ve ilerletilmesi,
- Hastalığın kendisinden veya hastaneye yatıŐlardan kaynaklanan bireysel beceri kayıplarının giderilmesi, varolan becerilerin geliŐtirilmesi ve yeni becerilerin kazanılması,
- Sosyal uyumu bozan davranış bozukluklarının denetlenmesinin öğrenilmesi,
- Hastanın sosyal çevresinin yeniden düzenlenmesi,
- Bağımsız yaşam becerilerinin kazandırılması,
- Bakım vericiler ve diğer aile bireylerinin hastalıkla ilgili bilgilendirilmesi ve psikoeğitim programlarına aktif katılımlarının sağlanmasıdır (70,71).

Bu bağlamda; beceri eğitiminin rehabilitasyon programlarında önemli bir yeri vardır. Sosyal beceri eğitimi; psikoeğitim, grup süreci ve bilişsel-davranışsal komponentleri içerir. Psikoeğitim, klinisyenler, hastalar ve aileler arasında iŐbirlikçi yaklaşımı sağlayan sistematik, hedefe yönelik psikososyal bir tekniktir. Psikoeğitim modelinin amaçları; hasta ve aileye bilgi vererek hastalığın anlaşılmasını sağlamak, gerekli tedavi kaynakları ve destekleyici hizmetler bilgisini vermek, hastalar, aileler ve ruh sağlığı uzmanları arasındaki ilişki ve uyumu daha iyi düzeye getirmek ve uyum kapasitelerini arttırmaktır (3,20,68,69).

## 4.2. ŞİZOFRENİDE AİLE ÇALIŞMALARI

### 4.2.1. Şizofrenide Aile Çalışmalarının Gelişimi

Şizofreni ve aile etkileşimi iki yönlü bir ilişki olarak görülmektedir. Literatürde, bu konuda yapılan çalışmalar, hastalık süreci üzerinde aile ilişkilerinin etkisini ve hastalığın aile üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar olarak ikiye ayrılabilir (3).

Aile dinamiği ile ilgilenen araştırmacılar, aile üyeleri arasındaki patolojik etkileşimlerin çocuğa aktarıldığını ve bunun şizofreninin etyolojisinde rol oynadığını savunmuşlardır (3,20,29,39).

İlk olarak Freida Fromm-Reichman “şizofrenijen anne” tanımını ortaya atarak, çalışmalara öncülük etmiştir. Bu tanım, çocuğu ile ilişkilerinde uzak, sıcaklık ve sevgi yönünden eksiklik gösteren bir anne modelini ifade etmektedir. Şizofrenlerle yapılan bireysel terapilerden yola çıkarak, çocuklukta yaşanan reddedilme duygularının psikososyal becerilerin gelişmesini engellediği ve böylece hastalığa yol açtığı düşünülmüştür (3).

Bateson şizofren hastaların ailelerindeki iletişim yapısını incelemiştir. Bateson ve Jackson, “ikili çıkmaz” (double mind) diye adlandırdıkları aile içi patolojik bir etkileşim biçimini tanımlamışlar, bu etkileşimde çocuğa sürekli olarak çelişkili mesajların verildiğini ifade etmişlerdir (3,6,39,51).

Ruth ve Lidz, şizofren çocukları olan aileleri psikodinamik açıdan inceleyerek, aile içi duygusal iletişim ve hastalık arasındaki ilişkiyi ortaya koymaya çalışmışlardır. Bu çalışma sonrasında birçok normal dışı etkileşim tarzı tespit ettiklerini bildirmişler; önemli olanları şöyle sıralamışlardır; ailede belirgin çatışmalar olmasına rağmen aile üyelerinin karşılıklı patolojik bağımlılıklarından dolayı beraberliğin sürdürüldüğü gözlenmiş bu gözlem “aile yarılmaması”, süregelen anlaşmazlığın gizlenerek, uyumlu oldukları izlenimi

verilmeye çalışılması gözlemlenmiş bunu da “evliliğin çarpıtılması” olarak adlandırmışlardır (3,12,51).

Wynne ve Singer ise, aile bireyleri arasındaki iletişimin niteliğini incelemişler ve “iletişim çarpıklığı” kavramını ortaya atmışlardır. Bireyler arasındaki iletişimin niteliğinin bozuk olduğunu belirten araştırmacılar, kullanılan dilin anormal, anlaşılmaz, bir sonuca ulaşmayan, belirsiz özellikler taşıdığını; aradaki iletişimde ailenin tüm bireylerinin ilgisini çekecek ortak bir yön bulunmadığını, iletişimin kolayca kopabildiğini bildirerek, tüm bu bozuklukları iletişim çarpıklığı olarak adlandırmışlar ve şizofreninin gelişimini bu kavram ile açıklamaya çalışmışlardır (3,5).

Aile sistem kuramcıları ve psikodinamik yaklaşımı benimseyen kuramcılar, aile yapısı ve çocuk üzerine etkileri konusunda farklı düşünceleri savunmuşlardır. Kuramcıların çoğu, ruhsal hastalığa ailenin sebep olduğunu belirten, daha çok gözlemsel çalışmaları kapsayan literatür incelemelerine dayanarak, sorunlu davranışların aile sistemindeki bozuk etkileşimlerden kaynaklandığını ifade etmişlerdir (3,20,29,51).

1950’lerde modern aile hareketinin başlaması ile birlikte şizofreni araştırmalarına odaklanılmış ve 1955’lerin başlarında araştırmacılar, bakım vericilerin yaşadıkları güçlükleri incelemeye başlamışlardır. 1960 ve 1970’lerde yürütülen aile tutum çalışmalarında aile üyelerinin yaşadığı suçluluk ve düşmanlık duyguları, hastalığa ilişkin zorlanmalar, stresörler ve spesifik güçlükler tanımlanmış ve bunların ailelerin baş etme şekillerini etkiledikleri belirtilmiştir (3,20).

1940 ve 1970 yılları arasında ailenin hastalık nedenlerinden biri olarak algılanması ve uzun süreli hastane tedavileri birçok hastayı aile desteğinden yoksun bırakmıştır. 1970’lerin sonlarında kendi kendine yardım grupları ve savunucu grupların ortaya çıkışı ile birlikte, hastalık temelli bakım modelinden sağlık temelli yeterlilik modeline doğru bir değişim başlamıştır. Sağlık temelli yeterlilik modelinde amaç;

ailelerin bozuk işlevlerinin tedavisi değil, onların yaşamları üzerinde kendi kontrollerini oluşturmalarını ve bu kontrolü güçlendirmelerini sağlayabilmektir (20).

Brown 1958 yılında hastaneden taburcu edilen hastalardan ailelerinin yanına dönenlerin, pansiyonlara dönenlerden daha kötü bir hastalık seyri gösterdiklerini fark ederek, bu gözlemini araştırma haline getirmiş, ailesinde yüksek oranda eleştiri, düşmanca yaklaşımlar, aşırı ilgi ve korumacı yaklaşım görülen hastaların diğerlerine göre daha sık yinelenme yaşadıklarını saptamıştır. Bu araştırma daha sonraki aile çalışmalarına ışık tutmuş ve 1976 yılında Leff ve Vaughn tarafından “duygu ifadesi” (expressed emotion) kavramı tanımlanmıştır (6,38,39).

#### **4.2.2. Duygu İfadesi Kavramı ve Gelişimi**

Duygu ifadesi kavramı, ailenin genel duygu ifadesini değil, ruhsal bozukluğa yönelik tepkilerini içermektedir. Duygu ifadesi, üyelerinden birinde ruhsal bozukluk olan ailelerin ve yakınlarının hastaya karşı gösterdikleri duygusal tutum ve davranışlardır (20).

Günümüzde aile ortamının ve aile bireylerinin tutumlarının şizofreni nedenlerinden olmadığı bilinmesiyle birlikte duygu ifadesi, iletişim şekli, duygulanım tarzı gibi ailesel özelliklerin, hastalığın yinelenmesi üzerine etkisinin olduğuna dair araştırmalar bulunmaktadır (3).

Duygu ifadesi kavramının ortaya çıkışı, İngiltere’de Tıbbi Araştırma Merkezi’nin şizofren hastaların tedavilerinde aldıkları sonuçlarla yapılan çalışmalara dayanır (6). 1950’lerde Klorpromazinin kullanılmaya başlanması şizofreni tedavisinde yeni bir dönem başlatmıştır. İlaç tedavisi hastane koşullarında sürdürüldüğünde yararlı olduğu halde, taburculuk sonrasında ilaca devam edilmesine rağmen hastalarının bir kısmında hastalık belirtilerinin tekrarladığını gözlemleyen Brown, bu durumun nedenleri üzerinde çalışmaya başlamıştır (3,6,39).

Brown ve arkadaşları, hastalarının taburcu edildikten sonra yinelenme yaşamlarının nedenlerini anlamak amacıyla, 12 yılı kapsayan ve üç alt projeyi içeren uzun süreli bir çalışma yürütmüşlerdir. 1956 yılında başlatılan birinci proje iki yıl ve daha fazla süre hastanede yatan ve taburcu olan, üçte ikisi şizofren olan 229 erkek hasta ile yürütülmüştür. Bu çalışmanın sonucunda; kardeşleri ile birlikte ya da pansiyonlarda yaşamaya başlayan hastalar daha olumlu gidiş gösterirken, anneleri veya eşleri ile yaşayanların daha olumsuz gidiş gösterdikleri, ayrıca aile ile geçirilen sürenin uzun olmasının hastalığın gidişini de olumsuz etkilediği saptanmıştır (3,20,51).

İlk projenin sonuçlarının anlamlandırılabilmesi için teorik bir çerçeveye oturtulması gerektiğini düşünen Brown ve arkadaşları, ikinci projede dikkatlerini ev içi duygusal atmosfere yönlendirmişlerdir. 1959 yılında başlatılan ikinci projede, araştırmacılar öncelikle “aile atmosferini” ortaya koyacak bir ölçme tekniği oluşturmayı amaçlamışlardır. Bunun sonucunda; ebeveyn ve çocuk ilişkisini değerlendirmek için “Fels Ebeveyn Davranış Ölçeği”nin alt boyutları; koruyuculuk, eleştirel oluş, endişeli oluş, duygusallık ve şefkatli oluş temel alınarak ailelerle ön görüşmeler yapmışlardır. Bu uygulamalarda asıl bilgi kaynağı olarak kabul edilen hasta yakınları ile taburcu olmanın ve hastaneye yatışın ardından yaşamlarındaki değişime dair ayrıntılı görüşmeler yapılmış ve bu görüşmeler; sıcaklık, olumlu ifadeler, eleştiri şiddeti, eleştirel ifadeler, hoşnutsuzluk ve düşmancıl oluş alt boyutları ile değerlendirilmiştir. Projenin bu aşamasında belirlenen alt boyutları ifade etmek üzere daha genel bir kavram olarak “duygusal düşkünlük” kavramı kullanılmıştır. Hastaneden taburcu edilen 129 erkek şizofren hasta bir yıllık izleme süreci içinde değerlendirilmiştir. Görüşme tekniği kullanılarak belirlenen sonuçlara göre; yüksek duygusal düşkünlük belirlenen aile ortamına dönen hastaların düşük duygusal düşkünlük belirlenen aile ortamına dönenlere göre daha yüksek oranda yinelenme belirtileri gösterdikleri saptanmıştır (3,6,12,51).

Projenin üçüncü aşaması daha çok aile yaşamının değerlendirilmesini içermektedir. Çalışmanın bu aşamasında “duygusal düşkünlük “ kavramı yerine “duygu ifadesi” kavramı kullanılmaya başlanmıştır. Bu projede Brown ve arkadaşları; hasta

yakınlarından hastalara yönelik duygulanımların değerlendirilmesi ve ölçülmesi için, güvenilir ve geçerli bir araç olan yarı yapılandırılmış “Camberwell Aile Görüşmesi”ni (CAG) (Camberwell Family Interview -CFI) geliştirmişlerdir. Camberwell Aile Görüşmesi’ni oluşturma aşamasında ailelere çok sayıda ölçek uygulanmış, bunlardan eleştirel ifade, düşmanca tutum ve aşırı duygusal düşkünlük alt boyutlarındaki yüksek değerlerin yinelenmelerle ilişkili olduğu belirtilmiştir. Hasta yakınlarının CAG ile değerlendirilmesi sonucunda aileler, yüksek duygu ifadesi gösteren ve düşük duygu ifadesi gösteren aileler olmak üzere iki temel gruba ayrılmıştır. Yüksek duygu ifadesi gösteren aile ortamına dönen şizofren hastalarda yinelenme %58 olarak görülürken düşük duygu ifadesi gösteren aile ortamına dönen hastalarda bu oran %16 olarak belirlenmiştir (3,6,51).

Sonraki yıllarda bazı ülkeler ve bölgelerde kültürel farklılıklar ve duygu ifadesinin şizofrenide yinelenmelere etkisi ile ilgili çalışmalara odaklanılmıştır (6,20).

Yüksek duygu ifadesinin psikotik belirtilerde yinelenmelere etkileri kesin olarak bilinmemekle birlikte genel yargı; yüksek duygu ifadesi olan aile ortamının bir çeşit psikososyal stres kaynağı olduğu ve hastanın duygusal yapısında zorlanmaya yol açtığıdır (12).

#### **4.2.3. Şizofreninin Aile Bireyleri Üzerindeki Etkileri**

Bireyin halkaları gittikçe genişleyen bir sarmal içinde yaşadığı ve kültürel-sosyal değerlerin kişiler ve aileler üzerindeki etkileri anlaşıldığında, gerçek bir resmin elde edilebileceği söylenebilir (47).

Şizofreni, hasta birey kadar yakınındaki insanları da etkiler. Düşünce, duygu ve davranışlardaki şiddetli bozulma ailenin bütün üyeleri tarafından hissedilmektedir (29). Bir üyesinde ruhsal bozukluk olan ailelerle yapılan çalışmaların çoğu, ailenin hastalığa ilişkin yaşadıkları zorlukları ve duyguları ortaya çıkarmaya yöneliktir. Bazı çalışmalarda, yaşanan bu zorlukların doğası dikkatle incelenmiştir (47).

Hastalığın aile bireyleri üzerindeki etkisi hastalık aşamalarıyla yakından ilişkilidir. İlk psikotik atakta hasta ailesi şaşkınlık ve endişe içindeyken, yedinci kez hastaneye yatırılan bir hasta ailesi bıkkınlık yaşıyor olabilir (29).

Hasta ailelerinin işlevlerinin bozulduğu ve aile üyelerinin depresyon yaşadıkları belirtilmektedir. Anne-babalar, hasta olan çocuklarıyla ilgili umutlarını ve beklentilerini yitirerek yas tutarlar. Bu durum, adeta “sonu gelmeyen yas” sürecidir (20,65,66). Ailenin diğer üyelerinde duygusal sorunlar ortaya çıkabileceği gibi hasta yakınlarının iş/mesleki verimleri de düşebilmektedir (51). Bazı aileler yaşanan tüm olumsuzluklara karşın dikkat ve enerjilerini hasta bireye yönelterek derin bir anlam da bulabilirler. Bunun olumlu sonucu derneklere ve toplum yararına olan çalışmalara katılmadır (20,29,51).

Ruhsal bir bozukluk, ailede hastalığa yanıt olarak bazı etkileşim biçimlerinin ortaya çıkmasına yol açar. Bu durum ailenin diğer üyelerinin yük duygusu yaşamalarına neden olur (29). Bloch ve arkadaşları, en çok yük oluşturan iki grup davranış biçimine dikkat çekmişlerdir. İlk grupta sosyal geri çekilme, yavaşlık, ilgi kaybı gibi negatif belirtilerle ilişkili olanlar, ikinci grupta ise rahatsız edici, sosyal yönden utandırıcı ya da öngörülemeyen davranışlar yer almaktadır. Hastalığa ilişkin damgalanma ailenin yaşadığı bir başka güçlüktür (65).

Nechmad ve arkadaşları, şizofrenide kardeş çalışmalarını gözden geçirmişlerdir. 1950-1970’li yıllar arasında yapılan çalışmalar şizofreninin ailesel olarak aktarıldığı teorisine dayanmış ve hastalığa yatkınlıkları olduğu düşüncesiyle kardeşlere odaklanmıştır. Birçok çalışmada, kardeşlerde şizofreni gelişmese bile patolojik aile dinamiklerinde bağlanabilen önemli psikiyatrik bozuklukların ortaya çıktığı iddia edilmiştir (29,51).

Ruhsal hastalıkla baş etmeyi tanımlayan çalışmalarda üç alana odaklanılmıştır. İlki, duygusal ortam ve ortamın hasta üzerindeki etkisi, ikincisi, stres yaşantıları ve aileye etkisi, üçüncüsü, müdahale çalışmalarıdır. Bir üyesi şizofreni hastası olan ailelerin baş etmeleri ve duygu ifadeleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada duygu ifadesi düzeyinin

doğrudan baş etmeyi etkilemediği fakat hastaların davranışları ve anne-babaların baş etme şekilleri arasında doğrudan ilişki olduğu saptanmıştır (32). Ailelerde baş etme yolu olarak, ruhsal hastalık hakkında bilgi elde etmenin önemli olduğu belirtilmektedir. Bunun sonucu olarak 1980'lerde aileler için müdahale programları artmıştır (27).

#### 4.2.4. Aile Girişimleri

Aile girişim programları, taburculuk sonrası hastalarda ve ailelerde gözlenen sorunlar temel alınarak oluşturulmuştur. 1970'lerin başlarında hastanede yatış süresinin kısaltılması hastaların aile ortamında daha çok zaman geçirmelerini sağlamıştır. 1970'lerin sonlarında stres-incinme modelinin benimsenmesi, tedavi önerilerinin oluşması ve duygu ifadesi araştırmalarının gelişmesi, ilaç tedavisi ile aile girişimlerinin eş zamanlı yürütülmesinin gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Özellikle duygu ifadesi düzeyi ve yinelenme arasındaki nedensel ilişki aile girişimlerinin temelini oluşturmuştur (36)

Aile girişim programları; psikoeğitim, sorun çözme, aile desteği ve kriz yönetiminden oluşmaktadır. Bu girişimlerin özellikleri ve yöntemleri farklı olmasına rağmen genel yaklaşımlar benimsenmiştir. Bu yaklaşımlar;

- Şizofreni bir hastalıktır,
- Aile ortamı hastalığın nedeni değildir,
- Aileler terapötik ajan olarak tedaviye dahil edilmelidir,
- Girişimler, ilaç tedavisi ve ayaktan tedaviyi birleştirmeli ve tedavinin bir bölümü olarak ele alınmalıdır (20).

Psikoeğitim olarak adlandırılan ilk aile girişim programı çalışmaları, deneysel çalışmalardan kaynaklanmaktadır. Psikoeğitimsel aile programları, aile içi sürecin hastalıkta yinelenme riskini arttırdığı düşüncesini etkilemek/değiştirmek için geliştirilmiştir (3).

Şizofrenide psikoegitimsel çalışmaların başlaması, Brown'un yüksek duygu ifadesinin, hasta ailesi ve yakınlarının hastalık hakkında bilgi eksikliğinden kaynaklandığını belirlemiş olmasıdır. Psikoegitsel aile girişimleri ile hasta yakınlarının, hastaların belirtileri üzerinde çok sınırlı kontrollerinin olduğunu anlamalarına yardım etmek ve hastalığın daha iyi anlaşılmasını sağlayarak ailenin baş etme biçimini geliştirmektir (3).

Psikoegitim programlarının;

- Psikiyatrik hastalıkların çok nedenli oluşlarını hasta ve aile ile gözden geçirerek, hastalık belirtileri ile baş edebilmelerini kolaylaştırması,
- Yinelenmeleri önlemede, tedaviye uyumu arttırmada, iş ve günlük yaşam olaylarının hastalık sürecine olumsuz etkilerini azaltmada ve önlemede yararlı olması,
- Uzun yatışlarda hastane tedavilerinin maliyetlerinin artması ve bunu karşılayan kaynakların azalması, kısa yatışlarda eğitimle desteklenmiş tedavi yöntemlerinin gerekliliği ortaya çıkması gibi yararlarından dolayı günümüzde psikoegitim programlarına verilen önem artmıştır (20,74).

Aileler için psikoegitimin amacı; hastalık sürecini aile üyelerine tanıtmak bu süreçteki terapötik rollerini benimsemelerine yardımcı olmaktır. Psikoegitim programlarında hedefler; hastalık sürecini tanımak, belirtilerin tedavisi için ilaç tedavisini öğrenmek, yinelenmeleri tetikleyici etken olarak bilinen stresli yaşam olaylarının önemini ve kişilik özellikleri ile hastalık belirtilerinin ayırımını öğrenmektir (26,27).

Şizofreni hasta ailelerine uygulanan ruhsal eğitim grupları çalışmasında amaç ; aile üyelerinin hasta hakkındaki kaygılarını azaltmak ve hastalık hakkındaki bilgiyi arttırarak aile içindeki dengenin sağlanmasıdır (65,68). Grubun amaçlarını şu şekilde sıralayabiliriz;

- Hasta, aile üyeleri ve sağlık ekibi arasında ilişki başlatmak,
- Grup çalışmasında diğer aile üyeleri ile tanışarak, gizlilik, utanç ve suçluluk duygularını paylaşabilmelerini sağlamak,
- Şizofreni ve belirtileriyle baş etme hakkında bilgilenmeyi sağlamak ve damgalanmanın yarattığı olumsuz duyguları paylaşabilmek,
- Duygu ifadesi düzeyinin en aza indirgenmesini sağlamaya çalışmak,
- Aile üyelerinin şizofreni hastalığının bireyin yaşamında yaratacağı engelleri kabul ederek, bireyden beklentilerini belirleyebilmesi ve bununla ilgili hastanın yaşayacağı zorlanmaların azalmasını sağlamak,
- Aile üyelerinin hastanın ilaç uyumu konusunda yanında olmalarını sağlamak, bu konu hakkında bilgilenmelerini sağlamak,
- Yinelenme belirtilerini tanımak ve akut alevlenme, kriz durumlarıyla baş etme konusunda hazırlıklı olmalarını sağlamak,
- Bazı ailelerde hastalık tanısından sonra tamamen hasta bireyin yaşantısı üzerine odaklanılır. Bu noktaya dikkatlerini yönelterek aile üyelerinin kendi yaşantılarını sürdürmelerini sağlamak,
- Hasta ve aile üyeleri için yaşam kalitesini arttıracak yeni baş etme yöntemleri edinmelerini sağlamak,
- Aile üyelerinin hasta birey ile birlikte yaşamının getirdiği güçlüklerle daha kolay baş etmesini sağlamak,
- Bir bütünlük içerisinde bilgi ve destek sağlamaktır (68).

## 5. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, kronik şizofren hasta yakınlarına uygulanan “Şizofrenik Hasta Ailelerinde Ruhsal Eğitim Grupları” programının, ailelerin umutsuzluk düzeylerine ve işlevselliklerine etkisini belirlemek amacıyla, deneysel bir çalışma (deney-kontrol gruplu model) olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

### 5.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma gerekli izinler alınarak şizofreni hasta ve yakınlarının oluşturduğu bir dernekte gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini bu derneğin üyesi olan aile üyeleri, örneklemini “basit rastgele örnekleme yöntemi” ile seçilen aile üyelerinden 0.05 yanılma düzeyi ve 0.80 güçlülük değeri temel alınarak 40 kişi (20 kişi deney, 20 kişi kontrol) oluşturmuştur.

### 5.2. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Ailesinde DSM-IV tanı kriterlerine göre kronik şizofreni tanısı almış bir hastası olan,
- 18 yaş ve üzerinde olan,
- En az ilkokul mezunu olan,
- Dil sorunu olmayan,
- Mental retardasyonu olmayan ve
- Grup çalışmasına katılmayı kabul eden, her aileden bir kişi araştırma kapsamına alınmıştır.

### 5.3. Araştırmanın Şekli

Araştırmada deney grubundaki aile üyeleriyle “Şizofrenik Hasta Ailelerinde Ruhsal Eğitim Grupları” isimli yapılandırılmış bir eğitim programı yürütülmüştür. Eğitim programı öncesi ve sonrasında deney grubuna ve eş zamanlı olarak kontrol grubuna Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) uygulanmıştır.

Yapılandırılmış bir eğitim programı olan “Şizofrenik Hasta Ailelerinde Ruhsal Eğitim Grupları” 14 oturumdan oluşmuştur (Ek 1).

1. oturum; grup çalışmasının amacının ve özelliklerinin açıklandığı, grup kurallarının belirlendiği, gelecek oturumlara ilişkin bilgilendirmenin yapıldığı, grup üyelerinin eğitimden beklentilerinin paylaşıldığı oturumdur.

2. oturum; her bir aile üyesinden bakım verdikleri hastalarını öz bakım, iş yaşantısı, sosyal hayat, aile ilişkileri alanlarında değerlendirmeleri istenir ve bu durum grup içinde tartışmaya açılır. Bu oturumda amaç; aile üyesinin hasta bireye bakış açısında farkındalık geliştirmektir.

3. oturum; şizofreni hastalığının, belirtilerinin, toplumun hastalığa atfettiği anlamların ve hastalığın aile ve sosyal yaşam üzerine etkilerinin tartışılmasını içerir.

4. oturum; hastalığın nedenlerinin ve bunlardan biri olan yatkınlık modelinin paylaşıldığı oturumdur. Her bir üyenin bakım verdiği yakınının hastalığının nasıl başladığı, bu dönemde çevreden aldıkları tepkiler ve kendilerini nasıl hissettikleri, ilk dönemler ile eğitim programında oldukları dönem arasındaki farklılıklar ve benzerlikler üzerinde tartışılır.

5. oturum; şizofreni tedavisinin tartışıldığı ve bilgilendirme yapıldığı oturumdur. Her bir grup üyesinin tedavi deneyimleri, tedavi konusundaki inançları hakkında konuşulur.

6. oturum; antipsikotik ilaçlar, etkileri ve yan etkileri hakkında bilgi verilen, grup üyelerinin ilaç tedavisi ile ilgili deneyimlerinin paylaşıldığı oturumdur. İlaç tedavisinin dışardan takip edilmesini sağlayan formlar grup üyelerine nasıl kullanılacağı anlatılarak dağıtılır.

7. oturum; antipsikotik ilaç tedavisi ile ilgili verilen bilgilerin kısaca tekrarlandığı ve özellikle hastalık sürecinde alevlenmelerin önlenmesinin öneminin vurgulandığı oturumdur.

8. oturum; 6. oturumda dağıtılan ilaç tedavisini takip çizelgeleri bire bir değerlendirilip grupla paylaşılır. Hastaların ilaç kullanım davranışları incelenerek, bu konudaki alışkanlıklarına dair düşünceleri paylaşılır ve aile üyelerine önerilerde bulunulur.

9. oturum; grup üyelerinin bakım verdikleri hastanın tedavide kendi sorumluluklarını almaları konusunda desteklendiği ve bu konudaki tutumlarının tartışıldığı oturumdur.

10. oturum; ilaç tedavisine aile üyelerinin etkin katılımının ve tedavi ekibiyle işbirliğinin öneminin vurgulandığı oturumdur.

11. oturum; “terazi modeli”nin hatırlatıldığı, hastalığın erken belirtilerinin neler olduğu ve bu belirtilerin nasıl gözlemleneceğinin tartışıldığı oturumdur.

12. oturum; grup üyelerinin kriz dönemlerine ilişkin duygu ve düşüncelerini paylaştıkları oturumdur. Krizlerle baş etme konusunda hastalara nasıl yardım edileceği ve ailenin bu durumla baş etme biçimi tartışılır.

13. oturum; krize müdahale planının oluşturulduğu, bu dönemlerde ailenin diğer üyelerinin ve yakın akraba/tanıdıkların rollerinin saptandığı oturumdur.

14. oturum; kapanış oturumudur ve grup süreci değerlendirilir. Grup üyelerinden gelebilecek soruların cevaplandığı, varsa önerilerin paylaşıldığı oturumdur.

#### **5.4. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araç ve Gereçler**

Araştırmada sosyodemografik özellikleri belirlemek amacıyla literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan ve uzman görüşüne sunulan "bilgi formu" kullanılmıştır (Ek 2).

Araştırmada veriler, eğitime başlamadan önce bilgi formu, Beck Umutsuzluk Ölçeği (Ek 3) Aile Değerlendirme Ölçeği (Ek 4) ve eğitim sonrasında Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Aile Değerlendirme Ölçeği tekrarlanarak toplanmıştır.

##### **5.4.1. Beck Umutsuzluk Ölçeği :**

Bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini ölçer. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Ergen ve yetişkinlere uygulanabilir.

20 maddeden oluşan, 0-1 arası puanlanan bir ölçektir. Maddelerin 11 tanesinde "evet" seçeneği, 9 tanesinde ise "hayır" seçeneği 1 puan alır. Alınan puanların yüksek olması bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğunu göstermektedir.

Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin Türkiye uyarlamasını, Gülten Seber ve Ayşegül Durak yapmıştır (21,58). Araştırmada eğitim öncesi ve sonrası ölçeğin uygulanmasında iç tutarlılık katsayısı 0.70 ( $\alpha=0,70$ ) olarak bulunmuştur.

##### **5.4.2. Aile Değerlendirme Ölçeği**

Aile Değerlendirme Ölçeği; daha önce geliştirilmiş olan McMaster Aile İşlevleri Modelinin klinik olarak aileler üzerinde uygulanmasıyla, Amerika Birleşik Devletlerinde Brown Üniversitesi ve Buttler Hastanesi tarafından Aile Araştırma Programı çerçevesinde

geliştirilmiş olup, ailenin işlevlerini değerlendiren bir ölçektir. Bu ölçek ailenin yapısal ve örgütsel özelliğini ve aile üyeleri arasındaki etkileşimi, “sağlıklı” ve “sağlıksız” olarak ayırt edebilecek şekilde tanımlanmıştır (10).

60 maddeden oluşan ADÖ yedi alt grup içermektedir. Bunlardan altı tanesi McMaster Aile İşlevleri Modelinde ele alınan alt gruplarından olup, her biri aile işlevlerindeki sorun alanlarını ele almaktadır. Yedinci alt grup ise ADÖ’ne eklenmiş olup, ailenin sağlıklı olup olmadığını genel olarak değerlendirmektedir.

Ölçek puanları 1,00 (sağlıklı) ile 4,00 (sağlıksız) arasında değişmektedir. Her alt grup için hesaplanan puan ortalamaları 4,00’e yaklaştıkça o işlev açısından sağlıksız olarak tanımlanmaktadır.

Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1983’te yapılmıştır (23). Ülkemizde ölçeğin uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Bulut tarafından gerçekleştirilmiştir (10).

Problem çözme alt grubunda (2,12,24,38,50,60. maddeler); ailenin etkili bir şekilde işlevlerini yerine getirebileceği düzeyde maddi ve manevi sorunlarını çözebilme becerisi ölçülmektedir.

İletişim alt grubunda (3,14,18,22,29,35,43,52,59. maddeler); ailenin iletişimsel özellikleri, aile üyeleri arasında sözlü iletişim içeriğinin açıklığı ve kişilerin söylemek istediklerini doğrudan doğruya ifade edip etmedikleri değerlendirilir.

Roller alt grubu (4,8,10,15,23,30,34,40,45,53,58. maddeler); ailenin maddi ve manevi ihtiyaçlarını karşılayan davranış kalıplarıdır. McMaster Aile İşlevleri Modeli aile kaynaklarının kullanımı, bakıp büyütme, destekleme ve kişisel gelişim sağlama, aile sistemini idare etme gibi konulardaki davranış kalıplarını değerlendirmektedir. Ayrıca bu

alt grup, görevlerin belirgin ve eşit olarak üyelere dağılımına ve bunlara ilişkin sorumluluklara odaklanmaktadır.

Duygusal tepki verebilme (9,19,28,39,49,57. maddeler); aile üyelerinin her türlü uyaran karşısında en uygun tepkiyi göstermesi anlamına gelmektedir. Bu alt grupta sevgi, mutluluk, neşe gibi olumluluk içeren duyguların yanında; kızgınlık, üzüntü, korku gibi olumsuzluk ifade eden duygular yer almaktadır.

Gereken ilgiyi gösterme alt grubu (5,13,25,33,37,42,54. maddeler); aile üyelerinin birbirine gösterdiği ilgi, bakım ve sevgiyi değerlendirmektedir.

Davranış kontrolü (7,17,20,27,32,44,47,48,55. maddeler); ailenin üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama biçimidir. Bu alt grupta psikolojik ve sosyal tehlike karşısındaki davranışlar değerlendirilmekte olup, kontrolün esnek, katı, serbest ve düzensiz oluşu da bu alt grupta ele alınmaktadır.

Genel işlevler (1,6,11,16,21,26,31,36,41,51. maddeler); ifade edilen bu altı alt grubu da kapsamaktadır (10).

Araştırmada eğitim öncesi ve sonrası ölçeğin uygulanmasında iç tutarlılık katsayısı 0.77 olarak bulunmuştur ( $\alpha=0,77$ ).

### **5.5. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmanın verileri bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde verilerin parametrik/nonparametrik oluşunu saptamak için normal dağılıma uygunluk analizleri yapılmış ve değişkenlerin nonparametrik olduğu saptanmıştır. Demografik özellikler ve ailesel verilerin değerlendirilmesinde frekans dağılımı, ki-kare testi, Fisher's kesin ki-kare testi, eğitimin etkisinin değerlendirilmesinde ise Student t testi, Paired Sample t testleri kullanılmıştır.

## 6. BULGULAR

### 6.1. Aile Üyelerinin Demografik ve Ailesel Özellikleri, Hastalığın Aile Üzerindeki Etkileri İle İlgili Bulguların Dağılımı

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan aile üyelerinin ve bakım verdikleri hastaların demografik, kişisel, ailesel özellikleri, hastalığın aile üzerine etkileri ve beklentilerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 1: Aile Üyelerinin Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Aile Üyesine Ait Demografik Özellikler		GRUP				$\chi^2 / p$
		Deney Grubu		Kontrol Grubu		
		n	(%)	n	(%)	
Yaş	23-50	8	40,0	13	65,0	$\chi^2:0,457$ p:0,447
	50 ve üstü	12	60,0	7	35,0	
		50,85 ±13,02		47,90 ±11,62		
Cinsiyet	Kadın	18	90,0	18	90,0	$F\chi^2:1,000$
	Erkek	2	10,0	2	10,0	
Eğitim Durumu	Ortaokul	11	55,0	10	50,0	$\chi^2:2,424$ p:0,489
	Lise	6	30,0	5	25,0	
	Üniversite	2	10,0	5	25,0	
	Lisansüstü	1	5,0			
Meslek	Ev Hanımı	13	65,0	14	70,0	$\chi^2:2,337$ p:0,311
	Emekli	4	20,0	1	5,0	
	Çalışıyor	3	15,0	5	25,0	
Medeni Durum	Bekar	4	20,0	4	20,0	$\chi^2:2,800$ p:0,423
	Evlü	10	50,0	14	70,0	
	Dul	4	20,0	1	5,0	
	Boşanmış	2	10,0	1	5,0	
Psikolojik rahatsızlık yaşama	Hayır	15	75,0	14	70,0	$\chi^2:0,125$ p:0,723
	Evet	5	25,0	6	30,0	

$\chi^2$ : Ki-kare testi

$F\chi^2$ : Fisher's exact Ki-kare testi

Araştırmanın deney grubunda bulunan aile üyelerinin yaş ortalamaları  $50,85 \pm 13,02$ , kontrol grubunun ise  $47,90 \pm 11,62$  olarak bulgulanmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı ( $t:0,756$ ,  $p:0,454$ ) bir fark saptanmamıştır (Tablo 1).

Deney ve kontrol grubunun her ikisinde de aile üyelerinin %90'ı ( $n=18$ ) kadın olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı ( $Fx^2:1,000$ ) farklılık bulunmamaktadır (Tablo 1).

Tablo 1'de görüldüğü gibi deney grubundaki aile üyelerinin %55'i ( $n=11$ ), kontrol grubundakilerin %50'si ( $n=10$ ) ortaokul mezunu olarak bulgulanmış, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $x^2:2,424$ ,  $p:0,489$ ).

Deney grubundaki aile üyelerinin %65'i ( $n=13$ ), kontrol grubundaki aile üyelerinin %70'i ( $n=14$ ) ev hanımı olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ( $x^2:2,337$ ,  $p:0,311$ ) (Tablo 1).

Aile üyelerinin medeni durumlarına bakıldığında, deney grubunun %50'sinin ( $n=10$ ), kontrol grubunun ise %70'inin ( $n=14$ ) evli olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $x^2:2,800$ ,  $p:0,423$ ) (Tablo 1).

Deney grubundaki aile üyelerinin %25'i ( $n=5$ ), kontrol grubunun %30'u ( $n=6$ ) hayatlarının bir döneminde psikolojik bir rahatsızlık yaşamış olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $\chi^2:0,125$ ,  $p:0,723$ ) (Tablo 1).

**Tablo 2: Hastanın Demografik Özelliklerinin Dağılımı**

Demografik Özellikler		GRUP				$\chi^2 / p$
		Deney Grubu (n=20)		Kontrol Grubu (n=20)		
		n	(%)	n	(%)	
Yaş	19-29	11	55,0	13	65,0	$\chi^2:0,662$ p:0,201
	30-39	9	45,0	7	35,0	
		29,25±5,56	27,05±5,21			
İlk hastalanma yaşı	13-20	14	70,0	15	75,0	$\chi^2:0,861$ p:0,640
	20-30	6	30,0	5	25,0	
		19,57±4,03	19,00±3,78			
Hastaneye yatış sayısı	1-3	15	75,0	17	85,0	$\chi^2:0,243$ p:0,399
	4 ve üstü	5	25,0	3	15,0	
		2,38±1,85	1,94±1,31			
Cinsiyet	Kadın	-	-	-	-	-
	Erkek	20	100,0	20	100,0	
Yakınlığı	Oğlu-Kızı	16	80,0	16	80,0	$F\chi^2:1,000$
	Kardeşi	4	20,0	4	20,0	
Aynı evde Yaşama Durumu	Evet	19	95,0	19	95,0	$F\chi^2:1,000$
	Hayır	1	5,0	1	5,0	

$\chi^2$ : Ki-kare testi

$F\chi^2$ : Fisher's exact Ki-kare testi

Araştırmada deney grubunda yer alan aile üyelerinin bakım verdikleri hasta bireylerin yaş ortalamaları 29,25±5,56, kontrol grubunun ise 27,05±5,21 bulgulanmış, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (t:1,290, p:0,205) (Tablo2).

Tablo 2'de görüldüğü gibi deney grubundaki aile üyelerinin bakım verdikleri hastaların ilk hastalanma yaşı ortalamaları 19,57±4,03, kontrol grubundaki bireylerin ise 19,00±3,78 olarak bulgulanmış olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (t:0,463, p:0,646).

Deney ve kontrol grubundaki aile üyelerinin bakım vericisi oldukları bireylerin tamamı erkektir.

Deney ve kontrol gruplarının aynı evde yaşama durumlarına bakıldığında her iki grupta da %95'inin (n=19) bakım verdikleri bireylerle aynı evde yaşadıkları bulgulanmıştır ( $F\chi^2:1,000$ ) (Tablo 2).

Deney ve kontrol gruplarının bakım verdikleri bireylerle yakınlık durumuna bakıldığında; her iki grubun bakım verdiği kişinin %80'inin (n=16) oğlu olduğu, %20'sinin (n=4) ise kardeşi olduğu saptanmış olup, gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamaktadır ( $F\chi^2:1,000$ ) (Tablo 2).

**Tablo 3: Ailede Bakım Verilen Hasta Dışında Ruhsal Bozukluğu Olan Birinin Olma Durumu**

Ailede Bakım Verilen Hasta Dışında Ruhsal Bozukluğu Olan Birinin Olma Durumu		GRUP				$\chi^2 / p$
		Deney Grubu (n=20)		Kontrol Grubu (n=20)		
		n	(%)	n	(%)	
Ruhsal Bozukluk Tanısı Almış Birinin Olma Durumu	Var	11	55,0	13	65,0	$\chi^2:0,417$ p:0,519
	Yok	9	45,0	7	35,0	
Ruhsal Bozukluğu Olan Bireyin Tanısı	Bilmiyorum	1	11,2	3	42,9	$\chi^2:2,736$ p:0,255
	Nevrotik	4	44,4	3	42,9	
	Psikotik	4	44,4	1	14,2	

$\chi^2$ : Ki-kare testi

Tablo 3'e bakıldığında; deney grubunun %55'nin (n=11), kontrol grubunun %65'nin (n=13) ailesinde şizofrenili birey dışında ruhsal bozukluk tanısı almış birinin olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $\chi^2:0,417$ , p:0,519).

Ailede başka psikolojik hastalığı bulunan birey olduğunu söyleyen deney grubunun %11.2'si (n=1) bu bireyin hastalık tanısını bilmediklerini belirtirken; % 44.4'ü (n=4) nevrotik ve % 44.4'ü (n=4) psikotik rahatsızlığı olduğunu belirtmiştir. Kontrol grubunun % 42.9'u (n=3) bu bireyin rahatsızlığını bilmediğini söylerken, % 42.9'u (n=3) nevrotik ve % 14.2'si (n=1) psikotik rahatsızlığı bulunduğunu belirtmiştir ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir (Tablo3).

**Tablo 4: Aile Üyelerinin Hastalığın Aile Üzerindeki Etkilerini Tanımlayışı**

Hastalığın Aile Üzerindeki Etkilerinin Tanımlanışı	GRUP				$\chi^2 / p$
	Deney Grubu (n=20)		Kontrol Grubu (n=20)		
	n	(%)	n	(%)	
Hastalığın Etkilerini Tanımlayamama	3	15,0	1	5,0	F $\chi^2$ :0,605
Şaşkınlık-Üzüntü Yaşama	16	80,0	17	85,0	F $\chi^2$ :1,000
Korku-Endişe Yaşama	4	20,0	3	15,0	F $\chi^2$ :1,000
Aile ilişkilerinde bozulma	5	25,0	6	30,0	$\chi^2$ :0,125 p:0,723
Sosyal ilişkilerde bozulma	1	5,0	4	20,0	F $\chi^2$ :0,342
Hasta kişi merkezli yaşama	6	30,0	12	60,0	$\chi^2$ :3,636 p:0,057
Diğer	-		1	5,0	-

$\chi^2$ : Ki-kare testi

F $\chi^2$ : Fisher's exact Ki-kare testi

Aile üyesinin hastalığın aile üzerindeki etkilerini tanımlayışına bakıldığında, deney grubunun %15'i (n=3), kontrol grubunun %5'i (n=1) bu konuda fikri olmadığı yanıtını vermiş, deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $F\chi^2:0,605$ ) (Tablo 4).

Tablo 4'de görüldüğü gibi, deney grubunun %80'i (n=16), kontrol grubunun % 85'i (n=17) hastalık sürecinin ailelerinde şaşkınlık ve üzüntü yarattığını belirtmiş olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $F\chi^2:1,000$ ).

Araştırmaya katılan deney grubu aile üyelerinin %20'si (n=4), kontrol grubunun %15'i (n=3) hastalık sürecinde aile içerisinde korku ve endişe yaşadıklarını belirtmiş, gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $F\chi^2:1,000$ ). Deney grubunun %25'i (n=5), kontrol grubunun %30'u (n=6) hastalığın aile ilişkilerinde bozulma meydana getirdiğini belirtmiş olup, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $x^2:0,125$ ,  $p:0,723$ ) (Tablo 4).

Tablo 4'e bakıldığında, deney grubunun %5'i (n= 1), kontrol grubunun %20'si (n=4) hastalığın ailenin sosyal ilişkilerinde bozulmaya neden olduğunu ifade etmiş, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $F\chi^2:0,342$ ).

Deney grubunun %30'u (n=6), kontrol grubunun %60'ı (n=12) hastalığın ailede hasta bireyi ve hastalık gidişini merkeze alan bir yaşam biçimine yol açtığını belirtmiş olup, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $x^2:3,636$ ,  $p:0,057$ ) (Tablo 4).

**Tablo 5: Aile Üyelerinin Şizofreni Hastalığını Tanımlayışı**

Aile Üyelerinin Şizofreni Hastalığını Tanımlayışı	GRUP				$\chi^2 / p$
	Deney Grubu (n=20)		Kontrol Grubu (n=20)		
	n	(%)	n	(%)	
Hastalığı tanımlayamama	5	25,0	4	20,0	$\chi^2:4,602$ p:0,331
Kendine özgü/farklı bir dünyada yaşama	6	30,0	4	20,0	
Beyin hastalığı/düşünce bozukluğu	5	25,0	6	30,0	
Akil hastalığı/psikolojik bozukluk	2	10,0	6	30,0	
Diğer	2	10,0			

$\chi^2$ : Ki-kare testi

Tablo 5’de görüldüğü gibi; deney grubunun %25’i (n=5), kontrol grubunun ise %30’u (n=6) şizofreniyi beyin hastalığı/düşünce bozukluğu olarak tanımlamış olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $\chi^2:4,602$ , p:0,331).

**Tablo 6: Aile Üyelerinin Gelecekle İlgili Planları**

Gelecekle İlgili Planlar	GRUP				$\chi^2 / p$
	Deney Grubu (n=20)		Kontrol Grubu (n=20)		
	n	(%)	n	(%)	
Herhangi bir plan yapmama	8	40,0	5	25,0	$\chi^2:1,692$ p:0,639
Kendi özel yaşamı ile ilgili planlar yapma	5	25,0	5	25,0	
Hasta olan yakını ile ilgili planlar yapma	3	15,0	6	30,0	
Tüm aile ile ilgili planlar yapma	4	20,0	4	20,0	

$\chi^2$ : Ki-kare testi

Aile üyelerinin gelecekle ilgili planlarına bakıldığında, deney grubunun %15'i (n=3), kontrol grubunun %30'u (n=6) bakım verdikleri birey ile ilgili planlar yapmış, deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $\chi^2$ :1,692, p:0,639) (Tablo 6).

**Tablo 7: Aile Üyelerinin Hasta İle İlgili Beklentileri**

Aile Üyelerinin Beklentileri	GRUP				$\chi^2 / p$
	Deney Grubu (n=20)		Kontrol Grubu (n=20)		
	n	(%)	n	(%)	
Beklentinin olmaması	4	20,0	1	5,0	F $\chi^2$ :0,342
Kendi ihtiyaçlarını karşılama bekleme	11	55,0	18	90,0	$\chi^2$ :6,144 p:0,013
Sosyal ilişki kurmasını bekleme	7	35,0	11	55,0	$\chi^2$ :1,616 p:0,204
İyileşmesini bekleme	9	45,0	12	60,0	$\chi^2$ :0,902 p:0,342
Evlenmesini bekleme *	1	5,0	7	35,0	F $\chi^2$ :0,044

$\chi^2$ : Ki-kare testi      F $\chi^2$ : Fisher's exact Ki-kare testi

Deney grubunun %20'si (n=4), kontrol grubunun %5'i (n=1) bakım verdikleri birey ile ilgili beklentileri olmadığını ifade etmekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (F $\chi^2$ :0,342). Deney grubunun %35'i (n=7), kontrol grubunun %55'i (n=11) hastanın sosyal ilişkiler kurabilmesini beklediklerini ifade etmiş, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $\chi^2$ :1,616, p:0,204) (Tablo 7).

Kontrol grubunun %90'ı (n=18) ve deney grubunun %55'i (n=11) hastanın kendi ihtiyaçlarını karşılama bekleme yeterli olacağını belirtmiş olup, gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ( $\chi^2$ :6,144, p:0,013) (Tablo 7).

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından deney grubunda bulunanların %45'i (n=9), kontrol grubunun %60'ı (n=12) hastanın sağlık durumunun daha iyiye gitmesini beklediklerini ifade etmiş olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $\chi^2:0,902$ ,  $p:0,342$ ). Deney grubunun %5'i (n=1), kontrol grubunun %35'i (n=7) hastanın gelecekte evlenip bir hayat kurmasını beklediklerini ifade etmiş olup, gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $F\chi^2:0,044$ ) (Tablo 7).

Araştırmamıza katılan deney ve kontrol grubu aile üyelerinin benzer özellikte ve grupların homojen olduğu belirlenmiştir.

## 6.2. Aile Üyelerinin Eğitimle İlgili Bulgularının Dağılımı

Bu bölümde deney grubundaki aile üyelerine uygulanan “Şizofrenik Hasta Ailelerinde Ruhsal Eğitim Programının” umutsuzluk düzeyi ve aile işlevselliği üzerine etkisine ilişkin bulgular yer almaktadır.

**Tablo 8: Aile Üyelerinin Beck Umutsuzluk Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Beck Umutsuzluk Ölçeği	GRUP		t/p
	Deney Grubu X ±SD	Kontrol Grubu X ±SD	
Eğitim Öncesi	7,05 ±5,08	5,00 ±4,49	t:1,351 p:0,185
Eğitim Sonrası	5,95 ±4,75	4,85 ±4,41	t:0,758 p:0,453
$t_p/p$	$t_p:0,996$ ; $p:0,332$	$t_p:0,719$ ; $p:0,481$	

*t*: Student t testi

*t<sub>p</sub>*: Paired Sample t test

Eğitim öncesi (t:1,351, p:0,185) ve eğitim sonrası (t:0,758, p:0,453) beck umutsuzluk ölçeği puan ortalamalarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 8).

Deney grubunda; eğitim öncesi elde edilen beck umutsuzluk ölçeği puan ortalamaları eğitim sonrası puan ortalamalarına göre olumlu yönde azalmış olmakla birlikte bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $t_p:0,996$ ,  $p:0,332$ ) (Tablo 8).

**Tablo 9: Aile Değerlendirme Ölçeğine İlişkin Karşılaştırmalar**

Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları		GRUP		t/p
		Deney Grubu X ±SD	Kontrol Grubu X ±SD	
Problem çözme	Eğitim Öncesi	1,89 ±0,68	2,11 ±0,52	t:-1,167 p:0,251
	Eğitim Sonrası	1,76 ±0,56	2,11 ±0,53	t:-2,009 p:0,050
	t <sub>p/p</sub>	t <sub>p</sub> :0,874; p:0,393	t <sub>p</sub> :0,000; p:1,000	
İletişim	Eğitim Öncesi	1,80 ±0,48	1,89 ±0,61	t:-0,538 p:0,594
	Eğitim Sonrası	1,82 ±0,49	1,91 ±0,61	t:-0,472 p:0,640
	t <sub>p/p</sub>	t <sub>p</sub> :-0,305; p:0,764	t <sub>p</sub> :-1,831; p:0,083	
Roller	Eğitim Öncesi	2,14 ±0,49	2,02 ±0,44	t:0,819 p:0,418
	Eğitim Sonrası	2,07 ±0,35	2,03 ±0,46	t:0,281 p:0,780
	t <sub>p/p</sub>	t <sub>p</sub> :0,878; p:0,391	t <sub>p</sub> :-1,371; p:0,186	
Duygusal tepki verebilme	Eğitim Öncesi	1,84 ±0,46	1,89 ±0,51	t:-0,320 p:0,751
	Eğitim Sonrası	1,81 ±0,56	1,91 ±0,52	t:-0,578 p:0,566
	t <sub>p/p</sub>	t <sub>p</sub> :0,211; p:0,835	t <sub>p</sub> :-1,143; p:0,267	
Gereken ilgiyi gösterme	Eğitim Öncesi	2,13 ±0,56	1,92 ±0,22	t:1,581 p:0,126
	Eğitim Sonrası	2,10 ±0,66	1,91 ±0,21	t:2,981 p:0,006
	t <sub>p/p</sub>	t <sub>p</sub> :0,210; p:0,735	t <sub>p</sub> :1,000; p:0,330	
Davranış kontrolü	Eğitim Öncesi	2,16 ±0,47	1,86 ±0,43	t:2,114 p:0,041
	Eğitim Sonrası	2,09 ±0,22	1,87 ±0,45	t:1,499 p:0,142
	t <sub>p/p</sub>	t <sub>p</sub> :0,800; p:0,433	t <sub>p</sub> :-1,271; p:0,185	
Genel fonksiyonlar	Eğitim Öncesi	1,88 ±0,56	1,82 ±0,53	t:0,376 p:0,709
	Eğitim Sonrası	1,83 ±0,51	1,83 ±0,52	t:0,031 p:0,976
	t <sub>p/p</sub>	t <sub>p</sub> :0,647; p:0,525	t <sub>p</sub> :-0,809; p:0,428	

t: Student t testi

t<sub>p</sub>: Paired Sample t test

Eğitim ncesi AD-problem zme puan ortalamalarına bakıldığında, deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ( $t:-1,167$ ,  $p:0,251$ ), eğitim sonrası gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiş olup ( $t:-2,009$ ,  $p:0,050$ ), deney grubunda olumlu yönde değişim bulgulanmıştır (Tablo 9).

Deney grubunda eğitim öncesi ve sonrası AD- iletişim puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $t_p:-0,305$ ,  $p:0,764$ ). Kontrol grubunda; eğitim öncesi ve sonrası elde edilen iletişim puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $t_p:-1,831$ ,  $p:0,083$ ). Araştırma kapsamında deney grubundaki aile üyelerine uygulanan eğitim sonrası AD-iletişim puanlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ( $t:-0,472$ ,  $p:0,640$ ) (Tablo 9).

Tablo 9'a bakıldığında, deney grubunda eğitim öncesi ve sonrası elde edilen roller puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $t_p:0,878$ ,  $p:0,391$ ). Kontrol grubunun aynı alt boyuttan eğitim öncesi ve sonrası aldığı puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ( $t_p:-1,371$ ,  $p:0,186$ ). AD'nin roller alt boyutundan alınan puan ortalamalarına göre gruplar arasında eğitim öncesi ( $t:0,819$ ,  $p:0,418$ ) ve sonrası ( $t:0,281$ ,  $p:0,780$ ) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Deney grubunda eğitim öncesi ve sonrası duygusal tepki verebilme puan ortalamalarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulgulanmamıştır ( $t_p:0,211$ ,  $p:0,835$ ). Kontrol grubunda da eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ( $t_p:-1,143$ ,  $p:0,267$ ). Deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında ise, eğitim öncesi ( $t:-0,320$ ,  $p:0,751$ ) ve sonrası ( $t:-0,578$ ,  $p:0,566$ ) elde edilen duygusal tepki verebilme puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 9).

Deney ( $t_p:0,210$ ,  $p:0,735$ ) ve kontrol ( $t_p:1,000$ ,  $p:0,330$ ) gruplarında; eğitim öncesi elde edilen gereken ilgiyi gösterme alt boyutu puan ortalamaları ile eğitim sonrası elde edilen puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında ise, eğitim öncesi ( $t:1,581$ ,  $p:0,126$ ) ve sonrası ( $t:2,981$ ,  $p:0,006$ ) elde edilen puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 9).

Deney grubunda; eğitim öncesi elde edilen ADÖ-davranış kontrolü puan ortalamaları, eğitim sonrası puan ortalamalarına göre olumlu yönde azalmış olmakla birlikte bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $t_p:0,800$ ,  $p:0,433$ ). Deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında ise, eğitim öncesi ( $t:2,114$ ,  $p:0,041$ ) ve sonrası ( $t:1,499$ ,  $p:0,142$ ) davranış kontrolü puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 9).

Tablo 9'a bakıldığında, deney grubunda ( $t_p:0,647$ ,  $p:0,525$ ) ve kontrol grubunda ( $t_p:-0,809$ ,  $p:0,428$ ) eğitim öncesi ve sonrası genel fonksiyonlar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Deney ( $t:0,376$ ,  $p:0,709$ ) ve kontrol ( $t:0,031$ ,  $p:0,976$ ) grupları karşılaştırıldığında ise eğitim öncesi ve sonrası genel fonksiyonlar puan ortalamalarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır .

## 7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırma, aile üyeleri için yapılandırılmış bir eğitim programı olan “Şizofrenik Hasta Ailelerinde Ruhsal Eğitim Grupları”nın, hasta ailelerinin umutsuzluk düzeyleri ve işlevselliklerine etkisini belirlemek amacıyla planlanan ve gerçekleştirilen deneysel bir çalışmadır.

Bu bölümde, çalışma kapsamına alınan aile üyelerinin demografik, ailesel özellikleri, hastalığın aile üzerindeki etkileri, beklentileri ve eğitimin umutsuzluk düzeyleri ile aile işlevsellikleri üzerine etkisine ait bulgular tartışılmıştır.

### 7.1. Aile Üyelerinin Demografik, Ailesel Özellikleri ve Hastalığın Aile Üzerindeki Etkileri İle İlgili Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, çalışma kapsamına alınan aile üyelerinin demografik, ailesel özellikleri, hastalığın aile üzerindeki etkileri ve beklentileri ile ilgili bulgular tartışılmıştır.

Araştırmanın deney grubunda bulunan aile üyelerinin, yaş ortalamaları  $50,85 \pm 13,02$ , kontrol grubunun yaş ortalamaları ise  $47,90 \pm 11,62$  olarak bulgulanmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı ( $t:0,756$   $p:0,454$ ) bir fark saptanmamıştır (Tablo 1).

Araştırma kapsamına alınan aile üyelerinin tamamının yaş ortalamasının  $49,37 \pm 12,27$  olması, hastaya yakınlıklarına bakıldığında %80’inin anne, %20’sinin kardeş olması ile açıklanabilir. Kuşcu ve arkadaşlarının (37), şizofreni tanılı hastaların bakım vericileri ile yaptıkları çalışmada yaş ortalamasını  $54,6 \pm 11,88$  olarak bulgulası araştırma bulgularımızla kısmen paralellik göstermektedir.

Deney ve kontrol grubunun her ikisinde de aile üyelerinin %90'ı (n=18) kadın olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı ( $Fx^2:1,000$ ) farklılık bulunmamaktadır (Tablo 1).

Duman'ın çalışmasında (20), araştırma kapsamına alınan aile üyelerinin %76.7'si, Tel'in çalışmasında (61) %66.7'si, Gümüş'ün çalışmasında (31) %51.3'ü kadındır. Ayrıca Gümüş'ün çalışmasında (31) bakım verenlerin %71.3'ü anne-babadır ve bulgular araştırmamızın bulgularıyla paralellik göstermektedir. Howard (33) şizofreni hastalarının bakım sorumluluğunu %88 ebeveynlerin üstlendiğini, bunlardan %67'sini kadınların oluşturduğunu ve bu sorumluluğu genellikle annelerin üstlendiğini belirtmiştir. Bakım verenlerle ilgili çalışmalara bakıldığında, anne-babalar, eşler ve çocuklar bakım sürecinde daha fazla yer almakta ve bakım vericilik rolünü aile içerisinde genelde bekar veya evli olup çocuğu olmayan kadınlar üstlenmektedirler. Bu bulgulardan yola çıkarak, kadına yönelik geleneksel tutum etkisiyle bu rolün verildiği veya bir başka bakış açısıyla kadınların gündelik yaşamda bakım verme rolleri ile kendilerini özdeşleştirdikleri düşünülebilir.

Araştırmamızda deney grubundaki aile üyelerinin %55'i (n=11), kontrol grubunun %50'si (n=10) ortaokul mezunu olarak bulgulanmış, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $x^2:2,424$ ,  $p:0,489$ ) (Tablo 1).

Sağduyu ve arkadaşları (56) yaptıkları çalışmada, aile üyelerinin %56.6'sının ilköğretim mezunu olduğunu belirlemişlerdir. Bulgular çalışmamızın bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Deney grubundaki aile üyelerinin %65'inin (n=13), kontrol grubundaki aile üyelerinin %70'inin (n=14) ev hanımı olduğu belirlenmiştir.

Duman'ın çalışmasında (20), bakım vericilerin %53.4'nün ev hanımı ve Gümüş'ün çalışmasında (31) aile üyelerinin %56.7'nin ev hanımı olduğunu bulmaları araştırma

bulgularını destekler niteliktedir. Bu oranlar ülkemizde toplum genelinde yaygın olarak kadına ailenin bakımından sorumlu olması gerektiği yaklaşımı ile açıklanabilir.

Aile üyelerinin medeni durumlarına bakıldığında, deney grubunun %50'sinin (n=10), kontrol grubunun ise %70'inin (n=14) evli olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $\chi^2:2,800$  p:0,423) (Tablo 1).

Gümüş'ün çalışmasında (31), aile üyelerinin %66.3'ü evli olarak bulgulanmıştır. Bu bulgu çalışma bulgularımızla paralellik göstermektedir.

Araştırmada deney grubunda yer alan aile üyelerinin bakım verdikleri hastaların yaş ortalamaları  $29,25\pm5,56$ , kontrol grubunun yaş ortalamaları  $27,05\pm5,21$  bulgulanmış, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (t:1,290 p:0,205) (Tablo2).

Ünsal'ın çalışmasında (64), yaş ortalamaları deney grubunda  $36.4\pm8.1$  olarak, Gümüş'ün çalışmasında (31),  $31.38\pm7.78$  olarak bulgulanmıştır ve araştırma bulgularımızla paralellik göstermektedir. Bu durum hastalığın erken dönemde başladığı halde düzenli tedavi ve kontrollere geç başlanması ve hastalığın hem aile hem de hastalar tarafından uzun bir dönemden sonra kabul edilmesi ile açıklanabilir.

Deney ve kontrol grubundaki aile üyelerinin bakım verdikleri bireylerin tamamı erkektir. Literatürde de belirtildiği gibi şizofreni kadın ve erkeklerde eşit oranlarda görülmektedir (34,35,42,50). Araştırma bulgumuz literatürle uyuşmamaktadır. Bu durum araştırmanın gerçekleştirildiği dernekte, üyelerin daha çok erkek hastalardan oluşması ile açıklanabilir. Erkek hasta sayısının yüksek olmasının, kadının sosyal yaşamda var olmasını engelleyen toplum görüşünden kaynaklanan bir sonuç olduğu düşünülebilir (48).

Deney ve kontrol gruplarının aynı evde yaşama durumlarına bakıldığında her iki grupta da %95'inin (n=19) bakım verdikleri bireylerle aynı evde yaşadıkları bulgulanmıştır (F $\chi^2$ :1,000) (Tablo 2).

Ünsal'ın çalışmasında (64), deney grubunun %60'ı kontrol grubunun %66.7'si ailesiyle birlikte yaşamaktadır. Broker ve arkadaşlarının (8), 34 şizofren hasta ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında, hastaların %91'inin ebeveynleriyle yaşadıkları belirtilmiştir. Literatürde şizofreni tanısı almış bireyler arasında evli olanların oranının toplum ortalamasının altında olduğu, hastalık süreciyle birlikte iş yaşamlarında karşılaştıkları güçlükler ve toplum kaynaklarının sınırlılığı gibi nedenlerden dolayı genelde kısa süreli işlerde çalıştıkları belirtilmektedir (16,42,64). Matrix Araştırma Enstitüsünün raporunda, Amerika Birleşik Devletleri'nde kronik ruhsal hastalıklı bireylerin %85-95'inin yaşamlarının herhangi bir döneminde işsiz oldukları bildirilmiştir (18). Ayrıca ülkemizde şizofreni tanılı hastaların bir yıllık çok merkezli izleme çalışmasının sonuçlarına göre örneklemin %77'sinin çalışmadığı belirtilmiştir (28,42). Hastalık bireyde bilişsel işlevlerde yetersizliklere, sosyal ve mesleki işlevsellikte azalmaya yol açabilmekte ve iş yaşantısını sürdürmemeye durumunu ortaya çıkarmaktadır. Bu durum maddi anlamda zorlukları beraberinde getirmekte, ayrıca bireyde görülen yeti yitiminin bireysel sorumlulukları sürdürmede güçlükler yaratması nedenleriyle şizofreni hastalarının aileleriyle birlikte yaşamasına yol açabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya alınan aile üyelerinin hastalığın aile üzerine etkisini tanımlamalarına bakıldığında; deney grubunun %80'i (n=16), kontrol grubunun % 85'i (n=17) hastalık sürecinin ailelerinde şaşkınlık ve üzüntü yarattığını, deney grubunun %20'si (n=4), kontrol grubunun %15'i (n=3) hastalık sürecinde aile içerisinde korku ve endişe yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Yine deney grubunun %25'i (n=5), kontrol grubunun %30'u (n=6) hastalığın aile ilişkilerinde bozulmaya neden olduğunu, deney grubunun %5'i (n=1), kontrol grubunun %20'si (n=4) hastalığın ailenin sosyal ilişkilerinde bozulma meydana getirdiğini ve deney grubunun %30'u (n=6), kontrol grubunun %60'ı (n=12) hastalığın ailede hasta bireyi ve hastalık gidişini merkeze alan bir yaşam biçimine yol açtığını belirtmişlerdir.

Gümüş'ün çalışmasında (31), aile üyelerinin %88.8'inin yakınlarının hastalığı nedeniyle yaşamlarında değişiklik olduğu, %31.9'unun üzüntü, korku, huzursuzluk hissettiklerini bulmuşlardır ve bulgular araştırma bulgularımızı destekler niteliktedir. Ayrıca literatürde şizofren hasta yakınlarının damgalanma (stigma) nedeniyle sosyal ve ailesel yaşamda bozulma gibi sorunlar yaşadıkları da belirtilmektedir. Polat ve arkadaşlarının (53) yaptıkları bir çalışmada, şizofren hasta ailelerinin reddedilme ve damgalanma korkusu ile hastalığı gizleme eğilimi gösterdikleri bulgulanmıştır. Bir yandan hastalık süreci ile ilgili zorluklarla baş etmeye çalışan aile üyeleri diğer yandan hastalığı gizlemeye çalışmaktadırlar. Bu durum aile için büyük bir yük getirmekte, aile içi ilişkilerde ve ailenin sosyal ilişkilerinde bozulmaya neden olabilmektedir.

Deney ve kontrol gruplarının şizofreni hastalığını tanımlayışlarına bakıldığında; deney grubunun %25'i (n=5), kontrol grubunun ise %30'u (n=6) şizofreniyi beyin hastalığı/düşünce bozukluğu olarak tanımlamış olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $\chi^2:4,602$  p:0,331).

Yapılan çalışmalarda ailelerin ruhsal hastalığı olan bireylere bakım vermelerine rağmen hastalık hakkındaki bilgilerinin yetersiz olduğu belirtilmiştir (19,46). Duman'ın çalışmasında (20), araştırmaya alınan tüm bakım vericilerin %53.3'ünün hastalığın adını, kronik hastalık olduğunu bildikleri ve tedavisi hakkında temel bilgilere sahip oldukları belirlenmiştir. Aynı çalışmada örneklemin %40'mının hastalık hakkında biraz bilgisi olduğu, %60'mının ise herhangi bir bilgisinin olmadığı bulgulanmıştır. Ailelerin hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmamalarının, sağlık sistemimizde yaşanan iş gücü yetersizlikleri, sağlık kurumlarında ailelerin tedavi sürecine dahil edilmeyişleri ve ruhsal hastalıklarda rehabilitasyon çalışmalarının olmaması ya da yaygınlaşmaması ile açıklanabileceği düşünülmektedir.

Deney grubunun %20'si (n=4), kontrol grubunun %5'i (n=1) bakım verdikleri birey ile ilgili beklentilerinin olmadığını, deney grubunun %35'i (n=7), kontrol grubunun %55'i

(n=11) hastanın sosyal ilişkiler kurabilmesini beklemediklerini ifade etmişlerdir. Kontrol grubunun %90'ı (n=18), deney grubunun %55'i (n=11), hastanın kendi ihtiyaçlarını karşılamasının yeterli olacağını belirtmiş, deney grubunda bulunanların %45'i, kontrol grubunun %60'ı sağlık durumunun daha iyiye gitmesini istemişler, deney grubunun %5'i (n=1), kontrol grubunun %35'i (n=7) gelecekte evlenip kendilerine bir hayat kurmalarını beklemediklerini ifade etmişlerdir.

Araştırmamızda eğitim grubumuza başladığımızda bir aile üyesi oğluya ilgili gelecekte beklentisi sorulduğunda herhangi bir beklentisi olmadığını, hastalığın hiçbir zaman iyileşmeyeceğini, gelecekte kendisi ve eşi olmadığı zaman hayatını idame ettiremeyeceğine ilişkin endişeleri olduğunu ifade etmiştir. Eğitim sonrası aynı aile üyesi oğlunun iş hayatını da sürdürebileceğini, iyileşebileceğini ve oğlundan bir aile kurup yaşamasını beklediğini ifade etmiştir. Bu örneğin grubun aile üyelerine gerçekçi beklentiler koyma anlamında yarar sağladığını göstermesi açısından önemli olduğu söylenebilir.

## **7.2. Aile Üyelerinin Eğitimle İlgili Bulgularının Tartışılması**

Bu bölümde, “Şizofrenik Hasta Ailelerinde Ruhsal Eğitim Grupları”nın aile işlevselliği ve umutsuzluk düzeyi üzerine etkisine ilişkin bulgular tartışılmaktadır.

Eğitim öncesi (t:1,351, p:0,185) ve eğitim sonrası (t:0,758, p:0,453) Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamalarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Deney grubunda; eğitim öncesi elde edilen beck umutsuzluk ölçeği puan ortalamaları eğitim sonrası puan ortalamalarına göre olumlu yönde azalmış olmakla birlikte bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (t<sub>p</sub>:0,996, p:0,332) (Tablo 8).

Literatürde umutsuzlukla ilgili deneysel aile çalışmalarına rastlanmamakla birlikte, bu alanda ülkemizde Kuşcu ve arkadaşlarının (37) yaptıkları tanımlayıcı bir araştırma bulunmaktadır. Bu çalışmada 30 bakım vericinin Camberwell Aile Görüşmeleri

değerlendirilmesi yapılmış, %33.3'ü geleceğe yönelik olumlu beklentilerini ifade etmiş, %26.7'sinde umutsuzluk ifadeleri yer almıştır. Söz edilen çalışmada duygu ifadesi, umut ve kendini suçlama ifadeleri arasındaki ilişki incelenmiş, yüksek duygu ifadesi ile umutsuzluk arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuş ve aile müdahalesinin yapılması önerilmiştir. Bu bulgular araştırmamız için ön çalışma niteliği taşımış, “Şizofrenik Hasta Ailelerinde Ruhsal Eğitim Grupları”nın aile üyelerinin umutsuzluk puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte olumlu yönde bir azalma sağladığı belirlenmiştir. Gülseren ve arkadaşlarının (30) yaptıkları çalışmada, hastalıkla ilgili bilgi verilen ve baş etme yöntemlerinin öğretildiği bir psikodrama grubu oluşturulmuş, sonuç olarak; grup süreci içerisinde aile üyelerinin birbirleri ile paylaşım içerisine girmeleri, kaynaşmaları ve umut aşılamanın aileler üzerine olumlu etki sağladığı belirlenmiştir. Moore'a göre, umut yardım arama davranışını harekete geçirmektedir (44). Bland ve Darlington (7) çalışmalarında, umudun ailenin ruhsal hastalığın etkileri ile baş etmesinde önemli bir rol oynadığını bulmuşlardır. Umutla ilgili çalışmalarda umudun aile üzerine olumlu etkilerini içeren bulgular olmakla birlikte psikoeğitimsel çalışmaların özellikle hastalarda umutsuzluk düzeyini artırdığına ilişkin bulgulara da rastlanmaktadır. Örneğin; Carroll ve arkadaşlarının (13) yaptıkları çalışmada, mental hastalığı olan gruplarda yapılan eğitim grup çalışmalarının umutsuzluğu artırdığına dair sonuçlar yer almaktadır. Bu sonuçlar bize umutsuzlukla ilgili çalışmaların artırılmasının gerektiğini düşündürmektedir.

Aile Değerlendirme Ölçeği 7 alt boyutta tanımlanmaktadır. Eğitim öncesi ADÖ-problem çözme puan ortalamalarına bakıldığında, deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ( $t:-1,167$ ,  $p:0,251$ ); eğitim sonrası gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiş olup ( $t:-2,009$ ,  $p:0,050$ ), deney grubunda olumlu yönde değişim bulgulanmıştır. Diğer alt boyutlar olan iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, genel fonksiyonlar eğitim öncesi ve sonrası değerler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 9).

Doğan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (17), ailelere ev ziyaretleri uygulanmıştır. Çalışma sonunda aile üyelerinin aile içi ilişkilerinde yaşadıkları güçlüklerde azalma gözlenmiş, aile işlevselliği puanlarına bakıldığında, alt boyutlardan bir veya bir kaçına etki ettiği belirlenmiştir. Bu bulgu araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Aile işlevselliği puan ortalamalarına genel anlamda bakıldığında, alt boyutlardan roller, gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü alanlarının hem deney hem de kontrol grununda sağlıklısız olduğu bulgulanmıştır.

Ebrinç ve arkadaşları (22), tarafından aile işlevselliği ile ilgili yapılan çalışmada, şizofren hasta ailelerinde aile içi etkileşimde duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü alt boyutlarının aile işlevleri açısından sağlıklısız olduğu belirtilmiştir. Ünal ve arkadaşları (48), tarafından yapılan bir çalışmada ise ailesinde şizofreni, iki uçlu duygu durum bozukluğu veya epilepsi tanısı almış hasta ile onların bakımı vericiliğini üstlenmiş olan aile üyeleri arasında karşılaştırmalı değerlendirmeler yapılmış, aile işlevlerinin aile üyesi ve hasta birey tarafından farklı değerlendirildiği görülmüştür. Aynı çalışmada şizofreni grubunda iletişim ve davranış kontrolü alt boyutları sağlıklısız olarak bulgulanmıştır. Bu bulgular çalışma bulgularımızla paralellik göstermektedir.

Danacı ve arkadaşları (15), çalışmalarında, hastaların sosyal işlevsellik düzeyi ile ailenin işlevsellik düzeyi arasındaki ilişkileri araştırmışlardır. Ailenin iletişim alanındaki işlev bozukluğu ile hastaların kişilerarası ilişkiler, sosyal etkinlikler, hobi alanları; ailenin roller ve davranış kontrolü alanındaki olumsuz puan ile hastaların kişiler arası ilişkiler alanındaki işlev bozukluğunun birbiriyle ilişkili olduğu bulgulanmıştır. Bulgulara bakıldığında, aile işlevselliğindeki bozukluğun hastalığın bir sonucu mu olduğu yoksa zaten var olan bir aile işlev bozukluğunun hasta bireyde bu sonuçlara mı neden olduğu bilinmemektedir.

Araştırmamızda eğitim sonrasında, aile üyelerinde hastalık sürecine uyum konusunda olumlu gelişmeler gözlenmiştir. Grup başlangıcında yinelenme belirtileri görüldüğünde yoğun korku yaşayan bireyler grup süreci sonrasında bu değişimin hastalık süreci içerisinde karşılaşılabilecek bir durum olduğunu ifade etmişler ve durumla baş edebilmek için planlar oluşturmuşlardır. Tel'in çalışmasında (61), psikoeğitimsel yaklaşımın, aile üyelerinde hastaya yaklaşım ve hastalığa uyumu artırdığına dair bulgular yer almaktadır. Pitschel ve arkadaşlarının (52) yaptıkları çalışmada rutin bakım alan hastalara göre, psikoeğitim alan hasta ve beraberinde ailelerin 12 ve 24 ay sonra hastaneye yatışında anlamlı derecede düşüş olduğu bulgulanmıştır. Sistemik aile katılımının olduğu 8 seanslık kısa psikoeğitim uygulamalarının şizofreni tedavisini olumlu yönde geliştirdiği bulgulanmıştır.

Araştırmamızda psikoeğitimsel yaklaşımların hastalığa, tedaviye ve hastaya yaklaşıma ilişkin bilgi artışı gözlemlenmiştir. Grup eğitimlerimiz başladığında bakım vericiliğini üstlendiği hastanın hastalığının ne olduğunu, hangi ilaçları kullandığını, kullandığı ilaçların yan etki ve etkilerinin ne olduğunu, kullanımına ilgili nelere dikkat edilmesi gerektiği konusunda bilgisi olmayan aile üyelerinin grup çalışmamızdaki alıştırmalarla ve görsel materyallerle ilaç tedavisini takip etme ve hastalık hakkında bilgilenme sağladıkları gözlenmiştir.

Araştırmaya katılan aile üyelerimiz eğitimin devamlılık sağlaması gerektiği konusunda fikirlerini paylaşmışlardır. Gümüş'ün (31), şizofren yakını olan bireylerle yaptıkları çalışmada, en fazla gereksinim duyulan eğitim konuları şizofreni hakkında genel bilgiler, şizofreni belirtileri ile baş etme, iletişim ve sosyal ilişkiler olduğu bulgulanmıştır. Rummel ve arkadaşlarının (55) yaptıkları çalışmada, psikoeğitimin gerekliliği ile ilgili bir anket uygulanmış enstitülerden gelen yanıtlarda %86 oranında psikoeğitim yapılması önerilmiştir. Pollio ve arkadaşlarının (54), yaptıkları çalışmada, 83 aile araştırma kapsamına alınmış ve bulgulara göre aile üyelerinin en fazla hastalık hakkında bilgi edinmek istediklerini, kaynaklarının ne olduğunu, güclüklerle nasıl başa çıkabileceklerini ve aile ilişkileri hakkında bilgi edinmek istediklerini ifade etmişlerdir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Şizofreni hasta ailelerine psikoeğitim uygulamalarının yaygınlaştırılması ve bu uygulamaların süreklilik kazanması,
- Hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra aileleriyle beraber katılabilecekleri birbirine entegre edilen grup çalışmalarına alınmaları,
- Örneklem sayısının artırılabilmesi ve daha uzun süreli programların yürütülebileceği çok merkezli çalışmaların yapılması,
- Benzer çalışmaların multidisipliner (psikolog, psikiyatrist, psikiyatri hemşiresi) yaklaşımla yürütülmesi ve alanda çalışacak uzmanların eğitim ve süpervizyonlarla desteklenmesi,
- Benzer programların uygulanması sonrasında aile üzerindeki farklı sonuçlarında değerlendirilebileceği çalışmaların yapılması,
- Bu tür çalışmaların sadece ruhsal hastalıklarla çalışan sivil toplum örgütleri dışında, ruh sağlığı hizmeti veren hastanelerde de sürdürülmesi,
- Hastaları ve hastalarla etkileşimde olan diğer aile üyelerini de beraberinde içine alabilecek ev ziyaretleri modellerinin oluşturulması önerilebilir.

## **8. EKLER**

### **EK-1**

Şizofrenide Psikososyal Tedaviler – 2

Şizofrenik Hasta Ailelerinde Ruhsal Eğitim Grupları Kitapçığı

Şizofrenide  
Psikososyal Tedaviler  
II

ŞİZOFRENİK  
HASTA AİLELERİNDE  
RUHSAL EĞİTİM GRUPLARI

Dr. Ayla Yazıcı

(Tamer Aker'in katkılarıyla)

**PAREM**

Psikiyatrik Araştırmalar ve  
Eğitim Merkezi Derneği



## İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ .....	11
2. TEMEL İLKELER .....	12
3. UYGULAMA KILAVUZU .....	15
4. EKLER .....	25
5. KAYNAKLAR .....	41

## GİRİŞ

Özellikle son 50 yılda daha fazla olmak üzere giderek artan bir şekilde şizofreni hastalığının gidişi ve tedavi sürecinde hastanın ailesinin rolü ve etkisi incelenmekte, anlaşılmaya çalışılmaktadır. Şizofreni hastalığını düşününce, ailenin etkisine dair birçok değişik teori ileri sürülmekle birlikte, kesin olan tek şey ailenin mutlaka var olduğudur. Aileyi dışarda bırakan şizofreni tedavi modellerinin ne denli etkisiz ya da eksik kaldığını artık biliyoruz. Zaman içinde şizofreni hastalığı toplumsal bir sorun olarak ortaya çıktıkça aile de bu sorunu çözmede neredeyse temel basamaklardan biri haline gelmiştir. Aileler hastalarının bakımlarıyla birinci derecede ilgilenmekle yükümlü olmaları nedeniyle şizofrenik bir hasta için ihmal edilemeyecek bir öneme sahiptirler.

Şizofreni ve ailenin ilişkisi ilk düşünölmeye başlandığında aileler önce hastalığın nedeni kısmında yer aldılar ve sorumlu tutuldular. Bu bakış açısı aileyi tedavinin dışında tutmakla ve hatta engel olarak görmekle sonuçlanmıştır. Ancak sonraları hastalığa yatkınlık (vulnerabilite) modeli üstünde durulmaya başlandıkça aile ile terapötik bir işbirliği kurma gündeme gelmiştir. Aile içindeki bazı dinamiklerin hastalığın gidişi üzerindeki etkileri, nükslerdeki rolleri anlaşıldıkça ailenin de tedavi ekibine katılması bir zorunluluk haline gelmiştir.

Bizim toplumumuzda ise şizofreni hasta aileleri bu hastalıkla başetme konusunda oldukça yalnız bırakılmışlardır. Toplumsal destek sistemleri neredeyse yoktur. Hastaların neredeyse tamamı ailesi ile birlikte yaşamaktadır. Yalnızca burdan bakıldığında bile ailenin tedavi ekibi içine dahil edilmesinin ne kadar vazgeçilmez olduğunu görebilmek mümkündür.

Yurt dışında özellikle son 15 yılda şizofreni hastalarının aileleri için terapi programları giderek artan bir şekilde uygulanmaktadır. Çok sayıda terapi modelleri geliştirilmiştir. Her aileden bir kişinin katıldığı gruplar, tüm aileye (hastayla birlikte) uygulanan gruplar, bir kaç ailenin bir arada olduğu gruplar şeklinde, grup üyelerinin yapısındaki çeşitlilikler ya da dinamik yönelimli gruplar, ruhsal eğitim grupları şeklinde grup tedavisi yönteminde yapılan değişiklikler gibi.

Çeşitli yöntemlerin birbirlerine üstünlüğüne dair birbirleriyle karşılaştırmalı çalışmalar yapılmaktadır. Aileye uygulanan ruhsal eğitim grupları sayesinde hasta ailelerinin de tedaviye aktif katılımları sağlanarak hastanın şizofreni nükslerini azalttığı yönünde yayınlar giderek artmaktadır. Hem zaman hem de ekonomik kazanım amacıyla birkaç ailenin bir arada olduğu gruplar daha sık olarak uygulanmaktadır. Bu tür grup terapi yöntemlerinin diğerlerine daha üstün olduğunu gösteren yayınlar da giderek artmaktadır.

Bizim uyguladığımız yöntem ruhsal eğitim grup terapisi yöntemidir. Ruhsal eğitim modelleri üstüne de yurt dışında çok çeşitli sayıda modeller vardır. Bu model Essen Üniversitesi'nde şizofreni hastalarının ruhsal eğitim gruplarında uygulanan modeldir. Biz birtakım eklerle ve değişikliklerle birlikte bu modeli hasta ailelerine uyarladık. Bu modelin temeli stres-vulnerabilite (hastalığa duyarlılık) modeline dayanmaktadır. Kendi kliniğimizde zamandan kazanmak ve daha fazla sayıda aileye ulaşabilmek için her hasta ailesinden birer kişi olarak grupları oluşturuyoruz. Ancak bu grup yöntemi bir kaç ailenin bir arada yada tek bir ailenin olduğu gruplara da uygulanabilir.

## TEMEL İLKELER VE AMAÇLAR

Şizofrenik hastaları olan aileler ile yapılan gruplardır. Aile üyelerinin hasta hakkındaki kaygılarını azaltmak, kendilerine güvenlerini ve hastalık hakkındaki bilgilerini arttırarak aile içindeki dengenin sağlanmasını amaçlamaktadır. Aileler hastaları bir yaşam boyu en yakından izleyen ve en iyi tanıyan kişiler olarak tedavi ekibinin doğal üyesidirler. Bu gruplar kısa süreli, şizofreni hastalığı hakkında eğitimi amaçlayan ve kendi deneyimlerini ve yaşadıklarını paylaşma şansı buldukları, şizofrenik bir hastanın yakını olan kişilerden oluşan gruplardır.

**Grubun amaçlarını** şu şekilde sıralayabiliriz;

- Hastalığı yaşayan kişi olarak hasta, sorunu paylaşan ve uyum sağlamaya çalışan kişiler olarak hasta yakınları ve tedavi ekibi arasında bir ilişki başlatmak,
- Hastalığın bilimsel modeli kabul edilerek nedeninin bilinmediği ve hasta ailesinin sorumlu olmadığı bir hastalık olarak kabul edilmesini sağlamak,
- Aynı sorunları olan insanlarla tanışarak, kendi yaşadıklarını pek çok ailenin yaşadığını görerek, gizlilik, utanç ve suçluluk duygularını paylaşabilmelerini sağlayabilmek,
- Şizofreni ve onunla başetme hakkında bilgi; yanlış inançlar ve bilgiler, şizofreni damgası hakkında konuşmak,
- Bazı ailelerde duygu dışavurum düzeyinin yüksek olması, hastaya yönelik öfke, eleştiri gibi duyguların yoğunluğunda artışa neden olabileceğinden, aile ile işbirliği yaparak hasta üzerinde olumsuz rol oynayabilecek bu duyguların en aza inmesini sağlamak,
- Ailenin, şizofreni hastalığının hastanın yaşamında yaşatacağı engelleri kabul ederek, hastadan bekleyebileceği şeyleri bilmesini ve bununla ilgili hastanın yaşayacağı zorlanmaları azaltmasını sağlamak,
- Ailenin kendi hastasının ilaç uyumunu arttırarak, hastalığının erken belirtilerini tanıyarak böylece olası nöksleri azaltmak ve hastalığın akut dönemleri sırasında yapılması gerekenler, hastaneye yatırma konusunda yaşanacak sorunlar konusunda da hazırlıklı olmalarını sağlamak,
- Hastayı aile içi veya aile dışı stres kaynaklarına karşı uyarmak ve hazırlamak,
- Bazı ailelerde aile bireylerinin yaşamı tamamen hasta ve onun yaşantısı üzerine kurulduğundan, hasta ile aile bireylerinin bağımsız yapabilecekleri işler saptamak ve aile bireylerinin de kendi sağlıklı yaşantılarını sürdürmelerini sağlamak,
- Tedavi ortamlarında ve evde ileri derecede yapılandırılmış ve önceden kestirilebilir çevre koşullarının oluşturulmasına çalışmak,
- Hasta ve ailesi için yaşam kalitesini arttıracak yeni başetme yöntemleri edinmelerini sağlamak,
- Ailenin şizofrenik bir hasta ile birlikte yaşamının getirdiği güçlükleri daha kolay aşmasını sağlamak,
- Bu bütünlük içinde bilgi ve destek sağlamaktır.

## GRUP YÖNETİCİLERİ

Bu tür gruplar, psikiyatristler, psikologlar, sosyal çalışmacılar ve psikiyatri hemşireleri tarafından yapılabilir. Bu grubu yöneten kişilerde akademik kariyerlerinin yanında, şizofren hasta ile çalışmış olma deneyimi çok önemlidir. Özellikle şizofreni hastalığı hakkında bilgisi olmalı, bu hasta grubuna özgü sorunlar ve yine bu hasta grubuna özgü ihtiyaçlardan haberdar olmalıdır.

Her ailenin ayrı bir iç dinamiği olduğu akılda tutularak katı ve değişmez bir yaklaşım yerine aileye özgü yaklaşımlar gerektiği unutulmamalıdır.

Ruhsal eğitim tedavi yöntemi tamamen yapılandırılmış bir yöntemdir. Grup yöneticisinin sıklıkla grup üyelerinin getirdiği bir takım duyguları da grup içinde çalışmayı başarabilmesi gerekir. Örneğin grup üyelerinin hastaları ile ilgili yaşadıkları suçluluk veya öfke duyguları gibi. Yönetici, grup üyelerinin rahatça kendilerini ifade edebildikleri, güven duydukları bir ortam yaratmalıdır.

Gruplarda belirlenen programa sadık kalınmalıdır. Ancak grup üyelerinin ihtiyacına göre oturumların yerleri değiştirilebilir (Örn; ilaç yan etkilerini konuşmadan önce hastalığın kriz belirtilerini konuşma gibi). Önemli konular grup üyelerinin hepsinin anladığından iyice emin olana kadar çalışılmalıdır. Grup üyeleri bazen programa uymayabilir, başka sorunları gruba getirmek isteyebilirler. Bu tür durumlarda sorunun grubu ne kadar ilgilendirdiğine ve grupta halledilip halledilmeyeceğine, o kişiye ne kadar yardımcı olunup olunmayacağına bakılmalı, ve sorunun grupta paylaşılmasına ona göre karar verilip daha sonra programın normal akışına dönülmelidir.

Bu grupların temeli, ruh hastalıklarının biyolojik doğası olan bir hastalık olsa da, uzun dönemdeki sonuçları üzerinde çevresel zorlanmanın önemli bir etkisi olduğu ve dolayısıyla hastanın daha az zorlanma yaşayacağı bir ortamda olması ya da hasta ve ailesinin günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorlanma ile başa çıkma yolları konusunda eğitilmesi esasına dayanır.

Terapistler bu modele dayanarak hastalık hakkında bilgilendirmeli ancak bunların kalıcı bilgiler olmadığı mesajını da vermelidir. Bilimin ilerlediği, şizofreni hakkında bir çok araştırmaların yapıldığı, her geçen gün daha fazla şeyin bilinir, değişebilir ve gelişebilir olma ihtimali olduğu üstünde durulmalıdır.

### **Grubu oluşturma süreci ve kuralları**

Grup başlamadan önce her grup üyesinin yakını olan hastanın hastalığının ayrıntıları hakkında bilgi sahibi olmakta fayda vardır. Hastalığının ne zaman başladığı, hangi belirtilerle seyrettiği, kaç kez nüksettiği, ilaç uyumu, sosyal desteğinin nasıl olduğunu anlamak gereklidir. Gruba katılan kişinin hastaya olan yakınlığı ve hasta ile olan paylaşımı değerlendirilmelidir.

Ailelerle yapılan ön görüşmelerde aile içi dinamikler hakkında da fikir sahibi olunmaya çalışılmalıdır.

Gruba 8-12 hasta yakını seçilebilir. Her üyeye grubun en az 14 hafta süreceği ve büyük olasılıkla uzayabileceği, her oturumun 1.5 saat olacağı, grubun kendilerine sağlayacağı avantajlar ve grubun nasıl bir Şey olacağı anlatılmalıdır.

Sunumları birçok değişik, ilgi çekici yöntemle yapmak daha başarılı sonuçlar vermiŐtir. Bizim yöntemimizde tabloların, grafiklerin birer örneği de grup üyelerine dağıtılmakta, bunlar çalıŐılırken üyelerin de katılımını sağlanarak tahtada çizilerek, tartıŐılarak anlatılmaktadır. Slaytlar veya saydam kullanılabilir.

# UYGULAMA KILAVUZU

## 1. OTURUM

İlk oturum grup üyeleri ve terapistlerin tanışma oturumudur. Tanışma işlemi bittikten sonra program tanıtılır. Güncel oturum planı yapılır. Grup içinde konuşma kuralları söylenir; bir üye konuşurken, diğerleri onu dinler, iki kişi aynı anda konuşmamalıdır gibi. Düşüncelerini, duygularını paylaşmaları gerektiği, akıllarına takılan her soruyu terapistlere sorabilecekleri belirtilmelidir.

Grup üyeleri kendilerini tanıtır. İsimleri soyisimleri, eğer çalışıyorlarsa işleri, medeni durumları, kimlerle birlikte yaşadıkları, nerede oturdukları, hasta ile yakınlık dereceleri, hastalarının hastalık süresi, seyri ve şu anki durumları hakkında söylemek istedikleri şeyler dinlenir.

Terapi programı hakkında bilgi verilir. Daha önceden hazırlanmış olan formlar grup üyelerine dağıtılır (Form 1, 2: Ek 1, 2). Bu formların birincisi, grup yöneticilerinin adını, grubun yapıldığı yeri, zamanı ve oturumların tarihini belirten formdur. İkincisi grupta konuşulacak ana konuların başlıklarını içerir.

Her hasta yakınına hastalarının halen kullandıkları ilaçları, en son doktora gittikleri tarihi belirtecekleri bir form daha verilir (Form 3: Ek 3). Bu formda üyenin gruba gelmeden önceki hafta içinde, hastasını nasıl gördüğünü belirteceği bir kısım vardır. Hastanın o hafta boyunca genel durumunu 100 üzerinden değerlendirmesi istenir. Bu form her hafta doldurulur. İlk değerlendirmenin birlikte grupta yapılmasında fayda vardır. Üyelerin bunu nasıl değerlendirecekleri konuşulur. O hafta boyunca hastanın çalışma durumunu, özbakımına gösterdiği özeni, ilgilendiği alanları, duygudurumunu değerlendirmeleri beklenir.

Üyelerin gruptan beklentileri konuşulmalıdır. Bütün bu yukarıda yapılmasını söylediklerimiz her üye için ayrı ayrı yapılmalıdır. Eğer oturumun süresi yetmezse eksik kalan kişilere diğer oturumda devam edilebilir.

**Örnek;** Bu grubun adı ruhsal eğitim grubu. Size şizofreni hastalığı, bu hastalığın ortaya çıkışı, seyri, tedavi olanakları ve ilaçlar konusunda bilgi vereceğiz. Ama size bunları öğretmeye çalışırken bu bilgileri sizin kişisel deneyimlerinize tamamlayacağız. Çünkü sizler bu hastalığa sahip olan kişilerle yaşayan, onları en yakından gözleyen ve onların hastalıklarına tanık olan kişilersiniz.

Programın ana konuları hakkında sizlere bilgi vereceğim. Önce birbirimizi tanıyacağız. Programın ilk bölümünde sizi hastalık ve tedavisi konusunda bilgilendireceğim. Bu yaklaşık ilk 6-7 oturum boyunca sürebilir. Daha sonra ilaç alımı, hastaların ruhsal durumlarının bununla ilgisi ve ilacın düzenlenmesine aktif katılımlarınız hakkında konuşacağız. Amacımız ilaç tedavisinin hastanızın gereksinimlerine uyup uymadığını, değişiklik yapmanın gerekip gerekmediğini görmek. Bunları konuşmak da 3-4 oturum sürebilir. Son olarak da ağırlıklı olarak şizofreninin erkek belirtileri ve kriz dönemlerinde başa çıkma yöntemleri ile ilgili konuşacağız. Bu da yine 3-4 oturum sürebilir.

Amacımız, size hastanızın hastalığıyla başetmesinde daha doğru ve etkili bir şekilde yardımcı ve destek olmanızı sağlamaktır.

## 2. OTURUM

Oturumun başında her üyenin önceden doldurmasını istediğimiz form 3 hakkında, teker teker her grup üyesi için konuşulur. Form 4 (Ek 4) dağıtılır. Bu formda birbirini ortadan kesen 2 çizgi vardır. Her bir uçta 100, kesişen orta noktada 0 yazılıdır. Grup üyelerinden hastalarını 4 alanda (özbakım, iş yaşantısı, sosyal yaşantı içindeki durumu, aile içindeki durumu) değerlendirerek bu çizgi üzerinde işaret koymasını isteriz. Bu her grup üyesi için ayrı ayrı grup önünde yapılır. İkinci aşamada, grubun diğer üyelerinden bu üyeye hastası hakkında çeşitli sorular sorarak bu alanlarda yeniden puan vermesini isteriz. Burada amaçlanan üyeye, hastasına kendi bakış açısıyla, diğerlerinin bakış açısı arasındaki farkı gösterebilmektir. Yüksek duygu dışavurumu olan ailelerde özellikle kendi değerlendirmeleri ile grubun değerlendirmeleri arasında belirgin farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Bu farklar üzerinde konuşulmalı, bunun hastayı nasıl etkileyebileceği paylaşımlarla birlikte tartışılmalıdır.

**Örnek;** Bugünkü konumuz hastalarınızı nasıl gördüğünüzü anlamaya çalışmaktır. Bunun için elinizdeki form 4'e bakacağız. Bu formu önce siz dolduracaksınız, daha sonra grup size sorular sorarak dolduracak. Böylece aynı sorunları yaşayan sizlerin aynı hastaya nasıl farklı bakabileceğinizi görmüş olacaksınız. Hastanızı nasıl gördüğünüzü, gerçekte nasıl görüldüğünü ve nasıl görmeniz gerektiğini net olarak burada ortaya çıkarmayı umuyoruz.

## 3. OTURUM

Oturumun başında her üyenin önceden doldurmuş olduğu Form 3 hakkında teker teker her grup üyesi için konuşulur. Şizofreni kavramı hakkında konuşma bu oturumun temel konusudur. Üyelerin şizofreni deyince ne anladıkları konuşulur. Hastalığın belirtileri üzerinde durulur. Toplum içinde hastalığa atfedilen şeyler (yanlış inançlar ve yanlış bilgiler) ve hastalığın uyandırdığı tepkiler tartışılır.

**Örnek;** Şizofreni sözcüğü, sözcük anlamı olarak, bölünmüş bilinç anlamına gelmektedir. Burada kastedilen kişiliğin bölünmesi değil, kişinin çevreyi ve kendisini bir bütün olarak algılayışının bozulmasıdır. Bu sözcük geçen yüzyılın sonunda doktorlar bu hastalığa yakalanan insanlar tarafından düzenli olarak ilgilenmeye başladıklarında ortaya çıktı. O zamanlar hastalığın tamamıyla seyri bilinmiyordu. Bu nedenle hastalığın seyrinin tamamen kötü olduğuna, tedavisinin olmadığına inanılıyordu. Gerçekten de o zamanlar bugün kullandığımız ilaçların hiçbirisi yoktu. Şizofreni sözcüğünün olumsuz çağrışımları bu dönemlerden kaynaklanıyor.

Günümüzde şizofreni ağır, ciddi, ancak iyi tedavi edilebilen bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Hastalığın seyri hafiften ağıra kadar değişik şekillerde olabilir. Hastaların bir kısmı yalnızca bir kez hastalanır, daha sonra hastalık belirtileri görülmez. Bu kişilerde yakınma ve hastalık sonuçları tümüyle ortadan kalkmıştır. İkinci bir grup hastadaysa birbiri ardından bir kaç defa psikotik alevlenmeler ortaya çıkar, bu alevlenmelerin arasında hemen hemen hiç bir yakınmaları yoktur. Diğer üçüncü bir grup hastadaysa ruhsal

durum iyice bozulur. Bunun sonucu olarak sosyal koşulları da giderek kötüleşir, alevlenme dönemleri arasında da hastalığa ilişkin yakınma ve yetersizlikler görülür. Bu tür seyir en sık görülenidir. Hatta bu hastaların bazılarında artık alevlenme ve iyileşme durumlarını birbirinden ayırmak mümkün olmaz, bazı yakınmalar ve yetersizlikler süreklilik kazanır (Burada tahtada grafikler çizerek, grup üyelerinin öğrenebilme kapasitelerine göre daha basitleştirerek anlatabilirsiniz). Çok önceleri şizofreninin daima büyük ruhsal yetersizliklere neden olduğuna inanılıyordu. Ancak bugün bu hastalığın seyrinin birbirinden çok farklı şekillerde olabileceğini biliyoruz (Grup üyelerinin kendi hastalarının durumlarından örnekler vererek daha kolay anlaşılmasını sağlayabilirsiniz).

#### 4. OTURUM

Oturumun başında yine grup üyelerinin getirdiği Form-3 hakkında konuşulur. Önceki oturum gözden geçirilir, eksik kalanlar varsa tamamlanır veya bazı kısımlar tekrarlanır.

Oturumun temel konusu hastalık modellerini tartışmak ve ortak bir hastalık modeli bulmaktır. Öznel hastalık modelleri üstünde durulur. Her bir üyenin hastasının hastalığının nasıl başladığı, kendilerini başlarken nasıl hissettikleri, çevreden aldıkları tepkiler, ilk başlangıç ile şu an hissediş ve bakış açıları arasındaki farklar konuşulur. Grup üyeleri arasındaki farklar ve benzerlikler bulunmaya çalışılır ve bunlar gruba gösterilir. Terazi modeli konuşulur. Form 5 ve 6 dağıtılır (Ek 5,6). Vulnarabilite ve hastalığa yatkınlığın nedenleri tartışılır.

Üyelerin hastalığın nedenleri ile ilgili suçluluk duygularını paylaşmaları sağlanır.

**Örnek;** Sizlere hastalığın nedenlerini ve tetikleyici etmenleri açıklayabileceğimiz bir model sunmak istiyoruz. Ancak şunu bilmekte fayda var. Bugün tıp bilimi şizofreni hastalığına yol açan nedenleri kesinlikle saptayabilmiş değildir. Bugün kabul edilen görüş, hastalığa yol açan birden çok nedenin olduğu, bunların bazen tek tek bazen de bir arada hastalığa yol açtıklarıdır. Bu nedenle vulnarabilite (duyarlılık) kavramı geliştirildi. Vulnarabilite hastalığa duyarlılık, hastalığa yatkınlık, hastalıktan yaralanabilme anlamına gelmektedir.

Bu modeli bir terazi gibi düşünmek mümkündür. Terazinin bir kefesine yük kaldırma gücünü, diğer kefesine ise ruhsal yüklenmeleri koyduğumuzu düşünün. Ruhsal yüklenmeler ve bireyin yük kaldırma gücü eşitse, terazinin iki kefesi birbirine eşit olacak ve terazi dengede kalacaktır. Eğer bu denge bozuk ise terazinin göstergesi sağa kayar ve hastalığın erken belirtileri ve onu takiben akut alevlenme ortaya çıkabilir. Dengenin bu yönde bozulmasının iki nedeni olabilir;

- a. Bireyin ruhsal yük kaldırma gücü karşılaştığı ruhsal yüklenmelerden azdır.
- b. Ruhsal yüklenmeler yük kaldırma gücünden daha fazladır.

Bir kişide şizofreni ortaya çıkmışsa genellikle ruhsal yük kaldırma gücü düşüktür, yani hastalığa bir yatkınlığı vardır. Bu durumda başka kişilerin kolayca başa çıktıkları ruhsal yüklenmeler de şizofreni hastalarına fazla gelebilir. Diğer yandan eğer bir kişi olağanüstü ağır psişik yüklenmelerle karşı karşıya gelirse bu da terazinin göstergesini sağa kaydırır.

Burada aklınıza şu soru gelebilir: Neden bazı insanların ruhsal yük kaldırma gücü daha az? Niçin onların hastalığa yatkınlıkları daha fazla? Bu soru aslında hastalığa yol açan etmenlerle ilgili bir sorudur. Günümüzde birçok etmenin hastalığa yol açtığını bildiğimizi daha önce de söylemiştik. Bu etmenlerden biri kalıtsal yüklülük olabilir. Yani ailede hastalığa yakalanmış başka biri daha vardır, hastalığa yatkınlık böylece kalıtımla kişiye geçmiştir. Bir diğer etmen gebelik veya doğum sırasında beynin gelişimini etkileyecek sorunların ortaya çıkması olabilir. Fakat beynin gelişimindeki bu bozukluklar hemen farkedilmeyebilir ve kişinin zeka düzeyi ile hiç bir ilgisi yoktur. Şizofreni hastalığında zeka düzeyi düşük değildir. Bunun dışında eğitim ve erken çocukluk çağındaki çevre, aile yapısıyla ilgili etmenler de vardır. Önemli olan hastalık etmenlerinin iki ayrı yönünü birbirinden ayırmaktır.

Birincisi düşük yük kaldırma gücü dediğimiz özelliktir, kişide hastalığa böyle bir yatkınlık olabilir, fakat hastalığın tam anlamıyla, akut hecme (alevlenme) olarak ortaya çıkması yıllar alabilir.

İkincisi ilk kez bir akut alevlenmenin ortaya çıkışı hastanın güncel yaşantısında ağır bir stresin (iş, aile, askerlik gibi) ortaya çıkışından sonra olabilir. Bunlara hastalığı tetikleyen etmenler diyoruz (Burada hastaların kendi öznel öykülerinden örnekler verebilirsiniz).

## 5. OTURUM

Form-3'ün değerlendirilmesiyle oturuma başlanır. Bir önceki oturum gözden geçirilir, eksik kalanlar tamamlanır. Bu oturumun temel konusu psikotik hastalarda tedavi yöntemleridir. Form 7 ve 8 hastalara dağıtılır (Ek; 7,8). Neden tedavi gereksinimi olduğu tartışmaya açılır. Tedavi ile elde edilen şeyler konuşulur. İlaçla tedaviye giriş yapılır. Psikotik hastalıklarda kullanılan tedavi yöntemleri hakkında genel bilgi verilir. Hastaların tedavi deneyimleri, tedavi konusundaki yanlış, doğru inançları üstünde tartışılır. Grup üyelerinin ilaçlarla ilgili deneyimleri konuşulur. Nöroleptiklerin etkileri anlatılır.

**Örnek;** Elinizde bulunan 7 numaralı formlara bakalım. Bu formda ilaç alan ve almayan şizofreni hastaları karşılaştırılmıştır. Bu her iki grup hastada 2 yıl boyunca izlenmiş ve hastalığın nüksetme oranları karşılaştırılmış. Bu karşılaştırma hem 1. hem de 2. yılın sonunda yapılmış. Burada nöroleptik alan ve almayan hastalar arasındaki farkın ne kadar büyük olduğunu görüyoruz. İşte bu nedenle, yani nüksü azaltmak için hastalarınızın mutlaka nöroleptik ilaçları kullanması gerekli.

Şimdi nöroleptiklerin etki mekanizmasından da bahsedelim. Elinizde 8 numaralı formda iki sinir hücresinin buluşma noktalarının basitleştirilerek çizilmiş halini göreceksiniz. Bu buluşma noktalarına sinaps aralığı denir. Burdaki şekilde dopamin adı verilen birtakım yuvarlaklar görüyorsunuz. İşte bu dopamin, günümüzde şizofreninin sorumlularından biri sayılmaktadır. Dopamin hücreler arası iletimi sağlayan bir maddedir. Böyle maddelere de nörotransmitter denir. Dopamin şizofreni hastalarında bu sinaps aralığına fazla ve dengesiz olarak salınmaktadır. Böylece karşı taraftaki hücre dopamine özel algılayıcıları sayesinde daha sık uyarılmaktadır. İşte nöroleptik ilaçlar, bu dopamine özel algılayıcıları gidip tıkarlar ve bu algılayıcıların hücre içine uyarı göndermesini engellerler (Bu mekanizmayı üyelerin kapasitelerine göre uygun bir anlatım yöntemi seçerek, bazı kısımlarını çıkararak daha basitleştirerek anlatabilirsiniz).

## 6. OTURUM

Bu oturuma yine diğer oturumlar gibi Form 3 üstünde konuşularak başlanır. 6. oturum 5. oturumun devamı niteliğindedir. Bir önceki oturum değerlendirilir. Nöroleptiklerin etkileri, genelde ve grup üyelerinin hastalarında gözledikleri şekliyle konuşulur. Esas ve yan etkileri hakkında bilgi verilir. Üyelerin kendi deneyimlerini paylaşmaları sağlanır. Depo nöroleptiklerin etki biçimi anlatılır. 9,10,11 numaralı formlar dağıtılır (Ek; 9,10,11).

**Örnek;** 9 numaralı formda bugün ülkemizde kullanılan nöroleptik ilaçların sıralamasını görüyorsunuz. Bu sıralama ilaçların sakinleştirici ve antipsikotik etkilerine göre iki şekilde yapılmıştır. Burdan da anlaşıldığı gibi hastanızın kullandığı her ilacın etkisi aynı değil. Antipsikotik etki demek psikoza tedavi edici etki, psikoza karşı etki demektir. Şizofreni hastalığı da bir psikotik hastalık olduğu için, tedavisinde antipsikotik adını verdiğimiz bu ilaçları kullanmaktayız. Bu etki sağdaki tabana yakın ilaçlarda en fazla görülür. Örneğin haloperidol bu ilaçlardan biridir.

Nöroleptik ilaçların hastanızın hastalığınızı tedavi edici etkisi bakımından da farklılıklar gösterebildiğini görüyorsunuz (Burada hastaların kullandığı ilaçlardan örnekler verebilirsiniz). Bu antipsikotik etkiler arasındaki farklar ilaç dozları ayarlanarak azaltılabilir. Örneğin nörofrenin antipsikotik etkisi fazlayken sakinleştirici etkisi düşüktür. Largactil ise tam tersidir. Largactilin dozunu arttırarak aynı antipsikotik etkiyi elde edebiliriz. Hastalarınızın kullandığı farklı ilaçların farklı dozları bundan kaynaklanmaktadır.

Sakinleştirici ilaçların gösterildiği diğer üçgenin yönü, tersinedir. En yukarıda sıralanan ilaçlar en fazla sakinleştirici etkiye sahip olanlardır. Arada her iki etkiye, psikoza karşı ve sakinleştirici etkileri orta düzeyde sahip olan ilaçlar dizilidir.

Herbirinizin hastasının hastalık tipine göre uygun ilacın seçilmesi önemlidir. Bazen yan etkiler de ilacın seçiminde çok önemli rol oynarlar (Burada hastaların ilaçlarından tekrar örnek verebilirsiniz). Bu nedenlerle bazen her iki grup ilaç da hastanızın gereksinimlerine göre seçilerek birlikte kullanılabilir.

Bütün bunların dışında her kişinin nöroleptiklere yanıtı farklıdır. Aynı ilaç aynı dozda verildiği halde iki ayrı hasta da ayrı ayrı etkilere yol açabilir.

Bazılarınızın hastalarına 1-4 haftalık aralarla bir iğne, depo nöroleptik dediğimiz ilaçlar veriliyor. Depo bildiğimiz gibi hazırda, biriktirilmiş, kullanıma hazır şey anlamına geliyor. Depo nöroleptiklerde ilaç kas içine enjekte edilir. İlaç kasdan birdenbire değil yavaş yavaş kana karışır. Depo nöroleptiklerin yararı kana değişmeyen bir hızla geçmeleri, bundan dolayı ilacın kandaki yoğunluğunun sabit kalmasıdır. Bu gerek esas gerekse yan etkilerin oluşumunu olumlu etkiler. İğnenin yapılmasından sonraki günlerde ilacın kan yoğunluğu biraz yüksek olabilir, bu da yan etkilerin bu günlerde artışına neden olabilir.

Birçoklarımızın da dikkatini çekeceği gibi depo ilaçların diğer bir yararı da yalnızca haftada bir, ya da ayda bir kez ilaç alımını düşünmenin yeterli olmasıdır. Özellikle hastanızın ilaç uyumu kötüyse, sürekli takip etmenizi gerektiriyorsa bu yöntem seçilebilir.

## 7. OTURUM

Her oturumun başında yapılan değerlendirmeler yapılır. İlaçla ilgili konuşulan konular tekrarlanır. Bu oturum tedavi için şimdiye kadar anlatılanların toplu olarak tekrarlandığı tedavi gereksiniminin iyice vurgulandığı oturumdur. Hastalığın yeni alevlenmelerinden (nükslerinden) korunmada ilacın etkisini bundan sonraki oturumlarda da sık sık tekrarlayın. Hastalarının ilaç kullanımına ilişkin davranışlarının gözlemine giriş yapılır.

Form 12'yi dağıtın (Ek 12). Haftanın her günü için bir tane almalarını söyleyin.

**Örnek;** Sizlerden bir sonraki oturuma kadar size dağıttığımız çizelgeleri doldurmanızı istiyoruz. Bunlar hastanızın gündelik ruhsal sağlık durumunu kaydedeceğiniz çizelgelerdir. Lütfen herkes gelecek haftaya yetecek kadar çizelge alsın. Her gün için bir çizelge doldurmanızı istiyoruz. Çizelgenin sol tarafındaki sütuna hastanızın her gün hangi sıklıkla ilaç aldığını belirtiniz. Bazı hastalar üç, bazıları iki kez, bazılarıysa günde bir kez ilaç almaktadır.

Öncelikle çizelgenin üzerine doldurduğunuz günün tarihini yazınız. Daha sonra ilacın alınış saati, örneğin sabahleyin 7 gibi, daha sonra da ilacın adını ve miktarını yazınız. "İlacın alındığı durum" sütununaysa, hastanızın ilacı aldığı sırada nerede ya da ne yapmakta olduğunu yazınız. İşyerinde, kahvaltıdan sonra gibi. Depo iğnesi yapılan hastalar için yalnızca iğnenin yapıldığı tarihi kaydetmek yeterlidir. Çizelgenin sağ yanında üç çizgi görüyorsunuz. Bu çizgilerin bir ucunda 0 ve çok kötü, diğer ucunda 10 ve çok iyi yazılıdır. Bu çizgiler üzerinde hastanızı nasıl gördüğünüzü belirtmenizi istiyoruz. Eğer hastanızı iyi, çok iyi görüyorsanız 10'u işaretleyin, eğer şöyle böyle görüyorsanız, yaklaşık olarak çizginin ortasını işaretleyiniz. Hastanızın ruhsal durumunu günde mutlaka 3 kez değerlendirmenizi, yani bu çizelgeye her gün üç kez çarpı işareti koymanızı istiyoruz. Hastanız depo ilaç kullanıyor dahi olsa yine 3 kez işaretleyin.

Şimdi bu çizelgenin ne işe yarayacağını merak ediyor olmalısınız. Grubun bundan sonraki oturumlarında yoğun olarak her birinizin hastasının aldığı ilaçların ve bu ilaçları alışı biçiminin sizi memnun edip etmediğini, muhtemel değişikliklerle daha fazla yarar sağlama olasılığının olup olmadığını konuşacağız. Bütün bunları konuşabilmek için hastanızın halen hangi ilaçları, hangi dozda ve günde kaç defa aldığını ve bunlardan nasıl yararlandığını bilmenizde yarar var. Koyduğunuz işaretleri gözden geçirerek belli bir zaman dilimi içinde hastanızın ruhsal durumunda ne gibi değişikliklerin olduğunu ve bunların aldığı ilaçlar ve yaşadığı olaylarla olan ilişkilerini göreceğiz.

## 8. OTURUM

Form 3'ün değerlendirmesi ve geçen oturumdan kalanlar konuşulur. Günlük tutulan diğer çizelgelerin birinci bölümü değerlendirilir. Her hastanın ilaç alım davranışları belirlenmeye çalışılır. Daha sonra çizelgelerin ikinci bölümü olan ruhsal durum şemaları ortaya çıkarılır. Bunların sonunda da ilaç alma alışkanlıklarının düzeltilmesine yönelik düşünceler ve öneriler tartışılır.

**Örnek;** Her birinizin hastaları arasında ilacı alış şekilleri açısından büyük değişiklikler olduğunu gördük. İlacı ne zaman ve nasıl aldıklarının hastalarınızın ruhsal durumlarını nasıl etkilediğini gördük. Bazılarınızın hastalarında ilacın etkililiğini arttırmak, ya da yan etkilerini azaltmak amacıyla ilacın alınış şeklinde değişiklik yapılabilir mi acaba? Örneğin, ilacın günün başka bir saatinde alınması, her zaman düzenli olarak doktor tarafından önerilen şekilde alınması (eğer öyle değilse), ilacın daha sık ya da seyrek olarak kullanılması, ilacın daha düzenli olarak alınmasını sağlamak için yardımcıların bulunması gibi.

## 9. OTURUM

Her zamanki gibi oturuma başlanır (Form 3'ün değerlendirilmesi ve önceki oturumlardan kalanlar). Bu oturumunun konusu grup üyelerinin hastalarının ilaçlarına ilişkin kendi davranışlarını gözlemlenmeleri üstünedir. Verilen ev ödevleri (çizelgeler) gözden geçirilir. İlaç alma alışkanlıklarındaki olası değişiklikler konuşulur. Grup üyelerinin hastalarının ilaç tedavisine etkin olarak katılma olanakları araştırılır. Bütün bunlar her grup üyesi için yapılır.

**Örnek;** Sizlerle hastalarınızın ilaçla tedavisinin düzenlenmesine daha etkin olarak katılmanızı sağlayacak olanakları tartışmak istiyoruz. Bu olanakların birini çok iyi biliyorsunuz. Hastanızın doktorunun gerektiğinde kullanılması için yazdığı ilaçlar. Yani doktorun bir ilacı hastanın gereksinimine göre, kendisini iyi hissettiğinde bırakıp iyi hissetmediğinde bir ya da birkaç tane alması için yazmasıdır.

Bu tür düzenlenmeler bize göre çok önemli. Çünkü bu örnekte hastanızın ilaç dozunun düzenlenmesine etkin olarak katılmanız ve ne zaman ne kadar ilaca gereksinimi olduğunu düşünmeniz gerekmektedir. Böylece hastanızın ne az ne fazla, tam gerektiği kadar ilaç alması mümkün olacaktır.

İlaçla tedaviye daha etkin katılmanın bir diğer yolu da ilacın bir kısmının bu şekilde düzenlenmesini doktorla görüşmektir. Eğer tedaviden sorumlu doktor uygun görüyorsa, ya ağızdan alınmakta olan ilaçların bir bölümü gereğinde alınmak üzere düzenlenir, ya da depo ilaç kullanan hastalara depo ilaca ek olarak ağızdan bir ilaç daha eklenebilir. Bu durumda büyük olasılıkla depo ilacın dozu da düşürülecektir.

Eğer şu anda hastanızın aldığı dozun ruhsal durumuna uymadığını düşünüyorsanız, bu dozun yükseltilmesini ya da düşürülmesini hastanızın doktoru ile konuşabilirsiniz.

Hastanızın aldığı ilacın değiştirilmesi de düşünülebilir. Yerine ana etkileri şu anda hastanızın almakta olduğu ilaca benzeyen, ya da başka gruptan bir ilaç seçilebilir. Daha çok psikoz önleyici etkisi olan ya da daha çok sakinleştirici bir ilacın seçilmesi gibi.

Burada şu nokta çok önemlidir. Eğer hastanızın aldığı ilaçta bir değişiklik yapıyorsanız, hastanızda yeni hastalık belirtilerinin ortaya çıkıp çıkmadığını ya da yeni bir alevlenme tehlikesinin doğup doğmadığını çok iyi izlemeniz ve böyle bir tehlike karşısında ne yapacağınızı çok iyi bilmeniz gerekmektedir.

## 10. OTURUM

Oturum her zamanki değerlendirmelerle başlar. Bu oturumun konusu önceki oturumun devamıdır. İlaç tedavisinin düzenlenmesine etkin bir katılımın sağlanması konuşulur. Grup üyelerine verilen ev ödevleri değerlendirilir. Ayaktan tedaviyi yürüten doktorlarla görüşülebilecek konular saptanır. İlaçla tedavinin düzenlenmesinde hasta yakınlarının katılımı konusundaki deneyimler değerlendirilir.

## 11. OTURUM

Ailelerin hastalarının haftalık durumlarını değerlendirmesiyle başlar. Ev ödevleri konuşulur. Bu oturum bu programın 3. bölümünün başlangıcıdır. Terazi modeli hatırlatılarak hastalığın erken belirtilerinden sözedilir. Erken belirtilerin nasıl tanınacağı tartışılır. Erken belirtilere karşı alınabilecek önlemler saptanır. Form 13 ve 14 (Ek 13,14) grup üyelerine dağıtılır. Form 14 ev ödevi olarak verilir. Bu formda grup üyelerinin hastalarında gözledikleri erken belirtileri yazmaları istenir. Zaman kalırsa oturum sırasında da form birlikte doldurulabilir.

**Örnek;** Bugün ruhsal eğitim programının 3. bölümüne geçiyoruz. Bu bölümde kriz durumları, hastalığın nöksleri ile ilgileneceğiz. Hepinizin hastalarınızda gözlediğiniz gibi şizofreni alevlenmelerle giden bir hastalıktır. Bu alevlenmelerin habercileri "erken yazılacak hastalık belirtileri"dir.

Bir alevlenme tehlikesi baş gösterdiğinde belli davranış biçimleriyle, bu tehlikeyi engellemek ya da hafif geçmesini sağlamak olasıdır. Bu davranışların, önlemlerin tümüne "kriz planı" diyeceğiz.

Alevlenmelerin erken belirtilerinin neler olacağını bilmek çok önemlidir, çünkü ancak bu belirtileri tanırsak, onların ayırımına varırsak onlara karşı önlemler alabiliriz. Bu önlemlerin en önemlilerinden biri hastanızın ilaç dozunun yeniden düzenlenmesi, yükseltilmesi olabilir. Bazen de alevlenme hastanızın ilaç dozunun değiştirilmesinden, örneğin düşürülmesinden ya da alımının unutulmasından sonra ortaya çıkabilir. Bu nedenle eğer bilinçli bir şekilde hastanızın ilaç kullanmasını istiyorsanız hastalığın erken belirtilerini tanımalı ve bunlar ortaya çıktığında ne yapacağınızı önceden planlamalısınız.

şimdi daha önce incelediğimiz terazi modelini hatırlayalım. Ruhsal yüklenmenin arttığı, ya da ruhsal yük kaldırma gücünün azaldığı durumlarda bir alevlenmenin ortaya çıkabileceğini konuşmuştuk. Çok önemli bir nokta var; bütün belirtileri ile alevlenme ortaya çıkmadan önce erken belirtiler görülür. Bu erken belirtiler işlerin yolunda gitmediğini, hastalığın ya da ciddi bir krizin yaklaştığını gösterir. Bu açıdan hastanızda bu dönemde ortaya çıkan yakınmaları tanımanızda büyük yarar var. Erken belirtileri hastanızda görünce hastanızın çevresindeki ruhsal yüklenmelerin neler olduğunu anlamaya ve düzenlemesinde yardımcı olmaya çalışmalısınız.

Hepinizin hastalık konusunda birçok deneyiminiz var. Krizler ortaya çıktığında, yeni yakınmalar belirdiğinde hastalarınızda belirli davranış biçimleri geliştiğini biliyorsunuz, şimdi bu konudaki deneyimlerinizi derleyip benzer noktaları arayacağız. şimdi lütfen hastanızda hastalığın erken belirtilerinin ayırımına vardığınızda ne yaptığınızı, bu belirtilerin neler olduğunu hatırlamaya çalışın.

## 12. OTURUM

Oturum başlangıcında her zaman yaptıklarımızı tekrarladıktan sonra, ruhsal yüklenmelerin düzenlenmesi, krizlerle başa çıkma konusunda hastalara nasıl yardım edilebileceği tartışılır. Hastalarının kriz dönemlerinde her bir grup üyesinin hissettikleri paylaşılır. Krizlerle başa çıkma ve hastaneye yatırma planı üzerinde konuşulur. Her bir üye için kriz planı oluşturulur. Kriz dönemlerinde hastaların başkalarına ve/veya kendilerine zarar verme (özkiyim) potansiyelleri üzerinde konuşulur.

Ev ödevleri değerlendirilir. Grup üyelerinin hastalarında gözledikleri aşırı ruhsal yüklenmeler karşısındaki tepkileri ve yüklenmelerle başa çıkma tarzları üstünde durulur. Form 15 ve 16 (Ek 15, 16) grup üyelerine dağıtılır. Form 15 alevlenme veya kriz durumunda hastanızda görülen belirtiler listesidir. Form 16 ise hastanızın öznel kriz veya alevlenme belirtilerini yazabileceğiniz bir formdur.

**Örnek;** Bugün hastalarınızda hastalığın erken belirtileri görüldüğünde yapılması gerekenleri konuşacağız. Bunun için tekrar terazi modelini hatırlayalım. Terazinin göstergesi sola, yani hastalık yönüne kayması için ruhsal yüklenmenin fazla olması yani sol taraftaki "yük paketlerinin" çok sayıda olması gerekmektedir. Bu yük paketlerinin içinde değişik sorunlar bulunduğunu düşünebiliriz. Örneğin iş hayatında ya da kişisel ilişkilerde ortaya çıkan sorunlar, işsizlik ya da yalnızlık. Modelimizde erken belirtilerin ortaya çıkmasına yol açan ikinci neden ruhsal yük kaldırma gücünün düşük olmasıdır. Kişi ya sürekli bir gerilim altındadır, ya ilaçların koruyucu etkisi yeterli değildir. Sonuç olarak kişinin hastalığa yatkınlığı artmıştır. Bu durumda ufak sorunlar bile ciddi bir krizin ortaya çıkmasına neden olabilir.

Alevlenmeyi engellemek için ya yükleri azaltmak (sorun paketlerini hafifletmek ya da ortadan kaldırmak) ya da ruhsal yükleri kaldırma gücünü, ruhsal dayanıklılığı yükseltmek gerekir.

Sizin aklınıza bu bakış açısıyla bakıldığında hastanıza nasıl yardımcı olabileceğiniz konusunda neler geliyor (Her grup üyesi için teker teker konuşulur)?

## 13. OTURUM

Bu oturumda da başlangıç aşamalarımız gerçekleştirildikten sonra, amaç; kriz planlarının oluşturulması ve bu planlarda ailenin veya diğer yakınların rolünü saptamaktır.

Ev ödevleri konuşulur. Bireysel kriz planları yapılır. Bu planda aile bireylerinin rolü belirlenir. Bu konuda hasta yakınlarının deneyimleri paylaşılabilir.

**Örnek;** Her kişinin yakınları ile kriz durumlarında yaşadığı deneyimler değişik olabilir. Bazen insanın yakınları ya da eşi, krizler karşısında eleştiri ya da anlayış yoksunluğu içinde tepki gösterebilir. Bu davranış biçiminin tabii ki hasta kişiye yararından çok zararı dokunur. Psikotik yaşantıları öncesinde içine düştüğü güvensizliği daha da arttırır. Ama siz onun çok iyi bir yardımcısıdır. Bunu hiç unutmamak gerekir. Çünkü siz onları başkalarından çok daha iyi tanıyorsunuz ve ortaya çıkan davranış değişikliklerini bazen bizden bile daha çabuk ve iyi algılayabilirsiniz. Çoğunlukla insanın yakınlarına olan inancı ve güveni yabancılara olandan daha fazladır, bu nedenle hastanızın sizden yardım istemesi daha kolaydır.

## 14. OTURUM

Bu oturum kapanış oturumdur. Her hafta değerlendirilen form 3 sayesinde hasta yakınları artık kendi hastalarını daha iyi gözlemleyebilmektedirler. Kriz planlarıyla ilgili son sözler söylenir. Ruhsal eğitim tedavisi geriye bakarak değerlendirilir.

**Örnek;** Bundan önceki oturumlarda krizle başa çıkma, alevlenmeler ve hastaneye yatışların önlenmesi konularını konuştuk. Ruhsal krizler ve hastalığın alevlenmelerini mutlak, yüzde yüz önlemenin imkanı yoktur. Yine de hastanızda böyle bir tehlikeyi hissettiğinizde önlemlerin alınması çok yararlı olacaktır.

Bu dağcıların aldığı önlemlere benzer; Üç dağcının değişik noktalarda bir dağa tırmanmaya başladıklarını düşünelim. Üçü de beklenmedik aniden kopan bir fırtınanın etki alanına giriyor. Birinci dağcı yanına çok kötü bir donanım almış, hemen hemen hiç bir tırmanma aracı yok. Aynı zamanda deneyimli dağcılar da uyarılarını dikkate almamış ve hava durumunu da dinlememiş, genel dağcılık kurallarını hiç bilmiyor. Bu dağcı doğal olarak fırtına karşısında çok çaresiz kalacak, deneyimli dağcılar gelip kendisini kurtarmalarını bekleyecektir. Fırtına sırasında sağlığı zarar gördüğü için uzun süre hastanede kalması gerekecektir.

İkinci dağcı ise yanına iyi bir dağcılık donanımı almış, dağ ayakkabıları giymiş, suyu geçirmeyen bir ceket var, yanına yeterince yolluk yiyecek almış, karşısına çıkabilecek tehlikeler hakkında bilgi edinmiş ve hava raporunu da dinlemiş. Tüm bu önlemlere karşın bu dağcı da fırtınaya yakalanacaktır. Eğer fırtınaya çok sarp bir yamaca tırmanırken yakalandıysa onun da şansı kötüdür, kurtarma ekipleri onu da hastaneye götürecektir.

Üçüncü dağcı ise, yola çıkmadan önce gerekli bütün önlemleri almış, bunun dışında yanında fırtınanın çıkacağını haber veren bir barometresi var. Bunu görünce kendiliğinden yolunu değiştirip geriye dönüyor.

Bizim kriz planlarımız ve ruhsal yüklenmeleri düzenlemeye yönelik düşüncelerimiz buna benziyor. Hayat yolunda bu önlemlerle ilerlemek, mutlaka önlem almadan yola çıkmaktan daha akıllıca bir davranıştır. Dahası bu önlemleri göz ardı etmek, hastalığı hafife almaktır.

Diğer yandan bir kriz planı yapıp, hastanızın ona uymasını sağlarsanız bile hastalığın alevlenmelerinden kesinlikle uzak kalacağınıza dair bir güvenceniz yok. Fakat büyük bir olasılıkla hastalığa karşı savaşınızda daha başarılı olacaksınız.

## EKLER

**Ek; 1**  
**Form 1**

### GRUP PROGRAMI

Yer:  
Zaman:  
Grup yöneticileri:  
Toplantı sayısı:

#### Toplantı tarihleri:

- |    |     |
|----|-----|
| 1. | 8.  |
| 2. | 9.  |
| 3. | 10. |
| 4. | 11. |
| 5. | 12. |
| 6. | 13. |
| 7. | 14. |

Ek; 2  
Form 2

## GRUP TEDAVİSİ OTURUMLARININ YAPILANDIRILMASI

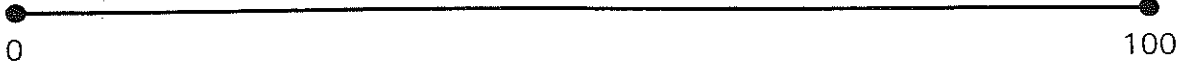
### Giriş

- 1. Bölüm;** Hastalık ve tedavisi konusunda bilgilendirme
- 2. Bölüm;** Hastanızın ilaç alımı ve ruhsal durumunun gözlemi ilacın düzenlenmesine katılım
- 3. Bölüm;** Erken belirtiler (öncül belirtiler), alevlenme belirtileri ve krizlerle başa çıkma

**Ek; 3**  
**Form 3**

İsim:

Tarih:



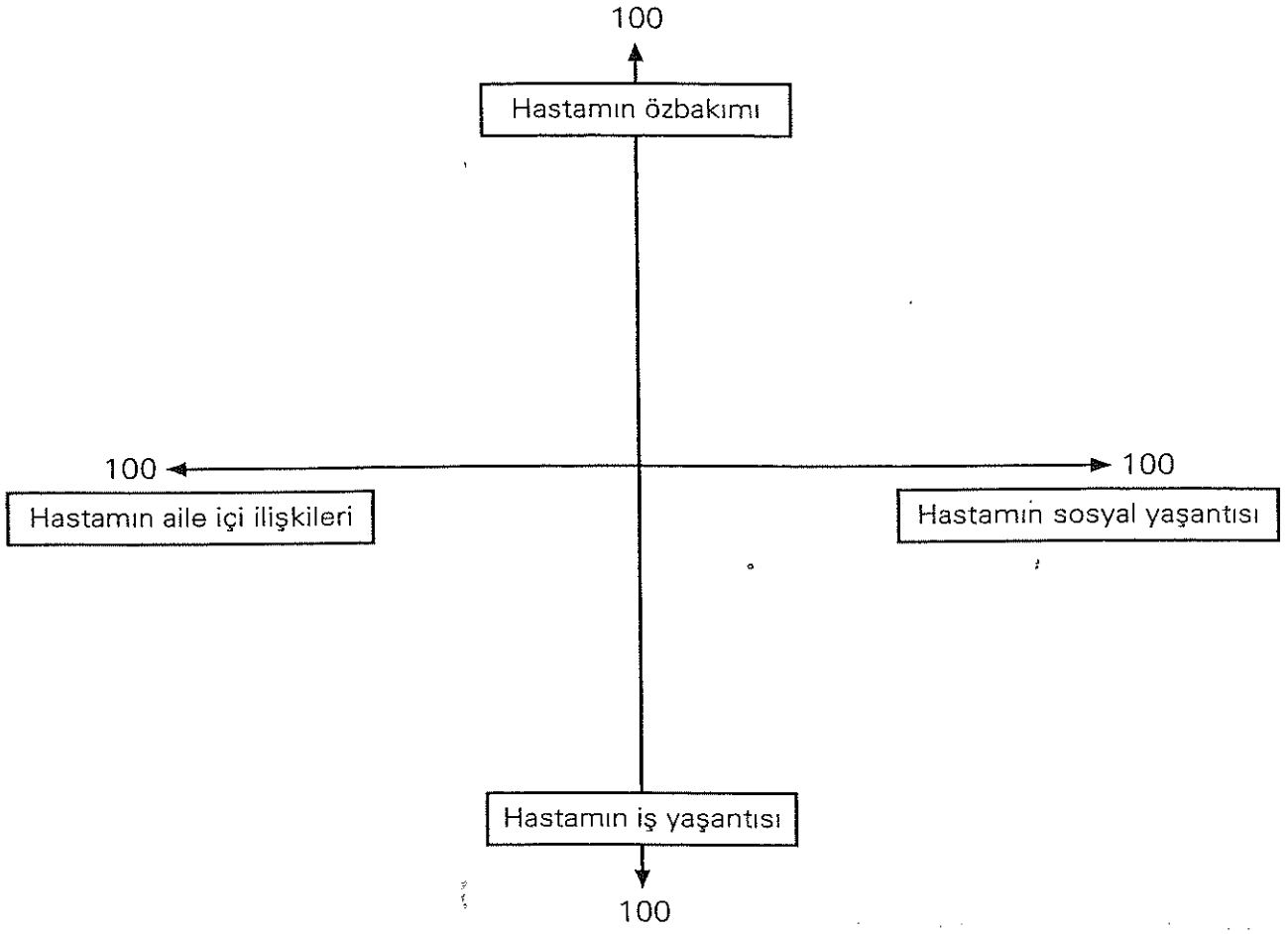
Hastamın kullandığı ilaçlar:

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-

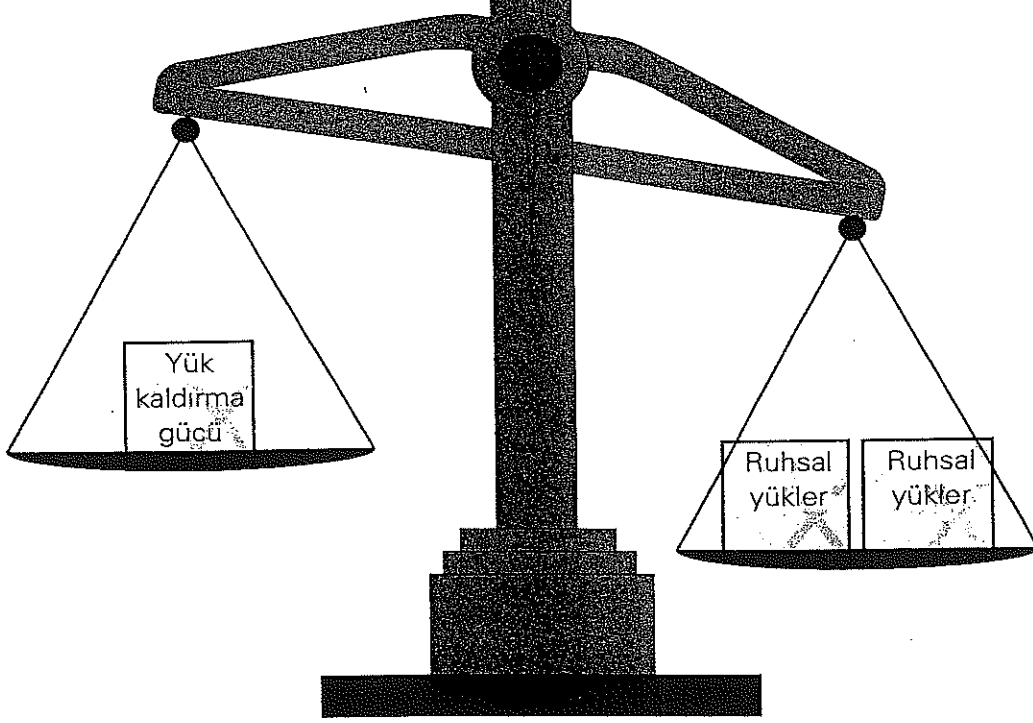
Hastamın psikiyatriste son gidiş tarihi:

Hastamın depo iğneyi son vuruluş tarihi:

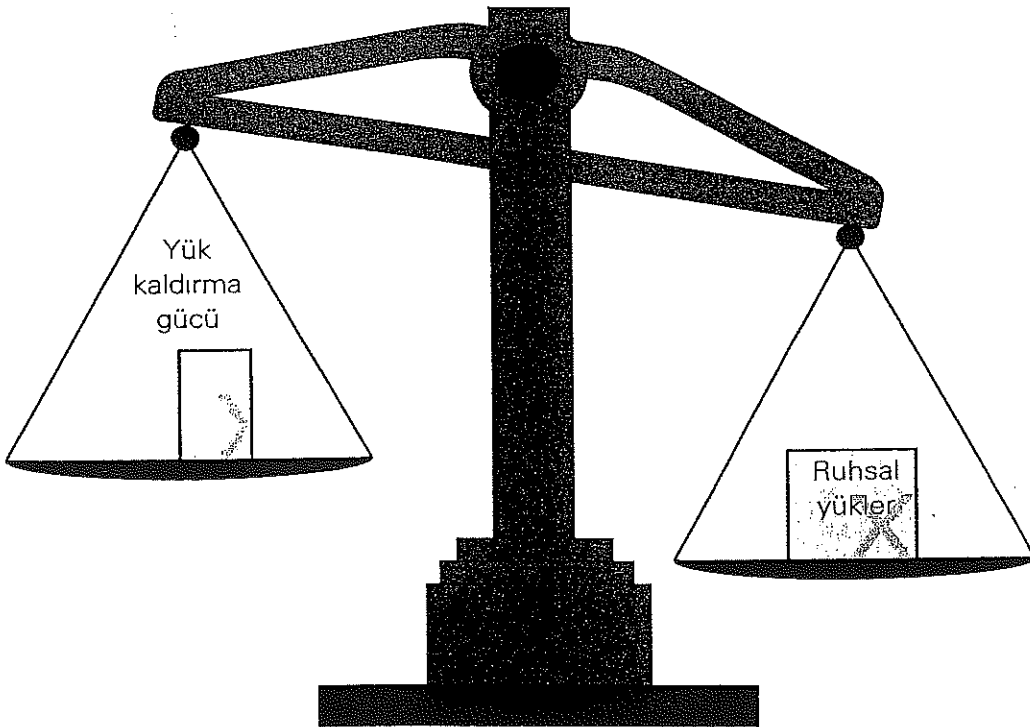
**Ek; 4**  
**Form 4**



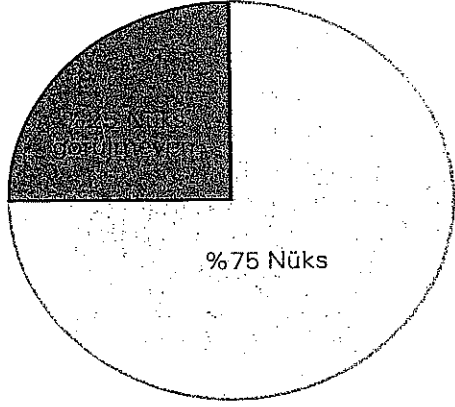
### HASTALIK MODELİ 1



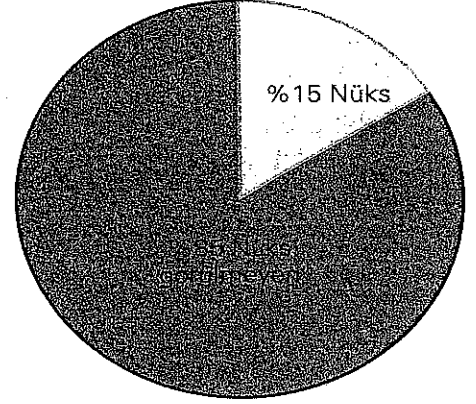
### HASTALIK MODELİ 2



**12 AYLIK SÜRE BOYUNCA NÖROLEPTİK ALAN VE  
ALMAYAN HASTALARDA NÜKSLER**

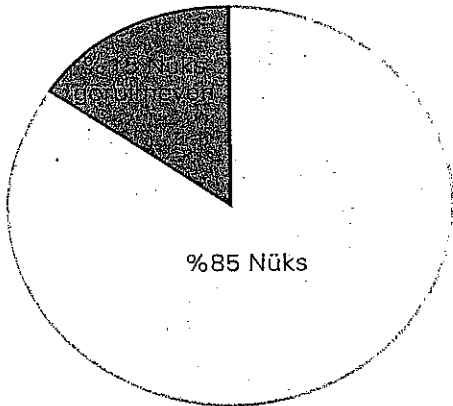


Nöroleptik Almayanlar

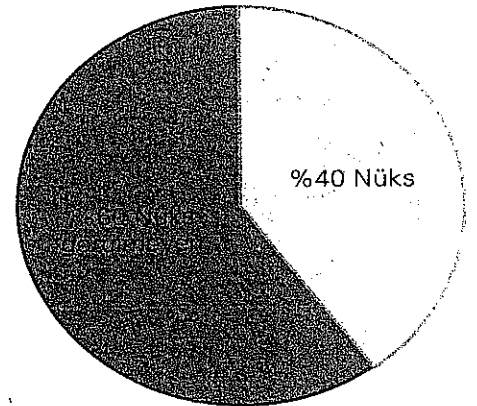


Nöroleptik Alanlar

**24 AYLIK SÜRE BOYUNCA NÖROLEPTİK ALAN VE  
ALMAYAN HASTALARDA NÜKSLER**

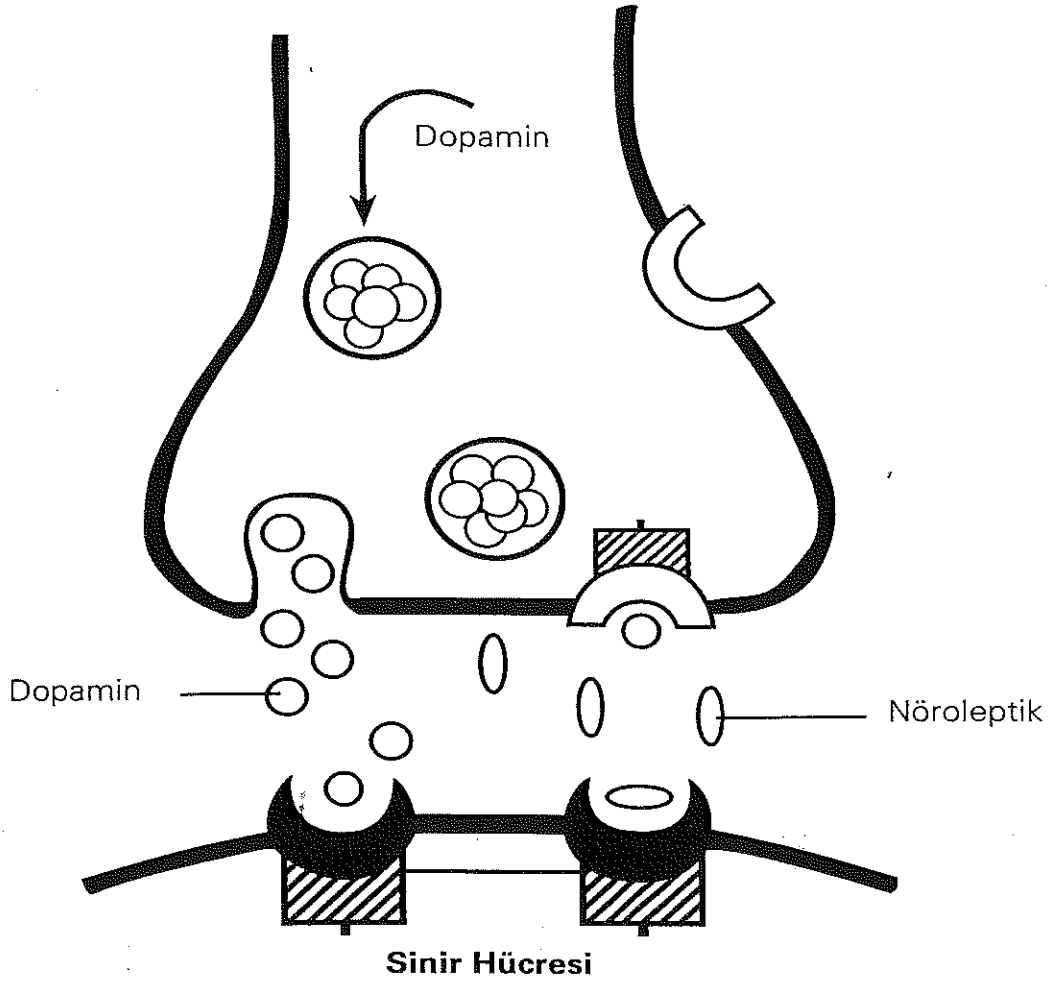


Nöroleptik Almayanlar



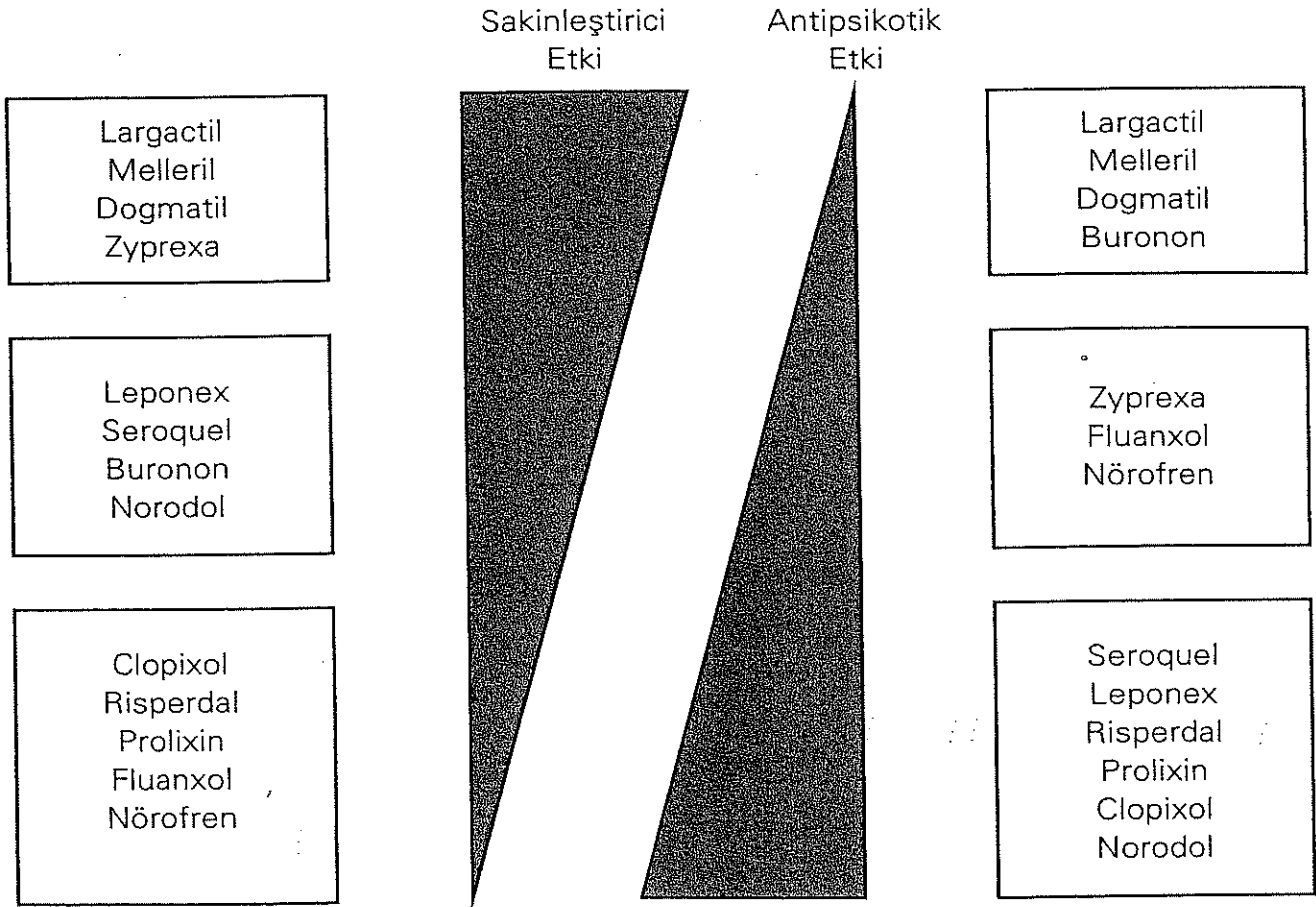
Nöroleptik Alanlar

Ek; 8  
Form 8



Ek: 9  
Form 9

**NÖROLEPTİKLERİN ETKİLERİ**



**Ek; 10**  
**Form 10**

**NÖROLEPTİKLERİN ANA ETKİLERİ**

- a. Antipsikotik etkisi;** psikotik yaşantılarında gerileme, yani sanrılar ve varsanılarda azalma, konsantrasyon yeteneğinde düzelme, düşünme süreçlerinde normalleşme,
- b. Sakinleştirici;** uyku getirici, gevşetici, kaygı giderici, iç huzursuzluğu azaltıcı,
- c. Hastalığı önleyici etki;** yeni hastaneye yatışların önlenmesi ya da azalması, yeni nökslerin sıklığının ve şiddetinin azalması.

**Ek; 11**  
**Form 11**

**NÖROLEPTİKLERİN YAN ETKİLERİ**

- a. Hareket bozuklukları;** istem dışı kas hareketleri, otururken huzursuzluk hissetme, kas sertliği, titreme, geç başlangıçlı istem dışı yilankavi hareketler, hareketlerde yavaşlama,
- b. Metabolizma ve dolaşım;** ağız kuruluğu, salyada artma, kabızlık, iştah artışı, baş dönmesi, terlemede artma,
- c. Diğerleri;** çabuk yorulma, çökkün duygulanım, cinsel bozukluklar, kilo alımı, görme bozuklukları...



**Ek; 13**  
**Form 13**

**ERKEN BELİRTİLER LİSTESİ**

- Herkesin kendisine güldüğü ya da kendisini gözlediği duygusu, herşeyi üzerine alınma,
- Dine olan ilginin artması,
- Akıldan kovulamayan düşünceler,
- Kısa süreli işitsel algı yanılgıları,
- Denetleniliyor olma duygusu,
- İlaçları kesme isteği, hasta olma bilincinin azalması,
- Güvensizlik,
- Sinirlilik, saldırgan duygulanım,
- Gerilim duyguları,
- Depresif, bunaltılı ruh hali, ölüm düşünceleri,
- İlgilerin azalması ya da kaybı,
- Sevinme yeteneğinin kaybı,
- Değersizlik hissi,
- Çıldırma korkusu,
- Nedensiz yere kendini kötü hissetme,
- Halsizlik, zayıflık hissi,
- Uyku bozuklukları,
- Huzursuzluk,
- İştah kaybı,
- Yeme içme alışkanlıklarının değişmesi,
- Kötü rüyalar,
- Gürültüye duyarlılığın artması,
- Bedensel değişiklikler (mide ağrıları, kafada basınç hissi, titreme),
- Dikkat yetersizliği,
- Sosyal geri çekilme,
- Unutkanlık,
- Dış görünümüne önem vermeme, özbakımı ihmal,
- Günlük alışkanlıklarında değişiklikler,
- Mesleki alanda güçlükler (işverenle, meslekdaşlarla anlaşmazlıklar),
- Diğerleri,

**Ek;14**  
**Form 14**

Hastamın kişisel hastalığına özgü erken (öncül) belirtiler şunlardır;

Ek; 15  
Form 15

### Alevlenme/Kriz Belirtileri

#### Varsanılar;

- İşitme;** Hastanın gerçekte var olmayan sesleri duyması. Bu sesleri yalnızca kendisi duyar. Kadın veya erkek sesi, tanıdık veya yabancı sesler olabilir. Konuşma sesleri veya anlaşılmasız sesler olabilir.
- Görme;** Hastanın gerçekte var olmayan görüntüleri uyanıkken görmesi. Bu görüntüleri yalnızca kendisi görür. Kadın veya erkek görüntüsü, tanıdık veya yabancı başka görüntüler olabilir.
- Koku;** Hastanın gerçekte var olmayan kokular duymasıştır.
- Tad alma;** Hastanın ağızına gerçekte var olmayan birtakım tadların gelmesi,
- Dokunma;** Gerçekte olmadığı halde, hastanın üstünde bir şey gezdiğini hissetmesi veya birşeyin dokunduğundan emin olması,

#### Sanrılar;

- Kötülük görme inancı,  
Kafasına düşüncelerin sokulduğuna, düşüncelerinin yayıldığına inanması,  
Televizyondan, radyodan mesaj aldığına inanması,  
Kendini güçlü, önemli bir kişi sanma,  
Yakınlarının yakını olmadığını, başka kişiler olduğunu söyleme,  
Kıskançlık - aldatılma inançları.  
Cinsellikle ilgili sanrılar, ünlü birinin kendine aşık olduğunu sanma gibi,  
Diğerleri...

**Ek; 16**  
**Form 16**

Hastamın alevlenme sırasındaki belirtileri şunlardır;

## EK 2

### Açıklama:

Sayın Katılımcı,

Sizlerin gereksinimlerine yönelik uygulayacağımız eğitim programını etkileyebileceği düşünülen konulara ilişkin aşağıda bazı sorular yer almaktadır. Size uygun seçeneği belirtiniz.

Teşekkür ederim.  
Seda Kızıltoprak

Adı:

Soyadı:

Adres:

Tarih:

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

a) Kadın

b) Erkek

3. Eğitim durumunuz:

a) Ortaokul

b) Lise

c) Üniversite

d) Lisans Üstü

4. Mesleğiniz:

5. Medeni Durumunuz:

a) Bekar

b) Evli

c) Dul

d) Boşanmış

6. Yaşantınızın herhangi bir döneminde psikolojik rahatsızlık yaşadınız mı?

a) Hayır

b) Evet

(Açıklayınız).....

7. Şizofreni tanısı alan yakınınızın,

a) Yaşı:

b) Cinsiyeti:

1. Erkek

2. Kadın

c) Yakınlığı:

d) Aynı evde mi yaşıyorsunuz:

e) İlk hastalanma tarihi:

f) Kaç kez hastaneye yatışı oldu, hastalık hikayesinden bahseder misiniz?:

8. Ailenizde psikolojik rahatsızlığı olan birey var mı? ( şizofreni tanısı alan yakınınız dışında)

a) Hayır

b) Evet .....Yakınlığı:

Hastalığı:

İlk hastalanma tarihi:

9. Aile ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?

10. Kronik şizofreni tanısı almış yakınınızla ilişkinizi nasıl tanımlarsınız?

11. Hastalığın aileniz üzerindeki etkilerini nasıl tanımlarsınız?

12. Şizofreni hastalığını nasıl tanımlarsınız?

13. Gelecekle ilgili planlarınızdan bahseder misiniz?

14. Yakınınızla ilgili gelecekte beklediğiniz nelerdir?

### EK - 3

#### BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade size uygun ise "Evet", uygun değil ise "Hayır" ifadesinin altındaki kutunun içerisine (x) işareti koyunuz.

	Evet	Hayır
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.		
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur		
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.		
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.		
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.		
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.		
7. Geleceğimi karanlık görüyorum.		
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.		
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.		
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe hazırladı.		
11. Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.		
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum.		
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.		
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.		
15. Geleceğe büyük inancım var.		
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.		
17. Gelecekte doyuma ulaşmam olanaksız gibi.		
18. Gelecek ban bulanık ve belirsiz görünüyor.		
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.		
20. İstediyim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.		

EK – 4

## AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (ADÖ)

### AÇIKLAMA:

İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derece uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür.

**Her cümle için 4 seçenek söz konusudur.**

Aynen Katılıyorum	Eğer cümle sizin ailenize tamamen uyuyorsa işaretleyiniz.
Büyük Ölçüde Katılıyorum	Eğer cümle sizin ailenize çoğunlukla uyuyorsa işaretleyiniz.
Biraz Katılıyorum	Eğer cümle sizin ailenize çoğunlukla uymuyorsa işaretleyiniz.
Hiç Katılmıyorum	Eğer cümle sizin ailenize hiç uymuyorsa işaretleyiniz.

Cevap kağıdında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır.

Size uyan seçeneğe (X) işareti koyunuz. Her cümle için uzun uzun düşünmeyiniz. Mümkün olduğu kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

## AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

CÜMLELER	1 Aynen Katılıyorum	2 Büyük Ölçüde Katılıyorum	3 Biraz Katılıyorum	4 Hiç Katılmıyorum
1. Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.				
2. Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.				
3. Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenini bilir.				
4. Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli şekilde yerine getirmezler.				
5. Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.				
6. Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.				
7. Ailemizde acil bir durum olsa şaşırır kalırız.				
8. Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.				
9. Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan çekiniriz.				
10. Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.				
11. Evde dertlerimizi, üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.				

CÜMLELER	1 Aynen Katılıyorum	2 Büyük Ölçüde Katılıyorum	3 Biraz Katılıyorum	4 Hiç Katılmıyorum
12. Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.				
13. Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğinizde sizi dinlerler.				
14. Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.				
15. Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.				
16. Ailemizin üyeleri, birbirine hoşgörülü davranırlar.				
17. Evde herkes, başına buyruktur.				
18. Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.				
19. Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.				
20. Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.				
21. Ailecek korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.				
22. Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.				
23. Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.				
24. Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.				

CÜMLELER	1 Aynen Katılıyorum	2 Büyük Ölçüde Katılıyorum	3 Biraz Katılıyorum	4 Hiç Katılmıyorum
25. Bizim ailede herkes kendini düşünür.				
26. Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.				
27. Evimizde banyo ve tuvalet (yüznumara) bir türlü temiz durmaz.				
28. Aile içinde birbirimize sevgi göstermeyiz.				
29. Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.				
30. Ailemizde, herbirimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.				
31. Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.				
32. Ailemizde sert- kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.				
33. Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.				
34. Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.				
35. Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istemediklerimiz birbirinden farklıdır.				
36. Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız.				
37. Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteriz.				

CÜMLELER	1 Aynen Katılıyorum	2 Büyük Ölçüde Katılıyorum	3 Biraz Katılıyorum	4 Hiç Katılmıyorum
38. Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.				
39. Ailemizde sevgi, şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.				
40. Evde işlerin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.				
41. Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.				
42. Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterirler.				
43. Evde birbirimize karşı açık sözlüüz.				
44. Ailemizde hiç bir kural yoktur.				
45. Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.				
46. Aile içinde, herhangi bir sorunun (Problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.				
47. Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeliyiz.				
48. Bizim evde aklınıza gelen herşey olabilir.				
49. Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirinize ifade edebiliriz.				

CÜMLELER	1 Aynen Katılıyorum	2 Büyük Ölçüde Katılıyorum	3 Biraz Katılıyorum	4 Hiç Katılmıyorum
50. Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.				
51. Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.				
52. Sinirlenince birbirimize küseriz.				
53. Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.				
54. Kötü bir niyetle olmasada evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.				
55. Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (Yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı, aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.				
56. Aile içinde birbirimize güveniriz.				
57. Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.				
58. İşimize (okulumuzda) yetişmekte güçlük çekiyoruz.				
59. Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.				
60. Problemlerimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.				

## 9. KAYNAKLAR

1. Akyolcu N.: Hasta ve ailesinin hastalığa adaptasyonu. Hemşirelik Bülteni, 9(43-44): 23-31,1999.
2. Atbaşoğlu C., Çermik Ö., Göğüş A.K.: Ayaktan izlenen hastalarda ilaç tedavisine uyum. 3P Dergisi, 1(1): 35-39, 1993.
3. Atkinson J.M., Coia D.A.: Şizofreniyle Uğraşan Aileler. Çev.: Ünal S., Glasgow Üniversitesi Yayınları, 1997.
4. Bachrach L.L.: Psychococial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients. American Journal of Psychiatry, 149 (11): 1455-1462, 1992.
5. Ball R.A., Moore E., Kuipers L.: Expressed emotion in community care staff. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 27: 35-39, 1992.
6. Berksun O.E., Can S.: Şizofreni, aile ve dışa vuran duygular kavramı. Ed: Sayıl I., Bireyden Topluma Ruh Sağlığı, s. 127-140, Erler Matbaacılık, İstanbul, 2004.
7. Bland R., Darlington Y.: The nature and sources of hope: perspectives and family caregivers of people with serious mental illness. Perspectives in Psychiatric Care, 38: 61-69, 2002.
8. Broker C, Falloon I, Butterworth, Goldberg D, Grahom-Hole V : The outcome training community psychiatry nurse to deliver psychosocial intervention. British Journal of Psychiatry, 165: 222-230, 1994.
9. Brundtland G.H.: Mental health in the 21 st century. Bulletin of the World Health Organization, The International Journal of the Public Health, 78(4): 411.

10. Bulut I.: Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı. Özgüzelış Matbaası, Ankara, 1990.
11. Candansayar S.: Neden, Nasıl Şizofreni, 1. Basım, Şen Matbaa, Ankara,2005
12. Cansever A.: Ailenin Duygu Dışavurumunun Şizofrenik Bozukluğun Seyri Üzerine Etkisi. GATA Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, 2004.
13. Carroll A., Pantelis C., Harvey C.: Insight and hopelessness in forensic patients with schizophrenia. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38:169-174, 2004.
14. Conley R., Kelly D.: Şizofreninin Farmakolojik Tedavisi. İkinci Baskı. Çev.: Aksoy A., Karabekiroğlu K., AND Danışmanlık, İstanbul, 2003.
15. Danacı A.E, Karaca N., Deveci A: Şizofreni hastalarında aile işlevselliği ile sosyal işlevsellik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Türkiye’de Psikiyatri Dergisi, 7(3): 103-108, 2005.
16. Doğan O.: Şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımlar, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ders Notları, 2004.
17. Doğan O., Doğan S., Tel H., Çoker F., Polatöz Ö., Başeğmez F.D.: Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Aileler. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3(3): 133-139, 2002.
18. Donegan K.R., Palmer-Erbs V.K.: Promoting the importance of work for persons with psychiatric disabilities-the role of the psychiatric Nursing, Journal of Psychosocial Nursing, 36(4): 13-23, 1998.
19. Doornbos M.M.: Family caregivers and the mental health care system: reality and dream. Archives of Psychiatric Nursing, 16(1): 39-46, 2002.

20. Duman Z.Ç.: Şizofreni Tanılı Bireylere ve Ailelerine Topluma Yeniden Katılım Programı Uygulaması ve İzleme Çalışması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2003 (Danışman Doç Dr. Nesrin Aştı ).
21. Durak A.: Beck umutsuzluk ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türk Psikoloji Dergisi, 9(31): 1-11, 1994.
22. Ebrinç S., Çetin M., Başoğlu C., Ağargün M.Y., Seçil M., Can S., Çobanoğlu N.: Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışavurumunun incelenmesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2(1): 5-14, 2001.
23. Epstein N.B., Bolwin L.M. and Bishop D.S.: The McMaster Family Assesment Device, Journal of Marital and Family Theraphy, 9(2): 171-180, 1983.
24. Evlice Y.E.: Şizofreni ve Psikotik Bozukluklar, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ders Notları, 2003.
25. Fadden G.: Family Intervention. Psychiatric Nursing, Third Edition, Mosby Company, Philadelphia, s:160-182,1999.
26. Goldstein M.J.: ABD'de şizofreni tedavisi kapsamında ruhsal-eğitsel aile programları. Çev: Şen N., Şizofreni Yazıları, Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği Yayın Organı, 1(1): 20-26, 2000.
27. Goldstein M.J., Miklowitz D.J.: The effectiveness of psychoeducational family therapy in the treatment of schizophrenic disorders. Journal of Marital and Family Theraphy, 21(4): 361-176, 1995.

28. Göğüş A.K., Kültür S., Alptekin K., Mete L., Üçok A., Uzun Ö.: Şizofreni tanılı hastalarda bir yıllık çok merkezli izleme çalışması: Çalışmaya alınan hastaların sosyo-demografik özellikleri. 37. Ulusal Psikiyatri Kongre Kitabı, İstanbul, 2001
29. Gülseren L.: Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. Türk Psikiyatri Dergisi, 13(2): 143-151, 2002.
30. Gülseren L., Turgut S., Yaprak S., Kültür S.: Şizofreni tanısı konmuş bir grup hastanın aileleriyle sosyometrik psikodramatik grup terapisi süreci. Türk Psikiyatri Dergisi, 10(4): 325-331, 1999.
31. Gümüş A.: Şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7: 33-42, 2006.
32. Hall M.J.: Parent copying styles and schizophrenic patient behavior as predictors of expressed emotion. Family Process, 39: 435-444, 2000.
33. Howard P.B.: The experience of adult children with schizophrenia. Issues in Mental Health Nursing, 19(4): 399-412, 1998.
34. Hwang M.Y., Bermanzohn P.C.: Şizofreni ve Eş Tanılı Durumlar. Çev. Ed.: Üçok A., Yelkovan Yayıncılık, İstanbul, 2002.
35. Işık E.: Şizofreni, Genişletilmiş 2. Baskı, Kent Matbaacılık, Ankara, 1997.
36. Kuipers L., Bebbington P.: Expressed emotion research in schizophrenia: theoretical and clinical implications. Psychological Medicine, 18: 893-909, 1988.
37. Kuşcu M.K., Duman Z., Akman M., Üçok A.: Şizofreni tanılı hastaların bakım vericilerinde duygu ifadesi düzeyleri, umut ve kendini suçlama ifadeleri arasındaki ilişki, 3P Dergisi, 13(4), 2005 .

38. Kuşcu M.K. : Bir 'tanı'sıklık aracı olarak duygu ifadesi kavramı ve camberwell aile görüşmesi. Şizofreni Yazıları, Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği Yayınları, Ankara ,2(4): 5-7, 2001.
39. Kuşcu M.K. : Şizofrenik Bozukluk Tanısı Alan Hastaların Ailelerinde Duygu İfadesi Düzeylerin Tedavi Uyumuna Etkisi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul,1998.
40. Kutlu Y., Pektekin Ç.: Durumsal bir kriz yaşayan ailelerin sorunla başa çıkma yolları ve hemşirelik bakımının etkinliği. Hemşirelik Bülteni, 9(43-44): 303-315,1999.
41. Kutlu Y., Buzlu S., Pektekin Ç. ve Ark.: Ruhsal bozukluğa sahip hastası olan aile bireylerinin gereksinimleri ve sorunları ile başa çıkma yolları. Hemşirelik Bülteni, 12(45): 29-35,1999.
42. Kültür S., Mete L.: Psikiyatri Temel Kitabı. Cilt 1, Ed.: Güleç C., Köroğlu E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997.
43. Lewis S., Buchanan R.W.: Şizofreni. Çev.: İçen M., AND Danışmanlık, İstanbul, 2002.
44. Moore S.L.: Hope makes difference. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12:100-105, 2005.
45. Mowbray C.T., Nicholson J., Bellamy C.D.: Psychosocial rehabilitation service needs of woman. Psychiatric Rehabilitation Journal, 27(2): 104-113, 2003.
46. Nelson E.A., Maruish M. E., Axler J.L.: Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates. Psychiatric Services, 7(51): 885-889, 2000.

47. Özeltin, G.: Psikiyatri hemşireliğinde hasta ve aileleri, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(1):1-8,1999.
48. Özeltin G.: Kadını/Hemşirenin yetersiz benlik-imesi yazgı mıdır?. Hemşire Dergisi, 51(4), 2001.
49. Özpoyraz N. Tamam L.: Şizofrenik bozukluk. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ders Notları, 2003.
50. Öztürk O.: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 9. Basım, Feryal Matbaası, Ankara, 2002.
51. Özutek S.Z.: Şizofrenide Aile ve Hasta Arasındaki Etkileşimin Hastalık Belirtileri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2005.
52. Pitschel-Walz G., Bauml J., Bender W., Engel R.R., Wagner M.: Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: result of the Munich psychosis information Project study. Journal Clinical Psychiatry, 67(3): 443-452, 2006.
53. Polat A., Üçok A., Genç A.: Ruhsal hastalığı olan kişilerin ailelerinde stigma. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi Poster Bildirileri, Antalya, 2000.
54. Pollio D.E., North C.S., Reid D.L., Miletic M.M., McClendon J.R.: Living with severe mental illness-what families and friends must know: evaluation of a one-day psychoeducation workshop. Social Work, 51(1): 31-38, 2006.
55. Rummel-Kluge C., Pitschel-Walz G., Bauml J., Kissling W.: Psychoeducation in schizophrenia-results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria and Switzerland. Schizophrenia Bulletin, Jul(14), 2006.

56. Sağduyu A., Aker T., Özmen E., Uğuz Ő., Ögel K., Tamar D.: Őizofrenisi olan hastaların yakınlarının Őizofreniye yönelik tutumları. Türk Psikiyatri Dergisi, 14(3): 203-121, 2003.
57. Saygılı S.: Ruh Sağlığı Hastalıkları ve Korunma Yolları, Ziya Ofset, İstanbul, 2001.
58. Seber G.: Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlięi Üzerine Bir Çalışma, Yayınlanmamış Doęentlik Tezi, Anadolu Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Psikiyatri Bölümü, Eskiřehir, 1991.
59. Sevinçok L.: Şizofrenide psikososyal tedaviler. Şizofreni Dizisi, 1:72-80,2000.
60. Stefan M., Travis M., Murray R.: Görsel Tıp Serileri Ansiklopedisi: Şizofreni Atlası, Türkçe Yayın Ed.: Őar V., CSA Global Yayın Ajansı, İstanbul, 2004.
61. Tel H., Terakye G.: Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoeğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 1(3): 133-142, 2000.
62. Üçok A.: Şizofreni Tedavi Klavuzu. Ed: Alptekin K., Atbaşoğlu C., Pozitif Matbaacılık, Ankara, 2005.
63. Ünal S., Kaya B., Çekem B., Özışık H., Çaklı G., Kaya M.: Şizofreni, iki uçlu duygu durum bozukluğu ve epilepsi hastalarında aile işlevlerinin karşılaştırılması, Türk Psikiyatri Dergisi, 15(4): 291-299, 2004.
64. Ünsal G.: Kronik Şizofren Hastalarda Psikososyal Beceri Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2004 ( Danışman: Yard. Doç. Dr. Ö. Işıl).

65. Ünsal G.: Şizofreni hasta ailelerinde ruhsal eğitim grupları. Şizofreni Bülteni, 12: 7-9, 2005.
66. Willick W.S.: Schizophrenia: a parent's perspective-mourning without end. Ed: Andreasen N.C., Schizophrenia: From Mind to Molecule. S.5-19, American Psychiatric Pres, 1994.
67. Yazar J.: Psikiyatrik ortamın hastaların iyileşmeleri üzerindeki etkileri, Hemşirelik Bülteni, 1(4): 6-13,1984.
68. Yazıcı A.: Şizofrenik Hasta Ailelerinde Ruhsal Eğitim Grupları, Şizofrenide Psikososyal Tedaviler 2, PAREM, Kutu Grafik, İstanbul, 2001.
69. Yıldız M.: Psikososyal Beceri Eğitimi, Şizofrenide Psikososyal Tedaviler 4, PAREM, Kutu Grafik, İstanbul, 2001.
70. Yıldız M.: Şizofreni, Hastalığı Anlamak ve Onunla Yaşamayı Öğrenmek, Birinci Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1999.
71. Yıldız M.: Şizofrenili hastaların ayaktan tedavisinde ruhsal ve toplumsal girişimler neden gereklidir?. Ed: Candansayar S., Neden, Nasıl Şizofreni. PEDAY, Ankara, 2005.
72. Yıldız M.: Psikososyal rehabilitasyon. Ed: Sayıl I. Bireyden Topluma Ruh Sağlığı, s:151-164, Erler Matbabcılık, 2004.
73. Yıldız M.: Psikiyatrik rehabilitasyon felsefesi. 3P Dergisi, 8 (Ek 4): 11-15, 2000.

74. Yurtsever Ü.E., Kutlar T., Tarlacı N., Kamberyan N., Yaman M.: Ruhsal hastalıkların tedavisinde psikososyal bir boyut: psikoöğitimsel bir model. *Düşünen Adam*, 14(1): 3-40, 2001.

## 10. ÖZGEÇMİŞ

10.06.1979'da Diyarbakır'da doğan Seda Kızıltoprak; ortaöğrenim ve lise eğitimini Adana'da, lisans eğitimini Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulunda 2001'de tamamladı. 2003 yılında Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans öğrenimine başladı. 2001-2003 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Koroner Yoğun Bakımda yoğun bakım hemşiresi, 2003-2006 yılları arasında V.K.V. Amerikan Hastanesinde kat hemşiresi ve işyeri hemşiresi olarak görev yaptı. Halen özel şirkette işyeri hemşiresi olarak görev yapmaktadır.