TC
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PSİKİYATRİ SERVİSİNDE YATAN ŞİZOFREN HASTALARIN YAKINLARININ SOSYAL DESTEK VE STRESLE BAŞ ETME DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mehtap ESMEK

Danışman
Yrd.Doç.Dr.Havva TEL

Konya -2007

İÇİNDEKİLER

	SAYFA NO
İÇİNDEKİLER	i
TABLO LİSTESİ	iii
1.GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	5
2. LİTERATÜR BİLGİLERİ	6
2.1.Şizofreni	6
2.1.1.Şizofreninin yaygınlığı ve sıklığı	7
2.1.2.Şizofreni etyolojisi	7
2.1.3.Şizofreni belirti ve bulguları	8
2.1.4.Şizofreninin tipleri ve özellikleri	10
2.1.5. Şizofreni prognozu	11
2.1.6. Şizofreni tedavisi	12
2.1.7. Şizofreninin aile üzerine etkisi	13
2.1.8. Şizofrenide hemşirelik yaklaşımları	16
2.2. Stres	17
2.2.1. Stresle başetme yöntemleri	19
2.2.2. Stresle baş etmede bireyin kendisinin uygulayacağı stres yönetme teknikleri	20
2.2.3. Stresi azaltmada kullanılan başka yardımcı yollar	21
2.3. Sosyal Destek	22
3.GEREÇ ve YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Tipi	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	25
3.3. Araştırmanın Evreni	26
3.4. Araştırmanın Örneklemi	26
3.5. Veri Toplama Yöntemi	26
3.6. Veri Toplama Araçları	26
3.6.1. Anket Formu	26

	SAYFA NO
3.6.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	27
3.6.3. Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)	27
3.7. Verilerin Analizi	28
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	28
3.9. Araştırmanın Etiği	28
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
4.BULGULAR	30
4.1.Hasta Yakınları ve Hastalık Süreci ile İlgili Özellikler	30
4.2. Hasta Yakınlarının SBTÖ'ye İlişkin Bulguları	33
4.3. Hasta Yakınlarının ÇBASDÖ'ye İlişkin Bulguları	44
5.TARTIŞMA ve SONUÇ	54
5.1. Hasta Yakınları ve Hastalık Süreci Bulgularına İlişkin Tartışma	54
5.2. Hasta Yakınlarının SBTÖ'ye İlişkin Bulgularını Tartışma	57
5.3. Hasta Yakınlarının ÇBASDÖ'ye İlişkin Bulgularını Tartışma	60
6. ÖZET	63
7. SUMMARY	65
8. KAYNAKLAR	67
9. EKLER	76
Ek-1. Anket Formu	76
EK-2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	78
EK-3. Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği	79
10. ÖZGEÇMIŞ	81
11. TEŞEKKÜR	83

TABLOLAR DİZİNİ

	SAYFA NO
Tablo 4.1.1 Hasta Yakınlarının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Hastalık Süreci İle İlgili Bilgiler	30
Tablo 4.2.1. Hasta Yakınlarının Cinsiyete Göre SBTÖ Puanları	33
Tablo 4.2.2. Hasta Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre SBTÖ Puanları	34
Tablo 4.2.3. Hasta Yakınlarının Medeni Durumuna Göre SBTÖ Puanları	35
Tablo 4.2.4. Hasta Yakınlarının Aile Yapısına Göre SBTÖ Puanları	36
Tablo 4.2.5. Hasta Yakınlarının Öğrenim Durumlarına Göre SBTÖ Puanları	37
Tablo 4.2.6. Hasta Yakınlarının Meslek Durumuna Göre SBTÖ Puanları	39
Tablo 4.2.7 Hasta Yakınlarının Sosyal Güvenceye Göre SBTÖ Puanları	41
Tablo 4.2.8. Hasta Yakınlarının Hastanın İyileşmesine İnanıp-İnanmamasına Göre SBTÖ Puanları	42
Tablo 4.2.9. Hasta Yakınlarının Hastanın Hastalığından Etkilenip-Etkilenmeme Durumuna Göre SBTÖ Puanları	43
Tablo 4.3.1.Hasta Yakınlarının Cinsiyete Göre ÇBASDÖ Puanları	44
Tablo 4.3.2.Hasta Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre ÇBASDÖ Puanları	45
Tablo 4.3.3. Hasta Yakınlarının Medeni Duruma ÇBASDÖ Puanları	46
Tablo 4.3.4. Hasta Yakınlarının Aile Yapısına Göre ÇBASDÖ Puanları	47
Tablo 4.3.5. Hasta Yakınlarının Öğrenim Durumlarına Göre ÇBASDÖ Puanları	48
Tablo 4.3.6. Hasta Yakınlarının Meslek Durumuna Göre ÇBASDÖ Puanları	49
Tablo 4.3.7. Hasta Yakınlarının Sosyal Güvence Durumuna Göre ÇBASDÖ Puanları	50
Tablo 4.3.8. Hasta Yakınlarının Hastanın İyileşmesine İnanıp-İnanmama Durumuna Göre ÇBASDÖ Puanları	51
Tablo 4.3.9. Hasta Yakınlarının Hastanın Hastalığından Etkilenme Durumuna Göre ÇBASDÖ Puanları	52

1.GİRİŞ

Bireyin temel haklarından birisi olan sağlıklı yaşamak, homeostatik dengenin bozulmasıyla birlikte tehlikeye düşmekte, birey ortaya çıkan değişikliklerle baş edemez hale gelmekte ve hastalık durumu ortaya çıkmaktadır. Hastalık bireyi fizyolojik, psikolojik ve sosyal bakımdan etkilemektedir. Hastalık akut başlayıp kısa süreli olduğu gibi sinsi başlayıp yaşam boyu devam etmekte kronikleşmektedir. (Birol 2002, Çakırcalı 2000).

Kronik hastalıklar hem fiziksel hem de ruhsal süreklilik göstermekte, kalıcı sakatlık, yetersizlik, geriye dönüşsüz patolojik değişikliklere neden olmakta bireyin sürekli bakımını ve özel rehabilitasyonunu gerektirmektedir. Bu bakım ve rehabilitasyon geçici sürelerde kurumlarda ve çoğunlukla da ailede verilmektedir (Yılmaz 1999). Her hastalık yaşantısının bireye ve çevresine getirdiği güçlükler olmakla birlikte bu güçlükler hastalığın fiziksel ya da ruhsal olmasına bağlı değişiklik göstermektedir. Kronik hastalıklar ailenin tüm yaşantısını etkileyerek onların stres yaşamalarına neden olmakta, aile üyelerinin hasta bireye yardım çabasını sınırlamakta ve aile sağlığını etkilemekte bunun sonucu olarak da aile üyelerinin yardım gereksinimi artmaktadır (Tel ve Terakye 2000).

Toplumda oldukça yaygın görülen ve önemli yeti kayıplarına neden olan ruhsal hastalıklardan birisi de şizofrenidir. Şizofreni bireyin düşünce, duygu, davranış, kişilerarası ilişkiler, iş ve sosyal uyumunda ağır bozuklukların olduğu ruhsal bir hastalıktır. Şizofreninin sebebinin tam olarak aydınlığa kavuşmamış olması, buna bağlı olarak amaca uygun tedavinin olmaması, vaka sayısının giderek artması, hastalığın genç yaşlarda başlaması, iş yapabilme gücünü zayıflatması bu hastalığı psikiyatrinin en güncel problemi haline getirmiştir (İsmailov ve Özakkaş 1998, Öztürk 2004, Yüksel 2001).

Şizofreni bireyi, aile üyelerini ve toplumu çok yönlü etkilemektedir. Şizofreninin bireyin yaşam kalitesini azaltan ve sık tekrarlarla aile ve toplumu zorlayan olumsuz etkileri vardır (İlkay 2002, Yıldız ve ark 2002). Ayrıca hastalığın neden olduğu yetersizlik, stigma ve ayrımcılık nedeniyle bireyler çalışma ve boş

zamanlarını değerlendirme etkinliklerine katılamamakta benlik saygısında azalma ve güvensizlik yaşamaktadırlar (Rössler ve ark 2005). Hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan stigma birey ve aileyi olumsuz etkilemektedir (Sağduyu ve ark 2001, Perlick 2004). Ruhsal hastalığa ilişkin toplumun olumsuz değer yargı ve tutumları birey ve ailenin erken dönemde ve etkin yardım almasında engelleyici bir faktör olduğundan bireylerin sosyal destek kaynaklarından yararlanma ve yaşadıkları sorunlarla baş etme düzeyleri yetersiz olabilmektedir (Özmen ve ark 2003).

Şizofreni hastasıyla yaşarken aile üyeleri hastalık semptomlarına yaklaşım konusunda ne yapacaklarını bilemediklerinden genellikle inkâr, umursamazlık, teslimiyetçilik, boyun eğme, umutsuzluk, çaresizlik gibi etkin olmayan başetme davranışları göstermekte ve yardım gereksinimleri artmaktadır (Birchwood ve Cochrane 1990). Yapılan çalışmalarda şizofren hastaların ailelerinde sosyal ve duygusal ortamın hastalığın belirtilerinin tekrarlamasında etkili olduğu belirtilmektedir (Nugter ve ark 1997, Provencher ve Mueser 1997).

Günlük yaşamda bireyin işlevlerini yerine getirebilmesi için bir miktar stres gereklidir. Sinir sisteminin işlevlerini sürdürmesinde belli bir uyarana ihtiyaç vardır. Duygusal açıdan hafif bir genel uyarılmışlık hali bireyi canlı ve yapılacak işe ilgili olmaya yönlendirir. Ancak çok yoğun ve uzayan bir uyarılmışlık hali organizmada gerginlik yaratarak fiziksel ve psikolojik stres etkilerine neden olur (Atkinson ve Atkinson 1995). Stres organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan fiziksel, duygusal ve ruhsal yüklemeler sonucu zorlanmalar ve gerilimler yaşanan durum olarak tanımlanır (Altuntaş 2003, Baltaş ve Baltaş 1997)**.** Stres yaşantısının birey üzerindeki etkisini azaltmak için kullanılan yaklaşımlar stres yönetimi kavramı ile açıklanmaktadır. Aşırı stresle başa çıkmak ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla, durumu değiştirme ya da duruma verilen tepkileri değiştirmeye "stres yönetimi" denir (www.geocities.com 2007). Stresle başa çıkma davranışları, duygusal gerilimi azaltma amacıyla gösterilen duygusal tepkilerin tümünü içermektedir. Stresle başa çıkma ruh ve beden sağlığını korumak, üretici ve verimli bir yaşam sürebilmek için gereklidir (Akbaba ve Gözüm 1998, Atkinson ve Atkinson 1995, Bulut 2005).

Hastalık sürecinde hasta ve ailesinin stresle başa çıkmasında sosyal destek önemli bir etkiye sahiptir (Eker ve ark 2001). Sosyal destek; bireye yakın çevresi tarafından sağlanan her türlü maddi ve manevi yardım olarak tanımlanmaktadır. Bireyin yaşamında önemli yeri olan, gerektiğinde bireye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkiler bireyin sosyal destek sistemlerini oluşturmaktadır. Sosyal destek, stres ve strese bağlı hastalıklarda sağlığı olumlu yönde etkilemektedir (Birchwood ve Cochrane 1990, Sorias 1988a).

Destek bireyi tanıyan ve onunla sürekli birlikte olan kişiler tarafından verilir. Bu nedenle aile hasta birey için önemli bir destek kaynağıdır. Caplan'a göre destek veren bireyler, hasta bireyin kendi psikolojik kaynaklarını kullanmasına ve duygusal sıkıntılarının üstesinden gelmesine yardımcı olurlar (Sorias 1988b). Bir hemşirelik rolü olarak destek ise; hemşire-hasta ilişkisinin belirli aşamalarında ortaya çıkan gereksinimlerde hemşirenin danışmanlık, eğiticilik, kaynak kişi rollerini kullanarak hastaya verdiği yardımdır (Angermeyer ve ark 2006).

Ruhsal sorunlu bireylerin aile üyelerinin hastanın sorunuyla başa çıkmada hastayla daha çok birlikte olabilmek için sosyal yaşamdan uzaklaşarak kendilerini hastaya adamaları gibi işlevsel olmayan yollara başvurdukları ve bu davranışın hastanın bağımsızlığını engelleyen aşırı koruyucu bir davranış olduğu belirtilmektedir (Gülseren 2002). Hastalık sürecinde aile yükünün azalmasının, ailenin aldığı profesyonel ve sosyal destek ile ilişkili olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Bu nedenle ruhsal sorunlu bireylerin ve hasta yakınının aynı evde kalıp kalmadığına bakılmaksızın hasta yakınlarına yönelik stres yönetimi için yardım edilmesi gerekmektedir (Rössler ve ark 2005).

Şizofren hastanın bakımından sorumlu hasta yakınlarının hastalık sürecinde algıladıkları sosyal desteğin ortaya konulması, stresle başetme yöntemlerinin açıklığa kavuşturulması; varolan sorunların tanımlanması ve bu sorunlara yönelik çözüm yollarının bulunması açısından önemlidir. Çünkü bu sorunlar yalnızca hasta ailesini değil ailenin içinde yaşadığı bütün toplumu olumsuz yönde etkilemektedir. Stigma nedeniyle toplum tarafından dışlanan ya da üstlendikleri sorumluluğun getirdiği yükten kaynaklanan kısıtlamalarla sosyal hayattan uzaklaşan hasta yakını, toplum

içinde üzerine düşen sorumluluktan da uzaklaşmaktadır. Toplum sağlığını ve sağlıklı bireylerden oluşan nesillerin yetişmesini tehdit eden bu duruma müdahale edilmesi gerekir.

Şizofren hastanın hastane yatışları, hastanın bakımdan sorumlu yakınını kısa süreli de olsa rahatlatmakta, yükünü hafifletmektedir. Ancak hastane yatışlarının sık tekrarlı olması, hastanın sosyal hayattan kopmaması için uzun süreli yatışına izin verilmemesi ve hastalık belirtilerinin sadece hafiflemesinin taburcu olması için yeterli görülmesi bakımı veren hasta yakınını zor durumda bırakmaktadır. Şizofren hastanın hastanede yattığı sürede bakımı veren hasta yakını ile iletişim halinde olan psikiyatri hemşiresinin sorumluluğu büyüktür. Bu süre zarfında üzerindeki sorumluluğu hemşireye devrettiğini hisseden hasta yakını kendini daha rahat hissedecek ve varolan stresinden uzaklaşacaktır. Ancak bütün bunlar psikiyatri hemşiresinin hasta yakınına ve hastaya vereceği güven, ayıracağı zaman, kuracağı sağlıklı iletişim ve danışmanlıkta göstereceği çabalar doğrultusunda şekillenecektir. Hastane yatışını olumlu ya da olumsuz süreç haline getirmek psikiyatri hemşiresinin elindedir.

Bu noktada hasta yakınlarının sosyal destek ve stresle baş etmelerine yönelik elde edilecek veriler, hem psikiyatri hemşiresinin şizofren hasta yakınlarının sorunlarını tanımlamalarına, bu doğrultuda çözümler üretmelerine yardımcı olacak hem de gelecekteki çalışmalara ışık tutacak ve hasta yakınlarının sıkıntılarını ortadan kaldırmaya yönelik çalışmaların planlamasına katkı verecektir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Servisi ve Konya Numune Hastanesi Psikiyatri Servisinde yatan şizofren hastaların temel bakımından sorumlu yakınlarının sosyal destek ve stresle baş etme düzeylerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

2. LİTERATÜR BİLGİLERİ

2.1. Şizofreni

Şizofreni birçok davranış ve düşünce bozukluğuna neden olan beynin yapısı, fizyolojisi ve kimyasında önemli değişikliklere neden olan çok sistemli psikiyatrik bir bozukluktur. Şizofrenide bireyin düşünce, duygu, davranış, kişilerarası ilişkiler, iş ve sosyal uyumunda ağır bozukluklar görülür (İlkay 2002, Amuk ve ark 2004). Bu bozukluklar, düşüncenin kapsamında ve oluşumunda, uyaranların algılanmasında, duygulanımda, kimlik duygusunda, gerçeği değerlendirme ve kişilerarası ilişkiler kurma yeteneğinde değişikliklerin olduğu bir grup klinik sendromdan oluşur (Kum 1996).

Şizofreni genellikle 15-45 yaş grubunda başlar. Sıklıkla yirmili yaşların başlarında görülür. Belirli bir başlangıç biçimi yoktur. Akut ya da kronik başlayabilir. Sinsi başlangıçta bireyler çocukluk döneminden itibaren uslu, sessiz, fazla arkadaşı olmayan, çevre ile ilişki kurmaktan çok dersleri ya da oyuncakları ile kendi başına vakit geçiren çocuklar olarak tanımlanırlar. İlgi alanları canlı şeylerden çok cansız nesnelere yöneliktir. Çünkü cansız nesneler duygusal bir alışveriş gerektirmemektedir. Bireyler ergenlik döneminde karşı cinsle ilişki kurmada ya da cinsel etkinliklere katılmada güçlük yaşarlar. Sinsi ilerlediğinde hasta yavaş yavaş kendi içine kapanır, çevreyle ilişkilerini sınırlar, evden çıkmaz, arkadaşlarıyla ilişkileri kopar ayrıca aşırı mastürbasyon yapma, kendi kendine gülme ya da konuşma belirtileri görülür (Işık 1997).

Hastalığın akut, birden bire başladığı durumlarda ise şüpheli bazı başlangıç belirtilerinin daha önceden de varolduğu, hastanın yakın çevresince yapılan geriye dönük izlenimlerde fark edilir. Düşünce bozuklukları, algı ve uyku bozuklukları, taşkın ve saldırgan davranışlar hatta bilinç bozukluğu belirtileri gözlemlenebilir (Işık 1997). Şizofreni hastaları, zeka kullanımı konusunda ve iki olay arasında bağlantı kurmada güçlük yaşayabilirler (Seisdedos ve ark 2003). Hastalık ilerledikçe hastanın daha çok içe kapandığı, dış dünya ve gerçeklerden daha fazla koptuğu ve belirtilerin arttığı bilinmektedir (Işık 1997).

2.1.1. Şizofreninin yaygınlığı ve sıklığı

Şizofreni hastalarının önemli bir kısmının yaşamını aşırı düzeyde etkileyen bir durum olmadıkça bir sağlık kuruluşu veya sağlık personeline gitmemesi, bu alandaki çalışmaların sınırlı olması nedeniyle hastalığın ülkemizdeki sıklık ve yaygınlığına ilişkin veriler değişiklik göstermektedir (Yüksel 2001, Öztürk 2004, Işık 1997). Herhangi bir insanda bir yıl içinde şizofreni gelişme olasılığı 1/2000'dir. Her yıl dünyada iki milyon insana şizofreni tanısı konmaktadır (Yüksel 2001). Tüm dünyada 15-45 yaş arasındaki nüfusta şizofreni olasılığı %1'dir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre hastalığın Avrupa ve Asya'daki sıklık oranı %0.85'dir (Öztürk 2004). Genel popülasyona göre şizofreni hasta ailesinde hastalığa yakalanma riski daha yüksektir. Şizofrenilerin çocuklarında bu risk %10-15'dir. Hem anne hem babanın şizofreni hastası olma durumunda bu risk yaklaşık %40'dır (İlkay 2002).

Şizofreni yaygınlığında kadın ve erkek arasında belirgin bir fark bulunamamıştır. Çeşitli çalışmalar şizofreninin sosyo-ekonomik ve eğitim düzeyi düşük bekar bireylerde daha çok görüldüğünü göstermiştir. Ancak sayısı az da olsa bu sonuçlara uymayan çalışmalar da vardır (Gürhan 1991). Gelişmekte olan ülkelerde ailelerin, kültürel normlar ve sağlık bakımı sistemlerinin yetersiz olmasından dolayı, hasta ile daha fazla ilgilenme ve bakımında sorumluluk alma eğiliminde olduğu belirtilmektedir (Dixon 1999).

2.1.2. Şizofreni etyolojisi

Şizofreninin etyolojisi henüz aydınlatılamamıştır. Ancak şizofrenide belirtilerin çok çeşitli olması, etiyolojik etkenlerin çoklu olduğunu düşündürmektedir (Amuk ve ark 2004). Şizofreni etiyolojisine yönelik çalışmalar bozukluğun tek bir nedeni olmadığını ortaya koymuştur. Etyolojiyi saptamaya yönelik aile, akraba, ikiz, evlatlık, genetik çalışmalar sonucunda şizofrenide genetik bir yatkınlığın rol oynadığı kabul edilmiştir. Şizofreni etyolojisinde yapısal bozuklukların 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 saptanmıştır. Şizofreni nedenlerine yönelik varsayımlar; kalıtımsal, gelişimsel, çevresel, sosyokültürel ve nörobiyolojik olmak üzere sınıflandırılmaktadır (Arkonaç 1996a, Yüksel 2001, Öztürk 2004, Işık 1997).

Şizofreni 15-45 yaşları arasında herhangi bir psikososyal stresörle başlamaktadır. Başlangıç belirtileri erkeklerde en çok 15- 24 yaş, kadınlarda en çok 25-34 yaşları arasında görülmektedir. Yaşam sürecinde kadın ve erkeğin şizofreniden etkilenme şansı eşit olmasına karşın erkeklerin kadınlardan daha erken yaşta etkilendikleri görülmektedir (İlkay 2002, Amuk ve ark 2004). Bazı çalışmalarda kadınlarda, bazılarında ise erkeklerde aile öyküsüne daha sık rastlanmıştır (Amuk ve ark 2004).

Şizofreni her türlü sosyo-ekonomik ortamda görülmekle birlikte; enfeksiyonlar, doğum öncesi bakımın yetersizliği ve strese karşı toplumsal desteklerin zayıf olması gibi olumsuz koşullar nedeni ile düşük veya düzensiz gelirli ailelerde daha sık görüldüğü düşünülmektedir (Öztürk 2004). Şizofreni etyolojisinde hastaların doğdukları mevsimlerin de önemli etkisi olduğu düşünülmektedir. Yılı dört eşit zaman dilimine bölerek yapılan çalışmalarda, şizofreni hastalarının genellikle kış ve ilkbahar aylarında doğdukları belirlenmiştir. Stresin hastalığın ortaya çıkışında önemli rolü olduğu düşünülmektedir (Işık 1997, İlkay 2002).

2.1.3. Şizofreni belirti ve bulguları

Hastalığa özgü belirtiler; pozitif ve negatif semptomlar olmak üzere iki kategoride değerlendirilir. Pozitif belirtiler; sanrılar, halüsinasyonlar, konuşma bozukluğu, hareketlerde taşkınlık, düşünce bozukluklarıdır. Pozitif belirtilerde ilaç tedavisinden olumlu sonuç alınır (Köroğlu 1998). Negatif belirtilerde ise; ilgi azalması, duygusal küntlük, vurdumduymazlık, düşünce ve konuşma fakirliği, halsiz isteksiz yorgun görünüş, hareketlerde yavaşlık, fiziksel bakımını yerine getirememedir. İlaç tedavisi etkili değildir (Harrison ve ark 1998, Köroğlu 2001).

Şizofreninin klinik tablosunda hastalığın değişik evrelerinde farklı belirtiler gözlemlenebilir. Başlangıç döneminde hasta yavaş yavaş gerçeklik kavramını yitirmeye başlamanın korkusunu yaşar. Yaşadığı gerçek dışı yaşantılarına bir

açıklama getirmek amacıyla psikotik düşünce, duygu ve davranışlar geliştirmeye başlar. Zaman içinde hasta bu savaşını bırakır ve yaşadıklarını gerçek olarak kabul etmeye başlar. Bu noktada hastada klinik tablo yerleşmeye başlamıştır (Öztürk 2004). Klinik tabloda gözlemlenen belirtiler arasında düşünce yapısında, düşünce sürecinde, düşünce içeriğinde, algıda, duygulanımda ve davranışlarda bozukluklar gözlemlenmektedir. Şizofren hastaların kendilerine özgü karmaşık ve anlaşılması güç bir konuşma biçimleri vardır. Düşünce zincirleri arasındaki mantık bağları kopmuş ya da bozulmuş olduğundan, konuşmada mantıklı tutarlılık izlenemez. Şizofrenide düzensiz, çok çeşitli ve değişken sanrılar gözlemlenir. Hastalar kendilerinin gizli polis örgütü, birtakım insanlar ya da topluluklar tarafından izlendiklerine, takip edildiklerine, öldürüleceklerine ya da çeşitli şekilde zarar göreceklerine inanırlar. Daha az sıklıkta görülen sanrılardan bazıları da dini konularla aşırı ilgilenme, kendini peygamber zannetmesi ya da ilahi güçlerle işbirliği yaptığı düşünceleridir (Işık 1997).

Şizofrenide her dört hastadan üçünde algı bozukluğu görülmektedir. Algı bozuklukları halüsinasyon ve illüzyon olarak görülür. İşitme halüsinasyonlarında hasta, kendisine emir veren, tehdit eden, suçlamalarda bulunan sesler işitir. Görme halüsinasyonlarında hastanın açıkça tanımlayabildiği, gerçek boyutlarında, renkli, hareketli algı bozuklukları vardır. Hastalar üzerlerine gelen şeytan, acayip yaratık ya da şekillerden bahsederler. Duygulanımları uygunsuzdur. Yavaş yavaş gerçeklerden uzaklaşan hastalar bazen korku, panik, çöküntü duyguları içinde olurken bazen de kendini ulaşılmaz güçlü gören, dinsel yönden kendinden geçen bir duygulanım içinde olurlar. Hastalık ilerledikçe duygusal yaşamlarında ve duygusal dışavurumlarında gittikçe artan kısıtlanma, sığlık, azalma ve donuklaşma gözlemlenir (Öztürk 2004, Işık 1997).

Şizofreni hastasının davranışlarını önceden kestirmek güçtür. Davranışları tutarsız, uygunsuz ve beklenmediktir. Bazen ilgisiz, isteksiz, içe kapanık oldukları gibi, bazen de taşkınlık, saldırganlık davranışı bazen de gösterdikleri gözlemlenir. Sorulan bir soruya karşılık vermeyen bir hasta hiç beklenmedik bir anda üst düzey bir tartışmaya katılabilir. Basit hesapları yapmada güçlük çekerken çok karmaşık bir sorunu çözebilir. Bazı hastalar verilen emirleri robot gibi yerine getirirken bazıları da

istenenin tam tersini yaparlar. Bazı hastalarda kendilerine söylenen sözleri ya da hareketleri tekrar etme eğilimi gözlenirken bazılarında da sürekli tekrar eden el ve kol hareketleri, aynı soruyu ısrarlı olarak sorması, amaçsızca sürekli aynı mesafede yürümesi gözlemlenebilir. Başka bir hastalıkları yoksa fizik muayene bulguları normaldir. Bazı hastalarda aşırı yemek yeme, kilo alma, bazılarında yememe, zayıflık görülür. Cinsel isteksizlik sık görülen bir belirtidir. Bazen de aşırı cinsel kamçılanmışlık görülebilir (Öztürk 2004, Işık 1997).

2.1.4.Şizofreninin tipleri ve özellikleri

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından geliştirilmiş olan ruhsal bozuklukları sınıflandırma (DSM IV) tanı sisteminde şizofreni; katotonik tip, dezorganize tip, paranoid tip, ayrışmamış tip, rezidüel tip olarak alt tiplere ayrılmıştır (Kum 1996). Katatoni kişinin belli bir duruşta uzun süre kıpırdamadan kalması demektir. Katatonik şizofrenide hasta belli bir süre aynı pozisyonda kalır, dışarıdan yapılan ilişki kurma girişimlerine tepkisiz kalır. Bazen birden atak yapıp aşırı hareketli hale geçebilir. Katatonide hastaya istenilen duruş verilebilir. Dezorganize şizofrenide genç yaşta duygusal tepkilerde oynamalar, yüzeyellik, uygunsuzluk, düşünce bozuklukları ortaya çıkar. İlerleyen dönemlerde sanrılar ortaya çıkar. Kişilikte dağılma ve yıkım hızlı gelişir. Hasta kendi iç dünyasında, dış dünya ile kopuk yaşar (Öztürk 2004, Yüksel 2001, Işık 1997, Kum 1996).

Paranoid şizofrenide düşünce içeriğinde bozukluk baskındır. Kötülük görme sanrıları, büyüklük sanrıları, etkilenme sanrıları, alınganlık ve kuşkuculuk gibi düşünce bozuklukları görülür. Kötülük görme sanrısında çevresindekilerin ona zarar vermek istediklerini, büyüklük sanrısında tarihteki önemli kişiliklerden biri olduğunu, etkilenme sanrılarında radyo ya da televizyondaki kişilerin onu etki altına almak için mesajlar gönderdiğini düşünürler. Ayrışmamış tip şizofreni de ise şizofreni belirtileri ile birlikte kesin tanı konulmayacak özellikte şizofreni belirtileri görülür. Rezidüel şizofrenide duygu küntlüğü, vurdumduymazlık, eylem azlığı, toplumdan kopukluk, düşüncede fakirleşme ve kendine bakmama belirtileri gözlemlenir. Bireylerin değişmeye karşı istek ve ilgileri azdır. Hastalık bir karakter yapısına ve yaşam stiline dönüşür (Öztürk 2004, Yüksel 2001, Işık 1997, Kum 1996).

2.1.5. Şizofreni prognozu

Her şizofreni atağın süresi hastadan hastaya değişiklik göstermekle birlikte, genellikle iki ile altı aylık süre içinde büyük ölçüde iyileşme durumu izlenir. Tam bir iyileşmeden çok, genellikle kısmi iyilik hali ya da geçici düzelme olur, hastalık çoğunlukla yinelemeler ile seyreder (Işık 1997, Yüksel 2001). Hastalığın uzun süreli izlenmesinde bazı hastalar tam ve kalıcı olarak iyileşirken, bazıları yinelemelerle seyreder, hastaların bazılarında kişilikte kısmi yıkım olmakla birlikte, toplumsal yaşamda iyileşme izlenirken, bazılarında da kalıcı bir kronik gidiş görülebilir (Öztürk 2004).

Şizofrenide olumlu gelişimi gösteren ölçütler; hastalığın akut başlaması, geç yaşlarda ortaya çıkması, hastalığın ortaya çıkışında gözle görülür stres faktörlerinin olması, hastanın gösterdiği belirtilerde konfüzyon, belirgin belirti kümesi ve duygusal öğelerin olması, ailenin, hastalığın ortaya çıkmasında etkili olabilecek sağlıksız özellikler taşımaması, ailede şizofreni öyküsünün olmaması, bireyin hastalık öncesi kişiliğinin çevreyle uyumlu olması, kişiler arası ilişkilerinde sağlıklı duygusal özellikler göstermesi, mesleki ve cinsel işlevselliğinde başarılı olması, evli ise bu bağı sürdürüyor olması, hastanın hastalığın belirtilerinden rahatsızlık duyması ve bunlara savaş açması, tedaviyi kabullenmesi ve tedavi ekibi ile olumlu iletişim kurması, ailenin hastayı ve hastalığı kabullenici yaklaşımı, ailenin tedavi ekibi ile iletişim kurması ve bunu sürdürebilmesi, hastaneye yatış sayısının ve hastanede kalış süresinin az olması olarak gösterilmektedir (Öztürk 2004, Yüksel 2001, Işık 1997).

Şizofrenide olumsuz gidişi gösteren ölçütler ise; hastalığın sinsi ve çok belirgin olmayan biçimde başlaması, hastalığın ortaya çıkışında elle tutulur, kritik stres yaratıcı etken bulunmaması, hastalık öncesi şizoid, şizotipal kişilik özellikleri taşıması, ailede hastalığın ortaya çıkmasında etkili olabilecek patolojik dinamik süreçlerin varlığı, ailede öteki kişilerde şizofreni öyküsünün varlığı, hastanın, hastalık öncesi toplumsal işlevsellik düzeyinin, kişiler arası ilişkilerinin ve duygusal yaşamının olumsuz olması, hastanın hastalık belirtilerini benimsemesi, tedaviye olumsuz yaklaşması, ailenin hastayı ve hastalığı kabullenmemesi, ailenin tedavi ekibiyle olumlu bir iletişim kuramaması olarak gösterilmektedir (Öztürk 2004, Yüksel 2001, Işık 1997).

2.1.6. Şizofreni tedavisi

Son 30 yıldır şizofreni araştırmalarında öngörülen endişelerden biri, hastaların tedaviye uyumudur. Araştırmalara göre hem tıbbi hem de psikososyal tedaviye uyum oranı düşüktür. Bu uyumu sağlamak için hasta, aile, doktor işbirliği gerekir (Dearing 2004). Şizofreninin ortaya çıkması çoklu etkenlere bağlı olduğundan tedavisinde de birden çok yaklaşım birlikte uygulanır. İlaç tedavisi, bireysel ve grup psikoterapisi, elektrokonvülsif tedavi (EKT), aile terapisi, bilişsel davranışçı tedavi, uğraşı tedavisi, şizofrenide en yaygın kullanılan tedavi yaklaşımlarıdır (Arthur ve The Nursing Research Group 2002, Işık 1997, Öztürk 2004).

Şizofreni tedavisinde antipsikotik ilaçlar kullanılmaktadır. Antipsikotik ilaçlar altta yatan neden ne olursa olsun psikotik semptomları düzelten ilaçlardır. İlaç tedavisi şizofreninin hem akut alevlenme dönemlerinin tedavisinde hem de nükslerin önlenmesinde etkilidir. Antipsikotik ilaçların kullanılmasıyla EKT dışında 1950'li yıllara kadar kullanılmakta olan somatik tedaviler (insülin koma tedavisi, psikoşürürji) terk edilmiştir. Antipsikotik ilaç tedavisi hastalığın belirti ve semptomlarını denetim altına alarak psikososyal tedavi yaklaşımlarının uygulanmasını kolaylaştırmakta, psikososyal yaklaşım ise hastanın ilaç rejimine uymasını, hastanın daha düşük dozda ilaç almasını sağlayarak ilacın yan etkilerinin ortaya çıkma olasılığını ve hastanın yan etki nedeniyle ilacı bırakma olasılığını azaltmaktadır (Arkonaç 1996b).

Günümüzde psikofarmakolojik alandaki gelişmelerin bir sonucu olarak şizofrenide hallisünasyon, sanrı gibi pozitif belirtilerin baskın olduğu aktif evrede başarılı sayılabilecek düzeyde hastalık tedavi edilebilmektedir. Negatif belirtilerin ilaçlara daha az yanıt vermesi, toplumsal yaşamda bozukluğun sürmesi, geleneksel antipsikotik ilaçların rahatsız edici hatta bazen hastanın becerilerini de sınırlayabildiği yan etkilerinin olması şizofreninin uzun süreli gidişini ve hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Arthur ve The Nursing Research Group 2002).

Şizofreni hastalar için en etkin tedavi şekli semptomları düzelten, tekrar ortaya çıkmasını önleyen ilaç tedavisi ile hastanın yetenek ve başetme kapasitesini

yapılandırmayı amaçlayan psikososyal müdahalelerin bir arada yürütülmesidir Şizofrenide EKT tedavisi ise; hastalığın ilaç tedavisine yanıt vermediği durumlarda yapılır (Arkonaç 1996b, Öztürk 2004). Hasta ailesinin şizofreni hakkında bilgilendirilmesi sonrasında hastanın tedavisi olumlu yönde değişmekte, düzenli ilâç tedavisi ile psikososyal tedavinin, aile eğitiminin ve aile desteğinin birleştirilmesi ile hastalığın tekrar etme oranı %50' den %10 ve daha az bir değere düşebilmektedir (Arkonaç 1996b, Cassidy ve ark 2001, Öztürk 2004, Rössler ve ark 2005). Klinikteki tedavilerden sonra ayaktan izlemede grup tedavileri yürüten ve gündüz hastanesi uygulamaları yapan bazı merkezlerin yanı sıra çeşitli illerde hasta yakınları ve profesyonellerin birlikte kurmuş oldukları şizofreni derneklerinde amatörce yürütülen çalışmalar bulunmaktadır (Yıldız ve ark 2003, Erkoç ve ark 2000).

2.1.7. Şizofreninin aile üzerine etkisi

Şizofreni sadece bireyler üzerinde değil, aynı zamanda aileler ve toplum üzerinde de büyük bir etkiye sahiptir. Hasta ve aileler, hastalığın endişe veren semptomlarından kaynaklanan sıkıntılar yaşamaktadırlar (Rössler ve ark 2005, Bostancı 2004). Şizofreni genç yaşlarda başlaması nedeniyle hem hastalar hem de aileler üzerinde son derece olumsuz etkilere sahip olduğundan toplum tarafından kabullenilmesi zor bir sorun olmaktadır (İlkay 2002). Aile üyeleri çoğunlukla keder, kaygı, öfke, suçluluk ve utanç gibi karmaşık duyguları yaşamaktadırlar. Şizofreni başta olmak üzere birçok ruhsal bozukluğun ortaya çıkmasında ailenin önemli bir rolü olduğu kabul edilmektedir. Aileler ruh hastalarının bakımında önemli rol ve sorumlulukları üstlenmekte bu görevlerini yerine getirirken de genellikle kendi gereksinimlerini karşılayamamaktadırlar. Evde hasta bireyin olması ailenin işlevlerini felce uğratabilmekte, kimi zaman da aile üyelerinin hastalanmalarına yol açmaktadır (İlal 1991).

Şizofreni aile için o bireyin daha önceki işlevlerini, davranışlarını gerçekleştiremeyeceği anlamını taşıyabilir, rol kaybı ya da rol değişimine neden olabilir. Rol değişimi mevcut dengeyi bozarak aileyi duygusal olarak alt-üst eder. Şizofreni bireye sahip olma aile üyelerinin benlik saygısını ve özgüvenini azaltır. Aile kendisini hastalık nedeni olarak ya da belirtileri daha erkenden fark edemediği için suçlayabilir. Hastalık sürecine ilişkin bilgisizlik, önyargılar ve hastanın davranışlarının önceden tahmin

edilememesi nedeniyle hastalık aile üyelerinin güvenliğini tehdit edebilmekte, güvensizlik yaşamalarına neden olmakta, hastalık yaşam boyu bakım gerektirdiğinden aile yaşamında kısıtlamalara neden olmakta tüm bunlar da hasta yakınlarının gerilim ve kaygısını artırmaktadır (Kökdemir 1996).

Aileler evdeki normal dışı davranışları olan bireye sahip olduğunda bu durumdan nasıl bahsedeceğini bilmemekte, komşuların durumu öğrendiklerinde dedikodu yapacaklarından çekinmekte ve hastadan utanmaktadırlar. Böylece aile kişinin hastalığını yadsıyarak hasta üstüne baskı yapmakta ve bunun hastaya yardımcı olacağına inanmaktadır. Hastayı çevreden gizlemeye çalıştıkları için eve kapatmakta, bu arada kendilerini de toplumdan soyutlamaktadırlar. Aynı zamanda bu kişiler toplum tarafından da dışlanmaktadır. Aile ve akraba gruplarının hasta üzerindeki aşırı duygusal baskıları, hastalığın tekrarlamasına, toplumsal baskı da ruhsal yönden aile bireyleri üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır (Gürhan 1991).

Ruhsal bozukluğu olan hasta ile yaşayan ailelerle sağlıklı bireylerle yaşayan ailelerin karşılaştırıldığı bir çalışmada ruhsal sorunlu bireylerin ailelerinin fiziksel sağlığının kötü olduğu işlevsellik sınırlarının azaldığı, mevcut hizmetlerden yararlanma etkinliklerinin azaldığı saptanmıştır. Şizofrenide ailelerin destek gereksinimleri diğer kronik hasta ailelerinden daha fazla olduğundan, ailelerin duygularını paylaşabilecekleri güven ilişkisine, anlaşılmaya, rahatlamaya gereksinimleri artmaktadır (Rössler ve ark 2005). Kronik ruhsal hastalıkta aile, hastalığın geleceğinin iyi olmadığını bildiğinden kronik bir kayıp yaşamakta, bu kayıpla önce hastalığı inkar ederek daha sonra hastaya aşırı kontrol koymaya çalışarak baş etmeye çalışmaktadır. Aile hastaya kontrol koymaya çalışarak onun düşündüğü, hissettiği her şeyi bilmek ister, hastanın her aktivitesini ayrıntıları ile denetlemeye çalışır, giysilerini, sigarasını alır, haftalık planlamalarını yapar. Ailenin bu çabalarının bazıları yararlıdır. Ancak aileler sıklıkla olması gerekenin üzerine çıkarak aşırıya kaçarak, hastaya ne zaman kontrol koyacaklarına ne zaman hastanın yetersizliklerini doğru olarak değerlendireceklerine karar vermede güçlük yaşarlar. Hastadan ayrılamaz, onu yalnız bırakamaz veya ilişkilerine sınır koyamazlar (Sveinbjarnardottır 1997). Şizofreni hasta aileleri, hastanın rahatsız edici semptomlarının şiddetiyle, ev rutinindeki

değişmelerle, aile içindeki gerilimli sosyal ilişkilerle, sosyal desteğin kaybolmasıyla, boş zaman fırsatlarının azalmasıyla ve mali durumun bozulmasıyla baş etmek zorundadırlar. Bu durumda aile üyelerinin baş etme biçimleri ve uyum sağlama yetenekleri üzerine ek yükler getirmekte, yaşanılan gerilim, sıklıkla anksiyete, suçluluk ve depresyona neden olmaktadır (Stengard 2003).

Toplumun ruhsal sorunlu hastalara bakış açısı aileleri kaygılandırmakta, stigma/damgalanma duygusu nedeniyle birey ve aile, hastalığın belirtileriyle karşılaştığında daha fazla sıkıntı yaşabilmektedir. Toplumsal yaşantıda ruhsal sorunlu hastaya, özellikle de şizofren olan bireylere karşı olumsuz davranışlar yaygın olduğundan şizofreni hastalarına yönelik ön yargılar ve tutumlar hasta ve aileyi olumsuz etkilemekte (Sağduyu ve ark 2001, Perlick 2004, Bostancı 2004), yaşanılan yetersizliğin bir sonucu olarak hastaların stigma ve ayrımcılılık nedeniyle, çalışma ve boş zamanlarını değerlendirme etkinliklerine katılamadıkları için öz saygıları azalmaktadır (Rössler ve ark 2005, Bostancı 2004).

Şizofreni hastasının hastaneye yatması, genellikle uzun süreli olan hastane yatışı ailenin karmaşık duygular yaşamasına neden olmaktadır. Ailelerin çoğu hastanın hastanede iyileşeceğine inanırken aynı zamanda bireyin hastaneye yatışından dolayı kendilerini suçlayabilirler. Hastaya nasıl bakıldığını merak eder, hastanın bakımı, hastaya yaklaşımlar, hastalığın gidişi, iyileşip-iyileşmeyeceği konusunda bilgi almak isterler. Hastanın hastaneye yatması ile ailelerin bilgi ve destek gereksinimleri artar. Yapılan çalışmalarda hastalık sürecinde aile üyelerinin hasta bireye karşı nasıl davranmaları gerektiğini, hastanın davranışlarına nasıl kontrol koyacaklarını bilmediklerini bu nedenle hastanın taburculuğu hakkında endişe yaşadıkları saptanmıştır (Sveinbjarnardottır 1997). Ruhsal sorunlu bireylerin aileleriyle birlikte ele alındıkları yaklaşımlarda bireylerin yaşam kalitesinin artması, baş etme becerilerindeki eksikliklerin giderilmesi ile iyileşmesi hedeflenmektedir. Bu nedenle Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen stres ve baş etme yolları stratejileri, hastaların ele alınmasında ve girişimlerin planlanmasına önemli katkı vermektedir (Scazufka ve Kuipers 1999).

2.1.8. Şizofrenide hemşirelik yaklaşımları

Şizofreni hastaların bakımından sadece aile üyeleri sorumlu değildir. Bu hastaların bakımı sağlık servislerinden sosyal servislere birçok kesimi ilgilendirir. Ruhsal hastalıklı bireylerin bakımı çok yönlü sorumluluk gerektirir. Bu hastaların hastalığın akut fazında sağlık personelinden özellikle de hemşirelerden bakım almaları gerekir. Hastanın evde bakımını genellikle aile üyeleri üstlenir. Aile üyeleri boş zamanlarında hasta ile ilgilendikleri için tatil yapamazlar ya da kendilerine zaman ayıramazlar. Bu nedenle aile üyeleri de ruhsal sorun yaşama açısından yüksek risk altındadır (Angermeyer ve ark 2006, İlkay 2002).

Ruhsal hastalıklara yönelik olarak toplumun genel tutumu sağlık profesyonellerinin hastalara ve yakınlarına yönelik algılamaları ve tutumları hastaya yaklaşımda önemlidir. Toplumun ruhsal hastalıklar hakkındaki düşüncesi, bu hastaların ve ailesinin zararlı olduğu şeklindedir. Hemşire, bir meslek kültürüne sahip olmakla beraber aynı zamanda bu toplumun bir üyesi olduğundan hastanın belirtilerine, tanısına, prognozuna ilişkin toplumun genel düşüncesinden etkilenmektedir. Oysa hemşirenin toplumun bu yanlış tutumunu olumlu hale getirme sorumluluğu vardır (Bostancı 2004).

Psikiyatri hemşiresi başta hastanın ailesini, çevresini, toplumu ruhsal bozukluklar konusunda bilgilendirerek ruh hastası ve hastalığına karşı yargılayıcı, kısıtlayıcı, aşağılayıcı ve kuşkucu tutumları azaltmada ve olumlu yönde değiştirmede rol almalıdır. Hasta ve ailelerine yaklaşımda değişik yöntemler uygulanabilir. Bunlar ev ziyaretleri yolu ile ya da hastaneye yatan hastaların ailelerine yönelik toplantılar, bireysel aile görüşmeleri şeklinde yapılabilir (Angermeyer ve ark 2006). Şizofren hastanın bakımında ailenin bireyle birlikte değerlendirilmesi, baş etme ve destek kaynaklarının etkin şekilde kullanılabilmesi için profesyonel bir yardımın verilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle psikiyatri hemşiresinin şizofren hastanın bakımında sorumluluk alan aile üyelerinin, sosyal destek ve stresle baş etme düzeylerini belirleyerek aileyi kendi koşulları içerisinde güçlendirmesi gerekmektedir (Karancı 1997).

Ailelerle çalışırken esnek bir tutum sergilenmelidir. Aileye eğitim ve destek grupları yanında stresle başa çıkmalarına yardımcı olabilecek yöntemler, bilişsel-davranışçı terapiler uygulanabilir. Hemşire hastayı ve hasta ailesini değerlendirdikten sonra en uygun yaklaşımın ne olacağını belirlemeli, ancak her aile için sorunların taşıdığı önceliklerin farkında olmalıdır. Hastanın davranışları ve hastalıkla ilgili yanlış inançların değiştirilmesi konusunda aileye yardım edebilir. Özellikle hastanın hastaneye yattığı dönemlerde sağlık personeliyle yaşanan kötü deneyimler ailenin psikiyatri kliniklerine karşı olumsuz bir tutum benimsemesine yol açarak işbirliğini engelleyebilir. Tedavi ekibinin olumsuz tutum ve davranışları hasta ve yakınlarının hastalarıyla ilgili olarak kaygı duymalarına ya da aşırı koruyucu tavır sergilemelerine neden olabilir. Şizofreni hasta ailelerinin baş etme stratejilerini tanımak, hastanın aileye getirdiği yükü, hastanın sosyal güçlüklerini, davranışsal sorunlarını ve hastalığın gidişini belirlemeye yardım eder (Birchwood ve Cochrane 1990, Tel 1999).

2.2. Stres

Stres; insanların fiziksel ya da psikolojik bakımdan tehlike olarak algıladıkları olaylarla karşılaşmaları halinde meydana gelen ya da organizmanın fizik ve ruhsal sınırlarının zorlandığı, tehdit edildiği, çatışmaya düştüğü, huzursuzluk hissettiği anlarda ortaya çıkan durumdur (Baltaş ve Baltaş 1997, Saylan ve Yurdakul 1998). Stres; fiziksel, duygusal ve ruhsal yüklemeler sonucu ortaya çıkan zorlanmalar ve gerilimler olarak da tanımlamaktadır (Altuntaş 2003). Stres tepkisinin özünde bireyin değişmelere uyum sağlama çabası vardır. Değişme ve bu değişmeye bağlı olarak gösterilen uyum çabasının artması bireyin durumu algılama ve yorumlama düzeyine göre ortaya çıkacak stres tepkisini de artırmaktadır. Stresle başa çıkma mekanizmaları stres sonrası ortaya çıkan gerilimi ve benlik saygısındaki zedelenmeyi önlemektedir (Bulut 2005).

Stresi meydana getiren olaylar stresör olarak tanımlanır. Stresörler; fiziksel, psikolojik ve sosyal olmak üzere üç grupta toplanır. Fiziksel stresörler: travma, şiddetli egzersiz, gürültü, ısı, nem, çevre kirliliği, cerrahi girişim vb. Sosyal stresörler: çevre faktörleri, kültürel değişimler vb. Psikolojik stresörler; hayal kırıklığı, izolasyon vb. (Tamer 2001). Selye (1976) stresin alarm, direnç ve

tükenmişlik olmak üzere üç dönemli bir süreç olduğunu ileri sürmüştür. Alarm tepkisinde; otonom sinir sistemi faal bir duruma geçer ve salgı bezlerini uyararak kana bol miktarda adrenalin ve onun etkisi altında ortaya çıkan diğer biyokimyasal maddeleri pompalar. Salgıların etkisi ile vücut alarm durumuna geçer ve ortaya çıkacak acil durumlarla uğraşmaya hazırlanır. Stres veren uyarıcı ortam devam ederse direnç dönemi başlar. Direnç döneminde organizma alarm tepkisini ortadan kaldırır, stresli ortama uyum yapar ve kandaki biyokimyasal maddeleri geri çeker. Organizma normal koşullar altındaymış gibi görünse de yorularak direncini kaybeder. Tükenme döneminde ise beden artık stresin baskısına dayanamaz, direncini kaybeder ve hastalıklar ortaya çıkar (Cüceloğlu 1999).

İnsanları rahatsız eden ve günlük hayatın stresleriyle başa çıkmayı zorlaştıran faktörler; çok fazla sorumluluk altında olma, fizik görüntü ile ilgili endişeleri olmak, yetersiz kişisel enerji, mesleki ilerleme ile ilgili endişeleri olmak, iş tatminsizliği içinde olmak, dinlenme ve eğlenmeye ayıracak zamanın olmaması, yapacak çok fazla şeyin olması, yalnız olmak, reddedilme korkusu, hayatın anlamı ile ilgili endişeleri içerir (Baltaş ve Baltaş 1997).

Organizmada bozulan dengenin yeniden kurulması için yeni duruma uyum sağlaması gerekmektedir. Bu nedenle organizma belli tepkiler gösterir. Buna "stres tepkisi" veya "genel adaptasyon sendromu" denir. Adaptasyon sendromu, canlılığın ve organizmanın bütünlüğünün korunabilmesi için, gerekli bir fizyolojik savunma mekanizmasıdır (Tamer 2001). Birey stresle karşılaştığında stresörlere karşı verdiği tepkiyi gösteren bazı tepkiler ortaya çıkar (Hisli 1994). Strese verilen tepkiler; fizyolojik düzeyde, stres tepkisinin özelliği, stres vericilerin türüne bağlı olmaksızın ortaya çıkan sabit bir tepki olarak otonom sinir sistemi tarafından yönetilen 'kaç veya savaş' tepkisi olarak kendini göstermektedir. Stres yaşayan bir kişi konsantre olamamakta, hatırlama güçlüğü çekmekte, karar vermekte zorlanmaktadır. Ayrıca taşikardi, terleme, midede kasılma, dispne, tedirginlik, korku, kaygı, öfke, hayal kırıklığı, karamsarlık, madde bağımlılığı, uykusuzluk ya da aşırı uyuma, panikleme, sosyal ortamlardan kaçınma, huzursuzluk gibi sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır (Saylan ve Yurdakul 1998).

2.2.1. Stresle başetme yöntemleri

Strese neden olan olayları önlememiz çoğu zaman olanaksızdır. Bu nedenle stresle başa çıkma yollarının öğrenilmesi ve hayata geçirilmesi önemli bir konudur. Stresle etkin baş edebilmek için bireyin stres yaşadığı durumları, bu durumlara verdiği tepkileri bilmesi gerekmektedir. Stresli durumlarda birey kendisinde olup bitenlerin farkına varırsa bu belirtileri ortadan kaldırarak gevşeyebilir (Hisli 1994).

Bireyin stres yaratan durumlarla uğraşma sürecine başa çıkma denir. Başa çıkma davranışları, duygusal gerilimi azaltma amacıyla gösterilen duygusal tepkilerin bütünü olarak tanımlanmaktadır (Akbaba ve Gözüm 1998, Atkinson ve Atkinson 1995). Stresle başa çıkma ruh ve beden sağlığını korumak, üretici ve verimli bir yaşam sürebilmek için gereklidir (Bulut 2005). Baltaş ve Baltaş (1997), stresle başa çıkma yollarını bedenle, zihinle ve davranışla olmak üzere üç grupta toplar. Bedensel olarak stresle başaçıkma yollarında; gevşeme teknikleri, değişik beden egzersizleri ve beslenme biçimleri yer alır. Zihinsel başa çıkma yolları, uyumsuzluğa yol açan inançlarla uğraşma ve zihinsel düzenleme tekniğini içerir. Davranışsal baş etme yolları; davranış biçiminin değiştirilmesi, güvenli girişkenlik davranış eğitimi ve zaman düzenlemesini içerir. Bireylerin olayları anlamlandırması, değerlendirmesi ve yönlendirmesi stresi azaltma ve çoğaltmada temel faktördür (Cüceloğlu 1999).

Başetme, kişilerin stresli durumları yönetmek amacıyla kullandıkları sürekli olarak değişen düşünce ve davranışlar anlamına gelir. Hasta yakınlarının başetme şekilleri, hem hastaların hem de kendilerinin durumla ve kişi ile ilgili özelliklerinden etkilenir (Scazufca ve Kuıpers 1999). Sponiol (1987), ruhsal hastalığı olanlara bakım veren bireylerin çeşitli baş etmelerini; dışarıdaki aktivitelere katılım, evden uzakta bir işle meşgul olma, bir destek grubuna ait olma, hastanın davranışına sınırlar koyma, kendilerini durumdan duygusal olarak uzaklaştırma şeklinde sıralamaktadır (Doornbos 1997). Hasta yakınları, başetme stratejilerini, hastaların psikotik kriz zamanında ya da hastaneye girişte daha sık kullanmaktadırlar (Lim ve Ahn 2003).

2.2.2. Stresle baş etmede bireyin kendisinin uygulayacağı stres yönetme teknikleri

Stresle baş etmede bireyin kendinin yapacağı stresle baş etme yönetme teknikleri solunum egzersizleri, gevşeme teknikleri, biofeedback, hipnoz, yoga, meditasyon olarak sıralanmaktadır. Solunum egzersizleri; stres altında olan bireyin oksijene olan ihtiyacı arttığından nefes alma ile vücudumuza hava ve oksijen girmektedir. Stres altında nefes hızlı alınıp verilirken gevşeme anında bu durum değişiklik göstermektedir. Solunum egzersizinde amaç nefesin hızlı değil yavaş alınıp verilmesini sağlamaktır (Tahran 2002).

Gevşeme teknikleri; stres yaratan sorunu çözümleyecek enerjiyi kazanabilmek için kasların ve zihnin gevşemesi, beynin oksijenlenmesi gereklidir. Kasların ve zihnin gevşemesi merkezi sinir sistemi aktivitesini yavaşlatır, metabolizmanın yavaşlamasını, solunumun rahatlamasını sağlarken kan basıncının yükselmesi de önlenir. Kasları ve zihni gevşetmenin temel üç öğesi; zihni tek noktaya yoğunlaştırmak, omuz, baş, çene ve diğer kasların gerginliğini azaltmak, uygun nefes alma (karın solunumu) için bilinçli kas gevşetme, rahat bir pozisyonda, gözler kapalı, eller karnın üzerinde, burundan 4'e kadar sayarak derin nefes alıp ağızdan nefes vermek, 8 kez ritmik nefes aldıktan sonra boyun ve çeneyi gevşetmek, yutkunarak boğazın yumuşamasını sağlamak, dik oturarak çeneyi göğüs üzerine düşürüp, gevşek şekilde kaldırmak, başı iki yana yatırıp kaldırmak, baş ile daire çizmek ve bu hareketleri tekrarlı yaparken bir objeye ya da nefes saymaya yoğunlaşmak gevşemeye yardımcı olacak tekniklerdendir (Terakye 1998).

Biofeedbackde; insanın bilinçli olarak anlamadığı, fark etmediği normal ve normal dışı fizyolojik tepkiler bir araç yardımı ile bilinçli duruma getirilir. Bir eğitim programı içinde cilt sıcaklığı, terleme, kalp atışı, beyin stres düzeyi gibi fizyolojik tepkiler görünür, işitilir duruma getirilir. Deriye veya başa bağlı elektrotlarla bu durum sağlanır. Böylece kişi aynı duygu ve düşünceleri ile bedeninde ne gibi bir değişiklik olduğunu fark eder, bedenini ve ruhunu denetlemeye çalışır (Tahran 2002).

Hipnoz; kişinin kendi kendini hipnotize etmeyi öğrenmesi ve hipnotik durum içerisinde kendisini düzeltmeye çalışmasıdır. Kişi eğitim programı sonucu bir anahtar kelime veya işaretle hipnoza girip gevşemeyi sağlar, faydalı telkinlerde bulunur, rahatlamış ve güçlenmiş olarak uyanır (Tahran 2002).

Yoga; düşüncelere parlaklık vermek, dünya görüşlerini yenilemek, insanı kötü arzulardan uzaklaştırmak ve bencillikten vazgeçirmek amacını taşır. Beden üzerinde kontrol sağlayarak, uzun süreli düşünüş ve trans oluşturarak kişiyi huzur ve sükunete kavuşturmayı hedefler (Tahran 2002).

Meditasyon; kişi özel ve rahat bir oturma pozisyonunda belirli kelimeleri tekrarlayarak düşüncelerini bir noktada toplamaya çalışır. Zihnini tamamen boşaltması beklenir. Düşünce ve duyguların aktif olarak müdahale edilmeden geçişi sağlanır (Tahran 2002).

2.2.3. Stresi azaltmada kullanılan başka yardımcı yollar

Stresi azaltmada başka yardımcı yollar da kullanılabilir. Fizik egzersizlerin beden sağlığı yanında, duygusal boşalma, rahatlık ruhsal gevşemeye katkıları bilinmektedir. Stresi azaltmada hedef, huzur ve sakinlik kazandırmak olduğuna göre bunu sağlayan müzik çeşitleri de bu amaçla kullanılabilir. Gerginlik içinde olan birey ilgili kişiye içini dökerek rahatlama yaşayabilir. Dinleyicinin güvenilir, ilgili, iyi bir dinleyici olması önemlidir. Dini inançlara sahip bireylerin dua ederek huzur bulmaları ya da meşguliyet sağlamak için bireyin kendine uğraşılar bulması stresi azaltan faktörlerdendir. Stres altındaki kişi kendini yalnız hissetmektedir. İhtiyaç duyduğunda onunla ilgilenecek insanların olduğunu bilmek ister. Bu güven duygusu kişiyi güvende hissettirir. Stresle beslenme arasında doğrudan bağlantı kurmak zordur. Ancak antioksidan olarak bilinen, yani hücre yenileyici beslenme alışkanlığı, stresin hücrelerde yaptığı yıpranmayı azaltmaktadır (Tahran 2002).

2.3. Sosyal Destek

Sosyal bağlar ve destekleyici insan ilişkilerinin kişinin sağlık ve mutluluğunu etkilediği uzun zamandır bilinmektedir. Sosyal destek kavramı, ilk olarak 1960"lı yıllarda koruyucu sağlık alanında yapılan çalışmalarda incelenmiş, sağlıkla ilişkisi

araştırılmış, sosyal desteğin stres ve strese bağlı hastalıklarda, sağlığa olumlu yönde etkileri olduğu saptanmıştır (Sorias 1988b, Sorias 1988c).

Sosyal destek; bireye yakın çevresi tarafından sağlanan her türlü maddi, manevi yardım olarak tanımlanmaktadır. Sosyal desteklerin, sevgi, şefkat, benlik saygısı, bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimleri karşılayarak fizik ve ruhsal sağlığı doğrudan olumlu biçimde etkilediği, yaşam güçlükleri ile başa çıkmada kişinin önemli yardımcısı olduğu belirtilmektedir. Kendisini seven, değerli bulan ve gerektiğinde yardım etmekten kaçınmayacak kişilerin varlığını bilmenin, kişiye güven ve mutluluk verdiği, sosyal ilişkileri bozuk ya da yetersiz kişilerin ise ruhsal bir hastalık gelişme riskini artıran anksiyete ve değersizlik duyguları yaşayabileceği belirtilmektedir (Sorias 1988b).

İnsanların yaşamında önemli bir yeri olan, gerektiğinde kişiye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişilerarası ilişkiler, sağlığı korumaya yarayan sosyal destek sistemleri olarak kabul edilmektedir (Sorias 1988b). Sosyal destek konusuna nicelik açıdan yaklaşanların daha çok "sosyal ağ" terimini kullandıkları ileri sürülmektedir. Sosyal ilişkiler sosyal ağı oluşturmaktadır. Birçok araştırmada, sosyal ağ teriminin, kişinin bir grup insanla olan bağlarını ve grup içindeki ilişkilerini göstermek için kullanıldığı belirtilmektedir. Sosyal desteğin sosyal ağdan farklı olarak, ilişkinin niteliksel özelliklerine ağırlık verdiği belirtilmektedir. Sosyal destek aynı zamanda sosyal ilişkinin algılanış biçimi, yani sosyal ağın kişi üzerinde bıraktığı etkiyle değerlendirilmektedir (Sorias 1988b).

Sosyal desteğin yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda kişinin genel izlenimi "algılanan destek" olarak tanımlanmaktadır. Yapılan araştırmalarda, sosyal aktivitenin kendisinin değil, algılanış ve yorumlanış biçiminin sağlığı koruduğu belirtilmektedir. Herhangi bir aktivitenin destekleyici olması için kişinin benlik saygısını artırması ya da stresle ilgili maddi- manevi ya da bilişsel yardım içermesi gerektiği belirtilmektedir (Sorias 1988b, Sorias 1988d). Henderson ve arkadaşları (1981) tarafından yapılan araştırmada sosyal destek ve ruhsal hastalıklar arasında olumlu ilişki bulunduğu (Sorias 1990), algılanan sosyal destek ile sosyal ağ üyeleri tarafından verilen desteğin her zaman birbirinin aynı olmadığı belirtilmektedir.

Algılanan desteğin kişilik özelliklerinin yanı sıra, tutum ve mizaç gibi daha kolay değişebilen özelliklerden etkilendiği belirtilmektedir. Sosyal destek; maddi destek, manevi destek, duygusal destek ve olumlu etkileşim bileşenlerinden oluşmaktadır (Sorias 1988b).

Bireylerin günlük sorumluluklarının gerçekleştirilmesinde başkaları tarafından sağlanan eylemler maddi destek olarak tanımlanmaktadır. Şizofren hastanın bakımından sorumlu kişinin sabrı ya da gücü tükendiğinde hastanın bakımını birinin geçici olarak üstlenmesi gibi davranışları kapsamaktadır. Duygusal destek ise, kişinin sevgi, şefkat, saygı, empati ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimleri olarak tanımlanmaktadır. Etkili bir sosyal destek için ilişkinin empatik anlayışa, içtenliğe ve saygıya dayandırılması gerektiği belirtilmektedir. Yapılan araştırmalarda çeşitli yaşam olaylarının yarattığı stresle başa çıkmada sırdaş ilişkisinin önemli olduğu belirtilmektedir. Bilişsel destek; öğüt ve bilgi verme, davranışlar konusunda geri bildirimde de bulunma gibi yararlı bilgilerin kişiye iletilmesi olarak tanımlanmaktadır (Sorias 1988b).

Bir grup insanla birlikte yemek yeme, sinemaya gitme gibi ortak bir ilgiyi ya da eğlenceyi paylaşma olumlu sosyal etkileşim olarak tanımlanmaktadır. Sosyalleştirmenin psikolojik uyum üzerinde olumlu bir etki yaptığı belirtilmektedir. Sosyal destek işlevlerinin birbirleri ile iç içe olduğu görülmektedir. Bu nedenle duygusal açıdan destekleyici bir ilişkide aynı zamanda maddi ve zihinsel destek bulunur. Sosyal bir ağ içinde bulunan kişi, farklı kişilerden farklı destekler alarak sorunlarını çözmeye çalışır (Sorias l988a). Hasta ve ailenin stresle başa çıkmasında sosyal destek önemlidir. Hastalar ve desteğe ihtiyacı olanlar kadar, desteği verenlerin kendilerinin de sosyal desteğe ihtiyaç duydukları açıktır. Bu nedenle sosyal desteğin önemi artmaktadır (Eker ve ark 2001). Aile temel bir sosyal gruptur. İnsanoğlu sosyal bir varlık olup toplum içinde yardımlaşma ve işbirliği ile var olabilen ve kendisini gerçekleştiren sosyal bir yaratıktır (Özgüven 2001).

Psikiyatri hemşireliğinde destek verme bireyin savunmalarını güçlendiren özel bir müdahale olup anksiyeteyi azaltır, bireyin benlik saygısını artırır. Bir tutum olarak destek bireyi kabullenmeyi, aktif dinlemeyi, anlamayı, kabullenici ve

paylaşımcı bir atmosfer oluşturmayı hedefler. Özel bir müdahale olarak destek ise hem kişilerarası ilişki hem de fiziksel bakım boyutunda birey ve ailenin rahatını sağlamayı içerir (Dearing 2004).

Epidemiyolojik araştırmalarda kötü yaşam olayları ile karşılaşan kişilerin, önce kendi aile ve arkadaşlarından yardım aradıkları, son çare olarak mesleki kuruluşlara başvurdukları görülmektedir (Sorias 1988b). Birçok uzman toplum içinde ruh sağlığı hizmetlerinde, aile, arkadaş ve yakın çevrenin sağladığı doğal destekten yararlanmaya yönelmişlerdir (Eker ve ark 2001).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma şizofreni tanısı olan hastaların temel bakımını yürüten hasta yakınlarının stresle baş etme ve sosyal destek durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Bu çalışma Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri servisi ve Konya Numune Hastanesi Psikiyatri servisinde şizofreni tanısı ile yatan hastaların yakınlarıyla yapılmıştır.

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi 1982 yılında Konya'nın Meram ilçesinde bulunan eski göğüs hastalıkları hastanesi binasında kurulmuştur. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Servisi 1983 yılında hizmete başlamıştır. Servis, Meram Tıp Fakültesi E blok, 2. katta bulunmakta, 32 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Serviste, 3 profesör, 1 doçent, 1 yardımcı doçent, 6 asistan, 5 hemşire, 5 hasta bakıcı ve 2 temizlik görevlisi görev yapmaktadır. Serviste hastalar gündüz saatlerinde, ilgili servis çalışanlarına bilgi vermek ve izin almak kaydıyla klinik dışına çıkabilmektedir. Yatan hastalara daha rahat bir ortam sağlanabilmesi için sosyal saatlerini geçirebilecekleri televizyon izleyebilecekleri, çay saatlerini geçirebilecekleri bir salon bulunmaktadır. Hasta görüşmeleri için iki ayrı görüşme odası, EEG (Elektro ensefalo grafi) odası, asistan ve hemşire odaları bulunmaktadır. Serviste genel hastane kuralları gereği hergün saat 13.00 ila 14.00 arası hasta ziyareti yapılabilmektedir. Servis çalışanlarının gerekli gördüğü durumlar dışında hasta refakatine izin verilmemektedir.

Konya Numune Hastanesi 1931 yılında kurulmuştur. 750 yataklı hastane 30 ayrı branşta sağlık hizmeti vermektedir. Psikiyatri servisi, B blok, zemin katta bulunmakta, 35 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Serviste, 5 psikiyatri uzmanı, 1 psikolog, 7 hemşire, 2 sağlık memuru, 2 temizlik görevlisi görev yapmaktadır. Kapalı servis olduğundan yatan hastaların servis dışı giriş-çıkışlarına doktor izni dışında izin verilmemektedir. Serviste yatan hastalara daha rahat bir ortam sağlanabilmesi için sosyal saatlerini geçirebilecekleri televizyon

izleyebilecekleri, çay saatlerini geçirebilecekleri bir salon bulunmaktadır. Hasta görüşmeleri için iki ayrı görüşme odası bulunmakta, serviste genel hastane kuralları gereği hergün saat 13.00 ila 14.00 arası hasta ziyareti yapılabilmektedir. Hasta refakatine izin verilmemektedir

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Servisi ve Konya Numune Hastanesi Psikiyatri Servisinde şizofreni tanısıyla yatan hastaların temel bakımından sorumlu hasta yakınları oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri servisi ve Konya Numune Hastanesi Psikiyatri servislerinde 1 Temmuz-1 Kasım 2006 tarihleri arasında yatan araştırma sınırlılıklarını karşılayan çalışmaya katılmayı kabul eden şizofren hastaların temel bakımından sorumlu 70 kadın, 33 erkek olmak üzere 103 hasta yakını oluşturmuştur.

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada yüz yüze görüşme yoluyla anket formu, "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" (ÇBASDÖ) ve "Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği" (SBTÖ) araştırmacı tarafından hasta yakınlarına uygulanarak veriler toplanmıştır.

1 Temmuz- 1 Kasım 2006 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Servisi ve Konya Numune Hastanesi Psikiyatri Servisinde yatan şizofren hastaların araştırma sınırlılıklarını karşılayan yakınlarının aydınlatılmış onamları alınarak hastanın yatışının ikinci gününde veri toplama araçları uygulanmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

3.6.1. Anket Formu

Hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri ve hastalık sürecine ilişkin tanıtıcı bilgilerini içeren 18 soruluk anket (Ek 1) araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulmuştur (Cassidy ve ark 2001, Rössler ve ark 2005, Arkonaç

1996b, Amuk ve ark 2004, Dixon 1999, Sağduyu ve ark 2003, Tel 1999, Akbaş 2006, Başer 2006, Altay 2007).

3.6.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilen ölçeğin ÇBASDÖ ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışmaları 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından yapılmış, ölçeğin cronbach's alpha katsayısı 0.78-0.92 olarak belirlenmiş, iç tutarlılığı ve güvenirliği oldukça yüksek bulunmuştur. Ölçek toplam 12 maddeden oluşmaktadır. ÇBASDÖ "Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 Kesinlikle evet" şeklinde 7 dereceli olarak düzenlenmiş likert tipi bir ölçektir (Ek 2). Ölçeğin destek kaynaklarını yansıtan, aile, arkadaş, özel kişi desteği olmak üzere üç alt grubu bulunmakta, her grup 4 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte bulunan 3.4.8.11. maddeler aile desteğini, 6.7.9.12. maddeler arkadaş desteğini, 1.2.5.10. maddeler de özel kişi desteğini (güven duyulan yakın arkadaş, dost) ölçmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan ise 28'dir. Alt ölçeklerden alınan puanların toplanması ile elde edilen toplam ölçek puanından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84'tür. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Eker ve Arkar 1995, Eker ve ark 2001).

3.6.3. Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen ve orijinal adı 'Ways of Coping Inventory (WCI) olan başaçıkma yolları envanteri, bireylerin genel veya belirgin stres durumları ile başa çıkma durumlarını belirleyen ifadeleri içermektedir. Yurt dışında çeşitli çalışmalarda geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu ortaya konmuş olan ölçeğin ülkemizdeki standardizasyon çalışması sonunda geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirlenmiş ve stresle başaçıkma tarzları ölçeği adı ile kullanılmaya başlanmıştır. SBTÖ duruma yönelik 30 maddelik 4'lü likert tipi bir ölçektir (Ek 3). SBTÖ'nün 30 maddesi; kendine güvenli yaklaşım (8, 10, 14, 16 20, 23, 26), çaresiz yaklaşım (3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28), boyun eğici yaklaşım (5, 13, 15, 17, 21,24), iyimser yaklaşım (2, 4, 6, 12, 18), sosyal destek arama yaklaşımı (1, 9, 29, 30) olmak üzere 5 alt ölçeği oluşturmaktadır. Ölçeğin cronbach Alfa iç tutarlık katsayılarının, iyimser yaklaşım için 0.49- 0.68, kendine güvenli yaklaşım için 0.62- 0.80, çaresiz yaklaşım için 0.64-0.73, boyun eğici yaklaşım için 0.47- 072

ve sosyal destek arama faktörü için .45- .47 arasında olduğu belirtilmiştir. SBTÖ'nün alt ölçeklerinden kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama yaklaşımı stresle olumlu baş etme, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım stresle olumsuz baş etme yöntemleridir (Tuğrul 1994, Şahin 1995, Şahin 1998).

3.7. Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesi ve analizi bilgisayar ortamında SPSS 13.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Veriler yüzdelik dağılım, aritmetik ortalama, bağımsız gruplarda t testi, varyans analizi, Kruskal-Wallis ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Varyans analizi sonucunda fark gözlendiği durumlarda, gözlenen farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Tukey HSD çoklu karşılaştırmalı (post-hoc) testi kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

1.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin (ÇBASDÖ) Alt Ölçekleri ve Toplam Puanı

2. Stresle Başaçıkma Tarzları (SBTÖ) Ölçeğinin Alt Ölçekleri ve Toplam Puanı

Bağımsız Değişkenler

Hasta yakınının; yaş, cinsiyet, medeni durum, aile yapısı, mesleği, sosyal güvencesi, bakım verdiği süre, hastalıktan etkilenme durumu, aylık gelir düzeyi, hastasının hastalığının iyileşmesine inanıp- inanma durumu, ailede başka ruhsal rahatsızlık bulunup- bulunmama durumu, bakım verende ruhsal rahatsızlık bulunup-bulunmama durumu ve hastaya yakınlık durumu olarak tespit edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etiği

Kurumsal izin, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanlığından ve Konya Numune Hastanesi Başhekimliğinden yazılı olarak,

katılımcı izinleri ise, araştırma kapsamındaki hasta yakınlarından, çalışma ile ilgili bilgi verilerek sözlü onay şeklinde alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırma kapsamına, Konya merkezde ikamet eden, şizofreni tanısı alan hasta ile aynı evde yaşayan ve hastanın temel bakım sorumluluğunu yürüten, 18 yaş ve üzeri birinci dereceden hasta yakınları alınmıştır.

2. Araştırma kapsamına, Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde ve Konya Numune Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde ayaktan tedavi alan şizofren hasta yakınları değil, bu kurumların servislerinde yatan şizofren hasta yakınları alınmıştır.

4.BULGULAR

4.1.Hasta Yakınları ve Hastalık Süreci ile İlgili Özellikler

Tablo 4.1.1 Hasta Yakınlarının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Hastalık Süreci İle İlgili Bilgiler

Değişkenler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	70	68.0
Erkek	33	32.0
Yaş grubu		
20-29	29	28.2
30-39	28	27.2
40-49	25	24.3
50 ve Üzeri	21	20.4
Medeni durumu		
Bekar	10	9.7
Evli	68	66.0
Boşanmış	13	12.6
Dul	12	11.7
Aile yapısı		
Çekirdek	55	53.4
Geniş	48	46.6
Öğrenim durumu		
Okur Yazar Değil	7	6.8
Okur Yazar	11	10.7
İlkokul	24	23.3
Ortaokul	31	30.1
Lise	19	18.4
Üniversite	11	10.7
Meslek		
Memur	8	7.8
İşçi	11	10.7
Emekli	5	4.9
Serbest	22	21.4
Ev hanımı	54	52.4
İşsiz	3	2.9

Tablo 4.1.1.devamı

Değişkenler	Sayı	(%)
Sosyal güvence		
Var	87	84.5
Yok	16	15.5
Ailenin aylık gelir düzeyi		
Asgari ücret altı	23	22.3
Asgari ücret	59	57.3
Asgari ücret üstü	21	20.4
Hastaya yakınlık durumu		
Eş	39	37.9
Çocuk	16	15.5
Anne	11	10.7
Baba	4	3.9
Kardeş	13	12.6
Diğer	20	19.4
Hastalıktan etkilenme		
Etkilemedi	19	18.4
Etkiledi	84	81.6
Hastaya bakım verdiği süre		
1 yıldan az	1	1.0
5 yıldan az	34	32.0
5 yıldan fazla	69	67.0
Hasta yakınında ruhsal rahatsızlık		
Var	39	37.9
Yok	64	62.1
Ailede başka ruhsal rahatsızlık		
Var	49	47.6
Yok	54	52.4
Toplam	**103**	**100**

Tablo 1'de hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri ve hastalık süreci ile ilgili bilgiler görülmektedir. Hasta yakınlarının %68'inin kadın, %28.2'sinin 20-29 yaş grubunda ve yaş ortalamalarının 38.50± 11.14 (20-63) olduğu, %66'sının evli, %53.4'ünün çekirdek ailede yaşadığı, %39.1'inin ortaokul mezunu, %55.2'sinin

çalışmadığı, %84.5'inin sosyal güvencesi olduğu, %57.3'ünün asgari ücret ile geçindiği, eşlerin %37.9'unun hastanın bakımını yürüttüğü, %81.6'sının hastanın hastalığından etkilendiği (bu etkilenmenin %10.7 kronik hastalık gelişme, %19.0 aile geçimsizliği, %29.8 mutsuzluk, %20.2 ruhsal rahatsızlık, %11.9 intihar düşüncesi, %8.3 suçlu hissetme şeklinde olduğu), %67'sinin hastaya 5 yıldan fazla süredir bakım verdiği, bakım verenlerin %37.9'unda ruhsal bir sorun olduğu, hasta ailelerinin % 47.6'sının ailesinde hastadan başka bir ruhsal sorunlu birey olduğu saptanmıştır.

4.2. Hasta Yakınlarının SBTÖ'ye İlişkin Bulguları

Tablo 4.2.1. Hasta Yakınlarının Cinsiyete Göre SBTÖ Puanları

Puan Türü	Cinsiyet	Sayı	$\overline{X} \pm SD$	t	p
Boyun Eğici Yaklaşım	Kadın	70	2.11±0.78	t=1.155	p=0.251
	Erkek	33	2.02±0.36		
Çaresiz Yaklaşım	Kadın	70	1.56±0.39	t=0.842	p=0.402
	Erkek	33	1.63±0.36		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Kadın	70	1.28±0.28	t=1.302	p=0.196
	Erkek	33	1.20±0.26		
İyimser Yaklaşım	Kadın	70	0.43±0.42	t=1.623	p=0.108
	Erkek	33	0.30±0.28		
Sosyal Destek Arama	Kadın	70	1.34±0.59	t=3.015	p=0.003
	Erkek	33	0.99±0.46		
Toplam	Kadın	70	1.39±0.24	t=1.794	p=0.076
	Erkek	33	1,30±0.19		

Tablo 4.2.1'de hasta yakınlarının cinsiyete göre SBTÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Cinsiyete göre hasta yakınlarının boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ($p>0.05$), sosyal destek arama yaklaşımı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), kadınların sosyal destek arama yaklaşımının erkeklerden daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2.2. Hasta Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre SBTÖ Puanları

Puan Türü	Yaş Düzeyi	Sayı	$\overline{X}$ ±SD	t	p
Boyun Eğici Yaklaşım	20-29	29	2.12±0.38	t=0.559	p=0.644
	30-39	28	2.04±0.35		
	40-49	26	2.03±0.39		
	50 ve üzeri	20	2.15±0.37		
Çaresiz Yaklaşım	20-29	29	1.62±0.34	t=0.937	p=0.426
	30-39	28	1.64±0.38		
	40-49	26	1.48±0.44		
	50 ve üzeri	20	1.57±0.35		
Kendine Güvenli Yaklaşım	20-29	29	1.27±0.22	t=0.184	p=0.907
	30-39	28	1.25±0.34		
	40-49	26	1.27±0.26		
	50 ve üzeri	20	1.22±0.26		
İyimser Yaklaşım	20-29	29	0.44±0.37	t=0.246	p=0.864
	30-39	28	0.37±0.41		
	40-49	26	0.38±0.44		
	50 ve üzeri	20	0.35±0.28		
Sosyal Destek Arama	20-29	29	1.43±0.48	t=2.087	p=0.107
	30-39	28	1.08±0.62		
	40-49	26	1.25±0.58		
	50 ve üzeri	20	1.11±0.57		
Toplam	20-29	29	1.41±0.22	t=0.675	p=0.569
	30-39	28	1.34±0.27		
	40-49	26	1.34±0.20		
	50 ve üzeri	20	1.34±0.20		

Tablo 4.2.2'de hasta yakınlarının yaş gruplarına göre SBTÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Yaş gruplarına göre hasta yakınlarının boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama yaklaşımı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ($p>0.05$), ancak 40-49 yaş grubundaki hasta yakınlarının çaresiz yaklaşım puanlarının diğer hasta yakınlarından daha düşük olduğu, tüm yaş gruplarında da hasta yakınlarının iyimser yaklaşım puanlarının diğer alt grup yaklaşım puanlarından çok düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2.3. Hasta Yakınlarının Medeni Durumuna Göre SBTÖ Puanları

Puan Türü	Medeni Durum	Sayı	$\overline{X} \pm SD$	t	p
Boyun Eğici Yaklaşım	Bekar	35	2.13±0.30	t= 0.983	p= 0.328
	Evli	68	2.06±0.40		
Çaresiz Yaklaşım	Bekar	35	1.63±0.32	t= 0.872	p= 0.385
	Evli	68	1.56±0.40		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Bekar	35	1.30±0.29	t= 1.232	p= 0.221
	Evli	68	1.23±0.26		
İyimser Yaklaşım	Bekar	35	0.40±0.30	t= 0.253	p= 0.801
	Evli	68	0.38±0.42		
Sosyal Destek Arama	Bekar	35	1.28±0.58	t= 0.663	p= 0.509
	Evli	68	1.20±0.57		
Toplam	Bekar	35	1.40±0.19	t= 1.178	p= 0.242
	Evli	68	1.34±0.24		

Tablo 4.2.3'de hasta yakınlarının medeni duruma göre SBTÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Medeni duruma göre hasta yakınlarının boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama yaklaşımı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ($p>0.05$), ancak bekâr hasta yakınlarının SBTÖ toplam, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım puan ortalamalarının evli hasta yakınlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Medeni duruma göre hasta yakınlarının tümünün iyimser yaklaşım puanlarının diğer alt grup yaklaşım puanlarından çok düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2.4. Hasta Yakınlarının Aile Yapısına Göre SBTÖ Puanları

Puan Türü	Aile Yapısı	Sayı	$\overline{X} \pm SD$	t	p
Boyun Eğici Yaklaşım	Çekirdek	55	2.05±0.38	t= 1.038	p= 0.302
	Geniş	48	2.12±0.35		
Çaresiz Yaklaşım	Çekirdek	55	1.54±0.41	t=1.221	p= 0.225
	Geniş	48	1.63±0.33		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Çekirdek	55	1.31±0.27	t=2.086	p= 0.040
	Geniş	48	1.19±0.26		
İyimser Yaklaşım	Çekirdek	55	0.41±0.42	t=0.729	p= 0.468
	Geniş	48	0.36±0.33		
Sosyal Destek Arama	Çekirdek	55	1.25±0.58	t=0.489	p= 0.626
	Geniş	48	1.20±0.57		
Toplam	Çekirdek	55	1.37±0.23	t=0.199	p= 0.842
	Geniş	48	1.36±0.22		

Tablo 4.2.4.'de hasta yakınlarının aile yapısına göre SBTÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının aile yapısı ile kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), çekirdek ailede yaşayan hasta yakınlarının kendine güvenli yaklaşım puanlarının daha yüksek olduğu, SBTÖ toplam ve boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama yaklaşımı puanları arasında bireylerin aile yapısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır. Aile yapısına göre hasta yakınlarının tümünün iyimser yaklaşım puanlarının diğer alt grup yaklaşım puanlarından çok düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2.5. Hasta Yakınlarının Öğrenim Durumlarına Göre SBTÖ Puanları

Puan Türü	Öğrenim Durumu	Sayı	$\overline{X} \pm SD$	F p
Boyun Eğici Yaklaşım	Okuryazar değil	7	2.21±0.38	F= 0.426 p=0.829
	Okuryazar	11	2.12±0.36	
	İlkokul	24	2.11±0.42	
	Ortaokul	31	2.09±0.40	
	Lise	19	2.03±0.32	
	Üniversite	11	1.98±0.32	
Çaresiz Yaklaşım	Okuryazar değil	7	1.57±0.30	F= 0.537 p= 0.748
	Okuryazar	11	1.54±0.34	
	İlkokul	24	1.60±0.52	
	Ortaokul	31	1.62±0.34	
	Lise	19	1.61±0.37	
	Üniversite	11	1.42±0.22	
Kendine Güvenli Yaklaşım	Okuryazar değil	7	1.24±0.28	F= 0.336 p= 0.890
	Okuryazar	11	1.31±0.28	
	İlkokul	24	1.21±0.30	
	Ortaokul	31	1.25±0.28	
	Lise	19	1.30±0.27	
	Üniversite	11	1.23±0.25	
İyimser Yaklaşım	Okuryazar değil	7	0.28±0.28	F= 0.391 p= 0.854
	Okuryazar	11	0.38±0.33	
	İlkokul	24	0.37±0.42	
	Ortaokul	31	0.38±0.35	
	Lise	19	0.49±0.50	
	Üniversite	11	0.36±0.31	
Sosyal Destek Arama	Okuryazar değil	7	1.10±0.50	F= 0.663 p= 0.652
	Okuryazar	11	1.31±0.63	
	İlkokul	24	1.11±0.51	
	Ortaokul	31	1.26±0.59	
	Lise	19	1.19±0.61	
	Üniversite	11	1.45±0.64	
Toplam	Okuryazar değil	7	1.34±0.21	F= 0.154 p= 0.979
	Okuryazar	11	1.38±0.24	
	İlkokul	24	1.35±0.24	
	Ortaokul	31	1.38±0.24	
	Lise	19	1.38±0.25	
	Üniversite	11	1.31±0.17	

Tablo 4.2.5.'de hasta yakınlarının SBTÖ toplam ve alt grup puan ortalamalarının öğrenim durumlarına göre dağılımı görülmektedir. Buna göre hasta yakınlarının öğrenim durumları ile SBTÖ toplam ve alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$), ancak üniversite mezunu olan hasta yakınlarının boyun eğici, çaresiz yaklaşım puanlarının diğer hasta yakınlarından düşük, sosyal destek arama puanlarının ise daha yüksek olduğu, tüm eğitim düzeylerinde hasta yakınlarının iyimser yaklaşım puanlarının diğer alt grup yaklaşım puanlarından çok düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2.6. Hasta Yakınlarının Meslek Durumuna Göre SBTÖ Puanları

Puan Türü	Meslek	Sayı	$\overline{X}$ ±SD	KW	p
Boyun Eğici Yaklaşım	Memur	8	2.10±0.33	KW= 2.831	p= 0.726
	İşçi	11	2.21±0.38		
	Emekli	5	2.10±0.45		
	Serbest	22	2.00 ±0.34		
	Ev hanımı	54	2.09 ±0. 38		
	İşsiz	3	1.94 ±0. .48		
Çaresiz Yaklaşım	Memur	8	1.48±0.49	KW= 3.352	p= 0.646
	İşçi	11	1.60±0.46		
	Emekli	5	1.75±0.42		
	Serbest	22	1.69±0.37		
	Ev hanımı	54	1.53±0.35		
	İşsiz	3	1.58±.14		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Memur	8	1.28±0.25	KW= 3.214	p= 0.667
	İşçi	11	1.27±0.36		
	Emekli	5	1.14±0.17		
	Serbest	22	1.21±0.30		
	Ev hanımı	54	1.27±0.26		
	İşsiz	3	1.33 ±0.08		
İyimser Yaklaşım	Memur	8	0.55 ±0.68	KW= 1.140	p= 0.950
	İşçi	11	0.40 ±0.43		
	Emekli	5	0.36±0.16		
	Serbest	22	0.30 ±0.25		
	Ev hanımı	54	0.40 ±0.38		
	İşsiz	3	0.40 ±0.40		
Sosyal Destek Arama	Memur	8	1.53±0.64	KW= 8.637	p=0.124
	İşçi	11	1.22 ±0.55		
	Emekli	5	0.75 ±.17		
	Serbest	22	1.05 ±.54		
	Ev hanımı	54	1.31±0.58		
	Diğer	3	1.16 ±0.52		
Toplam	Memur	8	1.45±0.22	KW= 2.535	p=0.771
	İşçi	11	1.41 ±0.30		
	Emekli	5	1.31 ±0.06		
	Serbest	22	1.32 ±0.20		
	Ev hanımı	54	1.36 ±0.23		
	İşsiz	3	1.34 ±0.22		

Tablo 4.2.6.'de hasta yakınlarının meslek durumuna göre SBTÖ puan dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının SBTÖ ve alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Bununla birlikte işçilerde boyun eğici yaklaşım, emeklilerde çaresiz yaklaşım, işsizlerde kendine güvenli yaklaşım, memurlarda SBTÖ toplam ve sosyal destek arama yaklaşımı puanlarının diğer mesleklerdeki hasta yakınlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tüm mesleklerde hasta yakınlarının iyimser yaklaşım puanlarının diğer alt ölçek puanlarından çok düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2.7 Hasta Yakınlarının Sosyal Güvenceye Göre SBTÖ Puanları

Puan Türü	Sosyal Güvence	Sayı	$\overline{X} \pm SD$	t	p
Boyun Eğici Yaklaşım	Var	87	2.08±0.38	t= 0.194	p= 0.847
	Yok	16	2.10±0.32		
Çaresiz Yaklaşım	Var	87	1.58±0.40	t= 0.003	p= 0.998
	Yok	16	1.58±0.27		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Var	87	1.23±0.28	t= 2.134	p= 0.035
	Yok	16	1.39±0.19		
İyimser Yaklaşım	Var	87	0.37±0.39	t= 0.933	p= 0.353
	Yok	16	0.47±0.32		
Sosyal Destek Arama	Var	87	1.21±0.58	t= 0.833	p= 0.407
	Yok	16	1.34±0.53		
Toplam	Var	87	1.35±0.23	t= 1.105	p= 0.272
	Yok	16	1.42±0.22		

Tablo 4.2.7'da hasta yakınlarının sosyal güvenceye göre SBTÖ Puanlarının dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının sosyal güvenceleri ile kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), sosyal güvenceleri olmayan hasta yakınlarının kendine güvenli yaklaşım puanlarının daha yüksek olduğu, SBTÖ toplam, boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama yaklaşım puanları arasında bireylerin sosyal güvencelerinin olup olmamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır. Sosyal güvencelerinin olup olmamasına göre hasta yakınlarının iyimser yaklaşım puanlarının diğer alt grup yaklaşım puanlarından çok düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2.8. Hasta Yakınlarının Hastanın İyileşmesine İnanıp İnanmamasına Göre SBTÖ Puanları

Puan Türü	İyileşmesine	Sayı	$\overline{X} \pm SD$	t	p
Boyun Eğici Yaklaşım	İnanan	32	1.99±0.38	t= 1.695	p= 0.093
	İnanmayan	71	2.13±0.36		
Çaresiz Yaklaşım	İnanan	32	1.43±0.37	t= 2.80	p= 0.006
	İnanmayan	71	1.65±0.37		
Kendine Güvenli Yaklaşım	İnanan	32	1.24±0.31	t= 0.448	p= 0.655
	İnanmayan	71	1.26±0.26		
İyimser Yaklaşım	İnanan	32	0.35±0.41	t= 0.633	p= 0.528
	İnanmayan	71	0.40±0.37		
Sosyal Destek Arama	İnanan	32	1.19±0.59	t= 0.535	p= 0.594
	İnanmayan	71	1.25±0.57		
Toplam	İnanan	32	1.29±0.22	t= 2.332	p= 0.022
	İnanmayan	71	1,40±0,22		

Tablo 4.2.8.'de hasta yakınlarının hastalarının iyileşmesine inanıp-inanmama durumuna göre SBTÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının hastasının iyileşip iyileşmemesi inancına göre SBTÖ toplam ve alt grup puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), hastalığın iyileşeceğine inanmayan hasta yakınlarının çaresiz yaklaşım ve toplam SBTÖ puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca hastalığın iyileşeceğine inanmayan hasta yakınlarının boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama puanlarının da diğer hasta yakınlarının puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2.9. Hasta Yakınlarının Hastanın Hastalığından Etkilenip-Etkilenmeme Durumuna Göre SBTÖ Puanları

Puan Türü	Hastalıktan Etkilenme	Sayı	$\overline{X} \pm SD$	t	p
Boyun Eğici Yaklaşı	Etkiledi	84	2.08±0.38	t= 0.117	p= 0.907
	Etkilemedi	19	2.09±0.36		
Çaresiz Yaklaşım	Etkiledi	84	1.56 ±0.36	t= 0,902	p= 0.369
	Etkilemedi	19	1.65 ±0.44		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Etkiledi	84	1.25 ±0.27	t= 0.196	p= 0.845
	Etkilemedi	19	1.27 ±0.31		
İyimser Yaklaşım	Etkiledi	84	0.35±0.34	t= 2.106	p= 0.038
	Etkilemedi	19	0.55±0.49		
Sosyal Destek Arama	Etkiledi	84	1.23±0.58	t= 0.032	p= 0.975
	Etkilemedi	19	1.23±0.54		
Toplam	Etkiledi	84	1.35±0.20	t= 0.957	p= 0.341
	Etkilemedi	19	1.41±0.30		

Tablo 4.2.9.'de hasta yakınlarının hastanın hastalığından etkilenip-etkilenmeme durumuna göre SBTÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının hastanın hastalığından etkilenip-etkilenmeme durumuna göre SBTÖ alt grup puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) hastalıktan etkilenen hasta yakınlarının iyimser yaklaşım puanlarının etkilenmeyenlerden düşük olduğu, istatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte hastalıktan etkilenmeyen hasta yakınlarının toplam SBTÖ ve kendine güvenli yaklaşım puanlarının hastalıktan etkilenen hasta yakınlarının puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan hasta yakınlarının hastaya yakınlık durumu, hastaya bakım verme süresi, bakım verenin kendisinde ruhsal rahatsızlık bulunma durumu, ailede başka ruhsal rahatsızlığı olan birey olma durumu ile SBTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

4.3. Hasta Yakınlarının ÇBASDÖ'ye İlişkin Bulguları

Tablo 4.3.1.Hasta Yakınlarının Cinsiyete Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	Cinsiyet	Sayı	$\overline{X}$ ±SD	t	p
Aile Desteği	Kadın	70	17.41±3.68	t=1.233	p= 0.221
	Erkek	33	16.42±4.05		
Arkadaş Desteği	Kadın	70	12.20±4.39	t=0.646	p= 0.520
	Erkek	33	11.61±4.26		
Özel Kişi Desteği	Kadın	70	8.57±4.53	t=1.093	p= 0.277
	Erkek	33	7.58±3.80		
Sosyal Destek Toplam	Kadın	70	38.04±10.11	t=1.120	p= 0.265
	Erkek	33	35.64±10.28		

Tablo 4.3.1.'de hasta yakınlarının cinsiyete göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Cinsiyete göre hasta yakınlarının ÇBASDÖ toplam ve alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$), ancak kadın hasta yakınlarında toplam ve alt grup puanlarının erkek hasta yakınlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3.2.Hasta Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	Yaş Düzeyi	Sayı	$\overline{X}$ ±SD	F	p
Aile Desteği	20-29	29	16.62±3.96	F= 0.384	p= 0.765
	30-39	28	16.93±3.29		
	40-49	26	17.31±4.22		
	50 ve üzeri	20	17.75±3.90		
Arkadaş Desteği	20-29	29	12.76±4.78	F= 0.520	p= 0.670
	30-39	28	11.32±3.54		
	40-49	26	12.00±4.85		
	50 ve üzeri	20	11.90±4.11		
Özel Kişi Desteği	20-29	29	9.48±5.22	F= 1.922	p= 0.131
	30-39	28	6.79±3.00		
	40-49	26	8.38±4.5		
	50 ve üzeri	20	8.35±3.8		
Sosyal Destek Toplam	20-29	29	38.55±11.50	F= 0.645	p= 0.588
	30-39	28	35.04±8.45		
	40-49	26	37.69±10.98		
	50 ve üzeri	20	38.00±9.55		
	Toplam	103	37.27±10.18		

Tablo 4.3.2'de hasta yakınlarının yaş gruplarına göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Yaş gruplarına göre hasta yakınlarının ÇBASDÖ toplam ve alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$), ancak 20-29 yaş grubunda aile desteği, 30-39 yaş grubunda arkadaş desteği, özel birisinin desteği ve toplam sosyal destek puanlarının diğer yaş gruplarından daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3.3. Hasta Yakınlarının Medeni Duruma Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	Medeni Durum	Sayı	$\overline{X}$ ±SD	t	p
Aile Desteği	Bekar	35	17.63±3.93	t= 1.015	p= 0.313
	Evli	68	16.82±3.75		
Arkadaş Desteği	Bekar	35	12.74±4.66	t= 1.233	p= 0.220
	Evli	68	11.63±4.14		
Özel Kişi Desteği	Bekar	35	8.26±4.45	t= 0.008	p= 0.994
	Evli	68	8.25±4.28		
Sosyal Destek Toplam	Bekar	35	38.37±10.96	t= 0.785	p= 0.434
	Evli	68	36.71±9.79		

Tablo 4.4.3.'de hasta yakınlarının medeni duruma göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Medeni duruma göre hasta yakınlarının ÇBASDÖ toplam ve alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$), ancak evli hasta yakınlarında aile desteği arkadaş desteği ve toplam sosyal destek puanının daha düşük olduğu, her iki cinsiyette de özel kişi desteği puanının birbirine yakın olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3.4. Hasta Yakınlarının Aile Yapısına Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	Aile Yapısı	Sayı	$\overline{X}$ ±SD	t	p
Aile Desteği	Çekirdek	55	16.87±3.73	t= 0.637	p= 0.525
	Geniş	48	17.35±3.92		
Arkadaş Desteği	Çekirdek	55	12.02±4.34	t= 0.021	p= 0.083
	Geniş	48	12.00±4.38		
Özel Kişi Desteği	Çekirdek	55	8.85±4.66	t= 1.524	p= 0.131
	Geniş	48	7.56±3.82		
Sosyal Destek Toplam	Çekirdek	55	37.58±9.85	t= 0.329	p= 0.743
	Geniş	48	36.92±10.64		

Tablo 4.3.4.'de hasta yakınlarının aile yapısına göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Aile yapısına göre hasta yakınlarının ÇBASDÖ toplam ve alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$), ancak çekirdek ailede özel kişi desteği ve toplam sosyal destek puanlarının yüksek olduğu, geniş ailede aile desteği puanlarının yüksek olduğu, her iki aile tipinde de arkadaş desteği puanının denk olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3.5. Hasta Yakınlarının Öğrenim Durumlarına Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	Öğrenim Durum	Sayı	$\overline{X}$ ±SD	F	p
Aile Desteği	Okuryazar değil	7	18.86±5.46	F= 1.910	p= 0.100
	Okuryazar	11	16.18±3.54		
	İlkokul	24	16.00±3.37		
	Ortaokul	31	16.68±4.00		
	Lise	19	17.68±3.52		
	Üniversite	11	19.45±2.80		
Arkadaş Desteği	Okuryazar değil	7	13.14±4.70	F= 2.206	p= 0.060
	Okuryazar	11	12.09±5.10		
	İlkokul	24	10.63±2.87		
	Ortaokul	31	11.00±4.31		
	Lise	19	13.53±4.60		
	Üniversite	11	14.45±4.50		
Özel Kişi Desteği	Okuryazar değil	7	10.00±4.72	F= 1.860	p= 0.109
	Okuryazar	11	7.73±3.13		
	İlkokul	24	7.29±4.39		
	Ortaokul	31	7.19±3.54		
	Lise	19	9.63±4.84		
	Üniversite	11	10.36±5.12		
Sosyal Destek Toplam	Okuryazar değil	7	42.00±10.75	F= 3.163	p= 0.011
	Okuryazar	11	36.00±9.37		
	İlkokul*	24	33.50±8.60		
	Ortaokul	31	34.87±10.04		
	Lise	19	40.89±9.73		
	Üniversite*	11	44.27±10.44		

*Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Tukey HSD testi sonuçlarına göre farkın ilkokul mezunları ve üniversite mezunları arasında olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3.5'de hasta yakınlarının öğrenim durumlarına göre ÇBASDÖ puanları dağılımı görülmektedir. Öğrenim durumuna göre hasta yakınlarının ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), bu farkın ilkokul ve üniversite mezunlarından kaynaklandığı; ilkokul mezunlarının toplam sosyal destek puanlarının diğer öğrenim durumundaki bireylerden çok düşük, üniversite mezunlarının toplam sosyal destek puanlarının diğer gruplardan çok yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3.6. Hasta Yakınlarının Meslek Durumuna Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	Meslek	Sayı	$\overline{X}$ ±SD	KW p
Aile Desteği	Memur	8	17.63±3.33	KW= 3.272 p=0.658
	İşçi	11	16.64±4.15	
	Emekli	5	14.40±3.78	
	Serbest	22	17.00±3.61	
	Ev hanımı	54	18.33±3.98	
	İşsiz	3	18.33±2.30	
Arkadaş Desteği	Memur	8	12.13±3.72	KW= 4.093 p=0.536
	İşçi	11	12.64±4.45	
	Emekli	5	8.0 ±3.28	
	Serbest	22	12.00±3.95	
	Ev hanımı	54	12.11±4.64	
	İşsiz	3	13.67±4.04	
Özel Kişi Desteği	Memur	8	7.25 ±4.20	KW= 3.621 p=0.605
	İşçi	11	7.64 ±3.35	
	Emekli	5	5.80±2.95	
	Serbest	22	7.64 ±3.52	
	Ev hanımı	54	8.89±4.70	
	İşsiz	3	10.33±7.57	
Sosyal Destek Toplam	Memur	8	37.00±9.73	KW= 3.769 p=0.583
	İşçi	11	36.91±10.03	
	Emekli	5	28.60±9.76	
	Serbest	22	36.64±9.25	
	Ev hanımı	54	38.15±10.50	
	İşsiz	3	42.67±13.42	

Tablo 4.3.6.'da hasta yakınlarının meslek durumuna göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının mesleklerine göre ÇBASDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$), ev hanımı ve işsizlerde aile desteği, işsizlerde arkadaş desteği, özel kişi desteği ve toplam sosyal destek puanlarının diğer mesleklerdeki hasta yakını puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır

Tablo 4.3.7. Hasta Yakınlarının Sosyal Güvence Durumuna Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	Sosyal Güvence	Sayı	$\overline{X} \pm SD$	t	p
Aile Desteği	Var	87	17.18±3.57	t= 0.537	p= 0.592
	Yok	16	16.63±5.03		
Arkadaş Desteği	Var	87	11.84±4.13	t= 0.930	p= 0.355
	Yok	16	12.94±5.38		
Özel Kişi Desteği	Var	87	8.15±4.29	t= 0.562	p= 0.575
	Yok	16	8.81±4.59		
Sosyal Destek Toplam	Var	87	37.17±9.94	t= 0.230	p= 0.819
	Yok	16	37.81±11.76		

Tablo 4.3.7.'de hasta yakınlarının sosyal güvence durumuna göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Sosyal güvence durumuna göre hasta yakınlarının ÇBASDÖ toplam ve alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$), sosyal güvencesi olmayan hasta yakınlarının aile desteğinin düşük, arkadaş desteği ve özel kişi desteğinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3.8. Hasta Yakınlarının Hastanın İyileşmesine İnanıp-İnanmama Durumuna Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	İyileşmesine	Sayı	$\overline{X} \pm SD$	t	p
Aile Desteği	İnanan	32	17.50±3.75	t= 0.718	p= 0.474
	İnanmayan	71	16.92±3.85		
Arkadaş Desteği	İnanan	32	11.81±4.34	t= 0.308	p= 0.759
	İnanmayan	71	12.10±4.36		
Özel Kişi Desteği	İnanan	32	8.91±5.27	t= 1.032	p= 0.305
	İnanmayan	71	7.96±3.82		
Sosyal Destek Toplam	İnanan	32	38.22±11.34	t= 0.632	p= 0.529
	İnanmayan	71	36.85±9.67		

Tablo 4.3.8.'de hasta yakınlarının iyileşeceğine inanıp-inanmama durumuna göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının hastalığın iyileşmesine inanıp-inanmama durumu ile ÇBASDÖ toplam ve alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$), hastalığın iyileşeceğine inanan hasta yakınlarının aile desteği, özel kişi desteği ve toplam sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğu hastalığın iyileşeceğine inanmayan hasta yakınlarının ise arkadaş desteği puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3.9. Hasta Yakınının Hastanın Hastalığından Etkilenme Durumuna Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	Hastalıktan Etkilenme	Sayı	$\overline{X}$ ±SD	t p
Aile Desteği	Etkilendi	84	17.15±3.89	t= 0.321 p= 0.749
	Etkilenmedi	19	16.84±3.55	
Arkadaş Desteği	Etkilendi	84	12.35±4.48	t=1.664 p= 0.099
	Etkilenmedi	19	10.53±3.35	
Özel Kişi Desteği	Etkilendi	84	8.69±4.39	t=2.204 p=0.030
	Etkilenmedi	19	6.32±3.46	
Sosyal Destek Toplam	Etkilendi	84	38.07±10.38	t=1.691 p=0.094
	Etkilenmedi	19	33.74±8.61	

Tablo 4.3.9.'de hasta yakınlarının hastanın hastalığından etkilenip-etkilenmeme durumuna göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının hastalıktan etkilenip-etkilenmeme durumu ile ÇBASDÖ alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), hastalıktan etkilenmeyenlerin özel kişi desteğinin düşük olduğu, istatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte hastalıktan etkilenenlerin aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteği ve toplam sosyal desteklerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının hastaya yakınlık durumu, hastaya bakım verme süresi, bakım verenin kendisinde ruhsal rahatsızlık bulunma durumu ailede başka ruhsal rahatsızlığı olan birey olma durumu ile ÇBASDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) Hasta yakınlarının sosyal destek düzeyleri ve stresle baş etme yolları arasında düşük düzeyde negatif yönlü bir ilişki görülmüştür ($r=-0,195$ ve $p=0,048$).

Çalışmada SBTÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark olan gruplar incelendiğinde; kadınların erkeklerden daha çok sosyal destek arama yaklaşımında olduğu, çekirdek ailede yaşayanların kendine güvenli yaklaşım puan

ortalamalarının geniş ailede yaşayanlardan yüksek olduğu, sosyal güvenceleri olmayanların kendine güvenli yaklaşım puan ortalamalarının sosyal güvencesi olanlardan daha yüksek olduğu, hastasının iyileşmeyeceğine inananların çaresiz yaklaşım puan ortalamalarının inananlardan daha yüksek olduğu, hastasının hastalığından etkilenmediğini ifade edenlerin iyimser yaklaşım puanlarının etkilendiğini ifade edenlerden daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmada ÇBASDÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark olan gruplar incelendiğinde; üniversite mezunlarının sosyal destek toplam puan ortalamaları ilkokul mezunlarından yüksek olduğu, hastasının hastalığından etkilenenlerin özel kişi destek puanlarının etkilenmeyenlerden daha yüksek olduğu saptanmıştır.

5.TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1. Hasta Yakınlarına ve Hastalık Süreci Bulgularına İlişkin Tartışma

Çalışmada şizofren hastaların bakımında daha çok kadınlar (%68) sorumluluk almıştır. Literatürde hasta bakımında sorumluluk alan aile üyelerinin cinsiyete göre değişiklik gösterdiği ve kadınların erkeklerden daha fazla rol oynadıkları belirtilmektedir (Budd ve Hughes 1997, Provencher ve Mueser 1997, Schene ve Wijngaarden 1995, Saunders ve Byrne 2002, Boyd ve ark 2007). Lim ve Ahn (2003), Kore'de şizofren hastaların bakımında kadın aile üyelerinin (%64.9) erkeklere göre daha fazla sorumluluk aldığını, Provencher ve Muesr tarafından (1997) Kanada'da yapılan bir çalışmada benzer şekilde kadın aile üyelerinin şizofren hastaların bakımında erkek aile üyelerine göre daha fazla katılım gösterdiklerini, Tel (1999), şizofren hastaların bakımında kadınların (%66.7) erkeklere göre daha fazla sorumluluk aldığını saptamıştır. Ohaeri ve Fido (2001) ise Nijerya'da erkeklerin şizofren hastaların bakımında kadınlardan daha fazla sorumluluk aldıklarını belirtmişlerdir.

Çalışmada şizofren hastalarının bakımından sorumlu olan hasta yakınlarının yaş ortalamasının 38,5 olduğu, hastanın bakım sorumluluğunu çoğunlukla (%55.4) 20-39 yaş grubundaki aile üyelerinin yürüttüğü saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin yaşları farklılık göstermektedir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının bakımından sorumlu aile üyelerinin yaş ortalamalarının 40-49 yaş grubunda olduğu (Tel 1999), Kore'de yapılan bir çalışmada bu ortalamanın 51.2 olduğu (Lim ve Ahn 2003) saptanmıştır. Çin'de yapılan benzer bir çalışmada ise yaş ortalaması 54.92 (Lee ve ark 2006), bulunurken ABD'de bu ortalamanın 59'a kadar çıktığı belirtilmektedir. Şizofren hastaların bakımında yaş ortalamalarının yapılan literatür taramalarında 50 yaş olduğu saptanmıştır. (Buchanan 1995, Lim ve Ahn 2003, Provencher ve Mueser 1997, Saunders 1999). Literatür bulguları çalışmamızla örtüşmemektedir. Bu farklılığın nedeni Çalışmada şizofren hastaların bakımını üstlenen grubu daha çok eşler oluştururken, literatürde ise bu grubun anne ve babaların oluşturması olabilir.

Çalışmada şizofren hastaların bakımından sorumlu hasta yakınlarının büyük bir kısmının (%66) evli olduğu saptanmıştır. Lowyek ve arkadaşları (2004), şizofren hasta

yakınları ile yaptıkları çalışmada şizofren hasta yakınlarının %70'inin evli olduğunu belirtirken, Montero ve arkadaşları (2005), %13'ünün evli olduğunu saptamıştır.

Çalışmada aile yapılarına göre hasta yakınlarının dağılımı incelediğinde ise hastaların çekirdek aile (%53.4) ve geniş ailede (%46.6) yaşama durumunun birbirine yakın olduğu görülmektedir. Araştırmanın gerçekleştirildiği Konya'da var olan aile yapılarının çekirdek ya da geniş aile yapısı mı olduğunu ilişkin bir veriye ulaşılamamıştır. Ancak sınırlı gözlemler bağlamında Konya merkezde daha çok çekirdek aile yaşantısının olduğu söylenebilir. Bu durum şizofren hastaların evlenmemeleri, evlenseler de evliliklerini sürdürememe gibi nedenlerle aile üyeleri veya kan bağı gerektiren akrabalarıyla yaşamlarını sürdürmeleri ya da evli olduklarında bakımın kolaylaşması için geniş ailede yaşamayı tercih etmeleri ile açıklanabilir. Hastanın ailesi ile yaşaması Türk toplumunun kültürel bir özelliğidir. Farklı toplumlarda yapılan çalışmalarda; şizofren hastaların İsveç ve Avusturya'da yaklaşık yarısının kendi başına, İspanya'da yaklaşık %40'ının ailesi ile, İrlanda'da ise yaklaşık %40'ının ebeveynleri ile birlikte yaşadığı belirtilmektedir (Haan ve ark 2002).

Çalışmada öğrenim durumlarına göre hasta yakınlarının dağılımı incelendiğinde yaklaşık yarısının (%53,4) ilkokul ve ortaokul mezunu oldukları saptanmıştır. Türkiye'de yapılan bir başka çalışmada şizofren hastalarının bakımından sorumlu aile üyelerinin %56,6'sının ilkokul ve ortaokul mezunu oldukları saptanmıştır (Sağduyu ve ark 2003).

Çalışmada mesleklerine göre hasta yakınlarının dağılımı incelendiğinde; yaklaşık yarısının (%54) ev hanımı olduğu saptanmıştır. Sağduyu ve arkadaşları (2003), şizofren hastaların bakımından sorumlu aile üyelerinin %28.6'sının ev hanımı olduğu saptanmıştır.

Çalışmada sosyal güvencelerine göre hasta yakınlarının dağılımı incelendiğinde, büyük çoğunluğunun (%87) sosyal güvencelerinin olduğu saptanmıştır.

Çalışmada gelir düzeylerine göre hasta yakınlarının dağılımı incelendiğinde, büyük çoğunluğunun (%75.6) asgari ücret düzeyi ve altında olduğu saptanmıştır. Nugter ve arkadaşları (1996) tarafından yapılan bir çalışmada hasta yakınlarının %73'ünün ekonomik düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Provencher ve Mueser (1997)

tarafından Kanada'da yapılan bir çalışmada ise şizofren hasta yakınlarının gelir düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmada hastaya yakınlık durumuna göre hasta yakınlarının dağılımı incelendiğinde en yüksek dağılımın eşler (37.9) olduğu; bunu çocukların (%15.5) izlediği saptanmıştır. Provencher ve Mueser (1997), şizofren hastaların bakımından sorumlu aile üyelerinin %90'ının anne ve baba olduğunu, eşlerin ise yalnızca %2.9 olduğu saptanmıştır. Haan ve arkadaşları (2002) tarafından beş Avrupa ülkesinde yapılan bir çalışmada şizofren hastaların bakımında görev alan aile üyelerinin %72.4'ünün anne ve baba olduğu saptanmıştır.

Çalışmada hastaların hastalıklarından etkilenme durumuna göre hasta yakınlarının dağılımı incelendiğinde tamamına yakını (%81.6) hastasının hastalığından etkilendiklerini belirtmişlerdir. Bu bulgu şizofren hastalığının etkileme şiddetinin çok yüksek olduğunu göstermektedir. Lee ve arkadaşları (2006), Çin'de yaptıkları bir çalışmada şizofren hastaların bakımından sorumlu olanlarda, stres, çevreye uyumsuzluk ve kriz durumları saptamışlardır.

Çalışmada hasta yakınlarının bakım verme sürelerine göre dağılımı incelendiğinde hasta yakınlarının %67'sinin beş yıldan daha fazla süredir bakım verdikleri saptanmıştır. Lim ve Ahn (2003) tarafından yapılan bir çalışmada şizofren hastalara bakım veren ailelerin bakım verme süreleri ortalama 92 ay, Ran ve arkadaşları (2003) tarafından Çin'de yapılan bir çalışmada 8 yıl olarak tespit edilmiştir.

Çalışmada bakım veren aile üyelerinde ruhsal rahatsızlık olma durumuna göre hasta yakınlarının dağılımı incelendiğinde hasta yakınlarının %37.9'unda ruhsal rahatsızlık olduğu saptanmıştır. Haan ve arkadaşları (2002) tarafından beş Avrupa ülkesinde şizofren hasta yakınları ile yapılan çalışmada hastanın bakımından sorumlu hasta yakınlarının İspanya'da %53.5'inde, Avusturya'da %32.8'inde, İrlanda'da %33.3'ünde, İskoçya'da %32.1'inde İsveç'te %38,8'inde ruhsal rahatsızlık olduğu hasta yakınları tarafından belirtilmiştir. Ayrıca Shibre ve arkadaşları (2001) tarafından Etiyopya'da yapılan bir çalışmada şizofren hastaların bakımını üstlenen hasta yakınlarının %42'sinde ruhsal rahatsızlık olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda şizofren hastaların bakımından sorumlu hasta yakınlarında ruhsal rahatsızlık bulunma durumunun ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeylerinden bağımsız bir olgu olduğu

söylenebilir. Çalışmada ailede başka ruhsal rahatsızlık bulunma durumuna göre hasta yakınlarının dağılımı incelendiğinde yarısına yakınında (%47.6) ruhsal rahatsızlık olduğu saptanmıştır. Bu bulgu hastasının hastalığından etkilenme (%81.6) olgusu ile birlikte değerlendirildiğinde şizofreninin aile üyeleri üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir.

5.2 Hasta Yakınlarının SBTÖ'ye İlişkin Bulgularını Tartışma

Hasta yakınlarının SBTÖ puanları cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde istatistiksel olarak farkın yalnızca sosyal destek arama yaklaşımında olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Kadınların erkeklerden daha fazla soysal destek arama yaklaşımını kullanmasında kadınların duygularını daha rahat ifade etmeleri ve buna bağlı olarak gereksinimlerini karşılamada çevrelerine daha rahat yönelmelerinin etkili olduğu düşünülmektedir (Dormann ve Zapf 1999, Russell ve Cutrona 1991).

Çalışmada erkeklerin çaresiz yaklaşım puanlarının kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Erkeklerin çaresiz yaklaşımı kadınlardan daha çok kullanmalarında toplum ve aile içinde erkeğin üstlendiği rol modeli gereği yüklenen sorumluluk duygusu ve bu konuda bir çözüm üretememesi etkili olabilir.

Çalışmada hasta yakınlarının stresle baş etme konusunda yaş gruplarının farklılık göstermediği saptanmıştır. Hasta yakınlarının yaşı ile stresle baş etme yaklaşımları arasında bir ilişkinin olmaması, yaştan kaynaklanan bir deneyimin şizofren hasta bakımından kaynaklı stresle baş etmede bir etkisinin olmadığını düşündürmektedir. Urizar ve Maldonado (2006) tarafından Şili'de şizofren hasta yakınları ile yapılan bir çalışmada yaşı yüksek aile üyelerinin gençlere göre daha çok etkilendikleri ve anksiyete içerisinde oldukları saptanmıştır. Ancak Urizar ve Maldonado (2006), çalışmalarında şizofren hasta yakınlarının stresle baş etme becerilerini değil, şizofren hasta bakımından kaynaklanan yükü ve tükenmişliği belirlemeye çalışmışlardır.

Hasta yakınlarının stresle baş etme yaklaşımlarında evli ya da bekar olmaları bir farklılık göstermemektedir. Bu durum evli hasta yakınlarının eşlerinin ve evlilik kurumunun stresle baş etme konusunda olumlu ya da olumsuz yönde belirli bir etkisinin olmadığı şeklinde açıklanabilir. Literatürde depresyon, kriz, anksiyete gibi stresle

nedensellik ve/veya sonuçsallık bağıntısı olan ruhsal rahatsızlıklarda medeni durumun etkili olduğu belirtilmektedir (Wang ve ark 2007, Goergen 2001, Dorrmann ve Zapf 1999). Hasta yakınları ister evli olsun ister bekar olsun her iki grupta stresle baş etmede olumlu ve olumsuz yöntemleri birlikte kullanmışlardır. Bu bulgu literatür ile örtüşmektedir (Lee ve ark 2006, Cooke ve ark 2001) .

Geniş aile yapısında olan hasta yakınlarının boyun eğici yaklaşım ve çaresiz yaklaşım gibi stresle baş etmede olumsuz yöntemleri daha çok kullandıkları, çekirdek aile yapısındakilerin ise kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı gibi stresle baş etmede olumlu yöntemleri daha çok kullandıkları saptanmıştır. Ülkemizde şizofren hasta yakınları ile yapılan bir çalışmada (Tel 1999) geniş ailede yaşayan hasta yakınlarının çaresiz ve iyimser yaklaşımı yani pozitif ve negatif yaklaşımları birlikte kullandıkları saptanmıştır. Göker ve arkadaşları (2003), şizofren hastaların aileleri ile yaptıkları bir psikodrama çalışmasında ailelerde en sık ve baskın duyguların suçluluk, çaresizlik ve gelecek kaygısı olduğunu saptamıştır.

Çalışmada hasta yakınlarının stresle baş etme yaklaşımları öğrenim durumlarına göre bir farklılık göstermemektedir. Ancak üniversite mezunu olan hasta yakınları boyun eğici ve çaresiz yaklaşım gibi olumsuz yöntemleri daha az, buna karşın olumlu bir yöntem olan sosyal destek arama yaklaşımını daha fazla kullanmaktadırlar. Bu bağlamda hasta yakınlarının eğitim seviyesi yükseldikçe stresle başetmede olumlu yaklaşımları daha fazla kullandıkları söylenebilir.

Çalışmada hasta yakınlarının sosyal güvencelerine göre SBTÖ puanlarında kendine güvenli yaklaşım dışında bir farklılık saptanmamıştır. Sosyal güvenceleri olmayan hasta yakınları stresle baş etmede olumlu bir yaklaşım olan kendine güvenli yaklaşımı sosyal güvenceleri olanlara göre daha fazla kullanmaktadırlar. Bu durum hasta yakınlarının sosyal güvenlik kurumundan destek alamamaları nedeniyle hastaları ile yaşadıkları sorunları çözmek için olumlu anlamda kendilerini geliştirdikleri şeklinde açıklanabilir.

Çalışmada hasta yakınlarının hastasının iyileşip iyileşmemesine inanma durumuna göre SBTÖ'nün çaresiz yaklaşım dışındaki diğer alt gruplarında bir farklılık saptanmamıştır. Hastasının iyileşeceğine inanmayan hasta yakınları, stresle başetmede olumsuz bir yaklaşım olan çaresiz yaklaşımı, hastasının iyileşeceğine inanan hasta

yakınlarından daha fazla kullanmaktadırlar. Bu durum olumsuz bir anlamı olan iyileşmeme düşüncesinin hasta yakınlarının olumsuz baş etme biçimi olan çaresiz yaklaşıma yöneltmesine neden olduğunu düşündürmektedir.

Hasta yakınlarının hastasının hastalığından etkilenip etkilenme durumuna göre, SBTÖ'nün iyimser yaklaşım dışındaki diğer alt gruplarda bir farklılık belirlenmemiştir. Hastasının hastalığından etkilenmediğini ifade eden hasta yakınları stresle baş etmede olumlu bir yaklaşım olan iyimser yaklaşımı, etkilendiğini ifade eden hasta yakınlarından daha fazla kullanmaktadırlar. Şizofren hasta yakınlarının hastalıktan etkilenme durumlarına kendi bireysel özelliklerinin yanı sıra yaşadıkları sorunların da etkisinin olduğu düşünülmektedir. Şizofren hasta aileleri ile Avrupa ülkelerinde yapılan çalışmalarda hasta yakınlarının ortaklaştıkları sorunlar hastalarla ve sağlık personeli ile iletişim yoksunluğu, toplumun hastalığa yüklediği anlam ve bu durumun yaşamlarına etkileri, tükenmişlik, sosyal destek yoksunluğu ve stres olarak belirlenmiştir (Boye ve ark 2001, Holzinger ve ark 2003, Espina ve ark 2003, Angermeyer ve ark 2003, Magliano ve ark 1998, Schene ve ark 1998, Bibou 1997).

Hasta yakınlarının stresle baş etme yaklaşımları meslek durumlarına göre bir farklılık göstermemektedir. Meslek durumlarına göre stresle baş etme yaklaşımları arasında fark olmaması çalışma yaşamının şizofren hasta yakınları üzerinde olumlu ya da olumsuz belirleyici bir etkisinin olmadığını düşündürmektedir. Yamashita (1996) tarafından şizofren hasta yakınları ile derinlemesine görüşmelerde hasta yakınları, çalışma yaşamının zorlayıcı koşullarının hasta bakımında güçlüklere neden olduğunu belirtmişlerdir.

Hasta yakınlarının stresle baş etme durumları ile sosyodemografik ve hastalık sürecine ilişkin özellikleri karşılaştırıldığında iyimser yaklaşımın tüm değişkenlerde SBTÖ'nün diğer alt gruplarından daha düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuçta şizofren ye ilişkin toplumsal değer yargılarının, hastalığın geriye dönüşsüz yeti yıkımına neden olmasının ve hastanın bakımını yürütmenin aile üyelerinin yaşamları üzerinde önemli bir stresör olmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Birçok çalışmada şizofren hasta ailelerinin stigmanın etkileri ile etkin baş etmeleri ve hasta bakımını daha rahat sürdürmeleri için birey ve aileye yönelik destekleyici programlarının yürütüldüğü belirtilmektedir (Backlar 1994, Burke 1995, Mueser ve Gingerich 1994¸ Mueser ve Gingerich 2006).

5.3. Hasta Yakınlarının ÇBASDÖ'ye İlişkin Bulgularını Tartışma

ÇBASDÖ'nin aile desteği, arkadaş desteği ve özel birisinin desteği alt grup puan ortalamaları ile hasta yakınlarının cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Her iki cinsiyet de puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu ancak kadın puan ortalamalarının erkeklerden biraz daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aile üyelerinden biri hastalandığında bunun bakımı ile ilgilenme görevinin çoğu kez kadına yüklendiği, kadınların sevdikleri kişinin başına gelen stresli olaylara daha fazla katıldıkları, erkeklere kıyasla bakım rolünü daha çok üstlendikleri belirtilmektedir (Kessler ve ark 1985). Bu durum kadın ve erkeklerin toplumsallaşma sürecindeki farklılıktan kaynaklanmaktadır. Toplumsallaşma süreci kadının sıcak, sevecen davranmasını ve yakınlık arayışını pekiştirerek, duygularını sözel olarak ifade etme becerisini geliştirmektedir. Böylece, sosyal açıdan destekleyici ilişkileri kurmak ve sürdürmek, erkeklere kıyasla kadınlara daha kolay gelmektedir (Barbee ve ark 1993).

Hasta yakınlarının medeni durumu ile aile desteği, arkadaş desteği ve özel birisinin desteği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı, bekarların ve evlilerin puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu ancak bekarların toplam algılanan sosyal destek puan ortalamalarının evlilerden biraz daha yüksek olduğu saptanmıştır. Şizofren hasta ve yakınları ile yapılan bir çalışmada evli hasta yakınlarının çocuklardan kaynaklanan sorunlar ve geçim sıkıntısı gibi nedenlerle daha çok sorun yaşadıkları ve sosyal desteğe daha fazla gereksinim duydukları; buna karşın sosyal desteklerinin düşük olduğu saptanmıştır (Thara 2003). Bu bulgu araştırma bulguları ile örtüşmektedir.

Çalışmada şizofren hasta yakınlarının aile yapılarına göre algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak bir farklılık olmamakla birlikte, geniş ailede yaşayanların aile desteği puanlarının daha yüksek olduğu, çekirdek ve geniş ailede yaşayanlarda arkadaş desteği puanlarının denk olduğu, çekirdek ailede yaşayanların da özel kişi destek puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Elal ve Krepsi (1999) sosyal desteğin temel kaynağının eş ve çocuklar olduğunu, diğer aile üyelerinin sosyal destekte önemli bir katkısının olmadığını ifade etmektedir. Sosyal desteğin, sadece ilişki kurulan insan sayısı ile açıklanması eleştirilmektedir. Çünkü çok fazla kişi ile ilişkide bulunma sosyal desteği azaltabilmektedir. Sosyal ilişkilerin çok yoğun olduğu durumlarda insanlar, kontrollerinin yitirildiği algısından doğan stresle baş

etmek için ilişki kurmaktan kaçınmaktadırlar. Evans ve arkadaşları (1989), sosyal açıdan kendini çekmenin, sosyal destek kaybına yol açtığını ve bu durumun da ruhsal sıkıntı belirtilerinin daha da artmasına neden olduğunu belirtmektedirler. Zor durumda ya da sıkıntı içinde olan bireye, aile üyelerinin, akrabalarının, arkadaşlarının yanı sıra diğer toplumsal ilişkilerinin sağladığı kaynaklar olarak kavramlaştırılan sosyal desteğin, fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde de etkili olduğu vurgulanmaktadır (Evans ve ark 1989).

Çalışmada hasta yakınlarının meslek durumuna göre algılanan sosyal destek puan ortalamalarının farklılık göstermediği, çalışma durumunun olumlu ya da olumsuz bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Çalışma ortamında şizofren hasta yakınlarının çalışma arkadaşları ile sosyal desteklerini artırmaya yönelik bir paylaşımlarının olmadığı düşünülebilir.

Çalışmada sosyal güvencesi olan ve olmayan hasta yakınlarının ÇBASDÖ puan ortalamalarını birbirine yakın bulunmuştur. Sosyal güvencesi olan hasta yakınlarının sosyal güvencesi olmayan hasta yakınlarına göre aile desteği ve sosyal destek puan ortalamalarının yüksek olduğu buna karşın sosyal güvencesi olmayan hasta yakınlarının ise arkadaş ve özel birisinin destek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sosyal güvencesi olmayan bireyler doğal olarak arkadaş ve özel birisinin yardım ve desteğine gereksinim duymaktadırlar ve bunlardan destek sağlamaktadırlar.

Ruhsal rahatsızlığı olan hasta yakınlarının sosyal destek puan ortalamaları, ruhsal rahatsızlığı olmayan hasta yakınlarından daha fazladır. Bu durum, ruhsal rahatsızlığı olan hasta yakınlarının ruhsal rahatsızlıklarının çevrelerinde bir sosyal destek arayışı çağrısı olarak nitelendirilmesi olarak algılandığını düşündürmektedir. Farklı ruhsal rahatsızlıklarda da ruhsal rahatsızlığı olanların olmayanlara göre daha fazla sosyal destek gördükleri saptanmıştır. Aksüllü ve Doğan (2004), tarafından yapılan bir çalışmada depresyon hastası olan yaşlıların algılanan sosyal desteklerinin depresyon rahatsızlığı olmayan yaşlılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmada hasta yakınlarının sosyal destek düzeyleri ve stresle baş etme durumları arasında düşük düzeyde negatif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Yapılan literatür taramalarında hastanın sosyal destek düzeyleri arttığında streslerinin azaldığı ve bu bağlamda da stresle baş etme becerilerinin arttığı belirtilmiştir (Potasznik 1984,

Friedrich 1999, Saunders 2003). Bu durumun gerçekleşmesi için stresle baş etmede olumlu baş etme yaklaşımlarının (sosyal destek arama yaklaşımı, iyimser yaklaşım ve kendine güvenli yaklaşım) artması gerektiği düşünülmektedir.

Sonuç;

Bu çalışmada şizofren hastaların temel bakımından sorumlu hasta yakınlarının sosyal destek ve stresle baş etme düzeylerini değerlendirmek amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda şizofren hasta yakınlarının stresle baş etmede olumlu yöntemlerinden biri olan iyimser yaklaşımı yok denecek kadar az kullandıkları olumsuz yaklaşımlardan ise çaresiz yaklaşımı ve boyun eğici yaklaşımı daha sık kullandıkları saptanmıştır.

Şizofren hastanın bakımından sorumlu hasta yakınının sosyal desteğinde ise daha çok aile desteğini aldıkları; aile dışındaki sosyal destek kaynakları olan arkadaş desteği ve özel kişi desteğini çok az kullandıkları tespit edilmiştir. Bu bağlamda sosyal desteği artırmaya yönelik yapılacak çalışmalarda arkadaş ve özel kişi desteğine odaklanılmalıdır.

Şizofren hasta ailelerinin baş etme stratejilerini tanımak; hastanın aileye getirdiği yükü, hastanın sosyal güçlüklerini, davranışsal sorunlarını ve hastalığın gidişini belirlemeye yardım eder. Araştırmada ortaya konan şizofren hasta yakınlarının algıladıkları sosyal destek ve stresle baş etme yaklaşımları konusunda ailelere yönelik çalışmalar planlanmalıdır. Konu ile ilgili yapılacak psikososyal eğitim çalışmalarında araştırmamızda sorun olarak tespit ettiğimiz stresle baş etme ve sosyal destek boyutlarının (iyimser yaklaşım, arkadaş desteği, özel kişi desteği) nedenleri niteliksel çalışma yöntemleri (derinlemesine görüşme ve odak grup çalışması) kullanılarak belirlenmelidir.

Aileye eğitim veren psikiyatri hemşiresi esnek bir tutum sergilemeli aileye eğitim ve destek grupları yanında stresle baş etme becerilerini artırmaya yönelik psikoeğitimi içeren çalışmalar planlanmalıdır. Şizofren hasta yakınlarının stresle baş etme yollarını geliştirmeye yönelik yapılacak çalışmalarda kendine güvenli yaklaşım becerilerini geliştirmeye odaklanılmalıdır.

6. ÖZET

S.Ü. SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA
MEHTAP ESMEK

Psikiyatri Servisinde Yatan Şizofren Hastaların Yakınlarının Sosyal Destek Ve Stresle Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi

Araştırma Şizofren hasta yakınlarının algılan sosyal destek ve stresle başetme yaklaşımları düzeylerini araştırmak amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

1 Temmuz- 1 Kasım 2006 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Servisi ve Konya Numune Hastanesi Psikiyatri Servislerinde yatan araştırma sınırlılıklarını karşılayan 103 şizofren hastanın temel bakımından sorumlu hasta yakınları araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmada sosyal desteği belirlemek için "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" ve stresle baş etme yaklaşımlarını belirlemek için "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" kullanılmıştır. Araştırmada veri toplama araçları yüzyüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi ve analizi bilgisayar ortamında SPSS 13.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Veriler yüzdelik dağılım, aritmetik ortalama, bağımsız gruplarda t testi, varyans analizi, Kruskal-Wallis ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Varyans analizi sonucunda fark gözlendiği durumlarda, gözlenen farkın hangi gruplar arası farktan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Tukey HSD çoklu karşılaştırmalı (post- hoc) testi kullanılmıştır.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre şizofren hasta yakınlarının SBTÖ alt ölçek puanlarından kendine güvenli yaklaşım puanları aile yapısına göre, sosyal güvencelerinin olup olmama durumuna göre, çaresiz yaklaşım puanları ise hastasının iyileşip iyileşmemesine inanma durumuna göre, iyimser yaklaşım puanı ise hastasının hastalığından etkilenip etkilenmeme durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

Şizofren hastaların yakınlarının ÇBASDÖ toplam puanları öğrenim durumlarına göre, özel kişi puanları ise hastasının hastalığından etkilenme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

Şizofren hastaların yakınlarının stresle baş etme becerilerini artırmak ve sosyal destek düzeylerini artırmak için psikoeğitim gerekmektedir.

7.SUMMARY

S.U.UNIVERSITY OF SELÇUK) INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES
NURSING BRANCH MASTER THESIS
KONYA
MEHTAP ESMEK

Determine to Level Coping With Stress and Social Support of the Relatives of the Patients Who Have Schizoprenia at Psychiatry Unit

The research has been carried out in a definitary way in order to search the ability level on coping with the perceived social support and stress of the relatives of patients of schizophrenia.

The sampling universe of the research has consisted of the relatives of the patients that have been responsible for the primary care of the 103 schizophrenia patients staying at the Psychiatry services of Selçuk University Meram School of Medicine and Konya Numune Hospital during the period between July 1st and November 1st 2006.

In the research, "Multidimensional Scale of Perceived Social Support" has been used to determine the social support and "Ways of Coping Inventory" (WCI) has been used to determine the abilities of coping with stress. Data collection of the research has been done by applying face to face interview method.

Data assessment and analysis has been done in computer by SPSS 13.0 software. Assessment has been done on the data by making use of percentile distribution, arithmetic mean, t-test on independent groups, variance analysis, Kruskal-Wallis and one-way ANOVA tests. In cases where difference has been observed in variance analysis result, in order to determine the groups among which the difference causes the observed difference, Tukey-HSD multi-comparison test (post-hoc) has been used.

According to the results obtained in the research, of the subscale grades of "Scale of styles on coping with stress" of relatives of schizophrenia patients, self confident approach grades statistically vary according to family structure and existence of social security; desperate approach grades vary according to the state of belief that

their patient will recover; optimistic approach grade varies depending on the state of being effected by the illness of the patient.

Total “Multi-dimensionally perceived social support scale” grades of relatives of schizophrenia patients statistically significantly vary depending on their levels of education; special person grades significantly vary depending on the state of being effected by the illness of their patient.

In order to increase the abilities to cope with stress and social support levels of schizophrenia patients relatives, psychological training is required.

8. KAYNAKLAR

1. **Akbaba S ve Gözüm S (1998)** *Bireyin kendisiyle olumlu diyalog kurma öğretiminin stresle başa çıkma üzerine etkisi*, Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi 1(1), 55- 64

2. **Aksüllü N, Doğan S (2004)** *Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki*, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2004 5/1 76- 84

3. **Akbaş E (2006)** *Gebe kadınlarda depresyon ve anksiyete düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisinin incelenmesi*, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep

4. **Altay M (2007)** *Okul yöneticilerinin mesleki tükenmişlik düzeyleri ile çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişki,* Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Tokat

5. **Altuntaş E (2003)** Stres Yönetimi, Alfa Yayınları, Editör Gürtuna R Alfa/Aktüel Kitabevi Motif Matbaacılık 131- 179 İstanbul

6. **Amuk T, Varma G, Oğuzhanoğlu NK, Ateşçi F (2004)** Ş*izofrenide cinsiyet ve başlangıç yaşının sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilişkisi*, Anadolu Psikiyatri Dergisi 5(2), 101- 105

7. **Angermeyer MC, Schulze B, Dietrich S (2003)** *Courtesy stigma--a focus group study of relatives of schizophrenia patients,* Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 38, 593- 602

8. **Angermeyer MC, Bull N, Bernert S, Dietrich S, Kopf A (2006)** *Burnout of caregivers: a comparison between partners of psychiatric patients and nurses,* Archives of Psychiatric Nursing (20, 4), 158-165

9. **Arkonaç O** (**1996a)** *Şizofreni ve Nedenleri,* Psikotik Bozukluklar ve Tedavileri, Nobel Tıp Kitabevleri, 35 -53, İstanbul

10. **Arkonaç O (1996b)** *Psikotik Bozukluklar ve Tedavileri,* Antipsikotik İlaç Tedavisi ve Psikososyal Tedavi Yaklaşımının Etkileşimi, İstanbul Tayf Ofset, 331-350

11. **Arthur D, The Nursing Research Group (2002)** *The validity and reliability of the measurement of the concept expressed emotion in the family members and nurses of hong kong patients with schizophrenia*, International Journal of Mental Health Nursing 11, 192 -198

12. **Atkinson R, Atkinson RC (1995)** *Çalışma ve Stres,* Psikolojiye Giriş II Çeviren; Atakay K. Atakay M. Yavuz A. Sosyal Yayınlar Baskı; Söğüt Ofset 591-592 İstanbul

13. **Backlar P (1994)** *The Family Face of Schizophrenia: Practical Counsel from America's Leading Experts,* New York: Jeremy P. Tarcher/Putnam

14. **Baltaş A, Baltaş Z (1997)** Stres ve Başa Çıkma Yolları 16. Basım Remzi Kitabevi 300 -304 İstanbul

15. **Barbee AP, Cunnıngham MR, Wınstead BA, Derlega VJ, Gulley MR, Yakeelov PA, Druen PB (1993)** *Effects of gender role expectations on the social support process*, Journal of Social Issues, 49, 175 -190

16. **Başer Z (2006)** *Aileden algılanan sosyal destek ile kendini kabul düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi,* Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Erzurum

17. **Bibou-Nakou I, Dikaiou M, Bairactaris C (1997)** *Psychosocial dimensions of family burden among two groups of carers looking after psychiatric patients*, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 32, 104 -108

18. **Birchwood M, Cochrane R (1990)** *Families coping with schizophrenia: coping styles, their origins and correlates*, Psychological Medicine 20, 857-865

19. **Birol L (2002)** *Sağlık ve hastalık kavramları*, Hemşirelik Süreci" 5. Baskı, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti, 14-17 İzmir

20. **Bostancı N (2004)** *Şizofreni hastalarına yönelik stigma ve bunun azaltılmasına ilişkin girişimler*, HD Hemşirelik Dergisi (13, 53)

21. **Boyd RM, Baliko B, Cox MF, Tavakoli A (2007)** *Stres, coping, and alcohol expectancies in rural african- american women*, Archieves of Psychiatric Nursing, (21, 2),70-79

22. **Boye B, Bentsen H, Ulstein I, Notland T. H, Lersbryggen A, Lingjaerde, O, et al (2001)** *Relatives' distress and patients' symptoms and behaviours: A prospective study of patients with schizophrenia and their relatives,* Acta Psychiatrica Scandinavica, 104, 42- 50

23. **Buchanan J (1995)** *Social Support and Schizophrenia: Review of the Literature*, Archives of Psychiatric Nursing, (9, 2), 68- 76

24. **Burke RD (1995)** *When the music's over: My journey into schizophrenia,* New York: Basic Books

25. **Buchanan J (1995)** *Social Support and Schizophrenia: Review of the Literature*, Archives of Psychiatric Nursing, (9, 2), 68- 76

26. **Budd RJ, Hughes ICT (1997)** *What do relatives of people with schizophrenia find helpful about family intervention?,* Schizophrenia Bullten, 23, 341-346

27. **Bulut N (2005)** *İlköğretim Öğretmenlerinde Stres Yaratan Yaşam Olayları ve Stresle Başa Çıkma,* Kastamonu Eğitim Dergisi (13, 2)

28. **Çakırcalı E (2000)** *Sağlık ve Hastalık Kavramı,* Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar 3. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri LTD. ŞTİ. İzmir

29. **Cassidy E, Hill S, Callaghan O (2001)** *Efficacy of psychoeducational intervention in improving relatives knowledge about schizoprenia and reducing rehospitalisation*, Eur Psychiatry 16, 446- 50 Ireland

30. **Cooke DDML, Mulligan KT, Harrison MJ, Newman SP (2001)** *Psychosocial interventions for caregivers of people with dementia: a systematic rewiew*, Aging Mental Health, 5, 120- 25

31. **Cüceloğlu D (1999)** İnsan ve Davranışı 9. Basım Remzi Kitabevi 321-326

32. **Dearing KS (2004)** *Getting it together: How the nurse patient relationship influences treatment compliance for patients with schizophrenia*, Archieves of Psychiatric Nursing (13,5), 155- 163

33. **Dixon L (1999)** *Providing services to families of persons with schizophrenia: present and future*, The Journal of Mental Health Policy and Economics 2, 3- 8

34. **Doorbons MM (1997)** *The problems and coping methods of caregives pf young adults with mental ilness,* Journal of Psychosocial Nursing (35, 9)

35. **Dormann C, Zapf D (1999)** *Social support, social stressors at work, and depressive symptoms: Testing for main and moderating effects with structural equations in a three-wave longitudinal study,* Journal of Applied Psychology*, 84,* 874- 884

36. **Eker D, Arkar H (1995)** *Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlilik ve Güvenirliği*, Türk Psikoloji Dergisi, (10,34), 45-55.

37. **Eker D, Arkar H, Yıldız H (2001)** *Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden* geçirilmiş *formunun faktör yapısı, geçerlilik ve güvenirliği,* Türk Psikiyatri Dergisi (12, 1), 17- 25

38. **Erkoç S, Soygür A, Alptekin K (2000)** Şizofreni Dernekleri. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde panel konuşmaları, Antalya.

39. **Espina, A, Ortego, A, Ochoa de Alda, I, Gonzalez, P. (2003)** *Dyadic adjustment in parents of schizophrenics*, European Psychiatry*,* 18, 233- 240

40. **Evans GW, Palsene, MN, Lepore SJ, Martin J (1989)** *Residential Density and Psychological Health: The Mediating Effects of Social Support*, Journal of Personality and Social Psychology, 57, 994- 999

41. **Friedrich R, Lively S, Buckwalter K (1999)** *Well siblings living with schizophrenia. Impact of associated behaviors*, Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health, (37,8), 11–19

42. **Goergen T (2001)** *Stress, conflict, elder abuse and neglect in German nursing homes: A pilot study among professional caregivers*, Journal of Elder Abuse and Neglect, (13, 1), 1– 26

43. **Göker B, Akbıyık D, Kuşgözoğlu T (2003)** *Şizofreni Hasta Aileleri İle Psikodrama Uygulamaları,* 10.Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, Ankara

44. **Gülseren L (2002)** *Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler*, Türk Psikiyatri Dergisi (13, 2), 143- 151

45. **Gürhan N (1991)** *Psikiyatri hastalarına sahip ailelerin sosyal ihtiyaçlarına destek*, Hemşirelik Bülteni (5, 22), 67- 69

46. **Haan L, Kramer L, Raay B, Weir M, Gardner J, Akselson S et al (2002)** *Priorities and Satisfaction on the Help Needed and Provided in a first Episode of Psychosis. A Survey in Five European Family Associations,* Europe Psychiatry, 17, 425- 33

47. **Harrison CA, Dadds MR, Smith G (1998)** *Family caregivers criticism of patients with schizophrenia,* Psychiatr Service 49, 918- 924

48. **Hisli N (1994)** *Stresle Başa Çıkma Olumlu Bir Yaklaşım,* Türk Psikologlar Derneği Yayınları:2 Ankara, Özyurt Matbaası, 101- 106

49. **Holzinger A, Kilian R, Lindenbach I, Petscheleit A, Angermeyer MC. (2003)** *Patients' and their relatives' causal explanations of schizophrenia,* Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*,* 38*,* 155- 162.

50. **Işık E (1997)** Şizofreni 2. Baskı Ankara 1- 48

51. **İlal GK (1991)** Tıpsal Psikoloji 3. Baskı Güneş Kitabevi Yayınları 328- 329 Ankara

52. **İlkay E (2002)** *Şizofreni* Cerrahpaşa Psikiyatri, İ.Ü.Basım ve Yayınevi Müdürlüğü, 333-361, İstanbul

53. **İsmailov N, Özakkaş T (1998)** *Şizofreni,* Azerbaycan Tıp Eğitiminde Psikiyatri, Özak Yayınevi, 2, 125- 159, İstanbul

54. **Karancı AN (1997)** *Şizofren hasta yakınlarının dünyası: nedensel atıflar, yükler ve umutlar*, Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi (5, 2), 42- 45

55. **Kessler RC, Mcleod, JD, Wethington E (1985).** *The Cost of Caring: A Perspective on The Relationship Between Sex and Psychological Distress. In I.C.* Ed. Sarason and B.R. Sarason , Social Support: Theory, Research and Applications, 491- 506. Dordrecht, The Netherlands: Martinus Nijhoff.

56. Özcan A (1996) *Şizofrenik, Paranoid ve Diğer Psikotik Bozukluklar,* "Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı" Kum N Vehbi Koç Vakfı Yayınları 13, 101- 113 İstanbul

57. Köroğlu E (1998) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Medikomat Basım Yayın, 4.Baskı, 337- 360, Ankara

58. Köroğlu E (2001) Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı 4. Baskı 137- 138 Ankara

59. Kökdemir H (1996) *Akıl Hastalarının Ailelerinin Duygusal ve Sosyal Problemleri,* III. Ulusal Sosyal Psikiyatri Sempozyumu, Çanakkale

60. Lee CT, Yang KY, Chen PS, Hung CH, Lin HS, Chang LF, Cheng HS (2006) *Different dimensions of social support for the caregivers of patients with schizophrenia: main effect and stress-buffrening models*, Psychiatry and Clinical Neurosciences, 60, 546 –550

61. Lim MY, Ahn YH (2003) *Burden of Family Caregivers With Schizophrenic Patients in Korea,* Applied Nursing Research (16, 2), 110-117

62. Lowyek B, Heart HD, Peeters E, Wampers M, Gilis P, Peuskens J (2004) *A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients*, European Psychiatry 19, 395- 401

63. Magliano, L, Fadden, G, Madianos, M, de Almeida, J. M, Held, T, Guarneri, M, et al (1998) *Burden on the families of patients with schizophrenia: Results of the BIOMED I study,* Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33, 405- 412.

64. Montero I, Hernandez I, Asencio A, Bellver F, LaCruz M, Masanet JM (2005) *Do all people with schizophrenia receive the same benefit from different family intervention programs*?, Psychiatry Research, 133, 187-195

65. Mueser KT, Gingerich, SL. (1994) Coping with Schizophrenia: A Guide for Families. Oakland, CA: New Harbinger

66. Mueser KT, Gingerich SL (2006) *The complete family guide to schizophrenia: helping your loved one get the most out of life*, Guilford Pres, New York

67. Nugter A, Dingemans P, Vander Pces JW, Linszen D, Gersans B (1997) *Family treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenia,* Psychiatry Research 72, 23-31

68. Ohaeri JU, Fido AA (2001) *The opinion of caregivers on aspects of schizophrenia and major affective disorders in a nigerian setting*", Soc Psychiatr Epidemiol 36, 493-499

69. Özgüven E (2001) Ailede İletişim ve Yaşam Yayınları 1-7 Ankara

70. Öztürk O (2004) *Şizofreni,* Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 10.Basım, Ankara

71. Özmen E, Ögel K, Boratav C, Sağduyu A, Aker T, Tamar D (2003) *Depresyon ile ilgili bilgi ve tutumlar: İstanbul örneği*, Türk Psikiyatri Dergisi (14,2), 89-100

72. Perlick DA, Robert A, Clarkin JF, Maciejewski PK, Sirey J, Struening E, Ling BG (2004) I*mpact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder*, Psychiatric Services 55, 1029-1035

73. Potasznik H, Nelson G (1984) *Stress and social support: The burden experienced by the family of a mentally ill person*, American Journal of Community Psychiatry, 12, 589–607

74. Provencher HL, Mueser KT (1997) *Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia*, Schizophrenia Research 26, 71-80

75. Ran MS, Leff J, Hou, ZJ, Xiang MZ, Chan CL (2003). *The characteristics of expressed emotion among relatives of patients with schizophrenia in Chengdu,* China. Culture, Medicine and Psychiatry*, 27,* 95-106.

76. Rössler W, Salize H.J, Os J, Riecher-Rössler A (2005) *Size of burden schizophrenia and psychotic disorders*, European Neuropsychopharmacology 15, 399-409

77. Russell DW, Cutrona CE (1991) *Social support, stress, and depressive symptoms among the elderly: Test of a process model*, Psychology and Aging, 6, 190-201

78. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Ögel K, Tamar D (2001) *Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı*, Türk Psikiyatri Dergisi (12,2), 99-110

79. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Uğuz Ş, Ögel K, Tamar D (2003) *Şizofreni olan hastaların yakınlarının şizofreniye yönelik tutumları,* Türk Psikiyatri Dergisi (14, 3), 203-212

80. Saylan N, Yurdakul B (1998) *Öğretmenlerin Mesleki Stres Düzeyi ile Stresle Başa Çıkmada Uygulanan Bireysel ve Örgütsel Stratejiler,* S.Ü.Eğit.Fak. VII.Ulus .Eğ.Bil.Kong.

81. Saunders CJ (1999) *Family functioning in families providing care for a family with schizophrenia***,** Issues in Mental Health Nursing 20, 95- 113

82. Saunders CJ (2003) *Families living with severe mental illness: A literature review,* Issues of Mental Health Nursing 24, 175-198

83. Saunders CJ, Byrne M. (2002) *A thematic analysis of families living with schizophrenia*, Archives of Psyhiatric Nursing (16,5), 217,223

84. **Scazufka M, Kuipers E (1999)** *Coping stragies in relatives of people with schizophrenia before and after psychiatricte admission*, British journal of Psychiatry 174. 154-158

85. **Schene AH, Wijngaarden B (1995)** *A survey of an organization for families of patients with serious mental ilness in the Netherlands*, Psychiatry Serv. 46, 807-13

86. **Schene AH, Wijngaarden B, Koeter MW (1998)** *Family caregiving in schizophrenia: Domains and distress*, Schizophrenia Bulletin, 24, 609-618.

87. **Seisdedos RT, Martínez VB, Fraile JS, Vera GS. Cercós CS (2003)** *Specific exwcutive/ attentional deficits in patients with schizophrenia or bipolar disorder who have a psitive family history of psychosis,* Journal of Psychiatric Resarch 37, 479-486

88. **Shibre T, Negash A, Kullgren G, Kebede D, Alem A, Fekadu A et al. (2001)** *Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia,* Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 36, 299-303.

89. **Sorias O (1988a)** *Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi I:Kullanılan Ölçüm Araçlarının Gözden Geçirilmesi,* Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları 6, 16-22

90. **Sorias O (1988b)** *Sosyal Destek Kavramı,* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (27,1) 353-357

91. **Sorias O (1988c)** *Sosyal desteklerin ruhsal sağlığı koruyucu etkisinin depresyonlu ve sağlıklı kontrollerde araştırılması*, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (27, 3), 1033-1039

92. **Sorias O (1988d)** *Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi II: Toplumdan Seçilmiş Bir Örneklemde, Sosyal Ağın Yapısal Özellikleri ile Algılanan Destek,* Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları 7, 27-40

93. **Sorias O (1990)** *Yaşam stresine karşı koruyucu olarak sosyal destekler*, Edebiyat Fakültesi Yayınları Seminer Psikoloji Dergisi (Özel Sayı) 805-811

94. **Stengard E (2003)** *Educational intervention for the relatives of schizoprenia patients in Finland*, Nord J Psyhiatry 57, 271-277

95. **Sveinbjarnardottır E (1997)** *Mental illness in the family*, Issues Mental Healt Nursing (18,1):45-56.

96. **Şahin HN, Durak A (1995)** *Stresle başaçıkma tarzları ölçeği; üniversite öğrencileri için uyarlanması*, Türk Psikoloji Dergisi (10, 34), 56-73

97. **Şahin HN (1998)** *Stresle Başa Çıkma, Olumlu Bir Yaklaşım*, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 3. Basım 1-17 Ankara.

98. Tahran N (2002) *Adrenalin Stresi Mutluluğa Dönüştürmek*, Timaş Yayınları Psikoloji Dizisi 3 İstanbul

99. Tamer ŞA (2001) *Stres Fizyolojisi,* Genel Fizyoloji, Ed. Yiğit R. Nobel Tıp Kitabevleri 29- 51 İstanbul

100. Tel H (1999) Şizofreni hasta ailelerinin hastalık semptomlarını ele alma ve stresle baş etmelerine psikoeğitimsel yaklaşımın etkisinin incelenmesi, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi

101. Tel H, Terakye G (2000) *Şizofreni hasta ailelerine yönelik bir psikoeğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi,* Anadolu Psikiyatri Dergisi (1, 3), 133- 142

102. Terakye G (1998) Hasta Hemşire İlişkileri. 5. basım, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

103. Thara R (2003) *People with schizophrenia believe that they are stigmatised at work and in the community,* Evid Based Ment Health (6, 96)

104. Tuğrul C (1994) *Alkoliklerin çocuklarının aile ortamındaki stres kaynakları, etkileri ve stresle başa çıkma yolları*, Türk Psikologlar Dergisi (9, 31) 57- 73

105. Urizar AC, Maldonado GJ (2006) *Burden of care in families of patients with schizophrenia***,** Quailty of Life Research 15, 719-724

106. Wang JJ, Teseng HF, Chen KM (2007) *Development and testing of screening indicators for psychological abuse of older people*, Archives of Psychiatric Nursing, (21, 1) 240–47

107. www.geocities.com (05. 04. 2007) Etkili Stres –Yönetim Teknikleri

108. Yamashita M (1996) *A study of how families care for mentally ill relatives in Japan.* International Nursing Review, 43, 121-125.

109. Yıldız M, Yazıcı A, Ünal S, Aker T, Özgen G, Ekmekçi H, Duy B, Torun F, Ünsal G, Çoşkun S, Sipahi B, Çakıl G, Eryıldız M (2002) *Şizofreninin Ruhsal-Toplumsal Tedavisinde Sosyal Beceri Eğitimi*, Türk Psikiyatri Dergisi (13, 1), 41- 47

110. Yıldız M, Tural Ü, Kurtoğlu S, Önder ME (2003) *Şizofreni rehabilitasyonunda aile ve gönüllülerde yürütülen bir klüp-ev denemesi*, Türk Psikiyatri Dergisi (14, 4), 281- 287

111. Yılmaz M (1999) *Kronik şizofreni tanısı alan hasta eşleri ile kronik böbrek yetmezliği tanısı alan hasta eşlerinin stresle baş etme tarzlarının incelenmesi*, Uluslararası Kros-Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu ve Ulusal Psikiyatri Kongresi 06-12 Eylül 1999 Trabzon (Sözel Bildiri)

112. Yüksel N (2001) *Şizofrenik Bozukluklar,* Ruhsal Hastalıklar 2. Baskı 256- 303. Ankara

113. Zimet GD ve ark (1988) *The multidimensional scale of perceived social support*, Journal of Personality Assessment, 52, 30- 41

9. EKLER

ANKET FORMU

1.Adı-Soyadı:

2.Yaşı:

3.Cinsiyeti:

a) Kadın

b) Erkek

4.Medeni durumu

a) Bekar

b) Evli

c)Boşanmış

d) Dul

5. Aile yapısı:

a)Çekirdek

b)Geniş

6.Eğitim durumu:

a)Okur-yazar değil

b)Okur-yazar

c)İlkokul

d)Ortaokul

e)Lise

f)Üniversite

7.Mesleği:

a)Memur

b)İşçi

c)Emekli

d)Serbest

e)Ev Hanımı

f) İşsiz

8.Sosyal güvencesi

a) Bağkur

b) SSK

c) Yeşil kart

d) Diğer

9.Aylık gelir düzeyi:

10. Hastaya yakınlık durumu:

a) Eş

b) Çocuk

c) Anne

d) Baba

e) Kardeş

f) Diğer

11.Yakınınızın bu hastalığı sizi etkiledi mi?

a) Evet

b) Hayır

12.Yakınınızın bu hastalığı sizi nasıl etkiledi?

13.Hastalık süresi:

14.Ailenizde başka psikiyatrik hastalığı olan var mı?

a)Evet

b)Hayır

15.Yanıtınız evet ise bu bireye hastanın yakınlık derecesini yazınız.

16.Sizde bir ruhsal sorun var mı?

a) Evet

b)Hayır

17.Yanıtınız evet ise bu sorunun adı?

18. Sizce bu hastalık iyileşir mi?

a) Evet

Neden:

b) Hayır

Neden:

EK- 2

ÇOKBOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümlenin altında cevaplarınızı işaretleyebilmeniz için '1' den '7' ye kadar rakamlar verilmiştir. Verilen cümlenin sizin için ne kadar doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümlenin altındaki rakamlardan yalnızca bir tanesini işaretleyiniz.

Lütfen sadece bir seçeneği işaretleyiniz.

1.İhtiyacım olduğunda yanımda özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2.Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3.Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4.İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5.Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6.Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7.İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8.Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9.Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10. Yanımda duygularıma önem veren özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermemde ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

EK-3

STRESLE BAŞAÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıda ifadeler <u>size ne kadar uygunsa onu</u> işaretleyiniz

BİR SIKINTI OLDUĞUNDA	Hiç	Az	Orta	Çok
Kimsenin bilmesini istemem.	( )	( )	( )	( )
İyimser olmaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )
Bir mucize olmasını beklerim.	( )	( )	( )	( )
Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )
Başa gelen çekilir diye düşünürüm.	( )	( )	( )	( )
Sakin kafa ile düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.	( )	( )	( )	( )
Kendimi kapana kısılmış gibi hissederim.	( )	( )	( )	( )
Olayların değerlendirilmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.	( )	( )	( )	( )
İçimde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem.	( )	( )	( )	( )
Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücümü kendimde bulurum.	( )	( )	( )	( )
Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.	( )	( )	( )	( )
Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )
İş olacağına varır diye düşünürüm.	( )	( )	( )	( )
Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.	( )	( )	( )	( )
Problemin çözümü için adak adarım.	( )	( )	( )	( )
Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.	( )	( )	( )	( )
Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.	( )	( )	( )	( )
Olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )

BİR SIKINTI OLDUĞUNDA	Hiç	Az	Orta	Çok
Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.	( )	( )	( )	( )
Problemleri adım adım çözmeye çalışırım.	( )	( )	( )	( )
Mücadeleden vazgeçerim.	( )	( )	( )	( )
Sorunun benden kaynakladığını düşünürüm.	( )	( )	( )	( )
Hakkımı savunabileceğime inanırım.	( )	( )	( )	( )
Olaylar karşısında kaderim buymuş derim	( )	( )	( )	( )
“Keşke daha güçlü bir insan olsaydım” diye düşünürüm.	( )	( )	( )	( )
Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi, olgunlaştığımı hissederim.	( )	( )	( )	( )
“Hep benim yüzümden diye” düşünürüm.	( )	( )	( )	( )
Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.	( )	( )	( )	( )
Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.	( )	( )	( )	( )

10. ÖZGEÇMİŞ

1975 yılında Çorum'da doğdu. Lise öğrenimini Ankara'da tamamladı. 1997 yılında Muğla Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünü kazandı. 2000 yılında Muğla Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'ndan mezun oldu. Aynı yıl Bilim İlaç'ta çalışmaya başladı. 2002 yılında Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksekokulunda öğretim görevlisi olarak çalışmaya başladı. Aralık 2006'da Akdeniz Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'na tayin oldu. Halen aynı kurumda görev yapmaktadır.

11.TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim sırasında yetişmemde büyük emek sarfeden, tez konumun seçimi ve yürütülmesinde değerli öneri ve katkılarını esirgemeyen danışman hocam Yrd.Dç.Dr. Havva Tel'e teşekkürü borç bilirim.

Çalışmamda yardımlarını esirgemeyen Prof.Dr. Said Bodur'a, Arş.Gör. Ayşe Sonay Kurt'a, Arş.Gör. Sema Yılmaz'a ve eğitimim süresince desteklerini benden hiç esirgemeyen sevgili aileme teşekkür ederim.

Mehtap ESMEK