T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

ŞİZOFRENİ TANILI BİREYE BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN HASTA KAYNAKLI ŞİDDET DENEYİMLERİ: NİTEL ÇALIŞMA

MEHMET CİHAD AKTAŞ

DANIŞMAN
PROF. DR. FATMA YASEMİN KUTLU

RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
PROGRAMI

İSTANBUL-2020

Bu çalışma 16.12.2020 Tarihinde Aşağıdaki jüri tarafından Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Fatma Yasemin KUTLU
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
.

Prof. Dr. Hülya BİLGİN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Leyla KÜÇÜK
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Gül ÜNSAL
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Gül DİKEÇ
sağlık Bilimleri Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Mehmet Cihad AKTAŞ

İTHAF

Hayatımın en kıymetlileri, çocuklarım Meriç Ömer ve Aras Ali'ye ithaf ediyorum…

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca ve tez sürecinde bir an bile desteğini benden esirgemeyen, bilgisi, donanımı ve tecrübesiyle her zaman yoluma ışık tutan, disiplinine ve kişiliğine hayran olduğum, hümanistliğiyle her zaman örnek alacağım saygıdeğer danışmanım Prof. Dr. Fatma Yasemin KUTLU'ya;

Tezin her aşamasında önerileriyle bana destek olan değerli hocalarım Prof. Dr. Hülya BİLGİN ve Doç. Dr. Gül DİKEÇ';

Öğrencileri olmaktan mutluluk duyduğum hocalarım Prof. Dr. Sevim BUZLU, Prof. Dr. Leyla KÜÇÜK ve Dr. Öğr. Üyesi Sevil YILMAZ'a;

Desteklerini her zaman hissettiğim kıymetli hocalarım Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ, Öğr. Gör. Mehmet KİMYA ve Dr. Öğr. Üyesi Bahattin BULDUK'a;

Başta Çağlar ŞİMŞEK ve Nur Sema KAYNAR olmak üzere doktora sürecinde yanımda olan tüm arkadaşlarıma;

Tez verilerini toplama aşamasında desteklerini esirgemeyen TRSM hemşireleri Fatma ÖZKAN SOMAY ve Yusuf HAN ile psikolog Serap İNAL'a;

Benimle deneyimlerini paylaşan hasta yakınlarına;

Destekleriyle her zaman yanımda olan,

Anneme;

Babama;

Eşime;

Çocuklarıma;

Kardeşlerime;

Sonsuz teşekkürler…

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ X
ÖZET ..... Xİ
ABSTRACT ..... Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Şizofreni 4
2.2. Şizofreni ve Şiddet Davranışı 6
2.2.1. Şizofrenide Şiddet Davranışı Sıklığı 8
2.2.2. Şizofrenide Şiddet Davranışını Etkileyen Faktörler 8
2.3. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Şiddet Deneyimleri 11
2.3.1. Şizofreni Tanılı Bireylerin Aile Üyelerinin Şiddetle Baş Etme Biçimleri 12
2.4. Şizofreni Tanılı Bireylerin Ailelerinin Şiddetle Baş Etmesinde Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşirelerinin Rolü 14
3. GEREÇ VE YÖNTEM 16
3.1. Araştırmanın Amacı 16
3.2. Araştırmanın Türü 16
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 16
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 17
3.5. Veri Toplama Araçları 18
3.5.1. Kişisel Veri Formu 18
3.5.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu 18
3.6. Araştıma Süreci 18
3.7. Veri Analizi 19
3.8. Geçerlik ve Güvenirlik 20
3.9. Araştırmanın Etik Yönü 21

3.10. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları 21
4. BULGULAR.....22
4.1. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin ve Şizofreni Tanılı Bireylerin Bireysel Özellikleri 22
4.2. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Hasta Kaynaklı Şiddet Deneyimleri 27
4.2.1. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Hasta Kaynaklı Şiddetin Dönemine Yönelik Deneyimleri 27
4.2.2. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Hasta Kaynaklı Şiddetin Türüne Yönelik Deneyimleri 30
4.2.3. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Hasta Kaynaklı Şiddet Karşısında Yaşadıkları Duygusal Sorunlara Yönelik Deneyimleri .35
4.2.4. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Hasta Kaynaklı Şiddetle Baş Etme Biçimlerine Yönelik Deneyimleri.....41
4.2.5. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Hasta Kaynaklı Şiddetin Azaltılmasına Yönelik Görüşleri 48
5. TARTIŞMA 55
5.1. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin ve Şizofreni Tanılı Bireylerin Bireysel Özellikleri İle İlgili Bulguların Tartışılması.....55
5.2. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Hasta Kaynaklı Şiddet Deneyimleri İle İlgili Bulguların Tartışılması 55
5.2.1. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Hasta Kaynaklı Şiddetin Dönemine Yönelik Deneyimleri ile İlgili Bulguların Tartışılması56
5.2.2. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Hasta Kaynaklı Şiddetin Türüne Yönelik Deneyimleri ile İlgili Bulguların Tartışılması 57
5.2.3. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Hasta Kaynaklı Şiddet Karşısında Yaşadıkları Duygusal Sorunlara Yönelik Deneyimleri ile İlgili Bulguların Tartışılması.....61
5.2.4. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Hasta Kaynaklı Şiddetle Baş Etme Biçimlerine Yönelik Deneyimleri ile İlgili Bulguların Tartışılması.....68
5.2.5. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Şiddetin Azaltılmasına Yönelik Görüşleri ile İlgili Bulguların Tartışılması 77
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....86

6.1. Sonuçlar 86
6.2. Öneriler 88
7. KAYNAKLAR 90
8. EKLER.....104
9. ETİK KURUL KARARI 108
10. İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....111
11. ÖZGEÇMİŞ 112

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4-1.1: Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı ……..……. 23

Tablo 4-1.2: Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Bireysel Özelliklerinin Kod İsimlere Göre Dağılımı ……..……. 24

Tablo 4-1.3: Aile Üyelerinin Bakım Verdikleri Şizofreni Tanılı Bireylerin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı……..……..……... 25

Tablo 4-1.4: Aile Üyelerinin Bakım Verdikleri Şizofreni Tanılı Bireyin Bireysel Özelliklerinin Kod İsimlere Göre Dağılımı……..... 26

Tablo 4-2.1: Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Hasta Kaynaklı Şiddetin Dönemine Yönelik Deneyimlerinin Kategorilere Ayrılması……...……. 27

Tablo 4-2.2: Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Hasta Kaynaklı Şiddetin Türüne Yönelik Deneyimlerinin Kategorilere Ayrılması…… 30

Tablo 4-2.3: Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Hasta Kaynaklı Şiddet Karşısında Yaşadıkları Duygusal Sorunlara Yönelik Deneyimlerinin Kategorilere Ayrılması……..…. 36

Tablo 4-2.4: Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Hasta Kaynaklı Şiddetle Baş Etme Biçimlerine Yönelik Deneyimlerinin Kategorilere Ayrılması……...…. 42

Tablo 4-2.5: Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Hasta Kaynaklı Şiddetin Azaltılmasına Yönelik Görüşlerinin Kategorilere Ayrılması……...……. 49

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

COREQ : Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-Beşinci Baskı)

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EKT : Elektro Konvülsif Tedavi

RSPH : Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireleri

TRSM : Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

WHO : World Health Organization

ÖZET

Aktaş, M.C. (2020). Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Hasta Kaynaklı Şiddet Deneyimleri: Nitel Çalışma. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği AD. Doktora Tezi. İstanbul.

Şizofrenide görülen pozitif belirtilerin şiddet davranışı ile ilişkili olduğu, halüsinasyon ve hezeyanların içerik ve türünün bireyi saldırgan davranışlara yönelttiği bilinmektedir. Şizofreni tanılı bireylerin uyguladıkları şiddet genellikle aile üyelerine karşı olmakta ve bu durum zaten hastalıktan dolayı sosyal yaşamdan büyük ölçüde izole olmuş, hayatı etkilenmiş olan hasta yakınlarının yükünü daha da artırmaktadır. Bu çalışmanın amacı, şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyelerinin hasta kaynaklı şiddet deneyimlerini belirlemekti.

Çalışma, nitel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik yöntem kullanılarak gerçekleştirildi. Çalışma verileri bireysel derinlemesine görüşme ile toplandı. Bireysel derinlemesine görüşmede veri toplama işleminin sonlandırılabilmesi için veri doygunluğuna ulaşmak esastır. Katılımcıların görüşlerinin birbirini tekrar etmeye başlaması sonucunda çalışma için veri doygunluğuna ulaşıldığı kanaati hâkim oldu ve veri toplama işlemi 7'si kadın, 8'i erkek olmak üzere 15 katılımcıyla sona erdirildi. Verilerin analizinde, araştırma kapsamındaki tema ve kategorileri oluşturmak amacı ile tümevarımcı niteliksel içerik analizi kullanıldı. Çalışmanın teyit edilebilirliği, aktarılabilirliği, inandırıcılığı ve tutarlılığı sınandı.

Çalışmada, şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinin hasta kaynaklı şiddet deneyimlerine dair bulgular; şiddetin yaşandığı dönem, maruz kalınan şiddetin türü, maruz kalınan şiddet karşısında yaşanan duygusal sorunlar, şiddetle baş etme biçimleri ve şiddetin azaltılmasına yönelik görüşleri olarak belirlendi.

Aile üyelerinin en çok atak ve tadaviye uyumsuzluk dönemlerinde bakım verdikleri şizofreni tanılı bireyden şiddet gördükleri; maruz kalınan şiddetin fiziksel, psikolojik ve ekonomik şiddet biçiminde olduğu; bu durum karşısında aile üyelerinin öfke, çaresizlik, tükenmişlik, suçluluk, üzüntü, korku, utanç ve yalnızlık duyguları yaşadığı; şiddetle baş etmek için içsel-bireysel ve dışsal baş etme yolları kullandıkları; şiddetin azaltılması için destek sistemlerinin güçlendirilmesi gerektiği, sağlık sistemine yönelik talepleri ve farkındalıkları olduğu belirlendi.

Sonuç olarak; aile üyeleri yaşadıkları şiddet karşısında ciddi psikolojik baskı altındadırlar. Aile üyelerinin hasta kaynaklı şiddet karşısında yaşadıkları sorunlara karşı güçlendirilmesine yönelik müdahale programları planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aile Üyeleri, Nitel Araştırma, Psikiyatri Hemşireliği, Şiddet, Şizofreni.

ABSTRACT

Aktaş, M.C. (2020). Patient-related Violence Experiences of Family Members Caring for People with Schizophrenia: Qualitative Research. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Psychiatric and Mental Health Nursing. PhD Thesis. Istanbul.

It is known that positive symptoms seen in schizophrenia are associated with violent behavior, and the content and type of hallucinations and delusions lead the individual to aggressive behavior. The violence inflicted by individuals diagnosed with schizophrenia is generally against family members, and this situation further increases the burden of relatives whose lives are affected and who are already largely isolated from social life due to the disease. The aim of this study was to determine the patient-related violence experiences of family members caring for individuals diagnosed with schizophrenia.

The study was carried out using the phenomenological method, one of the qualitative research methods. Study data were collected through individual in-depth interviews. It is essential to reach data saturation in order to terminate the data collection process in individual in-depth interviews. As the opinions of the participants started to repeat each other, it was concluded that the data saturation was reached for the study and the data collection process was terminated with 15 participants, 7 of whom were women and 8 of whom men. In the analysis of the data, inductive qualitative content analysis was used to create the themes and categories within the scope of the research. The study was tested for verifiability, transferability, credibility and consistency.

In the study, the findings of the patient-related violence experiences of family members caring for individuals diagnosed with schizophrenia were determined as the period in which the violence was experienced, the type of violence experienced, emotional problems experienced in the face of violence, ways of coping with violence, and their views on reducing violence.

It was found that family members mostly experienced violence from individuals diagnosed with schizophrenia they cared for during periods of attack and treatment noncompliance; the violence suffered was in the form of physical, psychological and economic violence; family members experienced feelings of anger, helplessness, burnout, guilt, sadness, fear, shame and loneliness in the face of this situation and they used internal-individual and external coping ways to cope with violence; and it was determined that support systems should be strengthened in order to reduce violence, and that family members had demands and awareness of the health system.

As a result; family members are under severe psychological pressure in the face of violence. Intervention programs should be planned to strengthen family members against the problems they experience in the face of patient-related violence.

Keywords: Family Members, Psychiatric Nursing, Qualitative Research, Schizophrenia, Violence.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni duygusal, davranışsal ve bilişsel yıkımla karakterize bir ruhsal bozukluk olup mesleki, sosyal, ailevi ve akademik işlevselliği önemli derecede etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, dünya çapında tahmini 21 milyon insan, herhangi bir zamanda şizofreniden etkilenmektedir ve şizofrenide yaşam boyu riskin %0,3 ile % 2,7 arasında olduğu tahmin edilmektedir (WHO 2019). Önde gelen bir ölüm nedeni olmasa da şizofreni, dünya genelinde 16,7 milyon kişi ile engelliliğe neden olan ilk on durum arasındadır (Öztürk ve Uluşahin 2015; Stephen ve ark. 2019). Şizofreninin etiyolojisine yönelik birçok görüş vardır. Çevresel faktörlerin, stresli yaşam olaylarının, genetik geçişin ve bazı nörotransmitterlerin şizofreninin ortaya çıkmasında etkili olduğu bildirilmiştir (Stephen ve ark. 2019). Şizofrenide görülen halüsinasyon, hezeyan, düzensiz konuşma ve dezorganize davranışlar hastalığın pozitif belirtileri olarak kabul edilir (Köroğlu 2015; Sadock 2016). Şizofreni tanılı bireylerin yaklaşık %75'inde işitsel halüsinasyonlar, yaklaşık %70'inde hezeyanlar bulunmaktadır (Marcsisin ve ark. 2016; Stephen ve ark. 2019).

Şizofrenide görülen pozitif belirtilerin şiddet davranışı ile ilişkili olduğu (Alia-Klein ve ark. 2007; Oakley ve ark. 2016), halüsinasyon ve hezeyanların içerik ve türünün bireyi saldırgan davranışlara yönelttiği belirtilmiştir (Carpiniello ve ark. 2020). Fazel ve arkadaşları (2009) 20 çalışmanın meta-analizinde, şizofreni tanılı bireylerde normal popülasyona göre 8-10 kat daha fazla şiddet davranışı olduğunu bildirmiştir (Fazel ve ark. 2009). Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise şizofreni tanılı bireylerin %21.8'inde şiddet davranışı izlenmiş ve şizofreni tanılı bireyin şiddet mağdurlarının %27,6'sının aile üyeleri olduğu bildirilmiştir (Aras 2014).

Şizofreni tanılı bireylerin uyguladıkları şiddet genellikle aile üyelerine karşı olmaktadır. Bu durum zaten hastalıktan dolayı sosyal yaşamdan büyük ölçüde izole olmuş, hayatı etkilenmiş olan hasta yakınlarının yükünü daha da artırmaktadır (Carpiniello ve ark. 2020). Aile üyeleri psikolojik, fiziksel, ekonomik şiddet görmenin yanında duygusal anlamda da zor süreçler yaşamaktadır. Uygulanan fiziksel şiddet aile üyesine vurma veya herhangi bir eşyaya zarar verme biçiminde olmaktadır. Birey tehdit, hakaret, küfür etme, bağırma gibi sözel saldırganlık biçimleriyle aile üyelerine psikolojik şiddet uygulamaktadır. Aile üyelerinin hastalardan kaynaklı hissettikleri ekonomik şiddet daha çok hastalığın getirdiği yük ve hastaların karşılanamayan talepleriyle ilgilidir (Foster

ve ark. 2007; Kageyama, Solomon ve ark. 2018; Kageyama, Yokoyama ve ark. 2019). Şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyeleri hem yaşadıkları şiddet hem de hastalığın doğasının getirdiği yükler nedeniyle çeşitli duygusal sorunlar yaşamaktadır. Hastalığın ağır seyrettiği durumlarda hastayla daha fazla ilgilenmek gerekmektedir. Bu durumda, sosyal yaşamı kısıtlanan bakım verenlerin yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmekte ve sosyal ilişkilerinde sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bakım veren aile üyeleri şizofreni tanılı bireyle ilgilendikleri için çalışamamakta, bundan dolayı ekonomik zorluklarla karşılaşmaktadır. Ev içinde yaşanan sorunlar bakım verenin ruhsal süreçlerini olumsuz etkilemektedir. Bu etkenlerin hepsi bakım verende depresyon, anksiyete gibi ciddi ruhsal sorunlara neden olabileceği gibi bakım verenin çeşitli duygusal sorunlar yaşamasına sebep olmaktadır. Yapılan çalışmalarda şizofreni tanılı bireye bakım verenlerde görülen duygusal tepkilerin öfke, korku, tükenmişlik, şaşkınlık, çaresizlik ve suçluluk olduğu bildirilmiştir (Hsu ve Tu 2014; Rowaert ve ark. 2016; Brain ve ark. 2018; Kageyama, Solomon ve ark. 2018; Bulut ve ark. 2019; Stephen ve ark. 2019).

Şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyeleri hem hastalıkla hem de hasta kaynaklı şiddetle baş etmek zorundadırlar. Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin birçok baş etme yolu kullandıkları bildirilmiştir. Baş etme yöntemlerinin işlevselliği bakım verenin yaşadığı yükü etkilemektedir. Baskıyı esas alan, olumsuz yaklaşım gösteren aile üyeleri daha fazla duygusal yük yaşamaktadır. Daha olumlu ve içten yaklaşım gösterenlerin yaşadıkları duygusal yük ise azalmaktadır (Köroğlu ve Hocaoğlu 2017; Rowaert ve ark. 2018; Kageyama ve ark. 2019). Aile üyelerinin yaşadıkları olumsuz duygularla baş etmede; durumu kabul etme, felaketleştirme, ruminasyon veya farklı düşüncelere odaklanma (Rowaert ve ark. 2018), kaçma, hastaya direnmeme, provokasyondan kaçınma, hastaneye yatışını sağlama (Kageyama ve ark. 2019), polis, diğer aile üyeleri ve ulusal sağlık merkezleri gibi başkalarından yardım isteme, evi terk ederek bir süre başka yerlerde yaşama (Kageyama, Solomon ve ark. 2018), ağlama, inkâr etme, saldırganlıkla karşılık verme (Huang ve ark. 2008), başkalarıyla konuşmaya çalışma, spor yapma (Kartalova-O'Doherty ve Doherty 2008), ibadet etme, yaratıcıya sığınma, meditasyon, dua gibi yöntemler uyguladıkları bildirilmiştir (Mizock ve ark. 2012; Corcoran 2016; Ho ve ark. 2016).

Şizofreninin hasta yakınları üzerindeki sosyal yükü dikkate alındığında Türkiye'de yaklaşık 1-2 milyon kişinin şizofreniden etkilendiği söylenebilir (Üçok 2008). Şizofreni tanılı bireylerin yakınlarında baş etme tutumlarının güçlendirilmesi, hastalığın

oluşturduğu yükü azaltabilmektedir (Köroğlu ve Hocaoğlu 2017; Mętel ve ark. 2018). Ailelerin hasta ve hastalıktan kaynaklı sorunlarla baş etmelerine yardımcı olacak müdahaleleri bilmeleri yaşam kalitelerini olumlu etkilemektedir. Yaşadıkları sorunlar karşısında daha az yük yaşayan aile üyelerinin hastaya yönelik daha olumlu tutum içerisinde oldukları ve hastanın tedaviye uyumunun arttığı bildirilmektedir (Duman ve Bademli 2013; Doval ve ark. 2018).

Şizofreni tanılı bireylerin ailelerinde hastalığın getirdiği yükten ve hastanın davranışlarından dolayı hastaya karşı tutumlar değişebilmektedir. Aile bireyleri yaşadıkları sorunlar karşısında tepkilerini hastaya yönlendirebilmektedir. Bu durum hastalığın nüksü açısından önemlidir. Aile üyelerinin hastalık karşısında yaşadıkları çaresizlik, tükenmişlik, suçluluk, öfke gibi duyguları hastaya yansıtmaları hastalığın tekrarına yol açmaktadır. Ailelerin olumsuz tutumunun şizofrenide hastanın uyguladığı şiddeti etkilediği bildirilmektedir. Sorunlarla uygun baş edebilme, hastalığın seyrini ve dolayısıyla şiddet riskini etkilemektedir. Hastadan daha az şiddet gören, içten-sıcak bakım verici rolünde olan bireylerin, bakım yüklerinin daha düşük olduğu, hastaların uzun vadede daha az alevlenme yaşadıkları saptanmıştır (Nirmala ve ark. 2011; Köroğlu ve Hocaoğlu 2017; Mętel ve ark. 2018; Laila ve ark. 2019).

Şizofreni tanılı bireylerin neden olduğu aile içi şiddetin çözümüne yönelik etkili bir müdahale programı geliştirmek için, bu bireylerden kaynaklanan aile içi şiddetin nedenlerinin açıklığa kavuşturulması sorunun çözümünde önemli olabilir. Bakım verenlerin hastanın saldırganlığına karşı şiddet deneyimlerinin belirlenmesinin; bu gruba yönelik baş etme müdahalelerinin geliştirilmesine ve buna bağlı olarak hem aile bireylerinin güçlendirilmesine hem de hastanın iyileşimi ve iyileştirimine katkı sağlayacağına inanılmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyelerinin hasta kaynaklı şiddet deneyimlerini belirlemektir.

Araştırma soruları;

- Şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyelerinin hasta kaynaklı şiddet deneyimleri nelerdir?
- Şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyelerinin hasta kaynaklı şiddet ile baş etme yöntemleri nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

Ruhsal bozuklukların; yüksek oranda hastaneye yatış ve bakım gerektirdiği, bireyin sağlıklı biçimde hayatını yönetememesine neden olduğu ve hem bireysel hem de toplumsal düzeyde sorunlar ortaya çıkardığı bilinmektedir. Ruhsal bozukluklardan biri olan şizofreni ise duygusal, davranışsal ve bilişsel yıkımla karakterize bir ruhsal bozukluk olup mesleki, sosyal, ailevi ve akademik işlevselliği önemli derecede etkilemektedir.

2.1. Şizofreni

Şizofreni genellikle genç yaşta başlayan; bireyin bilişsel, duygusal ve davranışsal alanlarını etkileyen kronik seyirli bir bozukluktur. Amerika'da şizofreni bozukluğunun bir yıllık yaygınlığı %1 ve yaşam boyu yaygınlığı %1,5 olarak saptanmıştır (Köroğlu, Güleç ve ark. 2007). Dünya genelinde her yıl yaklaşık olarak 2 milyon yeni vaka ortaya çıkmaktadır (Sadock 2016). DSÖ verilerine göre şizofreni sıklığı Avrupa ve Asya'da %0,85'tir (Öztürk ve Uluşahin 2015). Şizofreni prevalansı 30 farklı ülkede en az 60 kez tahmin edilmiştir. Şizofreni için yaşam boyu riskin %0,3 ile %2,7 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Stephen ve ark. 2019). Türkiye'de yapılan bir çalışmada yaygınlığın 1000 kişide 9.8 olduğu bildirilmiştir (Binbay ve ark. 2016).

Şizofrenide görülen halüsinasyon, hezeyan, düzensiz konuşma ve dezorganize davranışlar hastalığın pozitif belirtileri olarak kabul edilir. Duygulanımda azalma, depresif duygudurum, içe kapanıklık, unutkanlık gibi duygusal ve bilişsel bazı sorunlar da negatif belirtiler olarak değerlendirilir. Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-Beşinci Baskı'ya (DSM-5) göre şizofreni tanısı konabilmesi için pozitif belirtilerden iki veya daha fazlasının görülmesi gerekir. Bu iki belirtiden en az biri halüsinasyon, hezeyan veya düzensiz konuşma olmalıdır. Tanı için gerekli ikinci koşul ise kalan dört kriterden herhangi biri olabilir. Tanı konabilmesi için kişinin en az 1 ay pozitif belirtiler olmak üzere en az 6 ay boyunca sürekli hastalık belirtileri göstermesi ve işlevselliğinin önemli derecede etkilenmiş olması gerekir (Köroğlu 2015; Sadock 2016). Şizofreni tanılı bireylerin yaklaşık %75'inde işitsel halüsinasyonlar görülür. İşitsel halüsinasyonlar hastaya oldukça anlamlı veya dikkat çekici gelebilir. Bu nedenle, yüksek düzeyde sıkıntıya neden olurlar (Stephen ve ark. 2019). Şizofreni tanılı bireylerin yaklaşık %70'inde hezeyanların olduğu ve genellikle çoklu hezeyanlara sahip oldukları bildirilmektedir (Marcsisin ve ark. 2016). Hezeyanların içeriği kişinin işlevselliğini etkileyen bir faktördür (Stephen ve ark. 2019).

Şizofreni tanılı bireylerin klinik değerlendirmelerinde, görünüm ilk başta normaldir. Ancak sosyal anlamda içe çekilme vardır. Kişide sebepsiz gülmeler, tuhaf davranışlar ve huzursuz bir tutum olabilir. Konuşurken birbiriyle ilişkisiz şeylerden bahsedebilirler. Soyut düşüncenin yerini daha çok somut düşünce alır. Fikirler arasında bir uçukluk görülebilir. Klang çağrışımlar veya düşüncede yoğunlaşma olabilir. Düşünce içeriği halüsinasyon ve hezeyanlardan dolayı bozuktur. Hezeyanlar duygudurum ile ilişkisizdir. Algı bozuklukları görülebilir. Hastalar işitme halüsinasyonlarının etkisi ile farklı şeyler duyduklarını söylerler. Görme, dokunma, koku ve tat halüsinasyonları görülebilir. Duygulanım depresif, anksiyöz veya öforik olabilir. Bu yüzden duygudurum değişkendir. İleri evrelerde küntlük ve anhedoni görülebilir. Bilişsel olarak, dikkat ve konsantrasyon ciddi anlamda etkilenir. İçgörü çoğunlukla yoktur. Bakım ve hijyenlerini ihmal ederler. Kendini bırakmışlık söz konusudur. Bazılarında eşya biriktirme, dağınıklık, kirlilik görülebilir. Şuurları yerinde olmasına rağmen katatoni duruma eşlik edebilir. Beslenme ve uyku düzensizlikleri, libidoda artma veya azalma gibi fizyolojik sorunlar sıktır (Yavuz 2008; Stephen ve ark. 2019).

Şizofreninin etiyolojisine yönelik net bir görüş olmamakla birlikte çeşitli görüşler ve kanıtlar vardır. Stresli yaşam olaylarından sonraki ilk 6 ayda şizofreninin nüks riskinin 2 kat arttığı bildirilmiştir. Yaşanan durumlar karşısında duygudurumu dışavurum biçiminin nüksler için risk faktörü olabileceği düşünülmektedir (Işık ve ark. 2015; Karakuş, Kocal ve ark. 2017). Düşük sosyokültürel ve sosyoekonomik durumun şizofreninin gelişimi için risk faktörü olabileceği bildirilmektedir. Öte yandan şizofreninin kış sonu ve ilkbahar aylarında doğanlarda daha yüksek oranda görülmüş olması bu kişilerin rahimde bir virüsle karşılaşmış olma olasılığını ön plana çıkarmıştır. Yapılan çalışmalarda, genetik yatkınlığın da şizofrenide önemli rolü olduğu bildirilmektedir (Stephen ve ark. 2019). Fetal dönemde yaşanan oksijen yetersizliğine bağlı durumlar şizofreni için bir risk faktörüdür (Karakuş ve ark. 2017). Nörotransmitterlerin şizofrenideki etkisini inceleyen çalışmalarda dopamin, serotonin, norepinefrin, GABA ve glutamatın etkili olduğu bildirilmektedir. Şizofrenide dopamin ve norepinefrinin arttığı, glutamat ve serotoninin azaldığı, GABA'nın da yolaklara göre artma veya azalma gösterdiği bildirilmektedir (Stephen ve ark. 2019).

Şizofreni en sık, erkeklerde 15-25, kadınlarda ise 25-35 yaş aralığında ortaya çıkmaktadır (Sadock 2016). Şizofreni başlangıcı ani veya yavaş olabilir. Hastalık öncesi dönem, zekâ düzeyi, cinsiyet, medeni durum, ailede ruhsal bozukluk öyküsü, hastalığın

başlangıç şekli ve yaşı, stresli yaşam olayları, negatif ve pozitif belirtilerin baskın olması, tedaviye uyum, sosyoekonomik durum, sosyal destek sistemleri, başka hastalıkların komorbiditesi, alkol-madde kullanımı ve servise yatış öyküsü prognozu etkileyen faktörlerdir (Öztürk ve Uluşahin 2015; Karakuş ve ark. 2017).

Şizofreninin farmakolojik tedavisinde genellikle antipsikotik ilaçlar kullanılmaktadır. Elektro konvülsif tedavi (EKT), bu hastalarda ilaç tedavisinin yetersiz kaldığı ve hızlı düzelme beklenen durumlarda uygulanmaktadır. Farmakolojik tedavinin psikososyal ve psikoterapötik müdahalelerle desteklenmesinin tedavide daha yararlı olduğu bildirilmektedir. Hastaların yaşam kalitesini artıracak beceri eğitimleri ve psikoeğitimlerle tedaviye uyumun arttığı belirtilmektedir. Ailenin tedavi sürecine dâhil edilmesi, hastalık hakkında bilgilendirilmesi ve baş etme yollarının öğretilmesi tedavinin etkinliği açısından önemlidir (Öztürk ve Uluşahin 2015; Karakuş ve ark. 2017; Stephen ve ark. 2019).

Şizofreni yalnızca hastalar için değil, aynı zamanda aileler ve toplum için de büyük etkileri olan bir ruhsal bozukluktur. Şizofreni tanılı bireyler; algılamada yaşanan sorunlar, duygu ve düşüncelerde meydana gelen değişiklikler gibi hayatın temel alanlarında ciddi aksamalara neden olan durumlarla karşı karşıyadır. Bununla birlikte hastalığın süreğenliği ve relapslarla seyretmesi bireyin ailevi, mesleki, sosyal ve akademik işlevselliğini önemli derecede olumsuz etkilemektedir. Sosyal ilişkiler; bireyin geri çekilmesi, iletişim kuramaması ve yıkıcı davranış nöbetleri nedeniyle bozulur (Stephen ve ark. 2019). Şizofrenide görülen pozitif belirtilerin şiddet davranışı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Alia-Klein ve ark. 2007; Oakley ve ark. 2016). Halüsinasyon ve hezeyanların içeriğinin hastayı saldırgan davranışlara yönelttiği belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda şizofreni tanılı bireylerde şiddet davranışının genel popülasyona göre fazla olduğu bildirilmektedir (Karakuş ve ark. 2017). Bu şiddet genellikle aileye karşı olmakta ve bu durum zaten hastalıktan dolayı sosyal yaşamdan büyük ölçüde izole olmuş, hayatı etkilenmiş olan aile üyelerinin yükünü daha da artırmaktadır (Carpiniello ve ark. 2020).

2.2. Şizofreni ve Şiddet Davranışı

Şiddet, DSÖ tarafından "*kendine ya da bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanması*" olarak tanımlanmıştır. DSÖ'ye göre şiddetin türleri; kendine yönelik şiddet, kişiler arası şiddet

ve toplu şiddettir. Aile içi ve yakın ilişki yaşanan kişiye yönelik şiddet, kişilerarası şiddet olarak kabul edilmektedir (WHO 2002). Doğasına göre şiddet ise genel anlamda fiziksel, ekonomik, cinsel ve duygusal şiddet olarak ayrılmaktadır (Yöyen 2017). Şiddetin nedenlerinin incelendiği çalışmalarda, birçok faktörün şiddet için risk etkeni olabileceği ve şiddeti ortaya çıkarabileceği bildirilmektedir. Çocukluk dönemi istismarları, güvensiz ebeveyn ilişkileri, ebeveynin kaybı, parçalanmış aile yapısı, aile içi şiddet gibi aileyle ilgili durumların şiddet için risk faktörü olduğu bilinmektedir. İntihar girişiminin olması, intihara eğilim, genç yaş, erkek cinsiyet, yetersiz kazanç, ekonomik zorluklar, şiddet görmüş olma, madde kullanımı, ruhsal bozukluğun varlığı, kişilik bozukluğunun varlığı, nörolojik işlev bozukluklarının varlığı gibi sorunlar da şiddet için risk faktörüdür (Yöyen 2017; Sungur ve ark. 2020).

Ruhsal bozukluklar ve şiddet arasındaki ilişki uzun süredir tartışılmaktadır. Psikiyatride şiddet sık karşılaşılan sorunlardandır. Psikiyatri hastalarında gözlenen saldırgan davranışlar, özellikle gerçek dışı inançlara gösterilen gerçekçi yanıtlar nedeniyle açığa çıkmaktadır. Şizofreni tanılı bireylerin genel popülasyona oranla daha saldırgan olduğu bilinmektedir. Ruhsal bozukluğa sahip bireyler arasında en fazla şiddet davranışı gösteren grup şizofreni tanılı bireylerdir (Arseneault ve ark. 2000; Karakuş ve ark. 2017).

Psikotik belirtiler yalnızca kişinin şiddet uygulama nedenini değil, aynı zamanda şiddetin ciddiyetini açıklamak için de büyük önem taşımaktadır. Sanrıların etkisiyle kişide görülen yoğun duygusal rahatsızlık, tehdit algısı ve komut veren halüsinasyonlar şizofrenide şiddetin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Laila ve ark. 2019; Carpiniello ve ark. 2020). Şizofrenide özellikle ilk atak sırasında görülen şiddet yaygınlığı hastalığın ilerleyen evrelerine göre daha sıktır (Carpiniello ve ark. 2020). Şizofrenide saldırganlığın nedenleri farklı bakış açılarıyla geniş bir şekilde araştırılmıştır. Çevresel ve psikolojik etkenlerin yanında, nörobiyolojik olarak da yapısal ve fonksiyonel nedenlerin bulunduğu sonucuna varılmıştır (Leclerc ve ark. 2018; Carpiniello ve ark. 2020).

Şizofreni tanılı bireylerin çoğunun potansiyel olarak tehlikeli olduğu ve davranışlarının büyük ölçüde öngörülemez olabileceği konusunda yaygın bir damgalayıcı önyargı vardır (Mohr ve ark. 2017). Hem şiddet hem de damgalanma durumu bakım verenlerin yaşam kalitesinde bozulmaya neden olur ve aile üyeleri arasındaki olumlu ilişkileri bozar (Carpiniello ve ark. 2020). Şizofreni tanılı bireylerin uyguladığı şiddetin genelde tanıdığı kişilere ve büyük oranda aile üyelerine yönelik olduğu bildirilmektedir.

Bu durum aile üyelerinde psikolojik, duygusal ve ekonomik sorunlara neden olabilmektedir. Baş etmede yeterli donanıma sahip olmayan aile üyelerinde suçluluk, utanma, kendini suçlama gibi duygusal yükü artıran durumlar gelişmektedir (Köroğlu ve Hocaoğlu 2017). Şizofreni tanılı bireylerin çoğunda şiddet davranışı dürtüsel veya psikotik nedenlerle kişinin elinde olmadan gelişir. Ancak kişinin kendine veya başkasına fiziksel veya duygusal zarar verebilirliği kabul edilemez bir durumdur (Aydın ve ark. 2019).

2.2.1. Şizofrenide Şiddet Davranışı Sıklığı

Şizofreni tanılı bireylerde şiddet sıklığını inceleyen birçok çalışma vardır. Çalışmaların sonuçları kullanılan metodoloji, değerlendirme araçları, tek merkezlilik gibi faktörlere göre değişkenlik göstermektedir.

Fazel ve arkadaşları (2009) 20 çalışmanın meta-analizinde, şizofreni tanılı hastalarda şiddet davranışının normal popülasyona göre erkeklerde 10, kadınlarda 8-10 kat arttığını bildirmiştir (Fazel ve ark. 2009). Avrupa ülkelerindeki araştırmalar şizofrenide saldırganlık ve şiddet yaygınlığının yaklaşık %10 olduğunu bildirmiştir. ABD'de şizofreni tanılı bireylerde herhangi bir şiddet davranışının 6 aylık yaygınlığı %19,1'dir (Carpiniello ve ark. 2020). Avustralya ve Yeni Zelanda'da hastaneye yatırılan hastalarda %11,3 ile %15 arasında değişen bir yaygınlık bulunmuştur (El-Badri ve Mellsop 2006; Carr ve ark. 2008;). Caqueo-Uríza ve arkadaşları (2016), bu oranın Şili'de %3,5, Peru'da %14,6, Bolivya'da %55,4 olduğunu bildirmektedirler (Caqueo-Urízar ve ark. 2016). Çin'de 3941 şizofreni tanılı bireyi içeren bir meta-analize göre, psikiyatri servislerinde şiddet davranışının yaygınlığı %15,3 ile %53,2 arasında değişmekte olup, ortalama şiddet yaygınlığı %35,4'tür (Zhou ve ark. 2016). Bahreyn'de yatarak tedavi gören şizofreni tanılı bireylerden oluşan bir örneklemde şiddet yaygınlığı %4,4 olarak bildirilmiştir (Hamadeh ve ark. 2003). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, şizofreni tanılı bireylerin %21.8'inde şiddet davranışı izlenmiş ve şiddet mağdurlarının %27,6'sının aile üyeleri olduğu bildirilmiştir (Aras 2014). Bir başka çalışmada da hastaların %53.3'ünde şiddet davranışı görüldüğü bildirilmektedir (Erkiran ve ark. 2001).

2.2.2. Şizofrenide Şiddet Davranışını Etkileyen Faktörler

Şizofrenide şiddetin nedenlerinin incelendiği birçok çalışmada erkek hastaların daha fazla şiddet uyguladıkları ve cinsiyetin risk faktörü olduğu bildirilmiştir. Bunun yanında sosyal desteğin ve sosyoekonomik şartların yetersiz olması risk etkenidir.

Çocukluk çağı travmalarının ve aile içi şiddet deneyimlerinin önemli olduğu bildirilmektedir. Antisosyal kişilik özelliklerine sahip olmak ve madde kullanımının olması şiddet riskini artırmaktadır. Öncesinde şiddet davranışı veya intihar düşüncesi/girişiminin olması şiddet riskini artıran etkenlerdir. Hastalık sürecinde şiddete maruz kalma veya yüksek stresin şiddeti artırdığı belirtilmektedir. Bakım vericinin kaybı, hastalığın genç yaşta başlaması şiddet riskini artırmaktadır. Bekâr olma, aile üyelerinin eğitim düzeyinin düşük olması ve ailede başka ruhsal bir hastalığın olması şizofreni tanılı bireylerde şiddet için risk faktörü olarak tanımlanmıştır (Volavka ve Swanson 2010; Lamsma ve Harte 2015; Lay ve ark. 2015; Caqueo-Urízar ve ark. 2016; De Macedo Rodrigues ve ark. 2016; González ve ark. 2016; Sariaslan ve ark. 2016; Monahan ve ark. 2017; Aydın ve ark. 2019; Cho ve ark. 2019; Carpiniello ve ark. 2020).

Hastalığın atak döneminin şiddet davranışı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Yapılan çalışmalarda, ilk psikoz atağının şiddet davranışı için risk faktörü olduğu, hastaların yaklaşık ¼'ünün tedaviye başlamadan önce şiddet uyguladığı, akut dönemde hastalığın sonraki dönemlerine göre daha fazla şiddet davranışı görüldüğü ve bunun istenmeyen yatışların ana nedenlerinden biri olduğu bildirilmiştir (Mosele ve ark. 2018; Marty ve ark. 2019; Carpiniello ve ark. 2020).

Şizofrenide görülen pozitif belirtiler şiddet davranışı için önemli bir risk etkenidir. Düşmanlık veya şüphecilik, hezeyanlar, dezorganize davranışlar, işitsel halüsinasyonlar, önceki saldırganlık öyküsü şiddet için risk faktörüdür (Zhou ve ark. 2016). Şizofrenide komut veren ve aşağılayıcı nitelikte halüsinasyon ve hezeyanların eşlik etmesi hastalarda saldırgan davranışlara ve şiddetin uygulanmasına yol açabilmektedir (Alia-Klein ve ark. 2007; Oakley ve ark. 2016; Hodgins 2017; Bani-Fatemi ve ark. 2020; Carpiniello ve ark. 2020).

Şizofreni tanılı bireylerde tedaviye uyumsuzluk şiddeti etkilemektedir. İlaç tedavisinin kesilmesi, hastalığın tekrarına ve pozitif belirtilerle birlikte şiddet davranışının tekrar ortaya çıkmasına neden olur. Nitekim antipsikotik ilaç kullanımının şiddet davranışını azalttığı bildirilmiştir (Caqueo-Urízar ve ark. 2016; Laila ve ark. 2019; Bani-Fatemi ve ark. 2020).

Kısıtlayıcı/sınırlayıcı ortamın ve sosyal beceri kaybının saldırganlığa neden olduğu ortaya konulmuştur. Hastalar daha farklı bir fiziksel ortam olursa saldırganlığın daha az olacağını belirtmişlerdir. Hastaların yalnız olduklarında kendiliğinden sakinleştikleri saptanmıştır (Frogley ve ark. 2012; Pulsford ve ark. 2013; Kageyama ve

Solomon 2019). Bu anlamda şizofreni tanılı bireylerde kısıtlama şiddet için bir risk faktörüdür.

Şizofreni tanılı bireylerin ailelerinde hastalığın zorluğundan ve hastanın davranışlarından dolayı hastaya karşı tutumlar değişebilmektedir. Aile bireyleri yaşadıkları sorunlar karşısında tepkilerini hastaya yönlendirebilmektedir. Bu durum hastalığın nüksü açısından önemlidir. Aile üyelerinin hastalık karşısında yaşadıkları çaresizlik, tükenmişlik, suçluluk, öfke gibi duyguları hastaya yansıtmaları hastalığın tekrarına yol açmaktadır. Ailelerin olumsuz tutumunun şizofrenide hastanın uyguladığı şiddeti etkilediği bildirilmektedir. Sorunlarla uygun baş edebilme, hastalığın seyrini ve dolayısıyla şiddet riskini etkilemektedir (Nirmala ve ark. 2011; Mętel ve ark. 2018; Laila ve ark. 2019).

Hastalardaki şiddetin nedenlerinin ailelere göre incelendiği çalışmalarda, aileler şiddet davranışının, hastanın yaşadığı paranoyadan, hastanın rızası dışında hastaneye yatırılmasından, kendilerinin çocuklarını yetiştirme biçiminden, tedaviye uyumsuzluktan ve hastaların dürtülerini kontrol edememelerinden kaynaklandığını belirtmektedir. Aileler ile hastalar arasındaki iletişim sorunlarının aile üyelerinin gördüğü fiziksel ve psikolojik şiddetin yordayıcısı olduğu bildirilmektedir (Brain ve ark. 2018; Kageyama ve ark. 2019).

Aydın ve arkadaşları (2019), yatarak tedavi gören şizofreni tanılı bireylerin saldırganlıkla ilgili algılarını açığa çıkarmak için yaptıkları nitel çalışmalarında, hastaların hastalıklarından dolayı şiddete başvurduklarını, sakinleşmeleri için tedaviye uyum göstermeleri gerektiğini bildirmektedir. Hastalar kendilerine yönelik olumlu tutumun ve etkili iletişimin saldırganlıklarını önleyeceğini belirtmiştir (Aydın ve ark. 2019). Bir diğer nitel çalışmada, hastaların hezeyanlardan ve aileleri ile iyi iletişim kuramamalarından dolayı şiddet uyguladıklarını bildirdikleri görülmüştür. Şiddet uygulamalarına sebep olan diğer etkenleri; ilaçların yetersizliği, sosyal geri çekilme, hastalıktan dolayı yaşadıkları ızdırap, zorla hastaneye yatırılmalarından dolayı ebeveynlerinin kendilerini anlamadığını düşünme olarak bildirmişlerdir. Şizofreni tanılı bireyler toplumun kendilerini kabul etmelerini, ailelerinin kendilerini ve hastalıktan dolayı yaşadıkları acıyı anlamalarını istediklerini belirtmektedir. Hastalar bazen kendi başına dışarı çıkmanın, rahat bırakılmanın ve ebeveynlerinin kendilerini istemedikleri bir şeye zorlamamalarının şiddet davranışlarını azaltacağını bildirmektedir (Kageyama ve ark. 2019).

2.3. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Şiddet Deneyimleri

Şizofreni tanılı bireylerin uyguladıkları şiddetin genellikle aile üyelerine karşı olduğu bildirilmektedir (Ural ve ark. 2012; Aras 2014). Aile üyeleri psikolojik, fiziksel, ekonomik şiddet görmenin yanında duygusal anlamda da zor süreçler yaşamaktadırlar. Uygulanan fiziksel şiddet, aile üyesine vurma veya herhangi bir eşyaya zarar verme biçiminde olmaktadır. Hastalar tehdit, hakaret, küfretme, bağırma gibi sözel saldırganlık biçimleriyle aile üyelerine psikolojik şiddet uygulamaktadır. Aile üyelerinin hastalardan kaynaklı yaşadıkları ekonomik şiddet daha çok hastalığın getirdiği yük ve hastaların karşılanamayan talepleriyle ilgilidir (Foster ve ark. 2007; Kageyama, Solomon ve ark. 2018; Kageyama ve ark. 2019; Sungur ve ark. 2020). Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda, Foster ve arkadaşları (2007), hastaların en çok tehdit gibi sözel saldırganlık gösterdiklerini bildirmiştir (Foster ve ark. 2007). Kageyama ve arkadaşları (2018), şizofreni tanılı bireylerin yakınlarıyla yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin %87,7'isinin hasta kaynaklı psikolojik şiddete maruz kaldıklarını; %75,8'inin de fiziksel şiddete maruz kaldıklarını bildirmiştir (Kageyama, Solomon ve ark. 2018). Diğer bir araştırma sonucuna göre bakım verenlerin en fazla ekonomik anlamda zorluk yaşadıkları bildirilmektedir (Nasr ve Kausar 2009).

Şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyeleri hem yaşadıkları şiddet karşısında hem de hastalığın doğasının getirdiği yükler nedeniyle çeşitli duygusal sorunlar yaşamaktadır. Hastanın duygusal ve bilişsel süreçlerinde görülen bozukluklar bakım verenler tarafından hissedilir. Hastalığın ağır seyrettiği durumlarda hastayla daha fazla ilgilenmek gerekmektedir. Şizofreni tanılı bireylerin bakıcıları, karşılaştıkları zorluklarla genellikle kendi başlarına mücadele etmek zorunda kalmaktadır. Bu durumda sosyal ilişkilerinde sorunlar yaşayan ve sosyal yaşamı kısıtlanan bakım verenlerin yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir. Hastayla ilgilendikleri için çalışamamakta ve bundan dolayı ekonomik zorluklar yaşayabilmektedirler. Hastayla ev içinde yaşanan sorunlar, bakım verenin de ruhsal süreçlerini olumsuz etkiler. Bu etkenler, bakım verenin çeşitli duygusal sorunlar yaşamasına sebep olur. Çalışmalar şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerde en sık görülen duygusal tepkinin öfke olduğunu bildirmektedir. Öfke bazen hastaya yönlendirilmekte veya bastırılmaktadır. Hastaya yönlendirilen öfke hastalığın nüksü açısından risklidir. Bu durum şiddetin hem bir sonucu hem de nedeni olabilmektedir. Şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerde görülen diğer duygusal sorunlar korku, tükenmişlik, şaşkınlık, çaresizliktir. Aile üyeleri hem hastadan gördükleri

şiddet karşısında hem de hastanın başına bir şey gelmesine yönelik korku yaşamaktadırlar. İntihar ve saldırganlık konusunda korkular sıktır. Hastalığın uzun sürmesi, hastanın davranışları ve bakım verene karşı saldırgan tutumları, bireyin tükenmişlik yaşamasına sebep olabilmektedir. Yaşanan durum karşısında ne yapacağını bilememe bakım verende çaresizlik duygusunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Nirmala ve ark. 2011; Rowaert ve ark. 2016; Brain ve ark. 2018; Mętel ve ark. 2018; Bulut ve ark. 2019; Bademli ve Lök 2020). Bakım verenlerin sıkça yaşadığı bir diğer duygu da suçluluk hissidir. Hastalıktan veya gördükleri şiddetten dolayı bakım verenler kendilerini suçlayabilmekte veya yetersiz olarak görebilmektedir. Bu suçluluk duyguları, bakım verenlerin yaşadıkları diğer duygusal yüklerle birleştiğinde katlanması zor bir duyguya dönüşmektedir (Hsu ve Tu 2014; Kageyama, Solomon ve ark. 2018; Stephen ve ark. 2019). Bakım verenler aynı zamanda hastaların geleceği noktasında ciddi endişeler yaşamaktadır. Yaşanan endişe, ne olacağına yönelik belirsizlik ve hastadan tekrar şiddet görmeyle ilişkilidir (Ong ve ark. 2016; Rowaert ve ark. 2016; Brain ve ark. 2018). Bu duyguların yansıması duygu dışavurumu olarak tanımlanmaktadır. Çalışmalar, duygu dışavurumunun şizofreni tanılı bireylerin kliniğini kötü etkilediğini bildirmektedir (Alvarez-Jimenez ve ark. 2012; Amaresha ve Venkatasubramanian 2012; Gupta ve ark. 2016).

2.3.1. Şizofreni Tanılı Bireylerin Aile Üyelerinin Şiddetle Baş Etme Biçimleri

Baş etme, durumlara karşı dayanma amacıyla gösterilen tepkiler olarak tanımlanabilir. Bu tepkiler bilişsel, duygusal ve davranışsal olabilir. Baş etme biçimi bireye özgü olup cinsiyet, kültür, sosyal destek, yaş gibi faktörlere göre değişebilir (Crane ve McDonough 2019; Konwar ve Borah 2019; Sharif ve ark. 2020). Şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyeleri hem hastalıkla hem de hasta kaynaklı şiddetle baş etmek zorundadırlar. Yapılan çalışmalarda, bakım verenlerin birçok baş etme yolu kullandıkları görülmektedir. Baş etme yöntemlerinin işlevselliği bakım verenin yaşadığı yükü etkilemektedir. Baskıyı esas alan ve olumsuz yaklaşım gösteren aile üyeleri daha fazla duygusal yük yaşamaktadır. Daha olumlu ve içten yaklaşım gösterenlerin yaşadıkları duygusal yük azalmaktadır (Köroğlu ve Hocaoğlu 2017; Rowaert ve ark. 2018; Kageyama ve ark. 2019).

Aile üyelerinin yaşadıkları olumsuz duygularla baş etmede; durumu kabul etme, felaketleştirme, ruminasyon veya farklı düşüncelere odaklanma gibi baş etme yolları kullandıkları bildirilmektedir (Rowaert ve ark. 2018).

Kageyama ve arkadaşları (2019), şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinin hastalardan şiddet gördüklerinde, kaçmak, hastaya direnmemek, provokasyondan kaçınmak, hastaneye yatışını sağlamak gibi yollara başvurduklarını bildirmektedir (Kageyama ve ark. 2019).

Kageyama ve arkadaşları (2018), fiziksel şiddet gören hasta yakınlarının %70'inin şiddet karşısında özellikle psikiyatri klinikleri, polis, hastane, diğer aile üyeleri ve ulusal sağlık merkezleri gibi başkalarından yardım isteme davranışı gösterdiklerini bildirmektedir. Fiziksel şiddete uğrayan aile üyelerinin yaklaşık dörtte biri evlerini terk ederek bir süre başka yerlerde yaşamaktadır (Kageyama, Solomon ve ark. 2018).

Huang ve arkadaşları (2008), ailelerin yaşadıkları zorluklar karşısında psikolojik ve sosyal baş etme yolları kullandıklarını belirtmektedir. Bunlar; sosyal desteğe başvurma, dini arayışlar ile bilişsel veya davranışsal durumları içermektedir. Kimi zaman ailelerin ağlayarak, inkâr ederek, saldırganlıkla karşılık vererek baş etmeye çalıştığı bildirilmektedir. Aileler nadir de olsa pozitif düşünerek yaşadıkları sıkıntıyla baş etmeye çalışmaktadırlar (Huang ve ark. 2008).

Kartalova-O'Doherty ve Doherty (2008) aile üyelerinin %96.8'inin başkalarından destek alma yoluyla hastalıktan kaynaklı sorunlarla baş etmeye çalıştıklarını bildirmektedir. Başkalarıyla konuşmaya çalışmak, spor yapmak gibi davranışsal yöntemlerin baş etmede kullanıldığı belirtilmektedir. Bakım verenlerin %48'inde sorunlarla bilişsel yollarla baş etme görülmektedir. Duruma olumlu yaklaşmaya çalışmak buna örnek olarak gösterilebilir. Bakım verenlerin %41'inde hastayı engellemeye çalışmak gibi kaçınma yoluyla baş etme davranışı bildirilmektedir (Kartalova-O'Doherty ve Doherty 2008).

Türkiye'de yapılan çalışmalarda, aile üyelerinin ibadet etme, sosyal desteğe başvurma, ağlama, yürüyüşe çıkma, çaresiz yaklaşım gibi baş etme stratejileri uyguladıkları bildirilmektedir (Dülgerler 2004; Şengün 2010; Bademli ve Lök 2020).

Corcoran (2016), inanç ve maneviyatın aile üyelerinin şizofreni ile baş etmelerine yardımcı olduğunu bildirmektedir. Aile üyeleri yaratıcının hastalıktan daha güçlü olduğunu ve yaratıcıya sığınmanın kendilerini rahatlattığını bildirmektedir. Geleneksel Çin ve Budist öğretiler o kültüre sahip aileler tarafından baş etme yolu olarak

kullanılmaktadır. Meditasyon, dua, farkındalık gibi yöntemler aile üyeleri tarafından yaşanan durumla baş etmede sıklıkla kullanılmaktadır (Mizock ve ark. 2012; Corcoran 2016; Ho ve ark. 2016).

Şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerinde baş etme becerilerinin güçlendirilmesi, hastalığın oluşturduğu yükü azaltabilmektedir (Mętel ve ark. 2018). Ailelerin hasta ve hastalıktan kaynaklı sorunlarla baş etmelerine yardımcı olacak müdahaleleri bilmeleri yaşam kalitelerini olumlu etkilemektedir. Yaşadıkları sorunlar karşısında daha az yük yaşayan aile üyelerinin hastaya yönelik daha olumlu tutum içerisinde oldukları ve bu durumun hastanın tedaviye uyumunu artırdığı bildirilmektedir (Duman ve Bademli 2013; Doval ve ark. 2018; Mętel ve ark. 2018).

2.4. Şizofreni Tanılı Bireylerin Ailelerinin Şiddetle Baş Etmesinde Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşirelerinin Rolü

Yaşanan sorunlar karşısında şizofreni tanılı bireylerin ailelerinde yüksek duygu dışavurumu görülebilmektedir. Duygu dışavurumunun şizofrenide kliniği kötü etkilediği, hastalığın nüks riskini ve hastaneye yatışı artırdığı, hastanın şiddet davranışları sergilemesine yol açtığı bilinmektedir. Şizofrenide ilaç tedavisine ek olarak, hastaya ve aileye yönelik uygulanacak psikososyal müdahalelerin hastalığın seyri açısından daha yararlı olduğu bildirilmektedir (Alvarez-Jimenez ve ark. 2012; Amaresha ve Venkatasubramanian 2012). Nitekim aile üyelerine uygulanan müdahaleler sonucunda ailelerin bakım yüklerinin azaldığı, yaşadıkları sorunlarla daha etkili baş edebildikleri, çaresizlik, umutsuzluk, suçluluk gibi duygularında azalma olduğu belirtilmektedir (Bulut ve ark. 2019). Aile üyelerinin sorunlarla baş etme yollarını bilmemelerinden dolayı, hastayı öldürmeye kadar giden birçok vaka vardır. Kageyama ve arkadaşları (2018), şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinde yaşanan hasta kaynaklı şiddetin önlenmesinde sağlık profesyonellerinin hayati rolü olduğunu bildirmektedir (Kageyama, Solomon ve ark. 2018). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri (RSPH), psikiyatri kliniklerinde ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde (TRSM) kronik ruhsal hastalığı olan bireyler ve bakıcıları ile sürekli etkileşim halindedir. Bu interaktif süreç sırasında, RSPH bakım verenlerin bakım verme ile ilgili zorlukları için çeşitli müdahaleler geliştirebilirler. Bu tür müdahaleleri geliştirmek için, bakıcıların duygu, düşünce ve deneyimlerini objektif olarak belirlemek ve bireysel müdahaleleri gerçekleştirmek önemlidir (Bademli ve Lök 2020). Şiddet içeren bir olay meydana gelmeden önce aile üyelerine veilecek psikoeğitim hastalığı idare etmenin yollarını öğretebilir. RSPH,

ebeveynlere ve bakıcılara aile içi şiddet olasılığını, bu tür durumları azaltmanın ve bu olayların yarattığı stresle başa çıkmanın yollarını öğretebilir (Hsu ve Tu 2014; Kageyama, Solomon ve ark. 2018). Toplum temelli sağlık hizmetlerinin gereği olarak hasta ve aileye yönelik müdahaleler ev ortamında uygulanabilir. RSPH, ev ziyaretleri gerçekleştirerek hastaların şiddet uygulama nedenlerini ortaya çıkarabilir, hastalar ve ailelerle konuşup onların duygularını ileterek aradaki boşluğu doldurabilir. Her iki tarafın duygularının anlaşılmasını teşvik eden bir müdahale programı, aile içi şiddetin çözümünde faydalı olacaktır. RSPH, bilgi ve donanımlarıyla ailelere şizofreni hastalığı, hastalığın getirdiği yük, hastalığın belirtileri, belirtilerden kaynaklanabilecek sorunlar ve bunlarla baş etme yolları hakkında aile üyelerine yönelik psikososyal müdahaleler planlayabilir. RSPH, hastanın servise yatışı sırasında ailelere hastalık ve hastalıkla baş etmeye yönelik eğitimler vererek ailelerin şiddetle baş etme hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlayabilir. RSPH tarafından bakıcılara şiddeti önlemeye veya durdurmaya yönelik tipik başa çıkma kalıpları öğretilebilir (Kageyama, Yokoyama ve ark. 2018; Kageyama ve ark. 2019). Nitekim Tayvan'da, hemşire liderliğindeki bir klinik müdahale programının şiddeti önemli ölçüde azalttığı bildirilmiştir (Sun ve Hsu 2016). Hasta yakınlarının yaşadıkları suçluluk, çaresizlik, kızgınlık gibi duyguların yönetilmesi noktasında onlara yardımcı olunmalıdır. Aile üyelerinin benzer şeyler yaşayan kişilerle sorunlarını konuşmaları onların rahatlaması açısından önemlidir (Stephen ve ark. 2019). RSPH, bu gibi insanları bir araya getirecek müdahaleleri planlama noktasında önemli rol oynayabilirler .

Sonuç olarak; Ruhsal bozukluklarda en fazla şiddet davranışı gösteren grup şizofreni tanılı bireylerdir. Şizofreni tanılı bireylerin uyguladıkları şiddet genellikle aile üyelerine karşı olmaktadır. Bu nedenle şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerinin karşı karşıya kaldığı şiddet deneyimlerini ve yaşadıkları bu şiddet davranışı ile nasıl başa çıktıklarını bilmek önemlidir. RSPH, ailelerin yaşadıkları bu sorunlara yönelik girişimleri planlamada önemli rol oynayabilirler.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma boyunca, Niteliksel Araştırmaları Raporlama Standartları (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)) (Tong ve ark. 2007) takip edildi.

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyelerinin hasta kaynaklı şiddet deneyimlerini belirlemektir.

3.2. Araştırmanın Türü

Çalışma; nitel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik yöntem kullanılarak gerçekleştirildi. Nitel araştırma, insanların olaylara dönük öznel bakış açılarını keşfetmeyi hedefleyen bilgi üretme yollarından birisi olduğundan ve araştırmanın doğasına uygun olduğundan dolayı tercih edildi.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Mayıs 2019-Aralık 2020 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri, Kasım 2019- Temmuz 2020 tarihleri arasında Van İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde (TRSM) toplandı.

Çalışmanın yapıldığı TRSM, şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar gibi kronik ruhsal bozukluğu olan bireylere psikososyal destek hizmetlerinin verildiği, takip ve tedavilerin yapıldığı, sosyal rehabilitasyon hizmetlerinin ücretsiz olarak sunulduğu bir merkezdir. Bu merkezde, hastalara sosyal bir ortamda sunulan tedavi, takip, rehabilitasyon ve eğitim hizmetlerinin tamamı, hastaların toplum içinde aktif rol almalarına ve bağımsızlıklarına odaklanmaktadır. Bu kapsamda, merkezde 1 psikiyatri hekimi, 3 hemşire, 1 psikolog, 1 iş ve uğraş terapisti hizmet vermektedir. İlgili merkezde, bireysel danışmanlık hizmeti, bireysel terapiler ve grup terapileri, paylaşım ve destek grupları, kurslar, toplumsal farkındalık kazandıracak eğitimler, tedavi sürekliliği için düzenli doktor kontrolü, randevusuz poliklinik hizmeti, hasta hakları konusunda bilgi verme ve yönlendirme, düzenli ev ziyaretleri yapma, sosyal kurum ve kuruluşlarla iletişim gibi hizmetler sağlanmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini TRSM'ye kayıtlı ve takibi yapılan 160 şizofreni tanılı bireyin aile üyeleri oluşturdu. Yapılan değerlendirmede 160 şizofreni tanılı bireyin 122'sinin şiddet davranışının olmadığı, 38'inin şiddet öyküsü olduğu belirlendi. Çalışmanın örneklemini; çalışmaya dâhil edilme kriterlerine uyan,–daha önce aile içi şiddet deneyimi olan 38 şizofreni tanılı bireyin aile üyeleri arasından, çalışmaya katılmayı kabul eden ve amaçlı örneklem yöntemi ile seçilen 15 aile üyesi oluşturdu. Belirlenen örneklem grubu ile bireysel derinlemesine görüşme yapıldı. Bireysel derinlemesine görüşmede veri toplama işleminin sonlandırılabilmesi için veri doygunluğuna ulaşmak esastır. Veri doygunluğu, araştırılan fenomenle bağlantılı yeni temaların belirlenmediği nokta olarak tabir edilebilir (Yıldırım ve Şimşek 2016). Çalışmada veri doygunluğu, kadın katılımcılar (KK) için altıncı görüşmede not edildi, yedinci görüşmede doğrulandı. Erkek katılımcılar (KE) için veri doygunluğu altıncı görüşmede not edildi, sekizinci görüşmede doğrulandı. Katılımcıların görüşlerinin birbirini tekrar etmeye başlaması sonucunda çalışma için veri doygunluğuna ulaşıldığı kanaati hâkim olmuş ve veri toplama işlemi 15 katılımcıyla sona erdirilmiştir.

Çalışmaya dâhil edilme kriterleri:

- 18 yaşından büyük olma,
- Şizofreni hastasının bakım sorumluluğunu alan (hastanın fiziksel gereksinimlerini karşılayan, tedavilerinin takibini yapan ve hastane randevularını organize eden kişiler) aile üyesi olma
- En az 1 yıldır hasta ile birlikte yaşama,
- Herhangi bir şekilde bakım verdiği şizofreni tanılı birey kaynaklı şiddete maruz kalmış olma
- Okuma yazma biliyor olma,
- İletişime ve iş birliğine açık olma.

Çalışmadan dışlanma kriterleri:

- Nörobilişsel bir bozukluğun olması,
- Mental retardasyon (anlıksal yeti yitimi) bulunması,
- Akut dönem bir ruhsal bozukluğun olması.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, ‘Kişisel Bilgi Formu’ ve ‘Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu’ ile toplandı.

3.5.1. Kişisel Veri Formu

Araştırmacı tarafından literatüre dayalı geliştirilen kişisel veri formu, bakım veren aile üyelerinin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, ekonomik durumu, eğitim durumu, mesleği, hastaya yakınlığı, hastayla yaşam süresi, bakım veren başka kişilerin olup olmadığı, psikoeğitim alıp almadığı; aile üyesinin bakım verdiği hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, hastalığın başlangıç yaşı, servise yatış öyküsüne ilişkin bilgileri içeren formdur (Ek-1).

3.5.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyelerinin hasta kaynaklı şiddet deneyimlerini genel olarak sorgulayabilecek nitelikte hazırlanan yarı yapılandırılmış ve açık uçlu sorulardan oluşan formdur (Ek-2).

Görüşme formunda yer alan sorular şunlardır;

1- Hastanızla olan ilişkiniz sırasında ve ona bakım verirken, hastanızın size yönelik zarar verici davranışlarıyla ilgili neler yaşıyorsunuz?
2- Bu davranışlar ile karşılaştığınızda neler hissediyorsunuz?
3- Bu davranışlar karşısında neler yapıyorsunuz?
4- Bu davranışların olmaması için neler yapılabilir?

3.6. Araştıma Süreci

Çalışmanın verileri bireysel derinlemesine görüşme ile toplandı. Çalışmanın verilerini oluşturan görüşmelere başlamadan önce ana katılımcılar dışında iki katılımcı ile pilot görüşmeler yapıldı. Sözü edilen pilot görüşmeler doğrultusunda, görüşme sürecinde ve sorularında gerekli görülen revizyonlar yapıldı. Katılımcıları belirlemek için; çalışmaya dâhil edilme kriterlerine uyan şizofreni tanılı bireylerin yakınlarıyla çalışma öncesinde bir ön görüşme yapıldı. Bu aşamada, katılımcıların daha önce benzer çalışmalarda yer almamış olmasına ve kullanılacak tekniklere aşina olmamasına dikkat edildi. Görüşme günü için katılımcılara randevu verildi. Görüşmelerin uygun biçimde yürütülebilmesi için görüşme ortamı olarak sessiz, uygun bir oda seçildi. Her görüşme sırasında görüşmeci ve katılımcı yalnızdı.

Verilerin kaydedilmesi için ses kayıt cihazı kullanıldı ve bunun için öncelikle TRSM'den izin alındı. Görüşmeye başlamadan önce her katılımcıya ses kayıt cihazı kullanılacağı konusunda bilgi verilerek, katılımcıların yazılı ve sözlü onamları alındı.

Çok önemli olduğu düşünülen noktalar ayrıca yazılarak not edildi ve her bir derinlemesine bireysel görüşme yaklaşık 25-45 dakika sürdü. Belirlenen sorular katılımcılara sırası ile yöneltildi. Ancak görüşmenin akışında bir soruya verilen yanıtın diğer soruların da cevabı olduğu görüldü ve verilerin analizinde bu durumun karışıklık oluşturmamasına dikkat edildi. Tüm katılımcılarla tek bir araştırmacı görüşmüş olup, katılımcılarla yapılan görüşmeler aynı gün içerisinde yazılı metne dönüştürüldü.

3.7. Veri Analizi

Verilerin analizinde, araştırma kapsamındaki tema ve kategorileri oluşturmak amacı ile tümevarımcı niteliksel içerik analizi kullanıldı. Bu analiz yöntemi ile hem katılımcıların ifadelerinden elde edilen görünen içerik, hem de araştırmacının yorumlaması ile sözel ifadelerin altında yatan gizli içerik analizi yapıldı (Kümbetoğlu 2008; Lilja ve Hellzén 2008). Veri analizi için Colaizzi'nin (1978) fenomenolojik analiz adımları kullanıldı (Colaizzi 1978).

Verilerin analizi gerçekleştirilirken sırası ile şu basamaklar takip edildi;

1. Ses kayıt cihazındaki görüşmeler yazılı metne dönüştürüldü.
2. Önce transkriptler tekrarlı biçimde okunarak katılımcıların deneyimleri bir bütün olarak anlamaya çalışıldı ve kısa notlar alındı.
3. Transkriptler, ilgili açık kodlama ve içerik etiketlemesi kullanılarak satır satır işlendi.
4. Görüşme metni içeriğine 'açık kodlama' (benzer anlam taşıyan ifadelerin belirlenmesi) ve belirlenen ifadelerin isimlendirilmesi ile 'kodlama' yapıldı.
5. İsimlendirilen kodlar benzerlikleri ve farklılıkları açısından kategori ve alt kategorilere ayrıldı.
6. Kategorilerin anlamları birbirine bağlanarak temalar oluşturuldu. Bir psikiyatrist tarafından temaların bulgularla uygunluğu tekrar kontrol edildi.
7. Temalar fikir birliğine ulaşılana kadar tartışıldı, tez danışmanı tarafından uygunluğu değerlendirildi ve kavramsal yapısı tanımlandı.
8. Sonuçlar, katılımcılara ulaşılarak teyit edildi.

3.8. Geçerlik ve Güvenirlik

Nicel çalışmalardaki geçerlik ve güvenirlik kavramları yerine nitel çalışmalarda, tutarlılık, aktarılabilirlik, inandırıcılık ve teyit edilebilirlik kavramları daha çok ön plana çıkmaktadır (Yıldırım ve Şimşek 2016).

Tutarlılık: Araştırmacının verilerin toplanması ve analiz aşamalarında tutarlı davranmasıdır. Verilerin tek araştırmacı tarafından toplanması ve analiz edilmesi tutarlılık açısından önemlidir (Yıldırım ve Şimşek 2016).

Aktarılabilirlik: Nitel çalışma sonuçlarının aktarılabilirliği, ayrıntılı betimleme ve amaçlı örnekleme ile sağlanır. Ayrıntılı betimlemede araştırmacı, katılımcıların ifadelerini olduğu gibi aktararak kendi yorumlarını dâhil etmez (Yıldırım ve Şimşek 2016).

İnandırıcılık: Nitel çalışmada inandırıcılık, çalışmanın başka araştırmacılar tarafından yapıldığında benzer sonuçlar vermesi ile ilgilidir. İnandırıcılık; uzun süreli etkileşim, derinlik odaklı veri toplama, çeşitleme, uzman incelemesi ve uzman teyidi ile sağlanabilir (Yıldırım ve Şimşek 2016).

Teyit edilebilirlik: Ulaşılan sonuçların 'teyit incelemesi' stratejileriyle teyit edilebilmesidir. Böylece araştırmacının yanlılığı azaltılmış olur (Yıldırım ve Şimşek 2016).

Araştırma sürecinde amaca uygun ve açıklayıcı verilere ulaşılmaya çalışıldı. Şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinin sözel ifadeleri kullanılarak kategori ve temalar oluşturuldu. Araştırma sonucunda katılımcıların bakış açısı ile ulaşılan yorumlar ve anlamlar ortaya konuldu. Araştırmanın tutarlılığını sağlamak için tüm veriler tek araştırmacı tarafından toplandı ve analiz edildi (tutarlılık). Bulgularda, araştırmacının yorumları olmadan, katılımcıların ifadeleri olduğu gibi verilmiştir. Ayrıca örneklem grubunun amaçlı örneklem ile seçilmiş olması çalışmanın aktarılabilirliğini güçlendirmektedir (aktarılabilirlik). Araştırma bulgularının temalarla uygunluğu bir psikiyatrist tarafından kontrol edildi. Araştırma bir doktora tezi olduğundan araştırmacının yorumları tez danışmanı tarafından tartışma yoluyla doğrulandı (teyit edilebilirlik). Bulgular bireysel derinlemesine görüşme ile elde edildi. Her katılımcının düşünce ve duygularını ifade edebilmesi için yeterli süre verildi. Görüşme yapılan tüm bakım verenlere telefonla ulaşılıp ortaya çıkarılan temaların uygunluğu sorgulandı ve tüm katılımcıların sonuçları onayladıkları görüldü (inandırıcılık).

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu tarafından onaylandı (Karar no:2019/03-02). Kurum izni için araştırmanın yapıldığı SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nin bağlı olduğu Van İl Sağlık Müdürlüğü'ne başvuruldu ve gerekli kurum izin yazısı alındı. Ayrıca, katılımcılar Helsinki Deklarasyonu'na göre bilgilendirilerek yazılı ve sözlü onamları alındı (Ek-3).

3.10. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Araştırmanın güçlü yönünü bireysel derinlemesine görüşme ile yapılan içeriği derin görüşmeler oluşturmaktadır. Her katılımcının deneyimlerini aktarması için yeterli zamanı olmuştur ve katılımcılar görüşlerini rahat bir şekilde ifade etmişlerdir. Ayrıca bu çalışmada, benzer olarak yapılan diğer çalışmalara oranla erkek bakım verenlerin çoğunlukta olması çalışmanın güçlü yanıdır.

Katılımcıların yalnızca TRSM'ye devam eden ve tedavi uyumu görece iyi durumda olan şizofreni tanılı bireylerin yakınlarından oluşması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Araştırma sonuçları, bu araştırmaya katılan bireylerin görüşlerine dayanmaktadır. Bu nedenle genellenemez.

4. BULGULAR

Şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyelerinin hasta kaynaklı şiddet deneyimlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmanın bulguları iki gruba ayrılarak sunuldu.

- Şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyelerinin ve şizofreni tanılı bireylerin bireysel özellikleri
- Şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyelerinin hasta kaynaklı şiddet deneyimleri

4.1. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin ve Şizofreni Tanılı Bireylerin Bireysel Özellikleri

Araştırma kapsamındaki şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyelerinin bireysel özelliklerinin dağılımı tablo 4-1.1'de; şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyelerinin bireysel özelliklerinin kod isimlere göre dağılımı tablo 4-1.2'de verildi.

Araştırmaya katılan şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinin, yaş ortalaması 47,60±11,96 (Min:29, Max:60); hastayla birlikte olan yaşam süresi ortalaması 24,73±7,53 (Min:4, Max: 31) tür. Bakım veren aile üyelerinin, %53,3'ünün (n=8) erkek; %73,3'ünün (n=11) evli olduğu; %80'inin (n=12) herhangi bir işte çalışmadığı; %60'ının (n=9) ilkokul mezunu olduğu; tamamının şehirde yaşadığı; %66,7'sinin (n=10) gelirinin giderini karşılamadığı; %66,7'sinin (n=10) herhangi bir fiziksel rahatsızlığının olmadığı belirlendi. Bakım verenlerin %60'ı (n=9) hasta dışında bakım verdikleri birilerinin olduğunu; %66,7'si (n=10) ailede kendisi dışında hastaya birincil dereceden bakım veren birilerinin olduğunu bildirdi. Katılımcıların %20'si (n=3) bakım verdikleri hastanın eşi, %60'ı (n=9) ebeveyni veya çocuğu, %20'si (n=3) kardeşi veya yakın akrabası olduğunu; %60'ı (n=9) daha önce hastalık hakkında psikoeğitim aldığını bildirdi (Tablo 4-1.1).

Tablo 4-1.1: Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı (N=15)

Özellikler	**X̄±SS**
Yaş (yıl)	47,60±11,96 (Min:29, Max:60)
Kaç Yıldır Hastayla Yaşıyorsunuz?	24,73±7,53 (Min: 4, Max: 31)
	N (%)
Cinsiyet	
Erkek	8 (53,3)
Kadın	7 (46,7)
Medeni Durum	
Evli	11 (73,3)
Bekâr	4 (26,7)
Meslek- Çalışma Durumu	
Evet	3 (20)
Hayır	12 (80)
Eğitim Durumu	
İlkokul	9 (60)
Ortaokul	3 (20)
Lise	3 (20)
Yaşadığı Yer	
Köy	0 (0)
İlçe	0 (0)
İl	15 (100)
Ekonomik Durumu	
Geliri giderini karşılıyor	5 (33,3)
Geliri giderini karşılamıyor	10 (66,7)
Kronik Fiziksel Hastalığınız Var mı?	
Evet	5 (33,3)
Hayır	10 (66,7)
Kronik Ruhsal Hastalığınız Var mı?	
Evet	0 (0)
Hayır	15 (100)
Bakım Verdiğiniz Başka Kimse Var mı?	
Evet	9 (60)
Hayır	6 (40)
Ailede sizin Dışınızda Hastaya Birincil Derecede Bakım Veren Kimse Var mı?	
Evet	10 (66,7)
Hayır	5 (33,3)
Hastaya Yakınlık Durumu	
Eşi	3 (20)
Ebeveyni veya Çocuğu	9 (60)
Kardeşi veya Yakın Akraba	3 (20)
Daha Önce Hastalık Hakkında Psikoeğitim Aldınız mı?	
Evet	9 (60)
Hayır	6 (40)

Tablo 4-1.2: Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Bireysel Özelliklerinin Kod İsimlere Göre Dağılımı

Bakım Veren	Yaş	Cinsiyet	Medeni Durumu	Çalışma Durumu	Eğitim Durumu	Yaşadığı Yer	Ekonomik Durumu-Geliri Giderini	Fiziksel Rahatsızlığı	Ruhsal Rahatsızlığı	Hasta Dışında Bakım Verdiği Kimse Var mı?	Kendisi Dışında Hastaya Bakım Veren Var mı?	Hastaya Yakınlığı	Hastayla Geçirdiği Süre(Yıl)	Psikoeğitim Aldınız mı?
KE-1	59	Erkek	Evli	Hayır	İlkokul	İl	Karşılamıyor	Var	Yok	Var	Yok	Ebeveyni	30	Evet
KE-2	29	Erkek	Evli	Hayır	Lise	İl	Karşılıyor	Yok	Yok	Var	Var	Kardeşi	4	Hayır
KE-3	55	Erkek	Evli	Hayır	Ortaokul	İl	Karşılamıyor	Yok	Yok	Var	Yok	Eşi	24	Hayır
KE-4	50	Erkek	Evli	Hayır	İlkokul	İl	Karşılamıyor	Yok	Yok	Yok	Var	Ebeveyni	28	Evet
KE-5	44	Erkek	Evli	Evet	Lise	İl	Karşılıyor	Yok	Yok	Var	Var	Kardeşi	16	Evet
KE-6	60	Erkek	Evli	Evet	İlkokul	İl	Karşılamıyor	Var	Yok	Yok	Var	Ebeveyni	27	Evet
KE-7	55	Erkek	Evli	Hayır	İlkokul	İl	Karşılamıyor	Yok	Yok	Var	Yok	Eşi	27	Evet
KE-8	60	Erkek	Evli	Hayır	İlkokul	İl	Karşılamıyor	Var	Yok	Var	Var	Ebeveyni	27	Hayır
KK-1	30	Kadın	Evli	Hayır	İlkokul	İl	Karşılamıyor	Yok	Yok	Var	Yok	Yengesi	14	Evet
KK-2	29	Kadın	Bekâr	Evet	Lise	İl	Karşılıyor	Yok	Yok	Yok	Var	Çocuğu	29	Hayır
KK-3	48	Kadın	Evli	Hayır	İlkokul	İl	Karşılamıyor	Var	Yok	Var	Yok	Eşi	27	Hayır
KK-4	52	Kadın	Evli	Hayır	İlkokul	İl	Karşılamıyor	Yok	Yok	Yok	Var	Ebeveyni	28	Evet
KK-5	56	Kadın	Bekâr	Hayır	Ortaokul	İl	Karşılıyor	Var	Yok	Var	Var	Ebeveyni	29	Evet
KK-6	56	Kadın	Bekâr	Hayır	İlkokul	İl	Karşılamıyor	Yok	Yok	Yok	Var	Ebeveyni	30	Hayır
KK-7	31	Kadın	Bekâr	Hayır	Ortaokul	İl	Karşılıyor	Yok	Yok	Yok	Var	Çocuğu	31	Evet

Araştırma kapsamındaki aile üyelerinin bakım verdikleri şizofreni tanılı bireylerin bireysel özelliklerinin dağılımı tablo 4-1.3'de; aile üyelerinin bakım verdikleri şizofreni tanılı bireyin bireysel özelliklerinin kod isimlere göre dağılımı tablo 4-1.4'de verildi.

Tablo 4-1.3: Aile Üyelerinin Bakım Verdikleri Şizofreni Tanılı Bireylerin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	**X̄±SS**
Yaş (yıl)	37,33±12,29 (Min:27, Max:58)
Hastalığın Başlangıç Yaşı (yıl)	20,26±4,80 (Min:14, Max:30)
	N (%)
Cinsiyet	
Erkek	7 (46,7)
Kadın	8 (53,3)
Eğitim Durumu	
Okuryazar değil	4 (26,7)
İlkokul-Ortaokul	10 (66,7)
Lise	1 (6,7)
Üniversite	0 (0)
Hastanız İlaçlarını Düzenli Kullanıyor mu?	
Evet	12 (80)
Hayır	3 (20)
Hastanız Kontrollere Düzenli Devam Eder mi?	
Evet	13 (86,7)
Hayır	2 (13,3)
Hastanızın Psikiyatri Servisine Yatışı Var mı?	
Var	14 (93,3)
Yok	1 (6,7)
Aile Geçmişinde Herhangi Bir Ruhsal Bozukluk Var mı?	
Var	7 (46,7)
Yok	8 (53,3)
Aile Geçmişinde Hangi Ruhsal Bozukluk Var?	
Şizofreni	7 (46,7)
Diğer	0 (0)
Yok	8 (53,3)

Katılımcıların bakım verdikleri şizofreni tanılı bireylerin yaş ortalaması 37,33±12,29 (Min:27, Max:58); hastalık başlangıç yaşı ortalaması 20,26±4,80 (Min:14, Max:30)'dir. Bakım verilen hastaların, %53,3'ü (n=8) kadın; %66,7'si (n=10) ilkokul-ortaokul mezunu; %80'i (n=12) ilaçlarını düzenli kullanmakta, %86,7'si (n=13) kontrollere düzenli devam etmektedir. Bakım verilen hastaların %93,3'ünün (n=14) psikiyatri servisine yatışının olduğu; %46,7'sinin aile geçmişinde şizofreni bozukluğunun olduğu görüldü (Tablo 4-1.3).

Tablo 4-1.4: Aile Üyelerinin Bakım Verdikleri Şizofreni Tanılı Bireyin Bireysel Özelliklerinin Kod İsimlere Göre Dağılımı

Bakım Veren	Hastanın Yaşı	Hastanın Cinsiyeti	Hastanın Eğitim Durumu	Hastalığın Başlangıç Yaşı	İlaç Kullanımı Düzenli mi?	Kontrollere Devamı Düzenli mi?	Servise Yatış Öyküsü Var mı?	Servise Yatış Sayısı	Aile Geçmişinde Herhangi Bir Ruhsal Bozukluk Var mı?	Ailedeki Ruhsal Bozukluk
KE-1	30	Erkek	İlköğrenim	16	Evet	Evet	Var	20	Var	Sch
KE-2	27	Erkek	Lise	15	Evet	Evet	Yok	0	Yok	Yok
KE-3	44	Kadın	İlköğrenim	20	Evet	Evet	Var	7	Var	Sch
KE-4	28	Erkek	İlköğrenim	21	Evet	Evet	Var	4	Yok	Yok
KE-5	50	Kadın	İlköğrenim	19	Evet	Evet	Var	10	Var	Sch
KE-6	27	Erkek	Okuryazar değil	16	Evet	Evet	Var	4	Var	Sch
KE-7	40	Kadın	Okuryazar değil	30	Evet	Evet	Var	1	Yok	Yok
KE-8	27	Kadın	İlköğrenim	16	Hayır	Evet	Var	5	Yok	Yok
KK-1	28	Kadın	İlköğrenim	14	Evet	Evet	Var	1	Var	Sch
KK-2	56	Kadın	Okuryazar değil	25	Evet	Hayır	Var	3	Yok	Yok
KK-3	57	Erkek	İlköğrenim	27	Hayır	Evet	Var	4	Yok	Yok
KK-4	28	Erkek	İlköğrenim	21	Evet	Evet	Var	4	Yok	Yok
KK-5	30	Kadın	İlköğrenim	17	Evet	Hayır	Var	1	Var	Sch
KK-6	30	Erkek	İlköğrenim	22	Evet	Evet	Var	10	Yok	Yok
KK-7	58	Kadın	Okuryazar değil	25	Hayır	Evet	Var	2	Var	Sch

4.2. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Hasta Kaynaklı Şiddet Deneyimleri

4.2.1. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Hasta Kaynaklı Şiddetin Dönemine Yönelik Deneyimleri

Araştırma kapsamındaki şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyelerinin maruz kaldıkları hasta kaynaklı şiddetin dönemine yönelik deneyimlerinin kategorilere ayrılması tablo 4-2.1'de verildi.

Tablo 4-2.1: Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Hasta Kaynaklı Şiddetin Dönemine Yönelik Deneyimlerinin Kategorilere Ayrılması

KOD	Atak Dönemleri		Tedaviye Uyumsuzluk
	İlk Atak	Nüks Dönemleri	
KE-1		X	X
KE-2	X		X
KE-3	X		X
KE-4	X		
KE-5		X	
KE-6	X		
KE-7	X		X
KE-8	X	X	X
KK-1			X
KK-2		X	X
KK-3	X		X
KK-4	X		
KK-5	X		
KK-6			X
KK-7	X	X	X

Katılımcıların açığa çıkarılan ifadeleri "tedaviye uyumsuzluk" ve "atak dönemleri" olmak üzere iki temaya ayrıldı. "Atak dönemleri" teması "ilk atak" ve "nüks dönemleri" olmak üzere iki kategoriye ayrıldı. Açığa çıkarılan ifadelere göre, bakım veren aile üyelerinin %66,7'si (n=10) tedaviye uyumsuzluk dönemlerinde; %86,6'sı (n=13) atak dönemlerinde şiddet görmektedir (Tablo 4-2.1).

Atak Dönemleri (KE-1, KE-2, KE-3, KE-4, KE-5, KE-6, KE-7, KE-8, KK-2, KK-3, KK-4, KK-5, KK-7)

Bakım veren aile üyelerinin %86,6'sı (n=13) atak dönemlerinde hasta kaynaklı şiddet görmektedir. Bu tema "ilk atak" ve "nüks dönemleri" olmak üzere iki kategoriye ayrıldı. Katılımcıların deneyimleri aşağıdaki gibidir.

İlk Atak (KE-2, KE-3, KE-4, KE-6, KE-7, KE-8, KK-3, KK-4, KK-5, KK-7)

Açığa çıkarılan ifadelerine göre katılımcıların hastalığın ilk atak dönemlerinde hasta kaynaklı şiddete maruz kaldıkları belirlendi. Katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir.

"Şiddet uyguladı tabii, ilk başlarda çok kötüydü işte, hastalığının ilk dönemlerinde gücü kime yetiyorsa ona vurmaya çalışıyordu yani." (Kod: KE-2)

"Hastalığın ilk dönemlerinde yaklaşık bir 10 yıl önce çok kötüydü, sürekli bir sinirli ve her şeye zarar veriyordu." (Kod: KE-3)

"Şimdi oğlum askerde mayına bastı, orada bir müddet yattı. Ondan sonra teskeresini alınca bu birden değişti. Askerden döndükten sonra eve gelmiyordu, evde durmuyordu, gidip dışarıda kaldığı oluyordu. O dönemde işte çok fazla vurup kırma oluyordu." (Kod: KE-4)

"Hastalığın ilk başlarında çok kötüydü, cam çerçeve hepsini aşağı indirdi." (Kod: KE-6)

"Hastalığın ilk başlarında oluyordu, tedavi olmadan önce 6-7 ay boyunca bize karşı sürekli şiddet uyguluyordu." (Kod: KE-7)

"...İlk başlarda oluyordu ama yine de ara sıra oluyor…" (Kod: KE-8)

"İlk başlarda 7 ay boyunca çok çok sinirliydi. Televizyonun karşısında oturuyordu. Ne yiyordu, ne içiyordu, ne üstünü başını değiştiriyordu. Ben evden çıktığım zaman gidip akşama kadar milleti taşlıyordu." (Kod: KK-3)

"Hastalığının ilk başlarında tedavisine başlamadan önce çok kötüydü." (Kod: KK-4)

"Hastalandığının ilk dönemlerinde bağırıyordu, kızıyordu…" (Kod: KK-5)

"Daha çok annem yeni hastalandığı zaman oluyordu. Ara ara atak geçirdiği zaman oluyor. Atak dönemlerinde ilaçlarını düzenli kullanmıyor, kızıyor, sinirleniyor, niye bana ilaç veriyorsunuz ben iyiyim diyor." (Kod: KK-7)

Nüks Dönemleri (KE-1, KE-5, KE-8, KK-2, KK-7)

Açığa çıkarılan ifadelerine göre katılımcıların hastalığın nüks dönemlerinde hasta kaynaklı şiddete maruz kaldıkları belirlendi. Katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir.

"...yaklaşık 6 ayda bir bize böyle saldırıyor. Zaten 6 ayda bir serviste yatırıyoruz." (Kod: KE-1)

"...Ablam daha çok atağa girdiğinde çok agresif oluyor. Açıkçası senede bir iki defa oluyor. Enjeksiyonuna bir hafta kala atağa giriyor genelde." (Kod: KE-5)

"İlk başlarda oluyordu ama yine ara sıra oluyor, ilaçlarını almadığında oluyor, yılda 2-3 defa böyle yine kötü oluyor." (Kod: KE-8)

"Annem kontrole gitmediği zamanlarda, ilaçlarını aksattığı zamanlarda ve atak dönemlerinde saldırganlığı daha sık oluyor." (Kod: KK-2)

"...Ara ara atak geçirdiği zaman oluyor. Atak dönemlerinde ilaçlarını düzenli kullanmıyor, kızıyor, sinirleniyor, niye bana ilaç veriyorsunuz ben iyiyim diyor." (Kod: KK-7)

Tedaviye Uyumsuzluk (KE-1, KE-2, KE-3, KE-7, KE-8, KK-1, KK-2, KK-3, KK-6, KK-7)

Bakım veren aile üyelerinin %66,7'si (n=10) tedaviye uyumsuzluk dönemlerinde şiddet görmektedir. Katılımcılar, şizofreni tanılı bireylerin ilaç uyumunun kötü olduğu dönemlerde birey tarafından şiddete maruz kaldıklarını ifade etti. Katılımcıların deneyimleri aşağıdaki gibidir.

"Hocam valla ilaçlarını kullanmadığında çok kötü oluyor yani. İlaçlarını kullandığı zaman normale dönüyor ama ara verdiği zaman çok saldırgan oluyor." (Kod: KE-1)

"...İlaçlarını düzenli kullandığında herhangi bir sıkıntı yaşamıyoruz, benim senin gibi biri oluyor, ama ilaçlarını kullanmadığı zaman ve parası olmadığı zamanlarda çok gergin oluyor." (Kod: KE-2)

"...Şuan böyle bazen sinirlendiği kızdığı oluyor ama ilaçlarını düzenli kullandığı sürece çok sıkıntı yaşamıyoruz." (Kod: KE-3)

"...ilaçlarını almadığı zaman yine böyle sersem gibi oluyor. O dönemlerde de yine bize saldırdığı oluyor. Ama iğneyi vurduğu zaman sakindir, sürekli uyuyor. İlaçlarını ihmal ettiğinde yine sinirleniyor." (Kod: KE-7)

"...ilaçlarını almadığında oluyor, yılda 2-3 defa böyle yine kötü oluyor." (Kod: KE-8)

"...İlk başlarda ilaçlarını düzenli kullanmadığı için çok fazla şiddet davranışı oluyordu. O zaman zaten servise yatırdık, ama ondan sonra ilaçlarını düzenli kullandığı için eskisi gibi şiddet uygulamıyor." (Kod: KK-1)

"...ilaçlarını aksattığı zamanlarda ve atak dönemlerinde saldırganlığı daha sık oluyor." (Kod: KK-2)

"...İşte şimdi ilaçlarını düzgün kullanmadığı zaman çok kötü olur." (Kod: KK-3)

"İlaçlarını almadığı zaman durumu çok çok kötü, herkese saldırıyor, onunla kimse konuşamıyor, gözleri doluyor. Korkunç bir hal alıyor. Bu durumda çok korkuyoruz." (Kod: KK-6)

"...Atak dönemlerinde ilaçlarını düzenli kullanmıyor, kızıyor, sinirleniyor, niye bana ilaç veriyorsunuz ben iyiyim diyor..." (Kod: KK-7)

4.2.2. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Hasta Kaynaklı Şiddetin Türüne Yönelik Deneyimleri

Şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyelerinin maruz kaldıkları şiddetin türüne yönelik deneyimlerinin kategorilere ayrılması tablo 4-2.2'de verildi.

Tablo 4-2.2: Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Hasta Kaynaklı Şiddetin Türüne Yönelik Deneyimlerinin Kategorilere Ayrılması

KOD	Fiziksel Şiddet		Ekonomik Şiddet	Psikolojik Şiddet
	Bireye Yönelik Şiddet	Eşyalara Yönelik Şiddet		
KE-1	X		X	
KE-2		X		X
KE-3	X	X	X	X
KE-4	X			
KE-5			X	X
KE-6	X			
KE-7	X	X		
KE-8	X	X		X
KK-1	X	X		X
KK-2	X			
KK-3	X	X		X
KK-4	X	X		
KK-5		X		
KK-6	X	X	X	X
KK-7	X			X

Katılımcıların açığa çıkarılan ifadeleri "fiziksel şiddet" "ekonomik şiddet" ve "psikolojik şiddet" olmak üzere üç temaya ayrıldı. "Fiziksel şiddet" teması "bireye yönelik şiddet" ve "eşyalara yönelik şiddet" olmak üzere iki kategoriye ayrıldı. Açığa çıkarılan ifadelere göre, bakım veren aile üyelerinin %99,3'ü (n=14) fiziksel şiddet; %26,6'sı (n=4) ekonomik şiddet; %53,3'ü (n=8) psikolojik şiddet görmektedir (Tablo 4-2.2).

Fiziksel Şiddet (KE-1, KE-2, KE-3, KE-4, KE-6, KE-7, KE-8, KK-1, KK-2, KK-3, KK-4, KK-5, KK-6, KK-7)

Bu tema "bireye yönelik şiddet" ve "eşyalara yönelik şiddet" olmak üzere iki kategoriye ayrıldı. Katılımcılar, hastaların kendilerine vurma, boğazını sıkma, bıçakla saldırma gibi hareketlerle fiziksel şiddet uyguladıklarını bildirdi. Açığa çıkarılan ifadelerine göre katılımcıların %99,3'ünün (n=14) fiziksel şiddet gördüğü belirlendi.

Bireye Yönelik Şiddet (KE-1, KE-3, KE-4, KE-6, KE-7, KE-8, KK-1, KK-2, KK-3, KK-4, KK-6, KK-7)

Katılımcılar, hastaların kendilerine vurma, boğazını sıkma, bıçakla saldırma gibi hareketlerle fiziksel şiddet uyguladıklarını bildirdi. Katılımcıların deneyimleri aşağıdaki gibidir.

"Hocam hem beni hem annesini vurduğu oluyor. Geçen sene Ekim'in 11'inde annesini boğmaya çalıştı. Annesini zorla elinden aldık, annesinin üç tane platinini kırdı. Annesi 40 gün boyunca yoğun bakımda kaldı. O zaman çok korktuk ölecek diye. Her an için bu olayı tekrarlayabilir. Küçük kardeşi var bir tane. Çocuğuma saldırdığı da oluyor. …Ondan sonra bırakmaz eve bir misafir gelsin bir komşu gelsin. Sonra bizi evden kovduğu oluyor. Diyorum ki e oğlum nereye gideyim benim başka bir yerim yok ki. Bize bir şey yapacak diye her gece kapıları kilitliyorum öyle yatıyorum." (Kod: KE-1)

"…O zaman çocuklarım daha küçüktü mesela kaç defa bana vurduğu oldu. Çocuklarım korkuyordu bağırıyordu. Bana vurmasından onlar da çok etkileniyordu. Çocuklar korkmasın diye oğlum o şaka yapıyor diyordum. Hocam 55 yaşındayım, 46 yaşında emekli oldum. Çocuklarımı dövüyordu okula göndermiyordu, onlar için emekli oldum." (Kod: KE-3)

"Bana vurduğu oldu, birbirimizi dövdüğümüz oldu, kavga ediyorduk, karakolluk olduk. İlk başlarda çok kötüydü. Neredesin diye sorduğumda hemen kavga ediyordu."(Kod: KE-4)

"…Bana vurdu kafamı kırdı, 2-3 defa da annesine vurdu. Neyse millet geldi, köylü geldi rezil olduk. Asker geldi, yalvardık oğlumu karakola götürmeyin diye…" (Kod: KE-6)

"Benim yaşadıklarımı Allah kimseye göstermesin, bana saldırdı kaç defa, bıçakla geldi. Gece kaç defa uyandım bıçağı almış çocuğunu kesecekti. …Çocukların boğazını sıkıyordu. …Bir ara gözüme bir tane vurdu mosmor oldu. Bir

gece boğazıma bıçak dayadı, Uykudan uyandım elini tuttum bırakmadım. Bırakmaz evime misafir gelsin, o durumlarda çok utanıyorum." (Kod: KE-7)

"...vuruyor, annesinin boğazını sıkıyor, az daha öldürüyordu bir defasında. Mesela bir iki ay önce şofben takıyorduk, baktım bu geldi bana küfretmeye başladı, ben de dedim 'ya git o tarafa', ben de biraz iteledim, o da bana bir tane vurdu, yere düştüm" (Kod: KE-8)

"Yani örneğin oturmuşuz, bir şeye sinirlendiği an gelip arkadan bizi yumruklardı. Bir kere bıçak çekti. Mesela bir gün misafirim vardı yemek hazırlıyordum, baktım arkamdan koca bir bıçak almış eline, bana saplayacaktı. ...Çocuğum o zaman 6 aylıktı, çocuğa bir vurdu, gidip hemen elinden aldık. ...Evlendiğimin ilk yılları beni boğmaya bile kalktı. Komşular zorla ellerinden aldılar. Beni kışın ortasında dışarı attığı oldu. Beni battaniye ile küçük çocuğumla dışarıda bıraktı. Yaptığım yemeği dökerdi, sobayı yakardım sobayı alır halıya dökerdi." (Kod: KK-1)

"Son dönemde olanı anlatayım, benim saçımı tuttu, erkek kardeşime tokat attı." (Kod: KK-2)

"...Bir gün büyük oğlumu aldı baş üstü yere vurdu. Oradaki insanlar oğlunu öldürecek bizi şahit tutacak diye kaçmışlardı. Arkamda durup bana vuruyordu. Kırılmadık bir yerimi bırakmadı. Yüzümü gözümü hep morartıyordu vurmaktan. Üstüme başıma karışırdı. Ne giysem başkaları için giydiğimi düşünürdü, yolun ortasında beni çırılçıplak bırakıp eve getirdiği oldu. Üstümdeki her şeyi yırtıyordu. ...Bir defa da bana bıçakla saldırdı. Havluyu attım bıçağın üstüne, bıçağın üzerine atladım elinden öyle aldım, yoksa beni öldürecekti." (Kod: KK-3)

"İlk başlarda oğlumda bu hastalık çıktıktan sonra bana karşı ya da babasına karşı vurmaları oldu. ...Elinden bıçağı aldığım zamanlar üstüme geliyordu sürekli, korkuyordum. ...Bir gün babası evde yoktu, yine kendisini kesti, ben elinden bıçağı almaya kalktım, yalvarmaya başladım buna, beni tuttu silkeledi duvara vurdu başım duvara çarptı, o zaman canım çok acımıştı." (Kod: KK-4)

"...kızımı kovaladı ve dövdü. Hastanenin önünde bana saldırdı, kovaladı. Sorduğumda hatırlamadığını söylüyor. Çocuklarını da döverim diye tehdit ediyor bu durumda çok üzülüyorum. Allah kimsenin başına getirmesin oğluma kurban olurum. Niye bu halde (kişi burada ağlıyor)...Eve kızlarımın ve misafirlerin gelmesine izin vermiyor. Ellerinde yıldırım var diyor." (Kod: KK-6).

"Tokat attığı oluyor. Aslında ağır bir şiddet hiç olmadı. Son zamanlarda bana karşı da saçımı tutup bırakma gibi hareketleri oluyor. Kardeşime de vurunca 2020'de hastaneye yatırdık işte". (Kod: KK-7)

Eşyalara Zarar Verme (KE-2, KE-3, KE-7, KE-8, KK-1, KK-3, KK-4, KK-5, KK-6)

Katılımcılar hastaların eşyaları kırdığını, dışarı attığını, yaktığını, kapı veya camları kırdığını bildirdi. Katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir.

"...Şu an evdekiler büyüdüğü için vuramıyor, ama bağırıp çağırıyor, kapıyı çarpıp gidiyor, camı kırıyor..."(Kod: KE-2)

"Bütün kapıları, camları kırıyordu. Yani nasıl diyeyim, evde ne bulsa atıyor çöpe, fotoğraf makinemi alıyor atıyor çöpe, tabak bardak ne varsa hepsini yere atıyor kırıyor, eşyaları sobada yakıyor. Mesela ben yatıyordum, bir bakıyordum ki mutfakta bütün porselen tabakları yere atıp kırıyor. ...Çarşıdan et alıyordum çöpe atıyordu, buna okunmuş diyordu. Elinde 20 bin liralık bilezik vardı, onu penseyle aldı hepsini kırdı çöpe attı, hepsini çöpten çıkardım." (Kod: KE-3)

"...Kaç defa evi yakmak üzere iken durdurdum. İki defa evi yaktı, halıları yaktı..." (Kod: KE-7)

"Bir defasında gece saat 3'te bir gittim baktım annesine bağırıyordu, küfrediyordu. Ben de gittim dedim ki ne yapıyorsun, niye durmuyorsun? Durdu baktı, sonra mutfakta kap kaşık ne varsa hepsini aşağı indirdi..." (Kod: KE-8)

"...Çocukların kıyafetlerini alıyor, yırtıp koca koca poşetlere koyuyor, bu da beni çok zorluyor. Kendi kıyafetlerine de aynısını yapıyor..." (Kod: KK-1)

"...ekonomik olarak artık neredeyse geçinemeyecek duruma geldik. Dikiş makinesi almıştım, geçimimi dikiş yaparak sağlıyordum. Ama müşterilerin elbiselerini bezlerini yırtığı için onu da bıraktım. Eşyalarımı alıp sobaya attığı çok oldu. Kardeşim bürolarından perde falan getirirdi yıkayayım diye, onları da alır yırtardı." (Kod: KK-3)

"...Evde kapı, cam, çerçeve hepsini kırdığı oldu. ...Bir ara bırakıp gittim. Döndüğümde bir baktım ki cam kapı hep inmiş, babasıyla kavga etmişler..." (Kod: KK-4)

"...sinirlendiğinde beni dövmedi, sövmedi, bir şey yapamadı, tutup eşyalarıma zarar verdi. Mesela ayakkabımı yırttı, çantamı kesti..." (Kod: KK-5)

"...Kapıyı kırdı, camı kırdı, herşeyi aşağı indirdi. Çok kötü oldum o zaman..." (Kod: KK-6)

Psikolojik Şiddet (Küfür, hakaret, bağırma, suçlama, tehdit) (KE-2, KE-3, KE-5, KE-8, KK-1, KK-3, KK-6, KK-7)

Açığa çıkarılan ifadelerine göre katılımcıların %55,3'ü (n=8) psikolojik şiddet görmektedir. Aile üyeleri hastaların kendilerini tehdit ettiklerini, küfrettiklerini, suçladıklarını, kendilerine bağırdıklarını, hakaret ettiklerini bildirdi. Katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir.

"*…Mesela küçük kardeşime çok küfür ediyor, kardeşim yapılı olduğu için onu dövemiyor. Birde ara sıra başkalarının gazına geliyor, bunu dolduruyorlar sokakta, seni neden evlendirmiyorlar diye, o da gelip babama beni niye evlendirmiyorsun deyip küfür ediyor." (Kod: KE-2)*

"…Küfürler ediyor ama ne biçim küfürler, ağza alınmayacak küfürler. Sonra mesela bir defasında günde bir tane alması gereken haptan 30 tane aldı, aldık götürdük hastaneye gece yarısı. Rezil olduk, perişan olduk oralarda…" (Kod: KE-3)

"…bizi intihar etmekle tehdit ediyor." (Kod: KE-5)

"…Bir defasında gece saat 3'te bir gittim baktım annesine bağırıyordu, küfrediyordu. …Mesela bir iki ay önce şofben takıyorduk, baktım bu geldi bana küfür etmeye başladı…" (Kod: KE-8)

"…Bana karşı sürekli kin besler, bir şey olduğu zaman sanki ben yapmışım gibi beni suçlar." (Kod: KK-1)

"Sürekli küfrediyordu. Rüzgâr yaprağı oynatsa küfrediyordu, kedi kapıya gelse kediye küfür ederdi. Komşulara küfrederdi, komşular derdi ki eşin geldiği zaman seni ona şikâyet edeceğiz, öyle duruyordu, hemen eve geçiyordu. …Kardeşim ile dışarı çıksam, kardeşin götürdü seni tecavüz etti geri getirdi derdi, çok utanırdım. İnsanlara karşı rezil etti beni. Öyle şeyler söylüyordu ki… 10- 15 yıldır ölen insanların benimle birlikte olduğunu söylerdi, bu da beni çok etkiliyordu." (Kod: KK-3)

"…Ne isterse yapıyorum. Çocuklarını da döverim diye tehdit ediyor bu durumda çok üzülüyorum." (Kod: KK-6)

"Mesela ilaç vermeye çalıştığımda seni döverim diye tehdit ediyordu. Biz de tepki vermiyorduk." (Kod: KK-7)

Ekonomik Şiddet (KE-1, KE-3, KE-5, KK-6)

Açığa çıkarılan ifadelerine göre aile üyelerinin %26,6'sı (n=4) ekonomik şiddet yaşamaktadır. Katılımcılar hastaların kendilerini maddi olarak karşılayamayacağı şeyler edinmeye zorladığını, istedikleri şeyleri almadıklarında şiddet gördüklerini, hastaların

bazen kontrolsüz harcama yaptıklarını, kendi paraları üzerinden bakım verenlere baskı yaptıklarını bildirdi. Katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir.

"...onun hastalığından dolayı çalışamıyorum. Çalışamadığım için tek gelirimiz onun 550 lira maaşı. Perişan olmuşum ben artık. O parayı da onun sigarasına, ilaçlarına, yol parasına veriyorum. Bana diyor ki ben ne istersem bana getireceksin, ben de korkuyorum ne isterse alıyorum. Getirmezsem kızıyor. Almazsam o gece huzur yok bize. Çoğu zaman paramız olmuyor ama yapabileceğim bir şey yok." (Kod: KE-1)

"...Saatlerce duş alıyor. ...Bazen "bana başka bir şehirden ev al" diye tutturuyor. Farklı şeyler istiyor. E ben memurluktan emekliyim nasıl alayım, maddi olarak bazen yapamayacağım şeyler istiyor, o zamanlar çok kötü oluyorum." (Kod: KE-3)

"...Sürekli "maaşımın kartını verin ben başka yerde yaşamak istiyorum" diye tutturuyor. Onun parasını yediğimizi düşünüyor. Bunların hepsi çok rahatsız edici durumlar..."(Kod: KE-5)

"...Allah kimsenin başına getirmesin. Mesela banyoda 5 saat duruyor. Çok fazla su harcıyor, su faturası yüksek geliyor, bu da beni zorluyor. Ben çekiyorum Allah kimseye çektirmesin." (Kod: KK-6)

4.2.3. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Hasta Kaynaklı Şiddet Karşısında Yaşadıkları Duygusal Sorunlara Yönelik Deneyimleri

Şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyelerinin maruz kaldıkları şiddet karşısında yaşadıkları duygusal sorunlara yönelik deneyimlerinin kategorilere ayrılması tablo 4-2.3'de verildi.

Katılımcıların açığa çıkarılan ifadelerine göre yaşadıkları duygusal sorunlar "öfke", "çaresizlik", "tükenmişlik", "suçluluk", "üzüntü", "korku", "utanç" ve "yalnızlık" olmak üzere 8 temaya ayrıldı. Açığa çıkarılan ifadelere göre, bakım veren aile üyelerinin %53,3'ü (n=8) öfke; %53,3'ü (n=8) çaresizlik; %33,3'ü (n=5) tükenmişlik; %20'si (n=3) suçluluk; %33,3'ü (n=5) üzüntü; %13,3'ü (n=2) korku; %20'si (n=3) utanç; %13,3'ü (n=2) yalnızlık yaşamaktadır (Tablo 4-2.3).

Tablo 4-2.3: Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Hasta Kaynaklı Şiddet Karşısında Yaşadıkları Duygusal Sorunlara Yönelik Deneyimlerinin Kategorilere Ayrılması

KOD	Öfke	Çaresizlik	Tükenmişlik	Suçluluk	Üzüntü	Korku	Utanç	Yalnızlık
KE-1	X		X		X	X	X	
KE-2	X							
KE-3	X	X	X				X	
KE-4		X	X		X			X
KE-5	X					X		
KE-6		X		X				
KE-7	X	X	X					
KE-8								
KK-1					X			
KK-2		X			X			
KK-3	X	X						
KK-4	X	X	X	X				X
KK-5	X						X	
KK-6					X			
KK-7		X		X				

Öfke (KE-1, KE-2, KE-3, KE-5, KE-7, KK-3, KK-4, KK-5)

Açığa çıkarılan ifadelerine göre katılımcıların %53,3'ü (n=8) hasta kaynaklı şiddet karşısında hastaya öfke duymaktadır. Katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir.

"*…Bazen diyorum ki Allah'ım ya sen buna şifa ver bir kapı aç buna, bazen diyorum ki Allah'ım sen bunun canını al bizi kurtar bundan, artık burama kadar geldi. Bunun yüzünden hiçbir şey yapamıyorum…"(Kod: KE-1)*

"Bir şey yapamıyorum hiçbir şey de diyemiyorum, öfkeleniyorum." (Kod: KE-2)

"...Boşanacağım, iki tane çocuk var, boşanmazsam her gün bu rezilliği yaşıyordum. Abi ben ne hissedeceğim! Elimden ne gelir ki? Ne yapabilirim ki? Öldüreceğim olmuyor, işi bırakacağım ama olmuyor. Öyle oluyordu ki işe yetişmek için gece üç buçukta uyanıp ilçeye gidiyordum. " (Kod: KE-3)

"...Sinirlendiğim oluyor. İçim yanıyor çocuklarıma bir şey olacak diye. Ama öbür tarafta da hasta bir kardeşim var, sonuçta ben ona bir şey diyemem, söylediğimde daha da ağırlaşıyor." (Kod: KE-5)

"Vallahi deli gibi oluyorum, bir insanın bu tür şeyleri yaşaması çok zor bir şey Allah kimseye göstermesin. Ha bazen çok sıkıldığım oluyor, kendimi çok çaresiz hissettiğim oluyor. Elimden bir şey gelmiyor. İnsanın içten içe sinirlendiği oluyor. Akıllı biri bana vursa ben de vururum. Ama buna ne yapacağım ki." (Kod: KE-7)

"...Evde bağırdığı zaman bir şey demiyorum ama dışarıda bağırdığı zaman deli oluyorum, çok öfkeleniyorum." (Kod: KK-3)

"...ona belli etmeden kızdığım çok oldu. Niye bu çocuk böyle diye, ben niye bunları çekiyorum diye öfkelendiğim, isyan ettiğim çok oldu..." (Kod: KK-4)

"Çantamı kestiği zaman çok öfkelendim, bağırdım, dövmek istedim ama dövemedim çünkü dövsem zararını yine ben çekeceğim o yüzden sadece bağırdım. Bırakmak istedim ama bırakamadım. ...Anlatılacak gibi değil o zaman bildiğimiz çıldırmıştı. Bıçakları taşımasından dolayı gece doğru düzgün uyumazdım, hep yarı uyanıktım. Acaba bir yerlere zarar verir mi diye sürekli endişe ederdim. O yüzden doğru düzgün uyumazdım, eve zarar verecek mi diye çok korkardım. Sürekli gergin olurdum çünkü uykumu alamıyordum. Bundan dolayı ona sinirlendiğim oluyordu." (Kod: KK-5)

Çaresizlik (KE-3, KE-4, KE-6, KE-7, KK-2, KK-3, KK-4, KK-7)

Katılımcıların %53,3'ü (n=8) yaşadıkları şiddet karşısında yapabilecek bir şeylerinin olmadığını ve kendilerini çaresiz hissettiklerini bildirdi. Katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir.

"...Boşanacağım, iki tane çocuk var, boşanmazsam her gün bu rezilliği yaşıyordum. Abi ben ne hissedeceğim, elimden ne gelir ki ne yapabilirim ki..." (Kod: KE-3)

"...Bir şey söylediğim zaman dinlemiyordu, hemen kavgaya meyilliydi. Karakolluk olduğumuz zamanlar oldu. Uzaklaştırma kararı aldırdım. 6 ay boyunca eve yaklaşamadı. Kendimi o dönemde çok çaresiz hissediyorum. Çok sahipsiz hissediyordum. Yardım edecek kimse yokmuş gibi geliyordu. Yanımda kimseyi göremiyordum." (Kod: KE-4)

"O zaman işte çok çaresiz hissettim kendimi, ne yapacağımı bilmiyordum öyle eşimle ağlayıp ağlayıp duruyorduk. Ona yalvarıyorduk böyle yapma diye, elini ayağını öpüyorduk." (Kod: KE-6)

"Vallahi deli gibi oluyorum, bir insanın bu tür şeyleri yaşaması çok zor bir şey Allah kimseye göstermesin. Ha bazen çok sıkıldığım oluyor, kendimi çok çaresiz hissettiğim oluyor. Elimden bir şey gelmiyor. Akıllı biri bana vursa ben de vururum, ama buna ne yapacağım ki. Allah kimseye göstermesin, insan çok stres oluyor." (Kod: KE-7)

"...Üzülüyorum, kendimi bazen çok çaresiz hissediyorum. Hayatımda bir sürü keşke oluyor. Ama şu an yapabileceğimiz hiçbir şey yok." (Kod: KK-2)

"Kendimi çok çaresiz hissediyordum. Ailesine gitsem inanmıyorlardı. Başımı alıp gitsem çocuklarım kalıyordu. Adım çıkmasın diye susuyordum mecburen. Bu kadar işkence çektim hep sustum."(Kod: KK-3)

"...Kendimi çok çaresiz hissediyorum. Ne yapacağımı bilmiyorum, ona belli etmeden kızdığım çok oldu. Niye bu çocuk böyle diye..." (Kod: KK-4)

"...Her hastalandığında sanki o hastalığını ilk defa yaşıyormuşuz gibi hissediyorum. Kendimi çok çaresiz hissettiğim oldu. Çok kızdığım da oldu, ama anneme kızdığım zaman kendimi çok kötü hissettim" (Kod: KK-7)

Tükenmişlik (KE-1, KE-3, KE-4, KE-8, KK-4)

Açığa çıkarılan ifadelerine göre katılımcıların %33,3'ünün (n=5) tükenmişlik yaşadıkları belirlendi. Katılımcıların hastadan dolayı istediklerini yapamadıkları, hastanın yaşattığı sorunlardan dolayı yoruldukları, hayatlarına son vermeyi veya evi terk etmeyi düşündükleri belirlendi. Katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir.

"Bazen diyorum ki, Allahım! Ya sen buna şifa ver bir kapı aç ya da canını al bizi kurtar bundan, artık burama kadar geldi. Bunun yüzünden hiçbir şey yapamıyorum, 14 yıldır bunun yüzünden çalışamıyorum. Eşime diğer çocuğuma bakamıyorum borç içindeyim" (Kod: KE-1)

"Tam 10 yıl boyunca Van'dan Erciş'e gittim, tükendim resmen. Ben doğduğuma pişman oldum. Allah bu derdi hiçbir müslümana vermesin. İnsanın zoruna gidiyor, artık mahvolmuştum. Vallahi hocam ben o kadar çektim ki bu evlilikten ömrümün sonuna kadar unutmayacağım. Çok zor bir hayatım oldu, 12 yaşından beri dışarıda çalıştım amelelik ettim ama bu evlilik kadar hiçbir şey beni yormadı. Hayatımı alt üst etti. Bazen diyorum ki Allah'ım benim ne günahım vardı da bana bunları yaşattın. Genç yaşta emekli oldum. Bütün ömrüm bu kadınla uğraşmakla geçti, tükendim artık hocam, yani ben tükendim artık." (Kod: KE-3)

"...Kendimden nefret ettim. Hayatıma son vermeyi düşündüm. Keşke ölsem de kurtulsam dedim. Bıkmıştım artık. Aile huzurumuz kalmamıştı." (Kod: KE-4)

"...12 yaşından beri götürüp getiriyorum çok yoruldum artık. Annesini ikna edemiyordum, annesi hastanede yatırmamıza izin vermiyordu, geri getirin diye ağlıyordu, gidip geri getiriyorduk" (Kod: KE-8)

"Şuan oğlumdan dolayı eşimle aram iyi değil. Diyor ki sen hep kendini ona adadın, bizimle artık ilgilenmiyorsun. O yüzden aramız biraz açık. Aslına bakarsanız ben onları ihmal etmiyorum, onlar beni dışladı. Bir ara artık evi çocukları terk etmeyi bile düşündüm. Bir ağacım var, bazen balkona çıkıp her şeyimi onu anlatırım. Sanki o beni dinliyormuş, anlıyormuşçasına…" (Kod: KK-4)

Suçluluk (KE-6, KK-4, KK-7)

Açığa çıkarılan ifadelerine göre katılımcıların %20'si (n=3) suçluluk duymaktadır. Bakım verenlerin yaşadığı suçluluk duygusu, iyi bir evlat veya ebeveyn olamama ve yaratıcı tarafından cezalandırıldığı düşüncesi ile ilişkilidir.

"*Ona yalvarıyorduk böyle yapma diye, elini ayağını öpüyorduk. Kendi kendime kızıyorum ben ne yaptım da Cenab-ı Allah bunları benim başıma verdi diye." (Kod: KE-6)*

"…Bunları yaşayınca kendimi suçladığım çok oldu. Acaba iyi bir anne olamadım, iyi bir eş olamadım mı bunlar başıma geldi diye düşündüm." (Kod: KK-4)

"…ama anneme kızdığım zaman kendimi çok kötü hissettiğim de oldu. Ben hayırsız evlat mıyım diye düşündüğüm oldu, bu durum beni çok yordu, hayırsız bir evlat olduğumu düşünüp kendimi çok suçladığım oldu." (Kod: KK-7)

Üzüntü (KE-1, KE-4, KK-1,KK-2, KK-6)

Katılımcıların %33,3'ü (n=5) maruz kaldıkları hasta kaynaklı şiddetten ve hastanın durumundan dolayı üzüldüklerini bildirdi. Katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir.

"…Çok üzülüyorum hocam, dışarıya karşı çok utanıyorum, bırakmıyor kimse evimize gelsin, Bazen diyorum ki Allah'ım ya sen buna şifa ver bir kapı aç buna…"(Kod: KE-1)

"…Tabii ki insan üzülüyor evladı 27-28 yaşında, neden böyle oluyor diye üzülüyor insan. Etrafındakilerin evlendiğini görüyor, insan çok üzülüyor." (Kod: KE-4)

"Yani bilmiyorum ben çok üzüldüm, kendimi çok kötü hissettim. Beni böyle dışlıyor gibi geldi. Bir şey olduğu zaman herşeyde beni suçlayıp suçlayıcı konuşması…" (Kod: KK-1)

"Psikolojik olarak bizler de etkileniyoruz kolay bir durum değil. Üzülüyorum, kendimi bazen çok çaresiz hissediyorum. Hayatımda bir sürü keşke oluyor…"(Kod: KK-2)

"...Üzülüyorum acıyorum ona. Oğlumdur, ne yaparsa yapsın ona kızamam ki.(Birey ağlıyor)" (Kod: KK-6)

Korku (KE-1, KE-5)

Katılımcıların %13,3'ü (n=2) yaşadıkları şiddet karşısında ve kendilerine daha büyük zararlar verilmesinden korktuğunu bildirdi. Katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir.

"...Vallahi bizi öldürecek diye çok korkuyorum. Öyle bir durumda bizim can güvenliğimiz yok ki! Beni, annesini ve kardeşini öldürebilir, evi ateşe verebilir..." (Kod: KE-1)

"...Çocuklarıma saldırdığında tabii korkuyorum, sinirlendiğim oluyor. İçim yanıyor çocuklarıma bir şey olacak diye..."(Kod: KE-5)

Utanç (KE-1, KE-3, KK-5)

Katılımcıların %20'si (n=3) maruz kaldıkları hasta kaynaklı şiddetten dolayı utanç yaşadıklarını bildirdi. Açığa çıkarılan ifadelerine göre, aile üyeleri yaşadıkları utanma duygusunun, çevreleri tarafından şiddet gördüklerine şahit olunmasından, hastanın şiddet içerikli davranışlarından ve engellemelerinden dolayı evlerine misafir kabul edememekten, hastayla ilgilenmeleri gerektiği için herhangi bir işte çalışamamaktan ve ekonomik zorluk yaşamaktan kaynaklandığını bildirdiler. Katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir.

"...dışarıya karşı çok utanıyorum, bırakmıyor kimse evimize gelsin... ...Bunun yüzünden hiçbir şey yapamıyorum, 14 yıldır bunun yüzünden çalışamıyorum, eşime diğer çocuğuma bakamıyorum, borç içindeyim, XXX liradan fazla borcum var, ne yapacağımı bilemiyorum. Ondan dolayı çok utanıyorum." (Kod: KE-1)

"Vallahi hocam ben bir erkek olarak kendimden utanıyorum. Mesela ilk beni dövdüğünde abim dedi ki ya sen erkeksin kadın seni nasıl dövsün. Ben diyordum ki senin bildiğin gibi değil, hastadır hasta, hasta insanla nasıl uğraşacaksın. Yani o zaman işte kimseye derdimi anlatamıyordum ve çok utanıyordum." (Kod: KE-3)

"Bağırıp çağırmalarıyla apartmanı ayağa kaldırmaları oluyordu. O dönemlerde çok utanıyordum. İnsanlar kapımıza gelip neler oluyor diye merak ediyordu. İnsan bu durumda çok utanıyor. Niye bizi rezil ediyor diye üzülüyordum, bu duruma sinirleniyordum." (Kod: KK-5)

Yalnızlık (KE-4, KK-4)

Katılımcıların %13,3'ü (n=2) yaşadıkları hasta kaynaklı şiddet karşısında yalnızlık hissetmektedir. Aile üyeleri şiddet gördüklerinde yanlarında kimsenin olmadığını, kendilerini sahipsiz hissettiklerini, kimsenin kendilerini anlamadığını ve destek olmadığını, bu yüzden yalnızlık yaşadıklarını bildirdiler. Katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir.

"…Çok sahipsiz hissediyordum. Yardım edecek kimse yokmuş gibi geliyordu. Yanımda kimseyi göremiyordum…"(Kod: KE-4)

"Bir ağacım var, bazen balkona çıkıp her şeyimi onu anlatırım. Sanki o beni dinliyormuş anlıyormuşçasına… …Ama beni hiç kimse anlamadı, bana destek olunmadı. Benim de çok kötü olduğum dönemler oldu, halen çok kötüyüm…" (Kod: KK-4)

4.2.4. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Hasta Kaynaklı Şiddetle Baş Etme Biçimlerine Yönelik Deneyimleri

Şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyelerinin maruz kaldıkları şiddetle baş etme biçimlerine yönelik deneyimlerinin kategorilere ayrılması tablo 4-2.4'de verildi.

Katılımcıların açığa çıkarılan ifadeleri "içsel-bireysel baş etme" ve "dışsal kaynaklar yoluyla baş etme" olmak üzere 2 temaya ayrıldı. "İçsel-bireysel baş etme" teması, "şiddetle yanıt vermek", "hastayla konuşmaya çalışmak", "ağlamak", "ağaç ve mezarla konuşmak", "yalnız kalmaya çalışmak", "inanç sistemine sığınmak", "eşyaları ve zarar verici aletleri saklamak", "susmak", "rasyonalize etmek-olumlulaştırmak" olmak üzere 9 kategoriye; "Dışsal kaynaklar yoluyla baş etme" teması ise "kurumlardan destek almak" ve "aileden, komşulardan destek almak" olmak üzere 2 kategoriye ayrıldı. Açığa çıkarılan ifadelere göre, bakım veren aile üyelerinin %80'i (n=12) yaşadıkları şiddetle içsel-bireysel yollarla baş etmekte; %66'sı (n=10) dışsal kaynaklar yoluyla baş etmektedir (Tablo 4-2.4).

Tablo 4-2.4: Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Hasta Kaynaklı Şiddetle Baş Etme Biçimlerine Yönelik Deneyimlerinin Kategorilere Ayrılması

	İçsel-Bireysel Baş Etme									Dışsal Kaynaklar Yoluyla Baş Etme	
KOD	**Şiddetle Yanıt Vermek**	**Hastayla Konuşmaya Çalışmak**	**Ağlamak**	**Ağaç ve Mezarlarla Konuşmak**	**Yalnız Kalmaya Çalışmak**	**İnanç Sistemine Sığınmak**	**Eşyaları ve Zarar Verici Aletleri Saklamak**	**Susmak**	**Rasyonalize etmek-Olumlulaştırmak**	**Kurumlardan Destek Almak**	**Aileden, Komşulardan Destek Almak**
KE-1						X				X	X
KE-2											X
KE-3	X	X			X		X	X	X		X
KE-4	X		X							X	
KE-5		X			X						
KE-6			X							X	X
KE-7		X				X					
KE-8	X									X	
KK-1			X						X		X
KK-2								X			
KK-3										X	
KK-4			X	X	X						
KK-5											
KK-6		X	X			X				X	
KK-7		X				X					X

İçsel-Bireysel Baş Etme (KE-1, KE-3, KE-4, KE-5, KE-6, KE-7, KE-8, KK-1, KK-2, KK-4, KK-6, KK-7)

Bu tema "şiddetle yanıt vermek", "hastayla konuşmaya çalışmak", "ağlamak", "ağaç ve mezarla konuşmak", "yalnız kalmaya çalışmak", "inanç sistemine sığınmak", "eşyaları ve zarar verici aletleri saklamak", "susmak", "rasyonalize etmek" olmak üzere 9 kategoriye ayrıldı. Açığa çıkarılan ifadelere göre, bakım veren aile üyelerinin %80'i (n=12) yaşadıkları şiddetle içsel-bireysel yollarla baş etmektedir. Katılımcıların deneyimleri aşağıdaki gibidir.

Şiddetle Yanıt Vermek (KE-3, KE-4, KE-8)

Bakım veren aile üyelerinin %20'si hasta kaynaklı şiddetle baş etmede, karşı şiddet kullandıklarını bildirdi. Katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir.

"Artık bir yerden sonra hayat zindan olmuştu. Eşyaları attığında kırdığında bağırdığım çağırdığım da oluyordu. ...Desem ki hiç kavga etmedik, hiç küfür etmedim, doğru olmaz. İlk zamanlarda karşılık verdiğim oldu. Ama hasta olduğunu öğrendikten sonra hiç karşılık vermedim…" (Kod: KE-3)

"Bir şey yapamıyordum, oturup ağlıyordum ne yapabilirim ki! Hemen kavga çıkıyordu millet gelip bizi ayırıyordu. Uzaklaştırma kararı aldırdım, 6 ay eve gelmedi İstanbul'a gitti. Orada perişan olduktan sonra tedaviyi kabul etti. Tedaviye başladıktan sonra durumu çok daha iyi... " (Kod: KE-4)

"…Sonra yine kötüleşti bana vurdu, ben de ona doğru yöneldim vurmaya çalıştım, sonra odasına kaçtı. ...Bir defa annesinin saçını çekti vurdu ben de ona vurdum az daha öldürecektim…" (Kod: KE-8)

Hastayla Konuşmaya Çalışmak (KE-3, KE-5, KE-7, KK-6, KK-7)

Katılmcıların %33,3'ü yaşadıkları şiddet davranışı karşısında hastayla konuşmaya çalıştığını, hastayı şiddet uygulamamaya ikna etmeye çalıştığını bildirdi. Katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir.

"…Bazen kızdığında çocuklar ona arka çıkıyor, bu durumda ben diyorum ki çocuk saftır, iyilikten yanadır, demek ki doğru olan bu, onlar bunu yapıyorsa benim daha sabırlı olmam lazım. Ben de nasihat ediyorum ne yapabilirim ki…" (Kod: KE-3)

"…Çocukları başka bir tarafa alıyorum, onu yatıştırmaya çalışıyorum." (Kod: KE-5)

"O saldırdığı zaman çocuklarımı korumaya çalışıyorum. Beni öldür ama çocuklarıma dokunma diyorum (kişi ağlıyor). … İşte bazen diyorum ki yapma etme bunlar senin çocuklarındır, onları öldürecek misin diyorum." (Kod: KE-7)

"…Vurduğunda polisi çağırdım. Polis 'bizim işimiz değil, bunu hastaneye götürün' dedi. Ağlıyordum sürekli. Hastaneye yatırılmasını sağladım. Vurduğu zaman onunla konuşmaya çalışıyorum, o zaman bana bakıyor ve duruyor. Ne yapabilirim ki, ağlıyorum, acıyorum. O benim ciğerimin parçası oğlum. Ben ona çok üzülüyorum, çok acıyorum." (Kod: KK-6)

"Atak geçirdiği zaman biz annemin yanına gitmiyoruz. Ne derse es geçiyoruz. Annemin elini tutuyorum yatsın sakinleşsin diye uğraşmaya çalışıyorum. Sabrediyorum, daha çok namaz kılıyorum, Allah'a yakın olduğumu hissediyorum ve ondan yardım istiyorum" (Kod: KK-7)

Ağlamak (KE-4, KE-6, KK-1, KK-4, KK-6)

Bakım verenlerin %33,3'ü yaşadıkları şiddet davranışı karşısında ağladıklarını bildirdi. Katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir.

"Bir şey yapamıyordum, oturup ağlıyordum ne yapabilirim ki…" (Kod: KE-4)

"Ne yapalım Cenab-ı Allah böyle yaratmış. Bizim kaderimizde bu var yaşıyoruz. Biz yaşadık kimse yaşamasın. Biz ağladığımızda duruyor biraz." (Kod: KE-6)

"Herkes bana çok sabırlı olduğumu söylüyor. Ben de bilmiyorum nasıl oluyor ama her şeyine alıştım. Sadece arada ağladığım oluyor, bu iyi geliyor. ... Beni zorla aldılar elinden. O dönem oturup ağladım başka ne yapabilirim." (Kod: KK-1)

"…Genelde de ağlarım, tek başıma yürürüm, ağacım ile konuşurum. Küçük oğlum var, onu da alıp buraları terk etsem mi diye çok düşündüm…" (Kod: KK-4)

"…Ağlıyordum sürekli. O zaman bana bakıyor ve duruyor. Ne yapabilirim ki, ağlıyorum, acıyorum. O benim ciğerimin parçası oğlum." (Kod: KK-6)

Ağaç ve Mezarla Konuşmak (KK-4)

Çalışmada bir katılımcı ağaç ve mezarlarla konuşmaya çalışarak baş etmeye çalıştığını ve onlarla konuştuktan sonra rahatladığını bildirdi. Katılımcının ifadeleri aşağıdaki gibidir.

"Birçok defa mezarlığa gidip öylesine anlattım, ölen insanlarla konuşmayı tercih ettim. Sanki onlar beni dinliyorlarmış gibi konuştum ve oradan çıktıktan sonra içimin

daha bir hafiflediğini hissettim. Onları çok kıskandığım da oldu. Ne güzel ölmüşler rahat rahat yatıyorlar diye, ama onlarla konuştuktan sonra çok rahatlıyordum. Onlara anlattığım zaman arkamdan konuşmayacaklarını bilmek beni rahatlatıyordu. Etrafımdaki hiç kimseye güvenemiyorum. Bazı sıkıntılarımı eşime bile anlatamıyorum. Bazı şeyleri kendime saklıyorum. Artık mezarlara da gitmiyorum, dediğim gibi bir tane ağaç var onunla konuşuyorum işte, en son 4 gün önce konuştum. O ağaç sanki beni hep dinliyor, çünkü o benim ağacım." (Kod: KK-4)

Yalnız Kalmaya Çalışmak (KE-3, KE-5, KK-4)

Çalışmada katılımcıların %20'sinin yalnız kalarak yaşadıkları şiddetle baş etmeye çalıştıkları görüldü. Katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir.

"...Bazen evden kaçtığım günlerim oluyordu, gidiyordum 2-3 saat boyunca gelmiyordum..." (Kod: KE-3)

"Sinirlendiğim zaman yalnız tek başına olabileceğim bir yere gidiyorum bağırıp çağırıyorum biraz iyi geliyor." (Kod: KE-5)

"...Genelde de ağlarım, tek başıma yürürüm, ağacım ile konuşurum. Küçük oğlum var, onu da alıp buraları terk etsem mi diye çok düşündüm..." (Kod: KK-4)

İnanç Sistemine Sığınmak (KE-1, KE-7, KK-6, KK-7)

Katılımcıların %26,6'sı yaşadıkları hasta kaynaklı şiddetle, inanç sistemlerine sığınma yoluyla baş etmeye çalışmaktadır. Katılımcılar şiddet gördüklerinde sürekli dua ettiklerini, daha fazla ibadet ettiklerini ve karşılık verilmesinin yaratıcı tarafından kabul edilmeyeceğine inandıklarını bildirdi. Katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir.

"...Çarşıya çıkacağım zaman eşimi, çocuğumu bir komşuya bırakıyorum öyle çıkıyorum. Evde yalnız kalsalar başlarına bir şey getirecek diye mecburen başkalarına bırakıyorum. Sürekli dua ediyorum, diyorum ki Allah'ım sen buna şifa ver." (Kod: KE-1)

"...Vursam ne olacak? Allah onun başına getirmiş. Vursam Allah kabul etmez. Onun yerinde ben de olabilirdim, ona yanlış bir şey yapsam Allah kabul etmez. Çünkü eşim önceden böyle değildi, sonradan böyle oldu..." (Kod:)

"...Sürekli yanında yatıyorum, ne yapacağını kestiremediğim için güvenemiyorum. Artık Allah'ın dilediği neyse o olur, o yüzden sürekli dua ediyorum oğluma." (Kod: KK-6)

"...Sabrediyorum, daha çok namaz kılıyorum, Allah'a yakın olduğumu hissediyorum ve ondan yardım istiyorum. Normalde de namaz kılarım ama hani tevekkül

derler ya, daha çok dua ediyorum. Genelde içime kapanıp dua ederim. ...Ama hangisi daha çok rahatlattı derseniz, tevekkül etmek beni daha çok rahatlattı. Duanın herşeyin anahtarı olduğuna inanıyorum. Ablalarımın gücü yetmez ama Allah'ın gücü yeter diye düşünüyorum." (Kod: KK-7)

Eşyaları ve Zarar Verici Aletleri Saklamak (KE-3)

Çalışmada bir katılımcı, bıçak gibi eşyaları saklayarak hastanın kendilerine daha büyük zarar vermesinin önüne geçtiğini bildirdi Katılımcının ifadeleri aşağıdaki gibidir.

"Bıçak gibi eşyaları başkasının evine götürüp sakladım, onlarla bana zarar verirdi. Ancak öyle yani… Artık bir yerden sonra hayat zindan olmuştu…"(Kod: KE-3)

Susmak (KE-3, KK-2)

Katılımcıların %13,3'ü herhangi bir tepki vermenin daha kötü olacağını o yüzden gördükleri şiddet karşısında sustuklarını bildirdi. Katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir.

"…İlaçlarını aldıktan sonra bir sıkıntımız olmuyor, daha iyi oluyor. Ama arada sinirlendiğinde ben tepki vermiyorum, tepki versem daha kötü olacak, sadece susuyorum o zaman. Allah bana sabır vermiş elimden geldiği kadar katlanmaya çalışıyorum." (Kod: KE-3)

"Karşılık veremiyoruz. Ama bazen üstüne gittiğimizde bizi dinliyor, biz de ister istemez üstüne gidiyoruz. Bize zarar veriyor, 2 saat geçtikten sonra hiçbir şey hatırlamıyor, yaptığını hatırlamıyor, bunu bildiğimiz için tepki vermiyoruz." (Kod: KK-2)

Rasyonalize Etmek-Olumlulaştırmak (KE-3, KK-1)

Katılımcıların %13,3'ünün yaşadıkları şiddet olayını olumlulaştırarak ve rasyonalize ederek baş etmeye çalıştıkları görüldü. Katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir.

"…Bazen kızdığında çocuklar ona arka çıkıyor, bu durumda ben diyorum ki çocuk saftır, iyilikten yanadır, demek ki doğru olan bu, onlar bunu yapıyorsa benim daha sabırlı olmam lazım…"(Kod: KE-3)

"…Yani bakmak zorundayım, benden başka bakacak kimsesi yok. Ama yapabilecek bir şey yok, eşimin kardeşi sonuçta, ben ona bakmak zorundayım. Ben

istemezdim bir başkasının kardeşimi dışarı atmasını. Hep diyorum ki 14 yıldır bakıyorum, birkaç yıl daha bakarım."(Kod: KK-1)

Dışsal Kaynaklar Yoluyla Baş Etme (KE-1, KE-2, KE-3, KE-4, KE-6, KE-7, KE-8, KK-1, KK-3, KK-6, KK-7)

Bu tema "kurumlardan destek almak" ve "aileden veya komşulardan destek almak" olmak üzere 2 kategoriye ayrıldı. Açığa çıkarılan ifadelere göre, bakım veren aile üyelerinin %66'sı yaşadıkları hasta kaynaklı şiddetle dışsal kaynaklar yoluyla baş etmektedir katılımcıların deneyimleri aşağıdaki gibidir.

Kurumlardan Destek Almak (KE-1, KE-4, KE-6, KE-8, KK-3, KK-6)

Katılımcıların %40'ının hasta kaynaklı şiddetle polis, hastane, TRSM gibi kurumlardan destek alarak baş etmeye çalıştıkları belirlendi. Katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir.

"Mecburen 155'i arıyorum polis gelip alıyor, annesine vurduğu zaman da polis geldi aldı. O dönem 2 aya yakın serviste yattı. Şu an ilaç kullanıyor. Bize her saldırdığında polisi arıyoruz." (Kod: KE-1)

"…Uzaklaştırma kararı aldırdım, 6 ay eve gelmedi İstanbul'a gitti…" (Kod: KE-4)

"TRSM olmasaydı şimdi oğlumu zincirle bağlıyor olurdum. O saldırdığı dönemlerde hep zorla hastaneye götürdük, her defasında da yatırdılar işte, o şekilde baş ediyorduk." (Kod: KE-6)

"Ankara'ya götürdüm Ankara'da yatırdık. …Vurdu kapıya, kapı kırıldı, kolu yaralandı. Polis çağırdık, ambulans geldi, zorla hastaneye götürdük iğne vurdular. …Burada hastaneye götürdük. Elâzığ'da yatırdık. İstanbul'a Erenköy'e götürdük orada yatırdılar. Kötüleştiğinde hastaneye götürüp yatırıyoruz." (Kod: KE-8)

"Bir şey olduğu zaman artık polisi arıyorum, geliyorlar götürüyorlar. …En son devlete başvurdum, devlet de bana "ya sığınma evine git, ya boşan, ya da annenin evine git" dedi." (Kod: KK-3)

"…Vurduğunda polisi çağırdım. Polis "bizim işimiz değil, bunu hastaneye götürün" dedi. …Hastaneye yatırılmasını sağladım." (Kod: KK-6)

Aileden, Komşulardan Destek Almak (KE-1, KE-2, KE-3, KE-6, KK-1, KK-7)

Katılımcıların %40'ının aile veya komşulardan destek alarak yaşadıkları şiddetle baş etmeye çalıştıkları belirlendi. Katılımcılar şiddet görmekten korktukları için bir yere

gittikleri zaman aile bireylerini komşulara bıraktıklarını, aile üyelerinin desteği ile durumla baş etmeye çalıştıklarını, yakın arkadaşlarıyla konuştuklarını bildirdiler. Katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir.

"...Çarşıya çıkacağım zaman eşimi çocuğumu bir komşuya bırakıyorum öyle çıkıyorum. Evde yalnız kalsalar başlarına bir şey getirecek diye mecburen başkalarına bırakıyorum." (Kod: KE-1)

"Benden biraz çekindiği için ben olduğumda çok bir şey demiyor aslında. Bir de eşim var uzaktan akrabam, onun desteği de çok rahatlatıyor açıkçası, ben kızdığımda da o beni uyarıyor Allah vergisi diye, onun desteği iyi geliyor, yoksa yalnız başına böyle bir durumla uğraşmak çok zor olurdu." (Kod: KE-2)

"...Bir yere gitsem, bir işim olsa çocuklar evde yalnız kalamıyor, korkuyorlar. Gidip başkalarında kalıyorlar." (Kod: KE-3)

"...Annesi olmasa ben hiç dayanamam, tek başıma asla baş edemem, yemeği idi duşuydu her şeyi ile annesi uğraşıyor." (Kod: KE-6)

"...Çok sıkıldığımda güvendiğim bir arkadaşım varsa oturup onunla bu durumları konuşuyorum." (Kod: KK-1)

"...Genellikle bu durumu ablalarımla paylaşırım çünkü annemin en zor dönemlerinde onlar da yanımızdaydı. Ben de onlarla konuşuyorum..." (Kod: KK-7)

4.2.5. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Hasta Kaynaklı Şiddetin Azaltılmasına Yönelik Görüşleri

Şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyelerinin maruz kaldıkları şiddetin azaltılmasına yönelik görüşlerinin kategorilere ayrılması tablo 4-2.5'de verildi.

Katılımcıların açığa çıkarılan ifadeleri "destek sistemlerinin güçlendirilmesi", "sağlık sistemine yönelik talepler" ve "farkındalık" olmak üzere 3 temaya ayrıldı. "Destek sistemlerinin güçlendirilmesi" teması "sosyalleşmeleri sağlanmalı", "istihdam edilmeli" ve "bakıcı sağlanmalı" olmak üzere 3 kategoriye ayrıldı. "Sağlık sistemine yönelik talepler" teması "hastanede/kurumda sürekli kalmalı", "ev ziyaretleri sağlanmalı" ve "şiddetle baş etme eğitimi verilmeli" olmak üzere 3 kategoriye ayrıldı. "Farkındalık" teması da "sosyal desteğim yetersiz", "TRSM iyi geliyor" ve "ilaçlarına dikkat etmek gerek" olmak üzere 3 kategoriye ayrıldı (Tablo 4-2.5).

Tablo 4-2.5: Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Hasta Kaynaklı Şiddetin Azaltılmasına Yönelik Görüşlerinin Kategorilere Ayrılması

	Destek Sistemlerinin Güçlendirilmesi			Sağlık Sistemine Yönelik Talepler			Farkındalık		
KOD	**İstihdam Edilmeli**	**Sosyalleşmeleri Sağlanmalı**	**Bakıcı Sağlanmalı**	**Sürekli Hastanede/ Kurumda Kalmalı**	**Ev Ziyaretleri Sağlanmalı**	**Şiddetle Baş Etme Eğitimi Verilmeli**	**Sosyal Desteğim Yetersiz**	**TRSM İyi Geliyor**	**Tedavi Uyumu Gerekli**
KE-1				X	X			X	
KE-2				X					
KE-3			X					X	
KE-4	X							X	X
KE-5								X	
KE-6	X	X							X
KE-7						X			
KE-8								X	
KK-1		X	X						X
KK-2								X	X
KK-3									
KK-4							X		
KK-5								X	
KK-6								X	
KK-7									

Destek Sistemlerinin Güçlendirilmesi (KE-3, KE-4, KE-6, KK-1)

Açığa çıkarılan ifadelere göre, katılımcıların %26'sı destek sistemlerinin güçlendirilmesinin maruz kaldıkları şiddetin azalmasına yardımcı olacağını bildirdiler. Bu tema "sosyalleşmeleri sağlanmalı", "istihdam edilmeli" ve "bakıcı sağlanmalı" olmak üzere 3 kategoriye ayrıldı. Katılımcıların deneyimleri aşağıdaki gibidir.

İstihdam Edilmeli (KE-4,KE-6)

Katılımcılar hastalara devlet tarafından bir engelli maaşı verildiğini, bu hastaların istihdam edilmelerinin hem hastanın sosyalleşmesi açısından hem de aile üyelerinin kendilerine zaman ayırabilmeleri açısından faydalı olacağını düşündüklerini bildirdiler.

"Biz bu tedaviden bayağı başarı gördük ama ilaçları ömür boyu sürecekmiş. Keşke bir iş verilse, çalışsa bir şeylerle oyalansa daha iyi olacak gibi. ...Sabah bir memur gibi buraya gelip akşam eve dönüyordu. Bu yüzden bir işinin olması ona iyi gelecektir."(Kod: KE-4)

"Zaten devlet buna para veriyor, bir maaş veriyor, bari bir işe alsa memur yapsa biz bu kadar uğraşmayacağız, o da bir işe yarayacak, ...Ben devletimden şunu istiyorum; bu çocukları istihdam etsin." (Kod: KE-6)

Sosyalleşmeleri Sağlanmalı (KE-6, KK-1)

Katılımcılar, bakım verdikleri bireyin sosyalleşmesinin yaşadıkları hasta kaynaklı şiddetin azalmasında etkili olabileceğini bildirdi.

"...Ortama girerse daha iyi olacak gibi. Çünkü bana Çapa'da dediler ki sosyalleşsin, yalnız kalmasın onun için daha iyi olur. ...Bence böyle engelli çocuklar sosyalleşince daha iyi oluyor. İnsanlara karışınca kendini yalnız hissetmiyor, hasta olduğunu hissetmiyor, daha iyi oluyor..." (Kod: KE-6)

"...Belki sosyalleşmesi biraz daha iyi olabilir, mesela bir ortam olduğunda götürüyorum iyi gelir diye..."(Kod: KK-1)

Bakıcı Sağlanmalı (KE-3, KK-1)

Katılımcıların yaşadıkları zorluklar karşısında daha güçlü olabilmek için hastaya bakıcı sağlanmasının olumlu etki yaratacağını ve sürekli hastayla uğraşmayacaklarından dolayı daha az şiddete maruz kalacaklarını düşündükleri belirlendi.

"...Bugün bir bakıcı olsa onunla ilgilense ben de biraz daha nefes alabilirim. En azından onunla konuşur, bu da ona daha iyi gelir. Çünkü birileri ile konuştuğu zaman

daha iyi oluyor. ...O yüzden bir bakıcı olsa daha iyi olur. Ama benim buna gücüm yetmiyor." (Kod: KE-3)

"... Belki bakacak başka biri daha olsa ben de daha güçlü olabilirdim. Onunla sürekli ben uğraşmayacağım için o kadar fazla şiddet de görmem." (Kod: KK-1)

Sağlık Sistemine Yönelik Talepler (KE-1, KE-2, KE-7)

Açığa çıkarılan ifadelere göre, katılımcıların %20'sinin yaşadıkları hasta kaynaklı şiddetin azaltılmasında sağlık sistemine yönelik talepleri olduğu belirlendi. Bu tema "sürekli hastanede/kurumda kalmalı", "ev ziyaretleri sağlanmalı" ve "şiddetle baş etme eğitimi verilmeli" olmak üzere 3 kategoriye ayrıldı. Katılımcıların deneyimleri aşağıdaki gibidir.

Sürekli Hastanede/Kurumda Kalmalı (KE-1, KE-2)

Çalışmaya katılan aile üyeleri yaşadıkları hasta kaynaklı şiddetin azalması için hastalarının bir hastane veya kurumda sürekli kalmalarını istemektedirler. Katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir.

"Oğlumun daha donanımlı bir hastanede kalmasını istiyorum. Yılda bir artık bu ilaçların dozunu artırıyoruz, bunun kesin çözümünün bulunmasını istiyorum..." (Kod: KE-1)

"Bilmiyorum ki, yani alsalar bir kurumda baksalar belki daha iyi olur." (Kod: KE-2)

Ev Ziyaretleri Sağlanmalı (KE-1)

Katılımcı aşağıdaki ifadesi ile hastalara yönelik sık aralıklarla gerçekleştirilecek ev ziyaretlerinin kişinin tedaviye uyumunu artırmada etkili olacağını, bu şekilde hasta kaynaklı şiddet davranışlarının azalacağını bildirdi.

"...Devlet büyüktür, haftada bir gelsin birileri, evde baksınlar, konuşsunlar, nasihat etsinler, birileri gelirse takip ederse korkar, "Ben ilaçlarımı kullanmazsam beni yine yatıracaklar" diye korkar ve ilaçlarını düzenli kullanır. Birilerinin onu kontrol ettiğini düşünürse ilaçlarına daha dikkat eder ve bize vurmaz." (Kod: KE-1)

Şiddetle Baş Etme Eğitimi Verilmeli (KE-7)

KE-7 kodlu katılımcı, hasta kaynaklı şiddete maruz kaldıklarında tam olarak ne yapacaklarını bilmediklerini, bu konuda sağlık profesyonelleri tarafından eğitim

verilmesinin kendilerinin baş etme becerilerini artıracağını ve şiddetin azaltılmasında etkili olacağını bildirdi. Katılımcının ifadesi aşağıdaki gibidir.

"Bize vurduğu zaman ne yapmamız gerektiği ile ilgili bir eğitim verirseniz faydalı olabilir. Çünkü o dönemlerde gerçekten ne yapacağımı bilmiyorum. Çocuklarıma bir şey olacak diye korkuyorum. Allah devletimize zeval vermesin, onlar üstünde durduğundan beri benim başım biraz daha rahat, çocuklarım biraz daha iyi." (Kod: KE-7)

Farkındalık (KE-1, KE-3, KE-4, KE-5, KE-6, KE-8, KK-1, KK-2, KK-4, KK-5, KK-6)

Açığa çıkarılan ifadelere göre, katılımcıların %73,3'ünün hasta kaynaklı deneyimledikleri şiddetin azaltılmasına yönelik farkındalıklarının olduğu görüldü. Bu tema "sosyal desteğim yetersiz", "TRSM iyi geliyor" ve "ilaçlarına dikkat etmek gerek" olmak üzere 3 kategoriye ayrıldı. Katılımcıların deneyimleri aşağıdaki gibidir.

Sosyal Desteğim Yetersiz (KK-4)

Bakım veren, şiddetin azaltılmasında sosyal desteğe ihtiyaçları olduğunu bildirdi. Katılımcının (KK-4) ifadesine göre, sosyal desteğe sahip olmanın yaşanılan zorlukla baş etmede olumlu etkisinin olacağı belirlendi.

"İçimi, derdimi anlatabileyim diye güvenebileceğim bir insan olsun isterdim. Yaşadıklarımı hiç kimseye, hiçbir yere anlatamadım.., Sadece bir iki defa buradaki hemşirelere anlattım, o da bana çok iyi geldi. Yani babasının bana destek olmasını isterdim. Eğer o bana destek olsaydı belki ben bu kadar yıpranmazdım. Ama o hiç zora gelmedi, zora geldiği zaman "gidiyorum" diyordu. Beni terk ediyordu." (Kod: KK-4)

TRSM İyi Geliyor (KE-1,KE-3,KE-4,KE-5,KE-8,KK-2,KK-5,KK-6)

Katılımcılar, bakım verdikleri hastaların TRSM'ye düzenli devam ettiklerinde ve TRSM faaliyetlerine katıldıklarında şiddet davranışı gösterme durumlarında ciddi azalma olduğunu bildirdiler. TRSM tarafından hasta tedavilerinin takip edildiğini, düzenli aralıklarla görüşmeler yapıldığını söylediler.

"…TRSM'ye gelmek istemiyor, çok sıkıldığını söylüyor, ama buraya geldiğinde daha iyiydi. Şimdi sadece iğneden iğneye geliyor." (Kod: KE-1)

"...Aslında buraya geldiğinde durumu daha iyi oluyor, ama buraya geldiğinde sıkıldığını söylüyor, gelmiyor. Sağ olsunlar buradaki arkadaşlar zaten sürekli arayıp ilaç kontrolü yapıyorlar..." (Kod: KE-3)

"...Çünkü TRSM'ye geldikten sonra bayağı düzeldi. Sabah bir memur gibi buraya gelip akşam eve dönüyordu..." (Kod: KE-4)

"...Doktor ne önermiş ise onu yapıyoruz zaten. Ki bence en iyi tedavi TRSM'de yürütülüyor..." (Kod: KE-5)

"...Buraya TRSM'ye gelirken öfke nöbetleri daha azdı, daha az saldırganlık gösteriyordu, ancak yol uzak olduğu için araba tutuyor ve TRSM'ye artık devam etmiyor..." (Kod: KE-8)

"...Kontrollerine düzenli gitmemiz gerekiyor, ilaçlarını düzenli kullanmamız gerekiyor. TRSM'ye geldiğinde daha iyi oluyordu. Pandemi bittikten sonra devam etmesini istiyoruz." (Kod: KK-2)

"...TRSM'ye başladıktan sonra bu davranışlarında %100 azalma oldu. Hemşirenin, doktorun Ş...'ye özel ilgisi çok faydalı oldu. Ben bir şey diyeceğim zaman, aman sakın öyle davranma diye hemşire hanımın uyardığı oldu. Çünkü onlar bu işin eğitimini aldılar, bu işi biliyorlar ama ben bunları bilmiyordum. O yüzden TRSM'nin çok faydalı olduğunu söyleyebilirim." (Kod: KK-5)

"...TRSM'ye geldiği zaman daha iyi oluyor, buraya geldiğinde eve döndüğü zaman daha konuşkan oluyor. Ara sıra psikolog, doktor, hemşire görüşüyor iyi geliyor bu." (Kod: KK-6)

Tedavi Uyumu Gerekli (KE-4, KE-6, KK-1, KK-2)

Katılımcılar, yaşadıkları hasta kaynaklı şiddetin azalması için hastanın tedaviye uyumunun iyi olması gerektiğini, böylelikle daha az şiddet davranışına maruz kaldıklarını bildirdiler.

"Biz bu tedaviden bayağı başarı gördük ama ilaçları ömür boyu sürecekmiş. ...Şu an ilaçlarını düzenli kullanıyor bayağı rahatız." (Kod: KE-4)

"İlaçlarına çok dikkat etmek gerekiyor... İlaçlarını düzenli kullandığında daha iyi oluyor. Bize vurmaları, saldırmaları da bayağı azalıyor..." (Kod: KE-6)

"Yani bunların tedavisinin düzenli olması gerekiyor. Başka bir şey yok yani, tedavisini de düzenli bir şekilde yapmaya çalışıyoruz. İlaçları bıraktığı an kötü oluyor. Ben bunu biliyorum." (Kod: KK-1)

"...Kontrollerine düzenli gitmemiz gerekiyor, ilaçlarını düzenli kullanmamız gerekiyor. TRSM'ye geldiğinde daha iyi oluyordu. Pandemi bittikten sonra devam etmesini istiyoruz." (Kod: KK-2)

5. TARTIŞMA

Şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyelerinin hasta kaynaklı şiddet deneyimlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen bulgular iki bölümde tartışıldı.

- Şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyelerinin ve şizofreni tanılı bireylerin bireysel özellikleri ile ilgili bulguların tartışılması.
- Şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyelerinin hasta kaynaklı şiddet deneyimleri ile ilgili bulguların tartışılması.

5.1. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin ve Şizofreni Tanılı Bireylerin Bireysel Özellikleri İle İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerinin, yaş ortalaması 47,60±11,96; hastayla birlikte olan yaşam süresi ortalaması 24,73±7,53'tür. Bakım veren aile üyelerinin çoğu erkek ve yaklaşık 3/4'ü evlidir. Katılımcıların %80'inin herhangi bir işte çalışmadığı; %60'ının ilkokul mezunu olduğu; %66,7'sinin gelirinin giderini karşılamadığı belirlendi. Bakım verenlerin yarısından fazlası, hasta dışında bakım verdikleri birilerinin olduğunu ve ailede kendisi dışında hastaya birincil dereceden bakım veren birilerinin olduğunu bildirdi. Bu çalışmaya katılan bakım verici aile üyelerinin 5'te 3'ü hastanın ebeveyni veya çocuğudur. Mevcut bulgular ışığında, aile üyelerinin oldukça uzun süre şizofreni tanılı bireyle birlikte yaşadıkları, hastayla ilgilenmeleri gerektiğinden herhangi bir işte çalışamadıkları ve ekonomik zorluklar yaşadıkları söylenebilir. Literatürde ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım verenleri ile yapılan araştırmalarda bakım verenlerin çoğunluğunun aile üyesi olduğu görülmektedir. Yapılan benzer çalışmalarda bakım verenlerin, bu çalışmadaki bulgulara benzer sosyodemografik özelliklere sahip oldukları görülmektedir (Aloba ve ark. 2016; Kageyama, Solomon ve ark. 2018; Kageyama, Yokoyama ve ark. 2018; Basirun ve ark. 2019; Chen ve ark. 2019; Durat ve ark. 2020; Sharif ve ark. 2020; Tamizi ve ark. 2020).

5.2. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Hasta Kaynaklı Şiddet Deneyimleri İle İlgili Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyelerinin hasta kaynaklı şiddet deneyimlerinden elde edilen bulgular, maruz kaldıkları şiddetin dönemine; türüne; hasta kaynaklı şiddet karşısında yaşanan duygusal sorunlara; baş etme biçimlerine; şiddetin azaltılmasına yönelik görüşlerine göre tartışıldı.

5.2.1. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Hasta Kaynaklı Şiddetin Dönemine Yönelik Deneyimleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada, şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinin maruz kaldıkları hasta kaynaklı şiddetin dönemine yönelik deneyimleri "atak dönemleri" ve "tedaviye uyumsuzluk" olmak üzere 2 temaya ayrıldı ve incelendi.

Atak Dönemleri

Mevcut çalışmada, katılımcılar daha çok hastalığın başlangıç dönemlerinde ve atak dönemlerinde hasta kaynaklı şiddete maruz kaldıklarını bildirdi. Hastalığın başlangıcında ilk atak olarak tabir edilen dönem ile sonraki süreçlerde hastalığın nüks etmesi sonucu atak dönemleri olarak tabir edilen dönemlerde hastalığın belirtilerinde artış görülür. Belirtilerin artmasının şizofreni tanılı bireylerin şiddet davranışı göstermelerine neden olduğu söylenebilir.

Şizofreni tanılı bireylerde özellikle komut veren halüsinasyon ve hezeyanların içeriğinin şiddet davranışına neden olabileceği bildirilmektedir (Ahonen 2019; Carpiniello ve ark. 2020). Kageyama ve arkadaşları (2019) şizofreni tanılı bireylerin aileleriyle yaptıkları nitel çalışmada, aile üyelerinin hastalığın pozitif belirtilerinde artış olduğu dönemlerde daha çok şiddete maruz kaldıklarını bildirmektedir (Kageyama ve ark. 2019). Bir meta-analiz sonucuna göre şizofreni tanılı bireylerin %38,5'inin ilk psikoz atağında ve tedavi başlamadan önce, çevresine ve kendisine yönelik şiddet davranışlarında bulunduğu bildirilmektedir. Bu süreçteki şiddet davranışı sıklığının tedavi sonrasına göre 15,5 kat fazla olduğu belirtilmektedir (Nielssen ve Large 2010). Kageyama ve arkadaşları (2018) şizofreni tanılı bireylerin yakınlarıyla yaptıkları nitel çalışmada, aile üyelerinden birinin 'hastanın her atak döneminde kendisine şiddet uyguladığını, bunun yaklaşık üç ayda bir olduğunu' söylediğini belirtmektedir (Kageyama, Yokoyama ve ark. 2018). Mevcut çalışmada ulaşılan sonuçlar literatürü destekler niteliktedir.

Tedaviye Uyumsuzluk

Mevcut çalışmada, katılımcılar hastanın tedavi uyumunun kötü olduğu dönemlerde hasta kaynaklı şiddete maruz kaldıklarını bildirdi. Şizofrenide tedaviye uyum hastalığın seyri açısından önemlidir. Şizofreni tanılı bireylerdeki şiddet davranışının hastalığın belirtilerinden etkilenen bir faktör olduğu, tedaviye uyumun hastalığın belirtilerini ve şiddet davranışını azaltmada etkili olduğu söylenebilir.

Tedaviyi bırakan şizofreni hastalarının %43'ünün 18 ay içinde ikinci bir atak yaşadıkları bildirilmektedir (Shiraishi ve Reilly 2019). Tedaviye uyum gösteren hastalarda daha az alevlenme olduğu bildirilmiştir. Tedaviye uyumun kötü olduğu süreçlerde hastalığın pozitif ve negatif belirtilerinde artış görülmektedir (Caqueo-Urízar ve ark. 2016). Pozitif belirtilerin artması hastanın şiddet davranışlarında artışa neden olmaktadır. İlaç uyumu, şizofreni tanılı bireyin şiddet içeren dönemlerini azaltmada önemli bir rol oynar (Aydın ve ark. 2019; Laila ve ark. 2019). Kageyama ve arkadaşlarının (2019) yaptıkları nitel çalışmada, şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyeleri kendilerine uygulanan şiddetin nedenlerinden birinin tedaviye uyumsuzluk ve belirtilerin kötüleşmesi olduğunu belirtmektedir (Kageyama ve ark. 2019). Benzer olarak Caqueo-Urízar ve arkadaşları (2016), şizofreni tanılı bireylerde tedaviye uyumun şiddet davranışı ile ilişkisi olduğunu belirtmektedir (Caqueo-Urízar ve ark. 2016). Mevcut çalışmada elde edilen bulguların yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlarla uyumlu olduğu, şizofreni tanılı bireylerde hastalık belirtilerinin şiddet davranışının önemli yordayıcılarından biri olduğu, tedaviye uyumsuzluğun hastalığın belirtilerini ve şiddet davranışını artırdığı söylenebilir.

5.2.2. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Hasta Kaynaklı Şiddetin Türüne Yönelik Deneyimleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada, şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerinin fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kaldıkları belirlendi. Hastaların uyguladıkları fiziksel şiddet eşyalara yöneldiğinde aile üyelerinin ciddi ekonomik yük yaşadıkları görüldü. Aynı zamanda hastaların karşılanması zor maddi taleplerini karşılayamama durumunda şiddet görmekten korkan aile üyelerinin ekonomik şiddet yaşadıkları belirlendi.

Fiziksel Şiddet

Şizofreni tanılı bireylerde şiddet, hastalığın semptomlarıyla ilişkili bir durumdur. Şizofreni tanılı bireylerin aileleri hastanın kendilerine kızgınlığının, kötüleşen belirtilerin, kontrol edilemeyen dürtülerin ve hastanın rızası olmadan aile kararıyla hastaneye yatışın hasta kaynaklı şiddete neden olduğunu belirtmektedir. Şizofreni tanılı bireylerde aile içi şiddetin tahmini yaşam boyu yaygınlığı %40'tır. Kişinin ilk şizofreni tanısı aldığı zamandan itibaren hastalar tarafından aile üyelerine yönelik fiziksel şiddet oranlarının, ABD'de %47, Avustralya'da %40, Birleşik Krallık'ta %52 ve Japonya'da %60 olduğu bildirilmektedir (Kageyama, Yokoyama ve ark. 2018; Kageyama ve ark. 2019).

Mevcut çalışmaya katılan aile üyelerinin %99,3'ünün fiziksel şiddet gördükleri ve en fazla maruz kaldıkları hasta kaynaklı şiddet türünün fiziksel şiddet olduğu belirlendi. Fiziksel şiddet kişiye veya eşyalara yönelik şiddet olarak belirlendi. Aile üyeleri, hastaların dönemsel olarak vurma, yumruk atma, bıçakla saldırma, boğazını sıkma gibi kişiye; eşyaları alıp atma, kırma, yakma gibi eşyalara yönelik şiddet uyguladıklarını bildirdi.

Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda; Kageyama ve arkadaşları (2019) şizofreni tanılı bireylerin, kendilerine bakım veren aile üyelerine yumruk atma, tekmeleme, vurma, eşyalara zarar verme yoluyla fiziksel şiddet uyguladıklarını bildirmektedir (Kageyama ve ark. 2019). Bademli ve Lök (2020) Türkiye'de şizofreni tanısı almış bireylerin aile üyeleriyle yaptıkları nitel çalışmada, aile üyelerinden birinin "hastanın kendilerine saldırdığını ve eşyaları çöpe attığını" söylediğini bildirmektedir (Bademli ve Lök 2020). Bai ve arkadaşları (2020) Çin'de şizofreni tanılı bireylerin aileleriyle yaptıkları çalışmada, ailelerin hastalardan fiziksel şiddet gördüklerini ve bu şiddetin boyutunun kontrol edilemeyecek düzeylere gelmesinden korktuklarını bildirmektedir (Bai ve ark. 2020). Kageyama ve arkadaşlarının (2018) Japonya'da 277 şizofreni tanılı bireyin bakım verenleriyle yaptıkları çalışmada, 277 bakıcının %75,8'inin hastanın fiziksel şiddetine maruz kaldığı belirtilmektedir (Kageyama, Solomon ve ark. 2018). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında, ebeveynlerin %23,2'sinin şizofreni tanılı yetişkin çocukları tarafından uygulanan fiziksel şiddete maruz kaldıkları bildirilmektedir (Fazel ve ark. 2009). Kageyama ve arkadaşları (2016), şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinin %34,3'ünün son bir yılda fiziksel şiddete maruz kaldıklarını bildirmektedir (Kageyama ve ark. 2016). Wang ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında, şizofreni tanılı bireylere birincil bakım verenlerin %45'inin hasta kaynaklı fiziksel şiddete maruz kaldıkları bildirilmektedir (Wang ve ark. 2019). Şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinin şiddete maruz kalma durumlarını ele alan çalışmalar incelendiğinde sonuçların mevcut çalışmanın sonuçlarına benzerlik gösterdiği görülmektedir. Bu çalışmada ailelerin en fazla gördükleri şiddet türünün fiziksel şiddet olduğu ve daha önce yapılan çalışmalara göre aile üyelerinin daha yüksek oranda fiziksel şiddete maruz kaldıkları görülmektedir. Aradaki farklılığın mevcut çalışmanın amaçlı örneklem ile yapılması sebebiyle, örnekleme yalnızca şiddet görmüş aile üyelerinin dâhil edilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Psikolojik Şiddet

Bakım verme sorumluluğu nedeniyle şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyelerinin işe gidemedikleri gün sayısı artmakta, sosyal faaliyetlere ayırabilecekleri boş zamanları yetersiz kalmakta ve yaşam kaliteleri azalmaktadır (Ayhan ve ark. 2019). Günlük yaşam aktiviteleri sınırlanan aile üyesi psikolojik olarak olumsuz etkilenmektedir (Carpiniello ve ark. 2020). Günlük yaşam rutinleri ve sosyal yaşamı büyük ölçüde etkilenen aile üyesi, hastanın şiddeti karşısında iyice güçsüzleşmekte ve maruz kaldığı psikolojik şiddetin yükünü daha ağır hissetmektedir (Von Kardorff ve ark. 2016; Wang ve ark. 2019; Carpiniello ve ark. 2020). Nitekim Kageyama ve Solomon (2019), şiddete tanık olmanın bile bir kişiyi psikolojik olarak etkilediğini ifade etmektedir (Kageyama ve Solomon 2019).

Mevcut çalışmada, katılımcıların %55,3'ünün psikolojik şiddet gördükleri; bu şiddetin tehdit, hakaret, küfür, suçlama, bağırma şeklinde tezahür ettiği belirlendi. Bu verilere göre, şizofreni tanılı aile üyelerinin yaşadıkları psikolojik şiddetin yoğun olarak kişinin kimliğine yönelik sözel saldırganlıktan kaynaklandığı söylenebilir.

Yapılan çalışmalarda, ruhsal bozukluğu olan bireylerde en fazla sözel saldırganlığın görüldüğü, hastaların çevrelerini genelde tehdit ettikleri belirtilmektedir (Foster ve ark. 2007). Nitel olarak yapılmış bir çalışmada, şizofreni tanılı bir bireyin aile üyelerini öldürmekle tehdit ettiği ve bu durumun bakım verende psikolojik baskı oluşturduğu bildirilmektedir (Kageyama, Yokoyama ve ark. 2018). Kageyama ve arkadaşları (2018) Japonya'da 277 şizofreni tanılı bireyin bakım verenleriyle yaptıkları çalışmada, 277 bakıcının %87,7'sinin hastanın psikolojik şiddetine maruz kaldığını belirtmektedir. Hasta kaynaklı şiddet türlerinden en fazla tekrarlananların ise sözlü şiddet, tehdit, küfür, mülke zarar verme ve vurma olduğu bildirilmektedir (Kageyama, Solomon ve ark. 2018). Wang ve arkadaşlarının (2019) yaptıkları çalışmada, şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerin %61'inin sözel şiddete, %54'ünün tehdite maruz kaldığı belirtilmiştir. Bakım verenlerin %58'ine yakınında hasta kaynaklı şiddetten dolayı psikolojik sorunlar görüldüğü ve bakım verenlerin psikolojik şiddet gördükleri bildirilmektedir (Wang ve ark. 2019). Chen ve arkadaşları (2019), şizofreni tanılı bireylerin bakım vericileri ile yaptıkları nitel çalışmada, bakım verenlerin psikolojik anlamda ciddi baskı hisettiklerini belirtmektedir (Chen ve ark. 2019). Şizoreni tanılı bireylerin neredeyse yarısının hastalıkları için ebeveynlerini suçladığı bildirilmektedir (Kageyama, Solomon ve ark. 2018). Ong ve arkadaşlarının (2016) Malezya'da 200

kişiyle yaptıkları çalışmada, şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerin yaklaşık %32'sinde psikolojik sıkıntıların yaşandığı, yaşanan psikolojik sorunların algılanan duygusal destek, kendini suçlama ve baş etme biçimiyle beraber hastanın davranışları ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Ong ve ark. 2016). Türkiye'de yapılan nitel bir çalışmada, aile üyelerinin 'hasta tarafından suçlanma' gibi sorunlar yaşadıkları belirtilmiştir (Bademli ve Lök 2020). Yapılan çalışmalar incelendiğinde mevcut çalışmanın literatürle benzer bulgulara sahip olduğu, şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinin birçok şekilde hasta kaynaklı psikolojik şiddete maruz kaldıkları söylenebilir.

Ekonomik Şiddet

Şizofreni tanılı bireylere birincil bakım veren aile üyelerinin çoğunun hastalıktan dolayı işlerini bıraktıkları ve ekonomik olarak zorluklar yaşadıkları bildirilmektedir (Sruamsiri ve ark. 2018; Ayhan ve ark. 2019). Hastaların aile içinde bakıcılara bağımlı olmasının aşırı bir ekonomik yüke neden olduğu belirtilmektedir (Pazvantoglu ve ark. 2014).

Bu çalışmada, aile üyelerinin %26,6'sının ekonomik olarak güçlerinin yetmediği şeyleri edinmek için hasta tarafından zorlandığı belirlendi. Aile üyelerinin %60'ının hastaların eşyalara yönelik uyguladığı şiddet karşısında ekonomik olarak zor durumda kaldıkları görüldü. Katılımcılar hastanın kendileri tarafından karşılanması zor maddi talepleri olduğunu, bunu gerçekleştirmediklerinde şiddete maruz kaldıklarını bildirdiler. Aile üyeleri, şizofreni tanılı bireyin zarar verdiği eşyaları yeniden alabilmek için ciddi anlamda ekonomik zorluk yaşamaktadır. Hastaların saatlerce duşta kalmak gibi kontrolsüz harcamalarının aileler için maddi yük oluşturduğu açığa çıkarıldı. Birincil bakım veren çoğu aile üyesi hastayla ilgilenebilmek ve hastalıkla baş edebilmek için herhangi bir işte çalışmadığını bildirdi.

Ilmy ve arkadaşları (2020), şizofreni tanılı bireylerin ailelerinin en çok sıkıntı yaşadıkları alanlardan birinin maddi yetersizlikler olduğunu bildirmektedir (Ilmy ve ark. 2020). Brain ve arkadaşları (2018) yaptıkları nitel çalışmada, bakım verenlerin ekonomik anlamda ciddi yük hisettiklerini ve bu durumun giderilmesi noktasında politikalarla desteklenmesi gerektiğini bildirmektedirler (Brain ve ark. 2018). Chen ve arkadaşları (2019) şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerle yaptıkları nitel çalışmada, bakım verenlerin maddi sıkıntılar yaşadıklarını ve desteğe ihtiyaçları olduğunu bildirmektedir (Chen ve ark. 2019). Kageyama ve arkadaşları (2018), şiddet gören şizofreni tanılı

bireylerin aile üyelerinin ekonomik baskı yaşadıklarını ve desteklenmeleri gerektiğini bildirmektedir (Kageyama, Solomon ve ark. 2018). Von Kardorff ve arkadaşları (2016) bakım verenlerle yaptıkları nitel çalışmada, aile üyelerinin yaşadıkları ekonomik zorlukların dile getirildiğini belirtmektedir. Katılımcı ifadeleri okunduğunda katılımcıların genel olarak işsizlikten muzdarip olduğu görülmektedir (Von Kardorff ve ark. 2016). Kageyama ve arkadaşları (2019) şizofreni tanılı hastaların ebeveynleriyle yaptıkları nitel çalışmada, bir katılımcının "Oğluma direnmedim. Örneğin, ona yiyecek bir şeyler almamı istediğinde, bir an önce alışverişe giderdim. Şiddetini herhangi bir şekilde engellemek istedim." ifadesi bakım verenlerin şiddet görmemek için hastanın ekonomik taleplerine mümkün olduğunca olumlu cevap vermek zorunda olduklarını göstermektedir (Kageyama ve ark. 2019). Attepe Özden ve Tuncay (2018) nitel çalışmalarında, Türkiye'de şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinin maddi yardıma ihtiyacı olduğunu bildirmektedir (Attepe Özden ve Tuncay 2018). Bai ve arkadaşları (2020) Çin'de şizofreni tanılı bireylerin ebeveynleriyle yaptıkları nitel çalışmada, katılımcıların ekonomik yük hisettiklerini ve bu durum karşısında bazen çaresizlik yaşadıklarını bildirmektedir (Bai ve ark. 2020). Mevcut çalışmada elde edilen sonuçların daha önce yapılan çalışmalardaki sonuçlarla uyumlu olduğu görülmektedir. Şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinin, birçok nedenle hasta kaynaklı ekonomik sorunlar yaşadıkları ve ekonomik şiddete maruz kaldıkları söylenebilir.

5.2.3. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Hasta Kaynaklı Şiddet Karşısında Yaşadıkları Duygusal Sorunlara Yönelik Deneyimleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada, şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyelerinin deneyimledikleri hasta kaynaklı şiddet karşısında çaresizlik, üzüntü, öfke, suçluluk, yalnızlık, tükenmişlik, korku, utanma gibi duygusal sorunlar yaşadıkları belirlendi.

Şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyelerinin bakım verirken zihinsel ve duygusal sorunlar yaşadıkları, bakım verenlerin çoğunun duygusal olarak bunaldıkları, tükenmişlik ve öfke yaşadıkları bildirilmektedir (Brain ve ark. 2018). Bakım verenlerin, sosyal aktivitelerinde kısıtlamaya gitme, hastayla uğraştıkları süre ve hastanın davranışları nedeniyle duygusal olarak zorluklar yaşadıkları belirtilmektedir. Çoğu bakım verenin mesleki yaşamlarının etkilenmiş olmasından dolayı gelir sıkıntısı yaşadığı ve durumun kendilerini duygusal olarak da olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Brain ve ark. 2018; Velligan ve ark. 2019). Duygusal sorunlara verilen tepkiler psikolojik sağlamlıkla

ilişkili bir durumdur. Psikolojik dayanıklılık, ailenin mevcut kaynaklarına, bakım sağlayan bireylerin yaşına, cinsiyetine, maddi durumuna, sosyal destek çerçevesine, psikolojik dirençlere, hastayla ilişkinin türüne ve hastalık öncesi duruma bağlıdır (Kotrotsiou ve ark. 2019).

Öfke

Mevcut çalışmada, gerek katılımcıların ifadeleri gerek ifadelerin altında yatan gizli içerik analizinden aile üyelerinin şiddet karşısında en fazla yaşadığı duygulardan birinin öfke (%53,3) olduğu belirlendi. Katılımcıların yaşadıkları öfkenin hastanın davranışlarından ve hastayla ilgilenmenin sürekliliğinin yol açtığı kısıtlanmışlıktan kaynaklandığı belirlendi.

Kageyama ve arkadaşları (2016), şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinin hastaların şiddet davranışları karşısında en fazla yaşadıkları duygunun öfke ve düşmanlık olduğunu bildirmektedir (Kageyama ve ark. 2016). Yapılan bir çalışmada, fiziksel şiddete maruz kalan 210 bakıcının %31'inin hastanın ölmesini dilediği belirtilmektedir (Kageyama, Solomon ve ark. 2018). Bai ve arkadaşları (2020) Çin'de yaptıkları nitel çalışmada, aile üyelerinin üzülseler bile bazen şizofreni tanılı çocuklarına öfke duyduklarını bildirmektedir (Bai ve ark. 2020). Bademli ve Lök'ün (2020) Türkiye'de şizofreni tanılı bireylerin deneyimlerini ele aldıkları nitel çalışmalarında, katılımcıların çoğunun üzüntü, çaresizlik, umutsuzluk, kaygı, öfke ve korku yaşadıkları bildirilmektedir (Bademli ve Lök 2020). Öfke, engellenme veya herhangi bir şekilde saldırıya uğrama durumlarında ortaya çıkan olumsuz bir duygudur. Öfke kontrolsüz olarak ortaya çıktığında zarar verici olabilmektedir (Bilgin ve Özcan 2012). Literatürde ruhsal bozukluğu olan bireylerin yakınlarının yaşadıkları öfkeyi bazen hastaya yönlendirdikleri, bazen de bastırdıkları belirtilmektedir. Hissedilen öfke bastırıldığında kişinin depresif ve anksiyöz bir duygudurum içine girdiği bildirilmektedir. Günlük yaşamı ve sosyal ilişkileri büyük ölçüde etkilenmiş olan bakım verenler öfkelerini kontrol edemeyip hastaya yönlendirebilmektedir. Bu durum hastalığın nüksü açısından oldukça tehlikelidir (Köroğlu ve Hocaoğlu 2017). Öfkenin hastaya yönlendirilmesi şiddetin sonucu olduğu gibi nedeni de olabilir ve bu durum bir şiddet sarmalına dönüşebilir. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar, yapılmış benzer çalışmalarla uyumludur. Şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyelerinde, yaşanan hasta kaynaklı şiddet karşısında bazen öfke duygusunun geliştiği söylenebilir. Literatür ışığında, aile üyelerinin hisettikleri öfke

duygusunu kontrol etmelerinin hastalığın alevlenmemesi ve şiddetin yinelememesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Çaresizlik

Bu çalışmada, gerek katılımcıların ifadeleri gerek ifadelerinin altında yatan gizli içerik analizinden aile üyelerinin şiddet karşısında en fazla yaşadığı bir diğer duygunun çaresizlik (%53,3) olduğu belirlendi. Aile üyelerinin şiddet davranışından rahatsız olduğu ancak karşılık vermenin uygun olmadığını düşündükleri, hasta ve durum bağlamında kendilerini çaresiz hissettikleri görüldü.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde; Kageyama ve arkadaşlarının (2018) şiddet uygulayan şizofreni tanılı bireylerin aile üyeleriyle yaptıkları çalışmalarında, ebeveynlerin yoğun olarak çaresizlik yaşadıkları ve yaşanan çaresizlik karşısında kaçma davranışı sergiledikleri bildirilmektedir (Kageyama, Yokoyama ve ark. 2018). Von Kardorff ve arkadaşları (2016) nitel çalışmalarında, bir hasta yakınının hastası için "Kendini incitmesine dayanamadığım için çok üzüldüm. İntihar girişimlerine katlanamadım çünkü hiçbir şey yapamadım." dediğini bildirmektedir (Von Kardorff ve ark. 2016). Bu ifade, hasta yakınının yaşadığı çaresizliği göz önüne sermektedir. Sharif ve arkadaşları (2020) ruhsal sorunu olan bireylerin aileleriyle yaptıkları nitel çalışmada, bakım verenlerin çoğunun hastadan kaynaklı sorunlarla nasıl başa çıkacaklarını bilmedikleri için "çaresizlik" duygusundan bahsettiklerini bildirmektedir (Sharif ve ark. 2020). Bai ve arkadaşları (2020) Çin'de şizofreni tanılı bireylerin aile üyeleriyle yaptıkları nitel çalışmada, bir aile üyesinin "karım ve ben gece gündüz ağlamaktan başka bir şey yapamıyorduk. Oğlum eskiden çok zeki ve yakışıklı bir çocuktu, şimdi o gitmiş gibi. Bazen atlayıp intihar etmeyi düşündüm. Bu, sefaleti sona erdirmeye yardımcı olabilir." ifadelerini aktarmaktadır (Bai ve ark. 2020). Bu ifadeler hasta yakınlarının yaşadıkları çaresizlik duygusunu vurgulamaktadır. Young ve arkadaşları (2019) şizofreni tanılı çocuğu olan ebeveynlerle yaptıkları nitel çalışmada, hasta kaynaklı sorunlar karşısında aile üyelerinin endişe, korku ve çaresizlik duyguları yaşadıklarını bildirmektedir (Young ve ark. 2019). Şizofrenide semptomların şiddetlenmesi ve alevlenme dönemleri aile üyeleri arasında umutsuzluğa ve çaresizliğe neden olmaktadır (Durmaz ve Okanlı 2020). Belirtilerin artış gösterdiği dönemde artan şiddet davranışının aile üyelerinde çaresizliğe neden olduğu ve elde edilen bu sonucun daha önce yapılan çalışmalarla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Tükenmişlik

Katılımcıların şiddet karşısında yaşadığı bir diğer duygu tükenmişlik (%33,3) duygusudur. Bakım verenlerin hastanın davranışları ve hastalığın getirdiği yükten dolayı yoğun bir tükenmişlik duygusu yaşadıkları görüldü.

Aile üyeleri, şizofreni tanılı bireyle yaşarken yüksek düzeyde duygusal tükenme yaşarlar (Konwar ve Borah 2019). Flyckt ve arkadaşları (2013) çalışmalarında, şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerin yarısının zihinsel olarak olumsuz etkilendiklerini bildirmektedir (Flyckt ve ark. 2013). Nitel bir çalışmada, aile üyelerinin yaşadıkları şiddet karşısında 'tükendiklerini' ifade ettikleri belirtilmektedir (Kageyama, Yokoyama ve ark. 2018). Şizofreni tanılı çocuğu olan ebeveynlerde hastalık süreci ilerledikçe çaresizlik ve belirsizlik duyguları artmaya başlar. Bu, ebeveynlerin tükenmişlik duygusu yaşamasına ve hayattan zevk almamasına neden olur (Akgül Gök ve Duyan 2020). Gupta ve arkadaşları da (2016), şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerin, yaşadıkları zorluklardan ötürü ortaya çıkan duygusal problemlerin bir sonucu olarak ruhsal olarak etkilendiklerini ve tükenmişlik yaşadıklarını bildirmektedir (Gupta ve ark. 2016). Bazı aile üyelerinin yaşadıkları suçluluk duygusu süreç içerisinde gelişen tükenmişlik duygusu ile birleşince bakım verenler ciddi acılar yaşamaktadır (Stephen ve ark. 2019). Hasta şiddetine maruz kalan aile üyelerinden birincil bakım verenlerin intihar girişimi riskinin diğer aile üyelerine göre daha yüksek olduğu ve fiziksel şiddete maruz kalan ebeveynlerin %15,7'sinde intihar düşüncesi olduğu belirtilmektedir (Kageyama, Solomon ve ark. 2018). Bu anlamda, şizofreni tanılı bireylerin bakım vericilerinde yaşanan tükenmişliğin boyutu oldukça ciddidir. Mevcut çalışmada elde edilen veriler, yapılan çalışmaların sonuçlarıyla benzerdir. Şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinin, hasta kaynaklı şiddet karşısında yaşadıkları tükenmişlik duygusunun bakım verenlerin direncini düşürdüğü söylenebilir. Literatüre benzer olarak, bu çalışmada katılımcılardan birinin hissettiği tükenmişlik karşısında intihar etmeyi düşünmüş olması, şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerde tükenmişliğin ne kadar ciddi sonuçlara yola açabileceğini vurgular niteliktedir.

Suçluluk

Katılımcıların şiddet karşısında yaşadığı bir diğer duygu da suçluluk (%20) duygusudur. Bakım verenlerin yaşadığı suçluluk hissi, iyi bir evlat veya ebeveyn olamama ve yaratıcı tarafından cezalandırılmış olma düşünceleri ile ilişkilidir.

Şizofreni tanılı bireylerin ailelerinde, hastalığın ortaya çıkış nedeni olarak kendilerini suçlamanın yoğun bir durum olduğu bildirilmektedir (Köroğlu ve Hocaoğlu 2017; Young ve ark. 2019). Durat ve arkadaşları (2020) çalışmalarında, hasta yakınlarının %13'ünün yaşadıkları şiddetten dolayı bir şekilde suçluluk hissetiklerini, %11,5'inin gördükleri şiddetten kendilerinin mesul olduğuna inandıklarını bildirmektedir (Durat ve ark. 2020). Kageyama ve arkadaşları (2018) nitel olarak yaptıkları çalışmada, şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerinin yaşadıkları hasta kaynaklı şiddet karşısında suçluluk, utanç ve korku yaşadıklarını bildirmektedir (Kageyama, Yokoyama ve ark. 2018). Attepe Özden ve Tuncay'ın (2018) şizofreni tanılı bireylerin aile üyeleriyle yaptıkları çalışmalarında, aile tarafından hastalığa yüklenen anlamın önemli olduğu bildirilmektedir. Hastalığı bir ceza olarak gören aile üyelerinin olduğu ve bu ailelerde hastalığın kabulünün uzun sürdüğü belirtilmektedir (Attepe Özden ve Tuncay 2018). Bai ve arkadaşları (2020) nitel olarak gerçekleştirdikleri çalışmada, şizofreni tanılı çocuğu olan ailelerin hastalıktan ve yaşadıkları zorluklardan dolayı kendilerini suçladıklarını bildirmektedir (Bai ve ark. 2020). Görüldüğü gibi bu çalışmada elde edilen sonuç daha önce yapılan çalışmalarla uyumludur. Bakım veren aile üyelerinde görülen suçluluğun daha çok rollerini yerine getirmediklerine yönelik olumsuz düşünceler ile ilgili olduğu ve yaşadıkları hasta kaynaklı şiddetin nedenlerini de bu düşüncelere bağladıkları düşünülmektedir.

Üzüntü

Mevcut çalışmada, katılımcıların şiddet karşısında yaşadığı bir diğer duygu üzüntü (%33,3) duygusudur. Bakım verenlerin yaşadıkları üzüntünün, hastanın normal hayatına devam etmesinin önünde hastalığın bir engel olarak görülmesinin yanında, hastadan gördükleri şiddet ve engelleme davranışlarından kaynaklandığı belirlendi.

Ruhsal sorunu olan bireylerin aileleri, hastalığın getirdiği zorluklar ve hastanın davranışları karşısında yoğun üzüntü, bitkinlik ve çaresizlik hissetmektedirler (Sharif ve ark. 2020). Von Kardorff ve arkadaşları (2016) yaptıkları nitel çalışmada, aile üyelerinin ruhsal sağlıklarını etkileyecek düzeyde üzüntü hisettiklerini bildirmiştir (Von Kardorff ve ark. 2016). Bademli ve Lök (2020) şizofreni tanılı bireylerin yakınlarıyla yaptıkları çalışmada, bir katılımcının "Her neyse, çok üzülüyorum, bir hayatım yok. Bana bir şey olursa kimse ona bakmaz." dediğini aktarmakta ve bakım veren aile üyesinin yaşadığı üzüntüyü belirtmektedir (Bademli ve Lök 2020). Ilmy ve arkadaşları (2020) yaptıkları

çalışmada, bakım verenlerin hastanın saldırganlığı karşısında üzüntü yaşadıklarını bildirmektedir (Ilmy ve ark. 2020). Cleary ve arkadaşları (2020), şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunları ele alan nitel çalışmaları sistematik olarak inceledikleri derlemelerinde, bakım verenlerin yaşadıkları zorluklar karşısında depresyon, suçluluk, utanç, keder, korku, kayıp, kaygı, üzüntü, endişe duyguları yaşadıklarını bildirmektedir (Cleary ve ark. 2020). Mevcut çalışmada, elde edilen bu bulgunun daha önce benzer metodoloji ile yapılan çalışmaların sonuçlarıyla benzer olduğu belirlendi.

Korku

Bu çalışmada, katılımcıların şiddet karşısında yaşadığı bir diğer duygu korkudur (%13,3). Aile üyelerinin yaşadığı korkunun can güvenliklerinin olmamasına yönelik inançlarından ötürü geliştiği görülmektedir.

Akgül Gök ve Duyan (2020) şizofreni tanılı çocuğu olan ailelerle yaptıkları çalışmada, ebeveynlerin yaşadıkları zorluklar karşısında öfke, yalnızlık, çaresizlik, tükenmişlik, korku, utanç gibi duygular yaşadıklarını belirtmektedir (Akgül Gök ve Duyan 2020). Şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerde, hastanın kendilerine zarar verme ve psikotik belirtilerin başlamasıyla ilgili 'korkutucu' deneyimlerin tekrarlanmasına yönelik korkuların olduğu belirtilmektedir (Cleary ve ark. 2020). Şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyeleriyle yapılan nitel bir çalışmada, katılımcıların hastaların şiddetinden dolayı korku yaşadıkları ve bu durum karşısında bir müdahalede bulunmadan bekledikleri belirtilmektedir (Kageyama ve ark. 2019). Kageyama ve arkadaşları (2018) nitel olarak gerçekleştirdikleri çalışmada, şizofreni tanılı bireylerin yakınlarının maruz kaldıkları şiddet karşısında korku ve utanç yaşadıklarını bildirmektedir. Korkan aile üyeleri genelde başkalarından yardım istemekte veya evi geçici bir süre terk etmektedir. Çalışmaya katılan bir anne korkusundan dolayı çocuğu ile aynı evde yaşayamadığını bildirmiştir (Kageyama, Yokoyama ve ark. 2018). Von Kardorff ve arkadaşları (2016) bakım verenlerle yaptıkları nitel çalışmada, aile üyelerinin ruhsal sağlıklarını etkileyecek düzeyde korku yaşadıklarını bildirmektedir (Von Kardorff ve ark. 2016). Bu anlamda mevcut çalışmanın bu bulgusu yapılan çalışmaları destekler niteliktedir.

Utanç

Bu çalışmada, katılımcıların maruz kaldıkları hasta kaynaklı şiddet karşısında utanç (%20) duygusu yaşadıkları belirlendi. Aile üyelerinin yaşadıkları utanç duygusunun; çevreleri tarafından şiddet gördüklerine şahit olunmasından, hastanın şiddet içerikli davranışlarından ve engellemelerinden dolayı evlerine misafir kabul edememekten, hastayla ilgilenmeleri gerektiği için herhangi bir işte çalışamamaktan ve ekonomik zorluk yaşamaktan kaynaklandığı belirlendi.

Von Kardorff ve arkadaşları (2016) şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerle yaptıkları nitel çalışmada, aile üyelerinde çeşitli durumlardan dolayı utanç duygusu yaşandığını bildirmektedir (Von Kardorff ve ark. 2016). Çin'de yapılan nitel bir çalışmada, aile üyelerinin hastanın davranışlardan dolayı başkalarından utandıkları ve dışlanmamak için belirtilerin artış göstermemesini arzu ettikleri bildirilmektedir (Bai ve ark. 2020). Cleary ve arkadaşları (2020), bakım verenlerde utanç duygusunun yaygın olarak görülen bir duygu olduğunu, utanç duygusunun bakım verenlerin sıklıkla hastanın gerçek teşhisini başkalarından gizlemesine neden olduğunu bildirmektedir (Cleary ve ark. 2020). Chen ve arkadaşları (2019) çalışmalarında, bakım verenlerin 'komşularının kendilerinden uzak durduğunu ve bu damgalanma karşısında utandıklarını' bildirdiklerini belirtmektedir (Chen ve ark. 2019). Bademli ve Lök (2020), bakım verenlerin hasta kaynaklı saldırganlık yaşadıklarını, eve gelenlerin sayısında azalma olduğunu ve akrabalık ilişkilerinin bozulduğunu ifade ettiklerini belirtmektedir (Bademli ve Lök 2020). Kageyama ve arkadaşları (2019) nitel çalışmalarında, şizofreni tanılı hastaların bakım verenlerinin ev halkı dışındaki diğer bireyler ve komşularla etkileşime girebilecekleri ve olumlu ilişkiler yaratabilecekleri ortamlara ihtiyaç duyduklarını belirtmektedir (Kageyama ve ark. 2019). Toplum tarafından dışlanma şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerde psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Ong ve ark. 2016). Mevcut çalışmada, hastalık etkisi ile aile üyelerine karşı uygulanan şiddet ve engelleyici tavırların bakım verenlerin utanç yaşamalarına neden olduğu görülmektedir. Bu çalışmadaki sonuç, yapılan çalışmalara benzerlik göstermektedir. Önceki çalışmaların sonuçlarıyla birlikte değerlendirildiğinde, şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinin çevreleri tarafından her şartta kabul edilmelerinin yaşadıkları utanç duygusunu azaltmaya yardımcı olabileceği söylenebilir.

Yalnızlık

Katılımcıların şiddet karşısında yaşadığı bir diğer duygu yalnızlıktır (%13,3). Aile üyeleri şiddet gördüklerinde yanlarında kimsenin olmadığını, kendilerini sahipsiz hissettiklerini, kimsenin kendilerini anlamadığını ve destek olmadığını, bu yüzden yalnızlık yaşadıklarını bildirdiler.

Bakım verenler, hastalarının bakımını sürdürürken ailelerinden ve arkadaşlarından soyutlanmış hissedebilirler. Sosyal izolasyonla ilişkili karşılanmamış sosyal ve duygusal ihtiyaçların öznel deneyimi olan yalnızlık, şizofreni tanılı bireylerin bakım verenleri için önemli bir sorun olarak kabul edilmektedir (Bademli ve Lök 2020; Malla ve ark. 2015). Von Kardorff ve arkadaşları (2016) yaptıkları nitel çalışmada, bakım verenlerin yaşadıkları en büyük sorunlardan birinin aile veya tanıdıkları tarafından desteklenmemeleri ve bakım verirken yaşadıkları yalnızlık duygusu olduğunu bildirmektedir (Von Kardorff ve ark. 2016). Yapılan çalışmalarda, şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerin kendilerini yalnız hissetmelerine karşı sosyal anlamda desteklenmesi gerektiği bildirilmektedir (Kageyama, Yokoyama ve ark. 2018; Chen ve ark. 2019; Wang ve ark. 2019). Mevcut çalışmada elde edilen bulgular önceki çalışmaların sonuçlarını desteklemektedir.

5.2.4. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Hasta Kaynaklı Şiddetle Baş Etme Biçimlerine Yönelik Deneyimleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

Baş etme, fiziksel ve duygusal ihtiyaçları dengelemek için davranış ve bilişi dengeleme süreci olarak tanımlanmaktadır (Pompeo ve ark. 2016).

Bu çalışmada, şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları hasta kaynaklı şiddet karşısında birçok baş etme yolu deneyimledikleri görülmektedir. Bu baş etme yolları içsel-bireysel baş etme yolları ve dışsal kaynaklar yoluyla baş etme olarak iki ana temada incelendi.

İçsel-Bireysel Baş Etme

İçsel-bireysel baş etme yolları, bakım verenin kendi değerleri çerçevesinde ve kendi başına gerçekleştirdiği baş etme yöntemleri olarak tasvir edildi. Aile üyelerinin %80'ninin yaşadıkları şiddetle baş etmede; şiddetle yanıt vermek, hastayla konuşmaya çalışmak, ağlamak, ağaç ve mezarla konuşmaya çalışmak, yalnız kalmaya çalışmak, inanç sistemine sığınmak, eşyaları saklamak, susmak, rasyonalize etmek gibi bireysel baş etme yolları kullandıkları görüldü.

Şiddetle Yanıt Vermek

Mevcut çalışmada, bakım veren aile üyelerinin %20'sinin hasta kaynaklı şiddetle baş edebilmek için karşı şiddet kullandıkları belirlendi.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde; şizofreni tanılı bireyin şiddet davranışı karşısında, ailelerin kimi zaman saldırganlıkla karşılık vererek baş etmeye çalıştığı bildirilmektedir (Huang ve ark. 2008). Akgül Gök ve Duyan (2020), şizofreni tanılı çocuğu olan ebeveynlerle yaptıkları nitel çalışmada, aile üyelerinin hastaya bazen öfkeyle ve cezalandırıcı şekilde karşılık verdiklerini bildirmektedir (Akgül Gök ve Duyan 2020). Bu çalışmada, şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinin 1/5'inin maruz kaldıkları hasta kaynaklı şiddet karşısında, hastaya yönelik şiddet davranışı sergileyerek yanıt verdiği, bu anlamda daha önce yapılan çalışmalarla benzerlik gösterdiği görülmektedir. Şizofreni tanılı bireylerin uyguladıkları şiddet karşısında aile üyelerinin dürtülerini kontrol edemediği ve bazen aynı şekilde karşılık verdikleri söylenebilir.

Hastayla Konuşmaya Çalışmak

Bu çalışmada, katılımcıların %33,3'ünün şizofreni tanılı bireyle konuşmaya çalışarak maruz kaldıkları şiddeti engellemeye çalıştıkları belirlendi.

Şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerin %41'inde hastayı engellemeye çalışmak gibi kaçınma yoluyla baş etme davranışı görüldüğü bildirilmektedir (Kartalova-O'Doherty ve Doherty 2008). Azman ve arkadaşları (2017), bakım verenlerin yaşadıkları sorunlarla başa çıkmada kabullenmeyi bir baş etme mekanizması olarak kullandıklarını bildirmektedir (Azman ve ark. 2017). Yapılan çalışmalar incelendiğinde, aile üyelerinin hastayla konuşarak şiddeti engelemeye çalıştıklarını bildiren herhangi bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte, aile üyelerinin hastayı bir şekilde engellemeye çalışarak ve sorunları kabul ederek baş etmeye çalıştığını bildiren çalışmalar mevcuttur. Bu anlamda, mevcut çalışmada elde edilen bulgunun daha önce konuyla ilgili yapılan benzer nitel çalışmalara göre yeni bir bulgu olduğunu söylemek mümkündür. Aynı zamanda katılımcıların % 60'ı TRSM tarafından verilen psikoeğitimlere katıldığını belirtmiştir. Bu durum, katılımcıların TRSM'den aldıkları psikoeğitimin, hasta ile olan iletişimlerini olumlu etkilediğini ve şiddet davranışı ile karşılaştıklarında hasta ile konuşarak sorunu çözmeye çalıştıklarını düşündürmüştür.

Ağlamak

Mevcut çalışmada, bakım verenlerin %33,3'ü yaşadıkları şiddet davranışı karşısında ağladıklarını bildirdi. Katılımcıların ağlama yoluyla baş etmelerinin iki farklı mekanizmaya sahip olduğu görüldü. İki katılımcı ağladıklarında hastanın şiddet davranışının durduğunu, bu yüzden ağladıklarını; diğer üç katılımcı da ağlamanın kendilerini rahatlattığını veya ellerinden başka birşey gelmediği için ağladıklarını bildirdi.

Azman ve arkadaşları (2017), bakım verenlerin sorunlarla duygusal tepkiler ve duygusal başa çıkma yolları ile baş etmeye çalıştıklarını bildirmektedir (Azman ve ark. 2017). Akgül Gök ve Duyan'a (2020) göre, kişi kendi içsel güç unsurlarının farkındaysa, duygusal odaklı başa çıkma stratejileri geliştirerek mevcut durumla başa çıkabilir. Aksine, kişisel ve kişiler arası güç kaynaklarının farkında olmayan ebeveynler, kronik ağlama davranışı ile durumla başa çıkmaya çalışır (Akgül Gök ve Duyan 2020). Huang ve arkadaşları (2008), şizofreni tanılı bireylerin ailelerinin yaşadıkları zorluklarla kimi zaman ağlayarak ve inkâr ederek baş etmeye çalıştığını bildirmektedir (Huang ve ark. 2008). Tükiye'de yapılan bir çalışmada da bakım verenlerin yaşadıkları zorluklar karşısında ağlayarak baş etmeye çalıştıkları bildirilmektedir (Bademli ve Lök 2020). Mevcut çalışmadaki verinin daha önceki çalışmalarla benzerlik gösterdiği görülmektedir. Şizofreni tanılı bireylerden şiddet görmek, aileler için oldukça stresli bir durumdur. Bu stresli durum karşısında ailelerin duygusal yoğunluk yaşayabildikleri ve yaşadıkları duygusal yoğunluğun aktarımını ağlama davranışı ile sonuçlandırdıkları düşünülmektedir.

Ağaç ve Mezarla Konuşmak

Mevcut çalışmada, bir katılımcı ağaç ve mezarlarla konuşmaya çalışarak yaşadığı sıkıntılarla baş etmeye çalıştığını ve onlarla konuştuktan sonra rahatladığını bildirdi. Bu durum her ne kadar bireyin rahatlamasını sağlamışsa da uzun vadede patolojik bir durumun ortaya çıkmasına neden olabilir. Durum katılımcı bağlamında değerlendirildiğinde, KK-4 kodlu katılımcının etrafına güvenmediği ve arkasından konuşulacağını düşündüğü için yalnızca "ağaç ve mezarlarla konuşarak" rahatlamaya çalıştığı görülmektedir. Bu durumun süreklilik arz etmesinin, kişinin yalnızlık ve güvensizlik duygularının pekişerek büyümesine neden olacağı düşünülmektedir. Bu

durum, katılımcının kullandığı baş etme yolunun kendi bağlamında kısa vadede olumlu, uzun vadede ise olumsuz ve patolojik olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Bakım verenlerin yaşadıkları sıkıntılı durumlarla baş etmede çoğunlukla kendilerine yakın kişilerle konuşmayı tercih ettikleri belirtilmektedir (Dülgerler 2004). Mevcut çalışmada, katılımcının kimseyi güvenecek kadar yakın hissetmediği ve bu yüzden duygusal aktarımını farklı yollarla gerçekleştirmeye çalıştığı görüldü. Attepe Özden ve Tuncay'ın (2018) nitel çalışmalarındaki, şizofreni tanılı oğlu olan bir annenin "En çok kocamdan şikâyet ediyorum. Mesela daha önce çocuğumuzu doktora götürmeyerek bir hata yapıp yapmadığımızı soruyorum… Bazen arkadaşlarıma dönüyorum. Duygularımı ve düşüncelerimi kimseye açıklayamam" ifadesi (Attepe Özden ve Tuncay 2018), bu çalışmadaki katılımcının kimseye duygularını ve düşüncelerini anlatamamasıyla benzerlik göstermektedir. Ancak yapılan literatür incelemesinde, mevcut çalışmadaki katılımcının baş etme yoluna benzer şekilde, tepki vermesi imkansız objelerle konuşup rahatlamaya çalışmanın görüldüğü herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu durum, hastanın yaşadığı sosyal yalnızlığın belirtisi olarak değerlendirilmiştir. Bu bağlamda, şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları sorunları paylaşabilecek sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Yalnız Kalmaya Çalışmak

Bu çalışmada, katılımcıların %20'sinin 'yalnız kalmaya çalışarak' yaşadıkları şiddet ile baş etmeye çalıştıkları belirlendi. Katılımcılardan ikisi evden birkaç gün uzaklaşarak, tek başına yürüyüş yaparak yalnız kalmaya çalıştıklarını ve maruz kaldıkları şiddetle bu şekilde baş etmeye çalıştıklarını bildirdiler. Bir katılımcı da yalnız kalabileceği sessiz bir yerde 'bağırararak' durumla baş ettiğini bildirdi.

Kageyama ve arkadaşları (2018), şizofreni tanılı bireyler tarafından fiziksel şiddete uğrayan aile üyelerinin yaklaşık dörtte birinin evi terk ederek bir süre başka yerlerde yaşadığını, bunu fiziksel şiddetle baş etme aracı olarak kullandıklarını bildirmektedir (Kageyama, Solomon ve ark. 2018). Graves ve arkadaşları (2020) şizofreni tanılı bireylerin kardeşleriyle yaptıkları nitel çalışmada, kardeşlerin yaşanan zorluklarla baş etmede evden dışarı çıkarak bir yerlerde 'yalnız takılmaya' çalıştığını bildirmektedir (Graves ve ark. 2020). Ong ve arkadaşları (2016) şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerle yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin yaşadıkları psikolojik baskıyla

başa çıkma yollarından birinin yürüyüşe çıkmak olduğunu bildirmektedir (Ong ve ark. 2016). Dülgerler (2004) yaşanan zorluklarla baş etmek için bakım verenlerin yalnız başına yürüyüş yaptıklarını belirtmektedir (Dülgerler 2004). Bu çalışmada, aile üyelerinin ifadelerinden çıkarılan sonucun daha önce yapılan çalışmalarla paralellik gösterdiği görülmektedir. Mevcut çalışmanın bulguları literatür ışığında değerlendirildiğinde, yalnız kalmaya çalışmanın, şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinin maruz kaldıkları hasta kaynaklı şiddetle baş etmek için kullandıkları bir yol olduğunu söylemek mümkündür.

İnanç Sistemine Sığınmak

Mevcut çalışmada, katılımcıların %26,6'sının yaşadıkları hasta kaynaklı şiddetle, inanç sistemlerine sığınma yoluyla baş etmeye çalıştıkları belirlendi. Katılımcılar sürekli dua ettiklerini, şiddet gördükleri zaman daha çok ibadet ettiklerini, bu durumun Allah tarafından kendilerine verildiğini düşündüklerini bildirdiler.

Şizofreni tanılı çocuğu olan ebeveynlerin çoğu hastalık sürecinde hayatı, kendilerini ve hastalığı sorgulamaktadır. Ebeveynlerin manevi yaşamlarında bir 'şeye' bağlılıkları ve bu 'şeye' atfedilen değer ve anlam, süreç ne kadar zor olursa olsun karşılaştıkları zorluklarla başa çıkma yeteneklerine katkıda bulunur (Akgül Gök ve Duyan 2020). Şizofreni tanılı bireye bakım verenlerin, dua etme, ibadet etme, yaratıcıya sığınma ve meditasyonu yaşadıkları birey kaynaklı zorluklarla ve bireyle baş etme yolları olarak kullandıkları bildirilmektedir (Mizock ve ark. 2012; Ho ve ark. 2016; Aydın ve ark. 2019). Corcoran (2016), inanç ve maneviyatın aile üyelerinin şizofreni tanılı birey ile baş etmelerine yardımcı olduğunu bildirmektedir (Corcoran 2016). Aile üyeleri yaratıcının hastalıktan daha güçlü olduğunu ve yaratıcıya sığınmanın kendilerini rahatlattığını bildirmektedir. Geleneksel Çin ve Budist öğretiler o kültüre sahip aileler tarafından yaşanan zorluklarla baş etme yolu olarak kullanılmaktadır. İnanç ve maneviyatın genel olarak umut aşıladığı ve bir destek aracı olarak kullanıldığı belirtilmektedir (Mizock ve ark. 2012; Corcoran 2016; Ho ve ark. 2016). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, hastalığın getirdiği zorluklarla baş etmede bakım verenlerin ibadet ve dua etme gibi yöntemler kullandıkları bildirilmektedir (Bademli ve Lök 2020). Gana'da yapılan nitel bir çalışmada da, dua etmenin yaşanan sorunlarla baş etmede sıkça kullanıldığı ve çözüm yolu olarak görüldüğü belirtilmektedir (Ae-Ngibise ve ark. 2015). Azman ve arkadaşları (2017), aile üyelerinin yaşadıkları sorunlarla baş etmede dini başa

çıkma yolları kullandıklarını belirtmektedir (Azman ve ark. 2017). Nitel bir çalışmada, aile fertlerinin mevcut sorunlarla baş edebilmek için daha çok inanmak, güvenmek, Allah'a sığınmak, Kur'an ve diğer dini kitapları okumak ve en çok camiye gitmek gibi dini faaliyetlere yöneldiği bildirilmektedir (Attepe Özden ve Tuncay 2018). Sharif ve arkadaşları (2020) Suudi Arabistan'da ruhsal bozukluğu olan bireylerin aileleriyle yaptıkları nitel bir çalışmada, dini uygulamaların katılımcıların çoğu için etkili başa çıkma mekanizmaları olduğunu bildirmektedir (Sharif ve ark. 2020). Şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerle yapılan nitel çalışmaların bir sistematik derlemesinde, bakım verenlerin yaşadıkları zorluklarla baş etme yollarından birinin dini yöntemlere sığınmak olduğu bildirilmektedir (Cleary ve ark. 2020). Bu çalışmada, elde edilen veriler yapılan birçok çalışmanın sonucuyla benzerlik göstermektedir. Şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinin maruz kaldıkları şiddetle baş etmelerinde inanç sistemlerine sığınmanın etkili bir yol olduğu görülmektedir. Kişilerin güçlerinin yetmediğini düşündüğü şeyler için, daha güçlü olduğunu kabul ettikleri yaratıcıdan yardım beklemelerine yönelik olan bu baş etme yolunun aile üyeleri için önemli olduğu söylenebilir. Kaderci yaklaşımın, hasta kaynaklı şiddete maruz kalan şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyeleri için bir baş etme yolu olarak görüldüğü düşünülmektedir

Eşyaları ve Zarar Verici Aletleri Saklamak

Mevcut çalışmada, bir katılımcının evdeki eşyaları saklayarak yaşadığı şiddetle baş etmeye çalıştığı belirlendi. Bakım veren aile üyesi, bıçak gibi eşyaları saklayarak hastanın kendilerine daha büyük zararlar vermesinin önüne geçtiğini bildirdi.

Kageyama ve arkadaşlarının (2018) şizofreni tanılı bireylerin yakınlarıyla yaptıkları nitel çalışmalarında, hasta yakınlarının hasta kaynaklı şiddetin boyutunu öngöremedikleri için kesici aletleri bahçeye gömdükleri bildirilmektedir (Kageyama, Yokoyama ve ark. 2018). Bu çalışmada elde edilen sonuç, Kageyama ve arkadaşlarının (2018) bildirdiği sonucu destekler niteliktedir. Şizofreni pozitif belirtilerin etkisiyle hastanın ciddi zarar verici davranışlar sergileyebileceği bir bozukluktur. Aile üyeleri hastalığın belirtilerinin ve hastanın şiddet içerikli davranışlarının arttığı dönemlerde, hastanın kendilerine büyük zararlar verebileceği kaygısı ile ortamdaki zarar verici eşyaları saklamayı şiddete karşı bir baş etme yolu olarak kullanmaktadır.

Susmak

Mevcut çalışmada, bakım verenlerin kullandıkları bir diğer baş etme yolunun susmak olduğu belirlendi. Katılımcıların %13,3'ü herhangi bir tepki vermenin daha kötü olacağını, o yüzden gördükleri şiddet karşısında sustuklarını bildirdi.

Kageyama ve arkadaşları (2019), şizofreni tanılı bireylerin yakınlarının hastalarından şiddet gördüklerinde susmak, kaçmak, hastaya direnmemek, provokasyondan kaçınmak gibi yollara başvurduklarını bildirmektedir. Çalışmalarına katılan bir aile üyesinin "Kızım beni sözlü olarak taciz ettiğinde, onu kışkırtabileceği için hiçbir şey söylemedim." ifadesi (Kageyama ve ark. 2019), mevcut çalışmaya katılan bireylerin ifadeleriyle benzerlik taşımakta ve aile üyelerinin şiddet karşısında susmayı bir baş etme aracı olarak kullandıkları görülmektedir. Bu çalışmadaki bulgu, yapılan çalışmalardaki bulgularla birlikte değerlendirildiğinde, şizofreni tanılı bireylerden şiddet gören aile üyelerinin, maruz kaldıkları şiddet karşısında daha büyük zararlar görmekten korktukları için susmayı bir baş etme biçimi olarak kullandıkları söylenebilir.

Rasyonalize Etmek-Olumlulaştırmak

Katılımcıların %13,3'ünün maruz kaldıkları hasta kaynaklı şiddet ile, olayı olumlulaştırarak ve rasyonalize ederek baş etmeye çalıştıkları belirlendi. Aile üyelerinden KE-3 kodlu katılımcının "*Bazen kızdığında çocuklar ona arka çıkıyor, bu durumda ben diyorum ki çocuk saftır, iyilikten yanadır, demek ki doğru olan bu, onlar bunu yapıyorsa benim daha sabırlı olmam lazım…" ve* KK-1 kodlu katılımcının *"Ama yapabilecek bir şey yok, eşimin kardeşi sonuçta, ben ona bakmak zorundayım. Ben bir başkasının kardeşimi dışarı atmasını istemezdim. Hep diyorum ki 14 yıldır bakıyorum, birkaç yıl daha bakarım."* ifadeleri, bakım verenlerin durumu olumlulaştırmaya çalışarak baş ettiklerini göstermektedir.

Ong ve arkadaşları (2016), Malezya'da şizofreni tanılı bireylere bakım veren 200 kişiyle yaptıkları çalışmada, bakım vericilerin yaşadıkları sorunlar karşısında olayları olumlu bir çerçevede yorumlamaya çalışarak baş etmeye çalıştıklarını bildirmektedir (Ong ve ark. 2016). Kartalova-O'Doherty ve Doherty (2008), şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerin %48'inin sorunlarla duruma olumlu yaklaşmaya çalışmak gibi bilişsel yollarla baş etmeye çalıştıklarını bildirmektedir (Kartalova-O'Doherty ve Doherty 2008). Huang ve arkadaşları (2008), bakım veren aile üyelerinin olumlu düşünerek yaşadığı sıkıntıyla baş etmeye çalıştıklarını belirtmektedir (Huang ve ark. 2008). Cleary ve

arkadaşları (2020), olumlu bir tutum sürdürmenin, şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunlarla baş etmek için kullandıkları bir yol olduğunu belirtmektedir (Cleary ve ark. 2020). Türkiye'de şizofreni tanılı bireylerin yakınlarıyla yapılan nitel bir çalışmada, aile üyelerinin yaşadıkları zorluklarla baş etmede durumu 'bir testmiş' gibi görmeye çalıştıkları ve bazılarının kendi hastalarını diğer hastalarla kıyaslayarak yaratıcıya bunun için teşekkür ettiği bildirilmektedir (Attepe Özden ve Tuncay 2018). Mevcut çalışmanın bu bulgusu yapılan çalışmalarda verilen bulgularla benzerdir. Daha önce yapılan çalışmalardaki bulgularla birlikte değerlendirildiğinde hastalığa ve hastaya yeni ve olumlu anlamlar yüklemenin, şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinin maruz kaldıkları hasta kaynaklı şiddet ile baş etmeleri için etkili bir yol olduğu söylenebilir.

Dışsal Kaynaklar Yoluyla Baş Etme

Bu çalışmada, aile üyelerinin %66'sının maruz kaldıkları hasta kaynaklı şiddetle dış kaynaklar yoluyla baş ettikleri belirlendi. Dış kaynaklar yoluyla baş etme: aile üyelerinin hastane, TRSM veya güvenlik güçlerinden yardım istemesi gibi kurum odaklı yardım arayışı; aile veya komşulardan yardım isteme gibi sosyal çevre odaklı yardım arayışı olarak kategorize edildi.

Kurumlardan Destek Almak

Yapılan literatür incelemesinde; sosyal destek arayışının şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunlarla baş etmek için kullandıkları bir yol olduğu belirtilmektedir (Cleary ve ark. 2020). Ong ve arkadaşları (2016), şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerin baş etme biçimlerinin, yaşadıkları psikolojik sıkıntılarla ilişkili olduğunu, bakım vericilere yönelik baş etme becerilerini geliştirici müdahalelerin sadece bakım verenler için değil, aynı zamanda hastaların uzun vadeli iyileşmeleri için de oldukça önemli olduğunu bildirmektedir (Ong ve ark. 2016)

Mevcut çalışmada, aile üyelerinin %40'ının kurumlardan destek alarak hasta kaynaklı şiddetle baş etmeye çalıştıkları belirlendi. Katılımcılar, polis çağırarak, uzaklaştırma kararı aldırarak, bireyin hastaneye yatışını sağlayarak hasta kaynaklı şiddetle baş ettiklerini bildirdiler.

Kageyama ve arkadaşları (2019), şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyeleriyle yaptıkları nitel çalışmada, bir katılımcının "Oğlumun semptomları kötüleştiğinde, diğer aile üyeleri ve ben onunla evde yaşayamadık. Oğlumu bir psikiyatri

hastanesine götürdük." dediğini aktarmaktadır (Kageyama ve ark. 2019). Mevcut durumda, bakım verenin şiddetle baş etmede hastane faktörünü kullandığı görülmektedir. Kageyama ve arkadaşları (2018), fiziksel şiddet gören hasta yakınlarının %70'inin şiddet karşısında özellikle psikiyatri klinikleri, ulusal sağlık merkezleri, hastane, polis ve diğer aile üyeleri gibi başkalarından yardım isteme davranışı gösterdiklerini bildirmektedir (Kageyama, Solomon ve ark. 2018). Tamizi ve arkadaşlarının (2020) İran'da yaptıkları nitel çalışmalarında, şizofreni tanılı bireylere sahip ailelerin yaşadıkları hasta kaynaklı zorluklar karşısında sağlık kuruluşlarından destek almaya çalıştıkları belirtilmektedir (Tamizi ve ark. 2020). Bu çalışmada, elde edilen bulgular daha önce yapılmış benzer metodolojiye sahip çalışmaların bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Kurumlardan destek almanın, şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinin maruz kaldıkları hasta kaynaklı şiddetle baş etmede önemli bir yol olduğu söylenebilir.

Aileden, Komşulardan Destek Almak

Bu çalışmada, aile üyelerinin %40'ının aile veya komşulardan destek alarak yaşadıkları şiddetle baş etmeye çalıştıkları belirlendi. Katılımcılar şiddet görmekten korktukları için bir yere gittikleri zaman aile bireylerini komşulara bıraktıklarını, aile üyelerinin desteği ile durumla baş etmeye çalıştıklarını, yakın arkadaşlarıyla konuştuklarını bildirdiler.

Kageyama ve arkadaşları (2018) şizofreni tanılı bireylerin ebeveynleriyle yaptıkları nitel çalışmada, katılımcıların hasta kaynaklı şiddetle baş etmek için komşu veya akrabalardan destek almaya çalıştıklarını, şiddet gördüklerinde komşulara veya akrabalara sığındıklarını bildirmektedir (Kageyama, Yokoyama ve ark. 2018). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerin yaşanılan zorluklarla baş etmede sıklıkla sosyal destek arayışı içerisinde oldukları bildirilmektedir (Şengün 2010). Kartalova-O'Doherty ve Doherty (2008), aile üyelerinin %96,8'inin başkalarından destek alma yoluyla hastalıktan kaynaklı sorunlarla baş etmeye çalıştıklarını bildirmektedir. Başkalarıyla konuşmaya çalışmak, spor yapmak gibi davranışsal yöntemlerin baş etmede kullanıldığı belirtilmektedir (Kartalova-O'Doherty ve Doherty 2008). Yapılan çalışmalardaki sonuçlar mevcut çalışmada elde edilen sonuçla birlikte değerlendirildiğinde, şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinin hasta kaynaklı şiddetle baş etmelerinde, komşular, aile, arkadaşlar gibi sosyal destek

sistemlerinin oldukça önemli olduğu ve bakım verenler tarafından sıklıkla kullanıldığı görülmektedir.

5.2.5. Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Maruz Kaldıkları Şiddetin Azaltılmasına Yönelik Görüşleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada, şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerinin yaşadıkları hasta kaynaklı şiddetin azaltılmasına yönelik görüşleri; destek sistemlerinin güçlendirilmesi, sağlık sistemine yönelik talepler ve farkındalık olmak üzere 3 ayrı temaya ayrıldı.

Destek Sistemlerinin Güçlendirilmesi

Açığa çıkarılan ifadelere göre, katılımcıların %26'sı destek sistemlerinin güçlendirilmesinin maruz kaldıkları hasta kaynaklı şiddetin azalmasında yardımcı olacağını bildirdiler. Aile üyeleri, hastalara sosyalleşme imkanları sağlanmasının, hastaların istihdam edilmelerinin ve hastalara bakıcı sağlanmasının destek sistemlerini güçlendireceğini, böylelikle yaşadıkları hasta kaynaklı şiddetin azalacağını düşündüklerini bildirdi.

İstihdam Edilmeli

Mevcut çalışmada, katılımcılar hastalara devlet tarafından bir engelli maaşı verildiğini, bu hastaların istihdam edilmelerinin hem hastanın sosyalleşmesi açısından hem de aile üyelerinin kendilerine zaman ayırabilmeleri açısından faydalı olacağını bildirdiler.

Bakım verenlerin hastanın istihdamı ve sosyal ilişkileriyle ilgili kaygı yaşadıkları bildirilmektedir (Cleary ve ark. 2020). Laila ve arkadaşları (2019), şizofreni tanılı bireyler ve yakınları için sosyal destek sistemleri ile istihdam olanaklarının yaratılmasının bu kişiler için bir gereklilik olduğunu bildirmektedir (Laila ve ark. 2019). Kageyama ve arkadaşları (2018), şizofreni tanılı bireylerin neredeyse %70'inin engelli maaşı aldığını ve rehabilitasyon hizmetlerine katılmadan evde kaldıklarını bildirmektedir (Kageyama, Solomon ve ark. 2018). Mevcut çalışmada da, aile üyeleri benzer bir durumun varlığını dile getirmekte ve hastalara verilen ücret karşılığında hastaların istihdam edilmelerini istemektedir.

Sosyalleşmeleri Sağlanmalı

Mevcut çalışmada, katılımcılar bakım verdikleri şizofreni tanılı bireyin sosyalleşmesinin, maruz kaldıkları şiddetin azalması noktasında fayda sağlayabileceğini bildirdi.

Şizofreni tanılı bireyin evden uzaklaşabileceği bir işinin ya da yalnız başına vakit geçirebileceği bir tesisin olmasının bakım verenlerin yaşadıkları yükün azaltılması açısından faydalı olacağı belirtilmektedir (Karaağaç ve Var 2019). Aileler, sosyalleşmenin hasta bireylerin yalnızlığını azaltabileceğini ifade etmektedir (Attepe Özden ve Tuncay 2018). Bakım verenlerin hastadan dolayı herhangi bir sosyal aktiviteye katılamadıkları ve sosyal yaşantılarının olumsuz etkilendiği bildirilmektedir (Chen ve ark. 2019). Çin'de şizofreni tanılı bireylerin ebeveynleriyle yapılan bir çalışmada, ebeveynler hastalarının sosyal anlamda desteklenmeleri gerektiğini ve bunun gerçekleşmemesinin aile için bir yük olduğunu bildirmektedir. Aileler, kendileri gibi ailelerle bir araya gelmenin, kendilerinin yaşadıkları sorunların anlaşılması noktasında kolaylık sağladığını bildirmektedirler. Aileler çocukların uyum sağlamalarına yardımcı olacak bir kurumun faydalı olacağını belirtmektedir (Bai ve ark. 2020). Şizofreni tanılı bireylerin toplum içinde kabul görmeleri ve kişiler arası ilişkilerinin olumlu düzeyde olması, sosyalleşmeleri ve şiddet sorununun çözümü açısından faydalıdır. Kageyama ve arkadaşları (2019) yaptıkları çalışmada, şizofreni tanılı bireylerin uyguladıkları şiddetin çözümünde, aile dışındaki bireylerle ilişkilerinin olmasının, rutin stres atabilecekleri ortamların oluşturulmasının ve toplumsal kabulün sağlanmasının etkili olacağını bildirmektedir (Kageyama ve ark. 2019). Mevcut çalışma bulguları daha önce yapılan çalışmalar ile birlikte değerlendirildiğinde, şiddet davranışının azaltılmasında şizofreni tanılı bireyin sosyalleşmesini sağlamanın bir çözüm yolu olabileceği söylenebilir.

Bakıcı Sağlanmalı

Bu çalışmada, katılımcıların yaşadıkları zorluklar karşısında daha güçlü olabilmek için hastaya bakıcı sağlanmasının olumlu etki yaratacağını ve sürekli hastayla uğraşmayacaklarından dolayı daha az şiddete maruz kalacaklarını düşündükleri belirlendi.

Hastalarla birlikte yaşama süresi ve hastalığın şiddeti şizofrenide aile içi şiddet için risk faktörleri olarak bildirilmektedir (Kageyama, Solomon ve ark. 2018). Kageyama ve arkadaşları (2018) çalışmalarında, bakım verenlerin yaşadıkları hasta kaynaklı şiddetin

hastayla fazla vakit geçirmekten, hastanın bağımsız yaşamının önündeki engellerden ve şizofreni tanılı bireylere yönelik toplum hizmetlerinin yetersizliğinden kaynaklanabileceğini belirtmektedir (Kageyama, Solomon ve ark. 2018). Mevcut çalışmadan elde edilen bulgulara dayanarak, şizofreni tanılı bireylere bakıcı sağlanmasının aile üyelerinin hastayla geçirdikleri süreyi azaltmak suretiyle, aile üyelerinin yaşadıkları yükü ve maruz kaldıkları şiddetin sıklığını azaltacağı düşünülmektedir.

Sağlık Sistemine Yönelik Talepler

Mevcut çalışmada, aile üyelerinin %20'sinin yaşadıkları hasta kaynaklı şiddetin azaltılmasında sağlık sistemine yönelik talepleri olduğu belirlendi.

Brain ve arkadaşları (2018), şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinin duygusal yükü göz önüne alındığında bu bireylere yönelik sosyal ve duygusal desteğin sağlanması gerektiğini bildirmektedir. Sağlık politikalarında şizofreni tanılı bireylerin yakınlarına yönelik ihtiyaçların farkında olunması ve bu kişilerin ekonomik ve sosyal anlamda desteklenmesi gerektiği bildirilmektedir (Brain ve ark. 2018). Kageyama ve arkadaşları (2018) şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerinde şiddeti değerlendirdikleri çalışmalarında, bakım verenlerin yaşadıkları hasta kaynaklı şiddetin azaltılmasında sağlık sistemlerinde güncel, güçlü politikalara ve hizmetlere ihtiyaç olduğunu bildirmektedir (Kageyama, Solomon ve ark. 2018).

Sürekli Hastanede/Kurumda Kalmalı

Bu çalışmada, katılımcılar hastalarının bir hastane veya kurumda kalmasının yaşadıkları hasta kaynaklı şiddetin azalması için bir çözüm yolu olabileceğini bildirdi.

Şizofreni tanılı bireylerle birlikte yaşamanın hasta kaynaklı aile içi şiddet için risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Kageyama ve ark. 2019). Kageyama ve arkadaşları (2018), şizofreni tanılı bireyler için uzun vadede aileleriyle birlikte yaşamak yerine profesyonel desteğe sahip yatılı hizmetlere veya kalıcı konut yardımı gibi destekleyici hizmetlere ihtiyaç olduğunu bildirmektedir. Bu bireyler için bireysel koşullardan ziyade bu hastaların sorunlarıyla ilgilenecek sosyal hizmet kurumları ve ruh sağlığı merkezleri arasında işbirliğini sağlayan politikaların gerekli olduğu ifade edilmektedir (Kageyama, Solomon ve ark. 2018). Chen ve arkadaşları (2019), şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerin yaşadıkları zorlukların azaltılmasında rehabilitasyon kurumlarına ihtiyaç olduğunu bildirmektedir (Chen ve ark. 2019). Von Kardoff ve arkadaşları (2016)

yaptıkları nitel çalışmada, bazı bakım verenlerin devlet desteği ve hizmetlerinin eksikliğinden yakındıklarını ve kendilerine yardım edilmesini istediklerini bildirmektedir (Von Kardorff ve ark. 2016). Attepe Özden ve Tuncay (2018) nitel çalışmalarında, şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyelerinin, hastalarının geleceği ile ilgili endişeleri olduğunu ve kendileri öldükten sonra bu hastalara bakım sağlayacak, sürekli kalabilecekleri bir kurumun olmasına yönelik ihtiyaçlarının olduğunu bildirmektedir (Attepe Özden ve Tuncay 2018). Bu çalışmada, bakım verenlerin ifadelerinden yapılan çıkarımların daha önce yapılan çalışmalardaki bulgularla benzerlik gösterdiği görülmektedir. Şizofreni tanılı bireylere yönelik sürekli kalabilecekleri kurum desteğinin sunulmasının aileler için eve bir alternatif olarak görüldüğü ve kendilerine yönelik hasta kaynaklı şiddetin azaltılmasında kurumların etkili olabileceklerini düşündükleri söylenebilir.

Ev Ziyaretleri Sağlanmalı

Mevcut çalışmada, katılımcıların maruz kaldıkları hasta kaynaklı şiddetin azaltılması için ev ziyaretlerinin sağlanması gibi sağlık sistemine yönelik talepleri olduğu belirlendi. KE-1 kodlu katılımcının "*...Devlet büyüktür, birileri haftada bir gelsin, evde baksınlar, konuşsunlar, nasihat etsinler, birileri gelirse takip ederse korkar, "Ben ilaçlarımı kullanmazsam beni yine yatıracaklar" diye korkar ve ilaçlarını düzenli kullanır. Birilerinin onu kontrol ettiğini düşünürse ilaçlarına daha dikkat eder."* ifadesi, hastalara yönelik sık aralıklarla gerçekleştirilecek ev ziyaretlerinin kişinin tedaviye uyumunu artırmada etkili olacağını, bu şekilde hasta kaynaklı şiddet davranışlarının azalacağını düşündürmüştür.

Ruh sağlığı profesyonelleri, şizofreni tanılı bireylerdeki şiddet potansiyeli hakkında bilgi sahibi olmalı ve şizofreni tanılı bireyin ikamet ettiği aile ortamındaki şiddet riskine özellikle dikkat etmelidir. Evde bakım hizmeti sağlayan profesyoneller tarafından bu ailelere destek ve baş etme eğitimleri verilmelidir (Kageyama, Solomon ve ark. 2018). Kageyama ve arkadaşları (2018), şizofreni tanılı çocuklarından şiddet gören ebeveynlerle yaptıkları nitel çalışmada, hemşireler ve sosyal hizmet uzmanları tarafından yapılan ev ziyaretlerinin hasta yakınlarının maruz kaldıkları şiddeti sonlandırmaya yardımcı olduğunu bildirmektedir (Kageyama, Yokoyama ve ark. 2018). Tamizi ve arkadaşları (2020), taburculuk sonrası gözetim ve ev ziyaretleri gibi programların tasarlanması ve uygulanmasının şizofreni tanılı bireye sahip olan ailelerin yaşadıkları

yükü önemli ölçüde azaltacağını bildirmektedir (Tamizi ve ark. 2020). Akgül Gök ve Duyan (2020) şizofreni tanılı çocuğu olan ebeveynlerle yaptıkları nitel çalışmada, aile üyelerinin kendilerine kapsamlı hizmet verilmesini, ailelerin görüşlerinin dinlenmesini, sağlık çalışanlarının hastaya ve aileye karşı daha duyarlı olmasını istediklerini bildirmektedir (Akgül Gök ve Duyan 2020). Bu çalışmada da, katılımcılar ev ziyaretlerinin maruz kaldıkları şiddeti azaltmada etkili olabileceğini bildirmektedir. Şizofreni tanılı bireylere yönelik evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesinin ailelerin yaşadıkları şiddetin azalması noktasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

Şiddetle Baş Etme Eğitimi Verilmeli

Bu çalışmada, katılımcıların kendilerine şiddetle baş etme eğitimi verilmesine yönelik taleplerinin olduğu belirlendi. KE-7 kodlu katılımcı hasta kaynaklı şiddete maruz kaldıklarında tam olarak ne yapacaklarını bilmediklerini, bu konuda sağlık profesyonelleri tarafından eğitim verilmesinin kendilerinin baş etme becerilerini artıracağını ve şiddetin azaltılmasında etkili olacağını bildirdi.

Ailelerin hasta kaynaklı şiddetin çözümü hakkında çok az bilgileri olduğu bildirilmektedir (Fazel ve ark. 2009). Çoğu bakım verenin baş etme becerileri noktasında bilgi yetersizliğini kendi araştırmaları ve destek grupları aracılığıyla gidermeye çalıştığı belirtilmektedir (Cleary ve ark. 2020). Attepe Özden ve Tuncay (2018) şizofreni tanılı bireylerin yakınlarıyla yaptıkları nitel çalışmada, katılımcılardan birinin "X'in y'yi etkilediği ve z'nin gerçekleştiği konusunda bilgilendirilirsek daha bilinçli hareket edebiliriz" ifadesini aktarmaktadır (Attepe Özden ve Tuncay 2018). Bu durum hasta yakınlarının eğitim ihtiyacına vurgu yapmaktadır. Tamizi ve arkadaşları (2020), İran'da şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyeleriyle yaptıkları çalışmada, aile üyelerinin hastalıkla nasıl baş edeceklerini bilmediklerini ve eğitime ihtiyaç duyduklarını bildirmektedir (Tamizi ve ark. 2020). Bai ve arkadaşları (2020), Çin'de şizofreni tanılı çocuğu olan ailelerle gerçekleştirdikleri nitel çalışmada, ailelerin şizofreni hakkında bilgi sahibi olmadıklarını ve bu durumun çeşitli sorunlara neden olduğunu, aile üyelerinin hastalıkla ilgili yaşadıkları sorunlarla baş edebilmek için bilgilendirilmek istediklerini belirtmektedir (Bai ve ark. 2020). Sağlık personelinin eğitimde oynadığı rol, özellikle bakıcıların deneyimlerini ve yaşamlarını iyileştirmede çok önemlidir (Cleary ve ark. 2020). Hasta ve aile arasındaki etkileşimi güçlendirmeye yönelik olarak verilen eğitimlerin şizofreni tanılı bireylerin şiddet davranışları üzerinde etkili olduğu

bildirilmektedir (Kageyama ve ark. 2016; Basirun ve ark. 2019). Mevcut çalışmada elde edilen bu sonuç daha önce yapılan çalışmaları desteklemektedir. Bu anlamda ailenin hastalık ve hastalığın getirdiği zorluklar hakkında bilgilendirilmesinin şiddetin azaltılması açısından faydalı olacağı düşünülmektedir. Ailelerin yaşanan sorunlar karşısında ne yapacaklarını bilememeleri bakım verenler için ciddi bir sorundur. Bu sorun şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerine yönelik düzenlenecek şiddetle baş etme eğitimleriyle azaltılabilir.

Yapılan çalışmalar, şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım verirken sosyal ve profesyonel desteğe, hastalık hakkında bilgiye ve yasal kaynaklara ihtiyaç duyduklarını bildirmektedir. Ailelere yönelik psikososyal uygulamaların aile bireylerinin yaşadıkları zorlukların ve şiddetin azaltılmasında ve hastanın tedaviye uyumunda olumlu etkisinin olduğu belirtilmektedir. Şizofreni tanılı bireylere karşı farkındalık yaratmak ve empatik tutum geliştirmek için aile üyelerine ve topluma yönelik sağlık eğitimlerinin verilmesi önerilmektedir (Ahonen 2019; Laila ve ark. 2019; Lindert ve Levav 2016; Stanley ve ark. 2017).

Farkındalık

Bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları şiddetin azaltılmasına yönelik görüşlerinin açığa çıkarılması sonucu oluşturulan diğer tema "farkındalık" temasıdır. Açığa çıkarılan ifadelere göre, katılımcıların %73,3'ünün maruz kaldıkları hasta kaynaklı şiddetin azaltılmasına yönelik farkındalıklarının olduğu görüldü.

Sosyal Desteğim Yetersiz

Mevcut çalışmada, aile üyeleri şiddetin azaltılmasında sosyal desteğe ihtiyaçları olduğunu bildirmiştir. Katılımcı (KK-4) sosyal desteğe sahip olmanın kişinin yaşadığı zorlukla baş etmede olumlu etkisinin olacağını bildirdi.

Sosyal destek, şizofreni tanılı bireylere bakım verenler için en yaygın ihtiyaçtır (Cleary ve ark. 2020). Şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları zorluklarla baş etmelerinde sosyal desteğin, kişilerin baş etme becerilerine olumlu etkisinin olduğu ve kişilerin yaşadığı yalnızlık duygusunun azaltılmasında oldukça önemli olduğu bildirilmektedir (Lindert ve Levav 2016; Ahonen 2019; Laila ve ark. 2019). Chen ve arkadaşlarının (2019) şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerle yaptıkları nitel çalışmalarında, katılımcıların çoğu ağır yaşam yükünden muzdarip olduklarını, sosyal destek alma konusunda olumsuz deneyimler yaşadıklarını ve daha fazla desteğe

ihtiyaç duyduklarını bildirmişlerdir (Chen ve ark. 2019). Von Kardorff ve arkadaşları (2016) nitel çalışmalarında, bakım verenlerin yaşadığı en büyük eksikliklerden birinin sosyal destek yetersizliği olduğunu belirtmektedir (Von Kardorff ve ark. 2016). Bai ve arkadaşları (2020), Çin'de şizofreni tanılı çocuğu olan aile üyeleriyle yaptıkları çalışmada, katılımcıların ailelerinden daha fazla destek almaya ihtiyaçları olduğunu bildirmektedir (Bai ve ark. 2020). Attepe Özden ve Tuncay (2018) nitel olarak yaptıkları çalışmalarında, annelerin ana bakıcı olarak hareket ettiğini ve bazı babaların başlangıçta bakım vermekten kaçındıklarını, ancak sonradan bakıma dâhil olduklarını bildirmektedir (Attepe Özden ve Tuncay 2018). Mevcut çalışmada, KK-4 kodlu katılımcının ifadelerinde benzer bir durumun gerçekleştiği görülmektedir. Bu çalışmada, katılımcı sosyal desteğinin yetersiz olduğunu ve sosyal desteğe ihtiyacı olduğunu, sosyal desteğinin güçlü olması durumunda hastadan gördüğü şiddet karşısında daha güçlü olabileceğini bildirdi. Mevcut bulgu daha önce yapılan çalışmaları destekler niteliktedir. Şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinin maruz kaldıkları hasta kaynaklı şiddetin azaltılmasında sosyal desteğin önemli olduğunu söylemek mümkündür.

TRSM İyi Geliyor

Bu çalışmada, aile üyelerinin TRSM'nin işlevlerinin farkında olduğu ve yaşanılan sorunlarla baş etmede TRSM'nin etkinliğinden faydalandıkları belirlendi. Katılımcılar bakım verdikleri hastaların TRSM'ye düzenli devam ettiklerinde ve TRSM faaliyetlerine katıldıklarında şiddet davranışı gösterme durumlarında ciddi azalma olduğunu bildirdiler. TRSM tarafından hasta tedavilerinin takip edildiğini, düzenli aralıklarla görüşmeler yapıldığını söylediler.

TRSM'ler DSÖ'nün önerileri üzerine ülkemizde de 2008 yılından itibaren kurulmuştur. TRSM'lerde hastaların ilaç takiplerinin yanında hasta ve aile odaklı birçok faaliyet yürütülmektedir. Bu faaaliyetler kapsamında hastanın gündelik yaşam aktivitelerine yönelik beceri geliştirme programları düzenlenmektedir. Çeşitli kurslarla hastanın sosyal aktivasyonu sağlanarak hastanın stresini azaltmaya yönelik girişimler planlanmaktadır. Hasta ile birlikte ailenin rehabilitasyonuna yönelik çalışmalar yürütülmektedir. Damgalama ile mücadeleye yönelik planlamalar yapılmaktadır. Sosyal devlet imkânlarının sağlanması yoluyla danışanların yaşadıkları yaşamsal güçlüklerin azaltılması için ilgili kurumlarla irtibata geçilmektedir. TRSM uygulamaları ile hastaların servise yatış öykülerinde ciddi azalma sağlandığı, istenmeyen yatışlardan kaynaklı

yaşanan sorunların azaltılmasında TRSM'nin olumlu etkisinin olduğu bildirilmektedir (Durmaz ve Kumsar 2020).

Türkiye'de TRSM'lerde yapılan çalışmalarda; Ayhan ve arkadaşları (2019), TRSM hizmeti alan hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık durumunun arttığını, bununla birlikte aile üyelerinin kendilerine daha fazla vakit ayırabildiklerini, sosyal faaliyetlere katılabildiklerini ve yaşadıkları güçlüklerin azaldığını bildirmektedir (Ayhan ve ark. 2019). Ensari ve arkadaşları (2013), Bolu TRSM'de 30 şizofreni tanılı bireyin 1 yıllık takipleri sonucunda bu hastaların yaşam kalitelerinin ve işlevselliklerinin arttığını, yeti yitiminin azaldığını bildirmektedir (Ensari ve ark. 2013). Attepe Özden ve Tuncay (2018) nitel olarak yaptıkları çalışmada, ailelerin TRSM'ler tarafından sağlanan hizmetlerden genel olarak memnun olduklarını bildirmektedir (Attepe Özden ve Tuncay 2018). Bir başka nitel çalışmada, şizofreni tanılı bireylerin ailelerine uyguladıkları şiddetin hastanın rehabilitasyon programlarına dâhil edilmesiyle sonlandığı bildirilmiştir (Kageyama, Yokoyama ve ark. 2018). Chen ve arkadaşları (2019), bakım verenlerin rehabilitasyon kurumlarına ihtiyaçları olduklarını bildirmektedir (Chen ve ark. 2019). Bu çalışmada, katılımcıların ifadeleri yapılan diğer çalışmalarla birlikte değerlendirildiğinde TRSM'lerin şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinin maruz kaldıkları hasta kaynaklı şiddetin ve ailelerin hisettikleri yükün azaltılmasında önemli etkilerinin olduğu söylenebilir.

Tedavi Uyumu Gerekli

Bu çalışmada, aile üyeleri yaşadıkları hasta kaynaklı şiddetin azaltılması için hastanın tedaviye uyumunun iyi olması gerektiğini, böylelikle daha az şiddet davranışına maruz kalacaklarını düşündüklerini bildirdiler. Mevcut çalışmada, katılımcılar hastaların ilaçlarını düzenli kullanması gerektiğinin farkındadırlar. İlaçların düzenli kullanımının şiddet riskini azalttığını bildirmektedirler.

Şizofreni tanılı bireylerin hızlı bir şekilde tedavi görmesi kritik derecede önemlidir. Tedavideki gecikmeler, belirti şiddetinin artmasına ve sosyal ve toplumsal işlevsellikte bozulmaya neden olur (Penttilä ve ark. 2014). Şizofreni bozukluğunun getirdiği yüklerin azaltılmasında tedaviye uyumun olumlu sonuçlar verdiği bilinmektedir. Tedaviye uyumun artırılması için, hasta ve ailenin rehabilitasyon süreçlerinde birlikte ele alınması, bu kişilerin yaşadıkları zorlukların azaltılmasında oldukça faydalı görülmektedir (Lindert ve Levav 2016). Nitekim nitel bir çalışmada, şizofreni tanılı

bireyler yaşadıkları şiddet sorununun çözümü olarak uyumlu bir psikiyatrist ile görüşmenin ve gerekli ilaçları almanın olumlu etkisi olduğunu bildirmektedirler (Kageyama ve ark. 2019). Hsu ve Tu (2014), şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerin hasta kaynaklı şiddet ile başa çıkma stratejilerinden birinin hastaların ilaç kullanımını sağlamak olduğunu bildirmektedir (Hsu ve Tu 2014). Bir başka çalışmada, tedaviye uyumun ailenin yaşadığı zorlukları önemli derecede azalttığı bildirilmektedir (Bai ve ark. 2020). Mevcut çalışmada, elde edilen bulgu, literatürle uyumludur. Tedaviye uyumun, şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinin maruz kaldıkları hasta kaynaklı şiddetin azaltılmasında oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyelerinin hasta kaynaklı şiddet deneyimlerini belirlemek amacıyla nitel tasarımla gerçekleştirilen çalışmanın sonuçları;

- Katılımcıların yaş ortalaması 47,60±11,96; hastayla birlikte olan yaşam süresi ortalaması 24,73±7,53'tür. Bakım veren aile üyelerinin, %53,3'ü erkek; %73,3'ü evli; %80'i herhangi bir işte çalışmamakta; %60'ı ilkokul mezunu; %60'ı şizofreni tanılı bireyin ebeveyni veya çocuğudur. Katılımcıların %66,7'sinin ailede kendisi dışında hastaya birincil derecede bakım veren birilerinin olduğu; %60'ının daha önce hastalık hakkında psikoeğitim aldığı,
- Araştırmaya katılan şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerinin bakım verdikleri hastaların yaş ortalaması 37,33±12,29; hastalık başlangıç yaşı ortalaması 20,26±4,80'dir. Bakım verilen hastaların, %53,3'ü kadın; %66,7'si ilkokul-ortaokul mezunu; %80'i ilaçlarını düzenli kullanmakta, %86,7'si kontrollere düzenli devam etmektedir. Bakım verilen hastaların %93,3'ünün psikiyatri servisine yatışının olduğu; %46,7'sinin aile geçmişinde şizofreni bozukluğunun olduğu,
- Katılımcıların, şizofreni tanılı birey kaynaklı fiziksel, psikolojik ve ekonomik şiddete maruz kaldıkları,
- Katılımcıların maruz kaldıkları şiddetin daha çok hastalığın ilk dönemleri, nüks dönemleri olmak üzere atak dönemlerinde ve şizofreni tanılı bireyin tedaviye uyumsuzluğunun olduğu dönemlerde gerçekleştiği,
- Şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyelerinin hasta kaynaklı şiddet karşısında, öfke, çaresizlik, tükenmişlik, suçluluk, üzüntü, korku, utanç ve yalnızlık gibi duygusal sorunlar yaşadıkları,
- Katılımcıların maruz kaldıkları şiddetle baş etmede; şiddetle yanıt vermek, hastayla konuşmaya çalışmak, ağlamak, ağaç ve mezarlarla konuşmak, yalnız kalmaya çalışmak, inanç sistemine sığınmak, eşyaları ve zarar verici aletleri saklamak, susmak, rasyonalize etmek-olumlulaştırmak gibi içsel-bireysel baş

etme yolları; kurumlardan destek almak, aileden/komşulardan destek almak gibi dışsal baş etme yolları kullandıkları,

- Katılımcıların maruz kaldıkları şizofreni tanılı birey kaynaklı şiddetin azaltılmasında, destek sistemlerinin güçlendirilmesine ve sağlık sistemine yönelik talepleri ile bazı farkındalıklarının olduğu,
- Katılımcıların, bakım verdikleri şizofreni tanılı bireylerin istihdam edilmelerinin, sosyalleşmelerinin ve bu bireylere bakıcı sağlanması gibi destek sistemlerini güçlendirecek müdahalelerin yaşadıkları şiddetin azalması noktasında etkili olacağını bildirdikleri,
- Katılımcıların maruz kaldıkları şiddetin azaltılması noktasında, bakım verdikleri bireyin hastane/kurumda sürekli kalmasının sağlanması, ev ziyaretlerinin sağlanması ve şiddetle baş etme eğitimi verilmesi gibi sağlık sistemine yönelik taleplerinin olduğu,
- Katılımcıların hasta kaynaklı şiddetin azaltılması noktasında, sosyal destek gerekliliği, TRSM'nin işlevselliği ve tedaviye uyumun gerekliliği ile ilgili farkındalıklarının olduğu belirlendi.

6.2. Öneriler

Mevcut çalışmanın sonuçları doğrultusunda,

- Karma yöntemle araştırmalar planlanması,
- Hasta kaynaklı şiddet ile ilgili belirli bir noktadaki etkileşimleri ve anlamları çalışmak için nitel araştırma yöntemlerinden gömülü teori (Grounded theory) çalışmalar planlanması,
- Farklı kültürlere sahip bölgelerde ve farklı eğitim düzeylerine sahip bireylerle aynı örneklem grubuna yönelik benzer çalışmaların yapılması,
- Aynı örneklem grubunda şiddetin aile üyelerine göre nedenlerinin derinlemesine incelendiği çalışmaların yapılması,
- Şizofreni tanılı birey ailelerinin hasta kaynaklı şiddetle baş etmelerini sağlamaya yönelik girişimleri içeren deneysel araştırmalar planlanması ve etkili olacak girişim programları ile ilgili kanıtlar oluşturulması önerilebilir.

Ayrıca; şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları hasta kaynaklı şiddetin azaltılması için;

- RSPH'nin aile eğitim programları düzenleyerek ve aile destek gruplarına ailelerin katılımını sağlayarak, bakım veren aile üyelerinin şiddeti azaltma ve şiddet için potansiyel tetikleyicileri anlama becerilerini geliştirmesi,
- RSPH'nin ailelerin yaşadıkları şiddetle baş etmeleri için güçlü yanlarını tanımalarını ve sosyal destek sistemlerinin farkında olmalarını sağlamak için gerekli müdahale programları geliştirmesi,
- RSPH'nin şizofreni tanılı bireylerde tedaviye uyumu artırmaya yönelik eğitim programları düzenlemesi,
- Şizofreni tanılı bireyler ve aile üyeleri için öfke yönetimi ve iletişim becerileri eğitimini içeren müdahale programlarının planlanması,
- TRSM'lerde şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerine yönelik şiddeti azaltma programları kapsamında eğitimler düzenlenmesi ve hasta kaynaklı şiddete maruz kalan aile üyelerine yönelik ev ziyaretlerinin periyotlarının artırılması,
- Şizofreni tanılı bireylerin istihdam edilmelerine ve bu bireylere bakıcı sağlanmasına yönelik politikaların daha kapsamlı hale getirilmesi noktasında

politika yapıcılara mevcut çalışmanın sonuçlarının bildirilmesi ve gerekli düzenlemelerin oluşturulmasına katkı sağlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

Ae-Ngibise, K. A., Doku, V. C. K., Asante, K. P., ve Owusu-Agyei, S. (2015). The experience of caregivers of people living with serious mental disorders: a study from rural Ghana. *Global health action, 8*(1), 26957. Erişim 14.10.2020. https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3402/gha.v8.26957?needAccess=true

Ahonen, L. (2019). *Violence and Mental Illness: An Overview*: Springer.

Akgül Gök, F., ve Duyan, V. (2020). 'I wanted my child dead'–Physical, social, cognitive, emotional and spiritual life stories of Turkish parents who give care to their children with schizophrenia: A qualitative analysis based on empowerment approach. *International Journal of Social Psychiatry, 66*(3), 249-258. Erişim 15.10.2020. https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0020764019899978

Alia-Klein, N., O'Rourke, T. M., Goldstein, R. Z., ve Malaspina, D. (2007). Insight into illness and adherence to psychotropic medications are separately associated with violence severity in a forensic sample. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression, 33*(1), 86-96. Erişim 27.09.2020. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ab.20170

Aloba, O., Ajao, O., Akinsulore, S., Mapayi, B., ve Alimi, T. (2016). Exploration of the psychometric properties and correlates of the 10 item connor-davidson resilience scale among family caregivers of Nigerian patients with psychiatric disorder. *Int J Ment Health Psychiatry 2: 3., 4372*, 2. Erişim 29.09.2020. http://dx.doi.org/10.4172/2471-4372.1000124

Alvarez-Jimenez, M., Priede, A., Hetrick, S., Bendall, S., Killackey, E., Parker, A., . . . Gleeson, J. (2012). Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophrenia Research, 139*(1-3), 116-128. Erişim 29.09.2020. https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.05.007

Amaresha, A. C., ve Venkatasubramanian, G. (2012). Expressed emotion in schizophrenia: an overview. *Indian journal of psychological medicine, 34*(1), 12. Erişim 10.05.2020. https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.4103/0253-7176.96149

Aras, H. I. (2014). Sizofrenide siddet/Violence in schizophrenia. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6*(1), 45. Erişim 08.08.2020.

https://search.proquest.com/docview/1550884134/fulltextPDF/F85C90B6D3D04221PQ/1?accountid=15188

Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, P. J., ve Silva, P. A. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study. *Archives of general psychiatry*, *57*(10), 979-986. Erişim 15.05.2020. https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/481658

Attepe Özden, S., ve Tuncay, T. (2018). The experiences of Turkish families caring for individuals with Schizophrenia: A qualitative inquiry. *International Journal of Social Psychiatry*, *64*(5), 497-505. Erişim 14.10.2020. https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0020764018779090

Aydın, A., Kargın, M., ve Çelebi, E. (2019). Yatarak tedavi gören şizofreni hastalarının saldırganlıkla ilgili algıları: Nitel bir çalışma. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *20*(6), 597-604. Erişim 29.09.2020. https://anadolupsikiyatri.net/fulltext/apd_23404.pdf

Ayhan, M. G., Köse, A., Ercan, S. K., Bozdoğan, Ş. Y., Özayhan, H. Y., ve Eren, İ. (2019). Toplum ruh sağlığı merkezi hizmetlerinden yararlanan şizofreni tanılı hastaların yakınlarındaki bakım yükü: karşılaştırmalı bir çalışma. *Cukurova Medical Journal*, *44*, 92-99. Erişim 20.09.2020. https://www.researchgate.net/profile/Medine_Ayhan/publication/337622651

Azman, A., Jamir Singh, P. S., ve Sulaiman, J. (2017). Caregiver coping with the mentally ill: a qualitative study. *Journal of Mental Health*, *26*(2), 98-103. Erişim 14.08.2020. https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1124395

Bademli, K., ve Lök, N. (2020). Feelings, thoughts and experiences of caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, *66*, 452-459. Erişim 14.10.2020. https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0020764020916211

Bai, X. L., Luo, Z. C., Wang, A., Guan, Z. Y., Zhong, Z. Y., Sun, M., ve Tang, S. Y. (2020). Challenge of parents caring for children or adolescents with early-stage schizophrenia in China: A qualitative study. *Perspectives in Psychiatric Care*, *56*, 777-784. Erişim 14.10.2020. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ppc.12492

Bani-Fatemi, A., Roy, A., Dai, N., Dada, O., Adanty, C., Kiruparajah, L., . . . Graff, A. (2020). Genome-wide association study of aggression and violence in

schizophrenia. *Neuroscience letters, 732*, 135061, 135061-135065. Erişim 29.09.2020. https://doi.org/10.1016/j.neulet.2020.135061

Basirun, S., Thahir, A., ve Mawarni, A. (2019). Family psychoeducation: Effect of enhancing the knowledge of controlling violent behavior of people with schizophrenia pilot study. *J Psychol Psychother, 9*(3), 1-6. Erişim 14.10.2020. https://www.researchgate.net/profile/Andi_Thahir2/publication/335738102

Bilgin, H., ve Özcan, N. K. (2012). Psikiyatri servislerinde agresyon. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 3*(1), 42-47. Erişim 27.05.2020. https://www.journalagent.com/phd/pdfs/PHD-66375-REVIEW-BILGIN.pdf

Binbay, T., Binbay, D. A., Ulaş, H., ve Alptekin, K. (2016). Sinop ilinde tanımlı bir alanda şizofreni, şizoafektif bozukluk ve bipolar I bozukluğun başvuru temelli yaygınlığı. *Türk Psikiyatr Derg, 27*, 1-10. Erişim 28.07.2020. http://submission.turkpsikiyatri.com/MGSDosyalar/Yayinlanmamis/15039Sinopilindev4-c15bth.pdf

Brain, C., Kymes, S., DiBenedetti, D. B., Brevig, T., ve Velligan, D. I. (2018). Experiences, attitudes, and perceptions of caregivers of individuals with treatment-resistant schizophrenia: a qualitative study. *BMC psychiatry, 18*(1), 253. Erişim 10.06.2020. https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12888-018-1833-5.pdf

Bulut, M., Arslantaş, H., ve Dereboy, İ. F. (2019). Şizofreni hastalarının bakım vericilerine uygulanan psikoeğitimin bakım vericilerin duygu dışavurumlarına ve hastaların pozitif ve negatif sendrom ölçeği puanlarına olan etkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 22*(3), 286-297. Erişim 27.05.2020. https://www.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD-32559-RESEARCH_ARTICLE-BULUT.pdf

Caqueo-Urízar, A., Fond, G., Urzúa, A., Boyer, L., ve Williams, D. R. (2016). Violent behavior and aggression in schizophrenia: prevalence and risk factors. A multicentric study from three Latin-America countries. *Schizophrenia Research, 178*(1-3), 23-28. Erişim 10.09.2020. https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.09.005

Carpiniello, B., Vita, A., ve Mencacci, C. (2020). *Violence and Mental Disorders* (B. Carpiniello, A. Vita, ve C. Mencacci Eds.): Springer.

Carr, V. J., Lewin, T. J., Sly, K. A., Conrad, A. M., Tirupati, S., Cohen, M., . . . Coombs, T. (2008). Adverse incidents in acute psychiatric inpatient units: rates, correlates

and pressures. *Australian ve New Zealand Journal of Psychiatry, 42*(4), 267-282. Erişim 28.09.2020. https://doi.org/10.1080/00048670701881520

Chen, L., Zhao, Y., Tang, J., Jin, G., Liu, Y., Zhao, X., . . . Lu, X. (2019). The burden, support and needs of primary family caregivers of people experiencing schizophrenia in Beijing communities: a qualitative study. *BMC psychiatry, 19*(1), 75. Erişim 12.10.2020. https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-019-2052-4

Cho, W., Shin, W.-S., An, I., Bang, M., Cho, D.-Y., ve Lee, S.-H. (2019). Biological aspects of aggression and violence in schizophrenia. *Clinical psychopharmacology and neuroscience*, *17*(4), 475. Erişim 29.09.2020. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6852683/pdf/cpn-17-475.pdf

Cleary, M., West, S., Hunt, G. E., McLean, L., ve Kornhaber, R. (2020). A qualitative systematic review of caregivers' experiences of caring for family diagnosed with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 1-17. Erişim 15.10.2020. https://www.tandfonline.com/doi/epub/10.1080/01612840.2019.1710012?needAccess=true

Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it.

Corcoran, J. (2016). *Living with Mental Disorder: Insights From Qualitative Research*: Routledge.

Crane, L. L., ve McDonough, T. A. (2019). Living with schizophrenia: Coping, resilience, and purpose. *The Oral History Review*. Erişim 14.09.2020. https://doi.org/10.1093/ohr/ohu010

De Macedo Rodrigues, L. S., Soares Santos, A., Guerra Júnior, A. A., Mascarenhas Alemão, M., de Oliveira, H. N., Afonso Reis, E., . . . Ruas Brandão, C. M. (2016). Hospitalization of schizophrenic patients in the public health system of Minas Gerais, Brazil. *JBES: Brazilian Journal of Health Economics/Jornal Brasileiro de Economia da Saúde, 8*(3), 197-203. Erişim 28.09.2020. https://www.researchgate.net/profile/Helian_Oliveira/publication/313790624_Hospitalization_of_schizophrenic_patients_in_the_public_health_system_of_Minas_Gerais_Brazil_Hospitalizacao_de_pacientes_esquizofrenicos_no_Sistema_Unico_de_Saude_em_Minas_Gerais_Brasil/links/58a5bb0d92851cf0e39ad95b/Hospitalization-of-schizophrenic-patients-in-the-public-health-system-of-Minas-

Gerais-Brazil-Hospitalizacao-de-pacientes-esquizofrenicos-no-Sistema-Unico-de-Saude-em-Minas-Gerais-Brasil.pdf

Doval, N., Sharma, E., Agarwal, M., Tripathi, A., ve Nischal, A. (2018). Experience of caregiving and coping in caregivers of schizophrenia. *Clinical Schizophrenia ve Related Psychoses, 12*(3), 113-120. Erişim 27.09.2020. https://pdfs.semanticscholar.org/12b6/5d958d38bd22a3e477122e10a1d457c096d0.pdf

Duman, Z. Ç., ve Bademli, K. (2013). Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: sistematik bir inceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 5*(1), 78-84.

Durat, G., Atmaca, G., Tarsuslu, B., Atilla, E., Zuhal, E., ve Keleş, M. (2020). Ruhsal bozukluğu olan bireye sahip ailelerin psikolojik dayanma güçleri İle öfke ve öfke İfade tarzlarının İncelenmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, 5*(3), 519-527. Erişim 28.10.2020. https://dergipark.org.tr/en/pub/otjhs/issue/56624/788933

Durmaz, H., ve Okanlı, A. (2020). Effects of interpersonal psychotherapy (ipt) techniques and psychoeducation on self-efficacy and care burden in families of patients with schizophrenia. *The American Journal of Family Therapy*, 1-19. Erişim 14.10.2020. https://doi.org/10.1080/01926187.2020.1820401

Durmaz, O., ve Kumsar, N. A. (2020). Toplum ruh sağlığı merkezi uygulamalarının şizofreni hastalığının sürecine klinik değişkenler temelinde etkisi. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi, 2*(2), 82-88. Erişim 28.10.2020. https://dergipark.org.tr/en/pub/ktppdergisi/issue/56347/780160

Dülgerler, Ş. (2004). Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psikoeğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış doktora tezi, İzmir, Ege Üniversitesi*.

El-Badri, S. M., ve Mellsop, G. (2006). Aggressive behaviour in an acute general adult psychiatric unit. *Psychiatric Bulletin, 30*(5), 166-168. Erişim 28.09.2020. https://doi.org/10.1192/pb.30.5.166

Ensari, H., Gültekin, B. K., Karaman, D., KOÇ, A., ve BEŞKARDEŞ, A. F. (2013). Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 14*(2), 108-114. Erişim 29.09.2020. https://www.anadolupsikiyatri.net/fulltext/apd_14_02_04.pdf

Erkiran, M., Erkiran, G. K., ve Evren, C. (2001). İlaç kullanmayan şizofreni hastalarında saldırganlık ve serum kolesterol düzeyi: Kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi, 12*, 261-272.

Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., ve Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med, 6*(8), e1000120. Erişim 27.09.2019. https://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1000120 vetype=printable

Flyckt, L., Löthman, A., Jörgensen, L., Rylander, A., ve Koernig, T. (2013). Burden of informal care giving to patients with psychoses: a descriptive and methodological study. *International Journal of Social Psychiatry, 59*(2), 137-146. Erişim 27.09.2020. https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0020764011427239

Foster, C., Bowers, L., ve Nijman, H. (2007). Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *Journal of advanced nursing, 58*(2), 140-149. Erişim 28.09.2020. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04169.x

Frogley, C., Taylor, D., Dickens, G., ve Picchioni, M. (2012). A systematic review of the evidence of clozapine's anti-aggressive effects. *International Journal of Neuropsychopharmacology, 15*(9), 1351-1371. Erişim 27.09.2020. https://doi.org/10.1017/S146114571100201X

González, R. A., Kallis, C., Ullrich, S., Barnicot, K., Keers, R., ve Coid, J. W. (2016). Childhood maltreatment and violence: Mediation through psychiatric morbidity. *Child Abuse ve Neglect, 52*, 70-84. Erişim 28.09.2020. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.01.002

Graves, J. M., Marsack-Topolewski, C. N., ve Shapiro, J. (2020). Emerging adult siblings of individuals with schizophrenia: Experiences with family crisis. *Journal of Family Issues*, 0192513X20905327. Erişim 14.10.2020. https://doi.org/10.1177/0192513X20905327

Gupta, S., Isherwood, G., ve Van Impe, K. (2016). Schizophrenia: bringing the burden of care into the spotlight. In: Kantar Health.

Hamadeh, R. R., Alaiwat, B. A., ve Ansari, A. A. (2003). Assaults and nonpatient-induced injuries among psychiatric nursing staff in Bahrain. *Issues in Mental Health Nursing, 24*(4), 409-417. Erişim 28.09.2020. https://doi.org/10.1080/01612840305314

Ho, R. T. H., Chan, C. K. P., Lo, P. H. Y., Wong, P. H., Chan, C. L. W., Leung, P. P. Y., ve Chen, E. Y. H. (2016). Understandings of spirituality and its role in illness recovery in persons with schizophrenia and mental-health professionals: a qualitative study. *BMC psychiatry*, *16*(1), 86. Erişim 29.09.2020. https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-016-0796-7

Hodgins, S. (2017). Aggressive behavior among persons with schizophrenia and those who are developing schizophrenia: Attempting to understand the limited evidence on causality. *Schizophrenia bulletin*, *43*(5), 1021-1026. Erişim 29.09.2020. https://doi.org/10.1093/schbul/sbx079

Hsu, M. C., ve Tu, C. H. (2014). Adult patients with schizophrenia using violence towards their parents: a phenomenological study of views and experiences of violence in parent–child dyads. *Journal of advanced nursing*, *70*(2), 336-349. Erişim 29.09.2020. https://doi.org/10.1111/jan.12194

Huang, X. Y., Sun, F. K., Yen, W. J., ve Fu, C. M. (2008). The coping experiences of carers who live with someone who has schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(6), 817-826. Erişim 27.09.2020. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02130.x

Ilmy, S. K., Noorhamdani, N., ve Windarwati, H. D. (2020). Family burden of schizophrenia in pasung during covid-19 pandemic: A scoping review. *INDONESIAN NURSING JOURNAL OF EDUCATION AND CLINIC (INJEC)*, *5*(2), 185-196. Erişim 14.10.2020. https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2458-10-516

Işık, E., Coşkunol, H., Evren, C., ve Işık, U. Ş. (2015). Alkol Madde Bağımlılığı. In (1. baskı ed.). İstanbul: Sigma Publishing.

Kageyama, M., Yokoyama, K., ve Horiai, Y. (2019). Perceptions of stages of family violence and their perceived solutions in persons with schizophrenia. *The Open Nursing Journal*, *13*(1). Erişim 29.09.2020. https://benthamopen.com/contents/pdf/TONURSJ/TONURSJ-13-156.pdf

Kageyama, M., ve Solomon, P. (2019). Physical violence experienced and witnessed by siblings of persons with schizophrenia in Japan. *International Journal of Mental Health*, *48*(1), 2-13. Erişim 14.08.2020. https://doi.org/10.1080/00207411.2018.1563462

Kageyama, M., Solomon, P., Yokoyama, K., Nakamura, Y., Kobayashi, S., ve Fujii, C. (2018). Violence towards family caregivers by their relative with schizophrenia in Japan. *Psychiatric quarterly, 89*(2), 329-340. Erişim 20.09.2020. https://link.springer.com/article/10.1007/s11126-017-9537-4

Kageyama, M., Yokoyama, K., Nakamura, Y., Kobayashi, S., ve Fujii, C. (2018). The coping process of Japanese parents who experience violence from adult children with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing, 32*(4), 549-554. Erişim 12.10.2020. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.03.004

Kageyama, M., Solomon, P., Kita, S., Nagata, S., Yokoyama, K., Nakamura, Y., . . . Fujii, C. (2016). Factors related to physical violence experienced by parents of persons with schizophrenia in Japan. *Psychiatry research, 243*, 439-445. Erişim 30.03.2020. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.036

Karaağaç, H., ve Var, E. Ç. (2019). Şizofreni hastalarına bakım verenlerin bakım yüklerinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 22*(1), 16-26. Erişim 29.09.2020. https://www.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_22_1_16_26.pdf

Karakuş, G., Kocal, Y., ve Sert, D. (2017). Şizofreni: Etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 26*(2), 251-267. Erişim 20.08.2019. https://www.researchgate.net/publication/318043341_Sizofreni_Etyoloji_Klinik_Ozellikler_ve_Tedavi

Kartalova-O'Doherty, Y., ve Doherty, D. T. (2008). Coping strategies and styles of family carers of persons with enduring mental illness: a mixed methods analysis. *Scandinavian journal of caring sciences, 22*(1), 19-28. Erişim 27.09.2019. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00583.x

Konwar, G., ve Borah, M. (2019). A study to assess burden of care and coping mechanism of family members of schizophrenia patients. *International Journal of Health Sciences and Research, 9*(7), 63-68. Erişim 14.10.2020. https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.9_Issue.7_July2019/10.pdf

Kotrotsiou, E., Papathanasiou, I., ve Kotrotsiou, S. (2019). Schizophrenia and family. *ICUS NURS WEB, 27*, 1-9. Erişim 15.10.2020. https://www.researchgate.net/profile/Ioanna_Papathanasiou/publication/256436725_Schizophrenia_and_Family/links/0c96052287d25c6c3c000000.pdf

Köroğlu, A., ve Hocaoğlu, Ç. (2017). Şizofreninin aile üzerine olan etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7*(3), 170-175. Erişim 20.08.2019. https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/368574

Köroğlu, E. (2015). *DSM-5 tanı odaklı klinik psikiyatri*: HBY Yayıncılık.

Köroğlu, E., Güleç, C., ve Şenol, S. (2007). Psikiyatri Temel Kitabı. *Baskı. Ankara: HYB Basım Yayın, 273*.

Kümbetoğlu, B. (2008). *Sosyolojide ve antropolojide niteliksel yöntem ve araştırma*: Bağlam Yayıncılık.

Laila, N. H., Mahkota, R., Shivalli, S., Bantas, K., ve Krianto, T. (2019). Factors associated with pasung (physical restraint and confinement) of schizophrenia patients in Bogor regency, West Java Province, Indonesia 2017. *BMC psychiatry, 19*(1), 162. Erişim 28.09.2020. https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-019-2138-z

Lamsma, J., ve Harte, J. M. (2015). Violence in psychosis: conceptualizing its causal relationship with risk factors. *Aggression and violent behavior, 24*, 75-82. Erişim 28.06.2020. https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.05.003

Lay, B., Blank, C., Lengler, S., Drack, T., Bleiker, M., ve Rössler, W. (2015). Preventing compulsory admission to psychiatric inpatient care using psycho-education and monitoring: feasibility and outcomes after 12 months. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 265*(3), 209-217. Erişim 29.09.2020. https://link.springer.com/article/10.1007/s00406-014-0553-1

Leclerc, M. P., Regenbogen, C., Hamilton, R. H., ve Habel, U. (2018). Some neuroanatomical insights to impulsive aggression in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 201*, 27-34. Erişim 21.08.2020. https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.06.016

Lilja, L., ve Hellzén, O. (2008). Former patients' experience of psychiatric care: a qualitative investigation. *International journal of mental health nursing, 17*(4), 279-286. Erişim 22.05.2020. https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00544.x

Lindert, J., ve Levav, I. (2016). *Violence and Mental Health*: Springer.

Malla, A. A., Bhat, N. M., ve Wagay, Z. A. (2015). A study of coping styles and stress tolerance in the caregivers of schizophrenic patients. *The International Journal of Indian Psychology, 3*(1), 341-348.

Marcsisin, M. J., Rosenstock, J. B., ve Gannon, J. M. (2016). *Schizophrenia and Related Disorders*: Oxford University Press.

Marty, S., Jaeger, M., Moetteli, S., Theodoridou, A., Seifritz, E., ve Hotzy, F. (2019). Characteristics of psychiatric emergency situations and the decision-making process leading to involuntary admission. *Frontiers in psychiatry, 9*, 760. Erişim 20.08.2020. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2018.00760/full

Mętel, D., Kalisz, A., Arciszewska, A., Bielańska, A., Kruk, D., ve Cechnicki, A. (2018). Relationship between family attitude, symptoms' severity and social functioning of people suffering from schizophrenia over 20 years. A prospective study. *Advances in Psychiatry and Neurology/Postępy Psychiatrii i Neurologii, 27*(4), 289-303. Erişim 14.10.2020. https://doi.org/10.5114/ppn.2018.79557

Mizock, L., Millner, U. C., ve Russinova, Z. (2012). Spiritual and religious issues in psychotherapy with schizophrenia: cultural implications and implementation. *Religions, 3*(1), 82-98. Erişim 29.09.2020. https://doi.org/10.3390/rel3010082

Mohr, P., Knytl, P., Voráčková, V., Bravermanová, A., ve Melicher, T. (2017). Long-acting injectable antipsychotics for prevention and management of violent behaviour in psychotic patients. *International journal of clinical practice, 71*(9), e12997. Erişim 20.08.2020. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ijcp.12997

Monahan, J., Vesselinov, R., Robbins, P. C., ve Appelbaum, P. S. (2017). Violence to others, violent self-victimization, and violent victimization by others among persons with a mental illness. *Psychiatric Services, 68*(5), 516-519. 21.08.2020. https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdfplus/10.1176/appi.ps.201600135

Mosele, P. H. C., Figueira, G. C., Bertuol Filho, A. A., de Lima, J. A. R. F., ve Calegaro, V. C. (2018). Involuntary psychiatric hospitalization and its relationship to psychopathology and aggression. *Psychiatry research, 265*, 13-18. Erişim 18.09.2020. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.04.031

Nasr, T., ve Kausar, R. (2009). Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Annals of general psychiatry, 8*(1), 17. Erişim 17.09.2020. https://link.springer.com/article/10.1186/1744-859X-8-17

Nielssen, O., ve Large, M. (2010). Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia bulletin, 36*(4), 702-712. Erişim 27.09.2020.

https://doi.org/10.1093/schbul/sbn144

Nirmala, B., Vranda, M., ve Reddy, S. (2011). Expressed emotion and caregiver burden in patients with schizophrenia. *Indian journal of psychological medicine, 33*(2), 119. Erişim 09.09.2020. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3271483/

Oakley, C., Harris, S., Fahy, T., Murphy, D., ve Picchioni, M. (2016). Childhood adversity and conduct disorder: a developmental pathway to violence in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 172*(1-3), 54-59. Erişim 13.08.2020. https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.01.047

Ong, H. C., Ibrahim, N., ve Wahab, S. (2016). Psychological distress, perceived stigma, and coping among caregivers of patients with schizophrenia. *Psychology Research and Behavior Management, 9*, 211. Erişim 19.09.2020. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4993414/

Öztürk, M. O., ve Uluşahin, A. (2015). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*: Nobel Tıp Kitabevleri.

Pazvantoglu, O., Sarisoy, G., Boke, O., Aker, A. A., Ozturan, D. D., ve Unverdi, E. (2014). The dimensions of caregiver burden in schizophrenia: the role of patient functionality. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences,27*(1), 53.Erişim14.10.2020. https://dusunenadamdergisi.org/article/317

Penttilä, M., Jääskeläinen, E., Hirvonen, N., Isohanni, M., ve Miettunen, J. (2014). Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry, 205*(2), 88-94. Erişim 15.10.2020. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.127753

Pompeo, D. A., Carvalho, A. d., Olive, A. M., Souza, M. d. G. G., ve Galera, S. A. F. (2016). Strategies for coping with family members of patients with mental disorders. *Revista latino-americana de enfermagem, 24*. Erişim 14.08.2020. http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1311.2799

Pulsford, D., Crumpton, A., Baker, A., Wilkins, T., Wright, K., ve Duxbury, J. (2013). Aggression in a high secure hospital: staff and patient attitudes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 20*(4), 296-304. Erişim 19.08.2020. https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01908.x

Rowaert, S., Vandevelde, S., Audenaert, K., ve Lemmens, G. (2018). Family support groups for family members of mentally ill offenders: A pilot study. *The Journal of Forensic Psychiatry ve Psychology, 29*(5), 762-773. Erişim 09.09.2020. https://doi.org/10.1080/14789949.2018.1508482

Rowaert, S., Vandevelde, S., Lemmens, G., Vanderplasschen, W., Vander Beken, T., Vander Laenen, F., ve Audenaert, K. (2016). The role and experiences of family members during the rehabilitation of mentally ill offenders. *International Journal of Rehabilitation Research, 39*(1), 11-19. Erişim 09.09.2020. https://doi.org/10.1097/MRR.0000000000000152

Sadock, B. (2016). *Kaplan ve Sadock Klinik Psikiyatri (Çev. Ed. A Bozkurt)* (A. Bozkurt Ed.). İstanbul: Güneş Tıp Kitapevleri.

Sariaslan, A., Lichtenstein, P., Larsson, H., ve Fazel, S. (2016). Triggers for violent criminality in patients with psychotic disorders. *JAMA psychiatry, 73*(8), 796-803. Erişim 08.05.2020. https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2533653

Sharif, L., Basri, S., Alsahafi, F., Altaylouni, M., Albugumi, S., Banakhar, M., . . . Wright, R. J. (2020). An exploration of family caregiver experiences of burden and coping while caring for people with mental disorders in saudi arabia—a qualitative study. *International journal of environmental research and public health, 17*(17), 6405. Erişim 14.10.2020. https://doi.org/10.3390/ijerph17176405

Shiraishi, N., ve Reilly, J. (2019). Positive and negative impacts of schizophrenia on family caregivers: a systematic review and qualitative meta-summary. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 54*(3), 277-290. Erişim 14.10.2020. https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-018-1617-8

Sruamsiri, R., Mori, Y., ve Mahlich, J. (2018). Productivity loss of caregivers of schizophrenia patients: a cross-sectional survey in Japan. *Journal of Mental Health, 27*(6), 583-587.

Stanley, S., Balakrishnan, S., ve Ilangovan, S. (2017). Psychological distress, perceived burden and quality of life in caregivers of persons with schizophrenia. *Journal of Mental Health, 26*(2), 134-141. Erişim 14.04.2020. https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1276537

Stephen, J. G., Stephen, V. F., ve Ming, T. T. (2019). *The Fact Schizophrenia* (Fourth Edition ed.): Oxford University Press.

Sun, G.-C., ve Hsu, M.-C. (2016). Effects of nurse-led child-and parent-focused violence intervention on mentally ill adult patients and victimized parents: a randomized controlled trial. *International journal of nursing studies, 60*, 79-90. Erişim 08.08.2020. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.002

Sungur, E. N., Yenigün, E. H., Oğuzhanoğlu, N. K., ve Yücens, B. (2020). Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların şiddeti tanıma ve şiddetten etkilenme durumu. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 23*(3). Erişim 29.09.2020. https://www.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_23_3_280_289.pdf

Şengün, F. (2010). Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). *Dokuz Eylül Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir*.

Tamizi, Z., Fallahi-Khoshknab, M., Dalvandi, A., Mohammadi-Shahboulaghi, F., Mohammadi, E., ve Bakhshi, E. (2020). Caregiving burden in family caregivers of patients with schizophrenia: A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion, 9*, 12. Erişim 15.10.2020. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7034163/

Tong, A., Sainsbury, P., ve Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care, 19*(6), 349-357. Erişim 28. 05.2019. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042

Ural, C., Belli, H., Öncü, F., ve Soysal, H. (2012). Psikotik hastaların şiddet davranışlarında hedef kitle profili. *Türk Psikiyatri Dergisi, 23*(1), 26-32. Erişim 12.04.2020.http://www.turkpsikiyatri.com/Data/UnpublishedArticles/b77ahc.pdf

Üçok, A. (2008). Şizofreninin erken döneminde klinik özellikleri ve tedavi İlkeleri. *Klinik Psikiyatri, 11*(Ek 1), 3-8.

Velligan, D. I., Brain, C., Bouérat Duvold, L., ve Agid, O. (2019). Caregiver burdens associated with treatment-resistant schizophrenia: a quantitative caregiver survey of experiences, attitudes and perceptions. *Frontiers in psychiatry*, *10*, 584. Erişim 01.10.2020. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00584

Volavka, J., ve Swanson, J. (2010). Violent behavior in mental illness: the role of substance abuse. *JaMa, 304*(5), 563-564. Erişim 20.08.2020. https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/186315

Von Kardorff, E., Soltaninejad, A., Kamali, M., ve Eslami Shahrbabaki, M. (2016). Family caregiver burden in mental illnesses: The case of affective disorders and schizophrenia–a qualitative exploratory study. *Nordic journal of psychiatry, 70*(4), 248-254. Erişim 14.08.2020. https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1084372

Wang, L., Xu, J., Zou, H., Zhang, H., ve Qu, Y. (2019). Violence against primary caregivers of people with severe mental illness and their knowledge and attitudes towards violence: A cross-sectional study in China. *Archives of Psychiatric Nursing, 33*(6), 167-176. Erişim 12.10.2020. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.08.009

WHO. (2002). World report on violence and health. Geneva: WHO, 2002. *WHO Technical Report Series, 866*.

WHO. (2019). Schizophrenia. https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia

Yavuz, R. (2008). Türkiye'de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimleri Etkinlikleri*, 49-58.

Yıldırım, A., ve Şimşek, H. (2016). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (10. Basım). *Seçkin Yayınları*, 127-283.

Young, L., Digel Vandyk, A., Daniel Jacob, J., McPherson, C., ve Murata, L. (2019). Being parent caregivers for adult children with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing, 40*(4), 297-303. Erişim 15.10.2020. https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1524531

Yöyen, E. G. (2017). Şiddet türleri ve kişilik özellikleri. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi, 1*(1), 35-50. Erişim 03.03.2020. https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/312168

Zhou, J. S., Zhong, B. L., Xiang, Y. T., Chen, Q., Cao, X. L., Correll, C. U., . . . Wang, X. P. (2016). Prevalence of aggression in hospitalized patients with schizophrenia in China: A meta-analysis. *Asia-Pacific Psychiatry, 8*(1), 60-69. Erişim 28.09.2020. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/appy.12209

8. EKLER

EK-1 KİŞİSEL VERİ FORMU

KİŞİSEL VERİ FORMU

1- **Ad-Soyad:……. Nick:**

2- **Yaş**:……..

3- **Cinsiyet**: (1) Erkek( ) (2) Kadın( )

4- **Medeni Durum:** (1) Evli ( ) (2) Bekar ( )

5- **Meslek-Çalışma Durumu:** (1) Evet ( ) (2) Hayır ( )

6- **Eğitim durumu** : (1) İlkokul ( ) (2) Ortaokul ( ) (3)Lise ( ) (4)Üniversite ( )

7- **Yaşadığı yer:** (1) Köy ( ) (2) İlçe ( ) (3) İl ( )

8- **Ekonomik durumu:** (1) Gelirim giderimi karşılıyor ( )
(2) Gelirim giderimi karşılamıyor( )

9- **Sizin kronik herhangi bir fiziksel hastalığınız var mı?** 1) Evet ( ) (2) Hayır ( )

10- **Sizin kronik herhangi bir ruhsal bozukluğunuz var mı?**1) Evet ( ) (2) Hayır ( )

11- **Bakım verdiğiniz başka kimse var mı?** 1) Evet ( ) (2) Hayır ( )

12- **Aile de sizin dışınızda hastaya birincil derecede bakım veren kimse var mı?**
1) Evet ( ) (2) Hayır ( )

13- **Hastaya yakınlık durumunuz nedir?**
(1) Eşi ( ) (2) Ebeveyni ( ) (3) Kardeşi/Yakın akraba ( )

14- **Kaç yıldır hastayla yaşıyorsunuz?**.....

15- **Daha önce hastalık hakkında herhangi bir psikoeğitim programına katıldınız mı?**
(1) Evet ( ) (2) Hayır ( )

16- **Hastanızın yaşı?.....**

17- **Hastanızın cinsiyeti?** (1) Erkek( ) (2) Kadın( )

18- **Hastanızın eğitim durumu** : (1) Okuryazar değil( ) (2) İlk-Ortaokul ( )
(3) Lise ( ) (4)Üniversite ( )

19- **Hastanızın hastalığının başlangıç yaşı :……**

20- **Hastanız ilaçlarını düzenli kullanıyor mu?** (1) Evet ( ) (2) Hayır ( )

21- **Hastanız kontrollerine düzenli devam ediyor mu?** (1) Evet ( ) (2) Hayır ( )

22- **Hastanızın psikiyatri servisine yatış öyküsü varmı?** (1) Var ( ) (2) Yok ( )

Yatış varsa süresi, sayısı: ……/……

23- **Aile geçmişinde herhangi bir ruhsal bozukluk var mı?**
(1) Yok( ) (2) Var( ) Varsa hangi rahatsızlık?…….

EK-2 YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

Merhaba, ben Mehmet Cihad AKTAŞ İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisiyim. "Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Hasta Kaynaklı Şiddet Deneyimleri" üzerine bir araştırma yapıyorum ve bu konuda sizinle görüşmek istiyorum. Fikir ve yorumlarınız benim için önemlidir. Görüşme süresince söyleyeceklerinizin tümü gizli kalacaktır. Görüşme yaklaşık bir ya da bir buçuk saat sürecektir. İzin verirseniz görüşmeyi kaydetmek istiyorum. Görüşme aşağıdaki sorular doğrultusunda gerçekleştirilecektir.

Görüşme formunda yer alan soruların şunlar olması planlanmaktadır;

1- Yaşadığınız şiddeti ne sıklıkta ve hangi dönemlerde yaşıyorsunuz?
2- Hastanızla olan ilişkinizde ve ona bakım verirken size yönelik olan zarar verici davranışlarıyla ilgili neler yaşıyorsunuz?
3- Bu davranışlar ile karşılaştığınızda neler hissediyorsunuz?
4- Bu davranışlar karşısında neler yapıyorsunuz?
5- Bu davranışların olmaması (ortadan kaldırılması veya hafifletilmesi) için neler yapılabilir?

EK-3 BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın katılımcı;

Bu katıldığınız "Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Hasta Kaynaklı Şiddet Deneyimleri: Nitel Araştırma" adlı çalışma bilimsel bir araştırma olup, İstanbul Üniversitesi–Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi Arş. Gör. Uzm. Mehmet Cihad AKTAŞ tarafından, Prof. Dr. Yasemin KUTLU danışmanlığında doktora tezi olarak yürütülmektedir. Araştırmanın amacı, Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Hasta Kaynaklı Şiddet Deneyimlerini belirlemektir. Araştırma kapsamında katılımcılar ile görüşmeler yapılacaktır. Bu görüşmeler sırasında kişisel bilgilerinizi içeren anket formu ve görüşme soru formu kullanılacaktır. Görüşme yaklaşık 45-50 dakika sürecektir. Bu araştırma sizin için herhangi bir risk taşımamaktadır. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size bildirilecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlı olup araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahipsiniz. İstediğiniz anda araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilirsiniz. Çalışmadan çekilmeniz durumunda sizle ilgili veriler gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir. Araştırmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda veya herhangi bir nedenle çalışma programından çıkmanız halinde bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz ve ayrıca araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen veriler ve bunların sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir.

(Katılımcının/Gönüllünün Beyanı)

Sayın Mehmet Cihad AKTAŞ (Doktora öğrencisi) tarafından, Prof. Dr. Yasemin KUTLU danışmanlığında İstanbul Üniversitesi –Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tez çalışması olarak yürütülen "Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Hasta Kaynaklı Şiddet Deneyimleri: Nitel Araştırma" adlı araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla

korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, araştırmacı Mehmet Cihad AKTAŞ'ı (0531 5598579) nolu telefon numarasından arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün

Adı-soyadı :

İmzası :

Adresi :

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı-soyadı : Mehmet Cihad AKTAŞ İmzası:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı-soyadı: İmzası: Görevi:

9. ETİK KURUL KARARI

9.1. Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 12/07/2019-53557

T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu

Sayı : 31598839-604.01.02-E.53557 12/07/2019
Konu : Doktora öğr. Mehmet Cihad AKTAŞ'a ait tez çalışması hk. alınan kurul kararı

Sayın Arş. Gör. Mehmed Cihad AKTAŞ

Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulu'nun 21/05/2019 tarih ve 2019/03-02 sayılı kararı gereğince; Danışmanlığını Prof. Dr. Fatma Yasemin KUTLU'nun yaptığı, Van Sağlık Yüksekokulu öğretim elemanı Arş. Gör. Mehmet Cihad AKTAŞ'ın, "Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Hasta Kaynaklı Şiddet Deneyimleri: Nitel Araştırma" adlı tez çalışmasıyla ilgili, alınan kurul kararı ekte sunulmuştur.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Nihat MERT
Etik Kurulu Başkanı

Ek: Doktora Öğr. Mehmet Cihad AKTAŞ'a ait doktora tez çalışması hk. alınan kurul kararı

Adres:Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu Zeve Kampüsü 65080 Tuşba/VAN
Telefon:+90 432 2251701-04 / +90 4445065 Faks+90 432 4865413
e-Posta:rektorluk@yyu.edu.tr Elektronik Ağ:http://www.yyu.edu.tr
Ayrıntılı bilgi için irtibat: Mehmet Şah OĞUZ
Unvanı: Şef

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak Tarih ve Sayısı: 08/07/2019-51571

	T.C. **VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ** **SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL** **ARAŞTIRMALAR YAYIN ETİK KURULU** **BAŞKANLIĞI** **ETİK KURUL KARARLARI**
TOPLANTI TARİHİ: 21.05.2019 **OTURUM SAYISI: 2019/03** **Sayfa:2/2** **TOPLANTIDA ALINAN KARAR SAYISI: 02**	

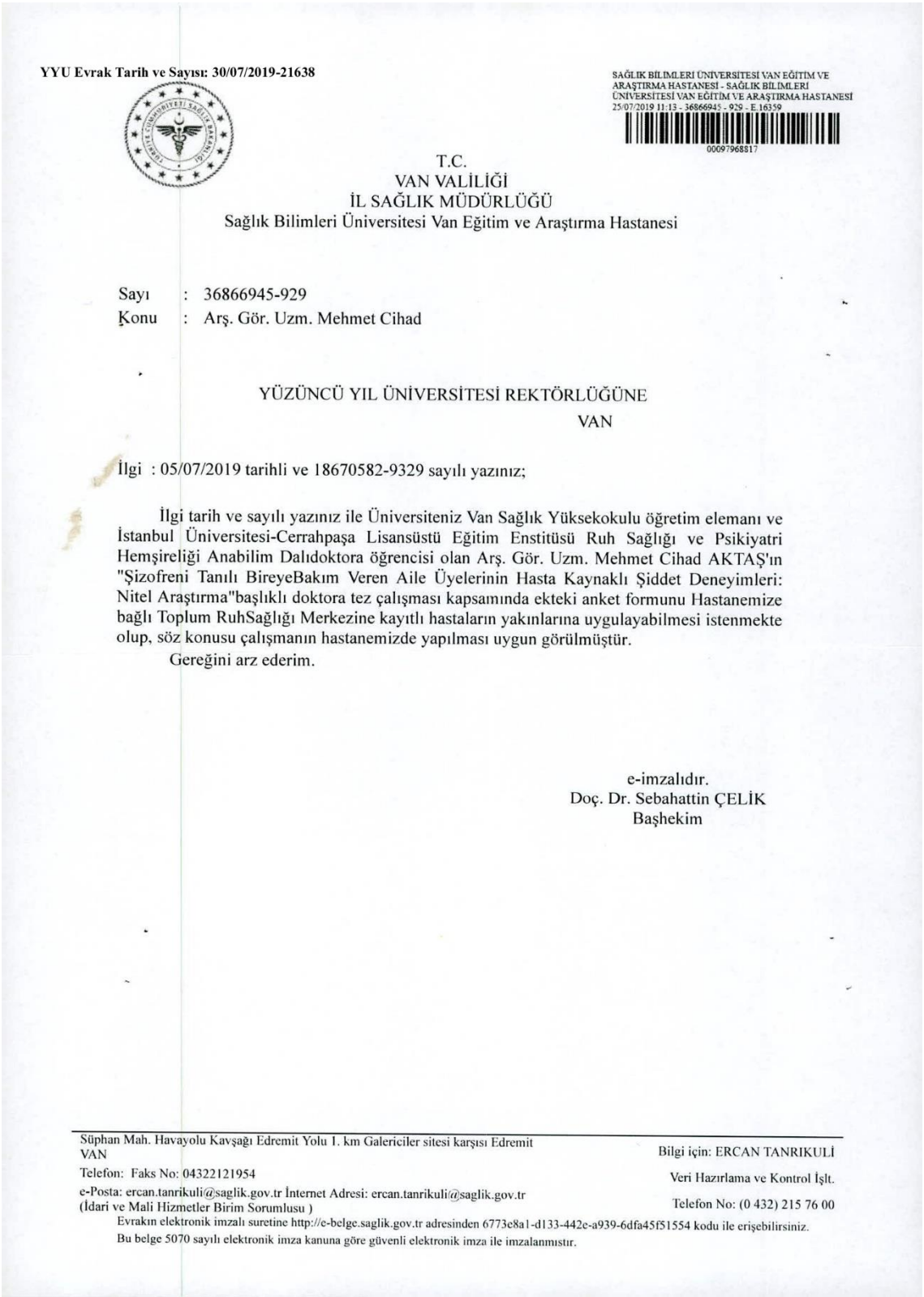
Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Yayın Etik Kurulu'nun 21/05/2019 tarihinde saat 10.30' da Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Yönetim Kurulu Toplantı Salonu'nda Prof. Dr. Nihat MERT başkanlığında yapmış olduğu toplantıda aşağıdaki kararı almıştır:

KARAR NO 2019/03-02. 13/05/2019 tarih ve 36828 sayı ile kurulumuza gönderilen yazıda, Danışmanlığını, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Fatma Yasemin KUTLU'nun yaptığı, Van Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü öğretim elemanı Arş. Gör. Mehmet Cihad AKTAŞ'ın, "Şizofreni Tanılı Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Hasta Kaynaklı Şiddet Deneyimleri: Nitel Araştırma" adlı doktora tez çalışmasında, kişilere uygulanacak anket ve ölçekler incelenmiş olup, söz konusu araçların ilgili kişilere uygulanmasında Sağlık Bilimleri Etik Kuralları ve İlkeleri çerçevesinde herhangi bir sakınca olmadığına karar verilmiştir.

	BAŞKAN Prof. Dr. Nihat MERT Veteriner Fakültesi	
ÜYE Prof. Dr. Mustafa TUNCER Tıp Fakültesi (Katılmadı)	**ÜYE** Prof. Dr. Zafer SOYGÜDER Veteriner Fakültesi (Katılmadı)	**ÜYE** Prof. Dr. Mecit YÖRÜK Veteriner Fakültesi
ÜYE Prof. Dr. Yakup Can SANCAK Veteriner Fakültesi	**ÜYE** Prof. Dr. İrfan BAYRAM Tıp Fakültesi	**ÜYE** Prof. Dr. Orhan YILMAZ Veteriner Fakültesi

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Evrak sorgulaması http://ebelgedogrulama.yyu.edu.tr/enVision-Dogrulama/BelgeDogrulama.aspx?V=BE6P5DYZE adresinde

9.2. Kurum İzni



YYU Evrak Tarih ve Sayısı: 30/07/2019-21638

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ VAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ VAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
25/07/2019 11:13 - 36866945 - 929 - E.16359
00097968817

T.C.
VAN VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 36866945-929
Konu : Arş. Gör. Uzm. Mehmet Cihad

YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
VAN

İlgi : 05/07/2019 tarihli ve 18670582-9329 sayılı yazınız;

İlgi tarih ve sayılı yazınız ile Üniversiteniz Van Sağlık Yüksekokulu öğretim elemanı ve İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalıdoktora öğrencisi olan Arş. Gör. Uzm. Mehmet Cihad AKTAŞ'ın "Şizofreni Tanılı BireyeBakım Veren Aile Üyelerinin Hasta Kaynaklı Şiddet Deneyimleri: Nitel Araştırma"başlıklı doktora tez çalışması kapsamında ekteki anket formunu Hastanemize bağlı Toplum RuhSağlığı Merkezine kayıtlı hastaların yakınlarına uygulayabilmesi istenmekte olup, söz konusu çalışmanın hastanemizde yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

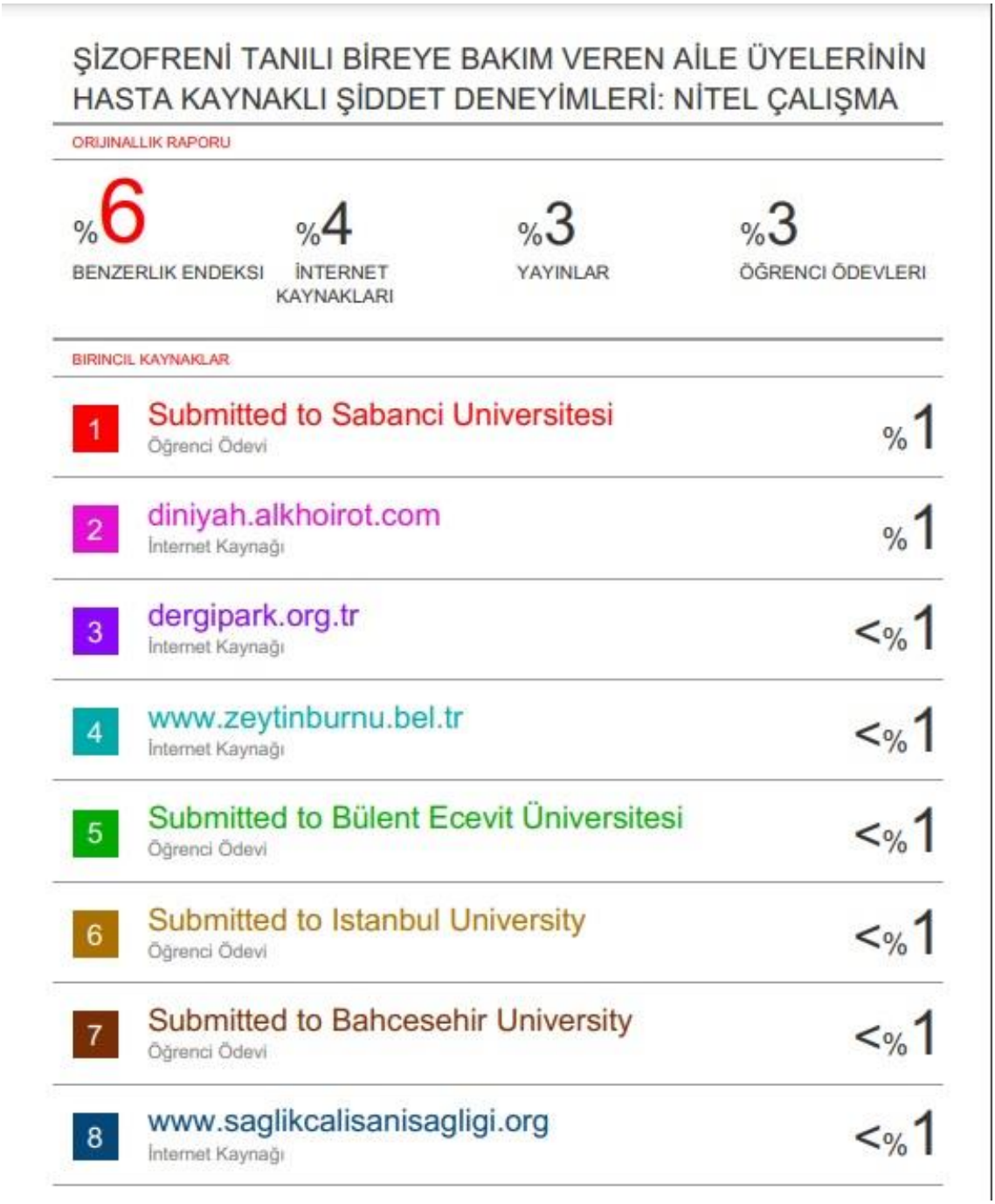
e-imzalıdır.
Doç. Dr. Sebahattin ÇELİK
Başhekim

Süphan Mah. Havayolu Kavşağı Edremit Yolu 1. km Galericiler sitesi karşısı Edremit VAN
Telefon: Faks No: 04322121954
e-Posta: ercan.tanrikuli@saglik.gov.tr İnternet Adresi: ercan.tanrikuli@saglik.gov.tr
(İdari ve Mali Hizmetler Birim Sorumlusu)

Bilgi için: ERCAN TANRIKULİ
Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.
Telefon No: (0 432) 215 76 00

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 6773e8a1-d133-442e-a939-6dfa45f51554 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

10. İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI



ŞİZOFRENİ TANILI BİREYE BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN HASTA KAYNAKLI ŞİDDET DENEYİMLERİ: NİTEL ÇALIŞMA

ORIJINALLIK RAPORU

%6	%4	%3	%3
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCI ÖDEVLERI

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	Submitted to Sabanci Universitesi Öğrenci Ödevi	%1
2	diniyah.alkhoirot.com İnternet Kaynağı	%1
3	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
4	www.zeytinburnu.bel.tr İnternet Kaynağı	<%1
5	Submitted to Bülent Ecevit Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
6	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	<%1
7	Submitted to Bahcesehir University Öğrenci Ödevi	<%1
8	www.saglikcalisanisagligi.org İnternet Kaynağı	<%1

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Mehmet Cihad	**Soyadı**	AKTAŞ
Doğ.Yeri	Hakkâri	**Doğ.Tar.**	01.07.1985
Uyruğu	TC	**TC Kim No**	13637235066
Email	cihadaktas003@hotmail.com	**Tel**	+90 531 559 8579 +90 432 225 17 01-05/21213

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora	İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Lisanüstü Eğitim Enstitüsü	
Yük.Lis.	Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2016
Lisans	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü	2012
Lise	Hakkâri Anadolu Lisesi	2003

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Araştırma Görevlisi	Van YYÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	2014-Halen devam ediyor
2.	Bilgisayar İşletmeni	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi	2011-2014
3.	Bilgisayar İşletmeni	Marmara Üniversitesi	2010-2011

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İNGİLİZCE	İYİ	İYİ	İYİ		YDS:70
					YÖKDİL:80

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	79	78	75
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft Office	İyi
SPSS	İyi
HTML	Orta

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

Yayınları:

- **Aktaş M.C.,** Çuhadar D., (2020). Evaluatıon of The Social Adjustment and Qualıty of Lıfe in Patıents Wıth Obsessıve Compulsıve Dısorder. E-journal of New World Sciences Academy- Medical Sciences, 15(2), 55-70.
- **Aktaş M.C.,** Bulduk B., Çelik D., & Ensarioğlu K.,(2018). Hemşirelik Öğrencilerinde Benlik Saygısı ve Empatik Düzey Arasındaki İlişkinin Çeşitli Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi. Evaluation of Relationship Between Self Esteem and Empatic Level in Nursing Students According to Various Variables.. Hemşirelik Bilimi Dergisi, vol.1, 21-26.
- Bulduk B., **Aktaş M.C.,** & Bulduk M., (2017). Mental Disorders Developed Following Acute Myocardial Infarction. Journal of Academic Research in Nursing, vol.3, 24-27.
- **Aktaş M.C.,** Şimşek Ç., & Aktaş S., (2016). Etiology of Postpartum Depression: Culture Effect. Journal of Academic Research in Nursing, vol.3, 10-13

Tebliğleri:

- Çelik D., **Aktaş M.C.,** & Bulduk B., (2018). Üniversite Öğrencilerinde Benlik Saygısı ve Empatik Düzey Arasındaki İlişkinin Çeşitli Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi. . V. International, IX. National Psychiatric Nursing Congress. Antalya, Turkey. (Poster Bildiri)
- Sürmeli N., **Aktaş M.C.,** Kutlu F.Y., & Göz Y., (2019). Assessment Of Relatıonshıp Between Socıal Appearance Anxıety And Eatıng Attıtudes At Nursıng Students Accordıng To Varıous Varıables. V. International, IX. National Psychiatric Nursing Congress. Antalya, Turkey. (Sözlü Bildiri)
- Çöplü M., **Aktaş M.C.,** Balcıoğlu İ., (2018). Sporda Cinsiyetlerarası Asimetri. I.Internatıonal Congress Of Physıcal Educatıon, Sport, Recreatıon and Dance. Istanbul, Turkey. (Poster Bildiri)
- **Aktaş M.C.,** Çöplü M, Balcıoğlu İ., (2018). Sporda Şiddeti Ortaya Çıkaran Nedenler. I.Internatıonal Congress Of Physıcal Educatıon, Sport, Recreatıon and Dance. Istanbul, Turkey. (Poster Bildiri)
- Aktaş S., Çöplü M., **Aktaş M.C.,** (2018). Sporun Kişilik Özellikleri Üzerine Etkisi. I.Internatıonal Congress Of Physıcal Educatıon, Sport, Recreatıonand Dance. Istanbul, Turkey. (Poster Bildiri)

- Aktaş S., **Aktaş M.C.,** Çöplü M., (2018). Zihinsel Engelli Bireylerde Sporun Etkinliği. I.Internatıonal Congress Of Physıcal Educatıon, Sport, Recreatıon and Dance. Istanbul, Turkey. (Poster Bildiri)
- Aktaş S., & **Aktaş M.C.,** (2017). The Place of Psychiatry in Medical Tourism, Preferred Fields and Effective Factors in Preference. International West Asia Congress of Tourism Research. Van, Turkey. (Poster Bildiri)
- **Aktaş M.C.,** Bulduk B., Akdoğan R., Günbatar N., & Orakçı H., (2017). A Dısciplın in Health Tourısm: Nursıng. International West Asia Congress of Tourism Research. Van, Turkey. (Poster Bildiri)
- **Aktaş M.C.,** Aktaş S., (2017). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Serotonin ve Dopaminin Nörokimyasal Etkisi. 3. Uluslararası İlaç ve Eczacılık Kongresi. Istanbul, Turkey. (Poster Bildiri)
- Aktaş S., **Aktaş M.C.,** (2017). Duygudurum Bozukluklarının Akut Tedavisinde Ketamin. 3. Uluslararası İlaç ve Eczacılık Kongresi. Istanbul, Turkey. (Poster Bildiri)
- Güzel Ş, **Aktaş M.C.,** (2017). Methods of Nonparmacological Pain Control Used During Obstruction: Tactile Stimulation. 4. Uluslararası 8. Ulusal ebelik Öğrencileri Kongresi. İstanbul, Turkey. (Poster Bildiri)
- **Aktaş M.C.,** Güzel Ş, (2017). Postpartum Depression Epidemiology in Turkey. 4. Uluslararası 8. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi. İstanbul, Turkey. (Sözlü Bildiri)
- Sir Ö., **Aktaş M.C.,** Çömez T., (2017). Öğrenci Hemşirelerde Eleştirel Düşünme ve Önemi: Yüzüncü Yıl Üniversitesi Van Örneği. ÖHDER I. Uluslararası IV. Ulusal Bireysel Gelişim Günleri Kongresi. İzmir, Türkiye. (Poster Bildiri)
- **Aktaş M.C.,** Sir Ö., Küçük L., (2017). Hemşireliğin Yeni Sorumluluk Alanı: Göç Eden Bireyler. ÖHDER I. Uluslararası IV. Ulusal Bireysel Gelişim Günleri Kongresi. İzmir, Türkiye. (Poster Bildiri)
- **Aktaş M.C.,** Aktaş M., (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Örgütlenmede Sosyal Medyayı Kullanma Düzeylerinin İncelenmesi. ÖHDER I. Uluslararası IV. Ulusal Bireysel Gelişim Günleri Kongresi. İzmir, Türkiye. (Poster Bildiri)
- **Aktaş M.C.,** Aktaş, M., (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyotropik ve Otonomik Özelliklerinin İncelenmesi. ÖHDER I. Uluslararası IV. Ulusal Bireysel Gelişim Günleri Kongresi. İzmir, Türkiye. (Poster Bildiri)

- Çömez T., Küçük L., **Aktaş M.C.,** Şahin G., (2017). Çocuk ve Ergenlere Yönelik Şiddeti Önleme Programları. III. Uluslararası Farklı Şiddet Boyutları ve Toplumsal Algı Kongresi. Kocaeli, Türkiye. (Sözlü Bildiri)
- **Aktaş M.C.,** Çuhadar D., (2016). Evaluatıon of Socıal Adjustment and Qualıty of Lıfe in Patients Wıth Obsessıve Compulsıve Dısorder. 4st İnternational 8st National Psychiatric Nursing Congress. Manisa, Turkey. (Sözlü Bildiri)
- **Aktaş M.C.,** Aktaş S., (2016). Örgütlenmede Sosyal Medyayı Kullanıyormuyuz?. 4. Uluslararası 8. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. Manisa, Türkiye. (Poster Bildiri)
- Gülmez C.,, **Aktaş M.C.,** Demir Y., Orakcı H., (2016). Beceri Geliştirme Eğitiminde Teknoloji Kullanımının Hemşirelik Öğrencileri Üzerindeki Etkisi. 15. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. Eskişehir, Türkiye. (Poster Bildiri)
- Gülmez C., **Aktaş M.C.,** Elasan S., & Demir Y., (2017). Y Kuşağında Bulunan Hemşirelik Öğrencilerinin Gelecekten Beklentileri. 16. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi. İstanbul, Turkey. (Poster Bildiri)
- **Aktaş M.C.,** (2015). Tükenmişlik. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Cerrahi Hemşireliği Günleri. Van, Türkiye. (Sözlü Sunum)

Sertifkaları/Eğitimleri:

- "Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) Kuramsal ve Uygulamalı Eğitimi", Bağlamsal Bilimler ve Psikoterapiler Derneği, 22 Eylül- 25 Kasım 2018, İstanbul.
- "Proje Yazma Kapasitesini Arttırma Eğitimi", Yüzüncü Yıl Üniversitesi, 2018, Van.
- "Psikolojik Bakım Eğitimi" 3.Uluslararası 7.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Hacettepe Üniversitesi, 2014, Ankara.

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

- Kickboks, Trecking, Swimming