

**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ŞİZOFREN HASTA YAKINLARININ ŞİZOFRENIYE YÖNELİK
TUTUMLARI
VE
HASTANIN BAKIMINDA YAŞADIKLARI ZORLUKLAR**

Şahide AKBULUT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DANIŞMAN
Pror.Dr. Ayşe ÖZCAN**

ŞANLIURFA-2009

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tezimin hazırlanma süresince, benden deneyimlerini ve desteğini esirgemeyen, eğitim ve öğretim yaşantımda örnek aldığım ve alacağım tez danışmanım **Sayın Prof. Dr. Ayşe Özcan'a**,

Eğitim ve öğretim yaşantımda yine örnek aldığım ve alacağım hemşirelik anabilim dalı başkanımız ve değerli hocam **Sayın Prof. Dr. Meliha ATALAY'a**,

Yüksek lisans eğitimim süresince desteğini esirgemeyen değerli hocam **Sayın Doç. Dr. Fügen Göz'e**,

İstatistiksel analizlerimde bana destek veren **Dr. Altan Eşsizozlu'na**,

Veri toplama sürecindeki katkıları ve destekleri için; Dicle Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri kliniği hemşire ve asistan doktorlarına ve hastalara ulaşmam konusunda beni destekleyen Psikiyatri polikliniği sekreteri Sayın Askeri Aytaç'a,

Bana inan ve benden emeğini, gücünü esirgemeyen daima yanımda olan sevgili anneme, babama ve aileme, yüksek lisans öğrenimim süresince yanımda olan yüksek lisans arkadaşlarıma ve çalışmama gönüllü olarak katılan bütün hasta yakınlarına teşekkür ederim.

Şahide AKBULUT

HAZİRAN-2009

İÇİNDEKİLER	Sayfa
1. GİRİŞ	
1.1.Problemin Tanımı.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı.....	3
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Şizofrenin Tanımı.....	4
2.2. Şizofrenin Görülme Sıklığı.....	4
2.3. Şizofreninin Etiyolojisi.....	6
2.4. Şizofreninin Belirtileri.....	7
2.5. Şizofreninin Gidiş ve Sonlanış.....	8
2.6. Şizofreninin Tedavisi.....	10
2.7. Şizofren Hastalarına Yönelik Tutumlar	12
2.8. Şizofren Hasta Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları	16
2.9. Hastanın Bakımında Ailelerin Karşılaştıkları Güçlükler	18
2.10.Şizofren Hasta Ailesi Ve Hemşirelik Yaklaşımı	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Şekli.....	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	21
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	22
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	22
3.5.1 Bağımlı Değişkenler.....	22
3.5.2. Bağımsız Değişkenler.....	22
3.6. Araştırmanın Soruları	22
3.7. Verilerin Toplanması.....	22
3.7.1. Veri Toplama Aracı.....	22
3.7.2 Veri Toplama Aracının uygulanması.....	23
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	24
4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA	46

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar.....54

6.2. Öneriler.....56

7. KAYNAKLAR.....57

8. EKLER

Ek -1 Hasta Bilgi Formu.....62

Ek -2 Hasta Yakını Kişisel Bilgi Formu.....63

Ek -3 Şizofreniye Yönelik Tutum Anketi.....64

Tablo1:Hastaya ait sosyo-demografik özellikler	31
Tablo 2: Hasta Yakını ile ilgili sosyo-demografik özellikler	32
Tablo 3: Hasta Yakını ile ilgili özellikler (Devam I)	33
Tablo 4: Hasta Yakını ile ilgili özellikler (Devam II)	34
Tablo 5: Hastaların Cinsiyetine Göre Eğitim Durumlarının Dağılımı	35
Tablo 6: Hastaların Çalışma Durumuna Göre Eğitim Durumunun Dağılımı	35
Tablo 7: Hastaların Çalışma Durumuna Göre Eğitim Durumunun Dağılımı	36
Tablo 8: Hastanın Cinsiyetinin Sosyal Güvencesine Göre Dağılımı	36
Tablo 9: Hastanın Cinsiyetine Göre İlaçlarını Düzenli Alıp Almadığının Dağılımı	37
Tablo 10. Hastanın Kontrole Düzenli Gelip Gelmemesine Göre Cinsiyetinin Dağılımı	37
Tablo 11. Hastanın Cinsiyetine Göre Kedisine Ait Odasının Olup Olmamasının Dağılımı	38
Tablo 12. Hastanın Kendisine Ait Odasının Olup Olmamasına Göre Çalışma Durumunun Dağılımı	38
Tablo 13. Hastanın İlacını Düzenli Kullanımı İle Evde Yaşayan Kişi Sayısının Dağılımı	38
Tablo 14. Hasta Yakınlarının Bakım Verme Durumuna Göre Yakınlık Dereceleri	39
Tablo 15. Bakım Veren ve Vermeyen Hasta Yakınlarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı	40
Tablo 16. Hasta Yakınlarından Bakım Veren ve Vermeyenlerin Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı	40
Tablo 17. Hasta Yakınının Cinsiyetine Göre Çalışma Durumunun Dağılımı	41
Tablo 18. Hastanın Bakımında Hasta Yakınlarının Yaşadığı Zorluklar	41
Tablo 19. Hasta Yakınlarının Şizofreniyi Tanıma Konusundaki Görüş ve İnanışları	42
Tablo 20. Hasta Yakınlarının Şizofreni Etiyolojisine İlişkin Görüş ve İnanışları	42
Tablo 21. Hasta Yakınlarının Şizofreni Tedavisine İlişkin Görüş ve İnanışları	43
Tablo 22. Hasta Yakınlarının Şizofrenik Kişilere Yönelik Sosyal Mesafe Tavırları	44

Tablo 23. Hastaların sosyo-demografik Özellikleri İle Hasta Yakınlarının Sosyal Mesafe Puanlarının Karşılaştırılması	45
Tablo 24. Hastaların Sosyo- Demografik Özellikleri İle Hasta Yakınlarının Şizofreni Hastalığını Tanıma Puanlarının Karşılaştırılması	46
Tablo 25. Hastanın Sosyo-Demografik Özellikleri İle Hasta Yakınlarının Şizofreni Etiyolojisine İlişkin Puanlarının Karşılaştırılması	47
Tablo 26. Hastaların Sosyo- Demografik Özellikleri İle Hasta Yakınlarının Şizofreni Tedavisine İlişkin Puanlarının Karşılaştırılması	48
Tablo 27. Hasta Yakınlarının Demografik Özellikleri İle Sosyal Mesafe Puanlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 28. Hasta Yakınlarının Demografik Özellikleri İle Şizofreniyi Tanıma Puanlarının Karşılaştırılması	51
Tablo 29. Hasta Yakınlarının Sosyo-Demografik Özellikleri İle Şizofreni Etiyolojisi Puanlarının Karşılaştırılması	53
Tablo 30. Hasta Yakınlarının Sosyo-Demografik Özellikleri İle Şizofreni Tedavisi Puanlarının Karşılaştırılması	55

KISALTMALAR

EKT: Elektrokonvulsif Terapi

DSM IV: Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) Tarafından Geliştirilmiş Olan Mental Bozuklukları Sınıflandırma Sisteminin 4. Gözden Geçirilmiş Baskısı.

WHO: Dünya Sağlık Örgütü.

AIDS: Acquired Immuno Deficiency Syndrome.

RUTUP: Ruhsal Hastalıklarda Tutum Projesi.

ÖZET

Şizofren Hasta Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları ve Hastanın Bakımında Yaşadıkları Zorluklar

Bu araştırma; yalnızca hastayı değil, aile ve çevresini de fiziksel, ruhsal, duygusal, sosyal ve ekonomik yönlerden etkileyen şizofreni tanısı alan hastaların yakınlarının, şizofreni hastalığına yönelik tutumlarını belirlemek ve hastanın bakımında karşılaştıkları zorlukları tanımlamak amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında yatırılarak veya ayaktan tedavi gören şizofreni hastalarının aileleri oluşturmuştur. Çalışma kapsamına alınacak yakınların sayısını belirlemek amacıyla önce, 01 Ocak 2007 – 31 Aralık 2007 tarihleri arasında başvuran hasta sayısı araştırılmış ve 156 kişinin bulunduğu görülmüştür. Örneklem büyüklüğünün, evreni temsil edebilmesi için evrenin en az %30'unu kapsaması gerektiğinden en az 47-50 kişiye ulaşılması amaçlanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul etmiş 73 hasta yakını ile yapılan bu araştırma; tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir. Elde edilen veriler çalışmacı tarafından kodlanarak, bilgisayar ortamında Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 13.0 for Windows paket programında değerlendirilmiştir. Faktör puanlarına bakılıp normal dağılım göstermeyen bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U, birbirinden bağımsız üç ya da daha fazla olan grupların karşılaştırılmasında Kurskal-Walis varyans analizi, gruplandırılmış ölçüm verilerinin analizinde Ki-kare testi uygulanmıştır. İstatistiksel analizlerde $p < 0.050$ ise sonuçlar anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışmamızda hastaların yaş ortalaması 31 ± 1.3 olduğu, Erkek hastaların eğitim düzeyi, kadınlardan yüksek bulunmuştur ($p=0.022$), hastaların cinsiyetleri ile çalışma ve medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$), hastaların eğitim düzeyi arttıkça çalışanların sayısının da arttığı ($p=0.014$), hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe ilaçlarını düzenli alanların sayısının da arttığı ($p=0.025$) görülmektedir. Hastaların cinsiyeti ile sosyal güvence sahibi olmaları arasında anlamlı fark olup ($p=0.028$) sosyal güvenceye sahip kadınların erkeklerden fazla olduğu görülmüştür. Hastanın cinsiyeti ile kontrollere düzenli gelmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($p=0.001$) kadınlar kontrollere daha düzenli gelmekte veya getirildikleri belirlenmiştir.

Hastanın cinsiyeti ile kendisine ait odası olmaması arasında anlamlı bir ilişki saptanmış ($p=0.008$), kendisine ait odası olanlar arasında çalışmayan hastaların daha fazla olduğu ($p=0.003$) buna göre kendine ait bir odası olanlar arasında erkek ve çalışmayan hastalar daha fazla olduğu görülmüştür. Evde yaşayan kişi sayısı arttıkça hastaların ilaçlarını düzenli kullanmaları azalmakta ($P=0.038$), eğitim düzeyi yükseldikçe ilacını düzenli kullananların sayısı da arttığı ($p=0.025$), ayrıca kadınların erkeklere göre daha düzenli ilaç kullandıkları ($p=0.020$), görülmüştür. Hasta yakınlarının yaş ortalaması 41.3 ± 13.6 olarak belirlenmiş, cinsiyeti ile bakım verme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0.001$), ayrıca hastanın bakımıyla en çok ilgilenenlerin başında annelerin gelmesi (%49.3), bakımı en çok kadınların üstlendiği belirtmektedir. Hasta yakınlarının yaş, cinsiyet, çalışma ve eğitim durumları ile şizofreniye yönelik “sosyal mesafe”, “tanıma”, “etioloji”, “tedavi” puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastanın cinsiyeti ve kontrollere düzenli gelip gelmemesi “sosyal mesafe” puanını etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, tutum, şizofreni hasta yakını, sosyal mesafe, damgalama.

ABSRTACT

Relatives of Patients Attitudes Towards Schizophrenia and The Difficulties Experienced in Patient Care

This research has been devoted to identify in not only patients but also families and relatives how they suffer from physical, economical, spiritual, emotional, and social ways, with much of the effort devoted to identifying patients relatives attitudes towards schizophrenia and the difficulties experienced in patient care.

The families of inpatient and outpatients with schizophrenia in psychiatry department of Dicle University created the research population. First off all, it was aimed to investigate how many patient applied between 01 January 2007-31 December 2007 to determine the number of patients relatives who would join the scope of research. Then it was found to have 156 people. Sample size need to consist of %30 population to represent population so it has been aimed to research at least 47-50 people. This research has been performed with 73 relatives of patients who accepted to join this study and it was a descriptive and cross-sectional type of research. The data is coded by researcher and in spss 13.0 package program. It was found that mann-whitney U is analysed user for comparison of two independent groups with non-parametric distribution, kurksal-walis analyse is used for comparison of two or more independent groups of each other and chi-square test is used to analyze grouped measurement data if the result is $p < 0.050$, these results would be accepted as meaningful.

In this study, the average age of patients was found 31 ± 1.3 and education status of male patients is higher than women ($p = 0.022$). There is no significant relation between sex and marital status statistically ($p > 0.05$). It can be said that as the education status of patients increases, there is also an increase in both the number of employees ($p = 0.014$) and the number of regular drug users ($p = 0.025$). there is a strong difference between patients sex and having a social security ($p = 0.028$) and it can be said the number of females with social security is higher than males. There is also a strong difference between patients sex coming health checks statistically ($p = 0.001$) It can be said that females come health checks more regular than male.

It was found that the average age of the patients relatives is 41 ± 13.6 and there is a strong relation between sex and giving care statistically ($p=0.001$) more ever mothers play a big role in patient care (49.3%) so majority of females take the responsibility of patient care. It wasn't found a strong difference between patient relatives scores of social distance to recognize, etiology, treatment about schizophrenia and their education status, age and sex ($p=0.05$). Whether a patient comes to health check-ups regular or not and his/her sex affect the social distance scores.

Key words: Schizophrenia, Attitudes, Relative With Schizophrenia, Social Distance, Stigma.

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1982 yılında Diyarbakır'da doğmuştur. İlk, orta ve lise eğitimini Diyarbakır'da tamamladıktan sonra 2000 yılında Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksek Okulu hemşirelik bölümünü kazanmıştır. 2004 yılında mezun olduktan sonra özel hastanede iki yıl çalışıp 2006 yılında Dicle Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesine atanmış ve halen aynı hastanede görev yapmaktadır. 2007 yılında Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başlamıştır.

1. GİRİŞ

1.1.1.Problemin Tanımı

Sağlık; sadece herhangi bir fiziksel bir hastalık belirtisi olmaması anlamına gelmeyip, fiziksel, ruhsal, toplumsal sağlamlık ve genel sağlık algısı gibi birbiriyle ilişkili kavramlarla tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre sağlık: “yalnızca hasta veya sakat olamamak değil; beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Fiziksel sağlık kendine bakım, fiziksel etkinlikleri gerçekleştirebilme, ruhsal sağlık ise sadece bunaltı ve çökkünlük içinde olmama değil, iyilik hali duygusu, kendilik denetimi, düşünce ve duyguların olumlu olması anlamına gelmektedir. Toplumsal sağlık; kişiler arası ilişkilerin niteliği, aile, iş ve toplumda diğer insanlarla birlikte nasıl bir yaşam sürdürüldüğü gibi konuları içermektedir. Genel sağlık algısında ise bireyin sağlığını nasıl algıladığı, hastalığa gösterilen direnç, hastalığı ne ölçüde yaşamın bir parçası olarak algıladığı gibi konular üzerinde durulmaktadır. Bireyin bu alanlardan herhangi birinde uyum ve dengeyi sağlamada başarısız olması, hastalık durumu olarak tanımlanmaktadır. Sağlık temel insan haklarından biri olup ve bunun da mümkün olan en iyi bir seviyede tutulması dünya çapında da en önemli sosyal bir amaç olduğu ve bu amacın gerçekleştirilebilmesi için de, sağlık sektörüne ek olarak diğer birçok sosyal ve ekonomik sektörlerin çabalarını gerektirdiği bir gerçektir. (9, 26, 16, 44, 65)

Hastalık hallerinde; bireyin kendini korumaya yönelik davranışları azalır, yardım alma gereksinimi ve güçsüzlüğü artar, sorun çözme yeteneği azalır veya kaybolur, birey yaşama uyum sağlamada çeşitli güçlükler yaşar. Hastalık yaşantısında bireyin yardım gereksinimi artmakta bu yardım başlangıçta bireyin en yakın çevresi olan ailesi tarafından sağlanmakta bunun yeterli olmadığı durumlarda sağlık sistemindeki çalışanlardan alınmaktadır. Sağlık personelinin verdiği yardım genellikle hastane ortamında akut durumun yatıştırılmasına yönelik bakımdır. Bireyin zamanında ve yeterli yardım ve bakım alması onun yeniden denge durumunu sağlarken bu yardım ve bakımın gecikmesi veya yetersiz kalması hastalık sürecinin uzamasına, hastalığın kronikleşmesine neden olabilmektedir. Her hastalık yaşantısının bireyin yaşamına getirdiği kendine özgü güçlükleri olmakla birlikte, tüm kronik hastalıklar yeti yitimine, tekrarlı ve uzun süreli hastane yatışlarına neden olmakta, hasta ve ailesini fiziksel, duygusal, bilişsel, sosyal ve ekonomik yönden çok yönlü etkileyerek, birey, aile ve topluma yükler getirmektedir. (9,66)

Kronik hastalıklar; bireyin yaşamında acı, sıkıntı ve kısıtlamalara yol açtığı için hem bireyi hem de toplumu etkilemektedir. Topluma etkisi; sık görülmesine, çok kişiyi sakat bırakmasına, iş gücü kayıplarına ve ölüme yol açmasına bağlıdır. Toplumda sık görülen ve yeti yitimine neden olan kronik ruhsal hastalıklardan birisi de şizofrenidir. Şizofreni; başta gerçeği değerlendirme yeteneği olmak üzere, duygu durum bozukluğu, düşünme ve algılama alanlarında önemli bozuklukların yaşandığı ruhsal bir hastalıktır (9, 19, 33).

Ağır psikiyatri hastalarının toplumla iç içe yaşamaya başlamasının bir sonucu olarak, akıl hastalıklarının sadece bireyi dikkate alarak çözümlenemeyeceği, toplumun da etkili olacağı görüşü gittikçe yaygınlaşmıştır (51). Ruhsal hastalık belirtilerinin şiddeti ve gidişi üzerinde aile tutumlarının belirleyici bir rolü olduğu ve tedavi sırasında ailenin de ele alınmasının gerekliliği birçok araştırmada vurgulanmıştır (67).

Yapılan çalışmalar ruhsal sorunu olan bireylerin ailelerinin değişik duygular ve güçlükler yaşadığını göstermektedir. Hastanın bakım sürecinde gelişen yükün, ailelerin psikolojik ve fiziksel kaynaklarında bozulma riski olduğu ve aile üyelerinin, hastalık nedeniyle hastayı ya da birbirlerini suçlayıp, utanç duyabilmektedirler. Bu duygu; aileyi, hastalığı ve hastayı gizlemeye ya da reddetmeye götürebileceği gibi, öfke duygusu yaşamalarına da yol açabilir. Aile üyelerinin öfke duygusu yaşamalarının en önemli nedenleri arasında çaresizlik hissetmeleri ve damgalanma korkusudur. Öfke ve benzeri duyguları kendi içinde yaşayıp ifade edemeyen ya da etme fırsatı olmayan hasta da, aileye karşı öfke duyabilir ve sosyal izolasyonu artabilir. Ailenin utanç ve şaşkınlığını artıran bu durum, ailenin de kendisini toplum içinde soyutlamasına neden olur. Günlük yaşamı kısıtlanan ve sosyal aktiviteleri azalan aile, öfkesini hastaya yöneltebilir. Bazı aileler hastayı kırmamak için ya da zarar vereceği endişesiyle öfkelerini bastırır ve kendilerine yöneltirler. Bazı aileler ise hastaya öfke tepkisi gösterebilir, kızar, bağırır hatta müdahale eder ya da suçlar, bu duygusal ve tepkisel ortam içinde, aile üyelerinde anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sorunlar ortaya çıkabilir. Ailenin yaşadığı bu güçlükler hastaların sosyal çekilmesiyle, ilgilerinde azalmayla, kişiler arası ilişkilerinin sınırlılığıyla ve hastaların bozuk, engellenmemiş davranışlarıyla ilgilidir. Bunlar aile üyelerinde sıkıntı, depresyon, utanma ve suçluluk duyguları, korku, toplumsal ilişkilerde azalma, zamanla tükenmişlik duygusu ve ekonomik güçsüzlük yaratabilir. (30, 18, 20)

Şizofreni hastalarının ailelerindeki duygu dışavurumu yüksek; hastaya karşı yüksek şiddette eleştiri, düşmanlık ya da duygusal aşırı ilgilenmeyi kapsamaktadır. Yüksek duygu dışavurumu olan ailelerde yaşayan şizofrenik hastalarda; yoğun duygusal baskılar

yaşadığı, duygusal yetersizlik ve tekrarların olduğu ve tekrar hastaneye yatışların belirgin oranda arttığı gösterilmiştir. Duygusal tepkilerin daha az yoğun ve başa çıkma davranışının yüksek olduğu ailelerde ise, hastalığın tekrarında düşme ve iyileşme sürecinin daha olumlu geliştiği saptanmıştır. (16, 30, 67).

Ruhsal sorunu olan hasta ailelerinin yaşadığı bu duyguların yanı sıra, bazı güçlükler de yaşadıkları saptanmıştır. Bunlar arasında; öz bakım, sosyal faaliyetlere katılım, boş zamanlarını değerlendirme, ilaç kullanımı, hastalığın belirtilerini tanıma, belirtilere yönelik ailenin ne yapacağını ve nasıl davranacağını bilmemesi, kontrollere gitmeme, stresle baş etmede yetersizlik, duygularını uygun şekilde ifade edememe, sosyal destek eksikliği (aile-sağlık güvencesi-iş-çevre) gibi güçlükler belirlenmiştir (30).

Şizofrenik hastaların aileleri yaşadıkları bu güçlükleri gidermede yardım alamazlarsa kendi sağlıkları risk altına girer böylece hastanın bakım kalitesi düşer. Ruh sağlığı hizmeti etkisiz ve verimsiz olur. Ailenin verilen hizmete güveni ve inancı azalır. Sonuçta hasta daha yoğun kronik bir sürece girer yaşanan sorunlarla birlikte tedavi güçleşir. Bu nedenle kronik şizofrenik hastaların ailelerinin bu hastalığa yönelik tutumlarının ve bakımda yaşadıkları güçlüklerin bilinmesi bu hastaların yaşadığı ortamdaki bakım kalitesi hakkında fikir verecektir. Ayrıca ruh sağlığı çalışanlarının bu ailelere de yaşanan güçlükler karşısında nasıl yardım edeceklerinin bilinmesini belirleyecektir. Bunun için bu çalışmada kronik şizofrenik hastaların ailelerinin hastalığa yönelik tutumlarının ne olduğu ve hastanın bakımında yaşadıkları zorluklar üzerinde çalışılmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma; yalnızca hastayı değil, aile ve çevresini de fiziksel, ruhsal, duygusal, sosyal ve ekonomik yönlerden etkileyen şizofreni tanısı alan hastaların yakınlarının, şizofreni hastalığına yönelik tutumlarını belirlemek ve hastanın bakımında yaşadıkları zorlukları tanımlamak amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofrenin Tanımı

Şizofreni tıptaki tüm yeni gelişmelere karşın halen sıklığı, yaygınlığı, etiyojisi tanı ve tedavisi konusunda belirsizliğini koruyan bir hastalık ya da hastalıklar kümesidir. Şizofreni belirtilerinin karmaşıklığı, hastalığı 1860'da ilk olarak bilimsel anlamda tanımlayan Morel'den bu yana değişen ölçütlerle değerlendirilme ve inceleme çabalarına yol açmıştır. İlk olarak Demence precoce tanımı ile adlandırılan şizofreni 1871'de Hecker'in "hebefreni", 1874'te Kahlbum'un "katatoni" kavramı ile zenginleşerek, 1896'da Kraepelin'in paranoid ve basit tip eklemeleri ile Dementia praecox adı altında büyük bir hastalık grubu olarak anılmaya başlanmıştır. 1911'de Eugen Bleuler'in zihin bölünmesi veya yarılanması tanımlaması ile günümüzde kullandığımız biçimi ile şizofreni haline dönüşmüştür (31,49, 60).

Genellikle kronik gidişlidir ve prodromal (ilk silik belirtilerin görüldüğü) dönem, delir (sanrı) ve/veya hallüsinasyonların (varsanı) bulunduğu aktif dönem, arada remisyonlar görülebilen rezidüel dönem olmak üzere üç kademe seyrederek. Şizofreni sosyal ve bilişsel işlevlerde eksilmelerle sonlanabilen, sıklıkla süregelen, yinelenen ve iyileşmelerle karakterize ataklarla seyreden ağır bir mental bozukluktur (6, 23, 24, 29, 31, 43, 49,74).

Şizofrenide birey gerçeklerden uzaklaşarak kendine özgü bir içe kapanma dünyasında yaşar, bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında, kişiler arası ilişkilerinde, iş ve sosyal yaşamında uyum bozukluğu, negatif belirtilerin gelişimine bağlı olarak yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği görülür. Bunun yanında şizofreni hastanın yaşamında yıkıcı sonuçlara neden olan ve tüm dünyada görülen, belirtileri geç ergenlik veya erken erişkinliğe kadar fark edilemeyen, hem yapısal, hem de işlevsel bir beyin hastalığıdır. Ayrıca ailesel geçişlilik, şizofreni için en önemli risk faktörüdür (birinci dereceden bir akrabanın şizofreni tanısı almış olması gibi). Şizofreni bulaşıcı değildir, neoplastik değildir, travmatik beyin hasarı ile ilişkili değildir ancak zihin kuramı patolojilerine rastlanılır (25, 41, 55, 66).

2.2. Şizofrenin Görülme Sıklığı

Her türlü toplumda sık görülmesine karşın gerçek sıklığına yönelik elde olan veriler oldukça değişiktir. Bu nedenler: Hastaların bir bölümü hastane ya da hekime gitmemekte, aşırı bir durum olmadıkça aile ve toplum içinde garip içine kapanık uyumsuz kişiler olarak yaşamaktadırlar. Tanı ölçütlerinin somut olmayan kavramlar içermesi; değişik ülkelerde değişik tanı ölçütlerinin olması. Araştırma yöntemlerinde farklılıklar olması; kimi

araştırmalar hastanelerde kimilerinin büyük nüfus taramaları şeklinde yapılmıştır. Diğer birçok hastalıkta da çevresel ve genetik faktörler gibi nedenlerle yaygınlık ve sıklık farklılıkları görölmektedir (8,50).

şizofreni sağaltım yöntemlerinde önemli değişmeler olmaktadır. şizofreninin yaşam boyu yaygınlık oranı %0,2; bir yıllık yaygınlık oranı ise %0,1 dolayındadır. Sıklığı üzerine yapılan araştırma sonucu %0,4–0,7 arasında değişmektedir. 15 yaşın üzerindeki nüfus sıklığı %0.30–1.20, 15–45 yaş arasındaki nüfusta şizofreni risk oranı %1 dolayındadır. Dünya sağlık örgütünün yaptığı araştırmalara göre Avrupa ve Asya da sıklık oranı %0.85'dir. Bütün dünyada yılda 1,5–3 milyon şizofren hastanın bulunduğu bildirilmektedir. (47, 50)

Bunun yanında endüstrileşmiş ölkelerde şizofren sıklığı yılda 100 000 kişide 10–70 yeni olgudur ve yaşam boyu risk ise % 0.5-1'dir (9, 42). Erişkinlerdeki prevalansı %0,5'le %1,5 arasındadır. Yıllık insidansı ise 0,5'le 5 arasında değişmektedir (39). Son zamanlarda yapılan çalışmalar şehir içinde doğanlar ya da getirilenlerde ilk başlangıç oranının artığını belirtmiştir. şizofreni tanısı, değişik tanı ölçütlerinin ve araştırma yöntemlerinin (kırsal-kentsel araştırmalar ya da alan çalışmaları-klinik veya hastane çalışmaları) kullanılmasına bağlı olarak değişim göstermektedir. Düşük sosyoekonomik alanlarda yaygınlığın artığını hem sosyal sınıfta hem de şehir içindeki yoksul alanlara doğru “sosyal kaymanın” yaşanması bununla beraber özgül çevresel risk etkenleri de (kalabalık, madde kötü kullanımı) şizofrenide belirgin olarak sosyoekonomik eğilimi göstermektedir. Başka bir deyişle, her sosyoekonomik grupta, hastalık eşit miktarda ortaya çıkmakta fakat her sınıftaki şizofrenik hastaları saydığınızda, alt sosyoekonomik sınıfta daha çok olduğu görölmektedir. Bunun nedeni şöyle açıklanmaktadır: şizofreni, hastanın yaşam kalitesini düşürdüğünden, üst sosyoekonomik sınıfta doğmuş ve yetişmiş olsa bile, hastalandıktan sonra ömrünü alt sosyoekonomik grupta geçirmeye başlamaktadır (64). Hastalığın başlangıcı karakteristik olarak 29–39 yaşları arasındadır, ancak ergenlik öncesi gelişebilir. Erkeklerde başlangıç yaşı 20–28 arasındadır, kadınlar için 26–32 yaş arasındadır. Genel cinsiyet sıklığı geniş tanı ölçütleri kullanılmışsa eşittir, fakat daha dar tanı ölçütleri uygulanırsa erkeklerde daha fazla görüldüğu tespit edilmiş. Kadın şizofreni hastalarında erkeklere oranla hastaneye ilk yatış yaşı daha geç, yatış sayısı ve alevlenme oranları da daha azdır. Ancak hastalığın başlangıç şekli bireyden bireye son derece farklıdır. Hastalık aniden başlayabileceği gibi toplumdan uzaklaşma, okul ya da işe karşı ilgi yitimi, kendi

bakımında kötüleşme, olağan dışı davranışlar ve öfke patlamaları şeklindeki belirtilerin egemen olduğu bir prodrom dönem ile yavaş bir şekilde ortaya çıkabilir. (5, 13, 42, 48, 60)

2.3. Şizofreninin Etiyolojisi

Şizofreni tıptaki tüm yeni gelişmelere karşın halen sıklığı, yaygınlığı, etiyolojisi tanı ve tedavisi konusunda belirsizliğini koruyan bir hastalık ya da hastalıklar kümesidir. (9,50).

Şizofreninin evrenselliğinin kabullenilmesi, etiyolojide biyolojik faktörlerin baskınlığının görülmesi, şizofreninin patogenezi ve belirtilerinde çevresel faktörlerin varlığını yok saymaz. Bu durum şizofreninin yaygınlık ve sıklığında kültürler arasında bazı farklılıklar yaratmaktadır. Hastalığın etiyojine yönelik yapılan genetik, aile, ikiz ve evlat edinme araştırmaları sonucunda şizofrenide kalıtımın rolü önemli olmakla birlikte kalıtım dışı etkenlerinde rol aldığı kabul edilmiştir. Şizofren hasta yakınlarıyla yapılan bir araştırmada ailelerin, hastalığın ortaya çıkışında en sık neden olarak stres verici olayları ve aile çatışmalarını; karşılaştıkları zorluklar olarak ise en sık olarak duygusal yükleri ve aile içi çatışmaları gösterdiklerini bildirmiştir. (8, 9, 43, 44, 50, 61, 78)

Yapısal bozukluğun araştırıldığı çalışmalarda, bu hastaların beyninde ventriküler sistemde genişleme, kortekste belirgin sulkusların olduğu, frontal ve temporal lobda küçülme, bazal ganglionlarda büyüme, ve serebral kan akımında bozulma olduğu belirtilmiştir. Biyokimyasal etken olarak şizofrenide dopamin düzeyinde ve dopaminerjik reseptörlerin duyarlılığında artış olduğu saptanmıştır. Toplumsal olarak düşük sosyoekonomik kesimlerde enfeksiyonların sıklığı, doğum öncesi anne beslenmesinin yetersizliği, yoksulluk, işsizlik ve buna bağlı strese yol açan etkenlerin artması hastalığın sıklığını artıran etkenler olarak görülmektedir. (8, 9, 43, 44, 76)

Şizofreni, hastalığın ortaya çıkışı, belirtileri, seyri ve sonuçları itibariyle farklı görünümeler gösterdiği için tek bir etiyojistik etken üzerinde durulamaz. Hastalığın ortaya çıkışında genellikle stress-diathesis (zorlanma-eğilim) modeli kullanılır. Bu modele göre, şizofreni ortaya çıkaran kişiler, belirli bir biyolojik kolay hastalanma veya yatkınlık niteliklerine sahiptir. Böyle bir yapıda bir stres (zorlanma), tetiği çekmekte ve şizofreni belirtileri ortaya çıkmaktadır. Bu stres'ler, genetik, biyolojik, psikososyal veya çevresel olabilir. (64)

2.4. Şizofreninin Belirtileri

Şizofrenik bozukluk bireyde duygulanım, düşünme, algılama, davranış, toplumsal ilişki, iş yaşamı gibi alanları olumsuz etkileyen; yeti yitimine neden olan, relapslarla giden kronik bir belirtiler kümesidir. Bu belirtiler çeşitli biyolojik-ruhsal-toplumsal etkenlere bağlı olarak ortaya çıkar. Bu etkenler çok çeşitli olduğundan, tedavi yaklaşımlarının da birden çok olması kaçınılmazdır. Bleuler 1908'de Kraepelin'in tanımladığı "dementia praecox" kavramını, hastalığın her zaman erken yaşta başlamayabileceğini ve her zaman yıkım ile seyretmeyebileceğini öne sürerek, yeniden "şizofreni" olarak adlandırmıştır. Bleuler tek bir hastalığın varlığı yerine şizofrenilerden oluşan bir grubun varlığından söz etmiştir. Şizofreninin temel /evrensel belirtileri (otizm, ambivalans, asosiyasyonlarda gevşeklik ve afektif bozukluklardır) ile eşlik eden belirtilerinin bulunduğunu belirtmiş, sadece temel belirtilerin varlığıyla şizofreninin belirlenebileceğini öne sürmüştür. E. Bleuler şizofreni için tanı kriterleri oluşturmak amacı ile sıraladığı semptomları "Temel (fundamental)" ve "Eşlik eden/aksesuar (accessory)" semptomlar olarak ikiye ayırmış ve bunlardan temel belirtilere (düşünce/çağırışım bozuklukları, affekt bozuklukları, sosyabilitenin ve kendini ifade etme becerisinin kaybı), eşlik eden belirtilerden (hezeyanlar, halüsinasyonlar ve hareket bozuklukları) daha çok önem vermiştir. Bir çalışmada, ICD-9 tanı ölçütleri kullanılarak şizofreni ya da paranoid bozukluk tanısı almış 267 hastada prodromal belirtiler geriye dönük olarak ayrıntılı bir şekilde araştırılmıştır. Bu belirtiler arasında %57 disforik duygu durum, %16 sosyal çekilme/şüphencilik, %14 uyku bozuklukları %13 düşünme problemleri, %13 sanrılar, %8 azalmış enerji, %7 günlük rolünü yerine getirmede yetersizlik ve %6 kendine güvende azalma olduğu bildirilmiştir. Şizofrenide görülen bilişsel bozukluklar pozitif ve negatif belirtiler gibi hastalığın diğer belirtiler kümesini oluşturmaktadır. Normalin dışında fazlalık, aşırılık ve sapmalar olarak ortaya çıkan belirtiler pozitif, normal işlevlerde eksiklik ya da yokluk olarak ortaya çıkan belirtiler negatif olarak adlandırılmaktadır. (3, 23, 25, 32, 37)

Pozitif belirtiler her türlü düşünce bozukluğu, sanrılar, varsanılar, katatonik belirtiler ve konuşma bozukluklarıdır. Düşünce biçimi ve akımında bozulma; düşünceyi oluşturan sözcüler, semboller arasındaki mantıksal zincirde kopma, düşüncede bloklaşma ve somutlaşma; yer, zaman, nedensellik kavramlarını tanıyamama, kalıplaşmış stereotipik sözler ve anlatımlar görülür. Ayrıca düşünce içeriğinde bozulma, acayip gerçeklikten uzak, tutarsız sanrılar düşünce okuması, çalınması, yayınlanması, davranışların dışardan gizli bir yolla etkilenmesi düşüncesi gibi belirtiler ortaya çıkar. Hareketlerde normal olmayan

tekrarlar yada donat kalım yada taşkınlık gibi garip davranırlar, konuşmada dzenizlik, aşırı konuşmadan hiç konuşmamaya varan değişiklikler gdrdr. (9,15, 50)

Negetif belirtiler; sosyal çekilme, ilgi azalması vurdumduymazlık, duygusal tepkilerde azalma ya da kntlck, dũřnce ve konuşma fakirliği, enerji ve işteğin azalması, psikomotor yavaşlama, normal olarak beklenen davranışların kdrnelmesidir. Bu belirtilere bağlı olarak kişisel hijyenin bozulması, sosyal ilişkilerin bozulması, konsantre olamama ve ya kũcũk problemlerle başa çıkamama, okul ya da iş gũcũnde azalma, aile eleştirilerine karşı tahamũlsũzlck, evden kaçma ya da uzaklaşma girişimleri, uyarınlara aşırı duyarlılık tuhaf normal mantıkla açıklanması zor davranışlar sergilemesi, anlamsız konularda sert ve inatçı tartışmalara girme durumları gdrdr. (3, 9, 15, 23, 25, 37, 43, 44, 50)

2.5. Şizofreninin Gidiş ve Sonlanışı

Şizofrenide gidiş ve sonlanışla ilgili olarak yapılan çoğu çalışma hastalığın gidişinin değişken olabileceğini, bazı hasta alevlene ve yatışma gdrsterirken bazıları ise kronik hasta olarak kalmaktadır.(9, 69, 32, 39). Şizofreni genellikle geç ergenlik yıllarında ve 30'lu yaşların ortalarında başlar erkeklerde daha çok 18–25 yaşlar arasında başlarken, kadınlarda daha çok 25-30'lu yaşların ortalarında başlar. Ergenlik ncesi ddrnemde başladığı seyrek gdrdr. Şizofreninin ilk psikoz ddrneminin ortalama başlangıç yaşı erkekler için 20'li yaşların başlarıyla ortaları, kadınlr için 20'li yaşların sonlarıdır. Şizofreninin daha ileri yaşlarda başladığı da olur. İleri yaşlarda başlayan olgular daha çok kadınlardır ve bu kişilerde kdtclck gdrme hezeyanları ile birlikte halũsinasyonlar gdrdr. Şizofreni birden bire ya da yavaş yavaş başlayabilir. Hastaların bũyck bir çoğunluğun da n belirtilerin olduğu (toplumdan uzaklaşma, okul ya da işe karşı bir ilgisizlik, bakımsızlık, öfke patlamaları, olağan dışı davranışlar) yavaş bir başlangıç gdrdr. Hastalığın gidişi değişkendir. Kimilerinde alevlenme ve yatışmalarla giderken, kimileri kronik olarak hasta kalır. Hastalık ncesi işlevsellik ddrzeyine ddrnme olasılığı dũřktur. Kronik hastaların bir kısmı gitgide kdtleşirken diğer kemsii oldukça durağan kalır. Hastalığın başlangıcında daha çok negatif belirtiler gdrdr, daha sonra pozitif belirtiler ortaya çıkar. Pozitif belirtile tedaviye daha iyi yanıt verdiği için giderek ortadan kalkar, ancak pozitif belirtilerin olduğu ddrnemler arasında negatif belirtiler, hastalığın gidişi sırasında, kimi hastalarda daha çok yerleşir. Yapılan araştırmalarda Şizofreni tanısı alan hastaların 1/3'ũnũn tũmũyle iyileştiği, 2/3 ¼nden fazlası tekrarlı ataklar ve uzun sũrede çeşitli ddrzeylerde yetersizlik yaşadığı, yaklaşık %15'i intihar ederek ldũęũ saptanmıştır. İntihar girişimi en fazla hastalığın

başlangıç döneminde ortaya çıkmaktadır. Yapılan çeşitli çalışmalarda hastalığın gidişinin daha iyi olacağını gösteren etkenler belirlenmiştir. (9,38,39,67)

Şizofreninin gidişini olumlu gösteren etkenler;

- Hastalık öncesi toplumsal uyumun iyi olması,
- Hastalığın birden başlaması,
- Hastalığın geç yaşta başlaması (25 yaş ve sonrası),
- Hastalığa karşı belirli bir içgörünün olması yani; yaşadığı sanrı, halüsinasyon gibi hastalık belirtilerinden kendisinin rahatsız olması yada belirtilerin benliğine yabancı olması ve bunlara karşı mücadele etmesi,
- Hastanın kadın olması,
- Hastalığın ortaya çıkmasında tetikleyici olayların bulunması,
- Eşlik eden bir duygu durum bozukluğunun olması,
- Etkili dönem belirtilerinin kısa sürmesi,
- Dönemler arasında işlevselliğin iyi olması (mesleki, cinsel işlev vb.),
- Birey evli ise evliliğini sürdürüyor olması,
- Bireyin kişiler arası ilişkilerde sağlıklı duygusal özellikler göstermesi,
- Hastanın yapısal bir beyin bozukluğunun (mental retardasyon yada beyinde farklı bir işlevsel bozukluk gibi) yada nörolojik bir bozukluğunun olmaması,
- Hastalığın başlamasından hemen sonra antipsikotik bir ilaçla tedaviye başlanmış olması,
- Hastanın hastalığını ve tedaviyi kabullenmesi ve tedaviyi sürdürmeye istekli olması, tedavi ekibi ile olumlu ilişki kurması,
- Hastalığın ortaya çıkmasında ailenin etkili olabilecek sağlıksız özellikler taşımaması,
- Ailenin hastayı ve hastalığı kabullenici yaklaşımı,
- Ailede şizofren öyküsünün olmaması,
- Ailede bir duygu durum bozukluğunun olması,
- Ailenin tedavi ekibi ile iletişim kurması ve bunu sürdürmesi,
- Bireyin hastaneye yatış sayısının ve hastanede kalış süresinin az olmasıdır.

Şizofrenide gidişin olumsuz olacağını gösteren etkenler;

- Hastalık öncesi kişiliğin şizoid, şizotipal özellikler taşıması,
- Hastanın hastalık öncesi toplumsal işlevsellik düzeyinin, kişiler arası ilişkilerinin ve duygusal yaşamının olumsuz olması,
- Hastalığın ortaya çıkışında herhangi bir tetikleyici etkenin olmaması,
- Hastalığın sinsi ve çok belirgin olmayan şekilde başlaması,
- Hastanın hastalık belirtilerinden yakınmaması, benimsemesi,
- Hastanın tedaviye olumsuz yaklaşımı ve tedavi ekibi ile olumlu bir iletişim kuramaması,
- Ailede hastalığın ortaya çıkmasında etkili olabilecek patolojik dinamik süreçlerin olması (örneğin aşırı koruyucu ebeveyn, ailede aşırı duygu dışı vurumu)
- Aile öyküsünde şizofren bir bireyin olması,
- Ailenin hastalık ve hastalığı kabullenmede isteksiz olması, tedavi ekibiyle olumlu bir iletişim ve işbirliğinin olmamasıdır (8, 9, 38, 39, 78).

2.6. Şizofreninin Tedavisi

Şizofreni, hastaların yaşamını bütün yönüyle etkileyen kronik bir hastalık olduğu için, tedavi de amaç belirtileri azaltmak ya da ortadan kaldırmak, hastanın yaşam kalitesini ve uyumunu olabildiğince artırmak ve hastalığın yıkıcı etkilerini olabildiğince azaltmaktır (64).

Toplumda şizofreninin tedavi edilemez bir hastalık olduğu yolunda yaygın bir inanış vardır. Bu doğru bir görüş değildir. Günümüzde uygun bir tedaviyle şizofreni hastalarının yaklaşık %25'inin çok büyük ölçüde düzelme göstererek toplumsal yaşamlarını sürdürdükleri, %50'sinin orta ve iyi düzeyde sayılabilecek düzelme göstererek görece bağımsız ya da destekle toplumsal yaşamlarını sürdürdükleri bilinmektedir. Tedavi ile kastedilen kuşkusuz “şifa” değildir. Kesin şifa ancak hastalığın nedenleri tam olarak aydınlatıldığında mümkün olacaktır (58) Şizofreni hastalarının, 1960'lardan itibaren akıl hastanelerinden çıkıp toplum içinde yaşamlarını sürdürmeleri ile birlikte, aileler hastaların bakımıyla ilgilenmekle birinci derece yükümlülük kazanmışlardır. Günümüzde aileyi dışarıda bırakan şizofreni tedavi modellerinin etkisiz ya da eksik olduğu artık gösterilmiştir. Birçok aile yönelimli araştırma grubu bu nedenlerle şizofreni gidişinde aile tedavilerine odaklanmıştır. Günümüzde aile ortamının ve aile bireylerinin tutumlarının şizofreni için bir neden olmadığı bilinmekle birlikte duygu dışavurumu, iletişim şekli,

duygulanım tarzı gibi bazı aile özelliklerinin hastaneden taburcu olunduktan sonra hastalığın alevlenmesi üzerine etkisinin olduğuna ilişkin kanıtlar artmaktadır. Şizofreninin ortaya çıkmasında ve gidişinde biyolojik etkenlerin yanında aile içi etkileşim çevresel zorlamalar, yaşamsal ve durumsal kriz yaşantıları gibi birçok psikososyal faktörün etkili olduğunun anlaşılması sonucunda, hastalığın tedavi ve rehabilitasyonunda hastanın ailesi ile birlikte ele alınması, hasta ve ailenin günlük yaşamda karşılaştıkları zorlanmalarla başa çıkma konusunda eğitilmeleri gerektiği kabul edilmektedir (9, 20, 66, 68)

Psikotik belirtilerin hastalık olarak değerlendirilip, yardım arayışına girilmesinde belirtilere getirilen açıklama yanı sıra bireyin yaşı, eğitim düzeyi, kişilik özellikleri, sosyoekonomik durumu, hastalığın türü ve şiddeti, ailesinin ve sosyal ortamın yapısı, ulaşabileceği sağlık hizmetlerinin niteliği de önemlidir (74). Çağcıl tıp anlayışı bütüncül yaklaşımı benimser. İnsan da bedensel, ruhsal ve toplumsal yönlerden bir bütün olarak görülür. İnsanın ve sağlık hizmetlerinin bütüncül olarak benimsenmesi ve uygulanması, psikiyatri alanında diğer sağlık alanlarına göre daha uygundur. Sağlık inançları modeline göre, tıbbi tedaviye uyumda hastalığa ilişkin algı ve inançların belirleyici rolü vardır. Bu modelin günümüzde odaklandığı konular, sağlıkla ilgili davranışların ardında yattığı düşünülen nesnel normlar, inançlar ve tedavi uyumuna motivasyon gibi sosyal etkenlerdir. Örneğin hastalığın etiyojisine ilişkin inançlar, belli bir tedavi yöntemine olan yaklaşımı da etkileyebilmektedir. Çoğunluğun belli bir hastalığın ortaya çıkmasında psikososyal modeli benimsemesi, psikoterapiye ilgiyi artırırken, farmakolojik tedavi yöntemlerinden uzak durulmasına neden olabilir (16, 20, 54).

Sağlık inançları modelinin bakış açısından bakıldığında; şizofreni hastalığının tanımı, etiyojisi ve tedavisi hakkında, hastanın, yakınlarının ve toplumun görüş ve yargılarının birçok açıdan önemli olabileceği düşünülmektedir. Çünkü Şizofreninin tedavisinde doğru yöntemlerin bulunması için, hastalığın farklı boyutları ile doğru tanınması gerekmektedir. Toplumun şizofren tanımı, etiyojisi ve tedavisi hakkındaki görüş ve yargıları şu yönlerden önemlidir: Hastalığın farklı boyutları ile doğru tanınması, tedavide doğru adresin bulunması için şarttır. Şizofreni hastaların tedavisinde psikososyal tedavinin rolü giderek artmaktadır. Şizofreni tedavisinde farmakolojik tedavi önemini korumakla beraber psikososyal tedavilerin bu alandaki etkinliği gösterilmiştir. İlaç tedavisi psikososyal tedavinin şizofrenide iyileşmenin farklı boyutlarını etkilediği düşünülmektedir. Antipsikotikler hastalık belirtilerini yatıştırarak hastaneye yatışları ve hastalığın yineleme olasılığını azaltmanın yanında kişinin rahatsızlığından dolayı yitirdiği yetilerini en aza

indirirken psikososyal tedaviler sosyal iyileşme üzerinde etkilidir (16, 39, 52, 59, 70). EKT dirençli şizofrenide klozapin gibi ilaçlarla 8–20 seans civarında eklendiğinde ortalama üç hastanın ikisinde düzelmenin olduğu ileri sürülmektedir. Hasta ve ailesine hastalık hakkında psikoeğitim verilmesi, bilişsel psikoterapinin, bilişsel-davranışçı yöntemleri optimize edilerek kullanılması, hastaya sosyal desteklerin sağlanması ve rehabilitasyon çalışmalarında dirençli hastalarda tedaviye olumlu katkılarda bulunmaktadır (35). İlaç tedavisinin yanında kullanılan destekleyici tedaviler ile hastadaki kayıpları azaltmak ya da ortadan kaldırmak, duygusal destek sağlama, yaşam olaylarına yönelik uygulanabilir bilgi ve becerileri kazandırmayı hedeflemektedir. Bilişsel davranışçı tedavi yönteminde işlevselliğin artırılması, rahatsızlığın olumsuz gidişinin engellenmesini amaçlamaktadır. Çağdaş uygulamada şizofreni tedavisi; psikofarmakolojik tedavi programlarının yanı sıra aileye verilen psikososyal, didaktik eğitimle bütünleşmektedir (9,70).

2.7. Şizofreni Hastalarına Yönelik Tutumlar

“Tutum” yaşantı ve deneyimler sonucu oluşan, ilgili olduğu bütün nesne ve durumlara karşı bireyin davranışları üzerinde yönlendirici etkiye sahip ruhsal ve sinirsel hazırlık durumudur. Bir grup hakkındaki bilgimiz ne kadar az ise, başkalarının o grup hakkındaki fikirlerini o kadar kolay kabul ederek, bir iki özellikten ibaret bir kalıp-yargı’ya (tutum) yöneliriz. Ancak iyi tanıdığımız grup ve kişiler hakkında kalıp-yargı geliştirmeye ihtiyacımız olmaz (28).

Bir kişi ya da toplum kendisini ürküten, rahatsız eden bir şeyle karşılaştığında sıklıkla onu kendisinden dışlayıp yabancılaştırma yoluna gider. Bu süreç bazı hastalıkların üzerindeki damgaya da katkıda bulunmaktadır. Bu damga bazen en az hastalığın kendisi kadar tehlikelidir. Kanser, tüberküloz, lepra, sifilis, epilepsi ve AIDS üzerinde ürkütücü bir damga bulunan hastalıklardan ilk akla gelenleridir. Sokaktaki insan bu hastalıklar hakkında yeterli bilgi sahibi olmasa bile, ciddi (ve tabii olumsuz) ön yargılarla donatılmış olarak yaşamaktadır. Bu tür olumsuz ön yargılardan nasibini alan hastalıkların başında psikiyatrik bozukluklar gelmektedir. Ruhsal sağlığında belirgin bozukluğu olan insanlar, konuşma ve hareketleri ile toplum içerisinde çoğunluktan farklı olduklarını ortaya koyarken, bu farklılık toplumda bazı tutumların oluşmasına neden olmuştur (69, 71, 76).

Ruhsal hasta ve hastalıklara yönelik tutumlar; insanoğlunun ilk günlerden günümüze dek içinde yaşadığı evren ve onunla ilgili bilgisi, varoluş biçimi, kültürü,

teknolojisi, toplumdaki bireylerin kendi aralarındaki ilişkilerin özellikleri, hastalıkların nedenleri hakkındaki anlayışları sonucu şekillenmektedir (40).

Ruhsal hastalıklardan “Şizofreni”, halk arasında en çok bilinen ve olumsuz tutumların da en çok görüldüğü hastalıklardan biridir. Şizofreni aynı zamanda, hasta açısından önemli kayıpların yaşandığı bir hastalıktır. Ruh hastalıkları korkulacak bir durum olarak algılandığından, hastalar dışlanabilmekte ve hastalıklar konusundaki bilgi eksikliği bu tutumları daha da olumsuz kılmaktadır (14).

Halkın ruhsal hastalıklar ile ilgili tutumlarının genelde olumsuz olduğu ve bu olumsuz tutumların, psikiyatri servisindeki çalışanların günlük uygulamalarında çeşitli zorluklar yaratmaktadır. Gençlerde, daha eğitimlilerde ve daha üst sosyal sınıflarda tutumların daha olumlu olduğu görülmekle birlikte, bazen de tam tersi sonuçlar sosyodemografik etmenlerin yanı sıra psikopatoloji tipinin ve damgalamanın da tutumları etkileyebileceği bildirilmektedir. Hastaların saldırgan olarak algılanması sosyal mesafeyi olumsuz yönde etkilemektedir. Diğer yandan olağan dışı bir davranış gözlenirse bile, gözlemcinin algısının ruhsal hastalık tanısından, dolayısıyla etiketinden etkilediği bildirilmektedir. "Psikiyatrik hastalık" etiketi, hasta yakınlarında bir inanç sistemini etkinleştirmektedir. Etkinleşen bu inanç sistemi, hastanın belirtilerinin çarpıtılarak yorumlanmasına neden olmaktadır. Etiket (label)", hastaların damgalanmasına (stigmatization) ve hasta kişilere karşı ayrımcı davranışlara neden olmaktadır. Damgalamanın en fazla etkilediği gruplardan biri psikiyatri hastalarıdır. Ruhsal hastalığı olan bireylerin damgalanması, bu kişilerin tedaviye uyum göstermelerinde sorunlara yol açtığı gibi onların sosyal ilişkilerinde de ciddi sorunlarla yüz yüze kalmalarına neden olabilmektedir. Damgalama, hastanın tedaviye başvurusunu ve rehabilitasyon programlarına katılmasını engellemekte ve dolayısıyla da onların toplum dışında kalmalarına yol açabilmektedir. Diğer yandan kişinin gözlediği ya da yaşadığı bazı belirtileri "psikiyatrik hastalık" olarak etiketlemesi de aynı sonucu doğurmaktadır. Ruhsal hastalara ve hastalıklara bakış açısı ile ilgili çalışmalar önceleri toplumun bakış açısına odaklanmış, daha sonraları ise psikiyatrik hastalıkların tanısından, tedavisinden ve hastaların bakımından sorumlu olanların bakış açılarını ve tutumlarını belirlemeye yönelmiştir. Bu bilgiler günlük uygulamalarda hem sağlık çalışanlarının kendi aralarındaki iletişimlerinde, hem hastaya durumlarını açıklamaya çalıştıkları zamanlarda kullanılan tanılarının birer damgayla dönüşebileceğini düşündürmektedir (10, 26, 47, 57, 62, 71, 77).

Birey ya da toplum kendisini ürküten, rahatsız eden bir durumla karşılaştığında sıklıkla onu kendisinden dışlayıp yabancılaştırma yoluna gider. Bu süreç bazı hastaların damgalanmasına neden olmaktadır. Bu damga zaman zaman hastalığın kendisi kadar tehlikeli olabilmektedir. Damgalama bazı hasta gruplarına karşı toplumun tavır alması, onları toplumdaki dışlamasına kadar giden davranışlar bütünüdür. Damgalama hastalık tiplerinden olduğu kadar, kişilerin sosyal kapasitelerinden, işlevlerinden, kimliklerinden ve en önemlisi de geldikleri ailenin yapısından etkilenmektedir. Damga, hastalığın kendisi dışında eklenen bir tecrübedir. Hastalarda sosyal izolasyona, daha sınırlı yaşam şansına ve gecikmiş yardım isteme davranışına yol açmaktadır (11).

Damgalama kişiler arası ilişkilerde ayrımcılık ve kabul edilmezlik olmak üzere iki şekilde yaşanmaktadır. Bu durum aynı zamanda kişide rahatsızlık ve korku da yaratabilmektedir.

Önyargı ve onun getirdiği damgalama ayrımcılığa yol açar. Ayrımcılık toplumdaki kişi ya da grupların diğerlerini damga ve önyargı nedeniyle bazı hak ve menfaatlardan yoksun bırakmasıdır. Sonuçta, bu kişiler eğer şizofren tanısı konmamış olsaydı kullanabilecekleri bazı haklardan bu tanı nedeniyle mahrum kalmaktadır. Şizofreniye yönelik ayrımcılık kendini çok değişik şekillerde gösterir. İşe alma konusunda gösterilen isteksizlik, sağlık hizmetinden yararlanma ve sigortalanma gibi durumlarda adaletsizliğe uğrama, yasalar karşısında zor durumda kalma, ruhsal hastalığı olan kişilerin sosyal ortamlara dahil olma konusunda engellerle karşı karşıya kalmaktadırlar. (52, 71).

Şizofreni ruhsal hastalıklar içerisinde birey, aile ve toplum içerisinde en yıkıcı olanıdır. Erken yaşlarda başlaması ve başlangıcın yeni nöbetler için bir yatkınlık nedeni olması yalnızca hasta olan kişi için değil, ailesi ve çevresi içinde ömür boyu sürecektir yeni ıstıraplı bir uğraşın başlaması anlamına gelmektedir. Bu hastalığa yönelik tutumlar, düşünceler ve inançların birçok ortak noktası vardır ve ayırt etmek kolay değildir. Üçü de çeşitli şekillerde tepki göstermek için öğrenilmiş eğilimlerdir. Tutumlar düşüncelerden daha uzun ömürlü ve köktencidirler, bununla beraber inançlar kadar derinlerde saklanmamışlardır. Sonuç olarak inançlar ve tutumlar arasında tutarlı bir ilişki vardır ve tutumlar destekleyici inançlardan, doğal ve kaçınılmaz bir şekilde doğar (20, 74).

Toplumda hasta bireye yönelik tutum ve davranışları hastanın iyileşme sürecinde büyük rol oynamaktadır. Toplumda yaşayan bireylerin, ruhsal hastalıklara yönelik geliştirdiği olumsuz inançları, ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumsal yaşamda yerini almasında ciddi engeller oluşturarak topluma uyumunu sınırlayabilmekte, hasta ile toplum arasındaki uçurumun daha da artmasına, hastanın toplumsal ilişkilerden iyice kopmasına

ve bunlara bağılı olarak tedaviye direnç geliştirilmesine neden olmaktadır. Bu durum hastaların hastalıkla etkin baş etmelerini, tedavi ve bakımını sürdürmelerini ve yaşam kalitelerini de olumsuz etkileyebilmektedir. Oysa psikiyatrik iyileştirme, bireylerin toplum içinde üretkenliklerini sürdürebilmesi ve yaşam kalitelerini geliştirebilmesini amaçlar. Olumlu tutum hastaları rahatlatıcı, toplumla bütünleştirici, tedaviye katılımlarını kolaylaştırıcı rol oynamaktadır. Ayrıca toplumun bu tutumu hastanın iyileştikten sonra toplumsal hayata daha kolay bir şekilde uyum göstermesini sağlayabilir. (7, 16, 52 ,56).

Son yıllarda Dünya Sağlık Örgütü (WHO), şizofrenideki “damgalamaya” ve “dışlamaya” karşı kampanyalar geliştirmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde çekirdek aile yapısının bozulmamış olması ve toplumun ruhsal hastalığı olanlara esnek davranması nedeniyle şizofrenili hastaları damgalama eğilimi, gelişmiş ülkelere oranla daha azdır. Ancak, şehirleşme ve endüstrileşme, gelişmekte olan ülkelerde damgalama ve dışlama eğilimini arttırmaktadır (1). Ruh sağlığı sorunlarına duyarlı bir toplumun oluşabilmesinde, toplumun ve sağlık hizmeti verenlerin ruhsal hastalıklara bakışı ve tutumları çok önemlidir (69, 71, 76).

Hemşirelik eğitiminde şizofren bozukluğun etiyolojisine yönelik bilgi eksikliğinin olumsuz tutumların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarına ilişkin sosyal mesafe ve sosyal reddedilme konusunda, genel olarak olumsuz tutumların baskın olduğu görülmektedir. Hemşirelik eğitimi alan öğrencilerin üzerinde yapılan çalışmada şizofreni hastasıyla yakınlık kurma konusunda isteksiz, hastalarla arasında belirli bir mesafeyi korumak şeklinde reddedici tutum gösterdikleri belirtilmiştir (51). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %50,7’si zorunlu işler dışında hastaları ile iletişim kurmadıklarını, hastalarla iletişim kurduğunu ifade eden hemşirelerin ise yalnızca %7,2’si hastayı dinlemek, duygu ve düşüncelerinin ifadesini sağlamak amacıyla iletişime girdiklerini belirtmişlerdir (33).

Hemşirelerin görevlerinin medikal tedavinin yerine getirilmesi, hastanın günlük işlerinin yürütülmesi, gözlem yapma ve hastayı kontrol etme şeklinde sınırlı olduğunu düşündüklerini ve hastanın duygusal gereksinmelerini karşılamada oldukça önemli olduğu halde hastalarla fazla zaman geçirmeyi istemediklerini, hastaları zaman zaman itici bulduklarını saptamıştır. Ruhsal hastalıkları olan kişilere karşı takınılan olumlu ve olumsuz tutumlar en açık biçimiyle hasta-hemşire ilişkisinde açığa çıkar. Ruh sağlığı çalışanlarının yarıdan fazlasını oluşturan hemşireler, rehabilitasyondan hastane ortamının düzenlenmesinden ve verilen hizmetleri birçoğundan sorumlu olmasına rağmen hemşireler

de akıl hastalıklarıyla ilgili toplumdaki yanlış inanışlardan etkilenirler. Buna rağmen, ruhsal sorunları olan kişilere karşı tutumlarla ilgili bir çok çalışma daha çok psikiyatri hekimlerinin, pratisyen hekimlerin ve halkın bakış açılarını karşılaştırmaya odaklanmış, hemşireler ise bu alanda yapılmış çalışmaların birçoğuna dahil edilmemiştir (26, 76).

Akdede B. ve ark gençlerde şizofreniyi damgalama düzeyleri üzerine yaptıkları çalışmada, çalışmaya katılan gençlerin, örnek olgunun “şizofreni” tanısı aldıktan sonra olumsuz düşünce ve tutum geliştirdiği, bu durumun en azından gençlerin bir kısmında “şizofreni” kelimesine yönelik bir damgalama olduğunu belirtmektedir. Sadece şizofreni kelimesi bile genç kişileri korkutmaktadır. Gençlerin toplumun en dinamik ve değişime en açık olan kesimi olduğunu kabul edersek, toplumun diğer kesimlerinde bu damgalama eğiliminin daha şiddetli olduğunu öngörebiliriz.(1)

2.8. Şizofren Hasta Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları

İnsan toplumdan soyutlanamaz. İnsanın ilk toplumsal ortamı ve çevresinde aile olduğu bilinmektedir. Aile; insanların birbirleriyle yakın ve yakın olduğu kadar da karmaşık ruhsal ilişki ve etkileşim içinde buldukları bir birim olması nedeniyle, bugün artık sadece toplum bilimlerinde değil davranış bilimlerinde de giderek büyüyen bir önem kazanmıştır. Aile bir sistem olarak ele alınırsa sistemin parçaları arasında daima etkileşim vardır. Hastalık durumunda; bireyin işlev görmesinde değişiklik söz konusu olduğundan, ailedeki diğer bireyler de bu durumdan etkilenecektir (16 , 31, 52).

Şizofreni hastaları için aile ortamı, aile dinamikleri, ailenin tutum ve davranışları önemlidir. Bu hastalar genellikle kısmen iyileşerek taburcu edildiklerinden, bu dönemde temel sorun iyileşmedir. Aile üyeleri sıklıkla hastanın eski olağan etkinliklerine dönmesi için onu cesaretlendirir. Bu iyimser yaklaşımın nedenleri arasında şizofren bozuklukların doğasını bilmemek, ciddiyetini yadsımak, hastadan dolayı utanmak, hastalıktan dolayı kendilerini suçlamak sayılabilir. Bunlar hastaya karşı tutumlarını ve davranışlarını olumsuz yönde etkileyebilir. Zamanla beklentileri gerçekleşmeyince eleştirel, girici, düşmanca tutumda olabilirler. Bu aşırı duygu dışavurumu tedaviyi olumsuz yönde etkiler. Oysa, ailenin tedaviye katılması hastanın iyileşme sürecini kısaltmakta, tekrar oranlarını düşürmektedir(20). Aile hastanın içinde bulunduğu sosyokültürel ortamın başında gelmektedir. Özellikle birinci derece akrabalarında şizofreni tanısının olması hastaların iç görü düzeylerini etkileyebilmektedir. Aile öyküsünün varlığının şizofreni hastalarındaki iç görü düzeylerine olan etkisini araştıran bir çalışmaya göre aile ortamında şizofreni tanısı

olan başka aile bireylerinin olması hastanın sosyal ortamdaki konumunu kötüleştirebilmekte, hastalığa yönelik iç görüşünü ve psikososyal işlevselliğini azaltabilmektedir (17).

Ruhsal hastalığı olan bireylerin toplum içindeki konumları, kabul görmeleri ya da dışlanmaları da, başta yakınları olmak üzere toplumun hastalığa bakışı ile doğrudan ilişkilidir. Örneğin şizofreni bilindiği gibi psikiyatrik bozuklukların en başında gelmektedir, bu hastaların saldırgan oldukları ve çevrelerine zarar verebilecekleri yaygın olarak düşünülüyorsa, olasılıkla toplumdan soyutlanmış bir yaşam sürecektir (16). Bunun yanında şizofreninin; kişilerin yaşam kalitesini düşüren, sık yinelemelerle aile ve toplumu da zorlayan olumsuz etkileri vardır (78). Hasta yakınlarının şizofreniye ilişkin tutumlarının incelendiği çeşitli araştırmalar bulunmaktadır. Bunlardan Almanya ve Avusturya'da 788 şizofren yakını üzerinde yapılan bir araştırmada; hasta yakınlarının yarıya yakınının şizofreninin ortaya çıkmasından ruhsal yapıdaki zayıflığı sorumlu tuttıkları, bunu hastalığın beynin bir rahatsızlığı olduğu şeklindeki düşüncenin izlediği belirlenmiş, şizofreni etiolojisinde ilk etken olarak psikososyal faktörleri görenlerin oranının ise %10 ve daha düşük düzeylerde kaldığı dikkati çekmiştir. Aynı araştırmanın ilgi çeken diğer bir sonucu da, yine Almanya'da 1490 birey üzerinde yapılan bir başka araştırmanın sonuçlarıyla kıyaslanmış ve hasta yakınlarının toplumdaki diğer bireylere göre şizofreniyi daha büyük oranda biyolojik faktörlere bağlama eğiliminde oldukları görülmüştür (53).

Özyiğit Ş. ve arkadaşlarının bir çalışmasında, aile içerisinde eşlerin tutumları karşılaştırılmış; kadınlar ve erkekler arasında bir fark bulunmadığı görülmüştür, ancak iki grubun da akıl hastalıkları hakkındaki bilgilerinin yetersiz olduğu ve kadınlarda akıl hastalıklarının dinsel ve doğa dışı sebeplerle açıklama tutumunun daha yüksek olduğu saptanmıştır (51). Çalışmaya göre, sosyoekonomik düzey ve eğitim arttıkça, psikiyatrik hastalıklara yönelik bilginin arttığı ve tutumların da daha olumlu hale geldiğini saptamışlar.

Ruh sağlığı alanında çalışanlardan önce; şizofren hastaların ailesi, arkadaşları, birlikte olduğu kişiler ve bizzat kişinin kendisi ruhsal bozukluğun belirtileriyle yüz yüze gelen ilk kişilerdir. Böylece ne yapılması gerektiğine karar veren kişiler aile ve yakın çevredir. Örneğin, hasta ve içinde bulunduğu çevre şizofreniyi Allahın verdiği bir dert ve ceza olarak görüyorsa ya da cinlere bağlıyorsa, hasta doktora gelmeyecek ya da getirilmeyecek, folklorik- geleneksel yöntemler tercih edilebilecektir. Hastaların toplum

içindeki konumları, kabul görmeleri ya da dışlanmaları da toplumun şizofreniye bakışı ile doğrudan ilişkilidir. Örneğin bu hastaların saldırgan oldukları ve etraflarına zarar verebilecekleri yaygın olarak düşünülüyor ise olasılıkla toplumdan tecrit edilmiş bir yaşam süreceklerdir. Dolayısıyla tedavi için gelinen adres doğru olsa bile, hastanın içinde bulunduğu toplumun hastalığa bakış açısı ve tutumları doğrudan tedaviye yanıtı ve prognozu etkileyecektir. Hastalıkla ilgili olumsuz yargıların varlığı, örneğin "şizofrenler saldırgandır" gibi, hastaların etiketlenmesine, hastaların da bu etiketi almamak için tedaviden kaçınmasına yol açabilir. Tedaviye uyumda da hastanın çevresindekilerin hastalığa bakışı önem taşır. Örneğin yakınları ilaç tedavisine sıcak bakmıyor ise, doğrudan ifade edilmese bile, hasta bunu algılayacak ve tedaviye uyumu bozulabilecektir (16, 52, 53).

2.9. Hastanın Bakımında Ailelerin Karşılaştıkları Güçlükler

Şizofreni toplumsal, ekonomik ve duygusal maliyeti çok ağır olan ciddi bir ruhsal bozukluktur. Şizofreni sadece hastalar için değil, aile, akrabalar ve arkadaşlar için de kaygı verici bir yaşantıdır. Şizofreni, hasta birey kadar hastanın yakınlarını da etkileyen bir süreç olduğu için hastanın düşünce, duygu ve davranışlardaki şiddetli bozulma ailenin tüm üyeleri tarafından hissedilir. Bunun yanında şizofrenisi olan insanlarla birlikte yaşayanların bugününü ve geleceğini doğrudan etkilemektedir. Şizofreniden etkilenme, yakınlığın derecesine ve yoğunluğuna; rahatsızlığın türü, süresi ve şiddetine, toplumun kültürü gibi özelliklere bağlı olarak değişmektedir. Hasta bakımında ailelerin karşılaştıkları güçlükler; şizofren hastaların sık tekrarlı hastane yatışları; hastaneye yatış birey ve ailenin sorunla baş edemediğinin, duruma uyum yapamadığının bir göstergesidir. Ayrıca hastanın yaşadıkları sorunlarla baş edememesi, toplumda üretken bir yaşam sürdürememesi, düzenli ilaç kullanımının sürdürülememesi, hastalık süreci ve tedavisi hakkında bilgi yetersizliği, hasta ve ailesinin yaşadıkları sosyal izolasyonun artması, hastaların çoğunlukla iletişim, beslenme, uyku gibi günlük yaşam aktivitelerini sürdürememesi, bu gereksinimlerinin karşılanmasında çevresine bağımlı olmaları aileye ek yük getirmektedir. Hastalığın aile bireyleri üzerindeki etkisi hastalığın hangi aşamada olduğuyula yakından ilişkilidir. (9,12, 20, 29, 35, 66)

Şizofreni psikiyatrik bozukluklar arasında belki de adı en ürkütücü olandır. Bunda hastalığın gidiş özelliklerinin diğerlerine göre daha olumsuz olması ve yakın zamanlara kadar tedavi imkanlarının kısıtlılığı kadar bu kelimenin taşıdığı "stigma"nın da önemli rolü

var. Ayrıca ailelerin üzerindeki damganın daha büyük ve ağır olduğu açıktır. Bir yandan çocuklarının, kardeşlerinin, eşlerinin hastalığından zaman zaman kendilerini sorumlu tutmakta ve böylelikle suçlama yada suçlama duygusu yaşanmaktadır. Bir yandan da sanki yakınları yüz kızartıcı bir suç işlemiş gibi, çevrenin gözünde bir şizofrenin çocuğu, annesi ya da babası, eşi olmanın getirdiği yüklerle başa çıkmak zorunda kalmaktadırlar (69, 71).

Şizofreninin ortaya çıkmasında ve gidişinde; biyolojik etkenlerin yanında aile içi etkileşim, çevresel zorlanmalar, yaşamsal ve durumsal krizler gibi birçok psikososyal faktörün etkili olduğunun anlaşılması sonucu, tedavi ve rehabilitasyonda hastanın ailesi ile birlikte ele alınması, hasta ve ailenin günlük yaşamda karşılaştıkları stresle başa çıkmaları konusunda eğitilmeleri gerektiği kabul edilmektedir. Şizofreni konusundaki literatür bilgilerinde, genellikle hastalığın ortaya çıkmasından ailenin sorumlu tutulduğu ve suçlandığı, ancak aile bireylerinin hastalık sürecinde yaşadığı sorunların dikkate alınmadığı görülmektedir. Oysa aile, hasta kişi için önemli bir destek kaynağıdır. Destek sağlandığında; bireyin strese dayanma ve baş etme gücü artabilir ve bireyin hem kişiler arası ilişkilerinde hem de fiziksel bakımında rahatlaması sağlanabilir. Ancak kronik hastalıklar tüm aileyi etkileyerek stres yaşamalarına neden olduğundan, aile bireylerinin bireye yardımı sınırlanmakta, aile sağlığını etkilemekte ve sonuçta hem aile üyeleri hastaya yeterince yardım edememekte hem de kendilerinin yardım gereksinimleri artmaktadır (53).

2.10. Şizofren Hasta Ailesi Ve Hemşirelik Yaklaşımı

Şizofren birey gerileyen işlevlere bağlı olarak öz bakımını yapmada, yaşamını sürdürmede, çevresiyle sosyal ilişkiler kurma ve kendini ifade etmede sorun yaşar. Hastanede hastanın tedavi süresinin kısa tutulması ve bakımın sorumluluğunu daha çok ailede olması nedeniyle şizofreni tedavisinin önemli bir bölümünü psikososyal yaklaşımlar oluşturmaktadır. Bir kişinin yaşadığı çevre kişinin kültürü, değerleri, işlev düzeyi, kaynakları ve gereksinimleri hakkında önemli bilgiler verir. Hastanın değerlendirilmesinin ve bütüncül yaklaşım girişimlerinin birçoğu aileye ulaşmayla kolaylaşır. Bu yüzden taburculuk sonrası aileye verilen psikoeğitim, evde bakım süreci büyük önem taşımaktadır. Psikiyatrik evde bakım süreci hastanın taburculuğunun öncesinde, hastanın hekimi, hemşiresi, kendisi ve ailesi tarafından planlanır. Çünkü ailesiyle birlikte yaşayan hastalar için evde bakımın amaçlarına ancak hasta ve ailesiyle birlikte çalışılırsa ulaşılabilir. Hem hastanın, hem de ailenin değerlendirilmesi; hastanın ve ailesinin yaşadıkları yerler, kültürel yapısı, değerleri, gelenek ve görenekleri, alışkanlıkları, inançları, sağlık davranışları,

günlük yaşam aktiviteleri, iletişim biçimleri, aile bireylerinin birbiriyle ilişkileri, aşırı duygu dışavurumunun olup olmaması, destek sistemleri, hastanın fiziksel ve ruhsal durumu, büyüme ve gelişmesi, yaşadığı stresler, tedaviye uyumu, boş zamanlarını değerlendirme biçimi, geçmişteki ve şimdiki başa çıkma yolları tümü değerlendirilmelidir. Bu yaklaşımda hemşire bakımda, eğitmenlik ve danışmanlık rolünü kullanarak hasta ve ailesini destekleyip ailenin bakımda yaşadıkları zorlukları en aza indirme sorumluluğu vardır. Hemşire, hastanın öz bakımını bağımsız bir şekilde yapıp yapmadığını değerlendirir. Hasta öz bakımını yapamadığı ya da aileye bağımlı bir şekilde yerine getirdiği durumlarda hemşire hastaya öz bakımını nasıl yapması gerektiğini öğretir böylece hem hastaya hem de hasta ailesine destek olur. Düzenli ev ziyaretleri ile bireyin yapmakta zorlandığı eski aktiviteleri geliştirmeye yönelik uygun beceri eğitimini planlar. Bu eğitimlerde kişisel hijyen, yemek pişirme, alış-veriş yapma, ulaşım, araçlarını kullanma gibi beceriler üzerinde uygulamalar yapar. Hasta ailesine ilaç etkileri, yan etkileri ve kullanımı hakkında bilgi verir. danışmanlık rolü ile hasta ailesine, hastalık hakkında bilgi ve eğitim vererek duygusal ve sosyal sorunlarla baş etmelerinde yardımcı olur. Ailenin hastalığı doğru anlamasını ve olumlu tutumlar ve gerçekçi beklentiler geliştirmesini sağlar. Hemşire, ailenin yaşadığı zorlukları ifade etmesi konusunda cesaretlendirir. Ailenin yaşadığı zorluklar doğrultusunda çözüm yolları geliştirmeye yönelik bir zemin geliştirir ve baş etme gücünü artırmayı sağlar. Aile içi duygu dışı vurumunun uygun biçimde yapılmasını sağlayarak iletişim becerilerini geliştirmeyi sağlar. Hemşire, aileye olası krize müdahale etme yollarını öğretilerek destek sağlar. Bunu yanında normal yaşama uyumunu sağlamak için yaşadığı toplumdaki kişileri bilgilendirerek toplumdaki engelleri engeller. Hemşire ruh hastalarına yönelik sosyal kabulün sağlanması, gerçekçi tutum ve inançların oluşması ve gelişmesi için bulunduğu yerlerde topluma yönelik grup eğitimleri yapar (9, 20, 66).

Bütün bu girişimler aile fertlerinin ve hasta bireylerin karşılaştıkları olumsuz yaşam deneyimlerinden en az düzeyde zarar görmelerine yardımcı olur. Hemşirelik mesleği, hizmet alan bireyler için yaşamsal bir değer taşımaktadır. Hemşirelik hizmetleri, hastanın kendisi, ailesi veya toplumun başka bir üyesi tarafından karşılanamayan hizmetlerdir. Hemşirenin görevi; koruyucu, tedavi edici ya da rehabilite edici amaçlarla hastaya ve ailesine bakım hizmetlerini götürmek ve sunmaktır. Hemşirelik hizmetlerinin uygulandığı süreçte; hemşire daha doyumlu ve istekli çalışıp hastanın iyilik halinin sürmesini ve ailenin

hastalıkla uygun baş etmesini sağlayıp hem hasta hem de ailesinin yaşam kalitesini artırmayı sağlayacaktır.

Yapılan çalışmalar da şizofren hastalarının ve ailelerinin hastalığa ve tedaviye uyumlarını sağlayarak hastaneye yatışlarını azaltılması, hastaların yaşam becerilerini geliştirerek yaşam kalitelerinin artmasına katkıda bulunmak ve hastaların topluma kazandırılmasınının gerekliliği vurgulanmıştır (9, 20, 36).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Psikiyatri kliniğine yatan veya ayaktan tedavi gören şizofreni tanısı almış hastaların yakınlarının, şizofreni hastalığına yönelik tutumlarını ve bakımında yaşadıkları zorlukları belirlemek amacıyla yapılan bu araştırma; tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma; Diyarbakır il merkezinde yaşayan ve Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında tedavi gören şizofreni tanısı almış hastaların aileleri çalışma kapsamına alınmıştır. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri kliniğinde 5 asistan, sorumlu hemşire ile birlikte 6 hemşire görev yapmaktadır. Klinik 25 yataklı olup ve her bir odada 3 yatak bulunmaktadır. Kadın, erkek koğuşu ayırımı olmadan hastalar aynı birimde yatmakta ve hastalara refakat için hasta yakınları bulunmaktadır. Polikliniğin çalışma saatleri sabah 09:00–12:00, öğleden sonra 13:30–16:00 saatleri arasında olup bu poliklinikte 1 asistan görev yapmakta, hemşire bulunmamaktadır. Hastane sosyal sigortalar kurumu, emekli sandığı, bağ-kur, yeşil kart sağlık karnesi olan hastalara hizmet vermektedir. Her bir hastanın yakınına çalışma hakkında kısa bilgi verilmiş ve katılmayı kabul edenlerle yüz yüze görüşme gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler sabahları 09:00–12:00, öğleden sonraları 13:30–16:30 saatleri arasında yapılmış ve her biri 45–60 dakika sürmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında yatırılarak veya ayaktan tedavi gören şizofreni hastalarının aileleri oluşturmuştur. Çalışma kapsamına alınacak yakınların sayısını belirlemek amacıyla önce, 01 Ocak 2007 – 31 Aralık 2007 tarihleri arasında başvuran hasta sayısı araştırılmış ve 156 kişinin bulunduğu

görülmüştür. Örneklem büyüklüğünün, evreni temsil edebilmesi için evrenin en az %30'unu kapsaması gerektiğinden (2) en az 47–50 kişiye ulaşılması amaçlanmıştır. Hasta yakınlarından 73'ü çalışmaya katılmayı kabul etmiş (%47), 12'si kabul etmemiştir (%7,7). Aile üyelerinin 18 yaşın üzerinde olması, ruhsal bir bozukluk veya sorulara yanıt veremeyecek ölçüde bilişsel bir işlev kaybının bulunmaması aranmıştır.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada; hastayla birlikte hastaneye gelen hasta yakınlarıyla görüşülmüştür. Görüşülen kişi ile hastaya bakım veren kişinin her zaman aynı olmaması araştırmanın sınırlılıklarından biridir. Ayrıca çalışmadan elde edilen sonuçlar yalnızca bu örneklem grubu ile sınırlıdır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1 Bağımlı değişkenler: Aile üyelerinin; hastalığı tanıma, etiyoloji, tedavi ve sosyal mesafe ile ilgili inanış ve tutumlarını yansıtan puanlar ve ifade ettikleri zorluklara yönelik frekanslar.

3.5.2. Bağımsız değişkenler: Hasta ve yakınlarına ait sosyo-demografik özellikler, örneğin yaş, cinsiyet, çalışma durumları, eğitim düzeyleri, yakınlık dereceleri, hastalığı, etiyolojisini ve tedavisini algılamaları, daha önce ruhsal tedavi görüp görmemeleri ve sosyoekonomik durumları.

3.6. Araştırmanın Soruları

Hasta yakınlarının;

- şizofreni hastalığına karşı tutumları ne yöndedir?
- şizofreniye yönelik tutumlarında hangi faktörler etkilidir?
- hastanın bakımı konusunda ne gibi zorluklar yaşamaktadırlar?
- hemşirelerden destek beklentileri var mıdır? Varsa bu beklentiler nelerdir?
- Hastalığa karşı (varsa) olumsuz tutumlarını değiştirmeleri için ne gibi çalışmalara gereksinme vardır?

3.7. Verilerin Toplanması

3.7.1. Veri Toplama Aracı

Verilerin toplanmasında üç anket formu kullanılmıştır.

1) Hastaya ilişkin sosyo-demografik bilgi formunda; hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, ne zamandan beri hasta olduğu, hastaneye kaç kez yattığı (son yatışı dahil), şimdiye kadar hangi tedaviler uygulandığı, ilaçlarını düzenli alıp almadığı, kontrollere düzenli gidip gitmediği gibi sorular bulunmaktadır.

2) Hasta yakını ile ilgili sosyo-demografik bilgi formunda; görüşülen kişinin hastaya yakınlık derecesi, hastanın bakımıyla en fazla kimin ilgilendiği, ne kadar süredir ilgilendiği, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitimi, çalışma durumu, evde kaç kişinin yaşadığı, hastanın kendine ait odası olup olmadığı, ailenin aylık geliri, hastalığının adını bilip bilmediği, hastalık hakkında bilgi alıp almadığı, aldıysa kimden aldığı, almadıysa bilgi almak isteyip istemediği, evde bakımı konusunda bilgi alıp almadığı, aldıysa kimden aldığı, aldığı bilginin yeterli olup olmadığı, evde bakım konusunda bilgi almayı isteyip istemediği, en çok hangi konularda bilgi almak istediği, bu hastalığın ailenin günlük yaşamını engelleyip engellemediği, bakımda en çok hangi konularda güçlük yaşadıkları, bu güçlükleri gidermede hemşirelerin onlara yardımcı olup olmayacakları ve nasıl yardımcı olabilecekleri gibi sorular yer almaktadır.

3) Şizofreniye ilişkin tutum anketi.

Anketin ilk bölümünde DSM-IV'e göre (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994) paranoid tipte bir şizofreni olgusu (Ahmet Bey) tanımlanmakta (50), ardından olguya ilişkin 6 soru yöneltilmektedir. Cevapların her birini "katılıyorum" "kısmen katılıyorum" "pek katılmıyorum" "katılmıyorum" şeklinde ifade etmeleri, herhangi bir görüşü yoksa "fikrim yok" demeleri istenmiştir.

Anketin ikinci bölümünde, "*Yukarıda anlatılan Ahmet Bey şizofreniye bir örnektir. Şimdi size şizofreni ile ilgili bazı sorular soracağım. Cevaplarınızı "katılıyorum" "kısmen katılıyorum" "pek katılmıyorum" "katılmıyorum" şeklinde ifade ediniz. Herhangi bir görüşünüz yoksa "fikrim yok" deyiniz*" şeklinde bir açıklama yapıldıktan sonra 24 soru yöneltilmiştir. Sorular bireylere araştırmacı tarafından okunarak sorulmuş, yanıtları anket formuna kaydedilmiştir.

3.7.2. Veri Toplama Aracının uygulanması

Araştırmanın yapıldığı kurumdan ve etik kuruldan izin alındıktan sonra 01.01.2009-10.05.2009 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışma hakkında kısa bilgi verildikten sonra, görüşmeyi kabul edenlere veri toplama formu araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

Haftanın beş günü katılmayı kabul eden hasta yakınlarıyla poliklinikte yüz yüze görüşülmüştür. Hasta yakınlarıyla çalışıldıktan sonra, hastalığın etiyolojisi, tedavisi hakkında bilgi verilmiştir. Ev içinde yaşanan zorluklar ve varsa olumsuz bir tutum bunu değiştirmeye yönelik kısa süreli eğitimler verilmiştir. Bu yüzden her bir görüşme 45 dakika ile 60 dakika arasında değişmiştir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler çalışmacı tarafından kodlanarak, bilgisayar ortamında (Statistical Package for the Social Sciences) SPSS 13.0 for Windows paket programında değerlendirilmiştir. Faktör puanlarına bakılıp normal dağılım göstermeyen bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U, birbirinden bağımsız üç ya da daha fazla olan grupların karşılaştırılmasında Kurskal-Walis varyans analizi, gruplandırılmış ölçüm verilerinin analizinde Ki-kare testi uygulanmıştır. İstatistiksel analizlerde $p < 0.050$ ise sonuçlar anlamlı kabul edilmiştir.

Şizofreniye yönelik tutum anketindeki; 32 sorudan ilk altısı tanımlanan olguya ait sorulardır. Geri kalan 26 soru şizofreninin tanısı, etyolojisi, tedavisi ve sosyal mesafe ile ilgili likert tipi sorulardır. Bunlar katılıyorum (1), Kısmen katılıyorum (2), pek katılmıyorum (3), katılmıyorum (4) ve fikrim yok (5) şeklinde yanıtlanmıştır.

Değerlendirmede; frekans yüzdeleri düşük olduğu için, likert tipi sorulardan “kısmen katılıyorum” “Katılıyorum” seçeneğine, “pek katılmıyorum” ise “katılmıyorum” seçeneğine dahil edilmiştir. “Fikrim yok” seçeneği frekansı çok düşük olduğundan değerlendirmeye alınmamıştır.

Şizofreniye yönelik “sosyal mesafe”, “şizofreniyi tanıma”, “etyolojisi” ve “tedavisi” ile ilgili sorular ve değerlendirmeye esas olan puanları aşağıda verilmektedir:

<u>Sosyal Mesafe (1-7)</u>	<u>Katılıyorum Katılmıyorum</u>	
Şizofren bir kişi ile birlikte çalışabilirim	1	0
Şizofren bir kişi ile evlenebilirim	1	0
Şizofren bir komşum olması beni rahatsız etmez	1	0
Evim olsa bir şizofrene kiraya vermem	0	1
Şizofrenler saldırgan olurlar	0	1
Şizofrenler toplum içinde serbest dolaşmamalıdır	0	1
Şizofrenler kendi hayatları ile ilgili doğru kararları alamaz	0	1

Şizofreniyi Tanıma (1-7)

A'da ruhsal hastalık vardır	1	0
Şizofrenler akıl hastasıdır	1	0
Şizofreni bir bir hastalıktır	1	0
A'da bedensel hastalık vardır	1	0
Şizofreni aşırı üzüntülü haldir	0	1
Şizofreni ruhsal zayıflık halidir	0	1
Şizofreni bir hastalık değil, zaman zaman her insanın içine düştüğü bir durumdur	0	1

Şizofreni Etiyolojisi (1-5)

A'nın bu durumu kişilik zayıflığı nedeniyledir	0	1
A'nın bu durumu yaşadığı sosyal sorunlar nedeniyledir	1	0
Şizofreni sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıkar	1	0
Şizofreni bulaşıcıdır	0	1
Şizofreni doğuştan gelen bir hastalıktır	0	1

Şizofreni tedavisi (1-9)

Tedavi edilebilen bir hastalıktır	1	0
İlaçla tedavi edilebilen bir hastalıktır	1	0
Psikoterapi ile tedavi edilebilen bir hastalıktır	0	1
Tam olarak düzelmez	0	1
Tedavisinde kullanılan ilaçlar bağımlılık yapabilirler	0	1
Tedavisinde kullanılan ilaçlar ciddi yan etki yaparlar	0	1
Hacı ya da hocalar iyileşmesini sağlayabilir	0	1
Sosyal sorunlar çözülmeden iyileşmez	1	0
Ortam değişikliği iyileşmede önemli katkılarda bulunur	0	1

Şizofreniyeye yönelik sosyal mesafe puan aralığı 1–7, şizofreniyeyi tanımaya yönelik puan aralığı 1–7, şizofreni etiyojisiyeye yönelik puan aralığı 1–5, şizofreni tedavisine yönelik puan aralığı 1–9 arındadır. Hasta yakınlarının aldıkları puan artıkça şizofreniyeye yönelik tutumun daha olumlu olduğu kabul edilmektedir.

4. BULGULAR

Bu bölümünde; hasta ve yakınlarının sosyo-demografik özellikleri, hasta yakınlarının şizofreniye ilişkin tutumları ve bakımda yaşadıkları zorluklar yer almaktadır.

Tablo 1. Hastaya ait sosyo-demografik özellikler

Hasta Özellikleri	S	%	Hasta Özellikleri	S	%
Hastaların yaş aralığı			Hastalık süresi		
16-25	20	30.1	1-5	30	41.1
26-35	31	42.5	6-10	20	27.4
36-45	14	19.2	11-15	19	26.0
46 ve üzeri	6	8.2	16 ve üzeri	4	5.5
Hastanın cinsiyeti			Aldığı Tedavi		
Kadın	28	38.4	İlaç	62	84,9
Erkek	45	61.6	İlaç +ekt	11	15,1
Medeni durum			İlacın düzenli kullanımı		
Evli olan	42	57.5	Düzenli alıyor	48	65,8
Bekar	31	42.5	Düzensiz alıyor	25	34,2
Eğitim düzeyi			Kontrole düzenli gelme		
Okuryazar değil	14	19.2	Geliyor	52	71.2
İlkokul ve ortaokul	35	46.2	Gelmiyor	21	28.8
Lise ve üniversite	25	34.2			
Hastanın çalışma durumu			Yatış sayısı		
Çalışan	11	15.1	Yatırılmadan izlenen	20	27,4
Çalışmayan	62	85.9	1-4	36	49,3
			5-8	11	15,1
			9 ve üzeri	6	8,2
Evde yaşayan kişi sayısı			Kendisine ait odası		
1-4	23	31.5	Olan	41	56.2
5-8	33	45.2	Olmayan	32	43.8
9-12	13	17.8			
13-18	4	5.5			

Hastaya ait demografik özellikler Tablo 1’de yer almaktadır. Buna göre, hastaların toplam %72.6’sı 16-35 yaş aralığında, geri kalan %28.4’ü 36 yaş ve üzerindedir. Hastaların %38,4’ü kadın, %61.6’sı erkektir. Hastaların yarısından çoğu (%57,5) evlidir. Okur yazar olmayanlar %19,2, ilk ve ortaokul mezunu olanlar % 46.2, lise ve üzeri eğitimi olanlar %34.2’dir. Hastaların %15,1’i çalışmakta, %85.9’u çalışmamaktadır. Kırk beş erkek hastadan 36’sı (%80) ve 28 kadından 26’sı (%92.9) çalışmamaktadır. Hastaların yaklaşık üçte biri (%31,5) evde bir-dört kişi ile birlikte yaşamakta, %45.2’si beş-sekiz kişi, %17.8’i dokuz-on iki kişi ve %5.5’i on üç-on sekiz kişi ile birlikte yaşamaktadır. Hastaların %41.1’i bir-beş yıldan beri hastadır, %27.4’ü altı-on yıl, %26’sı onbir-onbeş yıl ve %5.5’i onaltı ve üzeri yıldan beri hastadır. Hastaların %84,9’u yalnız ilaç tedavisi, %15.1’i ilaç ve EKT (elektro- konvulsif tedavi) almıştır. Hastaların %65,8’i ilaçlarını düzenli, %34.2’si düzensiz kullanmaktadır. Hastaların %71,2’si kontrole düzenli, %28,8’i düzensiz gelmektedir. Hastaların %27,4’ü yatış yapılmadan ayaktan izlenmektedir, %49,3’ü bir-dört

kez yatırılmış, %15,1'i beş-sekiz kez ve %8.2'si dokuz kez ve üzerinde yatırılmıştır. Hastalardan %56.2'sinin kendine ait bir odası bulunmaktadır.

Tablo 2. Hasta Yakını İle İlgili Sosyo-Demografik Özellikler

Hasta Yakını İle İlgili Özellikler	S	%	Hasta Yakını İle İlgili Özellikler	S	%
Hasta yakının hasta ile akrabalık derecesi			Hastanın bakımıyla en çok ilgilenen kişinin kim olduğu		
Anne	17	23.3	Anne	36	49.3
Baba	13	17.8	Kardeş	16	21.9
Eş	4	5.5	Eş	11	15.1
Kardeş	33	45.2	Baba	6	8.2
Çocuk	6	8.2	Çocuk	4	5.5
Görüşülen hasta yakının bakım veren kişi olup olmadığı			Bakım veren kişinin hasta ile ilgilenme süresi		
Bakım veren			1-5 yıl	32	43.8
Bakım vermeyen	43	58.9	6-10 yıl	22	30.1
	30	41.1	11-15 yıl	15	20.5
			16 yıl ve üzeri	4	5.5
Hasta yakının cinsiyeti			Hasta yakının medeni durumu		
Kadın	32	43.8	Evli	51	69.9
Erkek	41	56.2	Bekar	22	30.1
Hasta yakının eğitimi			Hasta ailesinin aylık geliri		
Okuryazar değil	14	19.2	Asgari ücret	28	38.4
İlkokul ve ortaokul	37	50.7	450-999	27	37.0
Lise ve üniversite	22	30.1	1000-1499	13	17.8
			1500-1999	3	4.1
			2000 ve üzeri	2	2.7
Hasta yakınının çalışma durumu			Hastalığın adını bilme		
Çalışan	30	41.1	Bilen	26	35.6
Çalışmayan	43	58.9	Bilmeyen	47	64.4
Toplam	73	100.	Toplam	73	100.
Hastalık hakkında bilgilendirme durumu			Bilgilenenlerin bilgiyi kimden aldığı		
Bilgilenen	26	35.6	Hekim		
Bilgilenmeyen	47	64.4	Diğer	18	24.6
Toplam	73	100.	Toplam	8	11.0
Hastalık hakkında alınan bilginin yeterliliği			Hastalık hakkında bilgi gereksinmesi belirten		
Yeterli bulan	15	20.5	Bilgilenmek isteyen	58	79.5
Yetersiz bulan	11	15.1	Bilgilenmek istemeyen	15	20.5
Evdeki bakım konusunda bilgilendirme			Evdeki bakım bilgisini kimden aldığı		
Bilgilenen	11	15.1	Hekim		
Bilgilenmeyen	62	84.9		11	15.1
Evdeki bakım konusunda alınan bilginin yeterliliği			Evdeki bakım konusunda bilgilendirme		
Yeterli bulan	4	5.5	İsteyen	69	94.5
Yetersiz bulan	7	9.6	İstemeyen	4	5.5
Toplam	11	15.1	Toplam	73	100.
Evde bakımla ilgili yaşanan zorluklar konusunda hemşirenin yardımcı olup olamayacağına ilişkin görüşleri			Yaşadığı güçlükleri gidermede hemşirenin yardımcı olabileceği konular		
Yardımcı olabilir	23	31.5	Hastaya nasıl davranacağı ve hastalık hakkında bilgi vererek		
Yardımcı olamaz	50	68.5	İlaçlarını vererek ve “duyarlı ilgi” göstererek	11	15.1
Hemşirenin kendilerine yardımcı olamayacağını düşünenler ve nedenleri				12	16.4
Bilgi ve donanım eksikliği				6	8.2
Fikrim yok				29	39.8
Talebimiz olmadı				15	20.5
Toplam				50	68.4

Görüşülen hasta yakınlarına ait özellikler Tablo 2’de yer almaktadır. Hasta yakınlarından %23,3’ü hastanın annesidir, %17,8’i baba, %5,5’i eş, %45,2’si kardeş, %8,2’si çocuktur. Yakınların %58,9’u hastaya bilfiil bakım veren, %41,1’i bakım vermeyen kişidir. Görüşülen yakınların %43,8’i kadın, %56,2’si erkektir. Eğitim durumları yönünden %19,2’si okur yazar değil, %50,7’si ilk ve ortaokul mezunudur, %30,1’i lise mezunu ve üzerinde eğitim almıştır. Görüşülen yakınlar arasında hastanın bakımıyla en çok ilgilenenler annelerdir (%49,3) ve yakınların %21,9’u kardeş, %15,1’i eş, %8,2’si baba, %5,5’i çocuktur. Hastanın bakımı ile ilgilenenlerin % 43,8’i bir-beş yıldan beri, %30,1’i altı-on yıldan beri, %20,5’i onbir-onbeş yıldan beri ve %5,5’i onaltı ve üzeri yıldan beri ilgilenmektedir. Hasta yakınlarının %69,9’u evlidir. Ailenin %38,4’ünün aylık geliri asgari ücret, %37’sinin geliri 450-999 TL arasında, %17,8’inin geliri 1000-1499 TL arasında ve %6,8’inin geliri ise 1500 TL ve üzerindedir.

Hasta yakınlarına ait özelliklerin devamı Tablo 3’de yer almaktadır. Buna göre; hasta yakınlarının yarısından fazlası (%58,9) çalışmamaktadır. Yakınların %35,6’sı hastanın tanısını bilmektedir. Hastalıkla ilgili bilgi aldığını belirtenler %35,6’dır. Hastalık hakkında bilgi aldığını belirten 26 kişiden 18’i (%24,6) hekimden bilgi aldığını, 8’i (%11,0) ise kitap, internet vb. diğer kaynaklardan bilgi aldığını belirtmiştir. Hastalık hakkında bilgi aldığını söyleyen 26 kişiden 15’i (%20,5) aldığı bilgiyi yeterli, 11’i (%15,1) yetersiz bulmaktadır. Görüşme yapılan 73 hasta yakınının 58’i (%79,5) hastalık hakkında bilgi alma gereksinmesi belirtmektedir.

Hastanın evdeki bakımı konusunda; 73 hasta yakınından ancak 11’i (%15,1) bilgilendiğini belirtmiş ve bunların tümü bu bilgiyi hekimden aldığını ifade etmiştir. Bu 11 kişiden 7’si (%9,6) aldığı bilgiyi yetersiz bulmaktadır. Buna karşılık, 73 hasta yakınından 69’u (%94,5) hastanın evdeki bakımıyla ilgili bilgilenmek istediğini belirtmektedir. Hastanın evdeki bakımıyla ilgili yaşanan sorunlara, hemşirenin yardımcı olup olamayacağına ilişkin görüşleri incelendiğinde; hasta yakınlarının %31,5’i hemşirenin yardımcı olabileceğini, %68,5’i yardımcı olamayacağını belirtmiştir. Hemşirenin yardımcı olabileceğini belirten 23 kişiden 11’i (%15,1) “Hastalık ve hastaya nasıl davranacakları konusunda bilgi vererek”, 12 kişi ise (%16,4) “İlaçlarını vererek ve duyarlı bir ilgi göstererek” yardımcı olabileceklerini belirtmişlerdir.

Hemşirenin kendilerine yardımcı olamayacağını düşünen 50 kişiden 6’sı (%8,2) hemşirenin “bilgi ve donanımının eksik” olduğunu, 29’u (%39,8) “fikrinin olmadığını” ve 15’i de (%20,5) “talebinin olmadığını” belirtmiştir.

Hasta yakınlarına sorulan örnek hasta öyküsünde “Ahmet beyin bu durumdan kurtulmak için öncelikle ne yapması gerekmektedir” sorusuna %97.3’ü (71 kişi) öncelikle bir doktora gitmesi gerektiğini ve %95.9’unun (70 kişi) öncelikle psikiyatriste (ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı) gitmesi gerektiğini ifade etmiştir.

“Şizofreni geçirdiğinizi düşünseydiniz öncelikle ne yapardınız” sorusuna hasta yakınlarının %91.8’i (67 kişi) doktora gideceğini ve tümü de psikiyatri doktoruna gitmeyi tercih edeceğini belirtmiştir.

Aşağıda hasta ve yakınlarının sosyo-demografik özelliklerinin kendi içlerinde karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 5. Hastaların Cinsiyetine Göre Eğitim Durumlarının Dağılımı

Cinsiyet	Okuryazar değil	İlköğretim	Lise ve üniversite	Toplam	
	S	S	S	S	%**
Kadın	9	14	5	28	38.4
Erkek	5	20	20	45	61.6
Toplam	14	34	25	73	100.0

$\chi^2= 7.658$; df:2; P= 0.022

**Sütun%

Hastaların cinsiyetine göre eğitim durumları incelendiğinde; %19.2’sinin okuryazar olmadığı, %46.6’sının ilköğretim, %34.2’sinin lise ve üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Cinsiyetler bakımından karşılaştırıldığında eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (p= 0.022). Buna göre erkek hastaların eğitim düzeyi, kadınların eğitim düzeyinden daha yüksektir. (Tablo 5).

Tablo 6. Hastaların Çalışma Durumuna Göre Eğitim Durumunun Dağılımı

Çalışma Durumu	Okuryazar değil	İlköğretim	Lise ve üniversite	Toplam	
	S	S	S	S	%**
Çalışıyor	1	2	8	11	15.1
Çalışmıyor	13	32	17	62	84.9
Toplam	14	34	25	73	100.0

$\chi^2= 8.529$; df:2 ; P=0.014

**Sütun%

Hastaların çalışma durumu ile eğitim durumlarını karşılaştırdığımızda %15.1’inin çalıştığı, %84.9’unun çalışmadığı görülmektedir. Çalışanların %9.1’i okuryazar olmayan, %18.2’si ilköğretim, %72.7’si lise ve üniversite mezunlarıdır. Hastaların eğitim düzeyi ile

çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (p=0.014). Buna göre hastaların eğitim düzeyi arttıkça çalışmakta olanların sayısı da artmaktadır (Tablo 6).

Tablo 7. Hastaların İlaçlarını Düzenli Kullanmalarına Göre Eğitim Durumlarının Dağılımı

İlaç düzenli kullanma	Okuryazar değil	İlköğretim	Lise ve üniversite	Toplam	
	S	S	S	S	%**
İlaç Düzenli Alıyor	12	17	19	48	65.8
İlaç Düzenli Almıyor	2	17	6	25	34.2
Toplam	14	34	25	73	100.0

$\chi^2= 7.390$; df:2 ; P=0.025

**Sütun%

Hastaların ilaçlarını düzenli almaları ile eğitim durumları karşılaştırıldığında, %65.8'inin ilacını düzenli aldığı, %34.2'sinin düzenli almadığı görülmektedir. Okuryazar olmayanların %85,7'i ilacını düzenli almaktadır. İlköğretim mezunlarını %50'si, lise ve üniversite mezunlarının %76'sı ilaçlarını düzenli almaktadır. Hastaların eğitim düzeyi ile ilaç alma düzeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (p=0.025). Eğitim düzeyi yüksek hastaların ilaçlarını daha düzenli kullandıkları söylenebilir (Tablo 7).

Tablo 8. Hastanın Cinsiyetinin Sosyal Güvencesine Göre Dağılımı

Cinsiyet	Sosyal Güvencesi Var	Sosyal Güvencesi Yok	Toplam	
	S	S	S	%**
Kadın	28	0	28	38.4
Erkek	38	7	45	61.6
Toplam	66	7	73	100.0

$\chi^2= 4.818$; df:1 ; P=0.028

**Sütun%

Hastaların sosyal güvence durumunu incelediğimizde %90,4'ünün sosyal güvencesinin olduğu, %9.6'sının olmadığı görülmektedir. Kadınların tümünün, erkeklerin ise ancak %84.6'sının sosyal güvencesi bulunmaktadır. Cinsiyet ile sosyal güvence arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır.(p=0.028) Buna göre kadınların sosyal güvencesi daha fazladır (Tablo8).

Tablo 9. Hastanın Cinsiyetine Göre İlaçlarını Düzenli Alıp Almadığının Dağılımı

Cinsiyet	Düzenli Alıyor	Düzenli Almıyor	Toplam	
	S	S	S	%**
Kadın	23	5	28	34.8
Erkek	25	20	45	61.6
Toplam	48	25	73	100.0

$\chi^2= 5.418$; df:1 ; P=0.020

**Sütun%

Hastanın cinsiyetine göre ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmaması karşılaştırıldığında, kadınların %82.1'inin, erkeklerin %55.6'sının ilacını düzenli kullandığı görülmektedir. Hastanın cinsiyeti ile ilaç alım düzeni arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.020). Kadınların erkeklere göre ilaçlarını daha düzenli kullandığı söylenebilir (Tablo9).

Tablo 10. Hastanın Kontrole Düzenli Gelip Gelmemesine Göre Cinsiyetinin Dağılımı

Kontrole Düzenli Gelip Gelmeme	Kadın	Erkek	Toplam	
	S	S	S	%**
Düzenli Geliyor	26	26	52	71.2
Düzenli Gelmiyor	2	19	21	28.8
Toplam	28	45	73	100.0

$\chi^2= 10.365$; df:1 ; P=0.001

**Sütun%

Hastanın cinsiyeti ile kontrollere düzenli gelme durumları karşılaştırıldığında, %71.2'sinin kontrollere düzenli geldiği, %28.8'inin ise düzenli gelmediği görülmektedir. Bunlardan kadınların %92.8'inin, erkeklerin %57.8'inin kontrollere düzenli geldiği anlaşılmaktadır. Hastanın cinsiyeti ile kontrollere düzenli gelme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.001). Kadınların erkeklere göre kontrollere daha düzenli geldikleri söylenebilir (Tablo10).

Tablo 11. Hastanın Cinsiyetine Göre Kedisine Ait Odasının Olup Olmamasının Dağılımı

Hastanın Kendisine Ait Odası	Kadın	Erkek	Toplam	
	S	S	S	%**
Var	10	31	41	56.2
Yok	18	14	32	43.8
Toplam	28	45	73	100.0

$\chi^2=;7.716$ df:1 ; P=0.008

*Satır%; **Sütun%

Kadınların %35.7'sinin, erkeklerin %75.6'sının kendisine ait odası vardır. Hastanın cinsiyeti ile kendisine ait odasının olup olmaması arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0.008). Erkek hastaların kendine ait bir odasının olması, kadınlara oranla daha yüksektir (Tablo11).

Tablo 12. Hastanın Kendisine Ait Odasının Olup Olmamasına Göre Çalışma Dağılımı

Hastanın Kendisine Ait Odası	Çalışıyor	Çalışmıyor	Toplam	
	S	S	S	%**
Var	11	30	41	56.2
Yok	0	32	32	43.8
Toplam	11	62	73	100.0

$\chi^2=10.109$, df:1 ; P=0.002

**Sütun%

Hastaların %56.2'sinin kendisine ait odası var, %43.8'inin yoktur. Çalışanların %26.8'inin, çalışmayanların %73.2'sinin kendisine ait bir odası vardır. Hastaların çalışma durumu ile kendisine ait bir odasının olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0.002, $\chi^2=10.109$). Araştırmamızda çalışmayan hastaların kendilerine ait odasının olma oranı çalışanlara göre daha yüksektir (Tablo12).

Tablo 13. Hastanın İlacını Düzenli Kullanımı İle Evde Yaşayan Kişi Sayısının Dağılımı

İlacını Düzenli Kullanım	Hastanın Evinde Yaşayan Kişi Sayısı				Toplam	
	1-4***	5-8***	9-12***	13-18***	S	%*
	S	S	S	S	S	%*
Düzenli Alıyor	17	22	9	0	48	65.8
Düzenli Almıyor	7	11	3	4	25	34.2
Toplam	24	33	12	4	73	100.0

$\chi^2=8.423$, df:3 ; P=0.038

Sütun%, *Kişi Sayısı

Hastaların %65.8'i (48 kişi) ilacını düzenli kullanmakta, %34.2'si düzenli kullanmamaktadır. İlacını düzenli alan hastaların %35.4'nün (17 kişi) evinde yaşayan kişi sayısı 1-4, %45.8'inin (22 kişi) 5-8 kişi, %18.8'inin 9-12 kişidir. Evinde 13-18 kişi yaşayan hastaların hiç biri ilacını düzenli kullanmamaktadır. Hastaların ilaç kullanma düzeni ile evde yaşayan kişi sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (P=0.038). Evde yaşayan kişi sayısı arttıkça ilaçların düzenli kullanımının azaldığı söylenebilir (Tablo13).

Tablo 14. Hasta Yakınlarının Bakım Verme Durumuna Göre Yakınlık Dereceleri

Görüşülen Hasta Yakını	Anne	Baba	Eş	Kardeş	Çocuk	Toplam	
	S	S	S	S	S	S	%**
Bakım veren	17	4	4	14	4	43	59.9
Bakım vermeyen	19	2	7	2	0	30	41.1
Toplam	36	6	11	16	4	73	100.0

Hastanın bakımıyla ilgilenenler hasta yakınlarının %59.9'udur. Bakım veren kişilerin %23.3'ü anne, %5.5'i baba, %5.5'i eş, %19.2'si kardeş ve %5.5'i çocuktur. Buna göre görüşülen hasta yakınlarının yarısından fazlası aynı zamanda bakım veren kişilerdir

Tablo 15. Bakım Veren ve Vermeyen Hasta Yakınlarının Cinsiyetlerine Göre dağılımı

Görüşülen Hasta Yakını	(Hasta Yakını) Kadın	(Hasta Yakını) Erkek	Toplam	
	S	S	S	%**
Bakım veren	26	17	43	58.9
Bakım vermeyen	6	24	30	41.1
Toplam	32	41	73	100.0

$\chi^2=;11.753$ df:1 ; P=0.001

**Sütun%

Görüşülen hasta yakınının %58.9'u bakım veren, %41.1'i bakım vermeyen aile üyeleri idi. Bakım verenlerin %81.3'ü kadın, %41.5'i erkektir. Hasta yakınının cinsiyeti ile bakım verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bakım veren kadınlar erkeklere göre daha fazladır

Tablo16. Hasta Yakınlarından Bakım Veren ve Vermeyenlerin Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Görüşülen Hasta Yakını	Çalışıyor	Çalışmıyor	Toplam	
	S	S	S	%**
Bakım veren	13	30	43	58.9
Bakım vermeyen	17	13	30	41.1
Toplam	30	43	73	100.0

$\chi^2=5.101$, df:1 ; P=0.031

**Sütun%

Görüşülen hasta yakınlarının %58.9'u bakım veren, %41.1'i bakım vermeyen kişidir. Bakım veren hasta yakınlarının %30.2'si çalışmakta, %69.8'i çalışmamaktadır. Bakım vermeyen yakınların ise %56.7'si çalışmakta, %43.3'ü çalışmamaktadır. Hastaya bakım veren ve vermeyenlerin çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (P=0.001). Hastaya bakım verenler daha çok çalışmayan yakınlardır.

Tablo 17. Hasta Yakınının Cinsiyetine Göre Çalışma Durumunun Dağılımı

Görüşülen Hasta Yakınının Cinsiyeti	Çalışıyor	Çalışmıyor	Toplam	
	S	S	S	%**
Kadın	6	26	32	43.8
Erkek	24	17	41	56.2
Toplam	30	43	73	100.0

$\chi^2=11.753$, df:1 ; P=0.001

**Sütun%

Görüşülen hasta yakınlarının %43.8'i kadın, %56.2'si erkektir. Bunların %41.1'i çalışmakta, %58.9'u çalışmamaktadır. Hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre çalışma durumlarını karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0.001). Hasta yakınlarından çalışanlar daha çok erkekler, çalışmayanlar ise daha çok kadınlardır

Tablo 18. Hastanın Bakımında Hasta Yakınlarının Yaşadığı Zorluklar (N=73)

Hasta yakınları tarafından belirtilen zorluklar *	S	%
1) Hastanın evdeki saldırgan ve kontrolsüz davranışlarıyla baş etmekte zorlanma	51	69.9
2) Çalışma yaşamının ve aile yaşamının etkilenmesine bağlı huzursuzluk	49	67.1
3) Hastanın evdeki kontrolsüz davranışları karşısında nasıl tavır almaları gerektiğini öğrenmek isteme	48	65.7
4) Sağlığını ve iyileşip iyileşmeyeceğini merak etme ve endişelenme	39	54.4
5) Hastayla yakından ilgilenmek zorunda kaldığı için bıkkınlık, tahammül edememe ve bazen şiddet uygulamak zorunda kalma	26	35.6
6) Hastanın hiç olmazsa öz bakımını yapabilir duruma gelmesini isteme ve bekleme	26	35.6
7) İlaçlarını verme konusunda sıkıntı yaşama	19	26.1
8) Maddi sıkıntı	17	23.3
9) Damgalanma sonucu sosyal izolasyon yaşama	16	22.0
10) Madde kullanımı (hap, esrar, sigara içme)	4	5.5
11) Uğraşıya yönlendirmede zorlanma	6	8.2

*Hasta yakınlarının ifadeleri birden fazladır.

Hasta yakınlarının; hastanın bakımında yaşadığı zorluklar Tablo 18’de görülmektedir. Hastanın bakımında, hasta yakınlarının yaşadığı güçlüklerin başında; hastanın evdeki saldırgan ve kontrolsüz davranışlarıyla baş edememekten yakınma gelmektedir (%69.9). İkinci sırada; çalışma yaşamının ve aile yaşamının olumsuz etkilenmesine bağlı huzursuzluk belirtilmektedir (%67.1). Üçüncü sırada; hastanın evdeki kontrolsüz davranışları karşısında nasıl tavır almaları gerektiğini öğrenmek istemektedirler (%65.7). Dördüncü sırada; hastanın sağlığına ve iyileşip iyileşmeyeceğine dair endişe ve merak ifade etmektedirler (%54.4). Beşinci sırada: hastayla yakından ilgilenmek zorunda kaldıkları için bıkkınlık, tahammülsüzlük ve bu yüzden bazen şiddet uygulamak zorunda kaldıkları (% 35.6) belirtilmektedir. Altıncı sırada; hastanın hiç olmazsa öz bakımını yapabilir duruma gelmesini isteme ve bekleme yer almaktadır (% 35.6). Hasta yakınlarının yaklaşık dörtte biri; hastaya ilacını vermekte sıkıntı çektiğini (%26.1), maddi sıkıntı içinde olduklarını (%23.3) ve damgalanma sonucu sosyal izolasyon yaşadıklarını (%22.0) belirtmişlerdir. Hastayı uğraşıya yönlendirmede zorlandığını söyleyenler hasta yakınlarının ancak %8.2’sidir.

Hasta Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları

Aşağıdaki tablolarda hasta yakınlarının tutum anketinden aldıkları puanlar görülmektedir.

Tablo19.Hasta Yakınlarının Şizofreniyi Tanıma Konusundaki Görüş ve İnanışları (N=73)

Şizofreniyi tanıma	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim Yok	
	S	%	S	%	S	%
A'da ruhsal hastalık vardır	70	95.6	3	4.1	0	0
Şizofrenler akıl hastasıdır	54	74.0	18	24.7	1	1.4
Şizofreni bir hastalıktır	69	94.5	3	4.1	1	1.4
A'da bedensel hastalık vardır	9	12.3	62	84.7	2	2.7
Şizofreni aşırı üzüntü halidir	61	83.6	12	16.4	0	0
Şizofreni ruhsal zayıflık halidir	55	75.3	14	19.2	4	5.5
Şizofreni bir hastalık değil, zaman zaman her insanın içine düştüğü bir durumdur	32	43.8	41	56.2	0	0

Hasta yakınlarının “şizofreniyi tanıma” ile ilgili tutumları incelendiğinde; %95.6’sının (70 kişi) tanımlanan olguda “ruhsal bir hastalık” olduğu ifadesine katıldığı, %74’ünün (54 kişi), “şizofreninin bir akıl hastalığı olduğunu kabul ettiği”, %94.5’nin “şizofreninin bir hastalık olduğunu kabul ettiği, %12.3’ünün “Ahmet bey “örneğinde bir bedensel hastalık olduğuna inandığı, %83.6’sının “Şizofreniyi aşırı üzüntü hali” olarak kabul ettiği, %75.3’ünün “Şizofreniyi ruhsal zayıflık hali” olarak kabul ettiği, %43.8’inin “Şizofreninin bir hastalık değil, zaman zaman her insanın içine düştüğü bir durum” olduğuna katıldıkları görülmektedir (Tablo19).

Tablo 20. Hasta Yakınlarının Şizofreni Etiyolojisine İlişkin Görüş ve İnanışları (N=73)

Şizofreni etiyojisi	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim Yok	
	S	%	S	%	S	%
A'nın bu durumu kişilik zayıflığı nedeniyle	41	56.2	28	38.4	4	5.5
A'nın bu durumu yaşadığı sosyal sorunlar nedeniyle	43	58.9	29	39.7	1	1.4
Şizofreni sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıkar	57	78.1	15	20.5	1	1.4
Şizofreni bulaşıcıdır	5	6.8	67	91.8	1	1.4
Şizofreni doğuştan gelen bir hastalıktır	6	8.2	64	87.7	3	4.1

Hasta yakınlarının “şizofreni etiyojisi” ile ilgili tutumları incelendiğinde; hasta yakınlarının %56.2’si “Ahmet bey” örneğinde “A'nın bu durumunun kişilik zayıflığı nedeniyle” ortaya çıktığını kabul etmekte, %58.9’u “A'nın bu durumunun yaşadığı sosyal sorunlar” nedeniyle ortaya çıktığını kabul etmekte, %78.1’i “Şizofreninin sosyal sorunlar” nedeniyle ortaya çıktığına inanmaktadırlar. Şizofreninin bulaşıcı olduğuna katılanlar (%6.8) ve doğuştan gelen bir hastalık olduğuna inananlar (%8.2) oldukça düşüktür (Tablo20).

Tablo 21. Hasta Yakınlarının Şizofreni Tedavisine İlişkin Görüş ve İnanışları(N=73)

Şizofreni tedavisi	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim ok	
	S	%	S	%	S	%
Tedavi edilebilen bir hastalıktır	68	93.2	5	6.8	0	0
İlaçla tedavi edilebilen bir hastalıktır	69	94.5	4	5.5	0	0
Psikoterapi ile tedavi edilebilen bir hastalıktır	48	65.8	23	31.5	2	2.7
Tam olarak düzelmez	41	56.2	30	41.1	2	2.7
Tedavisinde kullanılan ilaçlar bağımlılık yapabilirler	45	61.6	23	31.5	5	6.8
Tedavisinde kullanılan ilaçlar ciddi yan etki yaparlar	39	53.4	31	42.5	3	4.1
Hacı ya da hocalar iyileşmesini sağlayabilir	8	11.0	63	86.3	2	2.7
Sosyal sorunlar çözülmeden iyileşmez	48	65.8	24	32.9	1	1.4
Ortam değişikliği iyileşmede önemli katkılarda bulunur	8	11.0	63	86.3	2	2.7

Hasta yakınlarının şizofreni tedavisine yönelik tutumları incelendiğinde; % 93.2'si "tedavi edilebilen bir hastalık" olduğuna, %94.5'i ilaçla tedavi edilebildiğine, %65.8'i psikoterapi ile tedavi edilebildiğine, %56.2'si tam olarak düzelmeyeceğine, %61.6'sı tedavide kullanılan ilaçların bağımlılık yaptığına, %53.4'ü bu ilaçların ciddi yan etkileri olduğuna inanmaktadır. Küçük bir kesim hacı ya da hocaların iyileşme sağlayabileceğini (%11.) ve ortam değişikliğinin iyileşmede önemli katkılarda bulunacağını düşünmektedir (%11.). Yakınların yarısından çoğu (%65.8) sosyal sorunlar çözülmeden bu hastalığın iyileşmeyeceğine katılmaktadır (Tablo21).

Tablo22.Hasta Yakınlarının Şizofrenik Kişilere Yönelik Sosyal Mesafe Tavırları (N=73)

Şizofrenisi Olan Hastaya İlişkin Sosyal Mesafe Tavrı	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim Yok	
	S	%	S	%	S	%
Şizofren bir kişi ile birlikte çalışabilirim	40	54.8	33	45.2	0	0
Şizofren bir kişi ile evlenebilirim	11	15.1	60	82.2	2	2.7
Şizofren bir komşum olması beni rahatsız etmez	47	64.4	26	35.6	0	0
Evim olsa bir şizofrene kiraya vermem	37	50.7	35	47.9	1	1.4
Şizofrenler saldırgan olurlar	49	67.1	23	31.5	1	1.4
Şizofrenler toplum içinde serbestçe dolaşmamalıdır	31	42.5	41	56.2	1	1.4

Hasta yakınlarının şizofreniye yönelik sosyal mesafe tutumları incelendiğinde; yaklaşık yarısı (%54.8) şizofren bir kişi ile aynı ortamda çalışabileceğini, yarıdan çoğu (%64.4) şizofren bir komşusu olmasından rahatsız olmayacağını; buna karşılık, küçük bir kesim (%15.1) bir şizofren ile evlenebileceğini belirtmiştir. Hasta yakınlarının yaklaşık yarısı (%50.7) evi olsa şizofrenik bir kişiye kiraya vermeyeceğini, önemli bir kesimi (%67.1) şizofrenlerin saldırgan olduğunu ve yarıdan az da olsa önemli sayılabilecek bir

kesim (%42.5) şizofrenlerin toplum içinde serbestçe dolaşmamaları gerektiğini belirtmiştir (Tablo22).

Hasta yakınları, ankette tanımlanan vaka öyküsünde “Ahmet beyin bu durumdan kurtulmak için öncelikle bir doktora gitmesi gerektiğini (%97.3) ve bu doktorun da öncelikle psikiyatrist (ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı) olması gerektiğini (%95.9) belirtmiştir. “Şizofreni geçirdiğinizi düşünseydiniz öncelikle ne yapardınız” sorusuna hasta yakınlarının %91.8’i doktora gideceğini ve tümü psikiyatriste gitmeyi tercih edeceğini söylemiştir (Tablo23).

Tablo 23.Hastaların sosyo-demografik Özellikleri İle Hasta Yakınlarının Sosyal Mesafe Puanlarının Karşılaştırılması

Hastanın özellikleri		Min-Max	Medyan [%25-%75]	p
Cinsiyet	Kadın	2-5	3.5[3.0-4.0]	0.039
	Erkek	1-5	3.0[2.0-3.5]	
Yaş	16-25	1-5	3.0[2.0-3.0]	0.298
	26-35	2-5	4.0[2.0-4.0]	
	36-45	1-4	3.0[2.0-4.0]	
	46 ve üzeri	1-5	3.0[1.7-4.2]	
Eğitim	Okuryazar değil	1-5	3.0[2.7-4.0]	0.478
	İlkokul ve ortaokul	1-4	3.0[2.0-4.0]	
	Lise ve üniversite	1-5	3.2[3.0-4.0]	
Medeni durum	Evli	1-5	3.0[2.0-4.0]	0.614
	Bekar	1-5	3.0[2.0-4.0]	
Çalışma durumu	Çalışıyor	1-4	3.0[2.0-4.0]	0.955
	Çalışmıyor	1-5	3.0[2.0-4.0]	
Sosyal güvence	Var	1-5	3.0[2.0-4.0]	0.485
	Yok	2-4	3.2[3.0-4.0]	
Hastalık süresi (yıl)	1-5	1-5	3.0[2.7-4.0]	0.739
	6-10	2-5	3.0[2.0-4.0]	
	11-15	1-5	3.0[2.0-4.0]	
	16 ve üzeri	1-3	2.5[1.5-3.0]	
Yatış sayısı (kez)	Yatırılmadan izlenen	1-5	3.2[3.0-4.0]	0.575
	1-4	1-5	3.0[2.0-4.0]	
	5-8	2-4	3.0[3.0-3.0]	
	9 ve üzeri	1-5	2.6[1.7 -3.5]	
İlacı düzenli kullanma	Düzenli alıyor	1-5	3.0[2.0-4.0]	0.656
	Düzenli kullanmıyor	1-4	3.0[2.0-4.0]	
Kontrollere düzenli gelme	Geliyor	1-5	3.2[3.0-4.0]	0.031
	Gelmiyor	1-4	2.6[2.0-3.0]	

Tüm değerler için MWU p<0.05 ile KW p<0.05

Tablo 23’de hastaların demografik özellikleri ile hasta yakınlarının sosyal mesafe puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Buna göre hastanın yaşı, eğitimi, medeni durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, hastalık süresi, yatış sayısı, ilacı düzenli kullanıp kullanmayışı; hasta yakınlarının şizofreniye ilişkin “sosyal mesafe” puanlarını etkilememektedir ($p>0.05$). Buna karşılık, hastanın cinsiyeti ($p=0.039$) ve kontrollere düzenli gelip gelmemesi hasta yakınlarının “sosyal mesafe” puanlarını etkilemektedir ($p=0.031$).

Kadın hastaların yakınlarının “sosyal mesafe puanı” erkek hasta yakınlarına göre daha yüksektir ve bu da kadın hasta yakınlarının daha olumlu bir sosyal mesafe tutumu sergilediklerini düşündürmektedir. Ayrıca kontrollere düzenli gelen hasta yakınlarının da “sosyal mesafe” puanları daha olumludur.

Tablo 24. Hastaların sosyo- demografik özellikleri ile hasta yakınlarının şizofreni hastalığını tanıma puanlarının karşılaştırılması

Hastanın özellikleri		Min-Max	Medyan [%25-%75]	p
Cinsiyet	Kadın	2-5	3.0[2.0-4.0]	0.289
	Erkek	1-5	3.0[2.0-4.0]	
Yaş	16-25	2-5	3.0[2.0-4.0]	0.604
	26-35	1-5	3.0[2.0-4.0]	
	36-45	1-4	2.0[2.0-3.2]	
	46 ve üzeri	1-4	3.0[1.7-4.0]	
Eğitim	Okuryazar değil	1-5	3.5[2.7-4.0]	0.192
	İlkokul ve ortaokul	1-5	2.7[2.0-3.2]	
	Lise ve üniversite	1-5	2.9[2.0-4.0]	
Medeni durum	Evli	1-5	3.0[2.0-4.0]	0.198
	Bekar	1-5	2.7[2.0-3.0]	
Çalışma durumu	Çalışıyor	2-5	3.4[3.0-4.0]	0.510
	Çalışmıyor	1-5	2.8[3.0-4.0]	
Sosyal güvence	Var	1-5	2.9[2.0-4.0]	0.033
	Yok	1-4	2.0[2.0-2.0]	
Hastalık süresi (yıl)	1-5	2-5	2.9[2.0-4.0]	0.162
	6-10	1-5	3.2[2.0-4.0]	
	11-15	1-4	2.6[2.0-4.0]	
	16 ve üzeri	1-4	2.0[1.0-3.0]	
Yatış sayısı (kez)	Yatırılmadan izlenen	2-4	2.8[2.0-3.0]	0.810
	1-4	1-5	2.9[2.0-4.0]	
	5-8	1-4	2.8[2.0-4.0]	
	9 ve üzeri	1-4	3.1[1.7-4.0]	
İlacı düzenli kullanma	Düzenli alıyor	1-5	3.0[2.0-4.0]	0.299
	Düzenli kullanmıyor	1-4	2.7[2.0-4.0]	
Kontrollere düzenli gelme	Geliyor	1-5	3.0[2.0-4.0]	0.239
	Gelmiyor	1-4	2.6[2.0-4.0]	

Tüm değerler için MWU $p<0.05$ ile KW $p<0.05$

Tablo 24’de hastaların demografik özellikleri ile hasta yakınlarının şizofreni hastalığını tanıma puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Buna göre; hasta yakınlarının “şizofreniyi tanıma” puanlarının yalnızca hastanın sosyal güvencesinin bulunmasından etkilendiği (p=0.031), hastanın cinsiyeti, yaşı, eğitimi, medeni durumu, çalışma durumu, hastalık süresi, yatış sayısı, ilacını düzenli kullanıp kullanmayışı, kontrollere düzenli gelip gelmediğinden etkilenmediği görülmektedir (p>0.05). Sosyal güvencesi bulunan hasta yakınlarının şizofreniyi tanıma puanları daha olumludur.

Tablo 25. Hastanın sosyo-demografik özellikleri ile hasta yakınlarının şizofreni etiolojisine ilişkin puanlarının karşılaştırılması

Hastanın özellikleri		Min-Max	Medyan [%25-%75]	p
Cinsiyet	Kadın	2-5	3.0[2.0-4.0]	0.289
	Erkek	1-5	3.0[2.0-4.0]	
Yaş	16-25	2-5	3.0[2.0-4.0]	0.604
	26-35	1-5	3.0[2.0-4.0]	
	36-45	1-4	2.0[2.0-3.2]	
	46 ve üzeri	1-4	3.0[1.7-4.0]	
Eğitim	Okuryazar değil	1-5	3.5[2.7-4.0]	0.192
	İlkokul ve ortaokul	1-5	2.7[2.0-3.2]	
	Lise ve üniversite	1-5	2.9[2.0-4.0]	
Medeni durum	Evli	1-5	3.0[2.0-4.0]	0.198
	Bekar	1-5	2.7[2.0-3.0]	
Çalışma durumu	Çalışıyor	2-5	3.4[3.0-4.0]	0.510
	Çalışmıyor	1-5	2.8[3.0-4.0]	
Sosyal güvence	Var	1-5	2.9[2.0-4.0]	0.033
	Yok	1-4	2.0[2.0-2.0]	
Hastalık süresi (yıl)	1-5	2-5	2.9[2.0-4.0]	0.162
	6-10	1-5	3.2[2.0-4.0]	
	11-15	1-4	2.6[2.0-4.0]	
	16 ve üzeri	1-4	2.0[1.0-3.0]	
Yatış sayısı (kez)	Yatırılmadan izlenen	2-4	2.8[2.0-3.0]	0.810
	1-4	1-5	2.9[2.0-4.0]	
	5-8	1-4	2.8[2.0-4.0]	
	9 ve üzeri	1-4	3.1[1.7-4.0]	
İlacı düzenli kullanma	Düzenli alıyor	1-5	3.0[2.0-4.0]	0.299
	Düzenli kullanmıyor	1-4	2.7[2.0-4.0]	
Kontrollere düzenli gelme	Geliyor	1-5	3.0[2.0-4.0]	0.239
	Gelmiyor	1-4	2.6[2.0-4.0]	

Tüm değerler için MWU p<0.05 ile KW p<0.05

Tablo 25’te hastaların demografik özellikleri ile hasta yakınlarının şizofreni etiolojisine ilişkin puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Buna göre; hasta yakınlarının “şizofreni etiolojisi” puanlarının yalnızca hastanın sosyal güvencesinin bulunmasından etkilendiği (p=0.033), hastanın cinsiyeti, yaşı, eğitimi, medeni durumu, çalışma durumu, hastalık süresi, yatış sayısı, ilacını düzenli kullanıp kullanmayışı, kontrollere düzenli gelip gelmediğinden etkilenmediği görülmektedir

($p>0.05$). Sosyal güvencesi bulunan hasta yakınlarının şizofreni etyolojisine yönelik puanları daha olumlu görünmektedir.

Tablo 26. Hastaların Sosyo- Demografik Özellikleri İle Hasta Yakınlarının Şizofreni Tedavisine İlişkin Puanlarının Karşılaştırılması

Hastanın özellikleri		Min-Max	Medyan [%25-%75]	p
Cinsiyet	Kadın	1-7	3.0[2.0-4.0]	0.434
	Erkek	0-7	3.0[2.0-5.0]	
Yaş	16-25	1-5	3.0[2.0-4.2]	0.919
	26-35	0-7	3.0[2.0-5.0]	
	36-45	1-7	3.0[2.0-5.0]	
	46 ve üzeri	1-5	3.0[1.0-5.0]	
Eğitim	Okuryazar değil	2-7	4.0[2.0-5.2]	0.421
	İlkokul ve ortaokul	1-6	3.2[2.0-5.0]	
	Lise ve üniversite	0-6	3.0[2.0-4.0]	
Medeni durum	Evli	0-7	3.2[2.0-4.0]	0.501
	Bekar	1-7	2.7[2.0-3.0]	
Çalışma durumu	Çalışıyor	2-7	3.8[2.0-5.0]	0.378
	Çalışmıyor	0-7	3.3[2.0-4.2]	
Sosyal güvence	Var	0-7	3.3[2.0-5.0]	0.271
	Yok	3-5	3.8[3.0-5.0]	
Hastalık süresi (yıl)	1-5	2-7	3.4[2.0-4.2]	0.972
	6-10	0-6	3.3[2.2-4.0]	
	11-15	1-7	3.5[2.0-5.0]	
	16 ve üzeri	1-5	3.0[1.5-4.5]	
Yatış sayısı (kez)	Yatırılmadan izlenen	1-7	3.6[3.0-5.0]	0.973
	1-4	0-7	3.2[2.0-4.0]	
	5-8	1-6	3.3[2.0-4.0]	
	9 ve üzeri	1-6	3.1[1.7-4.5]	
İlacı düzenli kullanma	Düzenli alıyor	0-7	3.3[2.0-5.0]	0.910
	Düzenli kullanmıyor	1-7	3.4[2.0-4.5]	
Kontrollere düzenli gelme	Geliyor	0-7	3.3[2.0-5.0]	0.901
	Gelmiyor	1-7	3.3[2.0-4.5]	

Tüm değerler için MWU $p<0.05$ ile KW $p<0.05$

Tablo 26’da hastaların demografik özellikleri ile hasta yakınlarının şizofreni tedavisine ilişkin puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Hastalara ait söz konusu değişkenlerin, hasta yakınlarının “şizofreni tedavisi” puanlarını etkilemediği görülmektedir ($p>0.05$). Hasta yakınlarının tümünün, şizofreni tedavisine yönelik orta düzeyde olumlu tutum içinde oldukları söylenebilir.

Tablo27.Hasta Yakınlarının Demografik Özellikleriyle Sosyal Mesafe Puanlarının Karşılaştırılması

Hasta yakınlarının özellikleri		Min-Max	Medyan [%25-%75]	p
Hastaya yakınlık derecesi	Anne	2-5	3.2[2.5-5.0]	0.772
	Baba	2-5	3.0[2.5-4.0]	
	Kardeş	1-4	2.0[2.0-3.5]	
	Eş	1-4	3.5[1.5-4.0]	
	Çocuk	1-5	3.0[1.7-4.2]	
Bakım veren kişi	Anne	2-5	3.0[2.0-4.0]	0.760
	Baba	1-4	4.0[2.0-4.0]	
	Kardeş	1-4	3.0[3.0-4.0]	
	Eş	1-5	3.0[2.0-4.0]	
	Çocuk	2-4	3.0[2.0-4.0]	
Bakım verme Süresi (yıl)	1-5	1-5	3.0[2.2-4.0]	0.712
	6-10	2-5	3.0[2.0-4.0]	
	11-15	1-5	3.0[2.0-4.0]	
	16 ve üzeri	1-3	3.0[1.5-3.0]	
Yaş	18-25	1-4	3.0[2.0-3.7]	0.391
	26-33	1-5	3.0[2.0-4.0]	
	34-41	2-4	3.0[2.0-4.0]	
	42-49	3-5	3.0[3.0-4.0]	
	50-55	2-4	3.0[2.0-4.0]	
	56 ve üzeri	2-5	4.0[2.5-4.0]	
Cinsiyet	Kadın	1-5	3.0[2.0-4.0]	0.644
	Erkek	1-5	3.0[2.0-4.0]	
Medeni durumu	Evli	1-5	3.0[3.0-4.0]	0.011
	Bekar	1-4	2.5[2.0-3.2]	
Eğitim durumu	Okur yazar değil	2-5	3.0[2.7-4.0]	0.865
	İlkokul ve ortaokul	1-5	3.0[2.0-4.0]	
	Lise ve üniversite	1-5	3.0[2.0-4.0]	
Çalışma durumu	Çalışıyor	1-5	3.0[2.0-3.2]	0.078
	Çalışmıyor	1-5	3.0[3.0-4.0]	
Evde kaç kişi yaşadığı	1-4	1-5	3.0[2.0-4.0]	0.412
	5-8	1-5	3.0[2.0-4.0]	
	9-12	1-4	3.0[2.0-4.0]	
	13-18	2-4	3.0[2.2-3.7]	
Hastaya ait oda	Var	1-5	3.0[2.5-4.0]	0.483
	Yok	1-5	3.0[2.0-4.0]	
Ailenin aylık geliri (TL)	Asgari ücret	1-4	3.0[2.0-3.0]	0.154
	521-999	1-5	3.5[3.0-4.0]	
	1000-1499	2-5	3.0[2.2-4.0]	
	1500 ve üzeri	1-4	2.0[1.5-4.0]	
Hastalığın adını bilme	Bilen	1-5	3.0[2.0-4.0]	0.541
	Bilmeyen	1-5	3.0[2.2-3.7]	
Hastalık ile ilgili bilgi alma	Alan	1-5	3.0[2.7-4.0]	0.502
	Almayan	1-5	3.0[2.0-4.0]	
Hastalık hakkında bilgi isteme	İsteyen	1-5	3.0[2.0-4.0]	0.880
	İstemeyen	1-4	3.0[2.0-4.0]	
Evde bakım konusunda bilgi alma	Alan	2-5	4.0[3.0-4.0]	0.060
	Almayan	1-5	3.0[2.0-4.0]	
Evde bakım ile ilgili bilgi isteme	İsteyen	1-5	3.0[2.0-4.0]	0.700
	İstemeyen	2-5	2.5[2.0-4.5]	
Günlük yaşamın engellenmesi	Engelleniyor	1-4	3.0[2.0-3.0]	0.029
	Engellenmiyor	1-5	4.0[3.0-4.0]	

Tüm değerler için MWU $p < 0.05$ ile KW $p < 0.05$

Tablo28.Hasta yakınlarının demografik özellikleriyle şizofreniyi tanıma puanlar karşılaştırılması

Hasta yakınlarının özellikleri		Min-Max	Medyan [%25-%75]	p
Hastaya yakınlık derecesi	Anne	1-5	3.0[3.0-4.0]	0.530
	Baba	1-4	3.0[3.0-4.0]	
	Kardeş	1-7	3.0[3.0-4.0]	
	Eş	3-5	3.0[3.0-5.0]	
	Çocuk	1-7	3.5[1.7-5.5]	
Bakım veren kişi	Anne	1-6	3.0[3.0-4.0]	0.154
	Baba	1-4	2.0[1.7-2.5]	
	Kardeş	2-7	3.0[3.0-4.0]	
	Eş	2-6	3.0[3.0-5.0]	
	Çocuk	1-7	3.5[1.5-6.2]	
Bakım verme Süresi (yıl)	1-5	1-7	3.0[2.2-4.0]	0.466
	6-10	1-5	3.0[2.0-4.0]	
	11-15	2-5	3.0[3.0-4.0]	
	16 ve üzeri	2-4	2.5[2.0-3.7]	
Yaş	18-25	1-6	2.5[2.0-5.2]	0.357
	26-33	1-7	4.0[2.5-5.0]	
	34-41	2-4	3.0[2.0-4.0]	
	42-49	1-4	3.0[1.0-3.0]	
	50-55	2-5	3.0[3.0-4.0]	
	56 ve üzeri	2-5	3.0[2.0-4.0]	
cinsiyet	Kadın	1-7	3.0[3.0-4.0]	0.118
	Erkek	1-7	3.0[2.0-4.0]	
Medeni durumu	Evli	1-7	3.0[2.0-4.0]	0.540
	Bekar	1-7	3.0[2.7-4.0]	
Eğitim durumu	Okur yazar değil	1-5	3.0[2.7-4.0]	0.287
	İlkokul ve ortaokul	1-7	3.0[2.5-4.0]	
	Lise ve üniversite	2-7	4.0[2.0-5.0]	
Çalışma durumu	Çalışıyor	1-7	3.0[2.7-4.0]	0.696
	Çalışmıyor	1-7	3.0[2.0-4.0]	
Evde kaç kişi yaşadığı	1-4	1-7	3.0[2.0-4.7]	0.114
	5-8	1-7	3.0[3.0-4.0]	
	9-12	2-5	3.0[2.0-3.0]	
	13-18	1-3	2.5[1.2-3.0]	
Hastaya ait oda	Var	1-7	3.0[3.0-4.0]	0.152
	Yok	1-5	3.0[2.0-4.0]	
Ailenin aylık geliri (TL)	Asgari ücret	1-6	3.0[2.0-3.0]	0.010
	521-999	1-5	3.0[2.0-4.0]	
	1000-1499	1-7	4.0[3.0-4.7]	
	1500 ve üzeri	4-7	4.0[4.0-6.0]	
Hastalığın adını bilme	Bilen	1-7	3.0[2.5-4.0]	0.148
	Bilmeyen	1-5	3.0[2.2-3.0]	
Hastalık ile ilgili bilgi alma	Alan	1-7	4.0[2.7-5.0]	0.059
	Almayan	1-7	3.0[2.0-4.0]	
Hastalık hakkında bilgi isteme	İsteyen	1-7	3.0[2.7-4.0]	0.670
	İstemeyen	1-5	3.0[2.0-4.0]	
Evde bakım konusunda bilgi alma	Alan	2-5	3.0[3.0-4.0]	0.885
	Almayan	1-7	3.0[2.0-4.0]	
Evde bakım ile ilgili bilgi isteme	İsteyen	1-7	3.0[2.0-4.0]	0.154
	İstemeyen	3-5	4.0[3.2-4.7]	
Günlük yaşamın engellenmesi	Engelleniyor	1-7	3.0[2.0-4.0]	0.152
	Engellenmiyor	1-7	3.0[3.0-4.0]	

Tüm değerler için MWU $p < 0.05$ ile KW $p < 0.05$

Tablo 29. Hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleriyle şizofreni etiyojisi puanları rşılaştırılması

Hasta yakınlarının özellikleri		Min-Max	Medyan [%25-%75]	p
Hastaya yakınlık derecesi	Anne	1-5	3.0[2.0-4.0]	0.112
	Baba	2-4	3.0[2.0-4.5]	
	Kardeş	1-5	3.0[2.0-4.0]	
	Eş	1-3	2.0[1.2-2.7]	
	Çocuk	2-4	3.0[2.0-4.0]	
Bakım veren kişi	Anne	1-5	3.0[2.0-4.0]	0.488
	Baba	2-3	2.0[2.0-3.0]	
	Kardeş	2-5	3.0[2.0-3.7]	
	Eş	1-5	2.0[2.0-4.0]	
	Çocuk	2-4	3.5[2.2-4.0]	
Bakım verme Süresi (yıl)	1-5	2-5	3.0[2.0-4.0]	0.829
	6-10	1-5	3.0[2.0-4.0]	
	11-15	1-4	3.0[2.0-4.0]	
	16 ve üzeri	1-4	3.0[1.2-4.0]	
Yaş	18-25	2-5	4.0[3.2-4.0]	0.215
	26-33	1-4	3.0[2.0-3.5]	
	34-41	2-5	3.0[2.0-4.0]	
	42-49	2-5	3.0[2.0-4.0]	
	50-55	1-4	2.0[2.0-3.5]	
	56 ve üzeri	1-4	2.0[2.0-4.0]	
Cinsiyet	Kadın	1-5	3.0[2.0-4.0]	0.523
	Erkek	1-5	3.0[2.0-4.0]	
Medeni durumu	Evli	1-5	3.0[2.0-4.0]	0.294
	Bekar	2-5	3.0[2.0-4.0]	
Eğitim durumu	Okur yazar değil	1-4	3.0[2.0-4.0]	0.985
	İlkokul ve ortaokul	1-5	3.0[2.0-4.0]	
	Lise ve üniversite	2-4	3.0[2.0-4.0]	
Çalışma durumu	Çalışıyor	1-5	3.0[2.0-3.2]	0.373
	Çalışmıyor	1-5	3.0[2.0-4.0]	
Evde kaç kişi yaşadığı	1-4	2-5	3.0[2.0-4.0]	0.385
	5-8	1-5	3.0[2.0-4.0]	
	9-12	1-4	2.5[2.0-4.0]	
	13-18	2-3	2.0[2.0-2.7]	
Hastaya ait oda	Var	1-5	3.0[2.0-4.0]	0.749
	Yok	2-5	3.0[2.0-4.0]	
Ailenin aylık geliri (TL)	Asgari ücret	1-5	3.0[2.0-4.0]	0.675
	521-999	1-5	3.0[2.0-4.0]	
	1000-1499	1-4	3.0[2.0-3.0]	
	1500 ve üzeri	2-4	4.0[2.5-4.0]	
Hastalığın adını bilme	Bilen	1-5	3.0[2.0-4.0]	0.364
	Bilmeyen	1-5	3.0[2.0-3.7]	
Hastalık ile ilgili bilgi alma	Alan	2-5	3.0[2.0-4.0]	0.656
	Almayan	1-5	3.0[2.0-4.0]	
Hastalık hakkında bilgi isteme	İsteyen	1-5	3.0[2.0-4.0]	0.100
	İstemeyen	2-4	2.0[2.0-4.0]	
Evde bakım konusunda bilgi alma	Alan	2-4	3.0[2.0-3.0]	0.359
	Almayan	1-5	3.0[2.0-4.0]	
Evde bakım ile ilgili bilgi isteme	İsteyen	1-5	3.0[2.0-4.0]	0.806
	İstemeyen	2-4	3.0[2.2-3.7]	
Günlük yaşamın engellenmesi	Engelleniyor	1-5	3.0[2.0-4.0]	0.884
	Engellenmiyor	1-5	3.0[2.0-4.0]	

Tüm değerler için MWU $p < 0.05$ ile KW $p < 0.05$

Tablo30.Hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri ile şizofreni tedavisi puanları karşılaştırılması

Hasta yakınlarının özellikleri		Min-Max	Medyan [%25-%75]	p
Hastaya yakınlık derecesi	Anne	0-7	3.0[2.0-4.0]	0.981
	Baba	2-6	3.0[2.0-4.5]	
	Kardeş	1-7	3.0[2.0-5.0]	
	Eş	1-5	3.0[2.0-4.5]	
	Çocuk	1-5	3.5[1.0-4.2]	
Bakım veren kişi	Anne	0-7	4.0[3.0-5.0]	0.148
	Baba	1-4	2.5[1.7-3.2]	
	Kardeş	1-5	2.5[2.0-4.0]	
	Eş	1-7	3.0[2.0-5.0]	
	Çocuk	1-5	4.0[1.7-4.7]	
Bakım verme Süresi (yıl)	1-5	2-7	3.0[2.0-4.7]	0.711
	6-10	0-6	3.0[2.0-4.0]	
	11-15	1-7	4.0[2.0-5.0]	
	16 ve üzeri	1-5	2.5[1.2-4.5]	
Yaş	18-25	1-7	4.0[2.2-4.7]	0.297
	26-33	1-5	3.0[2.5-5.0]	
	34-41	1-5	2.0[1.0-5.0]	
	42-49	2-6	4.0[3.0-5.0]	
	50-55	0-7	3.0[2.0-4.0]	
	56 ve üzeri	2-6	3.0[2.0-4.5]	
cinsiyet	Kadın	0-7	3.0[2.0-5.0]	0.834
	Erkek	1-7	3.0[2.0-4.5]	
Medeni durumu	Evli	0-7	3.0[2.0-5.0]	0.297
	Bekar	1-7	3.0[2.0-4.0]	
Eğitim durumu	Okur yazar değil	0-7	3.5[2.0-5.0]	0.917
	İlkokul ve ortaokul	1-6	3.0[2.0-4.5]	
	Lise ve üniversite	1-7	3.0[2.0-5.0]	
Çalışma durumu	Çalışıyor	1-7	3.0[2.0-5.0]	0.954
	Çalışmıyor	0-7	3.0[2.0-4.0]	
Evde kaç kişi yaşadığı	1-4	1-6	3.0[2.2-5.0]	0.700
	5-8	0-7	3.0[2.0-5.0]	
	9-12	1-7	3.0[2.0-4.0]	
	13-18	2-5	2.5[2.0-4.5]	
Hastaya ait oda	Var	0-7	3.0[2.0-5.0]	0.973
	Yok	1-7	3.5[2.0-4.7]	
Ailenin aylık geliri (TL)	Asgari ücret	2-7	4.0[3.0-5.0]	0.213
	521-999	1-6	3.0[2.0-4.0]	
	1000-1499	0-5	3.0[2.0-4.0]	
	1500 ve üzeri	2-5	4.0[2.0-5.0]	
Hastalığın adını bilme	Bilen	1-7	3.0[2.0-4.5]	0.176
	Bilmeyen	0-7	4.0[3.0-5.0]	
Hastalık ile ilgili bilgi alma	Alan	1-7	3.0[2.0-5.0]	0.580
	Almayan	0-7	3.0[2.0-5.0]	
Hastalık hakkında bilgi isteme	İsteyen	0-7	3.0[2.0-5.0]	0.656
	İstemeyen	1-5	3.0[2.0-5.0]	
Evde bakım konusunda bilgi alma	Alan	1-5	3.0[2.0-4.0]	0.582
	Almayan	0-7	3.0[2.0-5.0]	
Evde bakım ile ilgili bilgi isteme	İsteyen	0-7	3.0[2.0-5.0]	0.842
	İstemeyen	2-5	3.5[2.2-4.7]	
Günlük yaşamın engellenmesi	Engelleniyor	1-7	3.0[2.0-5.0]	0.673
	Engellenmiyor	0-6	3.0[2.0-5.0]	

Tüm değerler için MWU $p < 0.05$ ile KW $p < 0.05$

Hasta yakınlarının demografik özellikleriyle sosyal mesafe puanlarının karşılaştırılması Tablo 27’de görülmektedir.

Hasta yakınlarının şizofreniye yönelik “sosyal mesafe” puanlarını etkileyen değişkenler yalnızca; “medeni durum” (p:0.011) ve “günlük yaşamın hastalıktan engellenmesi” (p:0.029) değişkenleridir.

Buna göre, evli olan ve hastalığın günlük yaşamını engellemediğini belirten yakınların “sosyal mesafe”yle ilgili tutumlarının daha olumlu olduğu söylenebilir.(tablo 27)

Hasta yakınlarının demografik özellikleriyle şizofreniyi tanıma puanlarının karşılaştırılması Tablo 28’de görülmektedir.

Hasta yakınlarının “şizofreniyi tanıma” puanlarını etkileyen tek değişken; “ailenin aylık geliri”dir (p=0.010).

Diğer değişkenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Buna göre, yakınların aylık geliri yükseldikçe “şizofreniyi tanıma”ya ilişkin tutumlarının da daha olumlu olduğu söylenebilir. (Tablo 28)

Hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleriyle şizofreni etiyojisine ilişkin puanlarının karşılaştırılması Tablo 29’da görülmektedir.

Buna göre, söz konusu değişkenlerin hiç birinin “şizofreni etiyojisi” puanlarını etkilemediği gözlenmiştir.

Tüm yakınların “şizofreni etiyojisi”ne ilişkin tutumlarının orta düzeyde ve birbirine benzediği (homojen olduğu) söylenebilir.(Tablo 29)

Hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri ile şizofreni tedavisi puanlarının karşılaştırılması Tablo 28’de görülmektedir.

Buna göre hasta yakınlarıyla ilgili değişkenlerin hiç biri; “şizofreni tedavisi” puanlarını etkilememektedir (p>0.05).

Hasta yakınlarının tümünün “şizofreni tedavisi”ne ilişkin tutumları da orta düzeyde olumlu ve birbirine benzer olduğu söylenebilir .(Tablo 30)

TARTIŞMA

Bu bölümde; şizofreni tanısı olan hastaların yakınlarının, şizofreni hastalığına ilişkin inanış ve tutumlarının incelenmesi sonucu ortaya çıkan veriler, literatür bilgilerinin ışığında tartışılmaktadır.

Hasta yakınlarından alınan bilgilere göre, hastalarının yaş ortalaması 31 ± 1.3 'tür. Çoğunluğu (%72.6) 16-35 yaş grubundaki gençlerden oluşmaktadır. Şizofreninin genç yaşta başlayan bir hastalık olduğu düşünülürse (5,8,50) bu bulgu literatürle uyumludur.

Hastaların yarısına yakını (%46.2) ilk ve ortaokul mezunu ve 1/3'ü (%34.2) lise ve üzerinde eğitim almıştır. Çalışmamızda lise ve üzerinde eğitim düzeyine sahip hasta oranının diğer çalışmalardan daha yüksek olması (52), çalışmanın bir üniversite hastanesi kliniğinde yapılmış olması ile ilişkili olabilir.

Hastaların çoğunluğunun çalışmadığı (%85.9), yalnızca %15.1'inin çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 1). Ruhsal hastalık ve neden olduğu yeti yitimi bireylerin eğitimi, eğitim düzeyi de çalışma olanaklarını sınırlamaktadır (16,51,52). Erkek hastaların %80'inin, kadın hastaların ise %92.9'unun çalışmadığı saptanmıştır. Ülkemizde kadınların çalışma olanaklarının kısıtlı olması (53) şizofren hasta popülasyonuna da yansımaktadır.

Hastalar genellikle kalabalık ev ortamında yaşamaktadırlar. Yaklaşık dört hastadan biri, dokuz ve daha fazla kişinin bulunduğu ailelerde, yarısına yakını ise (%45.2) beş-sekiz kişinin bulunduğu ailelerde yaşamaktadır. Ailedeki kişi sayısı bir-dört olanlar hastaların yalnızca üçte biridir (Tablo 1). Bu durum çalışmanın yapıldığı bölgede hane başına düşen nüfusun yüksek olması ile paraleldir.

Hastaların çoğu bir-on yıldan beri hasta oldukları (%68.5), %84.9'unun hastalık süresi boyunca sadece ilaç tedavisi aldıkları, %15.1'ine ise geçmişte EKT uygulandığı belirlenmiştir (Tablo 1). Hasta yakınlarının bildirdiğine göre hastaların psikiyatri kliniğine yatışları sırasında yalnızca ilaç ve EKT tedavisi almaktadırlar. Klinikte veya başka ortamlarda rehabilitasyon çalışmaları yeterli olmadığından hastaların sosyal uyum konusunda aldıkları yardımın sınırlı olduğunu söylemek mümkün görünmektedir.

Hastaların çoğu kontrollere düzenli gelmektedir (%71.2). Bu durum tedavi açısından olumlu olmakla birlikte, psikiyatrik hizmet ekibinin kalan %29 hastanın da düzenli gelmesini hedeflemesi gerekecektir (Tablo 1).

Hastaların dörtte birinin hastalık süresi boyunca hiç yatarak tedavi görmedikleri (%27.4), yaklaşık yarısının 1-4 kez, kalan dörtte birinin ise 5 kez ve daha fazla sayıda yatırıldıkları saptanmıştır. Tekrarlı yatışların görece fazla olması, gerek hastalığın

kronikleşmesi, gerekse rehabilitasyon hizmetlerinin gelişmemiş ve yaygınlaşmamış olmayışı ile açıklanabilir (Tablo 1).

Hastaların yarısından fazlası erkektir (%61.6) ve yarısından çoğu (%57.5) evlidir. (Tablo1) Toplumumuzda ruh hastasının, evlendirildiği takdirde iyi olacağına dair bir anlayış vardır ve ancak hastalığın tekrar dönemlerinde bu eğilim yüzünden kendi sorumluluklarını taşımakta zorlanan insanların bir de evlilik sorumluluğu altına girerek yaşadıkları sorunu ağırlaştırmaktadırlar.

Hastanın bakımıyla en çok ilgilenenlerin başında anneler (%49.3), ikinci sırada kardeşler (%21.9) ve üçüncü sırada eşler gelmektedir (%15.1) (Tablo 2).

Hasta yakınlarının %75.4'ünün geliri asgari ücret ile 999 TL arasında, %21.9'unun geliri 1000-1999 TL arasında ve %2.7'sinin geliri de 2000 TL'nin üzerindedir. Görüldüğü gibi çalışma kapsamına giren yakınların çoğunun gelir düzeyi düşüktür. Buna, hasta ve yakınlarının çoğunlukla eğitim düzeylerinin düşük oluşu (Tablo3), çalışan sayısının fazla olmaması (%55.8) ve ailedeki insan sayısının fazla oluşu (Tablo3) eklenirse, grubun ekonomik durumunun yetersiz olduğu düşünülebilir.

Hastanın tanısını yaklaşık üç hasta yakınından biri bilmektedir (%35.6). Hastalık hakkında bilgi aldığını belirtenler de yine yaklaşık üçte birdir (%35.6). Bu kişiler bilgiyi hekimden (%24.6) ve kitap, internet gibi kayaklardan almışlardır (%11.0). Ancak gereksindiği kadar bilgiye ulaşanlar hasta yakınlarının ancak beşte biridir. Görüldüğü gibi, hasta yakınlarının bilgilendirilmeleri oldukça sınırlıdır. Öte yandan bilgi almak istediğini söyleyenlerin %79.5 olduğu düşünülürse (Tablo3), hasta yakınlarının hastalık hakkında bilgi gereksinmelerinin fazla olduğu ve karşılanmadığı söylenebilir.

Hastanın evde bakımı konusunda bilgi aldığını söyleyenler oldukça azdır (%15.1). Hasta yakınlarının çoğu (%68.5) evde bakım konusunda hemşirenin kendilerine yardımcı olamayacağını düşünürken, küçük bir kesim yardımcı olabileceğini (%15.1) belirtmiştir. Bu yardımın neyi içerdiği incelendiğinde; hasta yakınları, “hastalık ve hastaya nasıl davranacakları konularında bilgi vererek” (%15.1) ve “hastanın ilacını vermek ve duyarlı bir ilgi göstermek” suretiyle (%16.4) yardımcı olabileceğini belirtmişlerdir (Tablo3). Hasta yakınlarının; hemşireden beklentileri fazla olmamakla birlikte, hastaya yaklaşım konusunda bilgi gereksinmelerini ve “duyarlı bir ilgi” beklentilerini vurgulamışlardır. Bu beklentiler ise gerçekçidir ve hemşirenin rolündeki temel ilkeleri işaret etmektedir. Hasta yakınlarının çoğunun hemşirelerin kendilerine yardımcı olamayacağını düşünmesi, hemşirelerden beklentinin düşük olması hemşirelik mesleğinin ülkemizde

geldiği/getirildiği konumun bir göstergesidir. Bu sonuç hemşirelerin sağlık hizmeti sunulurken görev tanımlarının ve branşlaşmanın yetersiz oluşu ile ilişkili olabilir.

Öte yandan hemşirenin kendilerine yardımcı olamayacağını düşünen hasta yakınları (%68.5) bu konuda; “fikrinin olmadığını” (%39.8), “talebinin olmadığını” (%20.5) söylemiş ve hemşirenin “bilgi ve donanımının eksikliğine” (%8.2) işaret etmişlerdir. Hasta yakınlarının yaklaşık %70’inin hemşireden bir beklentisi bulunmamaktadır. Bu durum, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşire ekibinin, bu gerçeğe yüzleşmesini ve davranış değişikliğine gitmesini gerektiren bir bulgudur.

Erkek hastaların eğitim düzeyi, kadınlardan yüksek bulunmuştur ($p=0.022$, $\chi^2=7.658$) (Tablo5). Ülkemizde kadınlarda okullaşma oranının erkeklere göre daha düşük oluşu şizofren hastalar için, bu nedenle bu veri ülkemiz gerçeğiyle uyumludur. Eker ve ark. yaptıkları çalışmada da kadın hastaların için de geçerlidir (21). Çalışmamızda elde edilen cinsiyet ve eğitim durumuna ilişkin bulgular literatür bulgularıyla uyumludur.

Öte yandan hastaların cinsiyetleri ile çalışma ve medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Oysa Sağduyu ve ark. yapmış olduğu çalışmada, hastaların cinsiyeti ile çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmış; ancak medeni durum ve eğitim ile cinsiyet değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (52). Çalışmamızda hastaların cinsiyeti ile eğitim durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sağduyu ve arkadaşlarının çalışmasında da (52) cinsiyet değişkeni ile eğitim durumu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Çalışmamızda elde edilen bu bulgu literatür bulgularıyla paralellik göstermektedir. Araştırmamızda hastaların ancak %15.1’inin çalışmasına karşın, eğitim düzeyi arttıkça çalışanların sayısının da arttığı görülmektedir ($p=0.014$, $\chi^2=8.529$). Ebrinç ve ark. yaptıkları çalışmada da, hasta yakınlarının eğitim düzeyi arttıkça çalışan sayısının da arttığı ve buna bağlı olarak düzeyinin de yükseldiği belirtilmektedir (24). (Tablo6).

Çalışmamızda eğitim düzeyi yükseldikçe ilaçlarını düzenli alanların sayısının da arttığı görülmektedir ($p=0.025$, $\chi^2=7.390$) (Tablo 7). Burada üç hastadan birinin ilaç kullanımında düzensizlik olduğu düşünülürse bu grubun da ilaç kullanımı konusunda izlenmesi ve düzenli ilaç kullanımının sağlanması için hemşirelerin aile üyeleriyle işbirliği yapması gerekecektir.

Hastaların büyük çoğunluğunun (%90.4) sosyal güvencesi bulunmaktadır. Kadınların tümünün, erkelerin ise %84.4’ünün sosyal güvencesi vardır. Hastaların cinsiyeti ile sosyal güvence sahibi olmaları arasındaki fark anlamlı bulunmuş ($p=0.028$, $\chi^2= 4.818$) ve sosyal

güvenceye sahip kadınların erkeklerden fazla olduğu görülmüştür (Tablo8). Sağduyu ve arkadaşlarının çalışmasında ise bu fark anlamlı bulunmamıştır (52). Elde ettiğimiz bu bulgu, ülkemizdeki genel anlayışa pek uymasa da, olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir. Ancak bu fark, örneklem büyüklüğünün fazla olmamasından da kaynaklanmış olabilir. Ayrıca kadınların evli ise eşleri değil ise ebeveynler üzerinden sağlık güvencelerini devam etmeleri ile ilişkili olabilir.

Hastanın cinsiyeti ile kontrollere düzenli gelmeleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.001$, $\chi^2=10.365$) ve buna göre kadınlar kontrollere daha düzenli gelmekte veya getirilmektedirler. Her ne kadar kadınlar hastane tedavisine getirilenlerin %38.4'ü ise de (Tablo1), kontrollere düzenli gelme/getirilme, kadınlarda daha yüksektir (Tablo 10). Kontrollere düzenli gelme, hastaneye tekrarlı yatışları engellemekte ve hastanın durumundaki değişikliklerin erken fark edilmesini sağlamaktadır. Avcının yapmış olduğu çalışmada; hastası düzenli hekim kontrollerine giden aile üyelerinin daha az duygusal yük yaşadıkları belirtilmiştir (9). Bu durum kadınların aile içinde ruhsal rahatsızlığının rol ve sorumluluklarını yerine getirememesi ve aile bireylerinin zorluklarla karşılaşmasıyla sonuçlanacağından, kadın hastalar için tedavi arama girişiminin daha fazla olduğunu düşündürmektedir.

Kadınların %35.7'sinin, erkeklerin %75.6'sının kendisine ait odası vardır ve hastanın cinsiyeti ile kendisine ait odası olmaması arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0.008$, $\chi^2=7.716$) (Tablo 11). Aynı şekilde, kendisine ait odası olanlar arasında çalışmayan hastaların daha fazla olduğu görülmektedir ($p=0.003$, $\chi^2=16.155$). (Tablo 12). Buna göre; kendine ait bir odası olanlar arasında erkek ve çalışmayan hastalar daha fazladır. Bunun nedeni; erkeklerin, özellikle de çalışmayanların aile ile ilişki ve etkileşimlerinin kadınlara göre daha az olması sonucu sosyal bir geri çekilme yaşamaları ya da ailenin yüz yüze ilişkiyi azaltarak bakımda karşılaştıkları zorlukları hafifletmeye çalışmaları olabilir (9, 29). Öte yandan çalışanlar sosyal yönden desteklenmekte ve aile için ek bir zorluk oluşturmamaktadır. Ancak çalışmayan hastalar ve aileleri, toplumun bakış açısından da tedirgin olmaktadır. Bu durum damgalanma ve izolasyon sonucu sosyal işlevselliğin bozulmasına ve ailenin hastayla daha fazla zorluk yaşamasına yol açabilmektedir (11,29,49). Ayrıca araştırmamızda çalışan hasta sayısının az ve örneklem büyüklüğünün fazla olmamasının da bu sonucu oluşturmuş olabileceğini düşünmekteyiz.

Hastaların ilaçlarını düzenli kullanmalarında; evde yaşayan kişi sayısının, hastanın eğitim düzeyinin ve cinsiyetinin etkili olduğu gözlenmiştir. Buna göre, evde yaşayan kişi

sayısı arttıkça hastaların ilaçlarını düzenli kullanmaları azalmaktadır ($P=0.038$, $\chi^2=8.423$) (Tablo 13). Hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe ilacını düzenli kullananların sayısı da artmaktadır ($p=0.025$, $\chi^2=7.390$) (Tablo 7). Kadınların erkeklere göre daha düzenli ilaç kullandıkları anlaşılmaktadır ($p=0.020$, $\chi^2=5.418$) (Tablo 9). Ailelerin çoğunun eğitim ve gelir düzeyinin düşük ve kalabalık olmaları, hasta bakımını olumsuz etkileyebilmektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe ilacını düzenli kullananların artması, tedaviye katılımı ve işbirliklerini artırdığının da göstergesi olabilir.

Çalışmamızda üç hastadan ikisinin ilaçlarını düzenli kullanmaları olumlu bir durumdur. Ancak geri kalan üçte bir hastanın ilaç kullanımında düzensizlik olduğu düşünülürse, bu grubun da ilaç kullanımı konusunda izlenmesi ve düzenli ilaç kullanımının sağlanması için hemşirelerin hastayla ve aile üyeleriyle işbirliği yapmaları ve tedaviyi güvence altına almaları gerekmektedir.

Görüşülen hasta yakınlarının çoğu (%58.9), aynı zamanda hastanın bakımı ile ilgilenen kişidir ve bunların önemli bir kesimi kadındır. Hasta yakınının cinsiyeti ile bakım verme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0.001$, $\chi^2=11.753$). Bakım verenler daha çok kadınlardır (Tablo15). Araştırmamızda hastanın bakımıyla en çok ilgilenenlerin başında annelerin gelmesi (%49.3), bakımı en çok kadınların üstlendiği bulgusunu desteklemektedir (Tablo 2).

Hastanın bakımıyla ilgilenen hasta yakınları aynı zamanda çalışmayan kişilerdir ($p=0.031$, $\chi^2=5.101$) (Tablo16). Bu kişilerin çoğunlukla kadın olmaları bu durumu açıklamaktadır. Hasta yakınının yaşadığı çevre, kültürü, değerleri, işlev düzeyi, kaynaklarının yetersizliği de çalışma oranının düşmesine neden olabilmektedir (19).

Hasta yakınlarının yarısından fazlası çalışmamaktadır (%55.8). Hasta yakınlarının cinsiyeti ile çalışma durumları karşılaştırıldığında, çalışanların daha çok erkekler olduğu görülmüştür ($p=0.001$, $\chi^2=11.753$). (Tablo 17). Bu, ülkemiz koşullarında doğal bir sonuçtur. Hasta yakınlarının çalışma oranları artıkça ailenin gelir düzeyi de artacaktır (24) buna bağlı olarak hastanın bakım alma kalitesi artabilecek ya da karşı karşıya gelinecek maddi zorluklar azalacaktır.

Hasta yakınlarının yaş ortalaması 41.3 ± 13.6 olarak belirlenmiştir. Hasta yakınlarının yaş, cinsiyet, çalışma ve eğitim durumları ile şizofreniye yönelik “sosyal mesafe”, “tanıma”, “etiyoloji”, “tedavi” puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hasta yakınlarının, şizofreni hastalığına yönelik tutumları incelendiğinde; hastanın yaşı, eğitimi, medeni durumu, çalışması, sosyal güvencesi, hastalık süresi, yatış sayısı, ilacını düzenli kullanıp kullanmayışı gibi değişkenlerin, hasta yakınlarının şizofreniye ilişkin “sosyal mesafe” puanlarını etkilemediği görülmüştür ($p>0.05$). (Tablo 23). Hastanın cinsiyeti ($p=0.039$) ve kontrollere düzenli gelip gelmemesi “sosyal mesafe” puanını etkilemektedir ($p=0.031$). Hastaları kadın olan hasta yakınlarının “sosyal mesafe puanı” erkeklere göre daha yüksektir ve daha olumlu bir tutumu yansıtmaktadır. Ayrıca hastası kontrollere düzenli gidenlerin “sosyal mesafe” tutumları daha olumludur.

Hastanın cinsiyeti, yaşı, eğitimi, medeni durumu, çalışma durumu, hastalık süresi, yatış sayısı, ilacını düzenli kullanıp kullanmayışı, kontrollere düzenli gelip gelmeyişi ile hasta yakınlarının “şizofreniyi tanıma” puanları arasında bir ilişkinin olmadığı ($p>0.05$), buna karşın hastanın sosyal güvenceye sahip olmasının “şizofreniyi tanıma” puanlarını etkilediği görülmektedir ($p=0.031$). Sosyal güvencesi olan hastaların yakınlarının şizofreniyi daha fazla tanıdıkları söylenebilir (Tablo 24). Sağduyu ve ark. yapmış olduğu çalışmalarda hasta yakınlarının eğitim ve medeni durumlarının “şizofreniyi tanıma” puanlarını etkilediğini belirtmektedir (51, 52).

Hastanın cinsiyeti, yaşı, eğitimi, medeni durumu, çalışıp çalışmadığı, hastalık süresi, yatış sayısı, ilacı düzenli kullanıp kullanmadığı, kontrollere düzenli gelip gelmediği gibi değişkenler; hasta yakınlarının “şizofreni etiolojisi” puanlarını etkilememekte, yalnızca hastanın sosyal güvencesinin bulunması etkilemektedir ($p=0.033$). Sosyal güvencesi olan hasta yakınlarının, şizofreni etiolojisine ilişkin tutumlarının sosyal güvencesi olmayanlara göre daha olumludur. Tüm grubun tutumunun orta düzeyde olumlu olduğu söylenebilir (Tablo 24). Sağduyu ve ark. yapmış olduğu çalışmada ise, hasta yakınlarının medeni, eğitim ve çalışma durumları dışında diğer özelliklerin “şizofreninin etiolojisi” puanlarını etkilemediği tespit edilmiştir (51). Çalışmamızda sosyal güvencesi olan hasta yakınlarının “şizofreni etiolojisi” ve “şizofreniyi tanıma” açılarından daha yüksek puan ortalamalarına sahip oldukları belirlendi. Bu durum sosyal güvencesi olan hastaların daha düzenli bir şekilde ruh sağlığı çalışanları ile karşılaşmaları ve böylelikle doğru bilgilendirilmiş olmaları ile ilişkili olabilir. Bu durum sosyal güvenceye sahip olmanın daha kolay tedavi olabilmenin ötesinde anlamlar taşıdığını göstermektedir.

Hastalarla ilgili değişkenlerin; hasta yakınlarının “şizofreni tedavisi” puanlarını etkilemediği görülmektedir ($p>0.05$). (Tablo 25). Hasta yakınlarının çoğu, hastalığı tedavi

edilebilir bir hastalık olarak görmekte, sosyal sorunlarla bağlantısının kurabilmekte (%65.8) ve tedavi konusunda olumlu bir tavır sergiledikleri görülmektedir (Tablo 21).

Hasta yakınlarına ait değişkenlerin (hastaya yakınlık derecesi, bakım veren kişi olup olmaması, bakım verme süresi, cinsiyeti, yaşı, eğitimi, çalışma durumu, evde kaç kişinin yaşadığı, hastaya ait odanın olup olmaması, ailenin aylık geliri gibi değişkenler) “sosyal mesafe” puanlarını etkilemediği görülmüştür ($P>0.05$). Aynı şekilde, hasta yakınlarının; hastalığın adını bilmeleri, hastalık hakkında bilgi alma durumları, bilgi isteyip istemedikleri, evde bakım konusunda bilgi alıp almadıkları, evde bakım konusunda bilgi isteyip istemedikleri gibi değişkenlerin de “sosyal mesafe” puanlarını etkilemediği görülmektedir ($P>0.05$). Hasta yakınlarının şizofreniye yönelik “sosyal mesafe” puanı yalnızca, yakınların “medeni durumu” ($p:0.011$) ve “günlük yaşamlarının engellenmesi” ($p:0.029$) değişkenlerinden etkilenmiştir. Sağduyu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada evli olan hasta yakınlarının şizofreniye yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu tespit edilmiştir. Araştırmamızda elde ettiğimiz bu sonuç literatür bulgusuyla desteklenmektedir (52). Evli ve günlük yaşamının engellenmediğini belirten hasta yakınlarının “sosyal mesafe”yle ilgili tutumlarının daha olumlu olduğu söylenebilir (Tablo 27).

Hasta yakınlarının; “şizofreniyi tanıma” puanları yakınlarla ait değişkenlerden etkilenmemektedir. Özyiğit ve arkadaşlarının çalışmasında daha önce yapılan çalışmalardan elde edilmiş verilerle bulgumuz desteklenmektedir (51). Yalnızca ailenin aylık gelirinin “şizofreniyi tanıma” puanını etkilediği belirlenmiştir ($p=0.010$). Avcı'nın belirttiğine göre, hasta yakınlarının gelir düzeyi arttıkça yaşadıkları “duygusal yük” azalmaktadır (9). Toplumda sık görülen ve yeti yitimine neden olan kronik ruhsal hastalıklardan biri olan şizofreni, gerçeği değerlendirme yeteneği başta olmak üzere duygu durum bozukluğu, düşünme ve algılama alanlarında önemli bozuklukların yaşandığı, tekrarlı ve uzun süreli hastane yatışlarına neden olmakta, hasta ve ailesini fiziksel, duygusal, bilişsel, sosyal ve ekonomik yönden çok yönlü etkileyerek, birey, aile ve topluma çeşitli yükler getirmektedir (4,32,11,19). Buna göre ailelerin geliri yükseldikçe hizmet alma kaygıları ve nöksler azalmaktadır. Hasta yakınlarının “şizofreniyi tanıma” ile ilgili tutumlarının orta düzeyde olumlu olduğu söylenebilir (Tablo 28).

Çalışmamızda hasta yakınlarıyla ilgili değişkenlerin, “şizofreni etiyojisi” puanlarını etkilemediği gözlenmiştir ($p>0.05$). Hasta yakınlarının tümünün “şizofreni etiyojisi”ni gerçeğe uygun tanıdığı ve sosyal sorunların etkisini bildikleri anlaşılmaktadır.

Hasta yakınlarının etyolojiye ilişkin tutumunun orta düzeyde olumlu olduğu söylenebilir. (Tablo 29)

“Şizofreni tedavisi” puanları da hasta yakınlarına ilişkin değişkenlerden etkilenmemektedir ($p>0.05$). Hasta yakınlarının, şizofreni hastalığında; öncelikle doktora gidilmesi gerektiğini (%97.3) ve bunun da psikiyatri uzmanı olması gerektiğini (%95.9) belirtmeleri göz önüne alınır, bu yakınlarının “şizofreni tedavisi”ne ilişkin tutumlarının da orta düzeyde olumlu olduğu görülmektedir (Tablo 30).

Hastanın evdeki bakımında hasta yakınlarının yaşadığı zorlukların başında, saldırgan ve kontrolsüz davranışlarıyla baş edememeleri gelmektedir (%69.9). Bu konuda bilgiye dayalı bir yaklaşımı bilemedikleri için hastalar istenilen türden bir yaklaşımdan mahrum kalmakta, hasta yakınları da çaresizlik yaşamaktadırlar. Yakınların çalışma ve aile yaşamları olumsuz etkilenmekte ve aile üyeleri buna bağlı huzursuzluk yaşamaktadırlar (%67.1). Bu nedenle sağlık çalışanlarından, hastanın kontrolsüz davranışları karşısında nasıl tavır almaları gerektiğini öğrenmek istemektedirler (%65.7). Bunlar yerinde taleplerdir ve ruh sağlığı çalışanlarının göz önüne almalarını gerektirir. Hasta yakınları hastanın sağlığına dair endişe ve merak yaşamaktadırlar (%54.4). Kronikleşen bu hastalıkların bakımı güçtür aile bireylerinin yakından ilgilenmesini gerektirdiğinden bıkkınlık, tahammülsüzlük yaşanmakta ve aile zaman zaman şiddete baş vurmaya zorunda kalmaktadır (% 35.6). Aile üyeleri hastanın hiç olmazsa öz bakımını yapabilir duruma gelmesini istemektedirler (%35.6). Hastaya ilacını vermekte zorlandıklarını belirtmektedirler (%26.1). Hasta yakınları maddi sıkıntıdan (%23.3), damgalanma ve sosyal izolasyondan (%22.0) ve uğraşıya yönlendirmekten (%8.2) görece daha az yakınmaktadırlar.

Yakınların ifadeleri; hastanın bakımına ilişkin bilgi eksikliği, eğitim ihtiyacı, yaşanan yoğun duygular ve çaresizliğe işaret etmektedir ve hasta yakınlarının da en az hastalar kadar evde bakım hizmetine gereksinim duyduklarını ortaya koymaktadır.

SONUÇLAR

6.1. Sonuçlar

- Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 31 ± 1.3 'tür. Çoğunluğu (%72.6) 16-35 yaş grubunda genç bir kesimdir.
- Hastaların eğitim düzeyi genellikle düşüktür. Üç hastadan ikisinin eğitimi ortaokul ve altındadır (%72.6).
- Hastaların çoğunluğu (%85.9) çalışmamakta, yalnızca %15.1'i çalışmaktadır
- Üç hastadan ikisi ilaçlarını düzenli kullanmaktadır
- Hastalar genellikle kalabalık ev ortamlarında yaşamaktadırlar. Yaklaşık dörtte birinin ailesinde dokuz ve daha fazla kişi, yarısına yakınında ise (%45.2) beş-sekiz kişi bulunmaktadır.
- Hastaların çoğu 1-10 yıldan beri hastadır (%68.5) ve yalnızca ilaç tedavisi (%84.9) ve ilaçla birlikte EKT (%15.1) almaktadırlar.
- Hastaların çoğu kontrollere düzenli gelmektedir (%71.2).
- Hastaların dörtte biri yatırılmadan izlenmekte (%27.4), yaklaşık yarısı 1-4 kez, dörtte biri de 5 ve daha fazla sayıda yatırılmıştır.
- Hastaların yarısından fazlası erkektir (%61.6) ve yarısından çoğu evlidir (%57.5).
- Hasta yakınlarının yaş ortalaması 41.3 ± 13.6
- Hastanın bakımıyla en çok ilgilenenler, anne (%49.3), kardeş (%21.9) ve eşdir (%15.1)
- Şizofrenik hasta ailelerinin gelir düzeyi çoğunlukla düşüktür. Geliri 2000 TL ve üzerinde olanlar yalnızca %2.7'dir.
- Hasta yakınlarının hastalık hakkında bilgi gereksinimleri fazla, buna karşın bilgi almaları sınırlıdır.
- Hastanın evde bakımı konusunda hemşirenin kendilerine yardımcı olabileceğini düşünen hasta yakını küçük bir kesimdir (%15.1).
- Hasta yakınlarının şizofreni hastalığına karşı tutumları orta düzeyde olumlu bulunmuştur.
- Kadınların, hastası kontrollere düzenli gelenlerin evli olan ve hastalığın günlük yaşamını engellemediğini belirten yakınların “sosyal mesafe” puanı daha yüksek ve olumludur.
- Sosyal güvencesi bulunan hastaların ve aylık geliri yüksek olanların “**şizofreniyi tanıma**” puanları daha olumlu bir tutum yansıtmaktadır
- Sosyal güvencesi bulunan hastaların yakınlarının “**şizofreni etyolojisi**”ne yönelik puanları daha olumludur

- Hasta yakınlarının “**şizofreni tedavisi**”ne yönelik puanları, tüm grup için orta düzeyde ve olumlu bir tutumu yansıtmaktadır
- Hasta yakınları; hastanın evdeki bakımında en çok, saldırgan ve kontrolsüz davranışlarıyla baş edememekten yakınmaktadırlar (%69.9).
- Çalışma ve aile yaşamları olumsuz etkilenmekte ve huzursuzluk yaşamaktadırlar (%67.1).
- Hastanın kontrolsüz davranışları karşısında nasıl tavır almaları gerektiğini öğrenmek istemektedirler (%65.7).
- Hastanın sağlığına dair endişe ve merak yaşamaktadırlar (%54.4).
- Hemşirelerden destek beklentisi oldukça düşük düzeydedir. Hemşireden hastaya nasıl davranacaklarına dair bilgi ve duyarlı bir ilgi beklemektedirler.
- Sonuç olarak;

Hasta yakınlarının şizofreni hastalığına karşı tutumları orta düzeyde olumludur.

Bu tutumlarda; hastanın cinsiyeti, kontrollere düzenli gidip gitmemesi, yakınların medeni durumu, hastalığı günlük yaşamlarının etkileyip etkilememesi, sosyal güvence ve aylık gelir gibi değişkenlerin etkili olduğu görülmüştür.

Hastanın kontrol edilemeyen davranışlarıyla baş edememektedirler. Bu konularda bilgi eksikliği, eğitim ihtiyacı, yaşanan yoğun duygular ve çaresizlik gözlenmektedir ve hasta yakınlarının da en az hastalar kadar evde bakım hizmetine gereksinim duydukları anlaşılmaktadır.

6.2. Öneriler

Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

1. Psikiyatri servisinde çalışanların ve hemşirelerin; Hastaların ilaç kullanma düzenine ve düzenli hekim kontrollerine gelmelerine yönelik aileler ile işbirliği yapması, hastanın iyileşmesinde aileyi de ekibin bir üyesi olarak kabul edip hastaların taburculuk sonrasında aileler tarafından desteklenmesi için aileye hastalık, hastalığın etkileri ve tedavi hakkında bilgi vermesi gerekebilir.
2. Psikiyatride çalışan ekip üyelerinin önemli bir ayağını oluşturan hemşirelerin; aile ile hastalar arasında profesyonel destek sağlayarak sosyal destek ağının güçlendirilmesine ve etiketlenmenin azaltılmasına yönelik girişimler geliştirip, hasta yakınlarının yaşadığı güçlükleri gidermede hasta ve aile üyelerini desteklemek, yaşadıkları zorluklara ilişkin çözüm yolları geliştirmesi önerilmektedir.
3. Hemşirelerin hastanın iyileşme sürecinde daha etkin olması için psikiyatri kliniğinde çalışacak olan hemşirelerin psikiyatri oryantasyonundan geçmeleri ve hastane bünyesinde hizmet içi eğitim programlarıyla hastalığın hastaya ailesine, çevresine yarattığı etkiler ve hastaya gösterilmesi gereken tutum hakkında bilgilerin verilebileceği önerilmektedir. Bunun yanında ülkemizdeki hemşirelik mesleğindeki eğitim sürecinin ve alanda uzmanlaşmanın gerekliliği bir kez daha ön plana çıkmaktadır.
4. Aileler hastalarının bakımıyla ilgili olarak yardım alamadıklarında tek başına mücadele etmek durumunda kalmaktadırlar. Çalışmamızda hasta yakınlarının yaşadığı güçlükleri gidermede hemşirelerden beklentilerinin ve yardımcı olabileceği konularda daha ilgili ve duyarlı bir yaklaşım göstererek hastalarının gözetim altında sağaltılması ve iyileşmesi yönünde destekleri gerekmektedir.
5. Çalışmamızda sosyal güvencesi olan hasta yakınlarının “şizofreni etiyolojisi” ve “şizofreniyi tanıma” açılarından daha yüksek puan ortalamalarına sahip oldukları belirlendi. Bu durum sosyal güvencesi olan hastaların daha düzenli bir şekilde ruh sağlığı çalışanları ile karşılaşmaları ve böylelikle doğru bilgilendirilmiş olmaları ile ilişkili olabilir. Bu durum sosyal güvenceye sahip olmanın daha kolay tedavi olabilmenin ötesinde anlamlar taşıdığını göstermektedir.

8. KAYNAKLAR

1. Akdede B.B. ve ark., Gençlerde şizofreniyi damgalama düzeyi, Yeni Symposium, 2004; 42 (3): 113-117
2. Aksakoğlu G.,Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri, Ankara, 2004.
3. Altunel Ö. Ve ark., Şizofrenide Duygu Algılama ve Tanıma Süreçleri, Klinik Psikiyatri 2008;11(Ek 4):3-11.
4. Alptekin K. ve ark., Şizofreni ve Yaşlanma: Şizofrenide Klinik Belirtilerin ve Bilişsel İşlevlerin Yaşla İlişkisi Türk Psikiyatri Dergisi, 2004; 15(2):91-97
5. Amuk T. ve akr, Şizofrenide Cinsiyet ve Başlangıç Yaşının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerle İlişkisi, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2004; 5:101-106.
6. Amuk T. Ve ark., Şizofreni hastalarının bir yıllık izlem çalışması, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2004;5:141-147
7. Arıkan Ç Psikiyatrik Tedavi Kurumlarında Staj Yapmış Olmanın Tutum Değişikliği Yaratmadaki Rolü, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Meslek Yüksekokulu Öğrencileri Üzerinde Yapılmış Bir Araştırma, 1986.
8. Arıhan G., Şizofreni Epidemiyolojisi, 1998;Şizofreni Dizisi; 2:64-74.
9. Avcı A, Şizofren Hasta Ailelerinin Aile Yükünün Belirlenmesi Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 2001.
10. Bağ B. ve İkinci M., Sağlık Personelinin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Tutumlarının Araştırılması Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi www.e-sosder.com ISSN:1304-0278 Kış 2005 C.3 S. 11,107-127.
11. Bahar A. Şizofreni ve Damgalama Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007;2-4.
12. Büyükcoşkun A., Evde Bakım Hizmetleri Ve Rehabilitasyon, Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı, İstanbul, 1998,170-185.
13. Castel E, Wessely S, Der G, Murray RM. The icidance of opertionally defined schizophrenia in Camberwell 1965-84. Br J Pschiatry 1991;159:790-4.
14. Ceylan M Şizofreni: Genel Bir Bakışı; Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir1997
15. Cimilli C., Şizofrenide Ayırıcı Tanı, Şizofreni Dizisi, 1999;1:5-13
16. Çam O, Bilge A. Ruh Hastalığına Yönelik İnanç ve Tutumlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2007; 8:215-223.

17. Dankı D, ve Arkadaşları, , Şizofreni Tanısı Olan Hastalarda İç görünümün Aile Öyküsü, Pozitif ve Negatif Belirtilerle İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 2007;18(2):129-136.
18. Doğan O. ve ark., Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar: Aileler Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002; 3:133-139.
19. Doğan S. ve ark., Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar: Ayaktan Hastalar, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002; 3:69-74.
20. Doğan O.Şizofreni hastalarının evde bakımı, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2001; 2(1):41-46
21. “ Dünya sağlık örgütü” Erişim: <http://www.itusozluk.com/goster.php/world+health+organization> Erişim tarihi: 07.10.2008.
22. Eker S. ve ark., Ayaktan Takip Edilen Şizofreni Hastalarında Cinsiyetin Sosyodemografik Veriler Ve Klinik Özelliklerle İlişkisi, Türkiye’de Psikiyatri, 2007; 9(2)
23. Emül M, Uğur M, Prodrom Şizofreni, Güncel Gelişmeler ve Sorunlar, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2006;16:252-262.
24. Erbinç S. ve Arkadaşları, Şizofren Hasta ve Ailelerinde Aile İşlevselliği, Sosyal Destek ve Duygu Dışavurumunun İncelenmesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2001; 2(1):5-14.
25. Eren İ. ve ark., Şizofreni Hastalarında Yetiyitimi ve Belirti Şiddetinin Yaşam Kalitesine Etkisi, Düşünen Adam, 2007; 20(2):68-78.
26. Ersoy M.A., Varan A.Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu’nun Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması, Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18(2):163-171.
27. Ertugrun A. Şizofrenide Nörokognitif İşlevler, Belirtiler ve Yetiyitimi, Hacettepe Üniversitesi Tıp fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara, 2000.
28. Eşsizoglu A., Arısoy Ö. Hemşirelerin Depresyona ve Depresyon Hastalarına Karşı Tutumları: Karşılaştırmalı Bir Çalışma, Dicle Tıp Dergisi, Cilt: 35, Sayı: 3, (167-176).
29. Gülseren L., Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler, Türk Psikiyatri Dergisi, 2002; 13(2):143–151.
30. Güney M., Şizofreniler, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Ders Kitabı, Antıp A.Ş. Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar, Ankara, 1996.
31. Gürhan N. , Şizofren Hastaların Sosyal Destek, Hastalık Ve Stresle Baş Etmelerinin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1995.

32. Göğüş A. Şizofrenide Gidiş ve Sonuç Şizofreni dizisi, 1999;1:28-38.
33. Haytural H, Atalay M. Hemşirelerin Bağımlı ve Bağımsız işlevlerinden en çok hangilerini yerine getirdiklerinin saptanması. II: Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, 1990;568-577.
34. Hocoğlu Ç. Tekin Z. Bir Psikiyatri Hastanesinde Tedavi Gören Şizofrenik Hastalarda İntihar Düşüncesi: Pozitif ve Negatif Belirtiler, Depresyon ve Umutsuzluk ile İlişkisi Yeni Symposium, 2007, 4(45):180-188.
35. Işık E., Güncel Klinik Psikiyatri Psikiyatri, Baskı: Golden Medya, İstanbul, 2009; 59-70
36. Kılıçoğlu A., Şizofreni hastaları için bakım, rehabilitasyon ve topluma kazandırma projesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9(ek sayı.1):65-68.
37. Kızıl E., Basit Şizofreni, Klinik Psikiyatri, 2006;9:82-88.
38. Köroğlu E., Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Edi:Ertuğrul Köroğlu, HBY, Ankara,1998.
39. Köroğlu E. Şizofreni Tanı Tedavi Kılavuzu. Hekimler yayın birliği, Ankara,2008.
40. Kuey L., Ruhsal Bozukluklara İlişkin Halkın Tutum Ve Davranışları, Kriz Dergisi, 1996; 3 (1-2) 172-174
41. Lynn E. DeLisi, Şizofreni Hakkındaki Gerçeklerin Gözden Geçirilmesi Görevi: Olanaklı mı, Olanaksız mı?, Schizophrenia Research, 2008; 102:19-20.
42. Martin S, Mike T. An Atlas of Schizophrenia, The Parthenon Publishing Group,2002;31-32.
43. Mete L., Şizofreni, iletişim Yayınları, istanbul,1998.
44. Modern Tıp Seminerleri:24 Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Hastalıklar Güneş Kitap Evi, 2001.
45. Moran M., Psikiyatri Alanında Ve Diğer Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruh Hastalarına Ve Hastalıklarına İlişkin Görüşleri , Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2008.
46. Oryal Taşkın E. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. 1. Baskı Meta basım matbaacılık Hizmetleri, İzmir/ Bornova, 2007; XII-XIV.
47. Özmen E. Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar HYB, 1997.
48. Özmen E., Ömer A., Erhan B. Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997;73-74

49. Özmen E. ve ark. Hangi Etiket Daha Damgalayıcı: Ruhsal Hastalık mı? Akıl Hastalığı mı?, Türk Psikiyatri Dergisi, 2004; 15(1):47-55
50. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği, 2004;175-221.
51. Özyiğit Ş. Ve ark. Hemşirelerin ve Hemşirelik Öğrencilerinin Şizofreniye Yönelik Tutumları Yeni Symposium, 2004; 42 (3): 105-112.
52. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Ögel K. Halkın Şizofreniye Bakışı ve Yaklaşımı Üzerine Bir Epidemiyolojik Araştırma. Türk Psikiyatri Dergisi, 2001; 12(2):99-110.
53. Sağduyu A. ve arkadaşları. Şizofrenisi Olan Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları. Türk Psikiyatri Dergisi, 2003; 14(3):203-212
54. Sayın A, Candanşevir S, Şizofrenide Zihin Kuramı, 2008;46(2):74-80.
55. Sayar K., Şizofreni ve Kültür, Türk Psikiyatri Dergisi, 2000;11:64-73
56. Savaş H.A. Yüce S, Ersoy MA, Özen M.E., Türkiye'nin güneydoğusunda psikiyatrik hastalıklar bağlamında psikiyatri ve psikoloji ile ilişkili bilgi ve tutumlar: Gaziantep şehrinde bir kesit, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7:140-149Sevinçok L., Şizofrenide Psikososyal Tedaviler, Şizofreni Dizisi, 2000;1:72-80
57. Scott DJ, Philip AE. Attitudes of psychiatric nurses to treatment and patients. British Journal of Medical Psychology, 1985; 58: 169-173.
58. Soygür H., Şizofreni Tedavisine Genel Bir Bakış, Psikiyatri Dünyası, 1999;3:83-90.
59. Sevinçok L., Şizofrenide Psikososyal Tedaviler, Şizofreni Dizisi, 2000;1:72-80
60. Şahin M.,Şizofreni: Klinik Özellikler, Tanı, Ayırıcı Tanı, Psikiyatri Dünyası 1999;3:72-78
61. Taner E., Şizofreninin Genetiği, Şizofreni Dizisi 1999;3:94-101.
62. Taskın EO, Seyfe Sen F, Aydemir O ve ark. Türkiye'de Kırsal Bir Bölgede Yaşayan Halkın şizofreniye Bakışı ve Yaklaşımı Üzerine Bir Epidemiyolojik Araştırma. Türk Psikiyatri Dergisi, 2002; 13(3): 205-214.
63. Taşkın O, Seyfeşen F, Aydemir Ö ve ark. ,2002, Türkiye'de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumları. Türk Psikiyatri Dergisi, 13: 205-214
64. Taşkın EO "Stigma, Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalanma". Turkuaz Bilişim & Bilgisayar & Yayıncılık, Polatlı/Ankara, 2007.
65. "Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı_ALMA ATA BİLDİRİSİ " Erişim: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=521&Itemid=36 Erişim Tarihi: 07.10.2008

66. Tel H. ve Terakye G. Şizofrenik Hasta Ailelerine Yönelik Bir Psikoeğitimsel Yaklaşım Uygulaması Denemesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2000; 1(3):133-142.
67. Tel H. Şizofrenik Hasta Ailelerinin Hastalık Semptomlarını Ele Alma Ve Stresle Baş Etmelerine Psikoeğitimsel Yaklaşımın Etkisinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1999.
68. Tüzer V. ve ark. Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı ve Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri, 2003; 6:198-203.
69. Üçok A, Şizofreni Hastası Neden Damgalanır?, Klinik psikiyatri dergisi, 2003;1:3-8.
70. Üçok A., Atlı H.,Çetinkaya Z.,Kandemir P.E. Şizofreni Hastalarına Bütüncül Yaklaşımlı Grup Tedavisinin Yaşam Kalitesine Etkisi: Bir Yıllık Uygulama Sonuçları, Nöropsikiyatri Arşivi, 2002; 39(2-3-4); 113-118.
71. Üçok A., Şizofreni: Damga, Mitler ve Gerçekler, Psikiyatri Dünyası, 1999;3:67-71.
72. Üçok A., Şizofrenide Ailenin Önemi, Erişim; <http://www.sizofreni.web.tr>, Erişim Tarihi; 19.03.2009.
73. Ünal S. ve ark. Psikotik Hastalarda Hastalık Açıklama Modeli ve Çare Arama Davranışı Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18(1):38-47.
74. Yıldız M. Araştırma ve klinik uygulamada Biyolojik Psikiyatri Şizofreni cilt 1, İstanbul Yer Küre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri AŞ. 2005.
75. Yıldız M., Şizofreni Hastalığını Anlamak ve Onunla Yaşamayı Öğrenmek, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1999
76. Yüce S, Savaş HA, Ersoy MA ve ark. Sağlık Yüksek Okulu Öğrencileri ve Çalışan Hemşirelerin Depresyonu Olan Hastalara İlişkin Tutumu, Türkiye’de Psikiyatri, 2005; 7(1): 7-14.
77. Yüksel E., Taşkın O.E., Türkiye’de hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6:113-121
78. Yıldız M. ve arkadaşları, Şizofreninin Ruhsal-Toplumsal Tedavisinde Sosyal Beceri Eğitimi, Türk Psikiyatri Dergisi, 2002;13(1):41-47
79. Weller L, Grunes S: Does contact with the mentally ill affect nurses' attitudes to mental illness? British Journal of Medical Psychology ,1988; 61: 277-284. (şizofreni ve hemşire)

7. EKLER

EK 1. HASTA İLE İLGİLİ SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

Değerli katılımcı

Bu çalışma, hastanızın bakımında aile üyesi olarak sizlerin herhangi bir zorluk yaşayıp yaşamadığınızı öğrenmek için yapılmaktadır. Varsa yaşadığınız zorlukların üstesinden gelebilmeniz için Psikiyatri Servisinde çalışanlar olarak size nasıl yardımcı olabileceğimizi anlamak istiyoruz. Topladığımız bilgiler bu araştırma dışında başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

1. Hastanın (Adı) yaşı :.....
2. Cinsiyeti : 1. Kadın () 2. Erkek ()
3. Medeni durumu : 1. Bekar() 2. Evli () 3. Eşinden boşanmış () 4. Eşi Ölmüş ()
4. Eğitim durumu : 1. Okuryazar değil () 2. İlkokul () 3. Ortaokul () 4. Lise ()
5. Üniversite ()
5. Çalışma durumu :1.Çalışıyor () 2. Çalışmıyor () 3. Ev hanımı ()
4. Emekli () 5. Öğrenci ()
- Çalışıyor ise ne iş yapıyor?.....
6. Sosyal güvencesi : 1. Var () 2. Yok ()
7. Ne zamandan beri bu hastalığı çekiyor? :.....
8. Kaç kez hastaneye yattı? (son yatışı dahil) :.....
9. Şimdiye kadar hangi tedaviler uygulandı?
1. İlaç () 2. Bireysel terapi () 3. İlaç+EKT () 4. Grup terapisi ()
10. İlaçlarını düzenli olarak alıyor mu?
1. Evet () 2. Arada bir alıyor () 3. Ara sıra aksatıyor ()
11. Kontrollere düzenli olarak gidiyor mu? 1. Evet () 2. Hayır ()

EK 2

HASTAYA BAKIM VEREN AİLE ÜYESİ İLE İLGİLİ SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Hastaya (Adı) yakınlık dereceniz :
1. Annesi () 2. Babası () 3.Eşi () 4. Kardeşi () 5. Çocuğu ()
2. Hastanın (Adı) bakımıyla en fazla kim ilgileniyor?
1. Annesi () 2. Babası () 3.Eşi () 4. Kardeşi () 5. Çocuğu ()
3. Siz Hastanın (Adı) bakımıyla ne kadar süredir ilgileniyorsunuz?
1. 2-5 yıl () 2. 6-9 yıl () 3. 10-13 yıl () 4. 14 yıl ve daha fazla ()
4. Yaşınız :.....
5. Cinsiyetiniz: 1. Kadın () 2. Erkek ()
6. Medeni durumunuz :
1. Bekar () 2. Evli () 3. Eşinden boşanmış () 4. Eşi Ölmüş ()
7. Eğitim durumunuz :
1. Okuryazar değil () 2. İlkokul () 3. Ortaokul () 4. Lise () 5. Üniversite ()
8. Halen çalışıyor musunuz? Evet () Hayır ()
9. (8. soruya yanıtı “Hayır” diyenler) Ev hanımı () İşsiz () Emekli () Öğrenci () Memur
10. (8. soruya yanıt “Hayır” diyenler) Ne iş yapıyorsunuz?.....
11. Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?
12. Evde Hastanın (Adı) kendisine ait odası var mı? 1. Evet () 2. Hayır ()
13. Ailenizin aylık geliri nedir?
1) Asgari Ücret 400YTL () 2). 450- 999 YTL ()
3) 1000-1499 YTL () 4) 1500-1999 YTL ()
5) 2000-2499 YTL () 6) 2500 YTL ve üstü ()
- 14) Hastanın (Adı) hastalığının adını biliyor musunuz? Evet nedir?.....
Hayır
- 15) Hastanın (Adı) hastalığı hakkında bilgi aldınız mı? Evet () Hayır ()
- 16) (15. soruya “Evet” diyenlere) Hastalık hakkında bilgiyi kimden aldınız?
Hekimden () Hemşireden () Her ikisinden () Diğer.....
17. (15. soruya Hayır diyenlere) Hastalık hakkında bilgi almak ister miydiniz? Evet () Hayır ()
18. Hastanıza evde nasıl bakacağınız konusunda herhangi bir bilgi aldınız mı? 1.Evet() 2.Hayır()
19. (18. soruya Evet diyenlere) Hastanıza evde nasıl bakacağınız konusunda kimden bilgi aldınız?
Hekimden () Hemşireden () Her ikisinden () Diğer.....
20. Aldığınız bilgi yeterli oldu mu?Evet () Hayır ()
21. (18. soruya Hayır diyenlere) Hastanızın evde nasıl bakılacağı konusunda bilgi almak ister misiniz? Evet () Hayır ()
22. (21. soruya Evet diyenlere) Hastanızın evde nasıl bakılacağı konusunda en çok hangi konularda bilgi almak ister siniz?
.....
23. Hastanın (Adı) hastalığı ailedeki bireylerin günlük yaşamını engelliyor mu?
Hayır ()
Evet () (açıklayınız.....)
24. Hastanın (Adı) bakımında en çok hangi konularda güçlük çekmekte siniz? Açıklar mısınız?
.....
25. Yaşadığımız bu güçlükleri gidermede hemşireler size yardımcı olabilirler mi?
Evet () Hayır ()
26. (25. soruya Evet diyenler) Hemşireler size nasıl yardımcı olabilirler? Açıklar mısınız?
27. (25. soruya Hayır diyenler) Hemşireler size neden yardımcı olamazlar? Açıklar mısınız?

EK- 3.

ŞİZOFRENIYE İLİŞKİN TUTUM ANKETİ

Şimdi size bir kişinin durumuyla ilgili bazı sorular soracağım. Lütfen soruları size okuduğum kişinin durumuna göre ve üzerinde çok fazla düşünmeden ve size vereceğim şıklara göre ifadelerle cevaplandırınız.

ANKETÖR DİKKAT: AŞAĞIDAKİ METNİ YAVAŞ VE ANLAŞILIR BİR ŞEKİLDE OKUYUNUZ.

KART 1.

Ahmet Bey, 27 yaşında evli, memur. Yaklaşık 8 aydır çevresinden şüphelenmeye, yaptığı buluşlar nedeniyle mafyanın peşinde olduğunu düşünmeye başlamış. Kulağına kendisine emir veren sesler geliyor, zaman zaman bu seslerle konuşuyor, onlara tepki gösteriyormuş. Giderek işyerindeki arkadaşlarından da şüphelenmeye ve işe gidememeye başlamış. Evden çıkmıyor, kimseyle görüşmüyor ve sabaha kadar sıkıntılı bir şekilde dolaşıyormuş.

KART 2.

1) Ahmet Bey’de bedensel bir hastalık bulunmaktadır.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum 5. Fikrim yok

2) Ahmet Bey’de ruhsal bir hastalık bulunmaktadır.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum 5. Fikrim yok

3) Ahmet Bey’in bu durumu kişilik yapısının zayıflığından kaynaklanmaktadır.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum 5. Fikrim yok

4) Ahmet Bey’in bu durumu yaşadığı sosyal sorunlardan (işsizlik, yoksulluk, ailevi sorunlar gibi) kaynaklanmaktadır.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum 5. Fikrim yok

5) Bu durumdan kurtulmak için Ahmet Bey’in öncelikle aşağıdakilerden hangisini yapması gerekmektedir. TEK CEVAP

KART 3.

Öncelikle bir doktora gitmesi gerekmektedir	1
Öncelikle güçlü olması gerekmektedir, isterse bu durumu aşabilir	2
Öncelikle bir tatile çıkması, bulunduğu ortamdan uzaklaşması gerekmektedir.	3
Öncelikle yaşadığı şartların düzeltilmesi gerekmektedir.	4
Diğer(yazınız: _____)	5

6) Ahmet Bey doktora gitmek isterse öncelikle aşağıdakilerden hangisini yapması gerekmektedir.

TEK CEVAP

KART 4.

Öncelikle sağlık ocağı doktoruna gitmelidir	1
Öncelikle dahiliye (iç hastalıkları) doktoruna gitmelidir	2
Öncelikle psikiyatri (ruh sağlığı ve hastalıkları) doktoruna gitmelidir	3
Doktora gitmesini gerektiren bir durum bulunmamaktadır	4
Diğer (yazınız: _____)	5

Şimdi size şizofreni ile ilgili bazı sorular soracağım, lütfen soruları üzerinde çok fazla düşünmeden cevaplandırınız. Cevaplarınızı aşağıdaki ifadelerden “Katılıyorum” “Kısmen katılıyorum” “Pek katılmıyorum” “Katılmıyorum” şeklinde ifade ediniz. Herhangi bir görüşünüz yoksa “Fikrim yok” deyiniz.

Yukarıda anlatılan Ahmet Bey şizofreniye bir örnektir.

ANKETÖRÜN DİKKATİNE; METNİ TEKRAR OKUYUNUZ. (TEKRAR KART 1.)

KART 2.

7) Şizofreni aşırı üzüntü halidir.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum 5. Fikrim yok

8) Şizofreni bir ruhsal zayıflık halidir.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum 5. Fikrim yok

9) Şizofreni sosyal sorunlar (işsizlik, yoksulluk, ailevi sorunlar gibi) nedeniyle ortaya çıkar.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum 5. Fikrim yok

10) Ortam değişikliği (tatile çıkmak gibi) şizofreninin geçmesine önemli katkılarda bulunur.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum 5. Fikrim yok

11) Şizofreni olanlar tam olarak düzelmez.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum 5. Fikrim yok

12) Hacı ya da hocalar Şizofreninin geçmesini sağlayabilir.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum 5. Fikrim yok

13) Sosyal sorunlar (işsizlik, yoksulluk, ailevi sorunlar gibi) çözülmeden şizofreni geçmez.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum 5. Fikrim yok

14) Şizofreni hastalar toplum içinde serbest dolaşmamalıdır.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum 5. Fikrim yok

15) Şizofren bir kişiyle birlikte çalışabilirim.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum 5. Fikrim yok

16) Şizofren bir kişiyle evlenebilirim.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum 5. Fikrim yok

17) Şizofren bir komşu olması beni rahatsız etmez.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum 5. Fikrim yok

18) Evim olsa bir şizofrene kiraya vermem.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum 5. Fikrim yok

19) Şizofrenler saldırgan olur.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum 5. Fikrim yok

20) Şizofrenler kendi hayatlarıyla ilgili doğru kararları alamaz.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum 5. Fikrim yok

21) Şizofreni bulaşıcıdır.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum 5. Fikrim yok

22) Şizofreni bir hastalık değil, zaman zaman her insanın içine düştüğü bir durumdur.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum 5. Fikrim yok

23) Şizofrenler akıl hastasıdır.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum 5. Fikrim yok

24) Şizofreni bir hastalıktır.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum 5. Fikrim yok

ANKETÖR DİKKAT: 24'DEKİ SORUYA "KATILYORUM", "KISMEN KATILYORUM" "PEK KATILMIYORUM" DİYENLER İÇİN DEVAM EDİN.

25) Şizofreni tedavi edilebilen bir hastalıktır.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum 5. Fikrim yok

26) Şizofreni ilaçla tedavi edilebilen bir hastalıktır.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum 5. Fikrim yok

27) Şizofreni psikoterapi (konuşma tedavisi) ile tedavi edilebilen bir hastalıktır.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum 5. Fikrim yok

28) Şizofreni geçirdiğinizi düşünseydiniz öncelikle ne yapardınız? TEK CEVAP

KART 5.

Tatile çıkardım	1
Doktora giderdim	2
Dini yardım aradım	3
Hiçbir şey yapmazdım	4
Diğer (Yazınız: _____)	5

29) Doktora gitmeye karar verseydiniz aşağıdakilerden hangisine öncelikle başvururdunuz?

KART 6.

Sağlık ocağı doktoru	1
Psikiyatri doktoru	2
Dahiliyeci (iç hastalıkları doktoru)	3
Beyin cerrahisi doktoru	4
Nöroloji doktoru	5
Hiçbir doktora gitmezdim	6
Diğer (Yazınız: _____)	7

30) Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar bağımlılık yapabilir. (KART 2.)

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum 5. Fikrim yok

31) Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar ciddi yan etki yaparlar.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum 5. Fikrim yok

32) Şizofreni doğuştan gelen bir hastalıktır.

1. Katılıyorum 2. Kısmen katılıyorum 3. Pek katılmıyorum 4. Katılmıyorum 5. Fikrim yok