

Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü

Burden of Schizophrenia on Caregivers

Hüseyin Ali ELESVED¹, Nilufar ORUJZADE¹, Talad ALHADED¹, Tutku UYKAN¹,
Araş. Gör. Hazal KÜÇÜKEFE BAĞ², Prof. Dr. Mustafa TÖZÜN²

- 1- İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi 1. Sınıf Öğrencisi
- 2- İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

ÖZET:

Şizofreni psikososyal bozukluk ve kronik psikotik semptomlarla karakterize edilen, nispeten yaygın ve güçten düşüren nörolojik ve ruhsal bir hastalıktır. Toplumda yaklaşık %1 rastlanan şizofreni tahmini %81 kalıtsallık derecesi olan multi-genik bir sağlık sorunudur. Araştırma sonuçları; şizofrenide hastaya bakım verenlerin psikolojik sağlık sorunları yaşama açısından riskli bir grup olduğunu ve ruhsal sağlık sorunları açısından izlenmelerinin önemli olduğunu göstermektedir. Kronik psikiyatri hastalarının ailelerinin yaşadıkları güçlükler ve yükleri nedeniyle ruhsal yönden riskli olduklarından ülkemizde tüm dünyada kronik psikiyatri hastalarının ailelerine yönelik sürekliliği olan programların geliştirilmesi ve ruh sağlığı sistemi içinde yer alması önemlidir. Ayrıca düzensiz uzun süreli ve kontrollü izlemin olduğu araştırma tasarımları ile kanıt düzeyinde çalışmaların yapılması bu alandaki açığı kapatacaktır. Bakım verenlerin yükleri ile baş etmelerine ve ruhsal sağlıklarını koruma geliştirmelerine yönelik sosyal destek ve profesyonel destek programlarının oluşturulması ve uygulanma sürekliliği için modellerin, eylem planlarının oluşturulması, geliştirilen programların bakım verenlerin yüklerine ve ruhsal sağlık durumlarına olan etkisinin değerlendirilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: şizofreni, hasta bakımı, bakım yükü

ABSTRACT

Schizophrenia is a relatively common and debilitating neurological and mental illness characterized by psychosocial impairment and chronic psychotic symptoms. Schizophrenia is a multigenic health problem with an estimated heritability of 81%. Research results; It shows that caregivers of patients with schizophrenia are a risky group in terms of experiencing psychological health problems and it is important to be followed up in terms of mental health problems. Since the families of chronic psychiatric patients are psychologically risky due to the difficulties and burdens they experience, it is important to develop continuous programs for the families of chronic psychiatric patients all over the world in our country and to be included in the mental health system. In addition, conducting evidence-level studies with research designs with irregular long-term and controlled follow-up will close the gap in this area. It is important to create models, and action plans, and evaluate the effects of the developed programs on the burden and mental health status of caregivers for the creation and continuity of social support and professional support programs for caregivers to cope with their burdens and to protect their mental health.

Keywords: schizophrenia, patient care, care burden

1. Şizofreni nedir? Klinik özellikleri nelerdir?

Şizofreni psikososyal bozukluk ve kronik psikotik semptomlarla karakterize edilen, nispeten yaygın ve güçten düşüren nörolojik ve ruhsal bir hastalıktır. Toplumda yaklaşık %1 rastlanan şizofreni tahmini %81 kalıtsallık derecesi olan multigenik bir sağlık sorunudur (Zamanpoor, 2019). Yapılan araştırmalara göre şizofreni hastalarında etiyolojik anlamda, hastalığın gidişatı, klinik belirtiler, tedavinin aşamaları bakımından göze çarpan farklılıklar görülmektedir. Bulgularda ortaya çıkan bu farklılıklar şizofreni hastalığının heterojen özellikte olmasına ve alt tiplere ayrılmasına neden olmaktadır (Üçok, 2008). DSM IV tanı sistemi şizofreniyi 5 alt tipe ayırmıştır: dezorganize (hebefrenik), katatonik, paranoid, ayrışmamış ve rezidüel tip (Tandon, et al., 2013). Şizofreni çoğunlukla erkeklerde 15-25, kadınlarda 25-35 yaş aralığında ortaya çıkmakta, sosyal ve mesleki işlevsellikte bozukluk, iletişimde güçlükler, duyarsızlık, istek ve motivasyon kaybıyla kendini göstermektedir. Şizofreni kişisel ve ekonomik sorunlara neden olarak hastanın sadece yaşam kalitesine etki etmekte kalmıyor hem de beklenen yaşam süresini de 15-20 seneye dek kısaltmaktadır (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018).

2. Şizofreninin Etiyolojisi:

Tanınmış Alman Ruh Hekimi Emil Kraepelin tarafından 1986 yılında “dementia praecox” olarak isimlendirilen bu hastalığın birkaç risk etkeni bulunsa da etiyolojisi ile ilgili kesin bulgular edinilmemiştir. Genetik yatkınlık, çevresel, stres faktörleri, endokrin ve bağışıklık sistemi, perinatal komplikasyonlar bu etkenler arasında yer almaktadır (Kocal, Karakuş, Sert, 2017).

3. Genetik etkenler:

Bulunan bağlantı çalışmalarının meta analizleri birçok kromozomal bölgenin şizofreniye yatkın lokuslar içerebileceğini göstermiştir. Her biri küçük ila orta dereceli etki boyutlarına sahip birçok gen şizofrenide rol oynar. Nadir yapısal varyantlar, şizofrenide şu şekilde rol oynar: Şizofreni, NRXN1, APBA2, NRG1 ve nörogelişimsel süreçlerde (örneğin nöroregülün, nöreksin) yer alan CNTNAP2 gibi çoklu genleri bozmaktadır (Zamanpoor, 2019). Yapılan genetik çalışmalarda kromozom 5, 6, 8, 10, 13 ve 15'in şizofreni ile ilişkin olduğu tespit edilmiştir, bu da sıradan kardeşler ile kıyaslamada tek yumurta ikizlerinin dementia praecox konkordans oranının daha yüksek olmasının nedenini açıklamaktadır (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018). Tüm bu bulgulara rağmen şizofreni ile doğrudan nedensel ilişkisi olan bir gen tanımlanamamıştır (Kocal, Karakuş, Sert, 2017).

4. Çevresel faktörler, stres

Yapılan otuz adet çalışmanın sonucu incelendiğinde sosyoekonomik durumun bireyin şizofreniye yakalanma riski ile doğru orantılı olduğu ortaya çıkmıştır. Sosyoekonomik açıdan dezavantajlı kişiler ile avantajlı durumda olanların kıyaslanmasında şizofreni riski 2,1 kat yüksektir ve tedaviye 8,5 yıl geç başladıkları belirlenmiştir. Psikiyatrik bulgular incelendiğinde, şiddet gibi çocukluk travmalarının gelecekte sadece travma sonrası stres bozukluğuna (TSSB) yol açmadığı, şizofreninin klinik özelliklerinin de ortaya çıkabileceği görülmüştür. Bundan başka, göçmenliğin kendisi ile beraber getirdiği sosyal marjinalizasyon, önyargı, ayrımcılık, yalıtılmışlığın da psikotik bozuluklara neden olabileceği ortaya konmuştur. Üstelik son 30 senede yapılmış çalışmalar ilk kuşak göçmenlerde şizofreni gelişme olasılığının 2,7 iken, ikinci kuşak göçmenlerde 4,5'e kadar çıkabileceğini kanıtlamıştır (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018). Stresli yaşamın da bireyin şizofreniye yakalanma riskini 2 kat arttırdığı görülmüştür. Şizofreni hastalarında kortizol düzeyleri yüksek olup, hipotalamopitüiter aks (HPA) yoluyla dopamin düzeylerine de etki etmektedir (Kocal, Karakuş, Sert, 2017). Psikososyal stresörler sonraki tetikleyicilere yanıtları artırmak için subkortikal dopamin sistemini duyarlı hale getirir. Daha sonraki tetikleyiciler, örneğin stres, fazla striatal dopamin salınımına neden olur. Bu da anormal davranış,

uyaranlara belirginlik ve psikotik semptomların gelişimine yol açar (McCutcheon and Marques, 2019).

5. Prenatal ve Perinatal Komplikasyonlar:

Anne ve babada grip, kızamıkçık, herpes simpleks virüsü (HSV), sitomegalovirüs, çocuk felci virüsü ve toxoplasma gondii gibi enfeksiyon öyküsünün olması çocukta şizofreni riskinin artması ile ilişkilendirilmiştir. Maternal HSV-2, IgG antikor seviyeleri, çocuklarda önemli ölçüde artmış şizofreni riski ile bağlantılıdır. Hastanın doğum mevsiminin de şizofreni gelişiminde rolü vardır. Örneğin şizofreni hastalarının kış mevsiminde doğmuş olma ihtimali daha yüksektir. Erken doğum gibi birçok obstetrik komplikasyon, düşük doğum ağırlığı, preeklampsi, rH uyuşmazlığı ve doğum öncesi beslenme yetersizliği şizofreni gibi nörogelişimsel bozuklukların risk faktörleri arasında yer almaktadır. İleri baba yaşının beyinde eksprese edilen genlerde yaşa bağlı imprinting hataları ve DNA metilasyon değişiklikleri gibi epigenetik süreçlerini değiştirdiği öne sürülmüştür. Ayrıca baba sperminde birikmiş de-novo mutasyonlar nörogelişimsel bozukluklara katkıda bulunuyor olabilmektedir (Zamanpoor, 2019).

6. Şizofreni Biyokimyası:

Şizofreni biyokimyasını incelediğimizde en çok karşımıza çıkan nörotransmitterler dopamin, norepinefrin, serotonin, glutamat ve GABA'dır. Bugüne kadar yapılmış araştırmalar, şizofreni hastalığının negatif ve pozitif belirtilerinin dopamin disregülasyonu tarafından oluşturulduğu doğrultusundadır. Amfetamin ve kokain gibi psikostimulan ajanlar dopamin etkinliğini artırarak klinik tablolara sebep olabilmektedir. Hücrede GABA miktarı azaldığında GABA'nın düzenleyici-inhibe edici etkisinin de azalmasıyla dopamin hiperaktivitesi oluşabilir (Kocal, Karakuş, Sert, 2017). Şizofreninin serotonerjik etkilere bağlı bozukluklarından sorumlu reseptörleri; depresyon ve intiharla ilişkili 5-HT1 reseptörü ve hafıza bozukluğu ile ilişkili 5-HT2 reseptörleridir (Summakoglu ve Ertugrul, 2018). Glutamat teorisi şizofreni hastalarının prefrontal bölgelerinde sinaptik plastisite için gerekli olan N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptörlerinin ekspresyonunun arttığı üzerine dikkat çekmektedir (Valton, et al., 2017).

7. Şizofreninin Klinik Belirtileri:

Şizofreni kendini hastalar arasında pozitif, negatif ve kognitif olmak üzere 3 farklı kategoride sınıflandırılmış çeşitli semptomlarla göstermektedir (Valton, et al., 2017). Negatif ve pozitif belirtiler arasındaki ayırım ilk kez Reynolds tarafından epilepsi bağlamında tanıtılmıştır. Yaşamsal özelliklerin inkârı olarak algılanan negatif semptomlar duyu kaybı, felç ve koma ile sonuçlanmıştır. Sanrılar, varsanılar, anormal hareketler ve klonik nöbetler pozitif semptomlara aittir. Bu ayırım daha sonra Jackson tarafından Herbert Spencer'in fikirlerine dayanarak detaylandırılmıştır. Jackson negatif belirtilerin nöral fonksiyon bozukluğuna bağlı olduğunu, pozitif belirtilerin ise uyarılma ve yüksek engelleyici kontrolden çıkılarak düşük seviyeli girdilerin salıverilmesinden kaynaklandığını varsayımıştır (Azorin, Belzeaux, Adida, 2014). Hastalıkta pozitif semptomlar içinde en önemli düşünce içeriği bozukluğu olan hezeyanlardan en sık rastlanana perseküsyon sonraki ise referans hezeyanıdır (Kocal, Karakuş, Sert, 2017). Kognitif bozukluklar, genellikle hastalığın başlangıcını takip eden ortalama 10 (on) IQ düşüşü ile ilişkili olan düşük bellek performansı, dikkat ve muhakeme eksikliğini kapsar (Valton, et al., 2017). Şu anda negatif belirtiler olarak tanımladığımız şeyin kapsamlı tanımını Kraepelin sağlamıştır. Ona göre negatif semptomlar dikkat eksikliği, zihinsel yoksunluk gibi bilişsel eksiklikler ve duygusal deneyimde temel bir eksikliği içermektedir. Bunlar da kendisiyle beraber kör duygulanım, anhedoni, motivasyon eksikliği, affektif donukluk, aloji ve avolasyonu getirmektedir. Yukarıda belirtilen klinik semptomlar şizofreni hastalarında dış dünyaya kayıtsızlık, kendine karşı ilgisizlik, kendilerine karşı ağrı hislerinin azalması, kötü hijyen gibi sonuçlar doğurmaktadır. Buna karşılık, Bleuler hastalık süreci ile direkt bağlantılı olan "birincil semptomlar" ile birincil rahatsızlıklara uyum sağlama girişimlerinin sonucu olan "ikincil semptomları birbirinden ayırmıştır (Azorin,

Belzeaux, Adida, 2014). Bu ayırım şizofreninin tedavi ve prognozu için büyük önem taşımaktadır. Şizofreni teşhisi için DSM-5 tanı ölçütlerinde bir aylık bir süre zarfında aşağıdakilerden en az ikisinin (ve ya daha fazlasının) mevcut olması gerekmektedir:

- Hezeyan
- Halüsinasyon
- Dezorganize konuşma
- İleri derecede dezorganize ya da katatonik davranış
- Negatif belirtiler

Şizofreni ne kadar erken teşhis edilirse o kadar iyi ve hızlı tedavi edilir. Bu yüzden de birincil semptomların doğru test edilmesi gerekmektedir. İşitsel halüsinasyonlar, düşüncede gerileme, içerik bozukluğu, somatik halüsinasyonlar, sanrısız algı, duygular veya dış etkenler tarafından yapılan veya etkilenen eylemler genellikle psikotik hastalıklardan sadece şizofrenide görülen pozitif klinik belirtilerdir. Bu birincil semptomlardan birinin bile varlığının şizofreniyi kuvvetle düşündürdüğü söylenmektedir ve bunun semptomatik olarak tanı için yeterli olabileceği varsayılmaktadır (Tandon, et al., 2013; Soares-Weiser, et al., 2015).

8. Şizofreni Hastalığının Dünyada ve Türkiye’de Epidemiyolojisi:

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) farklı ülkelerde yaptığı araştırmalar, özellikle şizofreni yaygınlığının tüm toplumlarda %1 olarak kabul edilmesine neden olmuştur (Jablensky ve ark. 1992). Kırk altı ülkede yapılmış 1960-2000 yılları arasında araştırmalara dayanan bir sistematik derlemede ise, yaşam boyu yaygınlık tahminlerinin geniş bir aralıkta (1000 kişide 4.6 ile 9.2 arası), heterojen bir dağılım gösterildiği bildirilmiştir (Saha, Chant, Welham ve McGrath 2005). Ancak bu araştırmalarda, psikoz sendromunun birer parçası olan diğer psikotik bozukluklar genellikle değerlendirme dışı bırakılmıştır. Farklı psikotik bozuklukların yaygınlığına dair sonuç bildiren çok az sayıda araştırma bulunmaktadır (Binbay ve ark., 2012).

Bir araştırma 2007 yılında yayımlanmış olup, psikotik belirtilerin görüldüğü 12 DSM-IV bozukluğunun (şizofreni, şizofreniform bozukluk, şizoaffektif bozukluk, sanrısız bozukluk, kısa psikotik bozukluk, psikotik bulgulu depresyon, psikotik bulgulu bipolar I bozukluk, madde kullanımına ya da genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk) toplam yaşam boyu yaygınlığının %3.06 ile %3.48 arasında olduğunu bildirmiştir (Perala ve ark., 2007).

Türkiye’de sınırlı sayıda genel toplum araştırmasının bildirdiği tahminler üzerine yapılan bir sistematik gözden geçirmeye göre şizofreni yaygınlığı 1000 kişide 8.9’dur (Binbay, Ulaş, Elbi ve Alptekin, 2011). Yine de şizofreni için Türkiye’den bildirilmiş hastalık hızı verileri yöntemsel kısıtlılıklar nedeniyle uluslararası karşılaştırmalar için yeterli değildir. (Binbay ve ark., 2012)

9. Şizofrenide Tanı ve Tedavi Yaklaşımları:

Şizofreni, kişinin düşünme, davranma, duygularını ifade etme, gerçeğe bakma, gerçekleri ve kendisi ile çevresindekiler arasındaki ilişkileri görme biçimini bozan ciddi bir beyin bozukluğudur. Bilen tüm akıl sağlığı hastalıklarının en zoru ve kısıtlayıcısı olan şizofreninin hastaları toplumda, işyerinde, okulda, evlilik ilişkilerinde de sorunlar yaşamaktadır (Akgül, 2020). Bu hastalık kişilerin psikolojisi üzerinde korku ve içe kapanıklığa neden olabilir ve şizofreni kişinin yaşamı boyunca hayatına eşlik eden, ömür boyu süren bir hastalıktır. Tedavisi kesin olarak olmasa da ancak belirli ilaçlar sayesinde kontrol altına alınabilmektedir. Şizofreni hastaları etrafındaki dünyayı birer karmaşık düşünceler ve garip sahneler şeklinde görebilmektedirler. Hastanın kişiliğinde veya davranışında meydana gelen ve gerçeklikle olan bağlantısını kaybetmesine neden olan ani değişime psikotik evre denir (Patel, 2014).

10. Şizofreni teşhisi:

Şizofreni teşhis şu şekilde yapılır:

Fizik muayene: Hastada şizofreni varlığını gösterebilecek semptomlar ortaya çıkarsa, ilgili doktor kapsamlı bir fizik muayene yapar ve hastanın tıbbi geçmişini gözden geçirir.

Çeşitli incelemeler: Şizofreniyi doğrulayabilecek laboratuvar testleri olmamasına rağmen, doktor aşağıdakiler gibi farklı bir dizi test yapabilir:

- Röntgen görüntüleme.
- Çeşitli kan testleri.

Testler, semptomların enfeksiyondan kaynaklanma ve aynı semptomlara sahip başka bir hastalıkla ilişkili olma olasılığını ortadan kaldırmayı amaçlar.

Bir psikiyatrist tarafından konulan teşhis: Hekim, hastalığın semptomlarına neden olan başka bir hastalığı tespit edemezse, hastayı teşhis ve tedavi için uygun eğitim almış bir psikiyatrist veya ruh sağlığı alanında diğer uzmanlar tarafından muayeneye yönlendirebilir. Psikiyatrist, kişiyi değerlendirmek ve gerçekten ruhsal bir rahatsızlığı olup olmadığını belirlemek amacıyla hasta ile özel olarak hazırlanmış bir görüşme yapar ve tedaviyi yapan doktor, hastanın belirtileri ile ilgili raporuna göre tanısını belirler. Davranışını teşhis etmek için hastayı izler. Altı aydan az olmayan bir süre boyunca hastalığın açık ve belirgin semptomlarını gösteren kişinin şizofreni tanısı doğrulanır (Ayano, 2016). Şizofreni teşhisi, diğer zihinsel hastalıklarla ayrı bir şekilde incelenmelidir çünkü bu hastalığın belirtilerinin alkol veya uyuşturucu kullanmaktan kaynaklanmadığı ispatlanmalıdır. Çünkü bazı belirtilerin başka hastalıklardan kaynaklandığı görülebilir ve bu durumun sağlık yönünden önemi göz önünde bulundurulmalıdır (Oral, 2005). Bir ruh sağlığı uzmanı, görünüm ve davranışları not ederek, düşünceler, ruh halleri, sanrılar, halüsinasyonlar, madde kullanımını ve şiddet ve intihar potansiyeli hakkında sorular sorarak hastanın zihinsel durumunu kontrol eder. Ruh sağlığı uzmanı, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabındaki (DSM-5) kriterleri kullanabilir (Langfeldt, 1960).

11. Şizofrenide Tedavi:

Şizofreni, semptomlar azaldığında bile ömür boyu tedavi gerektirir. İlaç ve psikoterapi bu durumu kontrol etmeye yardımcı olabilir. Bazı durumlarda hastaneye yatış gerekebilir. Tedaviyi yönlendirmekle görevli kişi genellikle şizofreni tedavisinde deneyimli bir psikiyatristtir. Tedavi ekibi bir psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve psikiyatri hemşiresinden ve muhtemelen bakımı koordine edecek bir vaka yöneticisinden oluşabilir. Şizofreni tedavisi deneyimi olan kliniklerde entegre bir ekip yaklaşımı mevcut olabilir (Sungur, 1999).

12. Şizofrenide İlaçlar:

İlaçlar şizofreni için en önemli tedavidir ve antipsikotik ilaçlar en sık reçete edilen ilaçlardır. Bu ilaçlar, beyin nörotransmitteri olan dopamini etkileyerek semptomları kontrol eder. Antipsikotik ilaç tedavisinin amacı, belirti ve semptomları mümkün olan en düşük doz ilaç ile kontrol etmektir. Bir psikiyatrist, istenen sonucu elde etmek için zaman içinde farklı ilaçlar, dozlar veya kombinasyonlar deneyebilir. Antidepresanlar ve anti-anksiyete ilaçları gibi diğer bazı ilaçlar da yardımcı olabilir. Belirtilerde bir iyileşme fark etmek birkaç hafta sürebilir. Şizofreni ilaçları ciddi yan etkilere neden olabileceğinden, bu hastalığı olan kişiler bu ilaçları almayabilir. Ancak tedaviyle iş birliği yapma isteği ilaç seçimini etkileyebilir. Örneğin, ilaca kalıcı olarak dirençli bir hastanın hap yerine enjeksiyon alması gerekebilir. Reçeteli ilaçların yararları ve yan etkileri hakkında doktora danışılmalıdır.

Birinci nesil antipsikotikler:

Bu birinci nesil antipsikotiklerin sık görülen ve potansiyel olarak ciddi nörolojik yan etkileri vardır, bunlar arasında geri dönüşümlü veya tersine çevrilebilir bir hareket bozukluğu (tardif diskinezi) geliştirme olasılığı vardır.

Bu antipsikotikler genellikle ikinci nesil antipsikotiklerde, özellikle de uzun süreli tedavi gerektiğinde önemli bir husus olabilen jenerik versiyonlarından daha ucuzdur.

İkinci nesil antipsikotikler:

Genellikle bu yeni üretilen ikinci nesil ilaçlar tercih edilir; Çünkü birinci nesil antipsikotikler daha fazla yan etkilere neden olurlar.

Uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotikler:

Bazı antipsikotikler kas içi veya deri altı enjeksiyonla verilebilir. Kullanılan ilaca bağlı olarak genellikle iki ila dört haftada bir verilir. Doktorunuzdan, enjekte edilebilecek ilaçlar hakkında size ek bilgi vermesini istenilmelidir. Hasta daha az tablet almayı tercih ediyorsa bu uygun bir seçenek olabilir ve ilaç uyumuna da yardımcı olabilir (Kırlı, 2021).

Psikososyal Müdahaleler:

Psikoz geçtiğinde, tedaviye devam etmenin yanı sıra psikososyal müdahaleler çok önemlidir. Bunlar şunları içerebilir:

- **Bireysel terapi:** Psikoterapi, düşünme kalıplarını ayarlamaya yardımcı olabilir. Stresle nasıl başa çıkılacağını bilmek ve nüksün erken uyarı işaretlerinin farkında olmak şizofreni hastalarının hastalıklarını yönetmesine yardımcı olabilir.
- **Sosyal beceri eğitimi:** Bu, iletişim ve sosyal etkileşim becerilerini geliştirmeye ve günlük aktivitelere katılma yeteneğini geliştirmeye odaklanır.
- **Aile Terapisi:** Şizofreni ile uğraşan ailelere destek ve eğitim sağlanmaktadır.
- **Mesleki rehabilitasyon ve iş desteği:** Şizofreni hastalarının işe hak kazanmalarına ve işlerinde kalmalarına yardımcı olmaya odaklanmıştır (Görken, 2002).

13. Şizofreni Hasta Bakımını Üstlenen Kişi ve Ailelerin Yaşadıkları Sorunlar:

Şizofreni hastalarının çoğu, günlük yaşamda desteğe ihtiyaç duyar. Birçok topluluğun şizofreni hastalarına iş, barınma, kendi kendine yardım grupları ve kriz durumlarında yardımcı olacak programları vardır. Bir vaka yöneticisi veya tedavi ekibinin bir üyesi, kaynakların bulunmasına yardımcı olabilir. Şizofreni hastalarının çoğunun hastalıkları, uygun bir tedavi ile yönetilir (Kane, 2010). Şizofreni hastalığı gençlik döneminde baş gösteren, kadın ve erkeklerde aynı oranda ve tüm toplumlar arasında karşılaşılabilen, özellikle duygulanım alanları, düşünce ve algısal bozulmalarla, iyileşme ve yinelenmelerle seyreden uzun süreli bir hastalıktır. Bireyin düşünsel duygusal algısal ve davranışsal sahalarda daha önce göstermiş olduğu normal işlevsellikten uzak, gerçekle uyuşmayan bir işlevselliğin olduğu bu hastalık insanların mühim bir kesiminde ruhsal ve sosyal yatkınlık azalmasına sebep olabilmektedir. Şizofreni bireysel, ailesel, toplumsal ve ülke ekonomisini etkiler derecede geniş etkisi olan bundan dolayı tedavisinde itinalı ve hızlı hareket edilmesi gereken önemli bir sorun olarak görülmektedir (Adana, 2011).

Ruhsal bir sıkıntının başlaması, yüksek ihtimal ailenin üzerindeki duygusal sıkıntı, günlük hayatta kesiklikler, ekonomik yük ve ilişkilerin gerilmesi yönünden önemli sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Ailenin herhangi bir mensubunda ruhsal hastalık tanısı teşhisinden sonra, ailedeki açığa çıkan dışavurumlar genellikle yas, inkar, damgalanma korkusu, suçluluk, üzüntü, başarısızlık şaşkınlık, rezil olma duygusu öfke ve rahatlamadır. (McGorry,1997)

Süreğen psikiyatri hastalarının çoğu aileleriyle ikamet etmektedir ve genellikle aileler bakım verme rolünü hiçbir yardım almadan yapmaktadır. Aile üyeleri hastanın durumuyla ilgili çeşitli güçlüklerle karşılaşmaktadır. Kalıtsal ruhsal hastalığı bulunan kişilerin aile üyeleri ile gerçekleştirilen çalışmalarda ailelerin anksiyete, stres, depresyon, suçluluk, utanç, çaresizlik, korku, zorlanma, umutsuzluk, endişe gibi dışavurumlar yaşadıkları kaydedilmektedir. Süregelen çalışmalarda kalıtsal ruhsal sıkıntısı bulunan kişilerin bakımını sağlayanlarda, maruz kaldıkları stres sonucunda yüksek oranda anksiyete ve depresif semptomlar görülmüştür. Bunun sonucunda ailenin sağlığının korunması ve tedaviye etkili bir şekilde dahil edilmesi gerekmektedir.

'Bakım yükü' genellikle kötü algılanan karışık bir kavramdır. 'Bakım verici yükü' kavramını öne çıkaran en önemli gelişme, 1950 yılında klorpromazinin keşfi ve ardından birçok antipsikotik ilacın kullanıma sunulması olmuştur. Bu ruhsal hastalığın oluşumunda 1950'li yıllara kadar aile sorumlu tutulmuş, ondan sonraki yıllarda bozukluğun nedenini aile olarak gören tutumun yerini ailenin hastalığın gidişatında önemli etkisi olduğu kanısı ve buna ilişkin çalışmalar yer almıştır. 1962 yılında

Brown ve arkadaşları duygusal dışavurum kavramını geliştirmiştir. Bu çalışmalar şizofreni hastası bulunan ailelerin aile yükü kavramının ortaya çıkmasında etkili olmuştur. Ailesel terapi yöntemleri ve eğitimsel-ruhsal yaklaşımlar ön plana çıkmıştır. Yük kavramı aile üyelerinin hasta bir üyeye yaşamasından dolayı günlük hayatlarında önlerine çıkan engeller, yaşamlarında etkili olan sıkıntılar, olumsuzluklar gibi kavramları açıklamak için kullanılmaktadır. Hoenig ve Hamilton, yükü nesnel ve öznel olarak 2'ye ayırmıştır. Nesnel yük hastanın rahatsız edici davranışlarının veya bozuklukların ortaya çıkardığı maddi sıkıntılar, günlük hayattaki kısıtlama, ailenin ruh-beden sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri gibi aile yükünün gözlenebilir ve doğrulanabilir kısmını kapsamaktadır. Öznel yük ise bu etkilerin aileyi ne şekilde etkilediğini tanımlamaktadır. Yük bozukluğunun yeniden nüks etmesini duygu dışavurumuna göre daha erken öngördüğüne ilişkin bulgular vardır. Seksenli yıllardan sonra şizofrenide aile yükünü araştırmaya yönelik çalışmalarda aile yükünü etkileyen değişkenler arasında ruhsal bozukluk ve hastayla ilgili olanlar (belirti örüntüsü, cinsiyet, süre) aileyle ilgililer (hastalıkla mücadele etme yöntemleri, ailenin ruhsal belirtileri/bozuklukları ekonomik durumları destek alıp almamaları, yaşam kaliteleri, kültürel etkenler) ve şizofreninin nedenine ilişkin inançlar sayılabilir (Gülseren, 2002).

Şizofreni tanısı koyulan kişinin ailesinden hastaya bakım sorumluluğuna girmeleri, hasta taburcu olduktan sonra da hastanın en büyük destekçisi olmaları beklenmektedir. Fakat bu bakımın, şizofreni hastalarının agresif tavırlarından dolayı aileyi zorlayan ve hastanın hayat kalitesini kötü etkileyen olumsuz yönleri vardır. Hastalığın sebep olduğu ayrımcılık, stigma ve yetersizlik sebebiyle hastalar ve hasta ailesi boş zamanlarını değerlendirmek için aktivitelere katılma ve çalışmada yetersizlik, güvensizlik ve benlik saygısında azalma ile mücadele etmektedir. Zorluklarla mücadele yöntemlerinden faydalanılamamasından ve bütün bu güçlüklerden dolayı bakım verenler duygusal, fiziksel, ekonomik, sosyal alanlarda yüke maruz kalmakta ve bu yükün şiddetinin artmasıyla bakım verenlerin ruhsal sağlık durumu kötüleşmektedir. Nordtug ve arkadaşları yaptıkları araştırmalar neticesinde bakım verenlerin yüzde 53'ünün depresyon yüzde 25'inin anksiyete bozukluğu tanısı aldıklarını ve şizofreni hasta bakıcılarında bu oranın daha da yüksek olduğunu ortaya çıkarmıştır (Nordtug, 2010).

Ailelerin hastalıkla mücadele etmede kullandığı en etkili yöntemler, hastayla olumlu ilişki ve sosyal destektir. Doktorla iyi bir ilişki kurulmasına, sosyal desteğin güçlendirilmesine, profesyonel desteğin sağlanmasına yönelik girişimler ailenin yükünü azaltır. Aileyle çalışma yaparken bilişsel-davranışçı terapiler, stresle başa çıkmada yardımcı olacak yöntemler uygulanabilir. Şizofreni hastası ailelerinde stresle mücadele etme durumu yaşam kalitesini etkilemektedir. Hasta ile ilgili yanlış inanışların ve yorumların değiştirilmesi ve hastanın davranışları konusunda aileye yardımcı olunabilir. Ailede hasta kişi ebeveynlerden biri olduğunda çocuklar sıkıntı yaşamakta hasta olan kişinin yerini dolduracak bir akraba veya tanıdığa ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle rehabilitasyon programlarına çocukların ve aile yakınlarının alınması yararlı olabilir (Harmancı, 2016).

Araştırma sonuçları; şizofrenide hasta bakıcıların psikolojik sağlık sorunları yaşama açısından riskli grup olduğunu ve ruhsal sağlık sorunları açısından izlenmelerinin önemli olduğunu göstermektedir. Kronik psikiyatri hastalarının ailelerinin, yaşadıkları güçlükler ve bakım yükleri nedeniyle ruhsal yönden riskli olmaları sebebiyle ülkemizde de tüm dünyada olduğu gibi kronik psikiyatri hastalarının ailelerine yönelik sürekliliği olan programların geliştirilmesi ve ruh sağlığı sistemi içinde yer alması önemlidir. Ayrıca düzenli, uzun süreli ve kontrollü izlemin olduğu araştırma tasarımları ile kanıt düzeyinde çalışmaların yapılması bu alandaki açığı kapatacaktır (Arslantaş, 2011).

Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin yük algısını ve duygu dışavurumunu etkileyen etkenler bakım verenlerin yükleri ve ruhsal sağlık durumlarının farklı zamanlarda (hastane yatışı ve iyileşme dönemleri) uzunlamasına incelendiği çalışmalar bu konudaki verileri zenginleştirebilir. Ayrıca bakım verenlerin yükleri ile baş etmelerine ve ruhsal sağlıklarını koruma geliştirmelerine yönelik sosyal destek ve profesyonel destek programlarının oluşturulması ve uygulanma sürekliliği için modellerin, eylem planlarının oluşturulması, geliştirilen programların bakım verenlerin yüklerine ve ruhsal sağlık durumlarına olan etkisinin değerlendirilmesi önemlidir. Araştırma sonuçları göstermektedir ki bakım verenlerin yaşayabilecekleri yükü ve ruhsal sağlık sorunlarını, şizofreni tanılı bireyin sürekli başvur-

duğu merkezdeki psikiyatri hemşiresinin öngörebilmesi, tanınması ve oluşturulabilecek ya da oluşturulmuş psikiyatrik destek protokolleri kapsamına bakım verenlerin dahil edilmesini sağlaması da önemlidir (Gümüş, 2006).

Hasta ve ailelerine yönelik olarak geliştirilen psikoeğitim programları ile hastaların hastane dışında üretken bir yaşam sürdürmeleri hedeflenmektedir. Psikoeğitim programlarının genel olarak amaçları; hasta ve ailesini hastalık hakkında eğitmek, emosyonel destek vermek, başa çıkma yeteneklerini güçlendirmek, yaşam kalitelerini arttırmak ve tedaviye aktif olarak katılımlarını sağlamaktır (Blair ve Ramones, 1997)

Şizofreni hastasının bakımı ile uğraşmak hasta yakınının yaşam kalitesini düşürmektedir, sağlığını ve işlevselliğini negatif yönde etkilemektedir. Bakım verenin yaşam kalitesinin göstergelerinden bazıları ailenin geliri ve fiziksel sağlık durumudur. Ailedeki bireylerin sayısı ile bakım verenin fiziksel sağlığı arasında olumlu bir bağlantı bulunmuştur. Ailede üyelerinin sayısının çok olması, ailede bakım verme konusunda yardımlaşmayı kolaylaştırdığı gibi aile üyeleri bu şekilde kendi sağlıklarını da daha iyi bir şekilde koruyabilmektedir. İnsanlar sağlık durumları iyi olduğu zaman yaşam kalitelerini de daha iyi algılamaktadır. Bakım verilirken bakım verenin zaman ve enerji harcaması nedeniyle kendi yaşam kalitesini de azalttığı görülmüştür. Bununla birlikte aile üyelerinin şizofreni hastalığı hakkında daha detaylı bir bilgiye sahip olması yaşam kalitesini pozitif etkilemektedir. Bakım verenin kendi ruh sağlığı da bakım yükünü olumlu/olumsuz olarak etkilemektedir (Arslantaş, 2011).

Caqueo-Urizar ve arkadaşları şizofrenide bakım verenlerin yaşam kalitesiyle ilgili bir inceleme çalışması yapmışlardır (Urizar, 2009). Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yeterli yardımı alamama, aile yaşamının bozulması, hastalığın gidiş gibi çeşitli faktörlerle aile üyelerinin psikolojik yüklerinin artmasıyla yaşam kalitelerinin bozulduğunu; gelişmekte olan ülkelerde ise özellikle ekonomik yükün bakım verenlerin yaşam kalitesini negatif yönde etkileyebileceğini bildirmişlerdir. Diğer bir yandan bakım verenin eğitim düzeyi ile öznel yük ve öznel stres yükü arasında negatif ilişki bulunmuştur. Yaşam kalitesinin her bir alt dairesi ve fiziksel sağlık arasında pozitif ilişki bildirilmiştir (Maldonado, 2005).

14. Bakım Yükü ile Baş Etmede Aile Müdahalelerinin Rolü:

Genellikle aile müdahaleleri şizofreni ve şizofreninin yönetimi hakkında çeşitli iletişim stratejilerini, problem çözmeyi, stres yönetimini ve psikoeğitimi içermektedir. Çalışmaların çoğunluğu, şizofreni ve şizofreninin yönetiminde aile terapisinin pozitif etkisi olduğunu ve hem kısa hem de uzun dönemli relaps oranlarını azaltmada etkili olduğunu göstermiştir. Bu çalışmalar hastalar ve ailelerini kapsamış olmasına rağmen çok az çalışma bakım verenin bakım yükünü kolaylaştırmaya odaklanmıştır (Awad, 2008).

Türkiye’de yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde, şizofreni hastalarının aile üyeleriyle yapılan çalışma sayısının az olduğu ve görece küçük örneklem gruplarıyla çalışıldığı görülmektedir. Bu yönde bir çalışmada Doğan ve arkadaşları, şizofreni tanısıyla sağaltım görmüş olan hastaların ailelerine ev ziyaretleriyle hastalık hakkında bilgi ve eğitim vermiş ve ailelerin ev ortamında karşılaştıkları problemlere rehberlik etmişlerdir (Doğan, 2002). Üçüncü ayın sonunda, aile üyelerinin yaşam kalitelerinde, ruhsal belirtilerinde, algıladıkları sosyal destek ve hastalıkla ilgili yaşadıkları güçlük düzeylerinde bir azalma olduğunu bulmuşlardır (Doğan, 2002). Yine ülkemizdeki bir çalışmada, Gülseren ve arkadaşları şizofreni tanısı konmuş üyesi bulunan ailelerin hastalık konusundaki bilgilerini geliştirmek ve hastalık ile daha etkin başa çıkma becerilerini öğrenmelerine yardımcı olmak amacıyla ailelere haftada bir gün 24 oturumluk grup terapi süreci uygulamışlardır (Doğan, 2002). Çalışma sırasındaki gözlemlerinde şizofrenide ailelere yönelik psikoeğitimsel ve destekleyici yaklaşımlarda psikodramanın yararlı bir yöntem olarak kullanılabilirliğini bulmuşlardır. Eğitimin hasta yakınlarının hastayla ilgili beklentilerinin daha gerçekçi düzeyde olabilmesini, duygusal ve maddi yükün azaltılmasını sağladığı belirtilmektedir (Bademli, 2013). Genel olarak bakım yükünü azaltmada, hastalıkla baş etme yeteneği kazanılmasında, aile destek sistemini geliştirmede terapötik aile müdahalelerinin pozitif etki yaptığı görülmektedir. Bu pozitif etki farklı kültürlerde yapılan çalışmalarla da (Japonya,

Çin, Almanya ve İspanya) doğrulanmıştır. Psikoeğitim programının amaçları bakım verenlere şizofreniyi, şizofreninin belirtilerini ve tedavisini anlamalarını sağlamak, kazandıkları bilgiyi kendi koşullarında uygulamaya cesaretlendirerek bilişsel iyiliklerini geliştirmek, şizofreninin anlaşılmasını sağlayarak bakım verenlerin hastaya yönelik yargısını değiştirmek, hasta ve aile arasındaki iletişim sorunlarını azaltmak ve iletişiminin kalitesini geliştirmektir. Psikoeğitim programın içeriği; şizofreni kavramı, olası nedenleri, belirtileri ve belirtilerin günlük yaşama ve ilişkilere etkisi, belirtilerle baş etme, tedavisi ve sonuçları, aile tutumlarının hastalık sürecine etkileri, tedavide aile üyesinin yer almasının önemi, hastalara uygulanan ölçeğin amacı ve içeriği, bu süreçte hastaları ile işbirliği içinde nasıl çalışacakları konularından oluşmaktadır (Duman, 2007). Kişiler arası İlişkiler Terapi Teknikleri, (KİPT) ve psikoeğitimin birlikte uygulandığı grupta öz etkililiğin yalnızca psikoeğitim uygulanan bakım verenlere göre daha etkili sonuç getirdiği gözlenmiştir. Yalnızca psikoeğitim uygulanan bakım verenlerin ise öz etkililik puanlarında anlamlı bir değişimin olmadığı bulunmuştur. Bakım yükü puanında saptanan azalmanın izlem testlerinde psikoeğitimle birlikte KİPT tekniklerinin uygulandığı grupta anlamlı olarak devam ettiği, öz etkililik ve bakım yükünün sürekliliğin sağlanmasında KİPT teknikleri ve psikoeğitimin birlikte daha etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- KİPT'in envanterler yardımıyla belirlenen diğer sorun alanlarında denenmesi,
- Psikiyatri hemşireliği alanında KİPT'in farklı hastalıkların bakım verenlerinde de denenmesi,
- KİPT'in müdahale alanlarında yaygınlaştırılması,
- KİPT'in özellikle Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde çalışanlar arasında yaygınlaştırılması,
- Bakım veren ailelerde öz etkililik düzeyini arttırabilecek girişimlere ağırlık verilmesi
- Ailelerin yaşadıkları bakım yükü düzeyleri ve bakım yüküne sebep olan alanlar
- Ailelerin yaşadıkları güçlükleri ve bilgi gereksinimlerini belirleyen standart formların oluşturulması,
- Ayaktan tedavi gören hasta ve ailelerine eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Psikoeğitim programlarının psikiyatri kliniklerinde rutin uygulama haline getirilmesi,
- Psikiyatri hemşirelerinin psikoeğitim konusunda aktif rol almaları,
- KİPT'in bir müdahale yöntemi olarak kullanılmasının yaygınlaştırılması ve bu amaca yönelik eğitimlerin planlanması önerilmektedir (Durmaz, 2004)

15. Damgalanmanın Önlenmesi:

Şizofreni tanısı almış bireylerin damgalanmasının önlenmesi için birey ve ailelerin gönüllü olarak örgütlenmesine yönelik projeler geliştirmeye katkı sağlamak, makro düzeyde bir sosyal hizmet müdahalesidir. Sosyal hizmet uzmanları bu projeler ile toplumda damgalanmaya yol açan tutum ve davranışların değiştirilmesini, toplumda şizofreniyeye yönelik farkındalık geliştirmeyi hedeflemektedir. Bunun için kamu kurum ve kuruluşları ve sivil toplum örgütleri ile iş birliği sağlayarak proje ve programlar geliştirilmesi için çalışmalar yürütülmektedir. Şizofreni hastalığının toplumsal bağlamı ve sosyal hizmet çerçevesini sivil toplum anlayışına göre de incelemek gerekir. Şizofreni hastalığının tedavisinde de sivil toplum örgütleri psikososyal ve toplumsal tedavi girişimlerine yönelik çabaların bir parçası olarak faaliyet göstermektedir. Şizofreni tanısı almış bireylerin hastalık sürecinde yaşadıkları biyolojik, ruhsal ve bilişsel sorunların yanı sıra toplumsal boyutta damgalanmaları, toplumun hastalıkla ilgili yanlış bilgi ve inanışa sahip olmaları, yasal düzeyde haklarının ihlal edilmesi, ailelerin süreçten olumsuz etkilenmesi gibi durumlar sivil toplum örgütlerinin önemini daha da ön plana çıkarmaktadır. Özellikle şizofreni tanısı almış bireylerin ve ailelerin gönüllü katılımlarını sağlayacak örgütsel faaliyetlerde yer almaları kendilerini geliştirebilmelerine, işlevsel olmalarına katkı sağlayarak toplumsal damgalanmanın önüne geçilmesinde oldukça önemlidir. Türkiye'de şizofreni alanında faaliyet gösteren Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği, Şizofreni Dostları Derneği, Şizofreni Gönüllüleri Dayanışma Derneği, Avrasya Şizofreni Derneği gibi bazı sivil toplum örgütleri Şizofreni Dernekleri Federasyonu çatısı altında birleşmişlerdir. Bu durum şizofreniyeye yönelik yürütülen çalışmaların ortak bir çaba ve dayanışma içerisinde olduğunun olumlu bir göstergesidir (Büber, 2015).

16. Ailelerin Bakım Yükünü Hafifleten Faktörler:

Şizofreni hastasına bakım verenin resmini çizmek istediğimizde psikososyal, duygusal ve tıbbi etkiler, paylaşılmış roller ve ödün verici bir yaşam biçimi akla gelmektedir. Ailelere destekte, aile terapisi, aile psikoeğitimi ve aileye bilişsel ve davranışsal yaklaşımlar gibi bireysel ve paket girişimler kullanılmalıdır. Hasta yakınlarının bakım yüküyle baş edebilmesi onlara yapılan yardımla sağlanabilir. Son yıllardaki çalışmalar kronik hastalıklarda bile ailenin sosyal destek sistemini geliştirmek ve yükü hafifletmenin olası olduğunu göstermiştir. Bakım veren ve aile çevresindeki dengeyi sağlamak için bazı yaklaşımlara ihtiyaç vardır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir; (Awad, 2008)

- Tedavi planı hakkında hem bakım verenin hem de hastanın bilgilendirilmesi gereklidir. Kitaplar ve dökümanların bakım verene yardımcı olduğu ve onların hastalık konusundaki bilgisini geliştirdiği bulunmuştur.

- Tedavinin daha iyi olması için tıbbi tedaviyi, psikososyal müdahaleyi ve rehabilitasyon servislerini içeren bir tedavi programı olmalıdır.

- Hem bakım veren hem de hasta için sürekli destek ve kriz yönetimi uygundur.

- Hastanesiz topluma temellenmiş tedavi programları olmalıdır.

- Hasta ve ailesine sunulacak olan iyi bir bilgi, damgalamanın etkisini aza indirmede yardımcı olabilir.

- Görüş, inanç ve yardım arama davranış değişiklikleri, hasta yakınlarına yapılacak; şizofreniyi tanıma, etiyolojisi ve tedavisine yönelik uzun süreli eğitim programları ile mümkündür. Toplumdaki her bireyin ruhsal hastalıklara karşı daha anlayışlı bir tutum ve davranış geliştirmesini amaçlamakla beraber bunu gerçekleştirmek için özel programlar oluşturulmalı; programın amaçları arasında gerek yazılı gerek görsel ve sesli medyada şizofreni hastalığı ilgili doğru bilgilerin yer alması,

- Bakım verenlerin, yaşadıkları ortak sorunlarını ve bilgilerini paylaşması için dernek gibi sivil toplum örgütlerine yönlendirilmesi,

- Şizofreni hastalarının taburculuk sonrası günlük yaşantılarında karşılaştıkları sorunları etkin bir şekilde çözümlenmeleri ve işlevselliklerini geliştirebilmeleri için klinikte tedavi gören hasta ve hasta bakımında rol alan aile üyelerine hemşireler tarafından planlı eğitimler yapılması, taburculuk sonrası bu hastaların aralıklı izlemlerinin yapılması gerekmektedir.

- Şizofreni hastalarının yakınlarına yönelik oluşturulacak ve uygulanacak eğitim programlarının, hasta yakınlarının bilgi, inanç ve yardım arama davranışlarına etkisinin incelenmesi önerilmektedir (Özşen, 2013).

Kaynaklar:

- 1- Akgül, Ö., & Demirel, Ö. F. (2020). Orjinal Makale Şizofreni etyopatogenezi ve intihar riskinde Sitomegalovirüs: Vaka-kontrol çalışması.
- 2- Arslantaş, H., & Adana, F. (2011). Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 251-277.
- 3- Awad AG, Voruganti LNP. The burden schizophrenia on caregivers: A review.
- 4- Ayano, G. (2016). Schizophrenia: a concise overview of etiology, epidemiology diagnosis and management: review of literatures. *J Schizophrenia Res*, 3(2), 2-7.
- 5- Aydın A, Eker SS, Cangür Ş, Sarandöl A, Kırılı S. Şizofreni hastalarında bakım veren
- 6- Azorin, J. M., Belzeaux, R., & Adida, M. (2014). Negative symptoms in schizophrenia: Where we have been and where we are heading. *CNS neuroscience & therapeutics*, 20(9), 801-808.
- 7- Bademli, K., & Duman, Z. Ç. (2013). Şizofreni hastalarının bakım verenleri. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 5(4), 461-478.
- 8- Binbay, T., Alptekin, K., Elbi, H., Zağlı, N., Drukker, M., Tanık, F. A., ... & Van Os, J. (2012). İzmir kent merkezinde şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşam boyu yaygınlığı ve ilişkili oldukları sosyodemografik özellikler. *Türk Psikiyatri Derg*, 23, 149-60.
- 9- Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., & Alptekin, K. (2011). Türkiye'de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg*, 22(1), 40-52.

- 10- Blair T & Ramones VT (1997) Education as psychiatric intervention: The cognitivebehavioral context. *Journal of Psychosocial Nursing*,
- 11- Bogren LY. Expressed emotion, family burden, and quality of life in parents with burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the
- 12- Büber, B., Beyzanur, K. A. R. S., Gülsün, M., & Nergizci, M. (2015). Şizofreniye Yönelik Damgalamanın Önlenmesinde Sosyal Hizmet Müdahaleleri Bağlamında Sosyal Politika Önerileri. *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*, 14(1), 35-51.
- 13- Büyüksandıç Özşen, P. (2013). Şizofren hastaların yakınlarının şizofreniye yönelik bilgileri, inançları ve yardım arama davranışları (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- 14- Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J. Burden of care in families of patients with
- 15- Caqueo-Urizar A, Gutierrez-Moldonado J, Miranda-Castillo C. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *Health Qual Life*
- 16- Doğan O, Doğan S, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Başeğmez FD. Şizofrenide
- 17- Duman, Z. Ç., Aştı, N., Üçok, A., & Kuşçu, M. K. (2007). Şizofreni hastalarına ve ailelerine bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı uygulaması, izlenmesi.
- 18- Durmaz, H., & Okanlı, A. Kişilerarası ilişkiler terapi teknikleri ve psikoeğitimin şizofreni hasta ailelerinde öz-etkililik ve bakım yüküne etkisi.2004
- 19- GÖRKEN, I. Çocukluk (Erken) Başlangıç Şizofreni: Tanısal Değerlendirmeler, Klinik Bulgular, Ayırıcı Tanı ve Tedavi Yaklaşımları.
- 20- Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Kavanagh DJ. Burden of care and general
- 21- Gülseren L.(2002) Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Derg* .
- 22- Gümüş BA. (2006) Şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimleri. *Anadolu Psikiyatri Derg*.
- 23- Harmancı, P. 2016, Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin yük algısını ve duygu dışavurumunu etkileyen etkenler Investigating Relationship Between Burden of Caregivers of Patients With Schizophrenia and Mental Health Conditions
- 24- Hülya Arslantaş & Filiz Adana(2011) Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü The Burden of Schizophrenia on Caregivers
- 25- Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G., Anker, M., Korten, A., Cooper, J. E., ... & Bertelsen, A. (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures A World Health Organization Ten-Country Study. *Psychological Medicine monograph supplement*, 20, 1-97.
- 26- Kane, J. M., & Correll, C. U. (2010). Pharmacologic treatment of schizophrenia. *Dialogues in clinical neuroscience*, 12(3), 345.
- 27- Karakuş, G., Kocal, Y., & Damla, S. E. R. T. (2017). Şizofreni: Etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2), 251-267.
- 28- Kırılı, U., & Alptekin, K. (2021). Şizofreni Tedavisinde Akut Dönem ve Sürdürüm Döneminde İlaç Tedavisi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 58.
- 29- Langfeldt, G. (1960). Diagnosis and prognosis of schizophrenia.
- 30- Li J, Lambert CE, Lambert VA. Predictors of family caregivers' burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the People's
- 31- M. Birchwood, I. Falloon, M. Leggatt, ve ark. (Ed). *Erken Psikoz Eğitim Paketi*, Avustralya,
- 32- Magliano L, Fadden G, Economou M, Held T, Xavier M, Guarneri M et al. Family
- 33- McCutcheon, R. A., Marques, T. R., & Howes, O. D. (2020). Schizophrenia—an overview. *JAMA psychiatry*, 77(2), 201-210.
- 34- McGorry PD & Edwards J (1997) Aileye yönelik girişimler ve ailenin desteklenmesi (Modül
- 35- Nordtug B. & Krokstad S. & Holen A. (2010) Personality features, caring burden and mental health of cohabitants of partners with chronic obstructive pulmonary disease or dementia. *Aging Ment Health*
- 36- *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009; 46(Özel Sayı):10-14.
- 37- Oral, E. T. (2005). Şizofreni diğer psikotik hastalıklardan nasıl ayrılmalıdır?. Neden nasıl Şizofreni.
- 38- Patel, K. R., Cherian, J., Gohil, K., & Atkinson, D. (2014). Schizophrenia: overview and treatment options. *Pharmacy and Therapeutics*, 39(9), 638.
- 39- Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., ... & Lönnqvist, J. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of general psychiatry*, 64(1), 19-28.
- 40- Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS medicine*, 2(5), e141.

- 41- Soares-Weiser, K., Maayan, N., Bergman, H., Davenport, C., Kirkham, A. J., Grabowski, S., & Adams, C. E. (2015). First rank symptoms for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).
- 42- SUMMAKOĞLU, D., & ERTUĞRUL, B. (2018). Şizofreni ve Tedavisi. *Lectio Scientific*, 2(1), 43-61.
- 43- Sungur, M. Z., & Yalnız, Ö. (1999). Şizofreni tedavisinde bilişsel davranışçı yaklaşımlar. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2(3), 160-166.
- 44- Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., ... & Carpenter, W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia research*, 150(1),
- 45- Tsuang, M. T., Stone, W. S., & Faraone, S. V. (2000). Toward reformulating the diagnosis of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 157(7), 1041-1050.
- 46- Üçok, A. (2008). Şizofreninin erken döneminde klinik özellikler ve tedavi ilkeleri. *Klinik Psikiyatri*, 11(Ek 1), 3-8.
- 47- Valton, V., Romaniuk, L., Steele, J. D., Lawrie, S., & Seriès, P. (2017). Comprehensive review: Computational modelling of schizophrenia. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 83, 631-646.
- 48- Zamanpoor, M. (2020). Schizophrenia in a genomic era: a review from the pathogenesis, genetic and environmental etiology to diagnosis and treatment insights. *Psychiatric Genetics*, 30(1), 1-9.