

Bölüm 6

ŞİZOFRENİ, AİLE VE BAKIM

Şahide AKBULUT¹

Sağlık; sadece herhangi bir fiziksel bir hastalık belirtisi olmaması anlamına gelmeyip, fiziksel, ruhsal, toplumsal sağlıklılık ve genel sağlık algısı gibi bir-biriyle 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 bunalı ve çöökkünlük 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 bir insan hakkı olup ve bu hakkın mümkün olduğunca iyi bir seviyede sağlanması dünya da en önemli amaçlardan biri olduğunu unutmamak gerekir. Sağlığın korunması ve sürdürülebilmesinde, sağlık sektöründe ki özel ve kamu kuruluşlarının yanında sivil toplum kuruluşları ve ekonomik sektörlerin çaba ve duyarlılığına önemli bir ihtiyaç olarak ortaya çıkmaktadır. (Avcı A. (2001), Çam O. (2007), Ersoy M.A., Varan A. (2007), Alma Ata Bildirisi (2008))

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 yaşanırken 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 baktırır. 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.

¹ Öğretim Görevlisi, Batman Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu. sahakbulut@hotmail.com

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. (Avcı A. (2001), Tel H.(2000))

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 tanımsal olarak gerçeği değerlendirme yeteneği başta olmak üzere, düşünme, duygu durum ve algılama bozukluğu alanlarında önemli sapmaların yaşandığı ruhsal bir bozukluk yada hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. (Avcı A. 2001, Doğan S. ve ark.2002, Haytural H, Atalay M.1990)

Şizofreni gelişen tıbbi gelişmelere rağmen halen görülme sıklığı, yaygınlığı, tanı ve tedavisi konularında maalesef belirsizliğini koruyan bir hastalık ya da hastalıklar kümesidir. Şizofrenide semptomların karmaşıklığından ötürü, 1860'da Morel tarafından bilimsel olarak ilk kez tanımlanmıştır. Günümüzekadar değişen tanı kriterleri ile ölçütlerle değerlendirilen şizofreni, daha fazla incelenip ele alınmaya ihtiyaç duymaktadır. İlk olarak 1871'de Hecker'in "hebefreni", Demenceprecoce tanımı ile adlandırılmış olup, 1874'te Kahlbum'un "katatoni" tanımı ile zenginleştirilip, Kraepelin'in 1896'da basit tip ve paranoid eklemeleri ile "Dementiapræcox" adı altında büyük bir hastalık kümesi olarak tanımlanmaya başlanmıştır. EugenBleuler'in1911'de ise zihin bölünmesi veya yarılması olarak tanımladığı şizofreni günümüzde artık kullandığımız biçimi ile son halini almıştır. (Gürhan N.1995, Özmen E.1997, Şahin M.,1999)

Şizofreni; etyolojisi tam olarak belirlenememiş, duygu, düşünce ve davranış işlevselliğinin önemli ölçüde bozulmasının yanında farklı klinik görünimleri olan bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Şizofreni genellikle kronik gidişli olup ve prodromaldediğimiz net olmayan ilk semptomların ortaya çıktığı dönem, hallusasyonların (varsanı) ve/veya delir (sanrı) eşlik ettiği aktif dönem, arada hastalık belirtilerinin söndüğü remisyonları görüldüğü ara bir dönem olmak üzere üç şekilde ortaya çıkan klinik bir seyirivardır. Şizofreni bilişsel ve sosyal işlevlerde gerilemelerle sonlanabilen, çoğu zaman süregelen, yineleme ve iyileşmelerin görüldüğü zaman zaman ataklarla seyreden ağır bir mental bozukluk olarak tanımlanır. (Amuk T. ve ark.2003, Emül M.2006, Erbinç S. ve ark.2001, Gülseren L.2002, Gürhan N.1995, Mete L.1998, Özmen E.1997, Yıldız M.2005)

Şizofrenide birey gerçeklerden uzaklaşarak kendine özgü bir içe kapanma dünyasında yaşar, bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında, kişiler arası ilişki-

lerinde, iş ve sosyal yaşamında uyum bozukluğu, negatif belirtilerin gelişimine bağlı olarak yaşam kalitesini olumsuz etkilediği 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 önemle 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. (Eren İ. ve ark. 2007, Lynn E. 2008, Sayar K. 2000, Tel H. 2000)

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 (Özyiğit Ş. ve ark. 2004). Ruhsal hastalık/bozuklukların semptom açısından bakıldığında şiddet ve gidişat üzerinde ailelerin tutumlarının önemli ve belirleyici bir rolü olduğu görmekteyiz. Ayrıca tedavi sırasında sadece hastanın değil, ailenin de ele alınmasının gerekliliği büyük önem taşımaktadır. (Tel H. 1999).

ŞİZOFRENİN GÖRÜLME SIKLIĞI

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. Tanı ölçütlerinin uzun yıllardan beri değişik ülkelerde değişik olması. Araştırma yöntemlerinde farklılıklar olması. Kimi araştırmalar hastanelerde kimileri büyük nüfus taramaları üzerine yapılmıştır. Ancak bu farklılıklar şizofreniye özgü değildir. Diğer birçok hastalıkta da genetik ve çevresel faktörler gibi nedenlerle yaygınlık ve sıklık farklılıkları görülmektedir. (Arihan G. 1998, Öztürk O. 2004)

Şizofreni sağaltım yöntemlerinde önemli değişimler olmaktadır. Şizofreninin yaşam boyu yaygınlık oranı %0.2; bir yıllık yaygınlık oranı ise %0.1 dolayındadır. En azından psikiyatri kliniklerinde yatırılarak sağaltım gören psikiyatrik hastalar arasında şizofrenik bozukluğu olan hastalara göre daha seyrek. Sıklığı üzerine yapılan araştırma sonucu %0.4-0.7 arasında değişiklik göstermektedir. 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 şizofreninin bulunduğu bildirilmektedir. (Özmen E. 1997, Öztürk O. 2004)

Bunun yanında endüstrileşmiş ülkelerde şizofren sıklığı yılda 100 000 kişide 10-70 yeni olgudur ve yaşam boyu risk ise % 0.5-1'dir (Avcı A. 2001, Martin S. 2002). Erişkinlerdeki prevalansı %0.5'le %1.5 arasındadır. Yıllık insidansı ise 0.5'le 5 arasında değişmektedir (Köroğlu E. 2008). Son zamanlarda yapılan çalışmalar şehir içinde doğanlar ya da getirilenlerde ilk başlangıç oranının arttığını 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 arttığını 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.

Bütün sosyoekonomik gruplara baktığımızda hastalığın benzeroranda ortaya çıktığı fakat her grupta şizofrenik hastaları saydığınızda, düşük sosyoekonomik gruplarda daha çok olduğu görülmektedir. Bunun nedeni; Şizofreni, düşük sosyoekonomik gruplarda hastanın yaşam kalitesinin kötü olması ile ilişkilidir. Kişi ya da hasta Üst sosyo-ekonomik gruplarda doğmuş ve yetişmiş olsa bile, hastalık sonrası yaşamını alt sosyoekonomik grupta yaşayan ile benzer olmaktadır.(Taşkın E.O. 2007)

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 görüldüğü tespit edilmiş. Şizofreni hastalarında kadınları erkeklerle oranla hastaneye ilk yatış yaşı daha erken olsa bile alevlenme ve yatış sayısı oranları erkeklerle göre 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. (Amuk T. ve akr.2004, Castel E ve ark. 1991, Martin S. 2002, Özmen E.ve ark.1997, Şahin M.1999)

ŞİZOFRENİNİN ETİYOLOJİSİ

Şizofreninin evrenselliğinin kabullenilmesi, etiyolojik olarak biyolojik faktörlerin etkisi, şizofreninin belirtileri ve patogenezinde çevresel faktörlerin varlığı göz ardı edilmez. Bu durum şizofreninin yaygınlık ve sıklığında kültürler arasında bazı farklılıklar yaratmaktadır. Hastalığın etiyolojine yönelik yapılan, aile, genetik, ikiz evlat edinme çalışmalarında şizofrenide genetiğin rolü önemli

olmakla birlikte genetik dışı etkenlerinde etkisinin önemli oranda rol aldığı kabul edilmektedir. Şizofren yakınlarıyla yapılan çalışmalarda aileler, aile çatışmalarını ve stres verici olayları hastalığın ortaya çıkışında en önemli neden olarak ifade ettikleri, aile içi çatışmalar ile duygusal yüklerin varlığını en sık karşılaşılan güçlükler olduklarını belirtmişlerdir. (Arıhan G. 1998, Avcı A. 2001, Mete L.1998, Öztürk O. 2004, Taner E. 1999, Yıldız M. ve ark. 2002)

Yapısal bozukluğun araştırıldığı çalışmalarda, bu hastaların beyinde ventriküler sistemde genişleme, kortekste belirgin sulkusların olduğu, frontal ve temporal lobda küçülme, bazal ganglionlarda büyüme, ve serebral kan akımında bozulma olduğu belirtilmiştir. Şizofrenide biyokimyasal olarak dopamin düzeyinde ve dopaminerjik reseptörlerin duyarlılığında artış olmaktadır. 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. (Arıhan G. 1998, Avcı A. 2001, Mete L.1998, Yüce S. 2005)

Şizofreninin, ortaya çıkışı, semptomları, gidişatı ve sonlanımı bakımından farklı şekillerde görünen hastalıklar grubudur. Bu yüzden etiyolojik açıdan, bir etken üzerinde durulmaması gerektiği belirtilmektedir. Hastalığın ilk olarak görülmesinde çoğunlukla stress-diathesis (zorlanma-eğilim) modeli kullanılır. Bu model; şizofreni olan kişilerde biyolojik açıdan kolay hastalanma veya hastalığa yakalanma gibi özelliklere sahip olduğunu belirtir. Bu yapıya sahip bir zorlanma, harekete geçirme ya da tetikleme durumu söz konusu olduğunda şizofreni belirtileri ortaya çıkmaktadır. Bu zorlantılar biyolojik, genetik, çevresel veya psikososyal olabilir. (Taşkın E.O. 2007)

ŞİZOFRENİNİN BELİRTİLERİ

Şizofrenik bozukluk kişide düşünme, algılama, duygulanım, , davranış, , iş yaşamı ve toplumsal ilişki gibi alanları olumsuz olarak etkiler. Şizofrenik kişide semptomlar; yeti yitimi, tekrarlı ataklar ve süregelen kronik bir belirtiler ile görüle bilmektedir. Bu belirtiler farklı ruhsal-biyolojik-toplumsal etkenlere bağlı görülmektedir. Bu etkenlerin çok çeşitli olması farklı tedavi yaklaşımlarının ortaya çıkmasına neden olmuştur. 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 şizofre-

ninin 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 olanlara (düşünce/çağırışım bozuklukları, affekt bozuklukları, sosyabilitenin ve kendini ifade etme becerisinin kaybı), aksesuar belirtilerden (hezeyanlar, halüsinasyonlar ve hareket bozuklukları) daha çok önem vermiştir. Şizofrenide görülen bilişsel bozukluklar pozitif ve negatif belirtiler gibi hastalığın diğer belirtiler kümesini oluşturmaktadır. Normal olanın dışında aşırılık ya da fazlalık sapmaları şeklinde ortaya çıkan belirtiler pozitif, normal işlevlerde yokluk ya da eksiklik olarak ortaya çıkan belirtiler negatif olarak adlandırılmaktadır. (Altunel Ö. ve ark. 2008, Emül M.2006, Eren İ. ve ark. 2007, Göğüş A. 1999, Kızıl E.2006)

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 davranışlar, konuşmada düzensizlik, aşırı konuşmadan hiç konuşmamaya varan değişiklikler görülür. (Avcı A. 2001, Cimilli C. 1999, Öztürk O. 2004)

Negetif belirtiler; sosyal çekilme, ilgi azalması vurdum duymazlık, duygusal tepkilerde azalma ya da küntlük, düşünce ve konuşma fakirliği, enerji ve isteğin azalması, psikomotor yavaşlama, normal olarak beklenen davranışların körelmesidir. Bu belirtilere bağlı olarak kişisel hijyenin bozulması, sosyal ilişkilerin bozulması, konsantre olamama ve ya küçük problemlerle başa çıkamama, okul ya da iş gücünde azalma, aile eleştirilerine karşı tahammülsüzlük, evden kaçma ya da uzaklaşma girişimleri, uyaranlara aşırı duyarlılık tuhaf normal mantıkla açıklanması zor davranışlar sergilemesi, anlamsız konularda sert ve inatçı tartışmalara girme durumları görülür. (Altunel Ö. ve ark. 2008, Avcı A. 2001, Cimilli C. 1999, Emül M.2006, Eren İ. ve ark. 2007, Kızıl E. 2006, Mete L.1998, Öztürk O. 2004)

ŞİZOFRENİNİN GİDİŞ VE SONLANIŞI

Şizofrenide gidiş ve sonuç sonlanışla ilgili olarak yapılan çoğu çalışma hastalığın gidişinin değişken olabileceğini, bazı hasta alevlene ve yatışma gösterirken bazıları ise kronik hasta olarak kalmaktadır.(Avcı A. 2001, Üçok A. 2003,

Göğüş A. 1999, Köroğlu E. 2008) Şizofreni genellikle geç ergenlik yıllarında ve 30'lu yaşların ortalarında başlar erkeklerde daha çok 18-25 yaşların arasında başlarken, kadınlarda daha çok 25-30'lu yaşların ortalarında başlar. Ergenlik öncesi dönemde başladığı seyrek görülür. Şizofreninin ilk psikoz döneminin ortalama başlangıç yaşı erkekler için 20'li yaşların başlarıyla ortaları, kadınlar için 20'li yaşların sonlarıdır. Şizofreninin daha ileri yaşlarda başladığı da olur. İleri yaşlarda başlayan olgular daha çok kadınlardır ve bu kişilerde kötülük görme hezeyanları ile birlikte halüsinasyonlar görülür. Şizofreni birden ya da yavaş yavaş başlayabilir. Hastaların büyük bir çoğunluğun da ön belirtilerin olduğu (toplumdan uzaklaşma, okul yada işe karşı bir ilgisizlik, bakımsızlık, öfke patlamaları, olağan dışı davranışlar) yavaş bir başlangıç görülür. Hastalığın gidişi değişkendir. Kimilerinde alevlenme ve yatışmalarla giderken, kimileri kronik olarak hasta kalır. Hastalık öncesi işlevsellik düzeyine dönme olasılığı düşüktür. Kronik hastaların bir kısmı gitgide kötüleşirken diğer kimsi oldukça durağan kalır. Hastalığın başlangıcında daha çok negatif belirtiler görülür, daha sonra pozitif belirtiler ortaya çıkar. Pozitif belirtile tedaviye daha iyi yanıt verdiği için giderek ortadan kalkar, ancak pozitif belirtilerin olduğu dönemler arasında negatif belirtiler, hastalığın gidişi sırasında, kimi hastalarda daha çok yerleşir. Yapılan araştırmalarda şizofreni tanısı alan hastaların 1/3'ünün tümüyle iyileştiği, 2/3 ünden fazlası tekrarlı ataklar ve uzun sürede çeşitli düzeylerde yetersizlik yaşadığı, yaklaşık %15'i intihar ederek öldüğü saptanmıştır. İntihar girişimi en fazla hastalığın başlangıç döneminde ortaya çıkmaktadır. Yapılan çeşitli çalışmalarda hastalığın gidişinin daha iyi olacağını gösteren etkenler belirlenmiştir. (Avcı A. 2001, Köroğlu E. 1998, Köroğlu E. 2008, Tel H. 1999)

ŞİZOFRENİNİN GİDİŞİNİ 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 (mentalretardasyonyada 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,
- Ailenin hastalığı ortaya çıkmasında etkili olabilecek sağlıklı özellikler taşı-maması,
- 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.

ŞİZOFRENİDE GİDİŞİN OLUMSUZ OLACAĞINI GÖSTEREN ETKENLER;

- Hastalık öncesi kişiliğin şizoid, şizotipal özellikler taşıması,
- Hastanın hastalık öncesi toplumsal işlevsellik düzeyinin, kişiler arası ilişkile-rinin ve duygusal yaşamının olumsuz olması,
- Hastalığın ortaya çıkışında herhangi tetikleyici bir 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 süreç-lerin 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 (Arıhan G. 1998, Avcı A. 2001, Köroğlu E. 1998,Köroğlu E. 2008, Yıldız M. ve ark. 2002).

ŞİZOFRENİNİN TEDAVİSİ

Şizofreni, hastaların yaşamını bütün yönüyle etkileyen kronik bir hastalık ol-duğu için, tedavi de amaç belirtileri azaltmak ya da ortadan kaldırmak, hastanın yaşam kalitesini ve uyumunu olabildiğince artırmak ve hastalığın yıkıcı etkilerini olabildiğince azaltmaktır (Taşkın E.O. 2007).

İnsanların çoğunda şizofreninin tedavi edilemez bir hastalık ya da bozukluk olduğu ilişkin bir inanış vardır. Ancak bu görüş tam olarak doğru bir görüş değildir. Günümüz şartlarında uygun bir tedavi yöntemi ile şizofren hastaların yaklaşık olarak %25'inin çok çoğunlukla düzelme gösterip toplum içinde günlük yaşam aktivitelerinin yapacak ve yaşamlarını sürdürecektik düzeye gelebilmektedirler. Bu hastaların %50'si orta ve iyi düzeyde varsayılabilir düzelme göstererek zaman zaman bağımsız ya da destekle toplumsal yaşamlarını sürdürdükleri bilinmektedir. Tedavi ile kastedilen kuşkusuz “şifa” değildir. Kesin şifa ancak hastalığın nedenleri tam olarak aydınlatıldığında mümkün olacaktır. (Soygür H.1999) Şizofren hastaların, 1960'lardan sonra akıl hastanelerinden çıkıp toplum içinde yaşamalarını sürdürmeleri ile birlikte, hastaların bakımından sorumlu birinci derece yükümlülük ailelere verilmiştir. Bu durum günümüz şartlarında tedavi sürecinde ailenin dışarıda kalmasının şizofreni tedavi modellerinin uygulamalarında yetersiz ve eksik yaklaşımın olduğunu gösterilmiştir. Bir çok aile araştırma ve çalışma grubunda şizofreninin seyrinde aile tedavilerine odaklanmıştır. Aile ortamı ve aile üyelerinin tutumları şizofreninin ortaya çıkmasında bir neden olmadığı bilinmekle beraber duygulanım ve dışavurumu, iletişim şekli aile özelliklerinin hastanesonrası hastalığın yeniden alevlenmesi üzerine etkisinin var olduğuna ilişkin güçlü çalışma sonuçları mevcuttur. Şizofreninin ortaya çıkışı ve gidişatında biyolojik etkenler ile birlikte aile içi dinamiğinin çevresel stresler, yaşamsal ve durumsal kriz olayları gibi birçok psikososyal faktörün etkili olmasından dolayı şizofreninin tedavi ve rehabilitasyonunda hastaya birinci dereceden bakmakla yükümlü olan kişi ya da kişiler ile birlikte hastanın ele alınması gerekir. Hasta, aile, birinci dereceden bakmakla yükümlü olan kişi ya da kişilere günlük yaşamda karşılaştıkları güçlük ve streslerle başa çıkma konusunda eğitimin verilmesi gerekmektedir. (Avcı A. 2001, Doğan O.2001, Tel H.2000, Tüzer V. ve ark.2003)

Psikotik semptomların hastalık olarak tanımlanması, yardım arayışına girilmesinde önemli basamaklardan biridir. Bireyin sosyo-demografik özellikleri (yaşı, eğitim düzeyi) kişilik yapısı, ekonomik durumu, hastalığın şiddeti ve türü, aile ve çevrenin yapısı, sağlık hizmetlerine ulaşabilme imkânı bu yardım arayışında önemli roller oynamaktadır. (Yıldız M.(2005). Çağdaş tıp anlayışı, bütüncül yaklaşımı benimser ve önerir. Bütüncül yaklaşıma göre kişi bedensel, ruhsal, kültürel, sosyal bakımdan bir bütün olarak ele alınması gerektiğini belirtir. İnsanın ve sağlık hizmetlerinin bütüncül olarak benimsenmesi ve uygulanması, psikiyatri alanında diğer sağlık alanlarına göre daha uygundur. Sağlık inançları modeli kişinin tıbbi tedaviye uyumunu, hastalığa ilişkin algı ve inançlarını önemser. Sağlık inanç modeli inançlar, sağlıkla ilgili davranışların altında yattığı kabul edilen düşünsel ve nesnel normlar, motivasyon ve sosyal konulara odaklanır.

Örneğin hastalığın etiyojisine ilişkin inançlar, belli bir tedavi yöntemine olan yaklaşımı da etkileyebilmektedir. Çoğunluğun belli bir hastalığın görülmesinde psikososyal modeli kabul etmemesi, psikoterapiye ilgiyi artırırken, farmakolojik tedaviye mesafeli yaklaşmasına neden olabilir. (Ersoy M.A., Varan A. 2007, Doğan O.2001,Sağduyu A. ve ark.2003).

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 tedavisin de 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 ön plana çıkmaktadır. Farmakolojik tedavi önemini korumakla birlikte psikososyal tedavilerin etkinliği yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur. Farmakolojik tedavi ile birlikte psikososyal tedavinin şizofrenide iyileşmenin farklı boyutlarını etkilediğin belirtilmektedir. Antipsikotikler hastalık belirtilerini yatıştırarak hastaneye yatışları ve hastalığın yinleme olasılığını azaltmanın yanında ayrıca kişinin rahatsızlığından dolayı yitirdiği yetilerini en aza indirirken psikososyal tedaviler sosyal iyileşme üzerinde etkilidir (Ersoy M.A., Varan A. 2007, Köroğlu E. 2008, Sağduyu A. ve ark.2001, Sevinçok L.2000, Üçok A. ve ark.2002).

EKT dirençli şizofrenide klopapin 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.(Işık E.2009) 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 bütünleşmektir (Avcı A. 2001, Üçok A. ve ark.2002).

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 duyabil-

mektedirler. 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 yaşam aktiviteleri kısıtlanan ve sosyal aktiviteleri azalan aile, öfkelerini hastaya yöneltebilir. Ailelerin bir kısmı hastayı kırmamak, üzmemek yada zarar verecekleri endişesiyle öfkelerini bastırır ve kimi zaman kendilerine yöneltirler. Bazı aileler ise hastaya karşı öfke tepkisi gösterebilir, kızar, bağırır hatta fiziksel müdahalede bulunur, suçlar, bu duygusal ve tepkisel ortam içinde, aile üyelerinde ruhsal bozukluklar (anksiyete ve depresyon gibi) ortaya çıkabilir. Ailenin yaşadığı bu güçlükler hastaların sosyal olarak geri çekilme, ilgilerinde azalma, kişiler arası ilişkilerinde sınırlılığa yol açmaktadır. Çoğu zaman bu güçlüklerin ortaya çıkması şizofren hastaların bozuk ve engellenmemiş davranışlarla karşı karşıya gelmesiyle ilgilidir. Aile üyeleri sıkıntı, depresyon, utanma ve suçluluk duyguları, korku, toplumsal ilişkilerde azalma, zamanla tükenmişlik duygusu ve ekonomik güçlükler gibi sorunlarla karşı karşıya gelmesine neden olmaktadır. (Güney M.1996, Doğan O. ve ark.2002, Doğan O.2001)

Şizofreni hastalarının ailelerindeki yüksek duygu dışavurumu; hastaya karşı şiddetli eleştiri, düşmanlık ya da duygusal olarak aşırı ilgilenmeyi kapsamaktadır. Yüksek duygu dışavurumu olan ailelerle yaşayan şizofrenik hastalarda; yoğun duygusal baskılar yaşandığı, 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. (Ersoy M.A., Varan A. 2007, Güney M.1996, Tel H. 1999)

Şizofren hasta aileleri bu güçlüklerin yanında; öz bakım, sosyal aktivitelere katılım, zaman yönetimini yapamama ve değerlendirmeme, ilaç kullanımı hakkında bilgi eksikliği, hastalığın semptomlarını tanımlamama, semptomlar karşısında ailenin ne yapacağını ve nasıl davranacağını bilmemesi, kontrollerin yeterince gerçekleştirilememesi ya da gidilmemesi, stresle baş etmede yetersizlik, duygularını uygun şekilde ifade edememe, sosyal destek eksikliği (aile-sağlık güvencesi-iş-çevre) gibi güçlükleri yaşamaktalar. (Güney M.1996).

Sonuç olarak şizofreni hasta aileleri farklı şekillerde çeşitli güçlükler yaşamaktalar. Aileler eğer yaşadıkları güçlükler ile baş edemezlerse ya da yardım alamazlarsa kendi sağlıkları risk altına girer bu da hastanın bakım kalitesinin

düşmesine yol açar. Ailelere verilen ruh sağlığı hizmeti bu vesileyle etkisiz ve verimsiz olur. Bu durum aileye verilen hizmete karşı güveni ve inancı azaltır. Bu süreçte hasta daha yoğun kronik bir sürece girer, yaşanan sorunlarla birlikte hastanın tedavisi güçleşir. Bu nedenle kronik şizofreni hasta ailelerin bu hastalığa yönelik bakımda yaşadıkları güçlüklerinin bilinmesi şizofren hastaların bakım kalitesini artırma hakkında fikir verecektir. Ayrıca ruh sağlığı çalışanlarının bu aileleri tanımaları aile üyeleri ve bakımdan sorumlu olan kişi ve kişiler ile iş birliğine gitmeleri önerilmektedir. Yaşanan güçlükler karşısında aile ve bakımdan sorumlu olan kişilere nasıl yardım edileceği, elde edilen veriler ışığında tespit edilmesi, bakımda karşılaşılan güçlükler çerçevesinde tedavi ve bakımda önceliklerin belirlenmesini sağlayacaktır. Bu da ailenin bakımda yaşanan güçlüğün etkisini hafifletmede etkili olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Avcı A. (2001), Şizofren Hasta Ailelerinin Aile Yükünün Belirlenmesi Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara,.
2. Çam O, Bilge A. Ruh Hastalığına Yönelik İnanç ve Tutumlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2007; 8:215-223.
3. 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.
4. Doğan S. ve ark., Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar: Ayaktan Hastalar, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002; 3:69-74.
5. Haytural H, Atalay M. Hemşirelerin Bağımlı ve Bağımsız işlevlerinden en çok hangilerini yerine getirdiklerinin saptanması. II: Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, 1990;568-577.
6. "Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı **Alma Ata Bildirisi**" Erişim: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=521&Itemid=36 Erişim Tarihi: 07.10.2008
7. Tel H. ve Terakye G. Şizofrenik Hasta Ailelerine Yönelik Bir Psikoeğitimsel Yaklaşım Uygulaması Denemesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2000; 1(3):133-142.
8. Gürhan N. , Şizofren Hastaların Sosyal Destek, Hastalık Ve Stresle Baş Etmelerinin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1995.
9. Özmen E. ve ark. Hangi Etiket Daha Damgalayıcı: Ruhsal Hastalık mı? Akıl Hastalığı mı?, Türk Psikiyatri Dergisi, 2004; 15(1):47-55
10. Şahin M., Şizofreni: Klinik Özellikler, Tanı, Ayırıcı Tanı, Psikiyatri Dünyası 1999;3:72-78
11. Amuk T. ve ark., Şizofreni hastalarının bir yıllık izlem çalışması, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2004;5:141-147
12. Emül M, Uğur M, Prodrom Şizofreni, Güncel Gelişmeler ve Sorunlar, Klinik Psiko-farmakoloji Bülteni, 2006;16:252-262.
13. Erbinç S. ve Arkadaşları, Şizofren Hasta ve Ailelerinde Aile İşlevselliği, Sosyal Destek ve Duygu Dışavurumunun İncelenmesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2001;2(1):5-

- 14.
14. Gülseren L., Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler, Türk Psikiyatri Dergisi, 2002; 13(2):143-151.
15. Mete L., Şizofreni, iletişim Yayınları, İstanbul, 1998.
16. Yıldız M. Araştırma ve klinik uygulamada Biyolojik Psikiyatri Şizofreni cilt 1, İstanbul Yer Küre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri AŞ. 2005.
17. Eren İ. ve ark., Şizofreni Hastalarında Yetiştirimi ve Belirti Şiddetinin Yaşam Kalitesine Etkisi, Düşünen Adam, 2007; 20(2):68-78.
18. Lynn E. DeLisi, Şizofreni Hakkındaki Gerçeklerin Gözden Geçirilmesi Görevi: Olanaklı mı, Olanaksız mı?, Schizophrenia Research, 2008; 102:19-20.
19. Sayar K., Şizofreni ve Kültür, Türk Psikiyatri Dergisi, 2000;11:64-73
20. Arihan G., Şizofreni Epidemiyolojisi, 1998; Şizofreni Dizisi; 2:64-74.
21. Özyiğit Ş. Ve ark. Hemşirelerin ve Hemşirelik Öğrencilerinin Şizofreniye Yönelik Tutumları Yeni Symposium, 2004; 42 (3): 105-112.
22. 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.
23. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği, 2004;175-221.
24. Özmen E. Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar HYB, 1997.
25. Martin S, Mike T. An Atlas of Schizophrenia, The Parthenon Publishing Group, 2002;31-32.
26. Taşkın EO “Stigma, Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalanma”. Turkuaz Bilişim & Bilgisayar & Yayıncılık, Polatlı/Ankara, 2007.
27. Köroğlu E. Şizofreni Tanı Tedavi Kılavuzu. Hekimler yayın birliği, Ankara, 2008.
28. Castel E, Wessely S, Der G, Murray RM. The incidence of operationally defined schizophrenia in Camberwell 1965-84. Br J Psychiatry 1991;159:790-4.
29. Amuk T. ve ark. Şizofrenide Cinsiyet ve Başlangıç Yaşının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerle İlişkisi, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2004; 5:101-106.
30. Özmen E., Ömer A., Erhan B. Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997;73-74
31. Yıldız M. ve arkadaşları, Şizofreninin Ruhsal-Toplumsal Tedavisinde Sosyal Beceri Eğitimi, Türk Psikiyatri Dergisi, 2002;13(1):41-47
32. Taner E., Şizofreninin Genetiği, Şizofreni Dizisi 1999;3:94-101.
33. 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.
34. Altunel Ö. Ve ark., Şizofrenide Duygu Algılama ve Tanıma Süreçleri, Klinik Psikiyatri 2008;11(Ek 4):3-11.
35. Göğüş A. Şizofrenide Gidiş ve Sonuç Şizofreni dizisi, 1999;1:28-38.
36. Kızıl E., Basit Şizofreni, Klinik Psikiyatri, 2006;9:82-88.
37. Cimilli C., Şizofrenide Ayırıcı Tanı, Şizofreni Dizisi, 1999;1:5-13
38. Köroğlu E., Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Edi: Ertuğrul Köroğlu, HBY, Ankara, 1998.
39. Soygür H., Şizofreni Tedavisine Genel Bir Bakış, Psikiyatri Dünyası, 1999;3:83-90.
40. Tüzer V. ve ark. Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı ve Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri, 2003; 6:198-203.
41. Sayın A, Candanseven S, Şizofrenide Zihin Kuramı, 2008;46(2):74-80.
42. Doğan O. Şizofreni hastalarının evde bakımı, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2001;

2(1):41-46

43. Sağduyu A. ve arkadaşları. Şizofrenisi Olan Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları. Türk Psikiyatri Dergisi, 2003; 14(3):203-212
44. Doğan O.Şizofreni hastalarının evde bakımı, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2001; 2(1):41-46
45. Sevinçok L.,Şizofrenide Psikososyal Tedaviler, Şizofreni Dizisi, 2000;1:72-80
46. 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.
47. Üçok A., Atlı H.,ÇetinkayaZ.,Kandemir P.E. Şizofreni Hastalarına Bütüncül Yaklaşımli Grup Tedavisinin Yaşam Kalitesine Etkisi: Bir Yıllık Uygulama Sonuçları, Nöropsikiyatri Arşivi, 2002; 39(2-3-4); 113-118.
48. DoğanO. ve ark.,Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar: Aileler Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002; 3:133-139.
49. Üçok A, Şizofreni Hastası Neden Damgalanır? Klinik psikiyatri dergisi, 2003;1:3-8