

ŞİZOFRENİ HASTALARININ BAKIM VERİCİLERİNE YAPILAN PSİKOEĞİTİMİN HASTALARDAKİ KLİNİK GİDİŞE VE BAKIM VERİCİLERİN DUYGU DIŞAVURUMU DÜZEYLERİNE OLAN ETKİSİ

Hülya ARSLANTAŞ¹, Levent SEVİNÇOK², Bülent UYGUR³, Volkan BALCI⁴, Filiz ADANA⁵

ÖZET

AMAÇ: Bu araştırmanın amacı şizofreni hastalarına bakım veren ailelere yapılan psiko eğitim, hastaların klinik gidişine ve bakım vericilerin duygu dışavurumu (DD) düzeyleri üzerine olan etkisini incelemektir.

GEREÇ ve YÖNTEMLER: Araştırmanın örneklemini Adnan Menderes Üniversitesi (ADÜ) psikiyatri kliniğine Mart 2004-Mart 2005 tarihleri arasında yatışı yapılan şizofreni hastaları ve bu hastaların primer bakım vericileri oluşturmuştur (N=39). Uygulamanın başında bir psikiyatri hemşiresi tarafından çalışmaya katılmayı kabul eden bakım verici 39 kişiye sosyodemografik özellikler soru formu, Duygu Dışavurum Ölçeği (DDÖ), Aile ve Arkadaş Sosyal Destek Ölçekleri, 2 psikiyatrist tarafından Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I), Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçekleri; hastalara, psikiyatri hemşiresi tarafından sosyodemografik özellikler soru formu ve 2 psikiyatrist tarafından Klinik Global İzlenim (KGI), Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS), Calgary Şizofrenide Depresyon (CŞD) Ölçeği, Pozitif ve Negatif Sendrom Skalası (PANSS) Ölçeği uygulanmıştır. Uygulamaya katılan bakım vericilere 2 hafta boyunca toplam 16 saat yapılandırılmış psiko eğitim uygulanmıştır. Eğitim verildikten sonraki 3. ayın sonunda aynı ölçekler yeniden uygulanmış, ancak çeşitli nedenlerle hastaneye gelmeyen 22 şizofreni hastası ve bakım vericisine ölçekler uygulanamamıştır. Bu nedenle çalışma 17 şizofreni hastası ve bakım vericisi ile tamamlanmıştır.

BULGULAR: Hastaların başlangıç klinik skorları ile eğitim programından üç ay sonraki klinik skorlar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bakım vericilerinin DD düzeylerinde eğitimle bir düzelleme görülmemiş, ancak 3. ay sonunda DDÖ skorlarında istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmasa da bir azalma eğilimi olduğu bulunmuştur (p=0,057). Eğitim programı bakım vericilerin arkadaş ve aile sosyal destek algısını da etkilememiştir. DD skorları ile hastalık süresi arasında anlamlı düzeyde bir pozitif korelasyon bulunduğu için (r=0.51, p=0.03), hastalık süresi uzadıkça DD tepkilerinin sağlıklı düzeylere yaklaştığı düşünülmüştür.

SONUÇ: Temel hemşirelik sorumluluklarından biri olan psiko eğitim programları hastaların ve ailelerinin topluma ve kurumlara uyum sağlamalarında son derece önemlidir. Bu çalışma ile gösterilememiş olsa bile şizofreni tedavisinde hastaya yönelik uygulanan ilaç tedavisi ve psikoterapötik girişimlerin yanında, ailelere ve bakım vericilere uygulanacak psiko eğitim programının hastalığın prognozunda etkili bir durum olan duygu dışavurumuna önemli katkılar sağladığı söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, bakım verici, duygu dışavurumu, psiko eğitim

Impacts of Psychoeducation Among the Caregivers of Schizophrenic Patients to Both Clinical Course of the Illness and to the Level of Expressed Emotion in Caregivers

SUMMARY

OBJECTIVE: The aim of this study was to examine the impacts of psychoeducation among caregivers of schizophrenic patients on both clinical course of the illness and on the level of expressed emotion (EE) in them.

MATERIALS and METHODS: The sample included schizophrenic patients who were admitted to psychiatry department as inpatients and their primary caregivers (N=39). Initially, a sociodemographic data form, Expressed Emotion Scale, Social Support Scales, State Anxiety Levels (STAI-I), The Inventories of Beck Depression and Anxiety were administered to 39 caregivers who agreed to participate to the study. Also, the thirty-nine patients were assessed through by a sociodemographic data form, The Scales of Clinical Global Impression (CGI), and Calgary Depression; Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) and Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). A sixteen hours-structured expressed emotion education was administered to caregivers within two weeks. The same scales were repeated at the end of third month following the education to seventeen schizophrenic subjects and their caregivers.

RESULTS: There were no significant differences between the clinical scores before and after Psychoeducation. We found no significant improvement in EE levels of caregivers. In addition, the scores of EE tended to decrease by the end of third month following education (p=0,057). The significant correlation between the scores of EE and the duration of illness (r=0.51, p=0.03) may suggest a decline to healthy conditions in EE reaction levels during the long-term course of the illness.

CONCLUSION: Psycho-educational programs as one of the fundamental nursing responsibilities are very important in adaptation of patients and their families to the institutions. Although it couldn't be shown in this study, it may be stated that, in schizophrenia therapy, in addition to the drug therapy and psychotherapeutic interventions to the patients psycho-educational programs for the families and caregivers might contribute to improve the expression of emotions, effective on the prognosis of the disease.

Key words: Expressed emotion, schizophrenia, caregivers, psychoeducation

¹Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği, AYDIN, TÜRKİYE

²Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, AYDIN, TÜRKİYE

³Atatürk Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, AYDIN, TÜRKİYE

⁴Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, AYDIN, TÜRKİYE

⁵Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın Sağlık Yüksekokulu, Halk Sağlığı Hemşireliği, AYDIN, TÜRKİYE

Şizofreni, insanın düşünce, duygu ve davranışlarını önemli ölçüde etkileyen, kendisinin ve çevresindekilerin yaşantısında değişikliklere yol açan bir rahatsızlıktır. Bu değişiklikler geçici ya da kalıcı olabilir. Şizofreni genç yaşlarda başlayan, hastaların kendilerine has bir dünyada yaşadıkları ve yavaş yavaş çevrelerine bir duvar örerek içine kapandıkları, işlevselliğin önemli derecede bozulduğu, pozitif, negatif, bilişsel ve affektif belirtilerle giden kronik bir belirtiler kümesidir. Şizofreni, genellikle yaşam boyu sürerek yaşam kalitesi ve işlevlerde ciddi sorunlara yol açan bir hastalıktır.¹⁻³

Şizofreninin sebebinin kesin olarak bilinmemesine rağmen kalıtımın, biyokimyasal, ruhsal, toplumsal ve çevresel etmenlerin hastalığın ortaya çıkışındaki rolü üzerinde durulmaktadır. Toplumsal ve çevresel etmenler içinde ailenin bireye karşı tutumu ve duygu ifade tarzı önem taşımaktadır. Hastalığın seyrinde ailenin çevreden aldığı sosyal destek önemli olup bu destek ailenin hastaya davranışını olumlu olarak etkilemektedir.⁴

Kronik psikiyatrik bozukluk olan hastaların ailelerinde; korku, endişe, şaşkınlık, utanç, suçluluk duyguları, hayal kırıklıkları, yas süreci gibi duygular sıklıkla yaşanmaktadır. Bu tür duygular “ Expressed Emotion EE ”- duygu dışavurumu (DD) olarak tanımlanmaktadır.^{4,5}

DD ev ortamının duygusal atmosferini yansıtan bir kavramdır. DD “Evde birisi hakkında eleştirilerde bulunulması, hastaya karşı düşmanlığın varlığı ya da yokluğu ve bunun derecesi, doyumsuzluk, hastaya karşı yakınlığın-sıcaklığın değerlendirilmesi, akrabaların hastayla ilişkilerinde aşırı fedakarlık, müdahalecilik göstermeleri ve kendilerinin iç dünyalarını hastanınkinden ayıramama” şeklinde tanımlanmaktadır.^{6,7}

Araştırmalar yüksek DD'nin özellikle şizofreni hastalarında kötü klinik gidiş, sık hastaneye yatış, sık yinelemeler, depresyon ve intihar ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Şizofreni belirtilerinin azaltılmasında yalnızca ilaç tedavilerinin yetersiz olduğu; ilaç tedavilerine ek olarak uygulanacak çeşitli psikososyal ve psikoterapotik müdahalelerin de orta ve uzun vadede yararlı olduğu düşünülmektedir. DD'ye yönelik programlar da klinik uygulamalarda giderek daha fazla kabul görmektedir.⁷⁻⁹

Şizofrenik hasta ailelerinin eğitiminin amaçları; relaps oranlarını azaltmak, aile işlevlerini iyileştirmek, işbirliğini ve tedaviye uyumu artırmaktır. Bu hedeflere ulaşıldıktan sonraki aşama, hastanın bağımsız bir birey olarak yaşamasını kolaylaştırmaya çalışmaktır. Çalışmalar, aile üyelerinin bazılarının şizofrenik bozukluklar hakkında yeterli bilgisinin olmadığını, hastalarına karşı aşırı eleştirel ve koruyucu olabildiklerini, bu davranışların relaps oranlarını artırdığını göstermiştir. Hastanın aile ya da akrabalarıyla yakın ilişkide olmasının ve ailede aşırı duygu dışavurumunun olmasının relaps oranlarını artırdığı gösterilmiştir. Uyarının çok olması pozitif

belirtileri, az olması negatif belirtileri kötüleştirebilir. Şizofreni hastalarının tedavisinde biyolojik yöntemler temel öneme sahip olmakla birlikte, psikososyal yaklaşımlarla desteklenmedikçe, bu yöntemlerin başarısı sınırlı kalmaktadır. Bu alandaki eğitim çalışmalarının gerek bozuklukla ilgili sorunlarda, gerekse yaşam kalitesinde olumlu etkilerinin olduğu gösterilmiştir.¹⁰

Doğan ve arkadaşları (2002) 23 şizofrenik hasta ailesine ve hastaların kendilerine 3 aylık bir sürede yaptıkları psikososyal yaklaşım/psikoeğitim sonucu hastaların ve ailelerinin yaşam kalitelerinin arttığını, aile ilişkilerinin ve toplumsal ilişkilerinin iyileştiğini, işlevlerini yerine getirmede daha iyi bir konuma geldiklerini bildirmişlerdir. Üç ay sonunda hastaların sosyal işlevselliğinde artış ve aile ilişkilerinde düzelmeye gözlenmiştir. Şizofreni hastalarında ve ailelerinde psikososyal yaklaşımların özellikle sosyal işlevsellik, aile ilişkileri ve yaşam kalitesini artırma yönlerinden yararlı olduğunu belirtmişlerdir.^{11,12}

Tel ve Terakye'nin (2000) şizofrenik hasta ailelerine yönelik psikoeğitiminin sonucunda hasta yakınlarının hastaya bakım güçlüklerinin azaldığı, hastalık semptomlarını etkin olarak ele aldıkları, stresle baş etmede olumlu ve olumsuz baş etme yaklaşımlarını birlikte kullandıkları, hastaların tamamına yakınının ilaç tedavisini sürdürdükleri ve aylık kontrollere isteyerek geldikleri sonuçlarına ulaşmışlardır. Psikoeğitimsel yaklaşım içinde stresle baş etme yolları eğitimi verilen araştırma grubu hasta yakınları ile bu eğitimi almayan karşılaştırma grubu hasta yakınlarının stresle baş etme yaklaşımlarının benzer olduğunu bulmuşlardır.¹³

Deveci ve arkadaşları (2008) şizofreni hastalarına yaptıkları psikososyal beceri eğitimi sonrasında hastaların; Pozitif ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği puanlarında ve Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanlarında anlamlı bir düşme, İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği puanlarında ve Şizofreni Hastaları Yaşam Niteliği Ölçeği puanlarında anlamlı bir artış saptamışlardır.³

Yıldız ve ark. (2002) çok merkezli olarak yaptıkları şizofreni hastalarına yönelik psikoeğitim programı sonucunda Şizofreni Hastaları için Yaşam Nitelikleri Ölçeği puanlarında anlamlı bir artış, hastaların hastalığın tedavisi ve belirtileriyle ilgili bilgi düzeylerinde ve ilaç tedavisine uyumlarında artış bildirmişlerdir.¹⁴ Başka bir çalışmada 15 hastaya ilaç tedavisine ek olarak Psikososyal beceri eğitimi uygulanmış, 15 hasta ise standart ilaç tedavisi uygulamasına devam etmiştir. Araştırmanın başlangıcı ve sonunda her iki gruba da Pozitif ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği, Sosyal İşlevsellik Ölçeği, İşlevselliğin Global Değerlendirilmesi ölçekleri kullanılmış ve psikososyal beceri eğitimi uygulanmış olan grupta Pozitif ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği puanlarında azalma, Yaşam

Kalitesi Ölçeği ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği puanlarında anlamlı artışlar olduğu gözlenmiş ve psikososyal beceri eğitiminin hastaların işlevselliğine önemli bir katkısının olabileceği ileri sürülmüştür.¹⁵

Seo ve ark. (2007) kronik şizofreni tanılı hastalara yönelik uyguladıkları sosyal beceri eğitim programı sonucunda hastaların kişilerarası ilişki, atılganlık becerisi ve benlik saygısında artış olduğunu buna karşılık problem çözme becerilerinde gelişme olmadığını bildirmişlerdir.¹⁶

Yıldız ve ark. (2003) ayaktan tedavi gören 14 şizofreni hastasına rehabilitasyon hizmeti vermişler; programın sonunda hastaların klinik durumunda ve sosyal işlevsellik düzeylerinde olumlu yönde artma, hastaların yaşam kalitesinde, klinik durumlarında ve sosyal işlevselliklerinde pozitif yönde değişiklik bulmuşlardır.¹⁷

Üçok ve ark.'nın (2002) araştırmasında bir yıl süresince rutin olarak izlenen 10 şizofreni hastasına her hafta ilaç tedavisine ek olarak psikososyal beceri eğitimi uygulanmıştır. Grup öncesi ve sonrasında klinik durum için Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği ve yaşam kalitesini değerlendirmek için Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Nitelikleri Ölçeği kullanılmıştır. Bir yıllık grup uygulamasını tamamlayan 10 hastada Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Nitelikleri Ölçeği toplam puanının yanı sıra kişiler arası ilişkiler, ruhsal bulgular, kişisel faaliyetler alt ölçekleri puanlarında anlamlı düzeyde yükselme gözlenirken, mesleki rol alt ölçeği puanı ile Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği puanında anlamlı bir değişiklik saptamamışlardır.¹⁸

Yıldız ve ark.'nın (2005) Kocaeli Üniversitesi Psikiyatri Bölümü'ndeki 19 hasta ile yaptıkları şizofrenide ruhsal ve toplumsal beceri eğitim grupları sonuçlarına göre hastaların eğitimin başında ve sonunda doldurdıkları ilk ve son testlerden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırmasında %14.3'lük bir bilgi artışı olduğu; ailelerden alınan geri bildirim sonuçlarına göre hastaların iletişim becerisi, toplumsallaşma, ilaç tedavisi ve hastalık belirtileri alanlarında daha becerili olduklarını bildirmişlerdir.¹⁹

Araştırmamızın hipotezi şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılacak olan psikoeğitimin hastalardaki klinik gidişte ve bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerinde azalma sağlayacağı şeklindedir. Bu araştırma şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoeğitimin hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerine olan etkisini saptamak amacıyla planlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEMLER

Araştırmanın Örneklemi

Adnan Menderes Üniversitesi (ADÜ) Psikiyatri Kliniği'nde Mart 2004- Mart 2005 tarihleri arasında yatarak tedavi gören ve sonrasında takibe alınan, bu dönemde DSM-IV tanı ölçütlerine göre şizofreni

tanısı alan 39 hasta ve bu hastaların en az 5 yıldır birlikte yaşadığı birinci derece aile üyelerinden biri araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Başlangıçta tüm hastalara ve aile üyelerine araştırmanın amacı açıklanmış ve araştırmaya katılmak için onayları alınmıştır. Çalışmaya katılmayı reddeden hasta ya da hasta yakını olmamıştır.

Araştırmaya dahil olma ölçütleri;

Hastalar için:

- ◆ En az ilkokul mezunu olması,
 - ◆ Madde kötüye kullanımı gibi ikincil bir bozukluğun bulunmaması,
 - ◆ Mental retardasyon gibi organik bozuklukların eşlik etmemesi,
 - ◆ Çağrıldığında gelebilecek birinci dereceden yakınının bulunması,
 - ◆ Gönüllü olması,
- Hasta yakınları için:
- ◆ En az ilkokul mezunu olması,
 - ◆ Psikotik düzeyde bir rahatsızlığının ve mental retardasyon gibi organik bozuklukların bulunmaması,
 - ◆ Gönüllü olmasıdır.

Araştırmada Kullanılan Araçlar

Hastalar için ailelerinin psikoeğitimi öncesi ve sonrası aşağıdaki ölçekler kullanılmıştır

Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI) Guy (1976) tarafından, her yaşta tüm psikiyatrik bozuklukların klinik araştırma amaçlı olarak seyrini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. CGI, üç boyutlu bir ölçektir ve psikiyatrik bozuklukları olan kişilerin sağaltıma yanıtlarını değerlendirmek amacıyla yarı yapılandırılmış görüşme sırasında doldurulur.²⁰

Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS); Overall ve arkadaşları (1962) tarafından geliştirilmiştir. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda psikotik ve bazı depresif belirtilerin şiddetini ve değişimini ölçmek için kullanılan bu ölçek, yarı yapılandırılmış olup, 18 maddeden oluşur. Her madde 0-6 puan arasında değerlendirilir ve toplam puan hepsinin toplamından oluşur.²¹ 15-30 puan minör sendrom, 30 ya da daha üzeri majör sendromu ifade eder. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Soykan (1989) tarafından yapılmıştır.²²

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği; Addington ve arkadaşları (1992) tarafından geliştirilmiş şizofreni hastalarında depresyonu değerlendirmek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmeye yarayan, görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir. Toplam 9 maddeden oluşmakta, dördümlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Aydemir ve arkadaşları (2000) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe için duyarlılık ve özgüllük makalesinde kesme puanının 11/12 olarak kabul edildiği belirtilmiştir.^{23,24}

Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği, (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS); Kay ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilen bu ölçek 30 maddelik ve 7 puanlı şiddet değerlendirmesi içeren

yarı-yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir.²⁵ Bu 30 maddenin 18'i Kısa Psikiyatri Değerlendirme Ölçeği (BPRS) ve 12'si ise, Psikopatoloji Değerlendirme Ölçeği'nden uyarlanmıştır. Değerlendirilen itemlerin 7'si pozitif sendrom alt ölçeğine, 7'si negatif sendrom alt ölçeğine ve geri kalan 16'sı ise, genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır.²⁶

Aileler için ailelerin psikoeğitimi öncesi ve sonrası aşağıdaki ölçekler kullanılmıştır

Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ) Cole ve Kazarian (1988) tarafından geliştirilmiştir.²⁷ Geçerlik ve güvenilirlik çalışması Berksun (1992) tarafından yapılan ve şizofreni hastaların yakınlarına verilen bir ölçektir.²⁸ 41 sorudan oluşan ölçek eleştirelilik/düşmancılık ve aşırı ilgi-koruyuculuk-kollayıcı- müdahalecilik alt ölçeklerine sahiptir. Araştırmaların bazılarında alt ölçeklerle değerlendirme yapılmış bazılarında ise yüksek puan üzerinden çalışılmıştır. Yüksek puanlar duygu dışavurumunun yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Bu araştırmada toplam puan üzerinden çalışılmıştır.

Algılanan Aile ve Arkadaş Sosyal Destek Ölçeği: Procidana ve Heller (1983) tarafından geliştirilen bu aracın Türkçe güvenilirlik ve geçerliği Eskin (1993) tarafından çalışılmıştır. Önemli özelliği, algılanan arkadaş ve aile desteğini birbirinden ayrı olarak değerlendirmesidir. Testin doğru/yanlış olarak yanıtlanan, 20'si arkadaş, 20'si aile desteğini ölçen 40 maddesi vardır. Bireyin ölçeklerden düşük puan alması bireyin arkadaş ve aile sosyal desteğini düşük olarak algıladığını göstermektedir.^{29,30}

Durumluluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) Spilberg ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilmiş, bireyin durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerini değerlendiren toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçektir. Durumluluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) bireyin belli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini gösterir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le compte (1985) tarafından gerçekleştirilmiştir.^{31,32}

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiş, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçer. Ölçek depresyon belirtilerinin derecesini nesnel olarak belirlemeyi amaçlamaktadır. Yirmi bir maddenin her birinde 4 seçenek vardır ve her maddeye 0-3 arasında puan verilir. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı saptanır. Toplam puanın yüksekliği depresyon şiddetini gösterir.^{33,34}

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır. Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. Yirmi bir maddeden oluşan, 0-3 arasında puanlanan

likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir.^{35,36}

İşlem

Eğitim oturumları Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı eğitim salonunda gerçekleştirilmiştir. Uygulamaya katılan bakım vericilere psikiyatri hemşiresi (HA) tarafından yapılandırılmış 16 saatlik psikoeğitim uygulanmıştır. Psikoeğitim programının içeriği bu konuda yapılmış uygulamalardan yola çıkılarak hazırlanmıştır.^{10,12,13} Psikoeğitim programının içeriğinde şizofreni hakkındaki genel bilgiler, şizofreni belirtileri ile baş etme, stresle baş etme, ilaç tedavisinin amaçları, yan etkileri ve dikkat edilmesi gereken önemli konuları içermektedir. Bunlarla; şizofreninin belirtileri, tedavisi, gidişi, sonlanması ve ilaclar hakkında eğitim, belirtilerin şiddetini ve komorbiditeyi azaltma, aile içi ve kişiler arası ilişkileri geliştirme, aşırı duygu dışavurumunu azaltma, erken tanı ve erken tedavi, relapsı önleme ya da azaltma, toplumsal işlevselliği artırma, toplumda özerk davranmayı ve toplumsal yeterliliği sağlama, bağımsız yaşamayı artırma, gerçekçi beklentiler oluşturma, günlük yaşam etkinliklerini yerine getirmeyi sağlama, yaşam kalitesini artırma amaçlanmıştır.

Uygulamanın başında dört hafta boyunca haftada iki kez toplam 16 saat olarak planlanan eğitim katılım ile ilgili zorluklar nedeni ile 2 hafta boyunca haftada 4 kez toplam 16 saat olarak uygulanmıştır. Eğitim sonrası her aile için 2 saat danışmanlık süresi ayrılmış ve bu sırada genel tekrarlar yapılmış, bakım vericilerin soruları cevaplandırılmıştır. Eğitim için uygulamaya katılan bakım vericiler 10'ar kişilik gruplara ayrılmış ve bakım verdikleri hastalarla ilgili yaşadıkları sorunları grup ile paylaşmaları da sağlanmıştır. Eğitim sonrası 6. ve 12. aylarda izlemler planlanmış olmasına rağmen hasta ve bakım vericilerin katılımı sağlanamadığından izlemler yapılamamıştır. Araştırmada psikoeğitimin başında ve sonunda hastalarda ve ailelerde kullanılan ölçeklerin bakım vericilere olanın sosyodemografik özellikler soru formu, Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ), algılanan aile ve arkadaş sosyal destek ölçekleri, hastalara uygulanan sosyo demografik özellikler soru formu (HA) tarafından uygulanmıştır. Psikoeğitimin başında ve sonunda hastalardaki ve ailelerdeki ölçek değerlendirmelerinin bazıları ise gruplarda görev yapmayan, hastaları psiko polikliniğinde izleyen araştırma ekibinden iki psikiyatri asistanı (BU, MVB) tarafından gerçekleştirilmiştir.

Eğitim verildikten sonraki 3. ayın sonunda ölçek uygulamaları tekrarlanmış ancak çeşitli nedenlerle hastaneye gelmeyen 22 şizofreni hastası ve bakım vericisine ölçekler uygulanamamıştır. Bu nedenle çalışma 17 şizofreni hastası ve bakım vericisi ile tamamlanmıştır.

Araştırmada bir yıllık bir izleme çalışmasında kronik şizofreni tanısı alan hastalara bakım verenlere yapılacak olan psikoeğitimin, hastaların klinik belirtileri (psikotik ve depresif v.b) üzerindeki etkisiyle, bakım vericilerinin DD, sosyal destek algısı ve bazı klinik değişkenlerini nasıl etkilediğini araştırmayı amaçlanmış olmasına; izleme çalışması 1 yıl olarak planlanmasına ve her üç ayda bir aileler hastaları ile birlikte çağırılmasına rağmen 39 şizofreni hastası ve bakım vericisi ile başlanan eğitim süreci ancak 17 hasta ve bakım verici ile sürdürülebilmiş ve 3. ayda sonlandırılmıştır. Bu nedenle 3 aylık eğitim sürecine yönelik istatistiksel değerlendirme yapılabilmektedir.

İstatistiksel Analiz

İstatistik analizleri için SPSS 11.0 programı kullanılmıştır. Çalışmaya alınan bireylerin sosyo demografik verileri sıklık analiziyle incelenmiştir. Olguların ve bakım vericilerin başlangıç ve eğitimden sonraki 3. ay sonundaki klinik ölçek skorları çiftlenmiş t-test (paired t-test) analiziyle karşılaştırılmıştır. DDÖ, Aile ve Arkadaş Sosyal Destek Ölçeği skorlarıyla olguların hastalık süresi, başlangıç yaşı, tedavi süresi, hastaneye yatış sayısı ile başlangıç ve 3.ay BPRS, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, PANSS toplam ve alt ölçek skorları; ve bakım vericilerin STAI-I, Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçek skorları arasındaki bağımlılar Pearson Korelasyon analiziyle değerlendirilmiştir. Tüm istatistik analizlerinde anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir. İstatistiksel analizde hasta ve bakım vericilerin demografik özellikleri ile ölçek skorları karşılaştırılmış ve anlamlı olan değerler verilmiştir. Hastaların ve bakım vericilerin başlangıç ve klinik skorları tablo halinde verilmiştir (Tablo 1-2).

BULGULAR

Hastaların demografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde erkek/kadın oranı %58,8 ±% 41.2, yaş

ortalamları 35,5 yıl, eğitim ortalamaları 10,9 yıl olarak bulunmuştur. Toplam örneklemin %52,9'si hiç evlenmemiştir. Ortalama hastalık süresi 12,5 yıl, hastalığın ortalama başlangıç yaşı 22,4 yıl, ortalama tedavi süresi 10,9 yıl, ortalama yatış sayısı 4,4 olarak saptanmıştır. Hastaların %47,1'inde yaşamı boyunca en az 1 kez intihar girişimi olduğu anlaşılmıştır. Ailede şizofreni öyküsü %35,3 olarak bulunmuştur.

Bakım vericilerin demografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; %72,1'i kadın, yaş ortalamaları 54,6 yıl, eğitim ortalamaları 9,6 yıl, ortalama 12,5 yıldır bakım veren konumundadırlar.

Hastaların başlangıç klinik skorları ile eğitim programından üç ay sonraki klinik skorlar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bakım vericilerinin DD düzeylerinde eğitimle bir düzelme görülmemiş, ancak 3. ay sonunda DD skorlarında istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmasa da bir azalma eğilimi olduğu bulunmuştur (p=0,057). Eğitim programı bakım vericilerin arkadaş ve aile sosyal destek algısını da etkilememiştir. DD skorları ile hastalık süresi arasında anlamlı düzeyde bir pozitif ilişki bulunduğu için (r=0.51, p=0.03), hastalık süresi uzadıkça DD tepkilerinin sağlıklı düzeylere yaklaştığı düşünülmüştür.

TARTIŞMA

Şizofreni tedavisinde hastalara ve bakım vericilere uygulanan çeşitli psikososyal ve eğitimsel müdahaleler hastalığın gidişini olumlu yönde etkileyebilmektedir.^{8,9} DD'nin bir klinik sonuç mu, yoksa hastalığın ciddiyetine ailelerin bir tepkisi mi olduğu konusu tartışmalıdır. Genelde şizofrenik hastaların ailelerinin DD düzeylerinin yüksek olduğu gözlenmektedir. Bakım vericilerin yüksek DD düzeyleri, psikotik belirtileri ve yinelemeyi arttırmakta, hastaların ilaç tedavisine uyumunu bozabilmektedir.⁵ Bakım gerektiren durumlarda bakım verenlerin aldığı sosyal destek kişinin uyumunu arttırmakta, stresini azaltmaktadır.³⁷

Tablo 1: Araştırmaya katılan hastaların başlangıçtaki ve üçüncü aydaki klinik skorları

Kullanılan Ölçekler	Başlangıç (N = 17)	Üçüncü ay(N=17)	t	p
CGI	3.50±0.730	3.75±0.930	.937	.362
BPRS	7.75±5.495	10.12±6.601	1.513	.151
CŞD	3.43±3.595	3.56±4.966	.232	.820
PANSS	50.87±13.485	57.25±19.014	1.261	.227
PANNS pozitif	11.56±4.130	11.62±3.844	.048	.962
PANNS negatif	13.12±4.470	16.31±7.947	1.699	.110
PANNS GENEL	26.18±7.082	29.62±9.625	1.364	.193

Tablo 2: Araştırmaya katılan bakım vericilerin başlangıçtaki ve üçüncü aydaki klinik skorları

Kullanılan Ölçekler	Başlangıç (N = 17)	Üçüncü ay (N = 17)	t	P
Durumluluk Kaygı	39.58±10.494	39.47±11.242	.048	.962
Beck Depresyon	6.93±7.233	9.87±12.230	1.25	.228
Beck Anksiyete	8.88±6.061	10.64±8.929	1.31	.206
Duygu Dışavurumu	22.17±6.654	17.47±4.651	2.05	.057
Algılanan Arkadaş Sosyal Desteği	25.35±4.795	24.05±4.917	.812	.429
Algılanan Aile Sosyal Desteği	25.58±6.134	24.58±5.160	.458	.653

Bu çalışmanın en önemli bulgusu psikotik hastaların bakım vericilerine uygulanan psikoeğitimin ilk 3 ay sonunda olguların klinik durumunu önemli bir şekilde etkilememesidir. Aynı şekilde bakım vericilerin sosyal ve duygusal durumlarında da bu eğitim programından sonraki 3. ayda anlamlı bir iyileşme olmadığı, ancak 3. ay sonunda DD skorlarında istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmasa da bir azalma eğilimi olduğu bulunmuştur (p=0,057). Bu bulgu şizofreni hastalarının akrabalarında psikososyal zorluk ve nesnel yük hakkında yapılan eğitimin psikososyal iyilik ve bilgi seviyelerini arttırdığı ancak DD ve nesnel yükü etkilemediğini bildiren çalışmaların bulgularıyla uyumludur.^{5,9,38,39,40}

Bulgularımızın tersine ailelere yönelik tedavilerden 1 ve 2 yıl sonra yüksek DD düzeylerinin azaldığını bildiren çalışmalar da vardır.⁴¹⁻⁴³

Çalışmamızın sonucuna göre hastalık süresi uzadıkça bakım verenlerin DD tepkileri sağlıklı düzeylere yaklaşmaktadır. Bu bulgu şizofrenik hastaların bakım vericilerinin hastalık süregelenleştikçe hastalığın alevlenmeleriyle baş edebilme yeteneklerinin arttığı şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda bakım vericilerin ve hastaların sosyodemografik özellikleri, hastaların klinik durumunun şiddeti, relaps-nüks ilişkisi, bakım verenlerin duygu durum tablosu, duygu ifadesi ve sosyal destek algısının; bakım vericilere yapılan psikoeğitim ve aile etkileşiminden etkilenmediği şeklinde bulunmuştur. Bu durum duygu dışavurumunun hastalık tablosu ile ilişkili olmadığı hastalıktan bağımsız bir tablo olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Şizofreni sosyal başarıyı ilk başvurudan çok önce engellemeye başlar. Yapılan bir çalışmada 97 şizofreni ve bakım vericileri ile çalışılmış 53'ü çoklu aile grup tedavisi alırken 44'üne standart psikiyatrik bakım verilmiştir. Çoklu aile grup tedavisi alan gruptaki bakım vericilerin sıkıntılarında azalma olmuş ancak problem çözümü yönünden her iki grup arası anlamlı fark ortaya çıkmamıştır.⁸

Selwood (2003) çalışmasında hastaların psikotik belirtilerinin ve bakım vericilerin DD' sinin ilaca uyumu bozduğunu göstermiştir. Bakım vericilerin şizofreni hakkındaki bilgi düzeyleri tedaviye uyumla ilişkili bulunmamıştır.⁵

DD'nin premorbid karakteristikler, semptom boyutları ve hastanın tanısıyla ilişkisi yoktur. Bu sonuçlar DD'nin hastanın klinik özelliklerine bir yanıt olmadığını desteklemektedir.³⁹

Bu bulgular bizim çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir. Araştırmamız sonucuna göre DD eğitiminin ailenin sosyal destek almasını etkilemediği yönündedir. Diğer çalışmalarda araştırmamız bulgusunun tam tersi şeklinde bulgulara rastlanmıştır. Philips ve ark.'nın (2002) Çin de yaptığı bir çalışmada damgalamanın hasta ve aile üyeleri üzerine olan etkisini araştırmışlar; bakım vericinin

DD'si yüksek ise, hastanın ciddi pozitif belirtileri varsa, bakım vericinin eğitim düzeyi yüksek ise ve aile şehirde yaşıyorsa damgalanmanın hasta ve aile üyeleri üzerindeki etkisinin arttığını göstermişlerdir.³⁸ Bu farklılığın nedeni kültürel özelliklere bağlanmıştır. Çünkü bizim araştırmamızın başlangıcında da aileler yeterince sosyal destek almaktaydılar ve bu sosyal destek düzeyi olması beklenen düzeydeydi.

Parmelee (1983) yaşlılara bakım verenlerin üzerinde yaptığı bir araştırmada bakım verenlerin aldığı sosyal desteğin bakım vermenin getirdiği stresli etkileri azalttığını belirtmiştir.⁴⁴ Bu bulgular bizim bulgularımızı desteklememektedir. Bunun nedeni bizdeki aile ilişkilerinin daha destekleyici olmasına, batıdaki gibi bireysellikten uzak bir kültüre sahip oluşumuza ve ailelerin başlangıçta da zaten yeterli sosyal desteği alıyor olmasından kaynaklandığı şeklinde yorumlanmıştır.

Sonuç

Her ne kadar bizim araştırmamız sonucunda hasta ailelerine yapılan psikoeğitimin ailelerin DD düzeyini etkilemediği sonucu çıksa da hemşireler psikiyatrik hastalar ve aileler için DD ile ilgili eğitimsel programlar uygulamalıdır. Temel hemşirelik sorumluluklarından biri olan psikoeğitimsel programlar hastaların ve ailelerinin topluma ve kurumlara uyum sağlamalarında son derece önemlidir. Bu çalışma ile gösterilememiş olsa bile şizofreni tedavisinde hastaya yönelik uygulanan ilaç tedavisi ve psikoterapötik girişimlerin yanında, ailelere ve bakım vericilere uygulanacak psikoeğitim programının hastalığın prognozunda etkili bir durum olan duygu dışavurumuna önemli katkılar sağladığı söylenebilir.

Araştırmamızın bazı sınırlılıkları vardır:

- 1- Araştırmaya katılan aile sayısı azdır ve uzun süre izlem yapılamamıştır.
- 2- Bu çalışma daha fazla sayılarda ve uzun zaman dilimindeki eğitimlerle yinelenmelidir.
- 3- Bir kontrol grubu oluşturularak müdahalesiz grubun durumunun nasıl olduğuna bakılmalıdır.

Psikososyal yaklaşımların diğer tedavilere eklenmesinin daha büyük hasta gruplarında uygulanması ve daha uzun süre sürdürülmesi önerilir.

KAYNAKLAR

1. Öztürk O. Ruh sağlığı ve hastalıkları. 4.Baskı: Feryal Matbaası, Ankara, 2004:217-81.
2. Sadock BJ, Sadock VA. (Çeviri Ed. Aydın H, Bozkurt A). Comprehensive textbook of psychiatry. 8. baskı: Güneş Kitabevi, Ankara, 2007:1329-550.
3. Deveci A, Danacı AE, Yurtsever F, Deniz F, Yüksel EG. Şizofrenide psikososyal beceri eğitiminin belirti örüntüsü, içgörü, yaşam kalitesi ve intihar olasılığı üzerine etkisi. Türk Psikiyatri

- Dergisi 2008;19(3):266-73.
4. Gülseren L. Şizofreni ve aile: Güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;13(2):143-51.
 5. Sellwood W, Tarrier N, Quinn, J Barrowclough C. The family and compliance in schizophrenia: the influence of clinical variables, relatives' knowledge and expressed emotion. *Psychol Med* 2003;33(1):91-6.
 6. Brown GW, Birley JLT, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br J Psychiatry* 1972;121:241-58.
 7. Tüzer V, Zincir S, Başterzi AD, Aydemir Ç, Kısa C, Göka E. Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duygu dışavurumunun değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri* 2003;6:198-203.
 8. Hazel NA, McDonell MG, Short RA, Berry CM, Voss WD, Rodgers ML, Dyck DG. Impact of multipl- family groups for outpatients with schizophrenia on caregivers' distress and resources. *Psychiatr Serv* 2004;55(1): 35-41.
 9. McDonell MG, Short RA, Berry CM, Dyck DG. Burden in schizophrenia caregivers: impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. *Fam Process* 2003;42(1):184.
 10. Doğan O. Şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002;3:240-8.
 11. Doğan S, Doğan O, Tel H, Çoker F. Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: ayaktan hastalar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002;3:69-74.
 12. Doğan O, Doğan S, Tel H, Çoker F. Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: aileler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002;3:133-9.
 13. Tel H, Terakye G. Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoeğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000;1(3):133-42.
 14. Yıldız M, Yazıcı A, Ünal S, Aker T, Ozgen G, Ekmekçi H, Duy B, Torun F, Unsal G, Coşkun S, Sipahi B, Cakil G, Eryıldız M. Şizofreninin ruhsal-toplumsal tedavisinde sosyal beceri eğitimi. Belirtilerle başetme ve ilaç tedavisi yaklaşımının Türkiye'de çok merkezli bir uygulaması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;13(1):41-7.
 15. Yıldız M, Veznedaroglu B, Eryavuz A, Kayahan B. Psychosocial skills training on social functioning and quality of life in the treatment of schizophrenia: a controlled study in Turkey. *Int J Psych Clin Pract* 2004;8:1-7.
 16. Seo JM, Ahn S, Byun EK, Kim CK. Social skills training as nursing intervention to improve the social skills and self-esteem of inpatients with chronic schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2007;21(6):317-26.
 17. Yıldız M, Tural Ü, Kurdoğlu S, Önder ME. Şizofreni rehabilitasyonunda aile ve gönüllülerle yürütülen bir kulüp-ev denemesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003;14(4):281-7.
 18. Üçok A, Atlı H, Çetinkaya Z, Kandemir PE. Şizofreni hastalarında bütüncül yaklaşımlı grup tedavisinin yaşam kalitesine etkisi: bir yıllık uygulama sonuçları. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2002;39:113-8.
 19. Yıldız M, Yüksel AG, Erol A. Şizofrenide ruhsal ve toplumsal beceri eğitimi uygulaması. Grup eğitimi deneyimleri. *Türkiye'de Psikiyatri* 2005;7:25-32.
 20. Guy W. Clinical global impressions. ECDEU assessment manual for psychopharmacology, revised National Institute of Mental Health, Rockville, MD 1976;218-21.
 21. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep* 1962;10:789-812.
 22. Soykan C. Institutional differences and case typicality as related to diagnosis system severity, prognosis and treatment. Master Tezi, Ankara: Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, 1989.
 23. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E, Joyce J. Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res* 1992;6(3):201-8.
 24. Aydemir Ö, Danacı AE, Pırıldar ŞA, Deveci A, İçelli İ. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun duyarlılığı ve özgüllüğü. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2000;37:210-3.
 25. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13(2):261-76.
 26. Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A ve ark. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999;14:23-32.
 27. Cole JD, Kazarian SS. The level of expressed emotion scale: a new measure of expressed emotion. *J Clin Psychol* 1988; 44:392-7.
 28. Berksun OE. Dışavurulan duygulanım ölçeği: Ölçek uyarlama üzerine bir pilot çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi* 1993;8(29):10-5.
 29. Procidano ME, Heler K. Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies. *Am J Community Psychol* 1983;11(1):1-24.
 30. Eskin M. Reliabilty of Turkish version of the perceived social support from friends and family scales, scale for interpersonal behaviour and suicide probability scale. *J Clin Psychol* 1993;49:515-22.
 31. Spilberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manuel for state trait anxiety inventory. Consulting Psycholo-gists Press, California, 1970.
 32. Öner N, Le Compte A. Sürekli durumluluk/sürekli kaygı envanteri el kitabı.

- Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1985.
33. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961;4:561-71.
 34. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi 1989;7:3-13.
 35. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. J Consult Clin Psychol 1988;56:893-7.
 36. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck anxiety inventory: Psychometric properties. J Cogn Psychother 1998;12:163-72.
 37. Gennaro S. Maternal anxiety, problem solving ability and adaptation to the premature infant. Pediatr Nurs 1985;11:343-8.
 38. Phillips MR, Pearson V, Li F, Xu M, Yang L. Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China. Br J Psychiatry 2002; 181: 488-93.
 39. Heikkilä J, Karlsson H, Taiminen T, Lauerma H, Ilonen T, Leinonen KM, Wallenius E, Virtanen H, Heinimaa M, Koponen S, Jalo P, Kaljonen A, Salakangas RK. Expressed emotion is not associated with disorder severity in first-episode mental disorder. Psychiatry Res 2002;30(111):155-65.
 40. Duman ZÇ, Aşti N, Üçok A, Kuşcu MK. Şizofreni hastalarına ve ailelerine “bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı” uygulaması, izlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007;8:91-9.
 41. Ran MS, Xiang MZ, Chan CL, Leff J, Simpson P, Huang MS, Shan YH, Li SG. Effectiveness of psychoeducation intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia a randomised controlled trial. Soc Psychiatry Epidemiol 2003;38(2):69-75.
 42. Hooley JM, Campbell C. Control and controllability: beliefs and behavior in high and low expressed emotion relatives. Psychol Med 2002;32(6):1091-9.
 43. Tomaras V, Mavreas V, Economou M, Ioannovich E, Karydi V, Stefanis C. The effect of family intervention on chronic schizophrenics under individual psychosocial treatment: a 3 year study. Soc Psychiatry Epidemiol 2000;35(11):487-93.
 44. Parmelee PA. Spouse versus other family caregivers: Psychological impact on impaired aged. Am J Community Psychol 1983;11(4):337-49.

YAZIŞMA ADRESİ

Yrd. Doç. Dr. Hülya ARSLANTAŞ
Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık
Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği, AYDIN,
TÜRKİYE

Telefon : 256 2148041
E-Posta : hulyaars@yahoo.com

Geliş Tarihi : 08.01.2009
Kabul Tarihi : 23.03.2009