

Şizofreni Hastalarının Bakım Verenleri

Caregivers of Schizophrenia Patients

Kerime Bademli, Zekiye Çetinkaya Duman

ÖZET

Şizofreni hastalarının çoğu aileleri ile birlikte yaşamaktadır bu nedenle şizofreni hastalığı hastanın olduğu kadar ailenin de yaşamını olumsuz etkilemektedir. Şizofreni hastalarının aileleri bakım verme rollerini yerine getirmede çeşitli güçlükler yaşamaktadırlar. Aileler anksiyete, depresyon, utanç, suçluluk, korku, çaresizlik, zorlanma, endişe, umutsuzluk, öfke ve kayıp gibi duygular yaşamaktadırlar. Aileler çoğu zaman yaşadıkları bu güçlükler ile kendi başlarına mücadele etmektedirler. Bazen ailede bakım verenler yaşadıkları güçlükler ile etkili baş edememekte ve ruhsal sağlıklarında bozulma olabilmektedir. Ailelerin yaşadıkları güçlüklerin tanımlanması ve etkili müdahalelerin uygulanması önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, bakım veren, ruhsal sağlık, baş etme.

ABSTRACT

Most schizophrenia patients live with their families and therefore the mental illnesses adversely affects family members as well as the patients. Family members often experience a number of challenges in providing care. They have been reported to have certain emotional difficulties such as anxiety, depression, shame, sense of guilt, fear, helplessness, uneasiness, distress, despair, anger and sense of loss. Family members have to cope with such complications on their own in most cases. However, in some cases, family members may fail to deal with such emotional strains and experience psychological problems. It is considered to be highly important to identify challenges and difficulties that family members may encounter and implement effective measures.

Keywords: Schizophrenia, caregiver, mental health, coping.

Şizofreni bireyin duygu, düşünce, algılama ve davranışlarını olumsuz yönde etkilediğinden hastalar çoğunlukla kendine bakım aktivitelerini yerine getirmede zorluk yaşamaktadırlar.[1,2] Şizofreni hastalarının bakımından çoğunlukla birinci derecede sorumlu aileler olduğundan şizofreni hastalığı

sadece hasta için değil aile içinde stresli bir durum haline gelmektedir. Şizofreni, hastanın olduğu kadar ailenin de yaşamını olumsuz etkilemekte ve özellikle bakım verenin stres yaşamasına neden olmaktadır.[1] Şizofreni hastasına bakım verenler yaşadıkları stres ile etkili baş edemediklerinde ruhsal sağlık sorunu yaşayabilmektedirler. Bu nedenle şizofreni hastasına bakım verenlerin yaşadıkları stresle baş etme durumları ve ruhsal sağlıklarının tanımlanması önemlidir. Bu gözden geçirmede şizofreni hastasına bakım verenlerin ruhsal sağlık durumları ve yaşadıkları stresle baş etme durumları değerlendirilmiştir.

Şizofreni ve Bakım Verenler

Şizofreni kişinin alışlagelmiş algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak, kendine özgü bir içe kapanım dünyasında yaşadığı, duygulanım, düşünce, algılama ve davranış alanlarını olumsuz yönde etkileyen relapslarla giden kronik ruhsal bir hastalıktır.[1] Şizofreni her toplum ve her coğrafi bölgede görülen bir bozukluktur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1980'li yıllarda dünyada %0.1 oranında şizofreni ve benzeri ağır ruhsal bozukluklar olduğunu ve tüm sakatlıkların %20'sinin ruhsal bozukluklardan kaynaklandığını belirtmektedir. DSÖ verilerine göre şizofreninin bir yıllık sıklığı binde 0.07 ile 0.14 arasında değişmektedir.[3] Amerika Birleşik Devletlerinde hastalığın yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %1'dir. Dünya genelinde her yıl 2 milyon yeni vaka ortaya çıkmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde toplam popülasyonun sadece yaklaşık %0.05'i bir yıl içinde şizofreni tedavisi almaktadır.[3] Türkiye'de şizofreni yaygınlığı, farklı ülkelerde bildirilen tahminlerden daha yüksek olduğu ve Türkiye'de şizofreni yaşam boyu yaygınlığının 1000'de 8.9 olarak saptandığı belirtilmektedir.[4]

Şizofreni konusunda yapılan çalışmalarda şizofreninin çok sayıda etkenin bir araya gelmesi ile oluşan bir hastalık olduğu görüşüne varılmıştır. Bu görüşe göre bireylerin şizofreni için genetik bir yatkınlık taşıması söz konusu olabilir ancak bu yatkınlık başka etkenlerle karşılaşmadığı sürece ortaya çıkmamaktadır.[3] Şizofreninin ortaya çıkmasında en sık stres yatkınlık modeli kullanılmaktadır. Bu modele göre, şizofreni gelişen kişilerde özgün bir biyolojik yatkınlık vardır veya genetik yatkınlık stres tarafından tetiklenir ve şizofreni belirtilerine neden olur. Stresler genetik, biyolojik psikososyal veya çevresel olabilir.[3]

Şizofreninin nedeni ne olursa olsun, bireyin kişilerarası ilişkilerini, iş ve sosyal uyumunu, düşünce, duygu ve davranışlarını olumsuz etkilemektedir. Aile bir sistem olarak ele alındığında, sistemin parçaları arasında sürekli bir

etkileşim vardır ve hastalık durumunda hasta bireydeki değişim tüm aileyi etkilemektedir.[5] Şizofreni hastalığı ailede ağır stres yaratarak, aile dengesini bozabilmektedir.[6] Hastalık ortaya çıktığı zaman hasta bireyde meydana gelen değişimler genellikle ilk önce aile üyeleri tarafından fark edilir. Aile üyeleri, anlamsız bakışlar, düşmanlık, kuşku, korku, sosyal geri çekilme, uyumama, kişisel hijyende bozulma gibi tuhaf davranışları gözlemlerler. Bu tuhaf davranışlar karşısında aile üyeleri endişe yaşarlar. Şizofreni hastalığı ile karşı karşıya gelen aileler karmaşık duygular ve şaşkınlık içinde ve çoğu zaman ne yapacaklarını bilemez durumda olabilirler.[7] Aile, hastalığı anlayamadığı için çoğu zaman yargılayıcı bir tutum içine girerek hasta bireyin tedavisini bilmeden uzatabilmektedir.[6] Hastalık ile karşılaşan aileler utanç, suçluluk, korku, çaresizlik, zorlanma, endişe, umutsuzluk, öfke ve kızgınlık gibi duygular yaşamaktadırlar.[8] Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleri ile yapılan çalışmalarda ailelerin stres, anksiyete, depresyon, utanç, suçluluk, korku, çaresizlik, zorlanma, endişe umutsuzluk gibi duygular yaşadıkları belirtilmektedir.[1,9] Aile üyelerinin öfke ve kızgınlık içinde olmalarının en önemli nedeni çaresizlik hissetmeleridir. Hastalığın ortaya çıkışı ile ailenin toplumsal ekonomik durumu, geleceğe ilişkin planları ve olağan gidişleri altüst olmaktadır.[10]

Aileyi en çok tedirgin eden, gerginlik yaratan durum, ne olacağını bilememektir.[10] Nasıl bir süreç yaşayacaklarını bilmeyen ve hastalarındaki değişimi şaşkınlıkla izleyen aile üyeleri tedirginlik/gerginlik ve kimi kez hastalığı ve hastayı gizleme davranışına bile neden olabilen bir utanç duygusu yaşarlar. Utanç duygusu, aile üyelerinde çaresizlik, öfke ve kızgınlık da yaratabilir.[11] Aileler utanma duygusu ve damgalanma korkusu nedeniyle tedavi için hastaneye başvurmaktan kaçınarak hastalık ile kendi kendilerine mücadele etmeye çalışabilirler.[7]

Şizofreni kavramıyla ilgili önyargılar ve bunların neden olduğu damga yalnızca hastaları değil aynı zamanda hasta yakınlarını da olumsuz etkilemektedir.[12] Ruhsal hastalığı olan bireyler ve aileleri hastalık belirtileri ile baş etmeye çalışırken aynı zamanda toplum tarafından maruz kaldıkları damgalama ile mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar. Şizofreniye yönelik damgalama eğilimi ve bu eğilimin sonucu şizofreni hastalarının toplumdan dışlanması hastaların ve yakınlarının yaşam kalitesini bozmakta, tedaviye uyumlarını ciddi şekilde engellemektedir.[13]

Şizofreni hastaları çoğunlukla aileleriyle birlikte evde yaşamaktadırlar.[1] Bu nedenle aile üyeleri ailenin hasta bireyinin bakımında da önemli rol almaktadırlar. Hastalık ortaya çıktığında aile üyelerinden birisi hasta bireyin bakımını üstlenmek zorunda kalmaktadır. Bakım veren haline gelme seçile-

mez veya planlanamaz bir durumdur. Bu nedenle bu duruma uyum durum ortaya çıktıktan sonra gerçekleşmektedir. Birinci derecede bakım veren kişi, hastanın günlük yaşantısının merkezinde olduğundan bakım sunma sorumlulukları arttıkça bakım sunma, bakım alma ilişkisi bakım verenin yaşamını sıkıntıya sokan, tek yönlü, bağımlı, yoğun ve uzun dönemli bir zorunluluğa dönüşebilmektedir.[14]

Bakım veren rolü zor, çaba ve emek gerektiren, öngörülemez bir deneyimdir. Bakım verenlerin yaşadıkları fiziksel, duygusal ve ekonomik güçlükler, hasta bireyin işlevselliğindeki kayıplar, bakım verenin kendisine ait boş zamanının olmaması gibi engeller sonucunda bakım verenlerin yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir.[15] Bakım verme rolü bireye fiziksel, duygusal ve ekonomik yük getirmektedir.[16] Şizofreni hastasına bakım verenler yaşadıkları güçlüklerle etkin baş edemediklerinde sosyal, duygusal, ekonomik, fiziksel alanlarda yük yaşamaktadırlar.[17] Bakım veren yükü objektif (nesnel) ve subjektif (öznel) yük olarak sınıflandırılmaktadır. Objektif yük hastalığın aileye getirdiği gözlenebilir, somut bedeller olarak tanımlanmaktadır. Objektif yük, hastanın rahatsız edici davranışları ya da hastalığın yol açtığı ekonomik zorluklar, gelir kaybı, günlük yaşamdaki ve sosyal etkinliklerdeki kısıtlanmalar, ev ortamındaki gerginlik, aile üyelerinin beden ve ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri gibi aile yükünün doğrulanabilir yönünü ifade eder.[18] Subjektif yük bireyin durumuna ilişkin bireysel değerlendirmeler ve hastanın rahatsız edici davranışlarından dolayı ortaya çıkan emosyonel sıkıntılardır.[19] Subjektif yükte yaşanan zorlukların aile üyelerini ne ölçüde rahatsız ettiği ya da hastanın rahatsızlık veren davranışlarıyla ilişkili duygusal sıkıntı ya da hastayla ilgili olarak yaşanan sıkıntı düzeyi olarak tanımlanmaktadır.[18]

Magliano ve arkadaşları yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarının yakın çevrelerindeki insanların %83'ünün finansal, duygusal ve günlük hayatla ilgili yük yaşadıkları belirtilmektedir. Ayrıca yük yaşamaya neden olan sorunlar arasında işe gidilemeyen gün sayısının fazla olması, hastalıkla ilgili masrafların fazla olması, sosyal faaliyetlere ayırabilecekleri boş zamanlarının yetersiz olması, artmış stres ve damgalanma olduğu belirtilmektedir.[20] Şizofreni hastasına bakım verenlere sosyal destek sağlama ve stresle baş etme becerilerini geliştirmek yaşanan yükü azaltmak için önemlidir.[17]

Ayrıca şizofreni hastasının belirtilerinin kontrol altına alınması, hastaların sosyal işlevselliğinin artırılması, hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon düzeylerini azaltmaya yönelik girişimler, sosyal destek ailenin yükünün azaltılmasına önemlidir.[21] Şizofreni hastasına bakım verenlere sosyal destek sağlama ve stresle baş etme becerilerini geliştirmek yaşanan yükü azaltmak için

önemlidir.[17] Schene ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, bakım vericiliğın dört boyutunu ekonomik sorunlar, gelecek hakkında endişeler, dışarıdaki aktivitelerinde hasta bireye eşlik etmek ve çok fazla alkol almasını engellemek olarak tanımlamışlardır.[22] Şizofrenide rehabilitasyon sürecinin yükünü en belirgin hissedenlerin başında bakım verenler gelmektedir. Bu nedenle rehabilitasyon süreçleri sadece hastalara yönelik değil, aynı zamanda bakım verenlere de yönelik olmalıdır.[23]

Bakım Verenlerde Ruhsal Sağlık

Uzun süreli bakım verme sağlık, sosyoekonomik durum, psikolojik durum gibi yaşam kalitesinin göstergeleri olan alanları etkileyen bir süreçtir. Bakım verenin yaşadığı yük, depresyon, anksiyete, tükenmişlik, fiziksel sağlıkta bozulma, sosyal izolasyon ve ekonomik güçlükler gibi sonuçlar doğurmaktadır.[14] Urizar ve arkadaşları tarafından yapılan 1998-2008 yılları arasında kapsayan, şizofreni hastalarının bakım verenlerinde yaşam kalitesini inceleyen literatür incelemesinde, şizofreni hastasına bakım verenlerin fiziksel, duygusal ve ekonomik stresler yaşadıkları belirtilmektedir.[15]

Bakım verenlerin yaşadıkları yükün şiddetinin artması bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarının kötüleşmesine neden olmaktadır.[24] Yapılan çalışmalarda, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aile üyelerinde ruhsal sağlığın bozulmasının yüksek yük seviyesi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir.[1,25,26] Bakım verme sürecinde yaşanan güçlükler, özellikle hastada görülen davranışsal sorunlar ve negatif semptomların şiddetinin bakım verenlerin ruhsal sağlık durumundaki bozulmanın belirleyicisi olduğu açıklanmaktadır.[27] Hastada baş edilmesi güç davranışlar olması ve negatif belirtilerin fazla görülmesi hasta yakınlarının yüksek düzeyde endişe yaşamasına neden olmaktadır.[28] Ayrıca şizofreni hastasına bakım verenlerin ruhsal sağlık sorunu yaşamasının nedenleri arasında damgalanma, aile içi sorunlar, hastanın bakım verene bağımlılığı ve hastanın alışılmadık davranışlarının etkili olduğu belirtilmektedir.[29] Madianos ve arkadaşlarının çalışmasında şizofreni hastasına bakım verenlerin yaşadıkları ruhsal sağlık sorunlarının nedenleri, sosyal aktivitelerde değişim, ekonomik güçlükler ve damgalanma korkusundan kaynaklanan sosyal izolasyon olduğu belirtilmektedir.[26]

Chang ve Horrocks şizofreni hastalarının bakım verenleri ile yaptıkları niteliksel araştırmada, bakım verenlerin hastalarının bakımının tamamını üstlenmek zorunda kaldıklarında öfke, memnuniyetsizlik ve stres yoğunluğunda artma yaşadıkları belirtilmektedir. Ayrıca stresin şizofreni hastasına bakım

veren birçok aile üyesi tarafından deneyimlenen evrensel bir fenomen olduğu belirtilmektedir.[30] Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım verenlerinde stres ve ruh sağlığı düzeyini tanımlayan çalışmada, bakım verenlerin stres yaşamalarına neden olan durumlar, bakım verenin iş ve evlilik yaşamının olumsuz etkilenmesi ve hasta bireyle sürekli ilgilenmek zorunda olmak belirtilmektedir. Bakım verenlerde en yüksek düzeyde stres yaşamaya neden olan durum hasta bireyin hastalığı ile ilgilenmek zorunda kalmak belirtilmektedir.[31] Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım verenlerinde yaşadıkları stresin sonucu olarak depresif belirtiler ve anksiyete görülme oranı yüksek bulunmuştur.[32,33]

Yapılan çeşitli çalışmalarda da kronik ruhsal hastalığı olan ailelerde ruhsal sağlık sorunu görülme olasılığının yüksek olduğu belirtilmektedir. Yapılan bir çalışmada şizofreni hastasına bakım verenlerde ruhsal sağlık sorunu bulunma olasılığının %55 olduğu belirtilmektedir.[34] Tennakoon ve arkadaşları tarafından ilk psikoz atağını yaşayan hasta yakınları ile yapılan çalışmada, bakım verenlerin %12'sinde ruhsal hastalık sorunu olduğu belirtilmektedir.[28] Bakım verenlerde ruhsal sağlık durumunun incelendiği diğer bir çalışmada ise bakım verenlerin %25'inde depresyon ya da anksiyete gibi ruhsal sağlık sorunu bulunma olasılığının yüksek olduğu saptanmıştır.[35] Amerika'da Latin aileler ile yapılan bir çalışmada şizofreni hastasına bakım verenlerde depresyon görülme oranı %40 olarak belirtilmektedir.[32]

Şizofreni hastası ile birlikte yaşayan bakım verenler ile hasta ile ayrı yaşayan bakım verenlerin eşit oranda stres ve yük yaşadıkları ayrıca her iki gruptaki bakım verenlerin ruhsal hastalık sorunu bulunması açısından risk altında oldukları belirtilmektedir.[35] Schene ve arkadaşları yaptıkları çalışmada şizofreni hastasına bakım verenlerin yaşadıkları stresin olası nedenlerini; hasta ile bakım veren ilişkisinde yaşanan gerginlik, hastanın genel sağlığı ve güvenliği konusunda yaşanan endişe, hastanın ilaçlarını alma durumu, tehlikeli davranışları, uyku durumu gibi davranışlarını sürekli denetlemek zorunda kalma ve hastanın günlük gereksinimlerini yerine getirmesi konusunda zorlanma yaşamaya olarak bulmuşlardır.[22] Yaşanılan stres ile etkili baş etme yöntemi geliştirilmediğinde kronik stresin etkisine bağlı olarak ruhsal sağlık durumunda bozulmanın olduğu açıklanmaktadır.[36] Şizofreni hastasına bakım verenlerde ruhsal hastalık riskinin yüksek olmasının nedeni şizofreninin bireyin duygu, düşünce, algı ve davranış alanlarını olumsuz etkileyen kronik bir hastalık olması, ekonomik ve sosyal kayıplara neden olması, aile üyelerinin üzüntü, endişe, korku, yalnızlık duygusu ve gelecek kaygısı yaşamalarına neden olması

nedeniyle ailenin yoğun stres yaşaması ve yaşadıkları stresle etkili baş edemeleri ile açıklanabilir.

Şizofreni hastasına bakım vermenin aileler üzerinde olumsuz etkileri olduğu açıktır. Psikososyal zorlanma faktörleri hastalığın gidişini olumsuz etkilemektedir. Sorunun saptanması, olası çözümlerin üretilmesi ve her bir çözümün potansiyel sonuçlarının değerlendirilmesi, en iyi strateji konusunda uzlaşma, planlama ve uygulama, sonuçların gözden geçirilmesi basamaklarını içeren stresle baş etme yöntemlerinden problem çözme yaklaşımı aileye öğretilmelidir.[11] Ailelere stresle başa çıkma yollarını öğretebilmek için bu ailelerin ne tür baş etme yolları kullandıklarını belirlemek önemlidir.

Bakım Verenlerde Baş etme

Stresle baş etme, bireyin kendisi için stres verici olay ya da durumun yol açtığı duygusal gerilimi azaltma, yok etme ya da bu gerilime dayanma amacıyla gösterilen bilişsel, davranışsal ve duygusal tepkilerin bütünü olarak tanımlanmaktadır.[37] Folkman ve Lazarus baş etme yöntemlerini problem odaklı ve duygu odaklı olmak üzere iki grupta açıklamışlardır. Problem odaklı baş etme, probleme odaklanan baş etme, aktif bir stratejidir ve planlı, eyleme giden mantıksal bir analizi içermektedir. Duyguya odaklanan baş etme ise pasif bir yöntemdir ve istenmeyen bir olaya bağlı olarak yaşanan duyguları ortadan kaldırma çabasını içermektedir. Problem odaklı davranışlar, durumu değiştirmeye yönelik aktif, mantıklı bilinçli çabaları içerirken, duygulara yönelik yaklaşımlar genellikle uzaklaşma, kendini kontrol etme, sosyal destek arama, kabullenme gibi yaklaşımları içermektedir. Stresle baş etme öğrenilmiş bir davranıştır, birey ya da duruma göre değişiklik gösterir.[37]

Bakımla baş etme, iç ve dış fiziksel ve duygusal ihtiyaçlar arasındaki dengeyi kurabilmek için davranış ve bilişi dengeleme süreci olarak açıklanmaktadır.[38] Bakım verenler tarafından kullanılan baş etme stratejilerini yaşanan stres düzeyi etkilemektedir. Şizofreni hastası olan aileler fazla sayıda kronik stres kaynağına maruz kalmaktadırlar.[39] Aile içindeki başlıca stres kaynakları, bakım veren kişinin deneyimsiz olması ve şizofreni hastasının bakımına yeterince hazırlanamaması, hasta bireyin geleceği konusunda endişe yaşamama, hasta bireyin durumundan ailenin kendisini sorumlu hissetmesi ve hastanın iyileşemeyeceği düşünceleri belirtilmiştir.[40] Şizofreninin kronik ruhsal bir hastalık olması, hastalığın süresinin uzun olması ve hastalık süresi uzadıkça bakım verenin yaşının artması, bakım verenin hastalıkla ilgili ortaya çıkan gereksinimleri karşılama gücünün zaman geçtikçe azalması bakım verenlerde

üzüntünün artmasına ve dolayısı ile stres yaşamalarına neden olmaktadır.[25] Hastanın hastalık belirtilerinin şiddetli olduğu, aile üyesinin hastalığın iyi olmayacağını düşünen ve tedavinin etkisinin yetersiz olacağına inan aileler, diğer ailelere göre daha fazla stres yaşamaktadır.[41]

Şizofreni hastasına bakım verenlerin kullandıkları baş etme yöntemlerini; hastanın durumundan, bakım verenin kişisel özelliklerinden ve bakım verenin hastanın durumunu değerlendirmesi etkilemektedir.[42] Şizofreni hastasına bakım veren aileler yaşadıkları stres ile baş edebilmek için çeşitli baş etme yöntemleri kullanmaktadırlar. Literatürde şizofreni hastalarının bakım verenlerinin kullandıkları baş etme yöntemlerini tanımlamak üzere çeşitli çalışmalar yer almaktadır. Yapılan bu çalışmaların sonuçlarına göre şizofreni hastasına bakım verenlerin etkili ve etkisiz baş etme yöntemleri kullandıkları belirtilmektedir. Şizofreni hastalarının bakım verenlerinin kullandıkları baş etme yöntemlerinin tanımlandığı çalışmada, ailelerin baş etme stratejilerini psikolojik baş etme stratejileri (bilişsel, davranışsal ve duygusal) ve sosyal baş etme stratejileri (dini, sosyal ve profesyonel destek) olarak gruplandırılmıştır.[43] Şizofreni hastasına bakım verenlerin kullandıkları baş etme yöntemlerini tanımlayan bir çalışmada, bakım verenlerin %41'inin problem odaklı baş etme yöntemleri, %32.6'sının sosyal destek arama davranışı, %26.4'ünün ise kaçınma davranışı gösterdikleri belirtilmektedir.[42] Yapılan bir çalışmada, şizofreni hastasına bakım verenlerin %96.8'inin davranışsal baş etme yöntemlerini (başkalarından destek alma, profesyonel yardım arama, başkaları ile konuşma, egzersiz vb.), %48.4'ünün bilişsel baş etme yöntemlerini (bakımı ailenin görevi olarak kabullenme, olaylara olumlu yönden bakmaya çalışma, daha önceki deneyimlerini kullanma vb.), %41.9'unun kaçınma baş etme yöntemlerini (hastalık hakkında konuşmaktan kaçınma, engelleme vb.) kullandıkları ve %16.1'inin ise her üç baş etme yöntemini birlikte kullandıkları belirtilmektedir.[44] Şizofreni hastasına bakım veren ailelerin kullandıkları baş etme yöntemlerinin tanımlandığı bir başka çalışmada ise hastayla daha fazla birlikte olma, hastanın bakımını üstlenmek için sosyal etkinliklerden uzaklaşma, madde kötüye kullanımı, sorunu yok sayma, hastaya karşı saldırgan davranışlar sergileme gibi etkisiz baş etme yöntemleri kullandıkları belirtilmektedir.[39]

Huang ve arkadaşları çalışmalarında ailelerin yaşadıkları stres ile baş edebilmek için ağlama, inkar, kızgınlık, sosyal yaşamdan çekilme, saldırgan davranışlar, pozitif düşünme, bilgi edinme, arkadaş ve komşu desteği alma, sosyal destek arama gibi baş etme yöntemlerini kullandıklarını belirtmektedirler.[43] Terschinsky tarafından belirtildiğine göre, Spaniol çalışmasında şizofreni

hastasına bakım verenlerin yaşadıkları stresle baş etmede kullandıkları baş etme yöntemlerini, çeşitli aktivitelere katılım, iş ile ilgili işleri evden uzaklaştırma, destek gruplarına katılım, hastalığı kabullenme, hasta bireyin davranışlarına sınır getirme, duygusal olarak hastanın durumundan kendisini uzakta tutma, hasta ile birlikte yaşamama ve dini inançları kullanma olarak tanımlamıştır.[7] Nehra ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada şizofreni hastasına bakım verenlerin kullandıkları en yaygın baş etme davranışları, doktora danışma, arkadaş ya da aile üyeleri ile konuşma ve pratikte kullanabilecekleri yardım önerileri arama davranışları olarak tanımlanmaktadır.[45] Şizofreni hastasına bakım verenlerin stres düzeyi ve kullanılan baş etme yöntemi arasındaki ilişki incelendiğinde, yüksek stres yaşayan bakım verenlerin etkisiz baş etme yöntemlerinden kendini suçlamayı kullandıkları, düşük stres yaşayanların ise etkili baş etme yöntemlerinden duygusal destek arama davranışını kullandıkları belirtilmektedir.[41]

Tuck ve arkadaşları yaptıkları çalışmada şizofreni hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin çocuklarına bakım verme sırasında yaşadıkları stresle ve hastalıkla baş etme deneyimlerini tanımlamışlardır. Yapılan çalışmada dokuz çocuğun bakım veren ebeveynleri ile görüşme yapılmıştır. Şizofreni hastası olan ebeveynler baş etme davranışı olarak; olaylara farklı bir pencereden bakmaya çalışarak çocuğun durumundaki değişimleri normal gibi karşılamaya çalışma, profesyonel yardım arama, umudunu kaybetmeme, çocuğu gözlemleme, korumak, çocuğun kişisel gereksinimlerini karşılama, zaman zaman anksiyete yaşama ve kendince şizofreniye anlam yüklemeye çalışma deneyimlerini açıklamışlardır.[46]

Şizofreni hastası olan ailelerin baş etmede kullandığı yöntemleri cinsiyet, yaş, eğitim durumu, bakım süresi, şizofreni hakkında sahip olunan bilgi, algılanan sosyal destek, yük gibi değişkenlerin etkilediği belirtilmektedir.[45] Şizofreni hastasına bakım verenlerin seçtikleri baş etme stratejilerini etkileyen faktörlerinin incelendiği çalışmada sosyal faktörlerin kullanılan baş etme yöntemine etkisi olduğu belirtilmektedir. Düşük sosyal desteği olan kişiler boyun eğici ve kaçınma davranışı sergilemekte, sosyal desteği yüksek olanlar ise problem odaklı baş etme davranışı sergilemektedirler.[47]

Kadın bakım verenlerin erkek bakım verenlere göre problem odaklı baş etme davranışlarını daha fazla kullandıkları belirtilmektedir.[45] Genç bakım verenlerde problem odaklı baş etme davranışları daha fazla kullanılırken, yaşlı bakım verenlerde duygu odaklı baş etme davranışı daha fazla kullanılmaktadır. Yaşlı bakım verenlerde ve hastası ile uzun zaman geçiren eğitim düzeyi düşük bakım verenlerde ise spiritüel yardım arama baş etme davranışı daha fazla

kullanılmaktadır. Hastasına daha uzun süredir bakım veren, sosyal desteği yetersiz ailelerin baş etmede duyguya odaklı baş etme yöntemi kullandıkları belirtilmektedir.[47]

Şizofreni hastasına bakım verenlerin ailedeki stres kaynakları, kullandıkları baş etme yöntemleri ve sağlık çalışanları ile iletişim kurmaları bu ailelerin aile sağlığının en önemli belirleyicileri olarak belirtilmektedir.[25] Sağlık çalışanları tarafından ailelerin bilgilendirilmesi, ailelerin yaşadıkları güçlüklerle daha etkin baş etmelerine yardımcı olmaktadır. Bu amaçla düzenlenen destek gruplar aile üyelerinin yaşadıkları güçlükler ile etkili bir şekilde baş edebilmeleri için önemli kaynaklardır.[48]

Bakım Verenlerin Gereksinimleri

Şizofreni hastasına bakım verenlerin bakım verme rollerini yerine getirmede profesyonel destek, şizofreni hastaları için yasal kaynaklar ve bilgi gereksinimleri olduğu belirtilmektedir.[49] Şizofreni hastasına bakım verenlerin eğitim gereksinimlerini belirlemeye yönelik yapılan diğer bir çalışmada; hastalığın erken belirti ve bulguları, ilaçların etkisi ve hastanın alışılmadık, saldırgan davranışları ile baş etme konularında bilgi gereksinimleri olduğu belirtilmektedir.[50] Chambers ve arkadaşlarının çalışmasında da bakım verenlerin sosyal desteğe, hastalık hakkında bilgiye ve bakım verme rolüne uyum ve baş etme konularında desteğe ihtiyaç duydukları belirtilmektedir.[38]

Ülkemizde şizofreni hastalarının bakım verenlerin gereksinimlerini belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda da benzer gereksinimler ortaya çıkmıştır. Gümüş çalışmasında ailelerin bakım verme rolünü yerine getirirken, hastalığın nedenleri ve tedavisi ile ilgili genel bilgiler, şizofreninin belirtileri ile baş etme, stresle baş etme, hasta birey ile iletişim kurma, hasta için boş zaman aktivitelerini planlama, sorun çözme, ve hastaların yasal hakları ile ilgili bilgilere gereksinim duyduklarını belirtmektedir.[51]

Ülkemizde yapılan şizofreni hastalarının bakım verenlerinin hastalık ile ilgili bilgi ve görüşlerinin değerlendirildiği çalışmada, hasta yakınlarının %62'sinin hastalığın ismini şizofreni ya da psikoz olarak bildikleri, %17.5'inin ise hastalığın ismini bilmedikleri, %87.7'sinin şizofreninin bir beyin hastalığı olduğunu, %95.9'unun ruhsal bir hastalık olduğunu ve %67.5'inin kişilik bozukluğu olduğunu belirttikleri ve ilaç tedavisinin mutlaka uygulanması gerektiğini bildikleri belirtilmektedir.[52] Kronik ruhsal hastalığı olan bireye bakım verenler ile yapılan niceliksel bir araştırmada, bakım

verenler sağlık çalışanlarından kendilerini anlamalarını ve hastalık konusunda daha fazla bilgi vermelerini istedikleri ortaya çıkmıştır.[53]

Bakım verenler sağlık çalışanları ile işbirliği içinde olmak ve tedaviye aktif katılmak istemektedirler.[54] Şizofreni tedavisine hasta aile ve sağlık çalışanlarının işbirliği içinde olması tedavinin etkinliğini arttırmakta hastalığın tekrarlama ve tekrar hastaneye yatış oranını azaltmaktadır.[55] Bakım verenlerin gereksinimlerinin saptandığı çalışmaların sonuçları bakım verenlere yönelik uygulanan müdahale programlarının içeriklerini oluşturmada yol gösterici olması açısından önemlidir.

Bakım Verenlere Yönelik Müdahale Programları

Şizofrenide rehabilitasyon sürecinin yükünü en belirgin hissedenenlerin başında bakım verenler gelmektedir. Bu nedenle rehabilitasyon süreçleri sadece hastalara yönelik değil, aynı zamanda bakım verenlere de yönelik olmalıdır.[23] Şizofreni hastasına bakım verenlere profesyonel destek sağlamak, bakım verenin sağlığı ve hasta bireyin fonksiyonelliğini arttırmak açısından önemlidir.[53] Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalığının tedavisinde tıbbi müdahalelerin yanı sıra aile müdahalelerinin de önemli olduğu ve aile müdahalelerinin ailenin işlevselliğini, sağlık çalışanları ile işbirliğini ve dolayısıyla tedaviye uyumu arttırdığı belirtilmektedir.[56-58] Şizofreni hastalarına yönelik müdahalelerin amacı; hasta bireyin hastalığı ve hastalığın yaşamında yarattığı güçlüklerle baş edebilmesi için gerekli gücü kazanmasına yardımcı olmaktır. Hastanın sorunları ile baş edebilecek düzeye gelmesi için ona destek olabilecek aile üyeleri ile işbirliğinin başlatılması, uygulanacak program ve müdahalelerle güçlendirilmesi gerekmektedir.[59]

Şizofreni hastalarının aile işlevlerinin incelendiği çalışmada, aile işlevlerinin sağlıksız ve bozuk olduğu, ailelerin ailesel ve sosyal destek konusunda olduğu kadar aile içi ilişkiler yönünden bilinçlendirilmeleri ve eğitilmeleri gerektiği belirtilmektedir.[60] Addington ve arkadaşlarının makalesinde belirtilen, Addington ve Gleeson şizofreni hastalarının ailelerine yönelik beş hedef tanımlamışlardır. Bunlar;

1. Ailenin işlevselliğini arttırmak
2. Hastalığın aile yaşamına olan olumsuz etkisini en aza indirmek
3. Ailenin stres ve yük deneyimleme riskini en aza indirmek.
4. Şizofreninin birey ve aile üzerindeki etkilerini aile üyelerine anlatmak
5. Şizofreni hakkında aileyi bilgilendirmektir.[61]

Şizofreni hastasına sahip ailelere yönelik müdahaleler sıklıkla aile eğitimi, aile destek grupları, aileler için özel eğitim grupları, kriz yönetimi ve danışmanlık gibi müdahalelerden oluşmaktadır.[62] Aile müdahaleleri ile genellikle ailelere hastalık ve tedavi bilgisi verilmekte, iletişim ve problem çözme becerileri öğretilmektedir.[63]

Aile müdahalelerinin birçok farklı amaçları vardır. Bunlar;

a)Şizofreni hastasına bakım veren kişi ile işbirliğini geliştirme,

b)Bakım veren kişi üzerindeki stres ve yükü azaltarak aile ortamından kaynaklanabilecek olumsuz etkileri en aza indirmek,

c)Bakım verenlerin problemleri önceden saptama ve çözme kapasitelerini arttırmak,

d)Ailedeki öfke ve suçlama/suçlanma ifadelerini en aza indirmek,

e)Hastadan beklentilerin belirlenmesi,

f)Bakım verenleri hastaların davranışlarına yönelik uygun sınırlamalar oluşturmaları ve sürdürmeleri konusunda cesaretlendirme ve

g)Bakım verenin davranışları ve inanç sisteminde beklenen değişimleri sağlamaktır.[64]

Ruh sağlığı çalışanları aileler için formal destek kaynağıdır. Sağlık profesyonelleri tarafından ailelere yönelik profesyonel öneriler ailelerin kendilerini yeterli hissetmesini sağlar ve hissettikleri yükü azaltır.[48] Bu nedenle ruh sağlığı çalışanları aile müdahale programları aracılığı ile ailenin bakım verici rollerini yerine getirebilme, etkili baş etme davranışlarını geliştirme, kişilerarası ilişki becerisini arttırabilme, sorun çözme becerilerini geliştirebilme ve stresle baş edebilme becerilerini geliştirmede önemli rol oynamaktadır.[1] Psikiyatri hemşiresi bu rolünü yerine getirebilmek için aile müdahalelerinden birisi olan aile eğitimi, psikoeğitim yaklaşımını kullanmaktadır.[65]

Hastalık, tedavisi ve baş etme yolları konusunda aileye bilgi sağlayan ve kanıta dayalı uygulama olan psikoeğitim ailenin işlevselliğini artırma, hastalıkla baş etmelerine yardım etme, ailenin yaşadığı sıkıntıları azaltma ve hastalığın tekrarlama oranını azaltmada önemli bir yere sahiptir.[55,66] Ancak psikoeğitim sadece araştırma kapsamındaki ailelere uygulanmakta ve rutin uygulamada yer almamaktadır.[67] Aileler genellikle hastaları hastaneye yattığı zaman eğitim alabilmektedirler.[65] Yapılan çalışmalarda, şizofreni hastalarının bakım verenlerine psikoeğitim uygulanamamasının nedenleri, hastanın hastanede kalış süresinin kısa olması, klinik uygulama rutinleri içinde ailelere yönelik programların olmaması, aile müdahaleleri konusunda yetişmiş insan gücünün az olması, zaman yetersizliği ve klinik deneyim yetersizliği olarak belirtilmektedir.[68,69]

Aile müdahalelerinden biri olan psikoeğitimin sağlık çalışanları tarafından yürütülen uygulamaların içinde yer almaması aileden aileye eğitim/destek programlarının ortaya çıkmasına neden olmuştur.[62,70] Aileden aileye eğitim programları akran destek gruplarıdır. Akran desteği benzer problemi olan kişilerin gönüllü olarak bir araya gelmeleri ve karşılıklı iletişim içinde birbirlerine destek olmaları sürecidir.[71,72] Bu süreçte benzer deneyimleri yaşayan kişiler birbirileri ile daha iyi empati kurabilirler ve birbirilerine sağlık profesyonellerinin bilmediği ya da düşünemediği pratik öneri ve tavsiyelerde bulunabilirler.[73] Başka insanlarla benzer deneyimleri paylaşmak kişinin içinde bulunduğu durumu anlamasını kolaylaştırarak sosyal izolasyonu engelleyebilir ve sosyal ağlarını genişletir.[72] Akran destek gruplarında kişiler, kendilerini ifade etme imkanı bulmakta, birbirileri ile empatik ilişki kurabilmekte ve yaşadıkları zorlanmalara karşı psikososyal uyum sağlamaktadırlar.[19] Akran gruplarının sağladığı destekleyici ilişki, kişiyi olumlu olarak etkilemekte, stresörlere ve zorlanmalara karşı koruyucu rol oynamaktadır. Davidson ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada akran temelli destek programlarının etkisi değerlendirilmiş ve bu programların psikososyal sağlığın gelişmesi açısından etkili olduğu bulunmuştur.[72] Akran desteği ile yürütülen programlar, ruh sağlığı sisteminde var olan hasta ve ailelere yönelik eğitim açığını da kapatmaktadır.[73] Ancak akran destek programları ruh sağlığı sistemine yeni girmiştir bu nedenle geliştirilmesi ve etkinliğinin değerlendirilmesi gerekmektedir.[72]

Sonuç

Kronik psikiyatri hastalarının aileleri ile ilgili ülkemizde yapılan çalışmaların sistematik incelenmesi sonucunda, kronik psikiyatri hastalarının ailelerinin yaşadıkları güçlükler ve yükleri nedeniyle ruhsal yönden riskli oldukları belirtilmektedir.[74] Bu durumda bakım verenlerin yaşayabilecekleri sorunlar konusunda önceden bilgilendirilmeleri, etkili baş etme yöntemleri geliştirmeleri önemlidir. Bu amaçla şizofreni hastası ile birlikte yaşayan ve hastanın bakımını üstlenen bakım verenler hastanın tedavi sürecine dahil edilmelidir. Şizofreni hastalarının aileleri ve bakım verenlere yönelik müdahale programlarının geliştirilmesi ve etkinliğinin değerlendirilmesi önemlidir.

Kaynaklar

1. Saunders J. Families living with severe mental illness: a literature review. Issues Ment Health Nurs 2003; 24:175-198.

2. Duman ZÇ, Kuşçu MK, Özgün S. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin duygu ifadelerini belirlemede Camberwell Aile Görüşmesi ile Duygu İfadesi Ölçeğinin karşılaştırılması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2013; 50:301-305.
3. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th edition. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2009.
4. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye'de psikoz epidemiyolojisi: yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg* 2011;22:40-52.
5. Eskin M. Aile terapileri: temel ilke, kavram ve seçilmiş modeller. In *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2. Baskı (Eds E Köroğlu, C Güleç). Ankara, Hekimler Yayın Birliği 2007.
6. Öztürk, O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Sekizinci Basım. Ankara, Feryal Matbaası 2001.
7. Terschinsky U. Living with schizophrenia: the family illness experience. *Issues Ment Health Nurs* 2000; 21:387-396.
8. Saunders JC, Byrne MM. A thematic analysis of families living with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2002; 16:217-213.
9. Gülseren L. Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Derg* 2002; 13:143-151.
10. Soygür H. Şizofreni tedavisinde aileye yaklaşım. *Psikiyatri Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi* 1993; 1:117-127.
11. Soygür H. Şizofreni tedavisine genel bir bakış. *Psikiyatri Dünyası* 1999; 3:83-90.
12. Üçok A. Şizofreni: damga, mitler ve gerçekler. *Psikiyatri Dünyası* 1999; 3:67-71.
13. Kıvrıkcık ABB, Alptekin K, Topkaya ŞÖ, Belkiz B, Nazlı E, Özsin E et al. Gençlerde şizofreniyi damgalama düzeyi. *Yeni Symposium* 2004; 42:113-117.
14. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpölat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2011; 3:513-552.
15. Urizar AC, Maldonado JG, Castillo CM. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review. *Health Qual Life Outcomes* 2009; 7:84:1-5.
16. McCaan TV, Lubman DI, Clark E. First time primary caregivers experience of caring for young adults with first episode psychosis. *Schizophr Bull* 2009; 37:381-388.
17. Schulze B, Rössler W. Caregiver burden in mental illness: review of measurement, findings and interventions in 2004-2005. *Curr Opin Psychiatry* 2005; 18:684-691.
18. Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry* 2011; 3:251-277.
19. Reay-Young R. Support groups for relatives of people living with a serious mental illness: an overview. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation* 2001; 5:56-80.
20. Magliano L, Marasco C, Fiorillo A, Malangone C, Guarneri M, Maj M. The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106:291-298.
21. Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı AE, Çubukçuoğlu Z et al. Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Derg* 2010; 21:203-12.

22. Schene AH, Wijngaarden B, Koeter MWJ. Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. *Schizophr Bull* 1998; 24:609-618.
23. Kuşcu MK. Rehabilitasyon süreci ve bakım vericilik: Zedeleyen mi yoksa iyileyen mi? *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 2000; 8:30-34
24. Maldonado G, Caqueo U, Kavanagh J. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005; 40:899-904.
25. Doornbos MM. Predicting family health in families of young adults with severe mental illness. *J Fam Nurs* 2002; 8:241-263.
26. Madianos M, Economou O, Dafni E, Koukia A, Palli A, Rogakou E. Family disruption, economic hardship and psychological distress in schizophrenia: can they be measured? *Eur Psychiatry* 2004; 19:408-414.
27. Tucker C, Barker A, Gregoire A. Living with schizophrenia: caring for a person with a severe mental illness. *Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 1998; 33:305-309.
28. Tennakoon L, Fannon D, Doku V, O'Ceallaigh S, Soni W, Santamaria M et al. Experience of caregiving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis. *Br J Psychiatry* 2000; 177:529-533.
29. Martens L, Addington J. The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 2001; 36:128-133.
30. Chang KH, Horrocks S. Lived experiences of family caregivers of mentally ill relatives. *J Adv Nurs* 2006; 53:435-443.
31. Falloon IR, Graham-Hole V, Woodroffe R. Stress and health of informal carers of people with chronic mental disorders. *J Ment Health* 1993; 2:165-173.
32. Magana SM, Garcia JIM, Hernandez MG, Cortez R. Psychological distress among Latino family caregivers of adults with schizophrenia: the roles of burden and stigma. *Psychiatr Serv* 2007; 58: 378-384.
33. Perlick DA, Rosenheck RA, Miklowitz DJ, Chessick C, Wolff N, Kaczynski R et al. Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2007; 9:262-273.
34. Barrowclough C, Tarrier N. The family questionnaire (FQ): A scale for measuring symptom appraisal in relatives of schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108:290-296
35. Laidlaw TM, Coverdale JH, Falloon IRH, Kydd RR. Caregivers stresses when living together or apart from patients with chronic schizophrenia. *Community Ment Health J* 2002; 38:303-310.
36. Boye B, Bentsen H, Ulstein I, Notland TH. Relatives' distress and patients' symptoms and behaviours: a prospective study of patients with schizophrenia and their relatives. *Acta Psychiatr Scand.* 2001; 104:42-50.
37. Lazarus RS, Folkman S. *Stress Appraisal and Coping.* New York, Springer Publishing Company, 1984.
38. Chambers M, Ryan AA, Connor SL . Exploring the emotional support needs and coping strategies of family carers. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001; 8:99-106.

39. Hall MJ, Docherty NM. Parent coping styles and schizophrenic patient behaviour as predictors of expressed emotion. *Fam Process* 2000; 39:435-444.
40. Chien WT, Chan S, Morrissey J, Thompson D. Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia. *J Adv Nurs*. 2005; 51:595-608.
41. Fortune DG, Smith JV, Garvey K. Perceptions of psychosis, coping, appraisals and psychological distress in the relatives of patients with schizophrenia: an exploration using self regulation theory. *Br J Psychol* 2005; 44:319-331.
42. Scazufca M, Kuipers E. Coping strategies in relatives of people with schizophrenia before and after psychiatric admission. *Br J Psychol* 1999; 174:154-158.
43. Huang XY, Sun FK, Yen WJ, Fu CM. The coping experiences of carers who live with someone who has schizophrenia. *J Clin Nurs* 2008; 17:817-826.
44. Doherty KY, Doherty DT. Coping strategies and styles of family carers of persons with enduring mental illness: a mixed method analysis. *Scand J Caring Sci* 2008; 22:19-28.
45. Nehra R, Chakrabarti S, Kulhara P, Sharma R. Caregiver coping in bipolar disorder and schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40:329-336.
46. Tuck I, Mont P, Evans G, Shupe J. The experience of caring for an adult child with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 1997; 11:118-125.
47. Magliano L, Fadden G, Madianos M, de Almeida JM, Held T, Guarneri M et al. Burden on the families of patients with schizophrenia: result of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33:405-412.
48. Chen F, Greenberg JS. A positive aspect of caregiving: the influence of social support on caregiving gains for family members of relatives with schizophrenia. *Community Ment Health J* 2004; 40:423-435.
49. Winefield HR, Harvey EJ. Needs of family caregivers in chronic schizophrenia. *Schizophr Bull* 1994; 20:557-566.
50. Chien WT, Norman I. Educational needs of families caring for Chinese patients with schizophrenia. *J Adv Nurs* 2003;44(5): 490-498.
51. Gümüş AB. Şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006; 7:33-42.
52. Yıldız M, Yazıcı A, Çetinkaya Ö, Bilici R, Elçim R. Şizofreni hastalarının yakınlarının hastalıkla ilgili bilgi ve görüşleri. *Türk Psikiyatri Derg* 2010; 21:105-113.
53. Doornbos, MM. Family caregiving for young adults with severe and persistent mental illness. *J Fam Nurs* 2001; 7: 328-344.
54. Solomon P. Interventions for families of individuals with schizophrenia maximising outcomes for their relatives. *Dis Manage Health Outcomes* 2000; 8:211-221.
55. Maldonado GJ, Urizar AC. Effectiveness of psycho-educational intervention for reducing burden in latin american families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res* 2007; 16: 739-747.
56. Chien WT. Effectiveness of psychoeducation and mutual support group program for family caregivers of chinese people with schizophrenia. *Open Nurs J* 2008; 2:28-39.
57. Barbato A, D'Avanzo B. Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102:81-97.

58. Doğan O. Şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3:240-248.
59. Mohr KW. Partnering with families. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2000; 38:15-22.
60. Ebrinç S, Çetin M, Başoğlu C, Ağargün MY, Seçil M, Can S ve ark. Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışı vurumunun incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2:5-14.
61. Addington J, McCleery A, Addington D. Three-year outcome of family work in an early psychosis program. *Schizophr Res* 2005;79:107-116.
62. Dixon L, McFarlane WR, Lefley H, Lucksted A, Cohen M, Falloon I et al. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv* 2001; 52:903-910.
63. Glynn SM, Cohen AN, Dixon LB, Niv N. The potential impact of the recovery movement on family interventions for schizophrenia:opportunities and obstacles. *Schizophr Bull* 2006; 32:451-463.
64. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; (12):CD000088.
65. Fung C, Fry A. The role of community mental health nurses in educating clients and families about schizophrenia. *Austr N Z J Ment Health Nurs* 1999; 8:162-175.
66. Li Z, Arthur D. Family education for people with schizophrenia in Beijing, China. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 339-345.
67. Lincoln TM, Wilhelm K, Nestoriuc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders:a meta-analysis. *Schizophr Res* 2007;96: 232-245.
68. Rose LE, Mallinson KR, Walton MB. Barriers to family care in psychiatric settings. *J Nurs Scholarsh* 2004; 36:39-47.
69. Rummel CB, Hansen PW, Helbig A, Pitschel-Walz G, Kissling W. Peer to peer psychoeducation in schizophrenia: a new approach. *J Clin Psychiatry* 2005; 66:1580-1585.
70. Schenk PSA, Bennett C, Cook JA, Steigman P, Lippincott R, Villagrancia I et al. Changes in caregiving satisfaction and information needs among relatives of adults with mental illness: results of a randomized evaluation of a family-led education. *Am J Orthopsychiatry* 2006; 76:545-553.
71. Chinman M O'Connell, Davidson L. Services providers views of psychiatric mutual support groups . *J Community Psychol* 2002; 30:349-366.
72. Davidson L, Chinman M, Sells D, Rowe M. Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. *Schizophr Bull* 2006; 32:443-450.
73. Mead S, Macneil C. Peer support: what makes it unique? *International Journal of Psychosocial Rehabilitation* 2006; 10:29-37.
74. Çetinkaya Duman Z, Bademli K. Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: sistematik bir inceleme *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2013; 5:78-94.

Kerime Bademli, Dr., Akdeniz Üniv. Antalya Sağlık Y.O, Antalya; **Zekiye Çetinkaya Duman**, Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniv. Hemşirelik Fakültesi, İzmir.

Yazışma Adresi/Correspondence: Kerime Bademli, Akdeniz Üniv. Antalya Sağlık Y.O., Antalya, Turkey.
E-mail: kerimedemirbas@akdeniz.edu.tr

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

The authors reported no conflict of interest related to this article.

Çevrimiçi adresi / Available online at: www.cappsy.org/archives/vol5/no4/

Çevrimiçi yayım / Published online 29 Aralık/December 29, 2013; doi:10.5455/cap.20130529
