

Kronik Psikiyatri Hastalarının Aileleri: Sistemik Bir İnceleme

Families of Chronic Psychiatric Patients: A Systematic Review

Zekiye Çetinkaya Duman, Kerime Bademli

ÖZET

Bu çalışmanın amacı ülkemizde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleri ile yapılan çalışmaları belirlemek ve bu alanda ne tür çalışmalara gereksinim olduğunu ortaya çıkarmaktır. Bu süreçte Türkiye’de kronik psikiyatri hastalarının aileleri ile yapılan çalışmaları belirlemek için ulusal ve uluslararası veritabanları taranmış, ölçütlere uygun toplam 26 çalışma değerlendirmeye alınmıştır. Kapsanan tanımlayıcı çalışmalarda ailelerin ruhsal sağlık durumları, aile yükü, yaşam kalitesi, umutsuzluk, ailelerin tutumu, işlevsellikleri, duygu dışavurumu ve eğitim gereksinimleri tanımlanmıştır. Deneysel çalışmalarda bakım verenlere yönelik uygulanan çeşitli psikoeğitim müdahalelerinin hastalar ve aileler üzerine etkisi incelenmiştir. Ülkemizde kronik psikiyatri hastalarının ailelerinin stresle baş etme düzeylerini ve yüklerini tanımlayan çalışmalar ve bu ailelere yönelik müdahale çalışmaları yetersiz olup, bu alana özgü müdahale programlarına ve izleme çalışmalarına gereksinim vardır.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, aile, ruhsal bozukluk, aile araştırması

ABSTRACT

This study aims to investigate the studies conducted with the families of chronic psychiatric patients in Turkey and determine the characteristics and scope of future studies. In order to map out the recent studies conducted with the families of psychiatric patients in Turkey national and international databases were reviewed and eventually 26 studies were found to be suitable for inclusion. Of 26 studies reviewed, 7 studies were experimental and 19 studies were designed as descriptive in which certain reference points were defined such as mental health conditions of the family, family burden, quality of life, functionality, expressed emotions and their needs for education. On the other hand, the experimental studies mostly focused on the effects of various psychoeducation intervention programs particularly designed for care

givers on patients and families. It was concluded that there is an obvious insufficiency in the number studies and researches on defining stress management levels and burdens of the families of chronic psychiatric patients as well as intervention programs specially designed for such families. Particularly designed intervention programs and studies are warranted.

Keywords: Schizophrenia, family, mental illness, family research

Kronik ruhsal hastalıklar bireylerde bilişsel zararlarla birlikte, yeti yitimi, sosyal ve ekonomik kayıplara neden olmakta, hastalar aile içinde, toplumda kendilerinden beklenen rolleri yerine getiremedikleri için zorluk yaşamakta ve sürekli olarak aile bakımı ve desteğini almak zorunda kalmaktadır.[1] Kronik psikiyatri hastalarının çoğu aileleri ile birlikte yaşamaktadır ve aileler çoğu zaman bakım verme rolünü herhangi bir destek almadan yerine getirmektedirler.[2] Aile üyeleri hastanın durumuyla ilgili çeşitli güçlüklerle karşılaşmaktadır. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleri ile yapılan çalışmalarda; ailelerin stres anksiyete, depresyon, utanç, suçluluk, korku, çaresizlik, zorlanma, endişe umutsuzluk gibi duygular yaşadıkları belirtilmektedir.[1,3] Yapılan çalışmalarda kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım verenlerinde yaşadıkları stresin sonucu olarak depresif semptomlar ve anksiyete görülme oranı yüksek bulunmuştur.[4,5] Sonuç olarak ailelerin sağlığının korunmasının önemi ve ailenin tedaviye etkin biçimde katılması gerekliliği belirtilmektedir.[6]

Aileler bakım verme rolünü yerine getirirken hastalığın nedenleri ve tedavisi ile ilgili genel bilgiler, şizofreninin belirtileri ile başetme, stresle başetme, hasta birey ile iletişim kurma, hasta için boş zaman aktivitelerini planlama, sorun çözme ve hastaların yasal hakları ile ilgili bilgilere gereksinim duymaktadırlar.[7] Bakım verenlerin gereksinimlerine yönelik çeşitli müdahaleler uygulanmaktadır. Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalığının tedavisinde tıbbi müdahaleler ile birlikte psikososyal müdahalelerin de önemli olduğu vurgulanmaktadır. Hastalara ve ailelerine yönelik uygulanan psikososyal yaklaşımlar aile psikoeğitimi, bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi, sosyal beceri eğitimi, işe uyumlandırma terapileri ve bilişsel davranışçı terapilerdir.[8] Waltz ve arkadaşları tarafından şizofreni hastalarının bakım verenleri ile yapılan çalışmaların meta analizinde psikoeğitim müdahalelerinin hastalığın tekrarlanma oranını %20 azalttığı belirtilmektedir.[9]

Kronik psikiyatri hastalarının aileleri ile yapılan müdahale çalışmalarının hasta ve aileler üzerine olumlu etkileri kanıtlanmasına rağmen ailelerin ruh sağlığı uzmanlarından yeterli yardım alamadıkları bilinmektedir.[9] Rehabili-

tasyon süreci hem hastalara hem de ailelere yönelik müdahaleleri içermelidir.[10] Ailelere yönelik müdahaleler ise bilimsel çalışmalarla etkinliği kanıtlanmış müdahaleler olmalıdır. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleri ile ilgili yapılan çalışmaları bilmek, ailelerin gereksinimlerini belirlemek ve uygun müdahaleleri planlayabilmek için önemlidir. Bu sistematik inceleme kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleri ile ilgili ülkemizde yapılan çalışmaları belirlemek ve bu alanda ne tür çalışmalara gereksinim olduğunu ortaya çıkarmak amacıyla yapılmıştır. Bu incelemeye başlarken oluşturulan sistematik derleme sorusu “Şizofreni hastalarının aileleri ile yapılan çalışmalar ve sonuçları nelerdir?” şeklindedir.

Yöntem

Bu çalışma Centre for Reviews and Dissemination (CRD) 2009 yılı rehberi doğrultusunda yürütülmüştür.[11] 2000 ve 2010 yılları arasında kronik psikiyatri hastalarının aileleri ile ilgili yapılan çalışmaları belirlemek için Türk Tıp Veri Tabanı, Türk Psikiyatri Dizini, Türk Medline YÖK Ulusal Tez Merkezi ve Pubmed veri tabanları taranmıştır. Tarama yapılırken, “aile (family), bakım veren (caregiver), kronik ruhsal hastalık (chronic mental illness) ve aile müdahaleleri (family interventions) anahtar sözcükleri kullanılmıştır. Ulaşılan kaynaklardan örnekleminde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleri ile ilgili 26 araştırma incelenmiştir. Konu ile ilgili yapılmış gözden geçirme çalışmaları dışlanmıştır.[12] Bu çalışmada ele alınan makalelerin çalışmaya katılma ölçütleri; kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleri ile yapılan, online tam metnine ulaşılabilen ve ailelere yönelik müdahalelerin olduğu çalışmalardır. Çalışmaları dışlama ölçütleri ruhsal hastalığı olmayan bireylerin aileleri ile yapılan çalışmalar, olgu sunumları, panel sunumları ve ölçek çalışmalarıdır.

Çalışmaların Seçimi ve Araştırmaların Değerlendirilmesi

Araştırma için belirlenen anahtar sözcüklerin taranması sonucu elde edilen çalışmalar katma ve dışlama ölçütlerine göre değerlendirilmiş ve ölçütlere uygun olmayan çalışmalar elenmiştir. Ulaşılan çalışmalar başlıklarına göre değerlendirilmiş ve ilgili olmayan 2787 çalışma kapsam dışı bırakılmıştır. Veri tabanlarından elde edilen 153 çalışmadan aynı olanlar çıkarıldıktan sonra 67 çalışma değerlendirmeye alınmıştır. Değerlendirmeye alınan çalışmalar katma ve dışlama ölçütlerine göre tekrar değerlendirilmiş ve ölçütlere uygun olmayan çalışmalar elenmiştir. Sonuç olarak toplam 26 çalışmaya ulaşılmıştır.

Tablo.1. Kapsanan Çalışmalar ve Kullanılan Ölçekler

Kaynak	Kullanılan Ölçekler	Çalışma Tipi
13	Hastalık Bilgi Formu	Tanımlayıcı Çalışma
14	Algılanan Aile Yüğü Ölçeği Beck Depresyon Ölçeği Beck Anksiyete Ölçeği	Tanımlayıcı Çalışma
15	Ruhsal Hastalıklara İlişkin Görüşler Ölçeği	Tanımlayıcı Çalışma
16	Beck Umutsuzluk Ölçeği	Tanımlayıcı Çalışma
16, 17	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Tanımlayıcı Çalışma
18	Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği	Tanımlayıcı Çalışma
19	Suçluluk-Utanç Ölçeği	Tanımlayıcı Çalışma
20	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	Tanımlayıcı Çalışma
17	Genel Sağlık Anketi Zarit Aile Yük Ölçeği Baş Etme Yolları Ölçeği Maslach Tükenmişlik Ölçeği Trauma Sonrası Gelişim Envanteri	Tanımlayıcı Çalışma
7	Sağlık Eğitim Gereksinimleri Değerlendirme Formu	Tanımlayıcı Çalışma
21,25	Aile Değerlendirme Ölçeği	Tanımlayıcı Çalışma
21	Sosyal İşlevsellik Ölçeği	Tanımlayıcı Çalışma
22	Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği	Tanımlayıcı Çalışma
26	Ruhsal Hastalıklara İlişkin Tutumlar Ölçeği	Tanımlayıcı Çalışma
27,28	Camberwell Aile Görüşmesi	Tanımlayıcı Çalışma
29	Aile Ortamı Ölçeği	Tanımlayıcı Çalışma
31,32,33	Duygu Dışavurumu Ölçeği	Deneysel Çalışma
34	Aile Değerlendirme Ölçeği Duygu Dışavurumu Ölçeği	Deneysel Çalışma
34	Algılanan Aile ve Arkadaş Sosyal Destek Ölçeği Durumluluk Kaygı Ölçeği Beck Depresyon Ölçeği Beck Anksiyete Ölçeği	Deneysel Çalışma
35	Camberwell Aile Görüşmesi	Deneysel Çalışma
32	Beck Umutsuzluk Ölçeği	Deneysel Çalışma
33,36	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	Deneysel Çalışma
33	Memnuniyet Belirleme Formu	Deneysel Çalışma
6	Yaşam Kalitesi Ölçeği Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Kısa Belirti Ölçeği Bakım Verenlerin Güçlüklerini Belirleme Formu	Deneysel Çalışma
22	Hastalara uygulanan ölçekler	Tanımlayıcı Çalışma
22	Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği	Tanımlayıcı Çalışma
23	Aile Değerlendirme Ölçeği	Tanımlayıcı Çalışma
25	Algılanan Aile Desteği Ölçeği Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği	Tanımlayıcı Çalışma
25, 28	Dışa Vurulan Duygulanım Ölçeği	Tanımlayıcı Çalışma
29	Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği	Tanımlayıcı Çalışma
30	Yaşam Kalitesi- Kısa Formu	Tanımlayıcı Çalışma
28	Aile Soru Formu (Family Questionnaire)	Tanımlayıcı Çalışma
34	Klinik Global İzlenim Ölçeği, Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği	Deneysel Çalışma

Bulgular

Çalışmaların Özellikleri

Örneklem

İnceleme kapsamına alınan kronik psikiyatri hastalarının aileleri ile ilgili yapılan çalışmalarda örneklem sayısı birbirinden farklılık göstermektedir. Yapılan tanımlayıcı çalışmalarda, Kuşçu ve arkadaşlarının 30 şizofreni hastasının bakım veren ile yaptığı çalışma en küçük örnekleme oluşturmaktadır. Yıldız ve arkadaşlarının çalışması 332 kişi ile en büyük örnekleme oluşturmaktadır.[13] İnceleme kapsamındaki deneysel çalışmalarda Doğan ve arkadaşları tarafından yapılan yarı deneysel çalışma 23 kişi ile en küçük örnekleme oluştururken, Yıldırım ve Ekinci tarafından yapılan yarı deneysel çalışma 66 kişi ile en büyük örnekleme oluşturmaktadır.[6,14] İnceleme kapsamına alınan çalışmaların örneklemelerini şizofreni, bipolar bozukluk, duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve psikotik bozukluk tanılı hasta yakınları oluşturmaktadır.

Yöntem

İnceleme kapsamına alınan çalışmalardan 19 çalışma tanımlayıcı çalışma, 7 çalışma da yarı deneysel çalışmadır. Yarı deneysel çalışmalardan altı çalışmada ön test son test kontrol gruplu tasarım, bir çalışmada da ön test son test tasarım kullanılmıştır.

Kullanılan Ölçüm Araçları

İncelenen çalışmalarda çeşitli ölçekler kullanılmıştır. Çalışmalarda kullanılan ölçekler Tablo.1'de verilmiştir.

Tanımlayıcı Çalışmaların Sonuçları

Kronik psikiyatri hastalarının aileleri ile yapılan tanımlayıcı çalışmalarda bakım veren yükü, aile işlevleri, ailenin duygu ifadesi ve ruh sağlığı, hastalığa yönelik tutumlar, hastalık ve tedaviler hakkındaki bilgi gereksinimleri incelenmiştir (Tablo.2).

Bakım Veren Yükü

Bakım veren yükünü belirlemeye yönelik Gülseren ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hastanın erkek, bakım veren aile üyesinin kadın olmasının, hasta yakınında süregelen bir bedensel hastalığın bulunmasının, akrabalarından ve sağlık personelinin yeterince destek almamanın, hastadan şiddet görmenin, ailenin ekonomik durumunun kötü olmasının, hastanın bir sağlık kurumunda düzenli olarak izlenmemesinin aile yükünü arttıran özellikler olduğu bulun-

muştur. Ayrıca bakım verenlerin anksiyete ve depresif belirti düzeylerinin aile yükü ile ilişkili olduğu saptanmıştır.[37] Özlü'nün çalışmasında kadın olmanın, kişi başına düşen aylık gelirin az olmasının, tükenmişliğin, çaresizlik ve kadcercı yaklaşımın yük ile ilişkili değişkenler olduğu bulunmuştur.[17] Aynı çalışmada genç bakım verenlerde yaşlı bakım verenlere göre travma sonrası gelişim ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Travma sonrası gelişimi yüksek bakım verenlerin daha fazla başa çıkma stratejisi kullandığı saptanmıştır.[17]

Aile İşlevleri, Duygu İfadesi, Yaşam Kalitesi, Ruh Sağlığı

Danacı ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ailenin iletişim alanındaki işlev bozukluğu ile hastaların kişilerarası ilişkiler, sosyal etkinlikler, hobiler ve özerklik alanlarındaki işlev bozukluğunun ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca ailede roller ve davranış kontrolü ile hastaların kişilerarası ilişkiler alanındaki işlev bozukluğunun birbiriyle ilişkili olduğu saptanmıştır.[21]

Özütek'in çalışmasında düşük duygu ifadeli ailelerde hastaların ailelerini daha işlevsel tanımladıkları, ailenin duygu ifadesinin aile işlevselliğinin spesifik olarak duygusal tepki verebilme alanını etkilediği belirlenmiştir.[22] Yüksek duygu ifadeli hasta yakınlarında, aile işlevselliğinin roller ve genel işlevler boyutlarında daha fazla bozulma saptanmıştır. Hastaların aile işlevselliğinin problem çözme boyutunda bildirdikleri bozulma ile hastaların pozitif belirti düzeyi, genel psikopatoloji düzeyi ve Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PNSÖ) toplam puanları arasında ilişki saptanmıştır. Hastaların aile işlevselliğinin genel işlevler boyutunda bildirdikleri bozulma ile PNSÖ'nin genel psikopatoloji düzeyi arasında ilişki bulunmuştur. Hasta Yakını Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarında ise duygusal tepki verebilme alt ölçeğinde bildirilen işlevsellik düzeyinin düşük olması ile hastanın negatif belirti düzeyi ve PNSÖ toplam puanı arasında ilişki bulunmuştur. Yeni başlangıçlı şizofreni hasta yakınlarının kronik şizofreni hasta yakınlarına göre aile işlevselliğinin problem çözme alanında daha fazla bozulma olduğu saptanmıştır.[22]

Kuşçu ve arkadaşlarının çalışmasında şizofreni hastalarının bakım verenlerinin yüksek duygu ifadesi ile umutsuzluk-olumsuz gelecek algısı içeren ifadeler arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur.[27] Ünal ve arkadaşlarının çalışmasında ise bipolar bozukluğu olan hasta ailelerinin işlev düzeyi şizofreni ve epilepsi hastalarının ailelerine göre daha iyi bulunmuştur. Şizofreni hastalarında iletişim ve davranış kontrolü alanları, epilepsi hastalarında ise roller ve davranış kontrolü alanları sağlıklı değerlendirilmiştir. Bipolar bozukluğu hastaların eşlerinin değerlendirmesine göre hastalık sürecinde aile işlevleri

olumsuz etkilenmektedir.[23] Ünal'ın çalışmasında bipolar affektif bozukluğu olan hastaların ailelerinde Aile Değerlendirme Ölçeğinin problem çözme, iletişim, roller, gereken ilgiyi gösterebilme, genel işlevler ve davranış kontrolü alt boyutlarında vaka grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık görülürken duygusal tepki verme alt boyutunda fark görülmemiştir. Bipolar affektif bozukluğu olan hastalarda hastalık ve olumsuz aile işlevleri arasında ilişki olduğu bulunmuştur.[24]

Tüzer ve arkadaşları aile içi çatışmaların hastalığın seyrini olumsuz etkilediğini bildirmiştir. Pozitif belirti şiddeti yüksek olan hastalar aile ortamlarını katı ve aşırı kuralcı algıladıkları ve hastaların pozitif ve negatif belirtileri arttıkça aile ortamında duygu dışavurumunun arttığı bulunmuştur.[29] Ebrinç ve arkadaşları hasta ailelerinde “duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, rol ve davranış kontrolü” alt boyutlarında aile işlevlerinin sağlıklı ve bozuk olduğunu saptarken, düşük duygu dışavurumu olan ailelerin hastalarında, algılanan ailesel ve sosyal destek düzeyleri daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.[25]

Karancı ve İnandılar şizofreni hastasına bakım verenlerin hastalarının belirtileri ile başa çıktıklarını algıladıkları durumda eleştirel/düşmanlık davranışlarında azalma olduğu, hastalarının belirtilerinde artış olduğu durumda ise eleştirel/düşmanlık davranışlarında artma olduğunu bildirmişlerdir. Bakım verenin anne, baba ya da eş olmasının daha fazla duygusal aşırı düşkünlüğe (over-involvement) ve daha fazla stres ve üzüntü yaşamaya neden olduğu belirtilmektedir.[28] Eliüşük'ün çalışmasında, şizofreni hastası olan ailelerin algıladıkları sosyal destek arttıkça umutsuzluk puanlarının azaldığı bulunmuştur.[16]

Alptekin ve arkadaşları şizofreni hastalarının ailelerinin yaşam kalitesi puanı herhangi bir hastalığı olmayan sağlıklı yetişkin gruptaki kişilerden daha kötü olduğunu bulmuşlar fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlememişlerdir.[30] Şengün'ün çalışmasında, şizofreni hastasına bakım verenlerin %65'i ruhsal sağlık sorunu bulunması açısından yüksek riskli bulunmuştur. Ayrıca kadın bakım verenlerde ve şizofreni hakkında grup eğitiminde yer almayan bakım verenlerde ruhsal sağlık sorunu bulunma riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin artan yaş ve bakım süresiyle birlikte ruhsal sağlık sorunu bulunma riskinin arttığı, baş etme yöntemi olarak kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı kullanıldığında bakım verende ruhsal sağlık sorunu bulunma riskinin azaldığı, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım kullanıldığında ruhsal sağlık sorunu bulunma riskinin arttığı görülmüştür.[20] Ceylan'ın çalışmasında, şizofreni ve

kronik böbrek yetmezliği hastasına evde bakım veren aile üyelerinde suçluluk ve utanç düzeyi bakım rolü olmayan gruba göre yüksek bulunmuştur. Şizofreni hastasına evde bakım veren aile üyelerindeki suçluluk ve utanç düzeyi kronik böbrek yetmezliği hastasına evde bakım veren aile üyelerinden yüksek olduğu ve suçluluk ve utanç düzeyinin hastalık süresi arttıkça azaldığı ortaya çıkmıştır.[19]

Hastalığa Yönelik Tutumlar

Özbaş ve arkadaşlarının çalışmasında, hasta yakınlarının hastalığa ilişkin orta düzeyin üzerinde olumsuz görüş ve tutum sergilediği, eğitim düzeyi yüksek olan hasta yakınlarında hastalara yönelik damgalamanın daha yüksek olduğu bulunmuştur.[15] Öksüz ve arkadaşlarının çalışmasında psikotik ve psikotik olmayan hastaların ailelerinin ruhsal hastalıklara karşı tutumları olumsuz bulunmuştur.[26] Psikotik olmayan hastaların ailelerinde yaşlıların, kadınların, düşük eğitim ve gelir düzeyinde olanların ruhsal hastalıklara karşı tutumlarının olumsuz olduğu belirlenmiştir. Psikotik hastaların hastalık süreleri, hastaneye yatış sayıları ve yatış süreleri arttıkça ailelerinin sosyal kısıtlayıcılık faktörü puan ortalamalarının yükseldiği bulunmuştur. Psikotik olmayan hasta aileleri, psikotik hasta ailelerine göre ruhsal hastalık nedeni olarak daha çok çocukluk çağındaki bozuk anne-baba-çocuk ilişkisini vurgu yapmışlardır.[26]

Hastalık ve Tedaviye Yönelik Bilgi ve Gereksinimler

Yıldız ve arkadaşları, aile üyelerinin çoğunun hastalığın ismini şizofreni ya da psikoz olarak tanımladıkları, şizofreninin bir beyin hastalığı, ruhsal bir hastalık ve kişilik bozukluğu olduğunu, ilaç tedavisinin mutlaka uygulanması gerektiğini bildiğini aktarmışlardır.[13] Öztürk'ün çalışmasında, hasta yakınlarının yarısından fazlasının yan etkilerle baş etmede doktora başvurmayı tercih ettiği, tamamına yakınının tedavinin yararına inandığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada, hasta yakınları hastalarının en sık yaşadıkları yan etkiler aşırı uyuma, halsizlik, konsantrasyon güçlüğü, kilo alma, dikkati toplamada güçlük, gün içinde uyku hali, gerginlik, hatırlamada güçlük, depresyon, halsizlik, duygusal algılarda azalma ve ağız kuruluğu olduğunu belirtmişlerdir.[18]

Gümüş hasta yakınlarının şizofreni belirtileri ve stresle baş etme, hasta birey ile iletişim ve sosyal ilişkiler boyutlarıyla ilgili konularda sağlık eğitimine daha çok gereksinim duydukları belirlemiştir.[7] Şizofreni hastaları ve yakınları için en önemli konular; yasal haklar, hastalığın tekrarlama durumu ortaya çıkan belirtiler, ilaç tedavisinin yan etkileri, şizofrenide uygulanan psikososyal tedaviler, şizofreni hastaları ve yakınları için sosyal desteğin önemi, şizofreni ile ilgili özel grup ya da dernekler belirtilmiştir.[7]

Deneysel Çalışmaların Sonuçları

Kronik ruhsal bozukluğu olan hastaların aileleri ile yapılan deneysel çalışmalarda müdahalelerin hastalara ve ailelere etkisi incelenmiştir. Çalışmalarda aile psikoğitiminin hastaların ilaç tedavisine işbirliğinde, ilaç tedavisi ve kontrol randevularına uyumlarında, kontrol grubuna göre anlamlı fark bulunmuştur.[31,35,36] Aile psikoğitiminin hastaların soysal destek düzeylerine etkisi olurken, hastaların klinik sonuçlarına ve hastalığın tekrarlanma oranlarına etkisi olmadığı belirtilmiştir.[31,34,35]

Müdahale çalışmalarının bakım verenler üzerine etkisi incelendiğinde psikoğitim müdahalelerinin aile işlevlerini olumlu yönde etkilediği bulunmuştur.[31,32,33] Ayrıca müdahaleler sonrası bakım verenlerin umutsuzluk puanlarının azaldığı, stres ve güçlüklerinin azaldığı, yaşam kalitelerinin ve sosyal işlevselliklerinin arttığı, hastaya bakım güçlüklerinin azaldığı, bozukluk belirtilerini etkin olarak ele aldıkları ve şizofreni hakkındaki bilgilerinin arttığı bulunmuştur.[6,32,33] Müdahale çalışmalarının aileler üzerine olumlu etkilerine rağmen yapılan iki çalışmada bakım verenlere uygulanan psikoğitim programının bakım verenlerin duygu ifadesi sonuçlarını etkilemediği bulunmuştur.[34,35] Başka bir çalışmada da aile psikoğitiminin şizofreni hastalarının bakım verenlerinin stresle başa çıkma puanlarını etkilemediği, bakım verenlerin psikoğitim müdahalesi sonrası stresle baş etmede olumlu ve olumsuz baş etme yöntemlerini birlikte kullandıkları bulunmuştur.[33,36] Deneysel çalışmaların tamamı Tablo.3'de verilmiştir.

Tartışma

Ülkemizde kronik psikiyatri hastalarının ailelerinin durumunu değerlendirebilmek için ailelerin gereksinimlerinin, yaşadıkları güçlüklerin, baş etmelerinin ve işlevselliklerinin saptanmasına yönelik tanımlayıcı çalışmaların yapılması önemlidir. Ülkemizde kronik psikiyatri hastalarının ailelerine yönelik inceleme kapsamına alınan tanımlayıcı çalışmalarda psikiyatri hastalarının aile işlevlerinin olumsuz etkilendiği belirtilmektedir.[21,23,24] Ebrinç ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında şizofreni hastalarının aile işlevleri incelenmiş ve şizofreni hastalarının aile işlevlerinin sağlıksız ve bozuk olduğu, ailelerin ailesel ve sosyal destek konusunda olduğu kadar aile içi ilişkiler yönünden bilgilendirilmeleri gerektiği belirtilmektedir.[25]

Tablo.2. Tanımlayıcı Çalışmaların Özellikleri

Kaynak	Bozukluk	Örneklem (Hasta/ BV)	Sonuç
13	Şizofreni	BV (n=332)	%17.5 hastalığın ismini bilmiyor. Tüm katılımcılar ilaç tedavisinin mutlaka uygulanması gerektiğini belirtmişlerdir.
14	Şizofreni	Hasta (n=239) BV (n=239)	Bakım verenlerin anksiyete ve depresif belirti düzeylerinin aile yükü ile ilişkili
15	Duygudurum bz., Psikotik bz., Anksiyete bz	BV (n=138)	Hasta yakınlarının orta düzeyin üstünde olumsuz görüş ve tutum sergiledikleri, Eğitim düzeyi yüksek olan hasta yakınlarında hastalara yönelik damgalama daha yüksek bulunmuştur.
16	Şizofreni	BV (n=152)	Ailelerin algıladıkları sosyal destek arttıkça umutsuzluk puanları düşmektedir.
18	Psikiyatrik bz.	Hasta (n=110), BV (n=74)	Hasta yakınlarının yarısına yakınında ilaçların bağımlılık yapabileceği düşüncesinde olmadığı saptandı. Hastaların büyük çoğunluğunun yan etkilere maruz kaldığı ve yarıdan fazlasının antipsikotik ilaçlarla diğer psiko trop ilaçların birlikte kullandığı bulunmuştur.
19	Şizofreni, Diyaliz hastası	BV (n=32+56) Kontrol (n=60)	Her iki hastalıkta evde bakım veren aile üyelerinde suçluluk ve utanç düzeyi hastalık süresi arttıkça azalmaktadır.
20	Şizofreni	BV (n=103)	Bakım verenlerin %65'inde ruhsal sağlık sorunu bulunma riski saptanmıştır. Baş etme yöntemi olarak kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı kullanıldığında bakım verende ruhsal sağlık sorunu bulunma riski azalırken, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım kullanıldığında ruhsal sağlık sorunu bulunma riski artmaktadır.
17	Şizofreni	BV (N=100)	Bakım verenin yaşının genç olmasının, genç hastalara bakım vermenin, sosyal desteğin, problem odaklı başa çıkma stratejisini kullanmanın, maddi güçlük yaşamının ve gelecek kaygılarının yüksek olması travma sonrası gelişim ile ilişkili bulunmuştur. Kadınlarda yük erkeklere göre, çalışanlarda yük çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.
7	Şizofreni	Hasta (n=80), BV (n=80)	Şizofreni hastalarının ve hasta yakınlarının sağlık eğitim gereksinimlerinin şizofreni hakkında genel bilgiler, şizofreni belirtileri ile baş etme, iletişim ve sosyal ilişkiler olduğu

21	Şizofreni	Hasta (n=37), BV(n=37)	belirlenmiştir. Aile değerlendirmesinde davranış kontrolü ile hastaların kişiler arası ilişkiler alanında işlev bozukluğu arasında ilişki anlamlı bulunmuştur.
22	Şizofreni	Kronik hasta (n=30), Yeni başlangıç hasta (n=27), Aynı sayıda BV	Kronik şizofreni hastalarının pozitif belirti puanları yeni başlangıçlı şizofreni hastalarının pozitif belirtilen puanlarından anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur Kronik ve yeni başlangıçlı hasta grupları arasında yaşam kalitesi açısından fark bulunmamıştır. Yeni başlangıçlı şizofreni hasta yakınlarının kronik şizofreni hasta yakınlarına göre aile işlevselliğinin problem çözme alanında bozulmaları daha fazladır.
22	Psikiyatrik bzk.	BV (n=200)	Psikotik ve psikotik olmayan hastaların ailelerinin ruhsal hastalıklara karşı tutumları olumsuz bulunmuştur.
27	Şizofreni	BV (n=30)	Yüksek duygu ifadesi ile umutsuzluk-olumsuz gelecek algısı içeren ifadeler arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur.
30	Şizofreni	BV (n=30), Kontrol (n=34)	Şizofreni hastalarının bakım verenlerinin yaşam kalitesi ile hastadaki psikopatolojinin şiddeti ve ilaç yan etkilerinden ekstrapiramidal yan etkiler arasında negatif ilişki bulunmuştur.
23	Şizofreni, Bipolar Bzk., Epilepsi	Hasta (25+25+25), BV (n=134)	Şizofreni hastalarının genel işlevsellik düzeyi daha düşük ve tedaviye daha uyumsuz oldukları, Bipolar bozukluğu olan hasta ailelerinin problem çözme ve genel işlevleri yüksek düzeyde sağlıklı olarak değerlendirilmiştir.
24	Bipolar bzk.	BV (n=54), Kontrol (n=54)	Bipolar bozukluğun aile işlevlerini olumsuz etkilediği bulunmuştur.
29	Şizofreni	Hasta (n=32), BV (n=32)	Aile içi çatışmalar hastalığın seyrini olumsuz etkilemektedir.
28	Şizofreni	BV (n=72)	Hasta belirtileri azaldıkça bakım verenlerde eleştirel/düşmanlık davranış azalmakta, semptom sıklığı arttıkça eleştirel/düşmanlık davranış artmaktadır. Bakım veren anne, baba ya da eş ise stres ve üzüntü artmaktadır.
25	Şizofreni	Hasta (n=42), BV (n=42)	Düşük duygu dışavurumu olan ailelerde hastaların aileden algıladıkları sosyal destek düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

BV: Bakım veren; Bzk.: Bozukluk

Tablo.3. Deneysel Araştırmaların Özellikleri

Kaynak	Örneklem	Uygulanan Program	Sonuç
31	N=66 (34 kontrol)	Psikoeğitim programı (Haftada bir 10-12 kişilik üç gruba 90-100 dakika süreli, 14 oturumdan oluşan psikoeğitim uygulanmıştır.)	Psikoeğitim programına katılan bakım verenlerin aile işlevlerinde anlamlı artma, Hastaların sosyal destek düzeyi ve ilaç tedavisine yönelik iş birliğinde artma bulunmuştur
34	Hasta (n=39), Bakım Veren (n=39)	Psikoeğitim programı (2 ay boyunca haftada 4 kez toplam 16 saat)	Hastaların klinik skorlarında herhangi bir değişiklik olmamıştır. Bakım verenlerin duygu dışavurumlarında ve aile, arkadaş sosyal destek algılarında farklılık olmamıştır.
35	N=30 (15'i kontrol)	Hastalara uygulanan program —Bağımsız ve Sosyal Yaşam Becerileri Topluma Yeniden Katılım Programı (BSYBTYKP) —Haftada 2-3 kez toplam 6 oturum —Hastalık, ilaç tedavisini yönetim, hastalığın haberci belirtilerini öğrenme ve acil plan geliştirme bölümlerinden oluşmaktadır. Bakım verenlere uygulanan program —Psikoeğitim programı haftada 2-3 kez uygulandı	Deney grubundaki hastaların ilaç tedavisi ve kontrol randevularına uyumlarında artma görülmüştür. Araştırma ve kontrol grupları arasında relaps oranlarında farklılık olmasına rağmen istatistiksel farklılık bulunmamıştır. Araştırma ve kontrol grubundaki bakım verenlerin program öncesi ve sonrası duygu ifadesi düzeyleri arasında farklılık bulunmamıştır.
32	N=40 (20 kontrol)	Psikoeğitim programı (14 oturumdan oluşan yapılandırılmış eğitim programı haftada bir kez uygulanmıştır)	Psikoeğitim yaklaşımı uygulanan grupta hasta yakınlarının hastalık, tedavi ve hastaya yaklaşım konusunda bilgide artma olmuştur. Problem çözme becerilerinde artma olmuştur. Umutsuzluk düzeylerinde değişiklik olmamıştır.
33	N=62 (31 kontrol)	Psikoeğitim programı (14 oturum, 2 saat devam eden oturumlar)	Deney grubunda şizofreni hakkındaki bilgide ve aile değerlendirme ölçeği puanlarında anlamlı düzeyde artış bulunmuştur. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt ölçek puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır.

Yıldırım ve Ekinci'nin çalışmasında psikoeğitim programına katılan bakım verenlerin aile işlevselliklerinde anlamlı artma olduğu belirtilmiştir.[31] Kızıltoprak ise psikoeğitim programına katılan bakım verenlerin işlevselliklerinin problem çözme alanında olumlu yönde gelişme olduğunu, iletişim roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme davranış kontrolü ve genel fonksiyon alanlarında anlamlı fark olmadığını belirtmektedir.[32] Doğan ve arkadaşlarının çalışmasında eğitimin aile işlevlerine olumlu etkileri olduğu vurgulanmıştır.[6] Hastalık, tedavisi ve baş etme yolları konusunda aileye bilgi sağlayan ve kanıta dayalı uygulama olan psikoeğitimler ailelerin işlevselliğini artırma, hastalıkla baş etmelerine yardım etme, ailenin yaşadığı sıkıntıları azaltma ve hastalığın tekrarlama oranını azaltmada önemlidir.[38,39] Kronik psikiyatri hastasına bakım verenlere yönelik uygulanan psikoeğitim programlarının klinik uygulama rutinleri içinde yer alması bakım verenlerin işlevselliklerinin artırılması açısından önemlidir.

Saunders'ın şizofreni hastasına bakım verenlerin aile işlevlerini etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında, bakım verenlerin baş etme davranışları, algılanan stres ve sosyal desteğin aile işlevselliği üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir.[38] Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarını etkileyen etmenlerin incelendiği bir başka çalışmada bakım verenlerin kullandıkları baş etme yöntemleri ile ruhsal sağlık düzeyleri arasında yakın bir ilişki olduğu gözlenmiştir.[20] Dülgerler psikoeğitimin bakım verenlerin stresle baş etmelerine etkisi olmadığını ileri sürerken, Tel ve Terakye psikoeğitimin bakım verenlerin bakım verme güçlüklerini azalttığını ve stresle baş etmede olumlu yöntemler kullanabildiklerini belirtmişlerdir. Bakım verenlere uygulanan psikoeğitim programlarının içeriğinde stresle baş etme yöntemlerinin yer alması bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler ile daha etkin baş edebilmelerini kolaylaştırabilir.[33,36]

Aileler etkili baş etme yöntemlerini kullandıklarında ve sosyal destekleri arttırdığında hastalarına daha etkili bakım vermektelerdir.[38] Bakım verenlerin sosyal destekleri arttırdığında algılanan yük düzeyi de azalmaktadır.[14] Şizofreni hastasına bakım vermek ailelere önemli bir yük getirmektedir.[39] Şizofreni hastasına bakım verenlerin stresle baş etme becerilerini geliştirmek ve sosyal desteklerini arttırmak yaşanan yükü azaltmada önemlidir.[39,40] Bakım verenlere uygulanan eğitimler sonrasında bakım verenlerin algıladıkları sosyal destekte ve sosyal işlevselliklerinde artma olduğu belirtilmektedir.[6,31]

Aile çalışmalarında şizofreni tanılı kişilerin ailelerinde duygu dışı vurumunun hastalığın seyri üzerinde etkili olduğu ve yüksek duygu dışı vurumu olan ailelerde hastalığın yinelenme oranı yüksek bulunmuştur.[40] Yük-

sek duygu dışavurumu; hastaya karşı eleştiri, düşmanlık ya da duygusal aşırı ilgilenmeyi kapsamaktadır. Şizofreni hasta ailelerinde dışa vurulan duygulanımın hastalar tarafından algılanan aile desteğini ve sosyal desteği olumsuz yönde etkileyebilmektedir.[25] İki ayrı çalışmada şizofreni hastalarının bakım verenlerine uygulanan psikoeğitim ve altı aylık izlemler sonrasında duygu dışavurum düzeyinde azalma olmadığı aktarılmıştır.[34,35] Kronik psikiyatri hastalarının bakım verenlerine uzun süreli müdahale programı uygulanması ve izlemlerin yapılmasının duygu dışavurumunu etkilediği gösterilmiştir.

Kronik ruhsal bozukluğu olan bireyin tedavisinde aileyi de tedavi sürecine katmak önemli olup ailelere yönelik uygulanan aile müdahaleler bakım verenler için önemli ve etkilidir. Aile müdahalesi uygulaması sonucu hasta yakınlarının bakımda yaşadıkları güçlüklerin azaldığı ve stresle olumlu baş edebildikleri, aile işlevlerinde olumlu değişiklikler olduğu, hastaların ilaç tedavisi ve kontrol randevularına uyumunun arttığı, problem çözme becerilerinin geliştiği saptanmıştır.[6,32-36] Belirtilen olumlu etkilerine rağmen kronik psikiyatri hastalarının bakım verenlerine yönelik aile müdahaleleri sürekliliği olan uygulamalar içinde yer almamakta ve ülkemizde de aile müdahalelerinin yeterli olmadığı bilinmektedir. Pilling ve arkadaşları bir meta-analiz çalışmasında, aile müdahalelerinin hastalığın tekrarlanmasını, hastanın tekrar hastaneye yatışını azalttığı ve ilaç tedavisine uyumunu arttırdığını saptamıştır.[41]

İncelemeye alınan 26 çalışmadan yalnızca yedi tanesi yarı deneysel çalışma olup bu çalışmalar arasında randomize kontrollü deneysel çalışma yoktur. Literatürde kronik psikiyatri hastalarının aileleri ile yapılan müdahale çalışmalarının meta analiz sonuçlarına ulaşılmaktadır.[9,42] Ancak ülkemizde bu konuda herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ülkemizde kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin ailelerine yönelik birinci düzeyde kanıt olmadığı var olan kanıtların üçüncü düzeyde olduğu ortaya çıkmıştır. Üçüncü düzey kanıt iyi tasarlanmış yarı deneysel çalışmalardır.[43]

Sonuç

Kronik psikiyatri hastalarının aileleri ile ilgili ülkemizde yapılan çalışmaların sistematik incelenmesi sonucunda kronik psikiyatri hastalarının ailelerinin yükü ve hastalıkla baş etmeleri konularında tanımlayıcı çalışmaların ve ailelere yönelik deneysel çalışmaların az olduğu, daha fazla deneysel çalışmaya gereksinim olduğu ortaya çıkmıştır. Kronik psikiyatri hastalarının ailelerinin yaşadıkları güçlükler ve yükleri nedeniyle ruhsal yönden riskli olduklarından ülkemizde kronik psikiyatri hastalarının ailelerine yönelik sürekliliği olan prog-

ramların geliştirilmesi ve ruh sağlığı sistemi içinde yer alması önemlidir. Ayrıca randomize kontrollü ve uzun süreli izlemin olduğu araştırma tasarımları ile kanıt düzeyinde çalışmaların yapılması bu alandaki açığı kapatacaktır.

Kaynaklar

1. Saunders JC. Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues Ment Health Nurs* 2003; 24:175-198.
2. Schenk PA, Lippincott RC, Bennett C, Steigman PJ. Improving knowledge about mental illness through family-led education: the journey of hope. *Psychiatr Serv* 2008; 59:49-56.
3. Gülseren L. Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Derg* 2002; 13:143-151.
4. 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.
5. 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.
6. Doğan O, Doğan S, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Başeğmez DF. Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: aileler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3:133-139.
7. Gümüş BA. Şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006; 7:33-42.
8. Doğan O. Şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3:240-248.
9. Walz GP, Leucht S, Bauml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia-a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001; 27:73-92.
10. Kuşçu K. Rehabilitasyon süreci ve bakım vericilik: zedeleyen mi yoksa iyileyen mi? *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 2000; 8:30-34.
11. Centre for Reviews and Dissemination. *Systematic Reviews: CRD's Guidance for Undertaking Reviews in Health Care*. York, University of York, 2009.
12. Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2009; 3:251-277.
13. 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.
14. Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı AE, Çubukçuoğlu Z et al. Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Derg* 2010; 21:203-212.
15. Özbaşı D, Küçük L, Buzlu S. Ruhsal bozukluğu olan bireye sahip ailelerin hastalığa karşı tutumları. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2008; 21:14-23.

16. Eliüşük A. Şizofrenili hastası olan ailelerin algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. (Yüksek lisans tezi). Konya, Selçuk Üniversitesi, 2008.
17. Özlü A. Şizofreni hastalarına bakım verenlerde yük ve travma sonrası gelişim ile ilgili özellikler (Yüksek lisans tezi). Kocaeli, Kocaeli Üniversitesi, 2007.
18. Öztürk FM. Psikiyatri hastalarının ve ailelerinin ilaç yan etkilerini bilme ve bunlarla baş etme durumları (Yüksek lisans tezi). İstanbul, Haliç Üniversitesi, 2008.
19. Ceylan B. Şizofreni ve kronik böbrek yetmezliği hastalarına evde bakım veren aile üyeleri ve bakım rolü olmayan bireylerde suçluluk ve utanç düzeylerinin karşılaştırılması (Yüksek lisans tezi). Konya, Selçuk Üniversitesi, 2007.
20. Şengün F. Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi (Yüksek lisans tezi). İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi, 2007.
21. Danacı AE, Karaca N, Devci A. Şizofreni hastalarında aile işlevselliği ile sosyal işlevsellik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Türkiye'de Psikiyatri 2005; 7:103-108.
22. Özütek ZS. Şizofrenide aile ve hasta arasındaki etkileşimin hastalık belirtileri ve yaşam kalitesi üzerine etkisi (Yüksek lisans tezi). İstanbul, İstanbul Üniversitesi, 2005.
23. Ünal S, Kaya B, Çekem B, Özışık HI, Çakıl G, Kaya M. Şizofreni, iki uçlu duygudurum bozukluğu ve epilepsi hastalarında aile işlevlerinin karşılaştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15:291-299.
24. Ünal G. Bipolar affektif bozukluğu olan hastaların aile işlevlerinin değerlendirilmesi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2003; 16:39-45.
25. Ebrinç S, Çetin M, Başoğlu C, Ağargün MY, Seçil M, Can S et al. Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duyu dışavurumunun incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001; 2:5-14.
26. Öksüz E, Vural H, Oflaz F. Aile bireylerinin psikiyatrik hastalara ilişkin tutumları. Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Sağlık Eğitim Araştırma Dergisi 2005; 1:11-20.
27. Kuşçu MK, Duman ZÇ, Akman M, Üçok A. Şizofreni tanılı hastaların bakım vericilerinde duyu ifadesi düzeyleri, umut ve kendini suçlama ifadeleri arasındaki ilişki. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 2005; 13:249-254.
28. Karancı AN, Inandılar H. Predictors of components of expressed emotion in major caregivers of Turkish patients with schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2002; 37:80-88.
29. Tüzer V, Zincir S, Başterzi AD, Aydemir Ç, Kısa C, Göka E. Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duyu dışavurumunun değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri Dergisi 2003; 6:198-203.
30. Alptekin K, Akdede BB, Akvardar Y, Çelikgün S, Dilşen NS, Durak G et al. Quality of life assesment in Turkish patients with schizophrenia and their relatives. Psychol Rep 2004; 95:197-206.
31. Yıldırım A, Ekinci M. Ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının ailelerinin aile işlevleri, hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010; 11:195-205.
32. Kızıltoprak S. Şizofrenik hasta ailelerinde yapılan ruhsal eğitim gruplarının ailelerin umutsuzluk düzeyine etkisi (Yüksek lisans tezi). İstanbul, Marmara Üniversitesi, 2006.

33. Dülgerler Ş. Şizofrenik bozukluğu olan bireylerin ailelerine verilen psikoeğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi (Doktora tezi). İzmir, Ege Üniversitesi, 2004.
34. Arslantaş H, Sevinçok L, Uygur B, Balcı V, Adana F. Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoeğitimin hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerine olan etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2009; 10:3-10.
35. Duman ZÇ, Aştı N, Üçok A, Kuşçu MK. Şizofreni hastalarına ve ailelerine 'bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı" uygulaması, izlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8:91-101.
36. Tel H, Terakye G. Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoeğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000; 1:133-142.
37. Gülsüren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı AE, Çubukçuoğlu Z et al. Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. Türk Psikiyatri Derg 2010; 21:203-212.
38. 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.
39. Glyn SM, Cohen AN, Dixon LB, Niv N. The potential impact of recovery movement on family interventions for schizophrenia: opportunities and obstacles. Schizophr Bull 2006; 32:451-463.
40. Saunders JC. Family functioning in families providing care for a family member with schizophrenia. Issues Ment Health Nurs 1999; 20:95-113.
41. 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.
42. Liu M, Lambert CE, Lambert VA. Caregiver burden and coping patterns of Chinese parents of a child with mental illness. Int J Ment Health Nurs 2007; 16:86-95.
43. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G et al. Psychological treatments in schizophrenia: I. meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. Psychol Med 2002; 32:763-782.
44. 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.
45. Ergör G. Kanıtı Dayalı Tıp, Modern Tıp Seminerleri Sayı:27, Ankara, Güneş Kitabevi, 2003.

Zekiye Çetinkaya Duman, Doç. Dr, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir; **Kerime Bademli**, Dr., Akdeniz Üniversitesi, Antalya.

Yazışma Adresi/Correspondence: Zekiye Çetinkaya Duman, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Turkey.

E-mail: zekiyecetinkaya@yahoo.com

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/no1/

Çevrimiçi yayım / Published online 10 Kasım/November 10, 2012; doi:10.5455/cap.20130506
