

ŞİZOFRENİDE HASTA VE AİLELERİN YAŞADIĞI GÜÇLÜKLER, PSİKOEĞİTİM VE HEMŞİRELİK

Arş. Gör. Aysun BABACAN GÜMÜŞ*

ÖZET

Şizofreni sadece hastalar için değil, aileler için de çeşitli güçlüklerle neden olan bir hastalıktır. Fakat hasta ve ailelerin bu güçlüklerle baş etmede genellikle yeterli bilgi ve donanıma sahip olmadıkları görülmektedir. Şizofreni hastaları ve aileleri duygusal, sosyal, ekonomik birçok sorunla karşılaşmakta ve bu sorunlarla baş etmede desteklenmeye, bilgilendirilmeye ve işbirliğine gereksinim duymaktadır. Ülkemizde şizofreniyle baş etmede hasta ve ailelere yönelik çeşitli psikososyal girişimler uygulanmaktadır. Psikoeğitim bu amaçla geliştirilmiş etkili yöntemlerden biri olarak kabul edilmektedir. Ancak ülkemizde psikoeğitim programlarına rutin klinik uygulamalarda yeterince yer verilmediği ve bu programlarda hemşirelerin yeterince görev almadıkları görülmektedir. Bu amaçla bu yazıda, şizofreni hasta ve ailelerinin yaşadıkları güçlükler, bu konuda yapılmış psikoeğitimsel çalışmalar ve psikiyatri hemşirelerinin klinik uygulamalarında yararlanabileceği hemşirelik süreci kapsamında psikoeğitim irdelenmiştir.

Anahtar sözcükler: Şizofreni, hasta, aile, psikoeğitim, hemşirelik

DIFFICULTIES OF PATIENTS AND THEIR FAMILIES IN SCHIZOPRENIA, PSYCHOEDUCATION AND NURSING

ABSTRACT

Schizophrenia is a worrying process, not only for patients but also for the families of the patients. In coping with this illness, patients and their families don't have adequate information and experience. They have many problems in terms of social, economic and emotional situations, therefore they need assistance, support and cooperation. In our country, various psychosocial attempts are applied for patients and their families in the process of coping with schizophrenia. Psychoeducation is one of these effective method developed for this process. However it's found that in our country psychoeducation programmes are not included into the routine clinical applications adequately and nurses are not assigned to these programmes adequately. For this reason, in this article, the difficulties of schizophrenia patients and their families; the psychoeducation studies on this issue and in terms of nursing process the psychoeducation that nurses can facilitate during their clinical applications are examined.

Key words: Schizophrenia, patient, family, psychoeducation, nursing

GİRİŞ

Toplumda biyolojik ve psikososyal nedenlerle ruh sağlığı bozulmuş olan bireyler, yaşamlarının önemli bir bölümünü mutsuz, huzursuz, yaratıcılık ve üretkenlikten yoksun bir biçimde geçirmektedir. Bu bireyler sorunları nedeniyle kendilerine zarar vermelerinin yanı sıra çevrelerine ve topluma da yük olmakta ya da en azından yararlı olamamaktadır. Bu nedenle günümüzde sağlık hizmetlerinin amacı, sadece hastalık belirtilerini tedavi etmek değil, aynı zamanda hastaların yaşam kalitelerini yükseltmek, sosyal

ve mesleki becerilerini geliştirerek üretkenliklerini arttırmak ve topluma uyumlarını kolaylaştırmaktır (Doğan, 2001; Özgür ve ark.1998). Bu ise hastanede uygulanan tedavilerin, aile ve toplumsal kurumlar tarafından desteklenmesi anlamına gelmektedir.

Şizofrenik bozukluklar bireyde duygulanım, düşünme, algılama, davranış, kişilerarası ilişkiler, iş yaşamı gibi alanları olumsuz olarak etkileyen; yeti yitimine neden olan, nökslerle giden kronik bir belirtiler kümesidir. Bu belirtiler çok çeşitli olduğundan, tedavi yaklaşımlarının da çok

*Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

yönlü olması kaçınılmazdır. Günümüzde bu çok yönlü yaklaşımı, genel olarak ilaç tedavisi ve psikososyal yaklaşımlar oluşturmaktadır (Doğan ve ark. 2002; Soygür, 1999).

Şizofreni tedavisinin temel bileşeni ilaçlar olmasına karşın tedavide ilaçlar tek başına yeterli olmamakta, ilaç tedavisine iyi yanıt veren hastalarda bile toplumsal ilişkilerde sınırlılık, yaşam kalitesinde kötüleşme, bilişsel belirtiler, rezidüel belirtiler, iş kaybı ya da iş veriminde düşme gibi çeşitli sorunlar görülebilmektedir. Bu açıdan şizofrenide tedavinin hastanın, ailesinin ve içinde yaşadıkları sosyal ortamın göz önünde bulundurulması bütüncül bir yaklaşım içinde planlanması gerekmektedir. Bütüncül yaklaşım ise psikiyatrist, psikiyatri hemşiresi, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı başta olmak üzere bir ekip çalışmasını gerekli kılmaktadır (Doğan ve ark. 2002; Soygür, 1999). Ekip çalışmasında hasta ve aileleriyle sürekli ilişki içinde olan psikiyatri hemşirelerinin özellikle psikososyal girişimler açısından çeşitli roller üstlenmeleri son derece önemlidir.

Günümüzde hastanede kalış süresinin kısalması ve toplumsal tedavi yaklaşımlarının önem kazanmasıyla birlikte, hastaların ve ailelerin tedavi sürecinde çeşitli sorumluluklar alarak daha etkin olmaları gündeme gelmiştir (Sevinçok 2000; Yıldız ve ark. 2003). Tedavide hasta ve ailenin tedavi ekibiyle işbirliği içinde olması ve tedavi sürecine aktif olarak katılması tedavinin etkinliğini arttıran önemli unsurlardır. Buna karşın şizofreniyle baş etmede hem hastaların, hem de ailelerin yeterli bilgi ve donanıma sahip olmadıkları ve hastalıkla baş etmede bir çok sıkıntı ve güçlük yaşadıkları bildirilmiştir (Gülseren ve ark. 1999; Karancı, 2000; Saunders, 1997; Soygür ve ark. 2000). Genellikle hasta ve aileler yaşadıkları sorunlara ilişkin olarak bilgilendirilmeye, eğitime ve desteklenmeye gereksinim duymaktadır (Chien ve ark. 2001; Chien, Norman 2003; Gümüş 2006; Mueser ve ark. 1992; Pollio ve ark. 2006). Bu açıdan

şizofreni hasta ve ailelerinin şizofreni tedavisi ve hastalıkla yaşama konularında bilgilendirilmeleri ve desteklenmeleri tedavide ve hastalıkla baş etmede son derece önemlidir.

Ruh sağlığı ekibinin ayrılmaz bir parçası olan psikiyatri hemşirelerinin önemli işlevlerinden biri sağlık eğitimidir. Yapılan çalışmalarda şizofreni hasta ve ailelerinin yaşadıkları güçlükler doğrultusunda sağlık eğitimine gereksinim duydukları belirtilmiştir (Chien ve ark. 2001; Chien, Norman 2003; Mueser ve ark. 1992). Psikiyatride eğitim, daha geniş bir kavram olan psikoeğitim olarak adlandırılmakta ve genel olarak hasta ve aileler için yapılandırılmış bilişsel, davranışsal, psikososyal tedavi yaklaşımlarını anlatmak için kullanılmaktadır. Psikoeğitimin amacı hasta ve ailelere sadece bilgi vermek değil, aynı zamanda onların streslerini azaltmak, emosyonel destek sağlamak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve başa çıkma yeteneklerini arttırmaktır (Yurtsever ve ark. 2001). Özellikle şizofreni gibi kronik ruhsal hastalıklarda psikoeğitim uygulamalarının rutin tedavi programları içinde yer alması son derece önemlidir.

Bununla birlikte ülkemizde rutin tedavi programları içinde psikoeğitimsel uygulamalar istenen düzeyde değildir ve bu uygulamalarda yer alan psikiyatri hemşirelerinin sayıca yetersiz olduğu görülmektedir. Oysa psikiyatri hemşireleri hasta ve ailelerle tedavinin birçok aşamasında ilişki içinde olduklarından, hasta ve ailelerin gereksinimlerini değerlendirmede ve bu gereksinimlere yönelik psikoeğitim programları hazırlamada uygun bir konuma sahiptirler. Bu doğrultuda psikiyatri hemşirelerinin rutin uygulamalarının bir parçası olarak şizofreni hasta ve ailelerinin eğitim gereksinimlerini belirlemeleri ve bu gereksinimlere yönelik psikoeğitim programları geliştirip uygulanmaları yararlı sonuçlar verecektir.

Bu amaçla bu yazıda, şizofreni hastalarının ve ailelerinin yaşadıkları güçlükler, bu konuda yapılmış psikoeğitimsel çalışmalar ve psikiyatri

hemşirelerinin klinik uygulamalarında yararlanabileceği hemşirelik süreci kapsamında psikoeğitim irdelenmiştir.

ŞİZOFRENİ HASTALARININ YAŞADIĞI GÜÇLÜKLER

Şizofreni süregelen, iyileşme ve yinelemelerle giden, hastaların günlük ve iş yaşamında çeşitli sorunlara neden olan bir hastalıktır. Şizofreni hastaları genellikle aileleriyle birlikte yaşamakta ve çoğunlukla iletişim, beslenme, uyku, öz bakım, aile içi rollerini yerine getirme gibi günlük yaşam aktivitelerini sürdürmekte zorlanmakta, bu gereksinimlerin karşılanmasında birlikte yaşadıkları kişilere ve çevrelerine bağımlı olmaktadır (Saunders, 1997; Üstün, 2000). Chan ve Yu (2004) yaptıkları bir araştırmada sıkıntı veren hastalık belirtileri, sosyal ve mesleki işlevsellikte azalma, işsizlik, ekonomik sorunlar, damgalanma gibi sorunlar nedeniyle şizofreni hastalarının yaşam kalitelerinin oldukça düşük olduğunu belirtmiştir. Bu nedenle şizofreni tedavisinde hastaların kompleks gereksinimlerinin karşılanması, topluma uyumlarının sağlanması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi için bütüncül bakım modellerine gereksinim duyulmaktadır.

Şizofreni hastaları yaşamlarının %15-20'sini hastane ortamında geçirmekte ve bu dönemde tedavinin sürdürülmesi ile ilgili sorunlar daha az görülmektedir. Genel olarak şizofreni tedavisinde her hastaya uygulanan ilk seçenek ilaç tedavisi olmaktadır (Doğan, 2001; Uzun ve ark. 1997). Ancak hastane dışındaki dönemde hastaların %35-65'inin ya düzensiz ilaç kullandığı ya da hiç kullanmadığı belirtilmiştir. Halbuki tedavideki düzensizlikler atakların artmasına, hastalığın nüks etmesine, prognoz ve yaşam kalitesinin olumsuz olarak etkilenmesine neden olmaktadır (Uzun ve ark. 1997).

Literatürde hastaların düzensiz ilaç kullanma veya tedavilerini sonlandırma nedenlerinin başında genellikle ilaçların yan etkileri, bilgi

yetersizliği, hasta ve sağlık personeli arasındaki iletişimsizlik gelmektedir (Uzun ve ark. 1997). Yapılan çalışmalarda da şizofreni hastalarının en fazla bilgi edinmek istedikleri konuların başında ilaç tedavisi ve yan etkilerinin geldiği bildirilmiştir (Chien ve ark. 2001; Chien, Norman 2003; Mueser ve ark. 1992). Uzun süreli ilaç tedavisine gereksinim duyulması durumunda hasta ve ailelerin ilaçların yan ve toksik etkileri hakkında ve problem meydana geldiğinde tıbbi ilişkinin kurulmasının gerekliliği konusunda bilgilendirilmeleri son derece önemlidir. (Keltner ve ark. 1995; Saka 2004; Varcarolis, 1990).

Uzun ve ark. (1997) yaptıkları çalışmada hasta ve ailelerinin çoğu kez kısa sürede tam bir iyileşme beklemediklerini, ancak sonuç farklı olduğunda, ya ilacı kestiklerini ya da paramedikal başvurular da dahil olmak üzere farklı tedavi alternatifleri aradıklarını saptamışlardır. Bununla beraber ilaç tedavisi psikotik semptomlar üzerinde daha fazla etkiliyken, sosyal ve mesleki yıkımlar üzerinde daha az etkili olmaktadır. Bu tür yıkımlar ise hastaların yaşam kalitesinin düşmesine, sosyal, ailesel, boş zaman ve mesleki işlevsellik düzeyinde sorunlara yol açmaktadır (Ceyhun, 2000).

Şizofreni alevlenme ve hafiflemelerle devam eden kronik bir hastalıktır. Alevlenme dönemlerinde hastaların birçoğunun hastaneye yatışı yapılmakta ve bu dönemde hasta ve ailelerin var olan düzenleri bozulmaktadır. Şizofrenide alevlenme dönemlerinde en sık rastlanan erken uyarıcı belirtiler genellikle anksiyete, ajitasyon, depresyon, içe kapanma, saldırganlık, huzursuzluk, varsanılar olarak belirtilmiştir (McGorry, 1997a). Hasta ve ailelerin bu belirtilerin farkında olmaları ve belirtiler ortaya çıktığında en kısa sürede tedavi kurumlarına başvurmaları, onların daha az oranda sorun yaşamalarına neden olacaktır. Yapılan araştırma sonuçları da bu durumu destekler nitelikte olup, şizofreni hastalarının erken uyarıcı belirtiler konusunda bilgilendirilmeye gereksinim duyduklarını gös-

termektedir (Chien ve ark. 2001; Chien, Norman 2003; Gümüş 2006; Mueser ve ark. 1992).

Geleneksel yaklaşımda anne ve babaların hatalı tutumlarının şizofreniye neden olduğu düşünülmüştür. “Şizofrenojen” anne, “çifte mesaj” gibi kavramlar bir dönem yaygın olarak kabul görmeye başlamış ve daha sonraki araştırmalar bu tür aile özelliklerinin sadece şizofren kişilerin ailelerine özgü olmadığını göstermiştir. Yine de yaygın biçimde kabul gören bu tür görüşler ailelerde suçluluk ve utanç duygularına hastalarda ise benlik saygısında zedelenme, arkadaş edinme ve arkadaşlığı sürdürmemeye, iş bulamama gibi güçlükler neden olmaktadır (Soygür 1999; Üçok 1999). Taşkın ve ark.’nın (2002) yaptıkları bir çalışmada toplumun hastalarla yakınlık kurma konusunda isteksiz, belirli bir mesafeyi korumaktan yana olmak gibi reddedici tutumlara sahip olduğu belirtilmiştir. Şizofreninin üzerindeki damga sadece eğitim ya da bilgi eksikliğiyle açıklanamayacak kadar karmaşık sosyal bir olgudur. Ancak gerek toplumun, gerekse toplumdaki anahtar kişilerin doğru bilgilendirilmesi, hastaların damgalanmasını ve buna dayalı ayırmacılığı hafifletmede en etkili yöntem olarak görünmektedir (Üçok, 1999).

Şizofrenide özkıyım olasılığı her zaman var olan ve korkulan bir durumdur. Klinik semptomlara ikincil olarak gelişen depresyon ve işlevsellikte bozulma şizofrenide özkıyım riskini arttırmaktadır (Ceyhun, 2000). Bununla beraber ilaç tedavisine iyi yanıt vermeyen, hastalığın akut döneminde olan, sosyal izolasyonu fazla olan ve gelecek hakkında umutsuz düşüncelere sahip hastalarda özkıyım riskinin daha fazla olduğu belirtilmektedir (Evren ve ark. 2002). Yapılan çalışmalarda da şizofreni hasta ailelerinin en çok kaygılandığı konulardan birinin hastaların özkıyım düşünceleri olduğu belirlenmiştir (Chien ve ark. 2001; Chien, Norman 2003; Gümüş, 2006).

Madde kullanımı şizofreni hastalarında sık görülmektedir. Buna karşın madde kullanımı

şizofreni tedavisinde olumsuz etkilere sahip, şizofreni belirtilerinin şiddetini, saldırganlığı ve özkıyım eğilimini arttıran ve sık hastane yatışlarına neden olan bir durumdur (Evren, Evren 2003). Bunun yanı sıra sigaranın da şizofreni tedavisinde olumsuz etkileri olduğu bildirmiştir (Karşıdağ ve ark. 2005). Şizofreniye baş etmede hastaların madde kullanımı ve sonuçlarına ilişkin olarak bilgilendirilmeleri tedaviye uyumu arttırmada önemli bir girişimdir. Ancak yapılan çalışmalarda hastaların madde ve sigara kullanımıyla baş etme konusunda eğitim gereksinimlerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Gümüş 2006; Mueser, 1992).

Şizofreni hastalarının yaşamını etkileyen önemli sorunlardan bir diğeri işsizlik, çalışmama veya çalışma konusundaki isteksizliktir. Şizofreni hastaları hastalığın bilişsel işlevlerinde yol açtığı bozukluk nedeniyle özellikle lise ve yüksekokulların eğitim programlarına devam edememekte, kendilerinden beklenen eğitimi tamamlayamamakta ve sonrasında iş bulmakta zorlanmaktadır (Üçok, 1999). Bu bireylerin çalışmada karşılaştığı temel problem, beceriksizlik değil, sosyal olarak işin üstesinden gelememektir. Şizofreni hastaları için şaka yapma, birini davet etme veya başkasını nasıl etkileyeceğine ilişkin iç görüye sahip olma gibi rutin davranışlar, üretken bir çalışma yaşamı için temel engellerdir (Keltner ve ark. 1995).

Genel olarak şizofreni hastalarının yaşadığı güçlüklerin tedaviye uyum sorunları, madde kullanımı, özkıyım riski, ailevi sorunlar, damgalanma, sosyal ve mesleki becerilerin kaybı, ekonomik güçlükler gibi geniş bir yelpazeye dağıldığı ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen sorunlar olduğu görülmektedir.

AİLELERİN YAŞADIĞI GÜÇLÜKLER

Şizofreni, hasta bireyi olduğu kadar, yakın çevresini hatta içinde yaşadığı toplumun bütünü etkileyen bir hastalıktır (Sevinçok, 2000).

Günümüzde hastanede ruhsal bozuklukların tedavisi çoğunlukla akut dönem belirtilerini yatıştırmak ve ilaç tedavisini düzenlemekle sınırlı kalmaktadır. Oysa hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra da tedavi, bakım ve rehabilitasyon yönünden desteklenmeleri gerekmektedir. Şizofreni tedavisinin de genellikle ayaktan takip ve ilaç tedavisi ağırlıklı yapılması hasta ve aileleri hastaların bakımında birinci derecede sorumlu konuma getirmiştir. Bu durum ise şizofreni hastaları için ailelerin en önemli destek kaynağı olarak görülmesine ve ailelerin yük ve sorumluluklarının artmasına neden olmuştur (Goldstein 2000; Yıldız ve ark. 2003).

Şizofreni, erişkinleri etkileyen hastalıklar arasında en çok aile sorunu yaratan hastalıklardan biridir (Soygür, 1999). Şizofreniyle baş etmede, onun en yakınında duran ve hastalığın yıkıcı etkilerine sürekli maruz kalan kişilerin desteklenmesi, hasta yakınları için olduğu kadar, tedavinin başarısı açısından da büyük önem taşımaktadır. Dolayısıyla, şizofreni tedavisinde sağlık profesyonellerinin rolü, sadece klinik uygulamalarla sınırlı olmayıp, hasta ve ailelerin hastalık konusunda eğitilmesinden, ruhsal ve toplumsal zorluklara karşı örgütlenmelerine kadar birçok alana yayılmış durumdadır (Gülseren, 2002).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aile destekleri, mesleki becerileri, toplum kaynaklarını kullanma yetenekleri, günlük yaşam ve sorunlarıyla baş etme becerileri azalmış ya da kaybolmuş olabilir. Bunun yanında hazırlıksız olarak bakım verme rolüne giren aile üyeleri de, suçluluk, korku, güçsüzlük, öfke gibi duygular içinde, çoğu kez de ne yapacaklarını bilemeyen bir şaşkınlık içinde olabilirler (Doğan, 2001; Soygür, 1999). Karancı (2000) şizofren hastaların yakınlarıyla yaptığı çalışmada, hasta yakınlarının hastalarla ilgili olarak en sık yaşadıkları zorlukları; aile yaşamındaki çatışmalar (%57), hastanın getirdiği üzüntü, kaygı, stres ve gerginlik gibi duygusal yükler (%48), hastanın tedavisi için gerekli olan harcamalar ve hastanın kişisel masrafları (%27) olarak belirtmiştir.

Bir ruhsal hastalığın başlangıcı, büyük olasılıkla aile üzerinde duygusal rahatsızlık, gündelik yaşamda kesintiler, maddi yük ve ilişkilerin gerginleşmesi bakımından önemli etkiler yaratmaktadır. Bir aile üyesine ruhsal hastalık tanısı konduktan sonra, aile içinde bildirilen duygular genellikle inkar, yas, üzüntü, suçluluk, damgalanma korkusu, şaşkınlık, başarısızlık, utanç "rezil olma", öfke ve rahatlama. Şizofrenide hastalık belirtileri ilk kez ortaya çıktığında aileler genellikle bir kargaşa ve örselenme ile karşı karşıya gelirler. Ardından gelen kriz, sorunlarla başa çıkma kaynaklarını tüketebilir. Aile üyeleri genellikle böyle durumlarda sorunun doğası, karar verme, bir eylem planı yapma gibi konularda zorlanmakta, bir fikir birliği içinde olamamakta ve genellikle bir uzmanın yardımına gereksinim duymaktadırlar. (McGorry, 1997b; Ünal, 2000).

Aile bireyleri, ruhsal hastalığa çeşitli açıklamalar getirme çabasında olabilir. Bu açıklamalar "dışsal - dengesiz - özgül" (örneğin "arkadaşlarının etkisinde kaldı", "uyuşturucu kullanıyordu") olabileceği gibi, "içsel - dengesiz - genel" de (örneğin "aklından hasta") olabilir. İnkâr, kabullenmeye doğru ilerledikçe, üzüntü veya yas ortaya çıkabilir. Gelecekte sağlıklı ve başarılı bir birey olmasını bekledikleri insanın, sosyal açıdan başarısız birine dönüşmesi, aileyi yasa boğmaktadır. Bu durumda aile üyeleri hastayı, birbirlerini ve kendilerini suçlayabilirler. Ailenin bir başka duygusal tepkisi utanç duymadır. Aile, çevrenin bu durumu öğrenince dedikodu yapacağından çekinmekte, hastadan utanmaktadır. Bu duygu aileyi, hastalığı ve hastayı gizleme davranışına ya da hastayı reddetmeye kadar götürebilir. Utanç duygusu, öfke ve kızgınlık da doğurabilir. Bu karmaşadan hastanın etkilenmemesi ise olanaksızdır. Benzeri duyguları kendi içinde yaşamının sarsıntısındaki hasta da aileye karşı öfke duyabilir veya kendisini daha da yalıtma isteği içine girebilir. Bu durum aile-

nin şaşkınlığını daha da arttırmakta, toplumsal, ekonomik durumunu ve planlarını sarsmakta ve çocuklarıyla ilgili umutlarını ve beklentilerini yitirmesine neden olmaktadır (Gülseren, 2002; McGorry, 1997b; Soygür, 1999; Soygür ve ark. 1998; Ünal, 2000).

Literatürde şizofreni hastasının yaşadığı aile ortamının hastalığın seyrinde önemli bir etkiye sahip olduğu belirtilmektedir. Aşırı duygu dışavurumunu yansıtan tutum ve davranışlar hastaya çok fazla karışmayı, toleranssız olmayı, sıcak, anlayışlı bir tutumdan yoksunluğu, kimi kez düşmanca bir tutumu, aşırı eleştirel olmayı veya aşırı ilgi gösterip çok fazla koruyucu, kollayıcı olmayı içermektedir (Soygür, 1999). Bir şizofreni hastası sıcak, ilgili ve destekleyici davranışlar içeren bir aile ortamına döndüğünde, hastanın tekrar nüks yaşaması daha az bir olasılıkken, yüksek eleştirel bir aile ortamının tekrarlayıcı şizofreni epizodlarını arttırdığı bildirilmiştir (Vancarolis, 1990). Ebrinç ve ark. (2001) tarafından yapılan çalışmada, şizofreni hasta ailelerinin duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, rol ve davranış kontrolü gibi aile işlevlerinin sağlıklı ve bozuk olduğu belirtilmiştir. Tüzer ve ark. (2003) tarafından yapılan çalışmada ise aile içi çatışmaların hastalığın seyrine olumsuz etki yaptığı bildirilmiştir. Bunun yanı sıra aile üyeleri hastayla başa çıkmada işlevsel olmayan yollara da başvurabilirler. Hastayla daha fazla birlikte olabilmek, hastanın bakımını üstlenmek için sosyal etkinliklerini bırakarak, işlerinden, kariyerlerinden vazgeçip, adeta kendilerini feda edebilirler. Ancak bu durum hastanın fazlasıyla bağımlı hale gelerek sosyal işlevselliğini bozmakta ve ailenin yükünü daha da arttırmaktadır. Bu nedenle aileler, işlevsel olmayan tutumların değiştirilmesi konusunda bilgilendirilmelidir (Gülseren, 2002).

Toplumun genel olarak ruh sağlığı kavramını, ruh sağlığı çalışanlarına göre daha dar kalıplarda aldığı ve olumsuz bir tavır içinde olduğu bilinmektedir. Ağır ruh hastalıklarının çeşitli

şekillerde beraberinde getirdiği damgalanma olgusu, hastalığın kendisinden daha da kötü olabilir. Hastalık damgasının aile üzerindeki etkileri benlik saygısında azalma ve aile ilişkilerinin zarar görmesi, sosyal ilişkilerin kesintiye uğraması olarak kendini göstermektedir (Frese, 2000; Soygür, 1999). Sağduyu ve ark. (2003) tarafından yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının yakınlarının şizofreniye ilişkin tutumları incelenmiş ve bu çalışmada hasta yakınlarının şizofreni teriminin ne anlama geldiğini tam olarak bilmedikleri, şizofreni hastalarının saldırgan olabileceğini, kendi hayatları ile ilgili doğru kararlar alamayacağını ve şizofreninin kişilik zayıflığından kaynaklandığını düşündükleri belirlenmiştir. Şenyuva ve Kuşçu'nun (2004) yaptığı çalışmada, şizofreni hastalarının yakınlarının yoğun damgalanma algısına sahip oldukları belirtilmiştir. Polat ve arkadaşlarının (2000) yaptıkları araştırmaya göre de, aile üyelerinin büyük bir kısmında, başta reddedilme ve damgalanma korkusu nedeniyle hastalığı gizleme eğiliminin bulunduğu belirlenmiştir.

Ailelerin üzerindeki damganın daha da büyük ve ağır olduğu açıktır. Aileler bir yandan çocuklarının, kardeşlerinin hastalığından kendilerini sorumlu tutmakta ve suçluluk duymakta diğer yandan sanki yakınları yüz kızartıcı bir suç işlemiş gibi, çevrenin gözünde "bir şizofrenin çocuğu, annesi ya da babası" olmanın getirdiklerine göğüs germektedirler. Avcı ve Bayraktar (2004) çalışmalarında şizofreni hasta ailelerinin en fazla sosyal anlamda yük hissettiklerini belirtmişlerdir. Bununla beraber şizofreniye bağlı damgalama işe alma konusunda gösterilen isteksizlik, sağlık hizmetinden yararlanma ve sigortalanma gibi durumlarda adaletsizliğe uğrama, yasalar karşısında zor durumda kalma, sosyal ortamlara dahil olma konusunda engellerle karşılaşma gibi kendini farklı şekillerde de gösterebilmektedir (Üçok, 1999).

Kronik ruhsal hastalıklar, aile içindeki evlilik ilişkilerini etkileyen önemli bir yaşam krizidir.

Eşlerden birinin hastalanması ailenin dengesini bozmakta ve hastalık süresince sağlıklı eşin, hasta eşin aile içi rollerini yüklenmesine neden olmaktadır. Hastaların davranışları evlilik ilişkilerinde baskı ve zorlanmalar yaratmaktadır (Gülseren, 2002). Genellikle eşler, sosyal ilişkilerde azalma, kendine zaman ayıramama, dinlenememe, maddi gelirden azalma, hastanın bakım gereksinimleri ile kuşatılmış olma gibi güçlükler yaşadıklarını bildirmişlerdir (Yılmaz, 1998).

Şizofreni hastalarının çalışamaz duruma gelmesine bağlı gelir kaybı ve tedavi masraflarının yüksekliği ciddi boyutlarda ekonomik sorunlara neden olabilir. Bunun yanında şizofreninin uzun süreli tedavi gerektirmesi, ilaç kullanma zorunluluğu, özellikle sağlık sigortası olmayan aileler için karşılanması güç maddi yetersizliklere yol açabilir (Yılmaz, 1998; Gülseren, 2002).

Şizofreninin hasta aileleri üzerinde meydana getirdiği bu çok yönlü sorunlar, hastayla beraber ailelerin de çok yönlü olarak değerlendirilmelerini, tedavi sürecine aktif olarak dahil edilmelerini ve hastalıkla baş etme yeteneklerini arttırmak amacıyla bilgilendirilmelerini gerektirmektedir.

ŞİZOFRENİDE PSİKOEĞİTİM UYGULAMALARI

Günümüzde psikiyatri kliniklerine yatırılan hastaların çoğunun kısa süre içinde tedavileri gerçekleştirilmekte ve taburcu edildikten sonra birçoğunun yaşadıkları ortama geri döndükleri bilinmektedir. Fakat toplumsal yaşama hazırlanmadan taburcu edilen hastalar, kısa bir süre sonra yeniden hastalanmakta ve tekrar hastaneye yatırılmaktadır. Bu durum ise bir kısır döngü olarak hasta ve aileler üzerinde olumsuz psikososyal sorunlara neden olmaktadır (Saunders, 1997; Üstün, 2000).

Şizofreni hastalarını ve ailelerini gereksinimleri doğrultusunda bilgilendirmek, hastalığın stabilizasyonunda son derece önemlidir.

Son yıllarda hasta ve ailelerine yönelik olarak geliştirilen psikoeğitim programları ile hastaların hastane dışında üretken bir yaşam sürdürmeleri hedeflenmektedir. Psikoeğitim programlarının genel olarak amaçları; hasta ve ailesini hastalık hakkında eğitmek, emosyonel destek vermek, yeni başa çıkma yetenekleri kazandırmak, yaşam kalitelerini arttırmak ve tedaviye aktif olarak katılımlarını sağlamaktır. Bunun yanı sıra psikoeğitim programları, hasta ve ailelerin hastalıkla ilgili beklentilerinin daha gerçekçi düzeyde olmasını da sağlamaktadır (Blair, Ramones 1997; Varcarolis, 1990; Yurtsever ve ark. 2001).

Günümüzde hasta ve ailelerin psikolojik olarak eğitilmesine dayanan bu tür yaklaşımlar şizofreni tedavisinin önemli bir parçası olarak düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda psikoeğitimin şizofreni hasta ve aileleri üzerinde olumlu sonuçlar sağlayan etkili bir yöntem olduğu bildirilmiştir (Cheng, Chan 2005; Pollio ve ark. 2006; Ran ve ark. 2003; Rummel ve ark. 2005). Rummel ve ark.'nın (2005) şizofreni hastalarıyla yaptıkları psikoeğitim gruplarında, hastaların şizofreni hakkındaki bilgilerinin ve tedaviye güvenlerinin arttığı, bunun yanında tedaviye ilişkin olumsuz beklentilerinin azaldığı belirtilmiştir. Cheng ve Chan (2005) tarafından yapılan çalışmada şizofreni hastalarının ailelerinin psikoeğitim sonrası bakım yükü ve sosyal desteğe ilişkin algılarında olumlu değişim olduğu belirlenmiştir. Ran ve ark.'nın (2003) Çin'de kırsal bölgede şizofreni hastalarının aileleriyle yaptıkları bir araştırmada ise psikoeğitim gruplarına alınan ailelerin hastalıkla ilgili bilgi ve tutumlarının olumlu yönde değiştiği aynı zamanda hastaların tedaviye uyumlarının arttığı ve nüks oranlarının yarı yarıya azaldığı bildirilmiştir. Pollio ve ark. (2006) ise ciddi mental hastalığı olan hastaların aileleriyle yaptıkları kısa süreli psikoeğitim uygulamaları sonucunda; ailelerin hastalık, hastalıkla baş etme ve aile ilişkileri hakkında eğitime gereksinim duyduklarını bildirmişlerdir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda psikoeğitim programlarının hasta ve ailelerin, yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde, problem çözme yetilerinin artırılmasında, hastalığın yinelenme riskinin azaltılmasında ve aile işlevlerinin düzelmesinde olumlu sonuçlar verdiği belirtilmiştir (Dülgerler, 2004; Tel, Terakye 2000; Yazıcı 2001; Yıldız, Yüksel, 2001). Tel ve Terakye (2000) şizofreni hastalarının yakınlarıyla yaptıkları çalışmada, psikoeğitimin ailelerin hastalarına olan yaklaşımlarında ve sosyal ilişkilerini sürdürmelerinde olumlu katkılar sağladığını belirtmişlerdir. Yıldız ve Yüksel'in (2001) şizofreni hasta aileleriyle yaptıkları eğitim çalışması sonucunda aileler hastalarına yaklaşımlarında bu eğitimi yararlı gördüklerini belirtmişlerdir. Dülgerler'in (2004) şizofreni hastalarının aileleriyle yaptığı çalışmada da psikoeğitimin aile işlevlerinde olumlu değişiklikler yarattığı bildirilmiştir.

Ülkemizde aileleri yaşadıkları sorunlar doğrultusunda eğitmek amacıyla yapılan grup çalışmalarının da ailelerin sorunlarını anlama ve çözmeye yararlı etkiler sağladığı bildirilmiştir (Soygür ve ark. 1998, Gülseren ve ark. 1999). Bu yaklaşımlardan bir diğeri ise sosyal beceri eğitimi olarak adlandırılan ve hastaların hastalıkla daha kolay başa çıkabilmelerini, sosyal işlevselliklerini artırmayı ve daha bağımsız bir yaşam sürdürmelerini amaçlayan programlardır (Yıldız ve ark. 2002; Yıldız ve ark. 2004). Yapılan çalışmalarda sosyal beceri eğitiminin şizofreni hastalarının ilaç tedavisine uyumunu ve tedavinin etkinliğini artırdığı aynı zamanda hastaların yaşam kalitesine de olumlu yönde katkıda bulunduğu belirtilmiştir (Yıldız ve ark. 2002; Yıldız ve ark. 2004).

Ülkemizde psikoeğitim uygulamalarına yönelik artan bir ilgi söz konusudur. Ancak bu programlara psikiyatri kliniklerindeki rutin uygulamalar içinde yeterince yer verilmediği ve psikiyatri hemşirelerinin bu uygulamalarda yeterince görev almadığı görülmektedir. Oysa hasta ve ailelerine sistematik biçimde yardımcı

olma sürecinde, hasta ve ailelere olduğu kadar ruh sağlığı çalışanlarına ve özellikle psikiyatri hemşirelerine önemli görevler düşmektedir. Hemşirelik bireyi biyopsikososyal bütünlük içinde değerlendiren bir meslektir. Hemşirelik süreci ise hemşirelere birey ve ailenin bir bütün olarak değerlendirilmesinde sistematik bir bakış açısı kazandırmaktadır. Bu amaçla hemşirelik süreci psikiyatri hemşireleri tarafından şizofreni hasta ve ailelerine yönelik psikoeğitim programları uygulamada kullanılabilir. Bu bağlamda psikoeğitim süreci, hemşirelik süreci kapsamında şu şekilde açıklanabilir.

1. Veri Toplama: Veri toplama, hasta ve ailenin fiziksel, ruhsal, sosyal, kültürel ve entelektüel boyutlarda değerlendirilmesini kapsamaktadır. Veri toplama aşamasında hasta ve aile üyelerinin bireysel ve toplumsal işlevselliği ile ilgili bütün veri kaynakları değerlendirilmeli, aktif katılımları sağlanmalı ve tüm bu bilgiler kapsamlı bir tedavi planı içinde bütünleştirilmelidir (Soygür, 1999). Bu aşamada öncelikle hasta ve aile üyelerinden alınan bilgiler bunun yanı sıra araştırma sonuçları, sağlık ekibinin gözlemleri, tanılayıcı testler vb. kullanılabilir.

Veri toplamanın amacı da hasta ve ailenin eğitim gereksinimlerini belirlemektir. Bu amaçla eğitim gereksinimlerini belirlemek psikoeğitimde öncelikli koşuldur. Hasta ve ailelerin çoğu yaşadıkları problemler doğrultusunda eğitim gereksinimlerini tanımlayabilecek kapasitededir. Buna karşın her zaman hasta ve ailelerin eğitim gereksinimlerini belirlemek kolay olmayabilir. Hasta ve aileler eğitime gereksinimleri olmadığını düşünebilirler. Bu durumda hemşirelerin terapötik ilişki ve iletişim becerilerini (dinleme, cesaretlendirme, algıları paylaşma, bilgi verme, saygı, ilgi, empati, güvenilirlik...) kullanarak hasta ve ailesini psikoeğitimin önemi konusunda bilgilendirmeleri yararlı olabilir.

2. Tanılama: Bu aşamada veri toplama aşamasında elde edilen bilgiler kullanılarak, hasta ve ailelerin gereksinimlerine ilişkin eğitim konu-

ları oluşturulur. Bu amaçla yapılan çalışmalarda şizofreni hastaları ve ailelerinin eğitim gereksinimleri değerlendirilmiştir (Mueser ve ark. 1992; Chien ve ark. 2001; Chien ve Norman 2003; Gümüş, 2006). Fakat bu gereksinimler her birey ve aile için farklı olabilmekte, yaşanan toplumun yapısı, değer ve normları kısacası kültürü eğitim gereksinimlerini değiştirebilmektedir. Bununla beraber yapılan araştırmalar sonucunda şizofreni hastalarının ve ailelerinin eğitime en fazla gereksinim duydukları konular şunlardır.

- Şizofrenide ilaç tedavisi ve yan etkileri
- Şizofreni belirtileriyle baş etme
- Şizofrenide erken uyarıcı belirtiler
- Stresle baş etme
- Günlük yaşam becerileri
- Boş zaman aktivitelerini planlama
- İletişim becerileri
- Sorun çözme becerileri
- Şizofreniyle ilgili özel grup veya dernekler
- Şizofreni hastalarının yasal hakları
- Şizofrenide uygulanan psikososyal tedavi yöntemleri (Mueser ve ark. 1992; Chien ve ark. 2001; Chien ve Norman 2003; Gümüş, 2006).

3. Planlama: Psikoeğitim sürecinin planlanması, eğitimin daha iyi anlaşılmasını ve düzenli ve sürekli bir şekilde yürütülmesini sağlar. Psikoeğitim açık, basit ama yeterli içerikte ve anlaşılabilir olmalıdır. Bu aşamada hasta ve ailenin eğitim açısından gereksinim duyduğu öncelikler saptanmalıdır. Eğitim planında kısa ve uzun süreli hedefler belirlenmelidir. Hemşire buna hasta ve ailesiyle birlikte karar vermeli, hasta ve ailenin istekleri daima göz önünde bulundurulmalıdır. Planlama aşamasında kullanılacak olan eğitim yöntemi belirlenmeli, eğitim konularıyla ilgili araç ve malzemeler (film, resim, slayt el kitabı, çalışma kitabı, video cihazı, yazı tahtası, kalemler vb.) hazırlanmalıdır. Ayrıca seçilen

eğitim yöntemi ve malzemeleri, hasta ve ailelerinin bireysel ve entelektüel özelliklerine uygun olmalıdır. (Tosun, 1998; Yıldız ve ark. 2002).

4. Uygulama: Bu aşamada hazırlanan psikoeğitim programı uygulamaya konulur. Eğitim planının uygulanması, tüm eğitim ve öğretim ilkelerinden faydalanmayı, hasta ve ailenin var olan bilgilerini ve öğrenme yeteneklerini dikkate almayı gerektirmektedir (Tosun, 1998). Eğitim sırasında; model olma, davranış provaları yapma, sosyal pekiştirme, destekleme, pratik yapma ve ev ödevleri verme gibi öğrenme teknikleri kullanılabilir (Yıldız ve ark. 2002).

5. Değerlendirme: Uygulanan psikoeğitimden sonra, hasta ve ailenin bilgi, beceri ve davranışları değerlendirilmeli, hedeflenen amaçlara ulaşıp ulaşılmadığı belirlenmelidir. Bu değerlendirmeler daha sonraki eğitim süreçleri için yol gösterici olacaktır. Değerlendirmeler her birey için ayrı olarak yapılmalı ve psikoeğitimin anlaşılabilirliği kontrol edilmelidir. Değerlendirme sonucunda gerçekleşmemiş hedefler var ise, eğitim süreci yeniden gözden geçirilmelidir (Doğan, 2001; Tosun, 1998).

SONUÇ

Bu makalede, şizofreni hastalarının ve ailelerinin yaşadıkları güçlükler ve şizofreniyle baş etmeyi arttırmada hemşirelerin uygulayabileceği psikoeğitim uygulamaları hemşirelik süreci kapsamında irdelenmiştir. Şizofreni hastalarının ve ailelerinin hastalığın tedavisi ve hastalıkla baş etme konularında bilgilendirilmeleri tedavinin önemli bir parçasıdır. Bu amaçla psikoeğitim, şizofreni hastalarının tedavisinde sürekli olarak yer verilmesi gereken önemli uygulamalardan biri olarak kabul edilmektedir. Bu uygulamalarda psikiyatri hemşirelerinin rolü ise hasta ve ailelerin eğitim gereksinimlerini belirleyerek bu gereksinimlerin karşılanmasında özgül psikoeğitim programları planlamak ve uygulamaktır.

Bu doğrultuda hazırlanan psikoeğitim programlarının, şizofreni hastalarının ve ailelerinin

hastalıkla baş etme ve problem çözme yeteneklerini ve toplumda daha üretken ve kaliteli bir yaşam sürdürmelerini arttıracacağı, bunun yanında hastaların hastaneye yatış sayısını ve süresini azaltacağı, bu durumun hem hasta ve ailesi, hem de sağlık kurumları için ekonomik maliyeti azaltma bakımından yararlı sonuçlar vereceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Avcı A, Bayraktar N (2004) Şizofren hasta ailelerinin aile yükünün belirlenmesi. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi. 28 Eylül - 3 Ekim 2004, Kuşadası, 771-772.
- Blair T, Ramones VT (1997) Education as psychiatric intervention: The cognitive-behavioral context. *Journal of Psychosocial Nursing*, 35(12): 29-35.
- Ceyhun B (2000) Şizofreninin Değerlendirilmesi. *Şizofreni Dizisi*, 1: 20-30.
- Chan S, Yu IW (2004) Quality of life of clients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*; 45(1): 72-83.
- Cheng LY, Chan S (2005) Psychoeducation program for chinese family carers of members with schizophrenia. *West J Nurs Res*, 27(5): 583-599.
- Chien W-T, Kam C-W, Lee IF-K (2001) An assessment of the patients'needs in mental health education. *Journal of Advanced Nursing*, 34(3): 304-311.
- Chien W-T, Norman I (2003) Educational needs of families caring for Chinese patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 44(5): 490-498.
- Doğan O (2001) Şizofreni hastalarının evde bakımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(1): 41-46.
- Doğan S, Doğan O, Tel H ve ark. (2002) Şizofrenide psikososyal yaklaşım. Bahar Sempozyumları VI, Kongre Bildirileri Özet Programı, 24-28 Nisan 2002, Antalya s. 137.
- Dülgerler Ş (2004) Şizofrenik bozukluğu olan bireylerin ailelerine verilen psiko eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. Yayınlanmamış doktora tezi, İzmir, Ege Üniversitesi
- Ebrinç S, Çetin M, Başoğlu C ve ark. (2001) Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışavurumunun incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(1): 5-14.
- Evren EC, Evren B, Erkıran M (2002) Şizofrenili hastalarda özkıyım düşüncesi: Negatif belirtiler, depresyon ve içgörüle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(4): 255-264.
- Evren MC. Evren B (2003) Şizofreni ve alkol madde kullanım bozuklukları ek tanısı: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(3): 213-224.
- Frese FJ (2000) Çeviren M. Kayar, H. Soygür. Ağır ve süreğen ruhsal bozukluğu olan kişiler için rahatsızlıkla baş etmenin on iki yolu. *Şizofreni Yazıları*, Yıl:1, Sayı:2, 6-1.
- Goldstein MJ (2000) Çeviren N Şen. ABD'de şizofreni tedavisi kapsamında ruhsal-eğitsel aile programları. *Şizofreni Yazıları*, Yıl:1 Sayı:1, 20-26.
- Gülseren L (2002) Şizofreni ve aile: Güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2):143-151.
- Gülseren L, Turgut S, Yaprak S, Kültür S (1999) Şizofreni tanısı konmuş bir grup hastanın aileleriyle sosyometrik psikodramatik grup terapisi süreci. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10: 325-331.
- Gümüş AB (2006) Şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(1): 33-42.
- Karancı N (2000) Şizofren hasta yakınlarının dünyası: Nedensel atıflar, yükler, umutlar. *Şizofreni Yazıları*, Yıl:1, Sayı:2, 6-12.
- Karşıdağ Ç, Alpay N, Kocabıyık A (2005) Şizofreni ve sigara bağımlılığı. *Düşünen Adam*, 18 (1): 13-20.

- Keltner NL, Schwecke LH, Bostrom CM (1995) *Psychiatric Nursing, Second Edition*, Mosby-Year Book, Inc.St.Lows, 374.
- McGorry PD, Edwards J (1997a) Psikoz eğitimi (Modül 9). M. Birchwood, I. Falloon, M. Leggatt, ve ark. (Ed). *Erken Psikoz Eğitim Paketi*, Avustralya, 1-24.
- McGorry PD, Edwards J (1997b) Aileye yönelik girişimler ve ailenin desteklenmesi (Modül M. Birchwood, I. Falloon, M. Leggatt, ve ark. (Ed). *Erken Psikoz Eğitim Paketi*, Avustralya, 1-25.
- Mueser KT, Bellack AS, Wade JH ve ark. (1992) An assessment of the educational needs of chronic psychiatric patient and their relatives. *British Journal of Psychiatry*, 160: 674-680.
- Özgür G, Karaaslan A, Çam O ve ark. (1998) Bornova Sağlık Grup Başkanlığına bağlı toplumda ruhsal belirtilerin değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Araştırma Fonu Proje Raporu*, Proje no: 1995 HYO-06, İzmir, 1-8.
- Payson AA, Wheeler K, Wellington TA (1998) Health teaching needs of clients with serious and persistent mental illness: Client and provider perspectives. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 36(2): 32-35.
- Polat A, Üçok A, Genç A, Aksüt D (2000) Ruhsal hastalığı olan kişilerin ailelerinde stigma. 36. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Poster Bildirileri*, Antalya
- Pollio DE, North CS, Reid DL, Miletic MM, McClendon JR (2006) Living with severe mental illness--what families and friends must know: evaluation of a one-day psychoeducation workshop. *Soc Work*, 51(1): 31-38.
- Ran MS, Xiang MZ, Chan CL et al (2003) Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia. A randomised controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38: 69-75.
- Rummel CB, Hansen WP, Helbig A, Pitschel-Walz G, Kissling W (2005) Peer-to-peer psychoeducation in schizophrenia: A new approach. *J Clin Psychiatry*, 66(12): 1580-1585.
- Saka MC (2004) Şizofrenide tedaviye uyum nasıl artırılabilir? 40. *Ulusal Psikiyatri Kongresi*. 28 Eylül- 3 Ekim 2004, Kuşadası, 136-137.
- Sağduyu A, Aker T, Özmen E ve ark. (2003) Şizofrenisi Olan Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(3): 203-212
- Saunders J (1997) Walking a mile in their shoes: Symbolic interactionism for families living with severe mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 35(6): 8-13.
- Sevinçok (2000) Şizofrenide psikososyal tedaviler. *Şizofreni Dizisi*, 1: 72-80.
- Soygür H, Çelikel B, Aydemir Ç, Bozkurt S (1998) Hasta yakınları ile gerçekleştirilen psikodrama yönelimli destekleyici-eğitici grup psikoterapisinin kronik şizofreni gidişi üzerine etkisi: 1 yıllık izleme çalışması. *Düşünen Adam*, 11(4): 5-11.
- Soygür H (1999) Şizofreni tedavisine genel bir bakış. *Psikiyatri Dünyası*, 3:83-90.
- Soygür H, Aybaş M, Hınçal G, Aydemir Ç (2000) Şizofreni hastaları için yaşam niteliği ölçeği, güvenilirlik ve yapısal geçerlik çalışması. *Düşünen Adam*, 13(4): 204-210.
- Şenyuva G, Kuşçu MK (2004) Şizofreni tanısı almış kişilerin bakım vericilerinde stigmatizasyon algısı ve duygu ifadesi düzeyleri. 40. *Ulusal Psikiyatri Kongresi*, 28 Eylül - 03 Ekim 2004, Kuşadası, 436-437.
- Taşkın O, Şen FS, Aydemir Ö (2002) Türkiye'de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(3): 205-214
- Tel H., Terakye G (2000) Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoeğitimsel yaklaşım

- uygulaması denemesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 1(3): 133-142.
- Tosun F (1998) Hemşirelerin sağlık eğitimi etkinliklerini etkileyen etmenlerin belirlenmesine yönelik ölçek geliştirme çalışması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi
- Tüzer V, Zincir S, Başterzi AD ve ark. (2003) Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duygu dışavurumunun değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri, 6: 198-203.
- Uzun Ö, Özşahin A, Battal S (1997) Şizofren hastaların tedavilerini sonlandırma nedenleri. Türk Psikiyatri Dergisi, 8(3): 198-201.
- Ünal S (2000) Şizofrenide öznel yaşantılar ve duyguların ifadesi. Klinik Psikiyatri Dergisi, 3(2): 131-136.
- Üçok A (1999) Şizofreni: damga, mitler ve gerçekler. Psikiyatri Dünyası, 3: 67-71.
- Üstün B (2000) Şizofrenide sosyal beceri eğitimi kursu. Şizofreni Yazıları, 1(2):26-29.
- Varcarolis EM (1990) Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing, W.B. Saunders Company, 507-529.
- Yazıcı A (2001) Şizofrenide psikososyal tedaviler 2, Şizofrenik hasta ailelerinde ruhsal eğitim grupları, Kutu Grafik, İstanbul, 6-24
- Yıldız M, Yüksel AG (2001) Şizofreni rehabilitasyonunda aileyi etkinleştiren bir model denemesi. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi. 2-6 Ekim 2001, İstanbul
- Yıldız M, Yazıcı A, Ünal S ve ark. (2002) Şizofreninin ruhsal-toplumsal tedavisinde sosyal beceri eğitimi. Türk Psikiyatri Dergisi, 13(1): 41-47
- Yıldız M, Tural Ü, Kurdoğlu S, Önder ME (2003) Şizofreni rehabilitasyonunda aile ve gönüllülerle yürütülen bir kulüp-ev denemesi. Türk Psikiyatri Dergisi, 14(4): 281-287
- Yıldız M, Veznedaroğlu B, Eryavuz A, Kayahan B (2004) Şizofreni tedavisinde ruhsal ve toplumsal beceri eğitiminin toplumsal işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerine etkisi: Kontrollü bir çalışma. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 28 Eylül - 03 Ekim 2004, Kuşadası, 477-480.
- Yılmaz M (1998) Kronik şizofreni tanısı alan hasta eşleri ile kronik böbrek yetmezliği tanısı alan hasta eşlerinin stresle baş etme tarzlarının incelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi
- Yurtsever ÜE, Kutlar T, Tarlacı N ve ark. (2001) Ruh hastalıkları tedavisinde psikososyal bir boyut: Psiko eğitimsel bir model. Düşünen Adam, 14(1): 33-40.