

Araştırma / Original article**Ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının ailelerinin aile işlevleri, hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisi***Arzu YILDIRIM,¹ Mine EKİNCİ²**ÖZET**

Amaç: Bu araştırma şizofreni hastalarının ailelerine verilen ruhsal eğitim programının ve izleme çalışmasının şizofrenide aile işlevselliği, hastaların aileden algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve tedavi işbirliği üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel model olarak yürütülen araştırmanın örneklemi, Erzincan Devlet Hastanesi ve Erzurum Numune Hastanesi'nde DSM-IV ölçütlerine göre şizofreni tanısı konmuş, ayaktan izleme ve tedavisi yapılan 32 deney, 34 kontrol olmak üzere 66 hasta ve bakıcıdan oluşmuştur. Deney grubundaki bakıcılara haftada bir 90-100 dakika süren, 14 oturumdan oluşan ruhsal eğitim verilmiş ve hastalar altı ay izlenmiştir. Kontrol grubu ise, rutin poliklinik randevularına gelmiştir. Bakıcılara Aile Değerlendirme Ölçeği, hastalara Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Tedaviyi Değerlendirme Çizelgesi uygulanmıştır. Ruhsal eğitim, Sosyal Beceri Eğitimi programının Belirtilerle Baş Etme ve İlaç Tedavisi Yaklaşımı modüllerinin uygulanmasını içermektedir. Verilerin analizinde yüzdeler, ki-kare, bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Ruhsal eğitim ve izleme çalışması sonrasında deney ve kontrol grubu bakıcıların aile işlevleri ve hastaların aileden algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0.001$) ve deney grubundaki hastaların ilaç tedavisine uyumsuzluk oranının %40.6'dan %21.9'a düştüğü belirlenmiştir. **Sonuç:** Bu araştırma sonucunda elde edilen bulgular, 14 hafta süren ruhsal eğitim ve altı aylık izleme çalışmasının şizofreni hasta ailelerinin sağlıklı aile işlevleri geliştirme davranışları, hastaların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ve ilaç tedavisine uyum düzeyleri üzerinde önemli olduğunu göstermiştir. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010; 11:195-205)

Anahtar sözcükler: Şizofreni hastası, aile üyeleri, ruhsal eğitim, aile işlevleri, sosyal destek, hemşirelik girişi

Effect of psychoeducation on family functioning of family members of patients with schizophrenia, on social support levels of patients, and treatment compliance**ABSTRACT**

Objective: This research was carried out to evaluate the effect of psychoeducation program given to family members of patients with diagnosis of schizophrenia and monitoring on family functioning, the levels of family social support perceived by patients, and treatment collaboration. **Methods:** The sampling of the study, which was conducted as a pretest-posttest semi-experimental design with a control group, consisted of 66 patients and caregivers (32 experimental and 34 controls) who were diagnosed with schizophrenia according to DSM-IV criteria and received outpatient treatment and follow-up at Erzincan State Hospital and Erzurum Numune Hospital. The caregivers in the experimental group were given psychoeducation once a week for a total 14

*1st International Congress on Nursing Education, Research & Practice, Thessaloniki, October 15-17, 2009'da sunulmuştur.

¹ Yrd.Doç.Dr., Erzincan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Erzincan

² Yrd.Doç.Dr., Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Erzurum

Yazışma adresi/Address for correspondence:

Yrd.Doç.Dr. Arzu YILDIRIM, Erzincan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, 24100 Erzincan

E-mail: arzuyildirim_25@hotmail.com

Geliş tarihi: 11.01.2010, Kabul tarihi: 07.04.2010

sessions that lasted 90-100 minutes each and the patients were monitored for 6 months. The control group was subjected to routine outpatient monitoring. The caregivers were administered the Family Evaluation Scale, and the patients were given the Family-Oriented Perceived Social Support Scale and the Treatment Evaluation Chart. Psychoeducation involves the administration of Coping with Symptoms and Medication Treatment modules of the Social Skills program. The data were analyzed using percentage, chi-square, and t-test for dependent and independent groups. **Results:** Following psychoeducation and monitoring, a statistically significant difference was found between the experimental group and control group in terms of family functioning of caregivers and the levels of family social support perceived by patients ($p<0.001$), and it was determined that medication noncompliance rate for the experimental group reduced from 40.6% to 21.9%. **Conclusion:** It is concluded that a 14-week psychoeducation program and a 6-month monitoring has a highly significant impact on family members of schizophrenia patients to develop healthy family functioning, on the levels of family social support perceived by patients, and the patients' treatment compliance. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2010; 11:195-205)

Key words: patients with schizophrenia, family members, psychoeducation, family functioning, social support, nursing intervention

GİRİŞ

Şizofreni, ruhsal bozukluklar içinde birey, aile ve toplum açısından en yıkıcı olanıdır.¹ Erişkin şizofreni hastalarının önemli bir kısmı aileleriyle yaşamlarını sürdürmektedir.² Hastalığı bütün yönleriyle yaşayan yalnız hasta değil, aynı zamanda aile ve yakın çevresidir. Geniş ölçüde düşünülürse, toplumun tüm kesimleridir.³ Amerika Birleşik Devletleri'nde taburcu olan hastaların %60'tan çoğunun ailelerinin yanına döndüğü belirtilmektedir. Bu oran ülkemizde daha yüksek düzeydedir.⁴ Buna karşılık ailelerin hastalıkla ilgili eğitim almaları ve tedaviye katılma düzeyleri ise düşüktür (%10'dan az).⁵ Anders ve arkadaşlarının⁶ Japonya'da hastanede yatan 202 hastanın hekim ve hemşirelik bakımını değerlendirdiği çalışmada, hasta ve aile eğitimi, taburculuk planı gibi alanlarda yetersizliklerin olduğu belirlenmiştir.

Aile üyeleri hastanın durumuyla ilgili çeşitli güçlüklerle karşılaşmaktadır. Aile üyelerinin etkilenmeleri ve yaşadıkları güçlükler hastanın toplumsal çekilmesiyle, düşünce ve davranış bozukluklarıyla, aile ilişkilerindeki bozuklukla ilgili olabileceği gibi; aile üyelerinin suçluluk ve utanma duygularıyla, aşırı duygu dışı vurumuyla, sıkıntı ve depresif belirtilerle, ekonomik sorunlarla da kendini gösterebilmektedir. Şizofreni hastalarının aileleriyle yapılan çalışmalarda, aile üyelerinin bazılarının şizofreni hakkında yeterli bilgisinin olmadığı, hastalarına karşı aşırı eleştirel ve koruyucu olabildikleri, bu davranışların depresme oranlarını artırdığı belirtilmiştir.⁴

Ruhsal bozukluk belirtilerinin şiddeti ve gidişi üzerine aile tutumlarının belirleyici bir rolünün olduğu ve tedavi sırasında ailenin de ele alınmasının gerekliliği birçok çalışmada vurgulanmıştır.⁷⁻¹⁰ Çin'de kırsal bölgede 326 şizofreni hastasının yakını üzerinde yapılan çalışmada, ruhsal eğitim gruplarına alınan ailelerin hastalıkla ilgili

bilgi ve tutumlarının olumlu yönde geliştiği, yalnız ilaç tedavisi alan hastalara göre eğitim programına alınan ailelerde hastaların tedavi işbirliğinin artarak depresme oranlarının yarı yarıya düştüğü belirlenmiştir.¹¹ Aileye ruhsal eğitim verilmesi girişimlerini de içeren Psikososyal Beceri Eğitimi programında aile bireylerinin hastalık konusunda eğitilmesi, hastaya sürekli yardımcı olmalarının sağlanması ve hastaların hastalıkla daha kolay başa çıkabilmeleri, sosyal işlevselliklerinin artırılması, daha bağımsız yaşamaları amaçlanmaktadır.¹²

Sağlık ekibi içinde yer alan hemşire, hastaya ve ailesine sağlanacak danışmanlık ve eğitimde anahtar rol oynar.¹³ Hemşireler hastalarla en uzun süre birlikte olan sağlık profesyonelleri olduğu için psikotik depresmeyi önlemede, ilaç etki ve yan etkilerini, ilaç tedavisine uyumu izlemede önemli katkıları vardır.¹⁴ Hemşireler tarafından verilen ruhsal eğitimde tedavi planına aileleri katmanın hasta ve ailelerine olumlu sonuçları birçok çalışmada belirtilmiştir.^{8,15-18}

Araştırma, şizofreni hastalarının ailelerine verilen ruhsal eğitim programının ve izleme çalışmasının şizofrenide aile işlevselliği, hastaların aileden algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve tedavi işbirliği üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM ve GEREÇ

Örneklem

Ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel model olarak yapılan araştırma, Erzincan Devlet Hastanesi ve Erzurum Numune Hastanesi'nde ayaktan izlenen ve tedavisi yapılan hasta ve bakıcılarıyla Mart 2006-Şubat 2007 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Erzincan Devlet Hastanesi ve Erzurum Numune Hastanesi'nde DSM-IV

ölçütlerine göre şizofreni tanısı konmuş, ayaktan izlenen ve tedavisi yapılan 78 hasta ve 78 bakım verici oluşturmuştur. Erzincan Devlet Hastanesi'nde ayaktan izlenen ve tedavisi yapılan, araştırma ölçütlerini karşılayan toplam 38 hasta ve bakıcıların tamamı alındığı için herhangi bir örneklem seçimi yapılmamıştır. Erzincan'da izlenen hasta sayısı sınırlı olduğundan kontrol grubu, Erzurum Numune Hastanesi'nde ayaktan izlenen ve tedavisi yapılan yaklaşık 250 hastadan yaş, cinsiyet, eğitim, ekonomik düzey ve hastalığa ilişkin özellikler (bozukluğun süresi, tedavisi hakkında bilgi durumu, ilaçları düzenli kullanıp kullanmama, ilaç yan etkileri) yönünden deney grubuna benzer özellikleri olmasına dikkat edilerek 40 hasta ve bakıcıdan oluşmuştur.

Deney grubundaki dört hasta yakını eğitim programını düzenli tamamlamadığından, bir hasta il dışına taşındığından ve bir hasta yakını da çalışmaya katılmak istemediğinden; kontrol grubunda ise üç hasta il dışına çıktığından, iki hasta çalışmayı sürdürmek istemediğinden, bir hasta da hastane yatışı nedeni ile araştırma 32 deney, 34 kontrol olmak üzere 66 hasta ve bakıcısı ile tamamlanmıştır. Hastaların çalışmaya alınma ölçütleri şu şekilde belirlenmiştir:

- DSM-IV tanı ölçütlerine göre ilk atak dışındaki şizofreni tanılı hastalar,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden,
- Okuryazar olan,
- Yaşları 16-60 arasında olan,
- İl sınırları içinde oturan,
- Ayaktan tedavi gören stabil hastalar.

Bakıcı için ölçütler, çalışmaya katılmayı kabul eden, okuryazar olan, hastasıyla haftada en az 35 saat ve üzerinde birlikte olan, ruh ve beden sağlığı yerinde olan aile üyesi olarak belirlendi.

Araştırmada deney grubu hasta yakınlarına uygulanan ruhsal eğitim ve izleme çalışması bağımsız değişkeni, ailelerin aile işlevleri ve hastaların aileden algıladıkları sosyal destek düzeyleri bağımlı değişkeni, hasta ve bakıcıların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, ekonomik düzeyi ise kontrol değişkenlerini oluşturmaktadır.

Araştırmada kullanılan araçlar ve ruhsal eğitim programı

Hasta ve Bakıcı Tanımlayıcı Formu: Hasta tanımlayıcı formu, hastaların tanıtıcı (yaşı, cinsiyeti, mesleği, medeni durumu, kiminle yaşadığı, öğrenim durumu, ekonomik durumu) ve hastalığa ilişkin özelliklerini (hastalık hakkında bilgi durumu, son bir ayda ilaç aksatma durumu, ilaç yan etkileri, ilaç yan etki şiddeti, hastalığın süre-

si ve yatış sayısı) içeren 13 sorudan; bakıcı tanımlayıcı formu ise bakıcıların tanıtıcı özelliklerini, aile içindeki rolünü ve destek durumunu belirlemeye yönelik (yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, öğrenim durumu, hastaya yakınlık derecesi, rol yüklenmesi, destek durumu) sekiz sorudan oluşmaktadır.

Hastaların izlem sonrası ilaç tedavisine uyum durumu, hastaların ailelerinin kontrolünde her gün düzenli olarak doldurdıkları Tedaviyi Değerlendirme Çizelgeleri dikkate alınarak değerlendirilmiştir. Hastaların ilaç tedavisine uyum durumunu belirlemede, son bir ayda ilacını hiç aksatmadan alanlar uyumlu, bir-üç kez arasında aksatanlar biraz uyumlu, dört kez ve üzerinde aksatanlar uyumsuz olarak değerlendirilmiştir.

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ): Aile araştırma programı çerçevesinde 1983 yılında geliştirilmiş olup Mc Master Aile İşlevleri Modeli'nin klinik olarak aileler üzerine uygulanmasıyla elde edilmiştir. Ailenin işlevlerini hangi alanlarda yerine getirdiği ya da getiremediğini ailelerin algılamalarına göre değerlendirmeyi sağlayan kendini bildirim ölçeğidir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirliği Bulut tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam 60 madde ve yedi alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçekler problem çözme (PÇ), iletişim (İLT), roller (Rol), duygusal tepki verebilme (DTV), gereken ilgiyi gösterme (GİG), davranış kontrolü (DK) ve genel işlevlerdir (Gİ). Seçenekler dört grupta toplanmıştır: Aynen katılıyorum için 1 puan, hiç katılmıyorum için 4 puan verilmektedir. Kuramsal olarak iki, ayırt edici bir sayıdır ve ikinin üzerindeki puan ortalamaları aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru gidişin göstergesidir. Alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları PÇ için 0.80, İLT için 0.71, Rol için 0.42, DTV için 0.59, GİG için 0.38, DK için 0.52, Gİ için 0.86 olarak bulunmuştur.¹⁹ Bu araştırmada ise alt ölçeklerin alfa katsayıları PÇ için 0.83, İLT için 0.76, Rol için 0.51, DTV için 0.68, GİG için 0.44, DK için 0.52, Gİ için 0.85 olarak hesaplanmıştır.

Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASD-AL): Pracidona ve Heller tarafından geliştirilen, Soria tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçekte 'evet, hayır ve bilmiyorum' yanıt seçeneklerinden oluşan 20 madde bulunmaktadır. Algılanan sosyal desteği gösteren tepki her madde için +1 olarak puanlanmaktadır. Puanlar 0-20 arasında değişmektedir. Bilmiyorum seçeneğine puan verilmemektedir. Ölçekte 3., 4., 6., 16., 19., 20. maddeler ters ifadelerdir. Bu sorularda hayır seçeneğine 1 puan verilmektedir. Ölçeğin alfa katsayısı 0.85

olarak bulunmuştur.²⁰ Bu araştırmada ise, ölçeğin alfa katsayısı grup farklılığından dolayı 0.63 olarak hesaplanmıştır.

Ruhsal eğitim programı

Davranışçı kuram ve teknikler temel alınarak aileye ruhsal eğitim verilmesi girişimlerini de içeren Psikososyal Beceri Eğitimi, Liberman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan Sosyal ve Bağımsız Yaşama Becerileri programının Belirtilerle Baş Etme ve İlaç Tedavisi Yaklaşımı modüllerinin uygulanmasını içerir. İlaç Tedavisi Yaklaşımı modülünde iletişim becerileri, sorun çözme teknikleri, antipsikotik ilaçlar hakkında bilgi edinme, kendi başına doğru ilaç kullanmayı ve tedavi durumunu değerlendirmeyi öğrenme, ilaç yan etkilerini tanıma ve tedaviyle ilgili konuları sağlık ekibiyle görüşmeyi içeren beceri alanları yer almaktadır. Belirtilerle baş etme modülünde ise, iletişim becerileri, sorun çözme teknikleri, alevlenmenin uyarıcı işaretlerini tanıma ve izleme, inatçı belirtilerle baş etmeyi öğrenme, alkol ve uyuşturucudan sakınma, faydasız tedavi arayışlarından uzak durma, stresle başa çıkma, özgüveni artırma, zamanı değerlendirme, arkadaşlık ve dostluk ilişkilerini geliştirme ve eğlenceli faaliyetler beceri alanları bulunmaktadır.¹²

Araştırmacı, 20-24 Mart 2006 tarihlerinde Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Gündüz Hastanesi'nde Psikiyatrik Rehabilitasyon Birimi çalışmalarına ve Ruhsal Eğitim Programına katılmış, bu konuda uzman görüşlerinden yararlanmıştır.

Ruhsal eğitim programının ve izleme çalışmasının uygulanması

Çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan deney ve kontrol grubundaki hasta ve bakıcılara ruhsal eğitim süreci başlamadan önce ön görüşme yapılarak tanımlayıcı form ve ölçekler (ADÖ, ASD-AL) uygulanmıştır. Deney grubundaki hasta ve bakıcılarına şizofreni hasta ailelerine yönelik ruhsal eğitim konusunda bilgi verilerek çalışmanın hedefi ve yöntemi açıklanarak çalışma planı yazılı olarak verilmiştir. Erzincan Devlet Hastanesi'nde ayaktan izlenen ve tedavisi yapılan 32 şizofreni hastası ve bakıcıları deney grubunu, deney grubu ile benzer özelliklere sahip Erzurum Numune Hastanesi'nde ayaktan izlenen ve rutin tedavi alan 34 şizofreni hastası ve bakıcıları ise kontrol grubunu oluşturmuştur.

Deney grubuna verilen ruhsal eğitim haftada bir, 10-12 bakıcıdan oluşan üç gruba 90-100 dakika süren 14 oturumda, toplam 14 hafta sürmüştür. Her oturum için belli hedefler oluşturulmuştur. Verilen bilgilerin anlaşılması için tekrarlar yapılmıştır.

miş, sorun çözme yöntemlerinde bakıcıların hastalarla yaşadığı ve karşılaşabilecekleri çeşitli sorunlara değinilmiş ve rol oynama, soru-yanıt, kontrol listeleri gibi öğrenme teknikleri kullanılmıştır. Bakıcılara şizofreni hasta aileleri için ruhsal eğitim rehberi olarak hazırlanan kitapçık verilmiştir. Kitapçık Sosyal ve Bağımsız Yaşama Becerileri programının ilaç tedavisi yaklaşımı, belirtilerle baş etme ve zevk verici etkinlikler modülleri temel alınarak hazırlanmıştır. Ruhsal eğitimi tamamlayan bakıcılar, benzer sorunları yaşayan farklı insanlarla aynı ortamda duygularını ve sorunlarını tartışabilme ve paylaşma olanağının kendilerini rahatlattığını, güvenlerini artırdığını belirtmiştir. Oturumlar Erzincan Devlet Hastanesi çok amaçlı eğitim salonunda taşınabilir yazı tahtası ve bilgisayar kullanılarak yapılmıştır.

Ruhsal eğitimden bir hafta sonra deney ve kontrol grubuna ölçekler yeniden uygulanmıştır. Ruhsal eğitim sürecinden sonra deney grubu altı ay izlenmiştir. Hasta ve bakıcılara ev ziyareti ve kontrollerden önce telefonla anımsatmalar yapılmış ve hasta ve bakıcının araştırmacıya her an ulaşabileceği telefon numarası verilmiştir. Altı aylık izlemiden bir ay sonra ölçekler (ADÖ, ASD-AL) yeniden uygulanmıştır.

İstatistiksel değerlendirme

Verilerin değerlendirilmesinde deney ve kontrol grubunu tanımlayıcı özellikler açısından karşılaştırmak amacıyla ki-kare ve t testi, deney ve kontrol grubu bakıcıların aile işlevleri ve halsaların sosyal destek ön, ara ve son test ölçek puan ortalamalarını karşılaştırmak amacıyla bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Çalışmada önemlilik düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Etik ilkeler

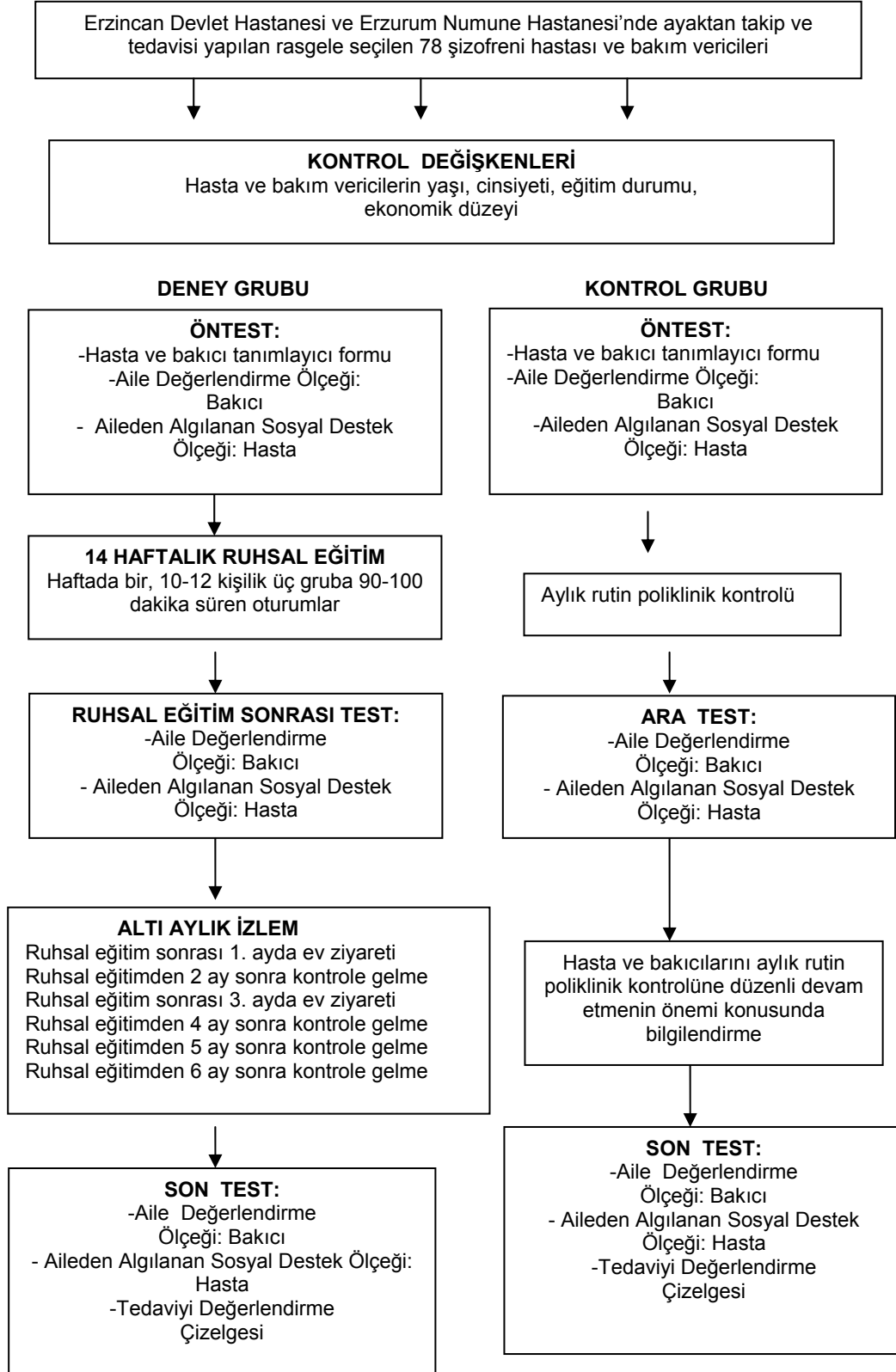
Araştırmayı yapmak için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Etik Kurulu'ndan etik onay, Erzincan ve Erzurum İl Sağlık Müdürlükleri'nden yazılı izin alınmıştır. Araştırma ölçütlerini karşılayan şizofreni hasta ve bakıcılarına çalışmanın amacı ve planı açıklanarak sözlü onamları alınmış ve gizlilik ilkesine özen gösterilmiştir. Çalışma tamamlandıktan sonra ruhsal eğitime katılmayı kabul eden kontrol grubundaki bakıcılara ruhsal eğitim verilmiştir.

BULGULAR

Hastaların tanımlayıcı özellikleri

Deney grubundaki hastaların yaş ortalaması 38.91 ± 11.56 , kontrol grubundaki hastaların 34.15 ± 10.99 'dur. Deney grubundaki hastaların

ARAŞTIRMA PLANI



Şekil 1. Araştırma planı

Tablo 1. Deney ve kontrol gruplarının tanımlayıcı ve hastalığa ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması

Tanımlayıcı özellikler	Deney grubu (s=32)		Kontrol grubu (n=34)		Test	p değeri
Sayı	%	Sayı	%			
Cinsiyet					$\chi^2=0.12$	>0.05
Kadın	10	31.0	12	35.3		
Erkek	22	69.0	22	64.7		
Öğrenim durumu					$\chi^2=1.99$	>0.05
Okur-yazar	1	3.1	4	11.8		
İlkokul	16	50.0	17	50.0		
Ortaokul	5	15.6	5	14.7		
Lise	10	31.3	8	23.5		
Medeni durum					$\chi^2=2.97$	>0.05
Evli	10	31.3	10	29.4		
Bekar	17	53.1	18	53.0		
Dul	2	6.3	-	-		
Boşanmış	3	9.3	6	17.6		
Çalışma durumu					$\chi^2=2.34$	>0.05
Hiç çalışmamış	18	56.0	22	64.7		
Geçici işlerde çalışmış	12	38.0	12	35.3		
Çalışıyor	2	6.0	-	-		
Ekonomik durum					$\chi^2=0.76$	>0.05
Kötü	9	28.1	13	38.2		
Orta	23	71.9	21	61.8		
Kiminle yaşadığı					$\chi^2=0.76$	>0.05
Anne-baba ile	11	34.4	15	44.1		
Eş ve/veya çocuklarla	10	31.2	10	29.4		
Diğer bir yakınla	11	34.4	9	26.5		
Hastalık hakkında bilgi durumu					$\chi^2=1.65$	>0.05
Yok	21	65.6	25	73.5		
Var-biraz	11	34.4	9	26.5		
Son bir ayda ilaç aksatma durumu					$\chi^2=0.51$	>0.05
Hiç aksatmadım	8	25.0	9	26.5		
1-3 kez	11	34.4	9	26.5		
4 kez ve üzeri	13	40.6	16	47.0		
İlaç yan etkileri					$\chi^2=0.18$	>0.05
Var	24	75.0	27	79.4		
Yok	8	25.0	7	20.6		
İlaç yan etki şiddeti					$\chi^2=0.43$	>0.05
İşlevselliği etkilemiyor	12	54.5	16	64.0		
İşlevselliği etkiliyor	10	45.5	9	36.0		
Yaş (Ort.±SS)	38.91±11.56		34.15±10.99		t=1.72	>0.05
Hastalığın süresi (yıl)	11.63±7.50		9.12±6.96		t=1.42	>0.05
Yatış sayısı	1.88±1.26		2.12±0.91		t=-0.90	>0.05

%68.8'i, kontrol grubundaki hastaların %64.7'si erkektir. İki grupta da hastaların %50'si ilkokul mezunudur. Deney grubundaki hastaların %53.1'i, kontrol grubundaki hastaların %52.9'u bekar. Deney grubundaki hastaların %56.3'ü, kontrol grubundaki hastaların %64.7'si hiç çalışmamıştır. Deney grubundaki hastaların %71.9'unun, kontrol grubundaki hastaların %61.8'inin

Anatolian Journal of Psychiatry 2010; 11:195-205

ekonomik durumu kötüdür. Deney grubundaki hastaların %34.4'ü, kontrol grubundaki hastaların %44.1'i anne-babası ile yaşamaktadır (Tablo 1).

Hastaların hastalık ve klinik özellikleri

Deney grubundaki hastaların %65.6'sının, kont-

Tablo 2. Deney ve kontrol gruplarının bakıcılarının tanımlayıcı ve bakım verme ile ilişkili özelliklerinin karşılaştırılması

Tanımlayıcı özellikler	Deney grubu (s=32)		Kontrol grubu (s=34)		Test	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet					$\chi^2=2.51$	>0.05
Kadın	23	71.9	18	52.9		
Erkek	9	28.1	16	47.1		
Öğrenim durumu					$\chi^2=1.28$	>0.05
Okur-yazar	2	6.2	4	11.8		
İlkokul	19	59.4	20	58.8		
Ortaokul	3	9.4	4	11.8		
Lise	3	9.4	3	8.8		
Üniversite	5	15.6	3	8.8		
Medeni durum					$\chi^2=7.42$	>0.05
Evli	21	65.6	25	73.5		
Bekar	9	28.1	7	20.6		
Dul	2	6.3	2	5.9		
Meslek					$\chi^2=0.54$	>0.05
Emekli	2	6.2	1	2.9		
Serbest	4	12.5	8	23.5		
Memur	3	9.4	2	5.9		
Ev hanımı	23	71.9	18	53.0		
Çiftçi	-	-	5	14.7		
Hastaya yakınlık derecesi					$\chi^2=5.65$	>0.05
Eş	8	25	9	26.5		
Oğul-kız	6	18.8	1	3.0		
Anne-baba	11	34.3	15	44.0		
Kardeş	7	21.9	9	26.5		
Rol yüklenmesi					$\chi^2=0.56$	>0.05
Yalnızca hasta	19	59.4	22	64.7		
Hasta+küçük çocuk	3	9.4	2	5.9		
Hasta+diğer hasta aile üyesi	5	15.6	6	17.6		
Hasta+kendi hastalığı	5	15.6	4	11.8		
Destek durumu					$\chi^2=0.09$	>0.05
Yok	20	62.5	20	58.8		
Diğer aile üyeleri	12	37.5	14	41.2		
Yaş	45.09±11.14		41.06±11.75		t= -1.43	>0.05

rol grubundaki hastaların %73.5'inin bozukluk hakkında bilgisi yoktur. Deney grubundaki hastaların %40.6'sı, kontrol grubundaki hastaların %47.1'i son bir ayda ilacını dört kez ve daha çok sayıda aksatmıştır. Deney grubundaki hastaların %75'inde, kontrol grubundaki hastaların %79.4'ünde ilaç yan etkileri olmuş ve deney grubundaki hastaların %54.5'inde, kontrol grubundaki hastaların %64'ünde ilaç yan etkileri işlevselliği etkilememiştir. Deney grubundaki hastaların ortalama hastalık süresi 11.63±7.50, kontrol grubundaki hastaların 9.12±6.96 yıldır. Deney grubundaki hastaların ortalama yatış sayısı 1.88±1.26, kontrol grubundaki hastaların 2.12±0.91'dir. Deney ve kontrol grubu hastala-

rında pozitif belirtiler ağırlıkta olup hastaların büyük çoğunluğu (%90) yeni kuşak antipsikotik ilaç kullanmaktadır. Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubu hastaların hastalığa ilişkin ve klinik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir (p>0.05).

Bakıcıların tanımlayıcı özellikleri

Deney grubundaki bakıcıların yaş ortalaması 41.06±11.75, kontrol grubundaki bakım vericilerin 45.09±11.14'tür. Deney grubundaki bakıcıların %71.9'u, kontrol grubundakilerin %52.9'u kadındır. Deney grubundaki bakıcıların %59.4'ü,

Tablo 3. Deney ve kontrol grubu bakıcıların ön, ara, son test Aile Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

ADÖ	Deney (s=32) Ön test Ort.±SS	Kontrol (s=34) Ön test Ort.±SS	Test ve p değeri	Deney (s=32) Ara test Ort.±SS	Kontrol (s=34) Ara test Ort.±SS	Test ve p değeri	Deney (s=32) Son test Ort.±SS	Kontrol (s=34) Son test Ort.±SS	Test ve p değeri
PÇ	2.78±0.42	2.78±0.43	t=0.03 p>0.05	2.08±0.15	2.72±0.38	t=8.88 p<0.001	1.94±0.14	2.68±0.34	t= 11.26 p<0.001
İlt	2.57±0.39	2.57±0.34	t=0.02 p>0.05	1.78±0.12	2.49±0.32	t=11.95 p<0.001	1.52±0.16	2.47±0.28	t=16.69 p<0.001
Rol	2.28±0.25	2.25±0.29	t=0.32 p>0.05	1.78±0.11	2.17±0.24	t=8.40 p<0.001	1.74±0.11	2.17±0.22	t= 9.92 p<0.001
DTV	2.54±0.42	2.44±0.40	t=0.99 p>0.05	1.50±0.10	2.35±0.37	t=12.57 p<0.001	1.32±0.88	2.30±0.35	t=15.49 p<0.001
GİG	2.20±0.38	2.24±0.21	t=0.52 p>0.05	1.46±0.15	2.12±0.24	t=13.00 p<0.001	1.3 8±0.14	2.09±0.25	t=14.24 p<0.001
DK	2.16±0.27	2.23±0.29	t=1.04 p>0.05	1.52±0.11	2.16±0.27	t=12.51 p<0.001	1.26±0.68	2.11±0.23	t= 20.00 p<0.001
Gİ	2.44±0.38	2.54±0.39	t=1.07 p>0.05	1.78±0.18	3.28±0.50	t=16.05 p<0.001	1.2 8±0.18	2.45±0.34	t= 17.24 p<0.001

ADÖ: Aile Değerlendirme Ölçeği, PÇ: Problem Çözme, İlt: İletişim, Rol: Roller, DTV: Duygusal Tepki Verebilme, GİG: Gereken İlgiyi Gösterme, DK: Davranış Kontrolü, Gİ: Genel İşlevler.

Tablo 4. Deney ve kontrol grubunun ön, ara, son test Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Deney (s=32) Ort.±SS	Kontrol (s=34) Ort.±SS	Test	p değeri
Ruhsal eğitim öncesi puanlar	9.66±3.48	9.41±3.32	t=0.29	>0.05
Ruhsal eğitim sonrası puanlar	16.00±1.05	8.97±3.83	t=10.02	<0.001
İzlem sonrası puanlar	18.06±0.84	11.29±3.89	t=9.61	<0.001

kontrol grubundakilerin %58.8'i ilköğretim mezunudur. Deney grubundaki bakıcıların %65.6'sı, kontrol grubundakilerin %73.5'i evlidir. Deney grubundaki bakıcıların %71.9'u, kontrol grubundakilerin %53'ü ev kadınıdır. Deney grubundaki bakıcıların %34.4'ü, kontrol grubundakilerin %44'ü hastanın anne-babası olup, deney grubundaki bakıcıların %59.4'ü, kontrol grubundakilerin %64.7'si yalnız hasta ile ilgilenmektedir. Deney grubundaki bakıcıların %62.5'i, kontrol grubundakilerin %58.8'i hasta bakımında kendilerine destek verenin olmadığını belirtmiştir. Deney ve kontrol grubu bakıcıları tanımlayıcı ve bakım verme ile ilişkili özelliklerine göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür (p>0.05) (Tablo 2).

Aile işlevleri düzeyi

Deney ve kontrol grubu bakıcıların ADÖ ön test puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir (p>0.05) (Tablo 3). Deney grubundaki

bakıcılara verilen ruhsal eğitim ve hastaları izleme çalışması sonrası deney grubundaki bakıcıların aile işlevlerinde olumlu ilerleme görülmüş ve deney grubu ile kontrol grubu karşılaştırıldığında ruhsal eğitim ve izleme sonrası test ADÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.001) (Tablo 3).

Aileden algılanan sosyal destek düzeyi

Deney ve kontrol grubu hastaların ön test ASD-AL Ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir (p>0.05) (Tablo 4). Deney grubundaki bakıcılara verilen ruhsal eğitim ve hastaları izleme çalışması sonrası deney grubundaki hastaların aileden algıladıkları sosyal destek düzeylerinde artma görülmüş ve deney grubu ile kontrol grubu karşılaştırıldığında ruhsal eğitim ve izleme sonrası test ASD-AL Ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.001) (Tablo 4).

İlaç tedavisine uyum durumu

Deney grubundaki hastaların ilaç tedavisine uyumsuzluk oranı başlangıçta %40.6 iken, izleme sonrasında bu oran %21.9'a, kontrol grubundaki hastalarda uyumsuzluk oranı da %47'den %35.3'e düşmüştür. Deney grubundaki hastaların %79.2'si, kontrol grubundaki hastaların ise %68'i ilaç tedavisine uyumsuzluk nedeni olarak ilaç yan etkilerinin olduğunu belirtmiştir.

TARTIŞMA

Aile ve aile işlevlerinin ruhsal ve fiziksel hastalıkların oluşumunda ve gidişinde önemli rol oynadığı bilinmektedir. Aile içi dinamiklerde meydana gelen değişimler bireyin yaşantısında sorun oluşturabildiği gibi, bireyin yaşadığı kriz veya sorunlar da aile içi ilişkilere yansımakta ve işlevlerde değişimlere neden olmaktadır.²¹ Birçok araştırmacı ailedeki işlev bozukluğunun şizofreninin nedeni değil, sonucu olduğuna inanmaktadır.²² Çalışmada deney ve kontrol grubundaki bakıcıların ADÖ ön test puan ortalamaları ikinin üzerinde bulunmuştur. Ölçekte kuramsal olarak 2iki, ayırt edici bir sayıdır ve ikinin üzerindeki puan ortalamaları aile işlevlerinde sağlıklılığa doğru gidişin göstergesidir.¹⁹ Yapılan çalışmalarda psikiyatri hastası üyesi bulunan ailelerin her konuda kendi aile işlevlerini psikiyatri hastası üyesi bulunmayan ailelerden daha bozuk ve sağlıklı olarak algıladığı belirlenmiştir.²³⁻²⁶ Danacı ve arkadaşlarının²⁷ 37 şizofreni hasta ve ailesiyle yaptığı çalışmada aile işlevlerinde sağlıklılık olduğu ve aile işlevlerindeki bozulmanın hastanın sosyal işlevselliğini de etkilediği saptanmıştır. Ünal ve arkadaşlarının²⁸ şizofreni, iki uçlu duygudurum bozukluğu ve epilepsi hastalarında aile işlevlerini karşılaştırdığı çalışmada, şizofreni hastalarının aile işlevlerini en sağlıklı değerlendiren grup olduğu, şizofreni hasta ailelerinin ise 'davranış kontrolü' dışındaki işlevleri diğer hasta ailelerine göre daha sağlıklı değerlendirdiği belirlenmiştir.

Deney grubuna verilen ruhsal eğitim ve izleme çalışması sonrası deney grubundaki bakıcıların aile işlevlerinde ve hastaların sosyal destek düzeylerinde olumlu ilerleme görülmüş ve deney grubu ile kontrol grubu karşılaştırıldığında ADÖ puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur. Ailelere yönelik yapılan ruhsal eğitim girişimlerinin aileler ve hastalar üzerinde olumlu etki yaparak aile işlevlerinde sağlıklı ilerlemeler sağladığı, yapılan bu girişimlerle aile üyelerinin birbirlerine ve hastalarına karşı daha tahammüllü oldukları, suçluluk ve çaresizlik duygularının, yüksek duygu dışavurumunun ve

aile yükünün azaldığı,²⁹⁻³¹ bozukluk konusunda bilgi düzeylerinin arttığı ve bazı tutumlarında değişiklikler olduğu, hastaların sosyal ilişkilerinde, sosyal rol performansında olumlu etkilerinin olduğu birçok çalışmada bildirilmektedir.³²⁻³⁵ Chien ve Wong'un³⁶ 84 aile üyesiyle yaptığı 18 oturumdan oluşan ruhsal eğitim çalışmasının bir hafta ve 12 ay sonraki değerlendirmeler sonucunda, hasta ve ailelerin işlevselliğinde önemli ilerleme, hastane yatışlarında ve ailelerin bakım yükünde azalma olduğu belirlenmiştir. Rasgele örnekleme ile yapılan otuzdan fazla klinik araştırmanın incelendiği çalışmada, aileye yönelik psikoeğitimin aile üyelerinin işlevlerinde olumlu etkisinin olduğu bildirilmiştir.³⁷ Doğan ve arkadaşlarının³⁸ 23 şizofreni hasta ve bakım vericisini evlerinde altı kez ziyaret ederek şizofreni ve tedavisi konularında bilgilendirdikleri çalışmada ADÖ'nin 'iletişim' ve 'gereken ilgiyi gösterme' dışındaki diğer alt ölçek ve hastaların aile ve arkadaşlardan algıladıkları sosyal destek puan ortalamalarının anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir. Hemşirelerin 33 Çinli şizofreni hastasının ailesiyle yaptığı çalışmada, 24 hafta süren ruhsal eğitimden sonra hasta ve ailelerin aile işlevlerinde önemli ilerlemeler görülmüştür.³⁹

Ruhsal eğitim içeriğinin altı aylık izleme sürecinde de aile ziyaretleri ve poliklinik kontrolleriyle pekiştirilmesi, aile işlevlerinde artan düzeyde iyileşmeyi sağlamıştır. Ev ziyareti sırasında uyumsal yeteneğin ya da işlev bozukluğunun kanıtları gözlenemediğinden, evde değerlendirme ve ayırıcı tanı daha kolay ve sağlıklı yapılır. Bu durum doğru ve uygun girişimlerin planlanması ve uygulanması olasılığını artırır.⁴⁰

Sosyal destek bozukluğun iyileşmesinde olumlu bir etkidir. Hastaya somut olarak yardımda bulunurken, benlik saygısını güçlendirici nitelik de içermektedir.⁴¹ Kronik hastalığı olan bireyler için toplumda sosyal desteğin en önemli kısmını aile ve çevresi oluşturmaktadır. Aile çevresi ve psikososyal etkenler hastanın iyilik halini etkileyen en önemli etkenlerdir. Aile ve çevre desteğinin varlığı hastanın tedavisinde uzun dönemli olumlu sonuçlar verir.⁴² Çalışmalarda aile ve çevreden algılanan sosyal desteğin hastaların yaşam kalitesini ve iyilik halini artırdığı, bozukluğun belirtileri üzerinde olumlu etkisinin olduğu belirlenmiştir.⁴³⁻⁴⁵

Şizofreni hastalarında tedaviye uyumsuzluk ciddi sorunlardan birisidir. Aile ya da bir yakınının yardımı olmadan hastaların çoğu ilaç tedavisini bırakma eğilimindedir.⁴⁶ Çalışmamızda deney grubundaki hastaların ilaç tedavisine uyumsuzluk oranının %40.6 olduğu ve hastala-

rın %79.2'sinin uyumsuzluk nedeni olarak ilaç yan etkilerini belirttiği, kontrol grubundaki hastaların ise ilaç tedavisine uyumsuzluk oranının %47 olduğu ve hastaların %68'inin uyumsuzluk nedeni olarak ilaç yan etkilerini belirttiği saptanmıştır. Hastalar unutkanlık, dalgınlık gibi bilişsel sorunlar, içgörü eksikliği, hasta-hekim ilişkisi, uzun süreli ilaç kullanma düzenine uymanın zorluğu, destek sistemlerinin yetersizliği, ekonomik güçlükler, tedavi konusunda yetersiz bilgi veya tedaviyi yanlış yorumlama, ailenin ilaç tedavisine karşı olan tutumu ve ilaçların yan etkileri gibi durumlar nedeniyle ilaç tedavisine uyumsuzluk gösterebilmektedir.⁴⁷⁻⁴⁹ Ruhsal eğitim ve izlem sonrası deney grubundaki hastaların ilaç uyumsuzluk oranı %21.9'a, kontrol grubundaki hastaların ilaç uyumsuzluk oranı ise %35.3'e düşmüştür. Yapılan çalışmalarda aile girişimlerinin ve etkili aile desteğinin depresme oranında, ilaç uyumunda ve hastanın sosyal işlevselliğinde olumlu etkilerinin olduğu belirlenmiştir.⁵⁰⁻⁵² Yıldız ve arkadaşlarının⁵³ 38 şizofreni hastasına sekiz ay süren sosyal beceri eğitimi verdikleri çalışma sonucunda, ilacını düzenli kullanan hastaların oranının %63.2'den %79'a yükseldiği görülmüştür. Duman ve arkadaşlarının⁵⁴ klinikte yatan 30 şizofreni hastasına bakım verenlere uyguladığı ruhsal eğitim ve izleme

çalışması sonrasında hastaların ilaç tedavisi ve kontrol randevularına uyumlarında hastaneye yatış öncesine göre anlamlı farklılık saptandığı belirlenmiştir.

Çalışmada ruhsal eğitim uygulanan ve uygulanmayan bütün bakıcıların başlangıçta aile işlevlerinin sağlıklı, hastaların aileden algıladıkları sosyal destek düzeylerinin düşük ve ilaç tedavisi işbirliğinin önemli düzeyde düşük olduğu (yaklaşık %50 oranında) görülmüştür. On dört haftalık ruhsal eğitim ve altı aylık izleme çalışması yapılan gruptaki bakıcıların aile işlevlerinde, hastaların sosyal destek düzeylerinde ve ilaç tedavisi işbirliğinde önemli ilerleme belirlenmiştir. Çalışma programına hastanın en çok zaman geçirdiği aile üyesinin alınmasının bu sonuçlar üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Aileler genelde hemen hemen tüm zamanlarını hastalarla geçirmektedir. Bu nedenle aile üyeleri hastalar için yalnız ev arkadaşı değil, aynı zamanda tedavi edici konumdadır. Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, yatan hasta programları ve aile müdahaleleri, özellikle ayaktan tedaviyi sürdüremeyen hastalar ve aileleri için önemli olduğundan benzer ya da daha geliştirilmiş programların yataklı psikiyatri kliniklerinin hizmet rutinleri arasına yerleştirilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Yıldız M. Şizofreninin nedenleri üzerine ruhsal ve toplumsal yaklaşımlar. ME Ceylan, M Çetin (Eds.), Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri. Şizofreni-I, üçüncü baskı, İstanbul, Yerküre, 2005, s.613-618.
2. Solomon P, Draine J. Subjective burden among family members of mentally ill adults. *Am J Orthopsychiatry* 1995; 65: 419-427.
3. Yıldız M. Şizofrenide psikososyal tedaviler. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2005; 1:67-73.
4. Doğan O. Şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımlar. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2002; 3:240-248.
5. Lehman AF, Steinwachs DM. Patterns of usual care for schizophrenia: initial results from the schizophrenia patient Outcomes research team (PORT) client survey. *Schizophrenia Bulletin* 1998; 24:11-20.
6. Anders RL, Kawano M, Chizuru M, Kokusho H, Tokunaga I. Assessment of inpatient treatment of patients with schizophrenia in Japan: Implications for practice. *Arch Psychiatr Nurs* 2001; 15:265-271.
7. Doğan O, Doğan S, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Başgeçmez FD. Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Aileler. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2002; 3:133-139.
8. Cheng LY, Chan S. Psychoeducation program for chinese family carers of members with schizophrenia. *West J Nurs Res* 2005; 27:583-599.
9. Chien W-T, Phil. M, Hons BN, Chan SWC. One year follow up of a multiple-family group intervention for chinese families of patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2004; 55:1276-1284.
10. Michael G, Donell MC, Robert MS. Burden in schizophrenia caregivers: Impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. *Family Process* 2003; 42:91-103.
11. Ran SM, Xiang ZM, Chan WLC, Leff J, Simpson P, Huang M-S, et al. Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 38:69-75.
12. Yıldız M. Sosyal ve bağımsız yaşamak için şizofrenide beceri geliştirme eğitimi: ilaç tedavisi ve belirtilerle baş etmeyi öğrenmek. Bahar sempozyumları 4, Sempozyum Kitabı, 2000, s.38-40.
13. Noble C. Are nurses good patient educators? *J Adv Nurs* 1991; 16:1185-1189.
14. Mahone HI. Medication decision-making by persons with mental illness. *Arch Psychiatr Nurs* 2004;18:126-134.
15. Magliano L, Fiorillo A, Fadden G, Gair F, Economou M, Kallert T. Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. *World Psychiatry* 2005; 4:45-49.
16. Sethabouppha H, Kane C. Caring for the seriously mentally ill in Thailand Buddhist family caregiving. *Arch Psychiatr Nurs* 2005; 19:44-57.

17. Higgins L, Ghatak-Dey P, Davey G. Mental health nurses' experiences of schizophrenia rehabilitation in China and India: A preliminary study. *Int J Ment Health Nurs* 2007; 16:22-27.
18. Chien WT, Norman I. Educational needs of families caring for chinese patients with schizophrenia. *J Adv Nurs* 2003; 44:490-498.
19. Bulut I. Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı. Ankara, Özgüzel Matbaası, 1990.
20. Sorias O. Sosyal desteğin değerlendirilmesi: Toplumdan seçilmiş bir örnekte sosyal ağın yapısal özellikleri ile algılanan destek. *Seminer Psikoloji Derg* 1989; 6:23-33.
21. Bulut I. Ruh Hastalığının Aile İşlevlerine Etkisi. Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları, Ankara, Kılıçaslan Matbaası, 1993.
22. Sadock BJ, Sadock VA. Klinik Psikiyatri El Kitabı. A Bozkurt (Çev.), dördüncü baskı, Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2009.
23. Saunders JC. Family functioning in families providing care for a family member with Schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs* 1999; 20:95-113.
24. Kotama A, Akiyama T, Miyake Y, Kurita H. Family functioning perceived by patients and their family members in three Diagnostic and Statistical Manual-IV diagnostic groups. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 58:495-500.
25. Trangkasombat U. Family functioning in the families of psychiatric patients: a comparison with nonclinical families. *J Med Assoc Thai* 2006; 89:1946-1953.
26. Friedmann MS, Mcdermut WH, Solomon DA, Ryan CE, Keitner GI, Miller IW. Family functioning and mental illness: a comparison of psychiatric and nonclinical families. *Fam Process* 2004; 36:357-367.
27. Danacı AE, Karaca N, Deveci A. Şizofreni hastalarında aile işlevselliği ile sosyal işlevsellik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Türkiye'de Psikiyatri* 2005; 7:104-108.
28. Ünal S, Kaya B, Çekem B, Özişik IH, Çakıl G, Kaya M. Şizofreni, iki uçlu duygudurum bozukluğu ve epilepsi hastalarında aile işlevlerinin karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Derg* 2004; 15:291-299.
29. Nasr T, Kausar R. Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Ann Gen Psychiatry* 2009; 8:17.
30. Arslantaş H, Sevinçok L, Uygur B, Balci V, Adana F. Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoeğitimin hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerine olan etkisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Derg* 2009; 10:3-10.
31. Giron M, Fernandez-Yanez A, Mana-Alvarenga S, Molina-Habas A, Nolasco A, Gomez-Beneyto M. Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: a 2-year randomized controlled study. *Psychol Med* 2010; 40:73-84.
32. Tel H, Terakye G. Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoeğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2000; 1:133-142.
33. Alpi A, Cocchi A, Meneghelli A, Pafumi N, Patelli G. Working with families in the early stages of psychosis: a structured intervention for caregivers. *G Ital Med Lav Ergon* 2008; 30(Suppl.B):62-70.
34. Rummel-Kluge C, Kissling W. Psychoeducation for patients with schizophrenia and their families. *Expert Rev Neurother* 2008; 8:1067-1077.
35. McDonell MG, Short RA, Hazel NA. Multiple-family group treatment of outpatients with schizophrenia: impact on service utilization. *Fam Process* 2006; 45:359-373.
36. Chien WT, Wong KF. A family psychoeducation group program for chinese people with schizophrenia in Hong Kong. *Psychiatr Serv* 2007; 58:1003-1006.
37. Mcfarlane WR, Dixon L, Lukens E, Lucksted A. Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *J Marital Fam Ther* 2003; 29:223-245.
38. Dogan S, Dogan O, Tel H, Coker F, Polatoz O, Dogan FB. Psychosocial approaches in outpatients with schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J* 2004; 27:279-282.
39. 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.
40. Doğan O. Şizofreni hastalarının evde bakımı. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2001; 2:41-46.
41. Gelling L. The role of the hope for relatives of critically ill patients: a review of the literature. *Nurs Stand* 1999; 14:33-38.
42. Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia. The global burden of disease and disability. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 250:274-285.
43. Browne G, Courtney M. Schizophrenia housing and supportive relationships. *Int J Ment Health Nurs* 2007; 16:73-80.
44. Rüesch P, Graf J, Meyer PC, Rossler W, Hell D. Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:686-694.
45. Kaiser SL, Snyder JA, Corcoran R, Drake RJ. The relationships among insight, social support, and depression in psychosis. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194:905-908.
46. Yıldız M. Şizofreni. Hastalığı Anlamak ve Onunla Yaşamayı Öğrenmek. İkinci baskı, İstanbul, Okuyan, 2005.
47. Wilk J, Marcus SC, West J, Countis L, Hall R, Regier B, et al. Substance abuse and management of medication nonadherence in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194:454-457.
48. Kozuki Y, Poupore E, Schepp K. Visual feedback therapy to enhance medication adherence in psychosis. *Arch Psychiatr Nurs* 2005; 19:70-80.
49. Freudenreich O, Cather C, Evins AE, Henderson DC, Goff DC. Attitudes of schizophrenia outpatients toward psychiatric medications: relationship to clinical variables and insight. *J Clin Psychiatry* 2004; 65:1372-1376.
50. Ramirez Garcia JI, Chang CL, Young JS, Lopez SR, Jenkins JH. Family support predicts psychiatric medication usage among Mexican American individuals with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41:624-631.
51. Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, DeRosa C, Favata G, Sasso A et al. Family psychoeducational interventions for schizophrenia in routine settings: impact on patients' clinical status and social functioning and on relatives' burden and resources. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2006; 15:219-227.
52. Dyck DG, Hendryx MS, Short RA, Voss WD, McFarlane WR. Service use among patients with schizophrenia in psychoeducational multiple-family group treatment. *Psychiatr Serv* 2002; 53:749-754.
53. Yıldız M, Yazıcı A, Ünal S, Aker T, Özgen G, Ekmekçi H ve ark. Şizofreninin ruhsal-toplumsal tedavisinde sosyal beceri eğitimi: Belirtilerle başetme ve ilaç tedavisi yaklaşımının Türkiye'de çok merkezli bir uygulaması. *Türk Psikiyatri Derg* 2002; 13:41-47.
54. Duman ZÇ, Aştı N, Üçok A, Kuşçu MK. Şizofreni hastalarına ve ailelerine 'bağımsız ve sosyal yaşam becerileri toplama yeniden katılım programı' uygulaması, izlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2007; 8:91-101.