

Şizofreni Hastalarının Ailelerine Uygulanan Aileden Aileye Destek Programının Hastalık Hakkında Bilgi, Aile Yüğü ve Öz Yeterlilik Üzerine Etkisi*



Dr. Arzu YILDIRIM¹, Dr. Sevim BUZLU², Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR³
Dr. Tuba Hale CAMCIOĞLU⁴, Dr. Sezgin ERDİMAN⁵, Dr. Mine EKİNCİ⁶

ÖZET

Amaç: Bu çalışma şizofreni hastalarının ailelerine uygulanan aileden aileye destek programının hastalık hakkında bilgi, aile yüğü ve öz yeterlilik üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışma DSM-IV-TR ölçütlerine göre şizofreni tanısı alan ve ayaktan izlenen 34 hastanın yaşamında anahtar rol üstlenen 34 hasta yakını ile yürütülmüştür. Gönüllü bir aile üyesine programın amacı, içeriği ve planlanması konularında eğitim verilmiştir. Eğitim alan aile üyesi psikiyatri hemşiresinin de katılımı ile diğer aile üyelerine eğitim vermiştir. Eğitim haftada bir olmak üzere toplam 12 oturumda tamamlanmıştır. Veriler, Hastalık Bilgi Formu (HBF), Algılanan Aile Yüğü Ölçeği (AAYÖ) ve Öz Yeterlilik Ölçeği (ÖYÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: AAYÖ nesnel (11,76±3,89'dan 9,82±4,03'e, p=0,000), öznel (37,85±14,57'den 32,74±4,39'a, p=0,030) ve toplam (49,62±18,25'den 42,56±7,56'ya, p=0,005) puanlarında anlamlı bir düşme, ÖYÖ (82,65±12,01'den 97,79±7,17'ye, p=0,000) puanlarında anlamlı bir artış belirlenmiştir. Eğitim öncesinde şizofreninin bir beyin hastalığı olduğu, ilaç tedavisinin mutlaka uygulanması gerektiği sırasıyla %58,8 ve %94,1 oranlarında doğru, hastalıkla ilgili bütisel atıflar %55,9 oranında yanlış olarak yanıtlanırken, eğitim sonrasında doğru ve yanlış oranları %100 olarak saptanmıştır.

Sonuç: Ülkemizde uygulanan aileden aileye destek programı ailelerin bilgi gereksiniminde ve yükünde azalmanda, öz yeterliliklerinde artmada etkili bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, aileden aileye destek programı, aileler, hastalık bilgisi, aile yüğü, öz yeterlilik

SUMMARY

The Effect of Family-to-Family Support Programs Provided for Families of Schizophrenic Patients on Information about Illness, Family Burden and Self-Efficacy*

Objective: This study was conducted to determine the effects of family-to-family support programs provided for the families of schizophrenic patients on the need for information about the illness, family burden and self-efficacy

Method: The study was carried out with 34 relatives who have key roles in the lives of 34 outpatients who were diagnosed with schizophrenia under DSM-IV-TR. A volunteering family member was given training about the purpose, contents and planning of the program. The family member who had been trained then extended this training to other family members with the assistance of the psychiatric nurse. The training was done once a week, for a total of 12 sessions. The data were collected using a Disease Information Form (DIF), the Perceived Family Burden Scale (PFBS) and the Self-Efficacy Scale (SES).

Results: There was a significant decrease in the PFBS objective scores (from 11.76±3.89 to 9.82±4.03, p=0.000), subjective scores (from 37.85±14.57 to 32.74±4.39, p=0.030) and total scores (from 49.62±18.25 to 42.56±7.56, p=0.005) and a significant increase in the SES scores (from 82.65±12.01 to 97.79±7.17, p=0.000). Before training, 58.8% of family members correctly answered that schizophrenia is a brain disease, while 94.1% correctly stated that it must be treated with medication; however, 55.9% of caregivers incorrectly believed in magical attributions relating to the disease. After training, all caregivers were able to answer correctly.

Conclusion: A family-to-family support program was found to be effective in reducing caregivers' need for information, reducing their burden, and increasing their self-efficacy in our country.

Key Words: Schizophrenia, family-to-family support program, families, knowledge of the disease, family burden, self-efficacy

Geliş Tarihi: 08.10.2012 - **Kabul Tarihi:** 13.03.2013

¹Yrd. Doç., ²Doç., Hemşirelik Bl. Erzincan Üniv. Sağlık Yüksekokulu, Erzincan. ³Prof., Psikiyatri Hemşireliği, İstanbul Üniv. Florence Nightingale Hemşirelik Fak., İstanbul. ⁴Uzm., Psikiyatri Kl., Erzincan Devlet Hastanesi, Erzincan. ⁵Uzm., Psikiyatri Kl., Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi, Balıkesir. ⁶Yrd. Doç., Psikiyatri Hemşireliği, Atatürk Üniv. Sağlık Bilimleri Fak., Erzurum.

Dr. Arzu Yıldırım, e-posta: yildirimarzu25@hotmail.com

doi: 10.5080/u7194

GİRİŞ

Şizofreni bireyin düşünce, duygu ve davranışlarında, kişiler arası ilişkilerinde, iş yaşamı ve topluma uyumunda ağır bozukluklarla gidiş gösteren bir hastalıktır. Hastalık ailede de ağır zorlanmalara yol açmakta, aile dengesini bozabilmekte, hastanın içinde bulunduğu toplumsal çevreyi değişik derecelerde sarsmaktadır. Günümüzde şizofreni sağaltımının tek yönlü olamayacağı, ruhsal toplumsal yaklaşımlara önem verilmesi gerektiği kesinlik kazanmıştır (Öztürk ve Uluşahin 2011).

Son 50 yılda ruh sağlığı alanındaki gelişmelerin ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin toplum içinde bakımını olanaklı kılması, ailelerin hastanın yaşamında anahtar rol üstlenmelerini sağlamış ve bakım yükünü hastanelerden ailelere ve diğer toplum temelli kurumlara kaydırmıştır (Macleod ve ark. 2011, Liberman 2011). Profesyonel olmayan aile üyeleri birçok ülkede sağlık ekonomisinin önemli bir kısmını temsil etmekte (Macleod ve ark. 2011) ve aileler genellikle hastalarının öngörülemeyen ve garip olan davranışları ile etiketleme, yalıtım, suçluluk ve yalnızlık gibi duygusal engellenme, aile içi çatışma ve bakım sürecinde tükenmişlik gibi baskı etmenleriyle karşılaşmaktadır (Chien ve ark. 2004). Çalışmalarda ailelerin çoğunun ekip üyeleriyle etkileşimlerinin ve hastalık bilgilerinin yeterli olmadığı, hastalıkla nasıl başa çıkılacağını bilemedikleri, hastalarına karşı aşırı eleştirel ve koruyucu olabildikleri bildirilmiştir (Miura ve ark. 2004, Harrison ve ark. 1998).

Ailelerin hasta bakımındaki rolünün öneminin artmasıyla birlikte ruhsal toplumsal girişimlere paralel olarak ruhsal eğitim ve aile eğitimi gibi çeşitli aile müdahale programları geliştirilmiştir (Chien ve ark. 2008). Çalışmalarda aile ruhsal eğitiminin olumlu etkilerinin bildirilmesine rağmen (Yıldırım ve Ekinci 2010, Higgins ve ark. 2007, Cheng ve Chan 2005) birçok aile nitelikli uygulama standartlarında sürekli hizmet almamaktadır. Ruhsal eğitim programlarına seçenек olarak aile ve akran temelli eğitim programları ortaya çıkmıştır. Bu programlardan biri olan aileden aileye eğitim programı en yaygın kullanılan aile eğitim modelidir (Chien ve Norman 2009, Dixon ve ark. 2001).

Ruh sağlığı hizmeti kurumlarının ciddi ruhsal hastalığı olanların ailelerine ruhsal eğitim sunma yetersizliğinden dolayı Ruhsal Hastalıklar İçin Ulusal Birlik (National Alliance on Mental Illness/NAMI), akran yönetimli aile eğitimi kurslarını oluşturmuştur (Liberman 2011). Program 1990 yılında Joyce Burland tarafından geliştirilmiş ve NAMI tarafından desteklenmiştir. Haftada 2-3 saatlik oturumlar halinde 12 hafta devam eden programda eğitim alan aile üyesi diğer aile üyelerine ruhsal hastalıklar, ilaç tedavisi ve diğer tedaviler, iyileştirme, özbakım, iletişim ve sorun çözme becerileri ve toplum kaynakları konularında eğitim vermektedir (Dixon ve ark. 2001).

Aile destek gruplarının ruh sağlığı hizmetlerinde kullanılan geleneksel ruhsal toplumsal girişimlere göre daha etkili sonuçları bildirilmektedir. Akran bilgi desteği ve katılımcılar arasında uygulamalı yardımı içeren aile girişimlerinin ailelerin stres ve bakım sorunlarıyla başa çıkmada daha etkili olduğu belirtilmektedir (Chien ve ark. 2008). Chien ve Chan (2004) tarafından yapılan rastgele kontrollü çalışmada aileden aileye destek grubuna katılan ailelerin ruhsal eğitim alan ve kontrol grubunda olan ailelere göre hastanın toplumsal işlevselliğinde ve ruh sağlığı hizmetlerini kullanma durumlarında ilerleme, hastaneye yatış sıklığında azalma bildirilmiştir. Başka bir çalışmada aile destek grubuna katılan ailelerde ruhsal eğitim ve kontrol grubuna göre hasta ve aile işlevselliğinde ilerleme, bakım veren yükünde ve hastaneye yatış süresinde azalma görülmüştür (Chien ve ark. 2006).

Aile üyeleri hastada gelişen yeti yitimine karşı yük algısı yaşamaktadırlar (Liberman 2011). Yük, ruhsal hastalığı olan bireyin aile üzerindeki olumsuz etkisidir. Nesnel yük aile rutinlerine olumsuz sonuçları, öznel yük ise bakım verenin deneyimlediği duygusal rahatsızlığı ifade eder (Grandon ve ark. 2008). Bakım verenlerde algılanan yükün iyilik düzeyini, evlilik ilişkilerini, bakım memnuniyetini, diğer bireylerle ilişkileri ve algılanan hastalık şiddetini etkileyebileceği belirtilmektedir (Weimand ve ark. 2010).

Öz yeterlilik bireyin gelecekte karşılaşabileceği güç durumların üstesinden gelmede ne derecede başarılı olabileceğine ilişkin kendi hakkındaki inancıdır (Gözüm ve Aksayan 1999). Yük algısı ve bakımda zorlanma bakım verenlerde fiziksel ve ruhsal sağlığın bozulmasına neden olabileceği gibi, başa çıkma yeteneğini olumsuz etkileyerek bakım kalitesini de düşürür (Navidian ve ark. 2012, Chien ve ark. 2008).

Ailenin bakım vermede yaşadığı zorlanma ile etkili başa çıkabilmesinde ailelerin hastalık bilgisi, aile yükü ve öz yeterliliklerinin değerlendirilmesi ve uygun girişimlerde bulunulması önemlidir. Bu nedenle bu çalışma şizofreni hastalarının ailelerine uygulanan aileden aileye destek programının hastalık hakkında bilgi, aile yükü ve öz yeterlilik üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Ön test-son test yarı deneysel olarak tasarlanan çalışma, Erzincan Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde DSM-IV-TR (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000) ölçütlerine göre şizofreni tanısı alan ve ayaktan izlenen 34 hastanın yaşamında anahtar rol üstlenen 34 hasta yakını ile Şubat-Temmuz 2012 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Katılımcılar

Başlangıçta 39 aile üyesi çalışmaya katılmış, ancak 5 aile üyesi zaman kısıtlılığı ve programa olan ilgi eksikliğinden dolayı

oturumları tamamlamadığından çalışma 34 (%87,18 katılım) aile üyesi ile yürütülmüştür. Hastanın yaşamında anahtar rol üstlenen aile üyesi, hasta ve ailesi ile görüşülerek belirlenmiştir. Hastası ile en fazla zaman geçiren ve hastanın bakımını üstlenen birey, anahtar rol üstlenen birey olarak kabul edilmiştir.

Çalışmaya alma/dışlama ölçütleri

DSM-IV-TR ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış hastası ile en az bir yıldır birlikte yaşama, 18-65 yaş arasında olma ve çalışmaya katılmaya gönüllü olma alma ölçütü; ölçeklerin uygulanmasını ve oturumlara katılımı etkileyecek düzeyde herhangi bir fiziksel (işitme, konuşma bozukluğu) ya da ruhsal engeli (psikotik bozukluk, zekâ geriliği vb.) olma dışlama ölçütü olarak kabul edilmiştir.

Verilerin toplanması

Çalışmanın ön ve son testleri AY ve RHA tarafından poliklinik ortamında görüşme için uygun olan bir odada aile üyelerinin çoğunun (28 aile üyesi, %82,35) kendisinin doldurması ile, formları kendisi doldurmak istemeyenlerle de yüz yüze görüşülerek 15-20 dakikada toplanmıştır. Formları kendisi doldurmak istemeyen aile üyeleri okur-yazar olup aile üyelerine anlaşılmayan sorularda açıklamada bulunulmuştur. Ön testte 39 aile üyesine tanımlayıcı form, Hastalık Bilgi Formu (HBF), Algılanan Aile Yüğü Ölçeği (AAYÖ) ve Öz-etkililik-Yeterlik Ölçeği (ÖYÖ) uygulanmıştır. On iki oturumluk programdan bir ay sonra ön testte uygulanan HBF, AAYÖ ve ÖYÖ 34 aile üyesine tekrar uygulanmıştır.

Araçlar

Soru Formu: Aile üyelerinin tanımlayıcı ve hastaların hastalıkla ilgili özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, hasta ile yakınlığı, hastalığın süresi, hastanede yatış sayısı, aile ve akrabalarda aynı ya da benzer bir hastanın varlığı, hastalığın ismi) belirleyen 8 sorudan oluşmuştur.

Hastalık Bilgi Formu: Aile üyelerinin hastalık, nedenleri ve sonuçları hakkındaki bilgi ve inançlarını değerlendirmek üzere doğru/yanlış seçenekli 22 soru kullanılmıştır (Yıldız ve ark. 2010).

Algılanan Aile Yüğü Ölçeği: Aile üyesinin son bir aydaki yükünü sorgulayan ölçek, Levene ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilmiş, Arslantaş ve arkadaşları (2011) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Genel değerlendirmede hastada şu anda var olan davranışların neler olduğu (nesnel bileşen) ve bu davranışların yakınları ne kadar rahatsız ettikleri (öznel bileşen) belirlenir. Belirli bir maddede sorgulanan davranış hastada yoksa o maddeye sıfır (0) verilir. Sorgulanan davranış hastada bulunuyorsa davranışın aileye verdiği rahatsızlık dörtlü Likert tipi ölçekte hiç (1), biraz (2), oldukça

(3) ve çok fazla (4) olarak derecelendirilir ve her madde 0-4 arasında puanlandırılır. Bu puanların toplanması ile toplam puan elde edilir (Arslantaş ve ark. 2011).

Öz Yeterlilik Ölçeği: Davranış ve davranışsal değişimleri değerlendirmek üzere Sherer ve Maddux (1982) tarafından geliştirilmiş, geçerlik ve güvenilirliği Gözümlü ve Aksayan (1999) tarafından yapılmış 23 maddelik Likert tipi bir öz değerlendirme ölçeğidir. Ölçekte her bir madde için 1- “Beni hiç tanımlamıyor.”, 2-“Beni biraz tanımlıyor.”, 3-“Kararsızım.”, 4-“Beni iyi tanımlıyor.”, 5-“Beni çok iyi tanımlıyor.” seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi istenmektedir. Her madde için verilen puan esas alınır. Ancak 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 22. maddeler ters yönde puan almaktadır. Ölçekten en az 23 en fazla 115 puan alınabilmektedir (Gözümlü ve Aksayan 1999).

İşlem

Ön testler tamamlandıktan sonra gönüllü bir aile üyesine (yüksekokul mezunu, 35 yaşında bayan) psikiyatri hemşiresi olan birinci yazar tarafından günde iki saat olmak üzere 3 gün, programın amacı, içeriği, planlanması, grubu yönetme konularında eğitim verilmiştir. Eğitim sonunda gönüllü aile üyesinin yeterliliği karşılıklı soru-cevap yöntemi ile değerlendirilmiştir. Eğitim alan aile üyesi psikiyatri hemşiresinin de katılımı ile diğer aile üyelerine eğitim vermiştir. Eğitim haftada bir, 11-12 aile üyesinden oluşan üç gruba iki saat süren 12 oturumda, toplam 3 ay devam etmiştir. Oturumlara ilk grup sayısı tamamlanınca başlanılmıştır. Programın ilk iki oturumunda psikiyatri hemşiresi daha aktif olmuştur.

Programın içeriğinde tanışma ve duyguların paylaşımı, ruhsal bozukluklar (ruhsal bozuklukların nedenleri, ruhsal bozukluklarda genel belirtiler) ve şizofreni (şizofreninin nasıl bir hastalık olduğu, hastalıkta inatçı belirtiler, inatçı belirtilerle baş etme ve uyarıcı işaretler), deneyimlerin ve yaşanan zorlukların paylaşılması, ilaçlar (antipsikotik ilaçların özellikleri, yararları, yan etkileri, yan etkilerde yapılması gerekenler, yan etki giderici ilaçlar), diğer tedaviler (elektrokonvülsif tedavi), ruhsal toplumsal girişimler (hastalarda ruhsal toplumsal beceri eğitimi, aile eğitimi), iletişim becerileri (etkili iletişimin önemi, öğeleri), hastalığın aile yaşamına etkisi, sorun çözme becerilerini geliştirme (sorun çözme basamakları, hastalarla iletişimde ve sorun çözmede dikkat edilmesi gereken noktalar), evde bakımı yönetme, toplum kaynakları (ruh sağlığı merkezleri, şizofreni dernekleri), etiketleme (etiketlemenin hasta ve aileye olumsuz etkileri, etiketleme ile mücadele) ve değerlendirme konuları yer almıştır (Yıldız 2011, Dixon ve ark. 2001). Konular fazla ayrıntıya girilmeden kısa ve öz olarak, basit ve anlaşılır bir ifade ile yavaş yavaş sunulmuş, karşılıklı etkileşimlerde bulunulup sürekli tekrarlar yapılmıştır. Her oturumdan önce eğitimi veren aile üyesi ile psikiyatri hemşiresi oturumun konusu hakkında yaklaşık iki saat bilgi

TABLO 1. Ailelerin Tanımlayıcı Özellikleri (s= 34).

Özellikler	s	%
Cinsiyet		
Kadın	27	79,4
Erkek	7	20,6
Yakınlık derecesi		
Anne	10	29,4
Baba	3	8,8
Kardeş	12	35,3
Evlat	5	14,7
Eş	4	11,8
Ailede BPB*	14	41,2
Yaş ortalaması (SS)	41,18 (13,55)	
Eğitim yılı (SS)	5,97 (2,89)	

*Ailede başka bir psikotik bozukluk (şizofreni, şizoafektif, şizofreniform, sanrılı bozukluk) hastasının varlığı.

paylaşımında bulunmuştur. Ayrıca bakım verenlere program içeriğini kapsayan bir kitapçık verilmiştir.

Oturumlar Erzincan Devlet Hastanesi çok amaçlı eğitim salonunda cuma (10.00-12.00, 15.00-17.00 saatleri arasında) ve cumartesi günleri (13.00-15.00 saatleri arasında) yapılmıştır. Bakım verenlere oturumlardan önce telefonla hatırlatmalar yapılmış ve psikiyatri hemşiresine her an ulaşılabilir telefon numarası verilmiştir.

Etik ilkeler

Çalışmaya başlamadan önce Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurul onayı, Erzincan İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin, ailelerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Çözümleme

Verilerin analizinde tanımlayıcı özellikler ve HBF sorularının yanıtları sayı ve yüzde dağılımı halinde verilmiştir. Eğitim öncesi ve sonrası AAYÖ ve ÖYÖ puan ortalamaları bağımlı gruplarda t testi, HBF sorularında farkın önemliliği Mc Nemar ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır. İstatistiksel analizler SPSS paket programı 15.0 sürümü ile yapılmış ve anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Ailelerin ve hastaların özellikleri

Ailelerin %79,4'ü kadın, %35,3'ü kardeş rolünde olup diğer özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastalığın ortalama süresi $11,59\pm7,89$ yıl, hastaneye yatış sayısı $3,44\pm4,92$ 'dir.

Hastalığın ismi hakkında bilgi

Eğitim programından önce ailelerin çoğunluğu (%55,9) hastalığın ismini şizofreni, %17,6'sı sinir hastalığı, %11,8'i ruh hastalığı, %5,9'u psikoz olarak bilirken, %8,8'i ise hastalığın ismini bilmemektedir.

Aileden aileye destek programının etkileri

Eğitimden sonra ailelerin tamamı hastalığın ismini şizofreni olarak belirtmişlerdir. Ailelerin eğitim öncesi ve sonrası HBF'de belirttikleri yanıtlar Tablo 2'de sunulmuştur. Yapılan Mc Nemar analizi sonucunda ailelerin eğitim sonrasında hastalık bilgileri bütün sorularda önemli düzeyde artmıştır (Tablo 2).

Ailelerin eğitimden sonra AAYÖ nesnel ($11,76\pm3,89$ 'dan $9,82\pm4,03$ 'e, $p=0,000$), öznel ($37,85\pm14,57$ 'den $32,74\pm4,39$ 'a, $p=0,030$) ve toplam ($49,62\pm18,25$ 'den $42,56\pm7,56$ 'ya, $p=0,005$) puanlarında anlamlı bir düşme; ÖYÖ ($82,65\pm12,01$ 'den $97,79\pm7,17$ 'ye, $p=0,000$) puanlarında anlamlı bir artış belirlenmiştir (Tablo 3).

Başka bir ifade ile eğitim programından sonra ailelerin hastalık bilgisinde ve öz yeterlilik algısında artma, yük algısında azalma tespit edilmiştir.

TARTIŞMA

Son yıllarda aile destek gruplarının artması, süregen hastalıklar ve zorlu yaşam koşullarında kendi kendine ve karşılıklı yardım sosyal hareketinin sonucu olmuş ve ailelerin sağlık gereksinimlerine olan ilgi artmıştır (Chien ve ark. 2008). Şizofreni hastalarının aileleri hastalık hakkında bilgi eksikliği, bakım zorlukları, başa çıkma yeteneğinde azalma gibi nedenlerle aile içi iletişimde sorunlar, keder, kayıp, öfke, utanç ve suçluluk duygusu yaşayabilmektedir (Macleod ve ark. 2011). Ailelerde bilgi eksikliği nedeniyle olumlu başa çıkma yöntemleri kullanılamadığı (Lim ve Ahn 2003), aile gereksinimlerinin hasta bakımı nedeniyle karşılanamadığı ve bu durumların da öznel yük algısına neden olduğu belirtilmektedir (Chien ve ark. 2004). Yapılan bir çalışmada da sosyal destek yetersizliği, hastada belirti şiddeti ve sosyal işlevsellik düzeyi gibi bazı etmenlerin aile yükünü etkilediği saptanmıştır (Gülseren ve ark. 2010). Ailelerin hastalık hakkındaki yanlış bilgileri hastalığın gidişini olumsuz etkileyeceğinden, ailelerin hastalık hakkında bilgi, görüş ve inanışları belirlenerek eğitim programlarında gereksinimlere göre bilgi verilmesi önemlidir (Yıldız ve ark. 2010).

Aileye yönelik girişimlerde ailenin yetkinliğinin ve işlevlerinin geliştirilmesi, tedaviye uyumun ve işbirliğinin artırılması, profesyonellere olan bağımlılığın azaltılması amaçlanmaktadır (Tüzer ve Göka 2002). Kültürler arası yapılan kontrol-lü aile girişimi çalışmaları, aile girişimleri etkinliğini kanıta

TABLO 2. Ailelerin Hastalık Hakkındaki Bilgi ve İnançları ile İlgili Eğitim Öncesi ve Sonrası Yanıtları.

Sorular	Eğitim öncesi				Eğitim sonrası			
	Doğru (s)	%	Yanlış (s)	%	Doğru (s)	%	Yanlış (s)	%
1. Yakınının hastalığı bir beyin hastalığıdır.	20	58,8	14	41,2	34	100,0	0	0
2. Hastalık ruhsal bir rahatsızlıktır.	29	85,3	5	14,7	34	100,0	0	0
3. Hastalık bir kişilik bozukluğudur*.	26	76,5	8	23,5	6	17,6	28	82,4
4. Bu hastalığa cinler, şeytanlar neden olmuş olabilir.	15	44,1	19	55,9	0	0	34	100,0
5. Hastalığın ortaya çıkışında kalıtımın rolü vardır.	19	55,9	15	44,1	34	100,0	0	0
6. Hastalığa aile içi bazı sorunlar neden olmuştur.	27	79,4	15	44,1	0	0	34	100,0
7. Hastalık Tanrının verdiği bir cezadır.	11	32,4	23	67,6	0	0	34	100,0
8. Çevresel etkenler hastalığa neden olmuştur.	24	70,6	10	29,4	0	0	34	100,0
9. Tembellik hastalığın bir sonucudur.	29	85,3	5	14,7	34	100,0	0	0
10. Bu hastalar daha fazla suç işlemeye eğilimlidir*.	21	61,8	13	38,2	7	20,6	27	79,4
11. Bu hastalar kendi kararlarını doğru veremezler**.	26	76,5	8	23,5	33	97,1	1	2,9
12. Hastalık düzelebilen, iyileşebilen bir hastalıktır*.	21	61,8	13	38,2	4	11,8	30	88,2
13. Hastalık sürekli, iyileşme ve kötüleşmelerle gider.	29	85,3	5	14,7	34	100,0	0	0
14. Hastalık hocaya ve türbeye gitmekle düzelebilir.	10	29,4	24	70,6	0	0	34	100,0
15. İlaç tedavisi mutlaka uygulanmalıdır.	32	94,1	2	5,9	34	100,0	0	0
16. Hasta iyileşse bile ilaçlar yıllarca kullanılmalıdır.	14	41,2	20	58,8	34	100,0	0	0
17. İlaçlar kısırlık yaparlar.	12	35,3	22	64,7	0	0	34	100,0
18. İlaçlar bağımlılık yaparlar.	26	76,5	8	23,5	0	0	34	100,0
19. İlaç tedavisine ruhsal tedavi eklenmelidir.	33	97,1	1	2,9	34	100,0	0	0
20. Hastaların evlenmeleri uygun olur**.	12	35,3	22	64,7	3	8,8	31	91,2
21. Bir işte çalışmak hasta için iyi gelir.	29	85,3	5	14,7	34	100,0	0	0
22. Bu hastalar iyileşip toplum içine karışabilirler*.	30	88,2	4	11,8	12	35,3	22	64,7

Mc Nemar test *p<0,001, ** p<0,05

dayalı olarak desteklemektedir. Aileden aileye eğitim programı sonucunda ailelerin ruhsal hastalıkların nedenleri ve tedavisi hakkındaki bilgilerinin arttığı, yakınlarının hastalığı ile baş etmede daha ölçülü ve güvenli davrandıkları, yerel ruh sağlığı hizmetleri ile olan ilişkilerinde daha anlayışlı oldukları bildirilmektedir (Liberman 2011). Lim ve Ahn (2003) tarafından yapılan bir çalışmada ailelerde hastalık bilgisinde artmanın yük algısını azalttığı, ailelerin yükü azaltma yolu olarak bilgi alma ve eğitim gibi yardım arama davranışları belirttikleri bildirilmiştir. Ayrıca aile yükünde azalmanın aile üyelerinin hastaya karşı olumlu tutumu, sosyal destek artışı, hastanın hastaneye yatış sıklığının azalması ve sosyal işlevselliğinin artması ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Hanzawa ve ark. 2010).

Psikiyatri hemşireleri ruhsal toplumsal eğitim ve toplum temelli yapılandırılmış aile destek programları düzenleyerek hasta ve aile sonuçlarına önemli katkı sağlar. Bu çalışma sonuçları aileden aileye destek programının ailelerin hastalığın ismi, doğası, nedenleri ve ilaçlar konusundaki bilgilerinde ve öz yeterliliklerinde artmada, yük algısında azalmada etkili olduğunu göstermiştir. Günümüzdeki gelişmeler ışığında hastalığın iyileşebildiği ancak tamamen ortadan kalkmadığı bilgisi, ailelerin hastalığın iyileşmesi ve toplum içine karışma inancını düşürmekle birlikte, tedavi ile ilgili gerçekçi beklentiler geliştirdikleri gözlenmiştir.

Psikiyatri hemşirelerinin ailelerle yürüttüğü 68 çalışmanın incelendiği bir çalışmada, çalışmaların %18'inde girişimlerin doğrudan hemşireler tarafından, %24'ünde sağlık ekibinin üyesi olarak hemşireler tarafından uygulandığı

TABLO 3. Ailelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Algılanan Aile Yükü ve Öz Yeterlilik Ölçek Puanları (s= 34).

Ölçek	Eğitim öncesi	Eğitim sonrası	t*	p
AAYÖ				
Nesnel	11,76±3,89	9,82±4,03	6,936	0,000
Öznel	37,85±14,57	32,74±4,39	2,270	0,030
Toplam	49,62±18,25	42,56±7,56	3,024	0,005
ÖYÖ	82,65±12,01	97,79±7,17	-11,808	0,000

*Bağımlı gruplarda t testi

belirlenmiştir. Ayrıca bu çalışmalarda aileden aileye destek gruplarına katılan ailelerin bilgisinde artma, aile yükünde azalma ve başa çıkma düzeyinde artma görülmüştür (Macleod ve ark. 2011). Ülkemizde Bademli (2012) tarafından uygulanan aileden aileye destek programının ailelerin stresle baş etme yöntemleri ve ruh sağlığı üzerinde olumlu sonuçları olduğu tespit edilmiştir. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastaların aileleri ile aile ya da sağlık çalışanı liderliğinde yapılan 25 aile destek programı çalışmalarını inceleyen bir araştırmada, bu programların aile ve hastaların iyilik halinde önemli etkilerinin olduğu, ailelerin hastalık bilgisinde, başa çıkma yeteneğinde ve sosyal destek düzeylerinde artma, yük ve streslerinde azalma sağladığı tespit edilmiştir (Chien ve Norman 2009). Şizofreni hastalarının ailelerine uygulanan aileden aileye destek programlarının incelendiği sistemli bir derlemede de, aileden aileye destek programına katılan aile üyelerinin yüklerinde azalma, sosyal desteklerinde, aile işlevselliklerinde, öz yeterliliklerinde artma ve bilgi gereksinimlerinde azalma olduğu belirtilmektedir (Bademli ve Çetinkaya Duman 2011).

Aile destek grupları etkili yöntemler ile “Hepimiz aynı gemideyiz.” tutumunu ve hasta bakımında rol modeli olmayı sağlar. Program bakım verenlere korku ve damgalanma olmaksızın duygu ve deneyimlerin paylaşımı, eş duyum ve duygusal destek fırsatı sunar. Aileler programda sadece kendi hastasının bakım zorluklarına değil, diğer ailelerin düşünce, deneyim ve yaşantısına da odaklanır (Chien ve ark. 2008). Sağlık profesyonellerinin sunduğu kuramsal bilgilerden ziyade, aynı ya da benzer sorunları yaşayan ve bunları çözen diğer ailelerden doğrudan uygulamalı olarak bilgi edinir (Heller ve ark. 1997, Chien ve ark. 2007), böylece kendi yaşamlarını farklı ve yeni bir bakış açısı ile yeniden gözden geçirme fırsatı bulur (Chien ve ark. 2008). Başka bir ifade ile program, davranış değiştirme yeteneğinde özgüveni geliştirme yolu ile öz yeterlilikte artma olanağı sağlar. Dixon ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan bir çalışmada aileden aileye destek grubuna katılan ailelerin program tamamlandıktan ve program bitiminden 6 ay sonra yapılan değerlendirilmesi sonucunda ailelerin aile, toplum ve hizmet sistemi içinde anlamlı düzeyde güçlendikleri, hasta ile ilgili memnuniyetsizlikleri ve endişelerinin azaldığı

saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda da aileden aileye destek programına katılan ailelerin öznel yük algısı ve depresyon puanlarında, hastanın tekrar hastaneye yatma sıklığı ve süresinde azalma; güçlenme ve öz bakımda, öz yeterlilikte ruhsal hastalık bilgisi ve ruh sağlığı sistemini kavrama düzeylerinde, aile işlevselliğinde ve ailede destek veren birey sayısında artma olduğu belirlenmiştir (Chien 2008, Chien ve ark. 2008, Dixon ve ark. 2004, Solomon ve ark. 1996).

Aile hastalıkla baş etmede olumlu katkıları sağlanabilecek en önemli doğal kaynak olduğundan, aile ve tedavi ekibinin işbirliği içinde olması tedavinin etkinliğini artırmaktadır (Yıldız 2011). Koruyucu ve hasta savunucu, iyileştirici, rahatlatıcı ve eğitici roller hemşireliğin çağdaş rollerindendir (Öz 2010). Psikiyatri hemşiresi ruhsal hastalığı olan bireylere ruhsal toplumsal hizmetleri sağlayan sağlık ekibinin bir üyesi olup (Donegan ve Palmer-Erbs 1998) hasta, aile, toplum hizmetleri ve sağlık kuruluşları arasında işbirliği sağlamada önemli rol üstlenir (Fortinash ve Holoday-Worret 1996). Programın içeriğinde şizofreni ve tedavisi, deneyimlerin ve yaşanan zorlukların paylaşılması, iletişim becerileri, sorun çözme becerilerini geliştirme ve evde bakımı yönetme konularının yer almasının bakım verenlerin hastalık bilgisinde artma sağladığı, yaşadıkları güçlükler ile daha etkin baş edebildikleri ve bunların da algıladıkları yükü azaltmada etkili olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda eğitim programından sonra aileler; duygu ve düşüncelerini suçluluk ve utanma hissi olmadan rahatça ifade edebildiklerini, sorunlara daha duyarlı olduklarını ve hasta bakımında, aile ile ilgili ve farklı durumlarda karşılaştıkları zorluklarla daha etkili başa çıkabildiklerini belirtmiştir. Ülkemizde şizofreni hastalarının ailelerine yönelik sürekli ve planlı ruhsal toplumsal eğitim ve destek programları sunulmamaktadır. Aileden aileye destek programlarının ülkemizde uygulanarak toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaşması ile hastaların ve ailelerin yaşam kalitelerinin artırılmasına önemli katkı sağlanabilir.

Teşekkür: Çalışmamıza katılan hasta ailelerine ve psikiyatri polikliniği çalışanlarına teşekkür ederiz.

**II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. 4-7 Ekim 2012, Erzurum. Sözel bildiri olarak sunulmuştur.*

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR) (Çev. ed: E. Körođlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.
- Arslantaş H, Adana F, Dereboy F ve ark. (2011) Algılanan Aile Yüğü Ölçeđini'nin Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Nöropsikiyatri Arşivi 48:53-8.
- Bademli K (2012) Aileden aileye destek programının şizofreni hastalarına bakım verenlerin ruh sağlıklarına ve baş etme yöntemlerine etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Bademli K, Çetinkaya Duman Z (2011) Şizofreni hastalarının bakım verenlerine uygulanan aileden aileye destek programları: sistematik derleme. Türk Psikiyatri Derg 22:255-65.
- Cheng LY, Chan S (2005) Psychoeducation program for Chinese family carers of members with schizophrenia. West J Nurs Res 27:583-99.
- Chien WT, Chan CWS (2004) One-year follow-up of a multiple-family group intervention for Chinese families of patients with schizophrenia. Psychiatr Serv 55:1276-84.
- Chien WT, Chan WC, Thompson DR (2006) Effects of mutual support group for families of Chinese people with schizophrenia: 18-month follow-up. BJP 189:41-9.
- Chien WT, Chan SWC, Morrissey J (2007) Effectiveness of mutual support and psychoeducation group interventions for family caregivers of patients with schizophrenia. Hong Kong Med J 13 (Suppl. 4):17-20.
- Chien WT (2008) Effectiveness of psychoeducation and mutual support group program for family caregivers of chinese people with schizophrenia. Open Nurs J 2:28-39.
- Chien WT, Norman I (2009) The effectiveness and active ingredients of mutual support groups for family caregivers of people with psychotic disorders: a literature review. Int J Nurs Stud 46:1604-23.
- Chien WT, Norman I, Thompson DR (2004) A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. Int J Nurs Stud 41:637-4.
- Chien WT, Thompson DR, Norman I (2008) Evaluation of peer-led mutual support group for Chinese families of people with schizophrenia. Am J Community Psychol 42:122-34.
- Dixon L, Lucksted A, Stewart B ve ark. (2004) Outcomes of the peer-taught 12-week family-to-family education program for severe mental illness. Acta Psychiatr Scand 109:207-15.
- Dixon L, Stewart B, Burland J ve ark. (2001) Pilot study of the effectiveness of the family-to-family education program. Psychiatr Serv 52:965-70.
- Donegan KR, Palmer-Erbs VK (1998) Promoting the importance of work for persons with psychiatric disabilities: The role of the psychiatric nurse. Journal of Psychiatric Nursing 36:13-23.
- Fortinash KM, Holoday-Worret PA (1996) Psychiatric Mental Health Nursing. Mosby-Year Book, Inc. St. Louis Missouri. s. 3-9.
- Grandón P, Jenaro C, Lemos S (2008) Primary caregivers of schizophrenia outpatients: burden and predictor variables. Psychiatry Res 158:335-43.
- Gözüm S, Aksayan S (1999) Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği'nin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliđi. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2:21-34.
- Gülseren L, Çam B, Karakoç B ve ark. (2010) Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. Turk Psikiyatri Derg 21:203-12.
- Hanzawa S, Bae JK, Tanaka H ve ark. (2010) Caregiver burden and coping strategies for patients with schizophrenia: comparison between Japan and Korea. Psychiatry Clin Neurosci 64:377-86.
- Harrison CA, Dadds MR, Smith G (1998) Family caregivers' criticism of patients with schizophrenia. Psychiatr Serv 49:918-24.
- Heller T, Roccoforte JA, Hsieh K ve ark. (1997) Benefits of support groups for families of adults with severe mental illness. Am J Orthopsychiatry 67:187-98.
- Higgins L, Dey-Ghatak P, Davey G (2007) Mental health nurses' experiences of schizophrenia rehabilitation in China and India: A preliminary study. Int J Ment Health Nurs 16:22-7.
- Levene JE, Lancee WJ, Seeman MV (1996) The perceived family burden scale: measurement and validation. Schizophr Res 15:151-7.
- Lieberman RP (2011) Yetiyitiminden İyileşmeye. Psikiyatrik İyileştirim El Kitabı. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington DC, 2008. (Çev. ed. Yıldız, M). Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneđi, Ankara, s. 278-310.
- Lim YM, Ahn YH (2003) Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. Appl Nurs Res 16:110-7.
- Macleod SH, Elliott L, Brown R (2011) What support can community mental health nurses deliver to carers of people diagnosed with schizophrenia? Findings from a review of the literature. Int J Nurs Stud 48:100-20.
- Miura Y, Mizuno M, Yamashita C ve ark. (2004) Expressed emotion and social functioning in chronic schizophrenia. Compr Psychiatry 45:469-74.
- Navidian A, Kerman Saravi F, Navabi Rigi S (2012) The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders. BMC Res Notes 5: 399.
- Öz F (2010) Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Yenilenmiş 2. Baskı. Mattek Matbaacılık Bas. Yay. Tic. Ltd. Şti. Ankara, s. 37-46.
- Öztürk MO, Uluşahin A (2011) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I. Yenilenmiş 11. Baskı. Tuna Matbaacılık, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, s. 306-7.
- Sherer M, Maddux JE (1982) The Self-Efficacy Scale: Construction and validation. Psychological Reports 51:663-71.
- Solomon P, Draine J, Mannion E ve ark. (1996) Impact of brief family psychoeducation on self-efficacy. Schizophr Bull 22:41-50.
- Tüzer V, Göka E (2002) Aile terapisinin klinik psikiyatriye katkısı. Psikiyatrik hastalıklarda aileye yaklaşım ve uygulama. Yeni Symposium 40:111-7.
- Weimand BM, Hedelin B, Sällström C ve ark. (2010) Burden and health in relatives of persons with severe mental illness: a Norwegian cross-sectional study. Issues Ment Health Nurs 31:804-15.
- Yıldırım A, Ekinci M (2010) Ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının ailelerinin aile işlevleri, hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 11:195-205.
- Yıldız M (2011) Şizofreni Hastaları İçin Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi. Birinci Baskı. Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneđi Yayınları, Ankara, s. 3-20.
- Yıldız M, Yazıcı A, Çetinkaya Ö ve ark. (2010) Şizofreni hastalarının yakınlarının hastalıkla ilgili bilgi ve görüşleri. Turk Psikiyatri Derg 21:105-13.