Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Aileler[1]

Orhan DOĞAN,[2] Selma DOĞAN,[3] Havva TEL,[4] Fatma ÇOKER,[5] Özden POLATÖZ,[5] Filiz DOĞAN BAŞEĞMEZ[6]

ÖZET

Amaç: *Şizofreninin pozitif belirtileri psikotrop ilaç tedavisine iyi yanıt vermektedir. Ancak psikotrop ilaç tedavisinden yarar gören hastalar bile kişiler arası ilişkilerde yetersizlik, işsizlik, yaşam kalitesinde azalma gibi sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu nedenle şizofreni tedavisinde ailelerin de etkin katılımcı olması önerilmektedir. Bu çalışmanın amacı, psikososyal yaklaşımların aileler üzerindeki etkilerini araştırmaktır.* ***Yöntem:*** *Şizofrenik bozukluk tanısıyla en az bir kez yatırılarak tedavi uygulanan hastalar ve aileleri belirlendi. Ailelere çalışma hakkında bilgi verilerek katılma konusunda onayları alındı. Çalışma bakım veren yirmi üç kişiyle tamamlandı. Bakım verenlere Sosyodemografik Bilgi Formu uygulandı. Çalışmanın başında ve sonunda0 bakım verenlere Yaşam Kalitesi Ölçeği, Aile Değerlendirme Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Kısa Belirti Ölçeği ve Bakım Verenlerin Güçlüklerini Belirleme Formu uygulandı. Üç ay sürdürülen bu çalışmada, çalışma ekibi bir psikiyatrist ve bir psikiyatri hemşiresinden oluştu. Çalışma ekibi iki haftada bir olmak üzere bakım verenleri evinde toplam altı kez ziyaret etti.* ***Bulgular:*** *Üç ay sonunda bakım verenlerin sosyal işlevselliğinde artış, aile ilişkilerinde düzelme ve yaşadıkları güçlüklerde azalma gözlenmiştir. Bakım verenlerin çalışma sonundaki ölçek puanları başlangıç puanlarıyla karşılaştırıldığında, Yaşam Kalitesi Ölçeği, Aile Değerlendirme Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Kısa Belirti Ölçeği ve Bakım Verenlerin Güçlüklerini Belirleme Formu'nun ölçek ortalama ya da bazı alt ölçek ortalama puanları başlangıç ortalama puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.* ***Tartışma:*** *Bu çalışmanın sonuçları şizofreni hastalarına bakım verenlere psikososyal yaklaşımların özellikle sosyal işlevsellik, aile ilişkileri ve yaşam kalitesini artırma yönlerinden yararlı olduğunu göstermiştir. Ancak bu çalışmada örneklem görece küçüktür ve çalışma süresi kısadır. Bu nedenle, psikososyal yaklaşımların daha büyük örneklemle ve daha uzun süre uygulanması önerilir.* ***(Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3:133-139)***

Anahtar sözcükler: *Şizofreni, psikososyal yaklaşımlar, yaşam kalitesi, bakım verenler, kişiler arası ilişkiler,*

Psychosocial approaches in schizophrenia: families

ABSTRACT

Objective: *The positive symptoms of schizophrenic disorders have been responded to psychotropic drug treatment as good, but patients who were benefit from psychotropic drug treatment were exposed to some problems such as lack of interpersonal relationships, unemployment, decreasing of quality of life. Because of this, it was suggested that the families must be active participant to treatment of schizophrenia. The objective of this study, psychosocial approaches how effects about families of patients with schizophrenia are to investigate.* ***Method:*** *The families of patients who have diagnosing to a schizophrenic disorder and formerly given inpatient treatment were determined. The information about study was given to families, and were got their consents. The study was completed with twenty-three caregivers. First, caregivers filled up Sociodemographic Information Form. At the beginning and at the end of study, WHO Quality of Life-BREF(TR), Family Assessment Device, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Short Sypmptom Inventory and Stres Assessment of the Caregiver was applied to the patients. The study team consisted of a psychiatrist and a psychiatric nurse, and the study was carried on three months. The studing team visited to the caregivers at their homes, one time in two weeks, and six times as total.* ***Results:*** *At the end of three months, the caregivers experienced increasing at social functioning and improving at family relationships and decreasing at difficulties. At the end of study, some subscales or total scale scores of WHO Quality of Life-BREF(TR), Family Assessment Device, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Short Sypmptom Inventory and Stres Assessment of the Caregiver was found to be higher than at the beginning score as significantly.* ***Discussion:*** *The findings of this study has*

[1] 6. Bahar Sempozyumları'nda sunulmuştur (24-28 Nisan 2002, Antalya),

[3] Doç.Dr., [4] Yrd.Doç.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, SİVAS
[2] Prof.Dr., [5] Arş.Gör.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatr Anabilim Dalı, SİVAS
[6] Hem., Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği, SİVAS
Yazışma adresi: Dr. Orhan DOĞAN C.Ü. Hastanesi Psikiyatri ABD, 58140 SİVAS
odogan@cumhuriyet.edu.tr

been showed that psychosocial approaches are benefit especially in social functioning, family relationships, increasing quality of life in caregivers of patients with schizophrenia. However, the sample of this study is relatively small and the time of this study is short. For this reason, it is suggested that psychosocial approaches must be applied with greater sample and for a long time.
(Anatolian Journal of Psychiatry 2002; 3:133-139)

Key words: *Schizophrenia, psychosocial approaches, quality of life, caregivers, interpersonal relationships*

GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofrenik bozukluk bireyde duygulanım, düşünme, algılama, davranış, toplumsal ilişki, iş yaşamı gibi alanları olumsuz olarak etkileyen; yeti yitimine neden olan, relapslarla giden kronik bir belirtiler kümesidir.[1] Bu belirtiler çeşitli biyolojik-ruhsal-toplumsal etkenlere bağlı olarak ortaya çıkar. Şizofreni hastalarının belirtilerinin çoğu antipsikotik ilaçlara iyi yanıt verebilmekte, şiddeti azalmakta ya da tümüyle düzelmektedir. Ancak antipsikotik ilaçlara iyi yanıt veren hastalarda bile rezidüel belirtiler, bilişsel belirtiler, toplumsal ilişkilerde sınırlılık, yaşam kalitesinde kötüleşme görülebilmektedir.[1-3] Bu durum, antipsikotik ilaçların etkilerinin sınırlı olduğunu ya da belli alanlarda olduğunu göstermektedir.[4,5]

Üyelerinden biri şizofreni hastası olan ailenin diğer üyeleri bu durumdan etkilenmekte, bazı güçlükler yaşamaktadırlar. Bu etkilenme ve güçlükler hastanın toplumsal çekilmesiyle, düşünme ve davranış bozukluğuyla, aile işlevlerinde bozuklukla ilişkili olabileceği gibi; aile üyelerinin suçluluk ve utanma duygularıyla, ekonomik sorunlarla, aşırı duygu dışa vurumuyla, sıkıntı ve depresif belirtilerle de kendini gösterebilir.[4-9]

1960'lı yıllarda şizofrenojenik anne, ikili çıkmaz, ailesel patogenez gibi etkenlerin önemli olduğuna inanılıyordu. 1970'li yılların sonunda bunların çoğu bırakıldı, şizofreninin bir nörobiyolojik hastalık olduğu ve biyolojik olarak tedavi edilmesi gerektiği öne sürüldü.[3] Şizofrenik bozukluklar daha iyi tanınıp anlaşılmasıyla tek bir tedavi seçeneğinin yeterli olmadığı ve birden çok tedavi seçeneğinin bir arada kullanılmasının gerektiği gösterilmiştir.[10]

Şizofreni hastalarının çoğu aileleriyle birlikte yaşamaktadır. Bu nedenle aile üyeleri hastanın durumuyla ilgili çeşitli güçlüklerle karşılaşmaktadır. Aile üyelerinin etkilenmeleri ve yaşadıkları güçlükler hastanın toplumsal çekilmesiyle, düşünme ve davranış bozukluklarıyla, aile ilişkilerindeki bozuklukla ilgili olabileceği gibi; aile üyelerinin suçluluk ve utanma duygularıyla, aşırı duygu dışavurumuyla, sıkıntı ve depresif belirtilerle, ekonomik sorunlarla da kendini gösterebilir.[6-8,10] Bu özellikler ailenin de ele alınması gerektiğini göstermekle kalmamış, ailenin tedaviye etkin biçimde katılmasının gerekliliğini ortaya koymuştur.

Şizofrenik bozuklukların tedavisinde kullanılan psikososyal yaklaşımlar arasında aile psikoeğitimi, bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi, uyumlandırma tedavileri (sosyal beceri eğitimi, işe uyumlandırma, bilişsel davranışçı tedaviler) vardır.[1,4,6,11,12]

Psikososyal yaklaşımlar arasında en çok uygulananlar aile psikoeğitimi ve uyumlandırma tedavileridir. Bunların amaçları genel olarak şunlardır:[4,5,8,10,12-16]

- Şizofreninin belirtileri, tedavisi, gidişi, sonlanması ve ilaçlar hakkında eğitim,
- Belirtilerin şiddetini ve komorbiditeyi azaltma,
- Aile içi ve kişiler arası ilişkileri geliştirme,
- Aşırı duygu dışavurumunu azaltma,
- Erken tanı ve erken tedavi,
- Relapsı önleme ya da azaltma,
- Toplumsal işlevselliği artırma,
- Toplumda özerk davranmayı ve toplumsal yeterliliği sağlama, bağımsız yaşamayı artırma,
- Gerçekçi beklentiler oluşturma, günlük yaşam etkinliklerini yerine getirmeyi sağlama,
- Yaşam kalitesini artırma.

Yukarıda kısaca gözden geçirilen özellikler şizofrenik bozuklukların ruhsal toplumsal yönlerine gereken önemin verilmesi konusunda uyarıcıdır. Biyolojik tedavi ile bozukluğun bir yönüyle ilgili iyilik sağlanmaya çalışılırken, diğer yönleri göz ardı edilmektedir. Şizofrenik bozuklukların tedavi girişimleri kapsamlı, çok yönlü, hastanın tedaviye verdiği yanıta ve ilerlemesine göre değiştirilebilir olmalıdır.[5,17]

Aile tedavisi

Şizofreni hastalarının bakımının hastaneden çok toplumda yürütülmesiyle ailelerin önemi daha da artmıştır. Uzun süreli bakım gerektiren şizofreni hastalarının bakıcıları genellikle ailelerinin bir üyesidir. Bir hastanın yaşamındaki en değişmez ögelerden biri ailedir. ABD'de taburcu olan hastaların %60'tan çoğu ailelerinin yanına döner.[4,11] Bu oranının ülkemizde daha yüksek olduğunu söylemek yanlış olmaz. Annebabasıyla birlikte yaşamayanlar bile, onlarla yakın ilişkilerini sıklıkla sürdürür.[3,5]

Şizofreni hastalarının aileleri çeşitli güçlükler yaşar. Bu güçlükler iki grupta toplanabilir:[9] Birinci gruptaki güçlükler hastaların sosyal çekilmesiyle, ilgilerinde de azalmayla, kişiler arası ilişkilerinin sınırlılığıyla ilgilidir. İkinci gruptaki güçlükler hastaların bozuk ve inhibe olmamış davranışlarıyla ilgilidir. Bunlar aile üyelerinde sıkıntı, depresyon, utanma ve suçluluk duyguları, korku, toplumsal ilişkilerde azalma, zamanla tükenmişlik duygusu ve ekonomik güçlükler yaratabilir.

Çalışmalar aile üyelerinin bazılarının şizofrenik bozuk-

luklar hakkında yeterli bilgisinin olmadığını, hasta larına karşı aşırı eleştirel ve koruyucu olabildiklerini, bu davranışların relaps oranlarını artırdığını göstermiştir.[18-20] Hastanın aile ya da akrabalarıyla yakın ilişkide olmasının ve ailede aşırı duygu dışavurumunun olmasının relaps oranlarını artırdığı gösterilmiştir.[3,8,9,15,16,21,22]

Son 30 yılda ailelerin tedavi ekibinin etkin üyeleri olmalarına çalışılmaktadır. Aile hekimler için değerli bilgi kaynağıdır. Aile üyeleri erken belirtileri hastalardan daha önce tanıyabilir, tedaviyi planlamada ve uygulamada etkili olabilir, aile içi etkileşimi düzenleyebilir. Aileyi psikoeğitimsel aile toplantılarına çekmek için en uygun zaman akut dönemdir. Aileler hastanın durumu kötüyken ilişki kurma, ilişkiyi sürdürme, bilgi alma, güven arama, soru sorma konularında daha motivedirler.[12] Aile eğitimi tek[22,23] ya da grup[24,25] halinde yapılabilir.

Bu çalışmanın amacı, şizofrenik bozuklukların tedavisinde psikososyal yaklaşımların aileler üzerindeki etkilerini araştırmaktır.

YÖNTEM VE GEREÇ

Örneklem

Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde *şizofrenik bozukluk* tanısıyla en az bir kez yatırılarak tedavi uygulanan ve Sivas il merkezinde oturan hastalar ve aileleri belirlendi. Hasta ailelerine çalışma hakkında bilgi verilerek katılma konusunda onayları alındı. Toplam 31 hastadan 4'üne akut dönemde oldukları için yatış önerildiği, 2 hasta yer değişikliği nedeniyle ve daha sonra 2 hasta çalışmadan çıkmak istedikleri için çalışma 23 hasta ailesi ile tamamlandı. Hastaya bakım veren aile üyeleri *aileler grubu*nu oluşturdu.

Veri toplama araçları

Çalışmanın başında ve sonunda hastalara bakım verenlere aşağıdaki ölçekler uygulanmıştır:

- *Sosyodemografik Bilgi Formu:* Hastalara bakım veren aile üyesine çeşitli kişisel ve aileyle ilgili soruların yer aldığı form verildi.

- *Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF):* Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin kısa formu 26 madde ve 5 alt alandan oluşmaktadır: 1. Bedensel alan, 2. Ruhsal alan, 3. Sosyal ilişkiler alanı, 4. Çevre alanı, 5. Genel sorular. Her madde için 5 seçenekten biri işaretlenir.[26]

- *Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ):* Altmış sorunun yer aldığı yedi alt ölçekten oluşur: 1. Problem çözme, 2. İletişim, 3. Roller, 4. Duygusal tepki verebilme, 5. Gereken ilgiyi gösterme, 6. Davranış kontrolü, 7. Genel işlevler. Dört seçenekten biri işaretlenir. Madde ortalama puanı 2'nin üzerine çıktıkça aile işlevlerinde sağlıksızlığı gösterir.[27]

- *Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ):* On iki maddelik üç alt gruptan oluşur: 1. Aile, 2. Arkadaşlar, 3. Özel bir insan. Maddeler 1-7 arasında puanlanır.[28]

- *Kısa Belirti Ölçeği (KBÖ):* Ruhsal belirtileri taramak için kullanılan 53 maddelik dokuz alt ölçek ve ek maddelerden oluşan, maddeleri 0-4 arasında puanlanan Likert tipi bir ölçektir.[29]

- *Bakım Verenlerin Güçlüklerini Belirleme Formu (BVGBF):* Araştırmacılarca hazırlanan 25 maddelik bir formdur.

İşlemler

Her biri bir psikiyatrist ve bir psikiyatri hemşiresinden oluşan iki çalışma ekibi, bakım veren aile üyesini yaşadıkları evde iki haftada bir kez olmak üzere çalışmanın gerçekleştirildiği üç ayda toplam altı kez ziyaret etmiştir. Ziyaretler 60-90 dakika arasında sürmüş ve şu konular gözden geçirilerek aileye bilgi/eğitim verilmiştir:

- Şizofreninin genel özellikleri,

- Erken ve inatçı belirtiler,

- Antipsikotiklerin özellikleri, yan etkileri, ilaca uyum,

- İletişim ve aile ilişkileri,

- Sosyal beceri eğitimi,

- Problem çözme, krize müdahale.

Verilerin değerlendirilmesi

Toplanan veriler kodlanarak SPSS 9.0 for Windows programıyla bilgisayarda değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Şizofreni hastalarına bakım verenlerin bazı sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Bakım verenlerin 18'i (%78.3) kadın, 5'i (%11.7) erkekti; yaş aralığı 16-68 ve ortalama yaş 45.6'ydı; 19'u evli (%82.6), 4'ü (%17.4) bekar ya da duldu; 9'u (%39.1) okuryazar değil ya da okuryazardı, 10'u (%43.5) ilköğretim mezunu, 4'ü (%17.4) lise ya da üniversite mezunuydu; 19'unun (%82.6) işi yoktu; hastaya bakma süresi ortalama 7.83 yıldı.

Bakım verenlerin çalışmanın başlangıcındaki ölçek ortalama madde puanlarıyla, üçüncü ayın sonundaki ölçek ortalama madde puanları karşılaştırılmış ve sonuçları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2'deki sonuçlara göre, bakım verenlerin psikiyatrik yakınmaları/belirtileri çalışmanın sonunda anlamlı düzeyde olumlu olarak değişmiştir. Bakım verenlerin yaşam kalitesiyle ilgili (WHOQOL-BREF) bedensel alan, sosyal ilişkiler alanı, çevre alanı, genel sorular alanlarının ortalama madde puanları çalışmanın sonunda anlamlı düzeyde olumlu olarak değişmiş; çevre alanı puanındaki değişiklik anlamlı

Tablo 1. Bakım verenlerin bazı sosyodemografik özellikleri

Özellikler	Kadın(n=18)	Erkek(n=5)	Toplam(n=23)
Ortalama yaş (aralığı 16-68)	46.8±14.7	41.6±15.8	45.6±15.1
Medeni durum			
evli	15	4	19
bekar	2	1	3
dul	1	0	1
Eğitim düzeyi			
okuryazar değil+okuryazar	8	1	9
ilköğretim	8	2	10
lise+üniversite	2	2	4
İş durumu			
işi yok (ev hanımı dahil)	17	2	19
işi var	0	2	2
emekli	0	1	1
öğrenci	1	0	1
Hastayla ilişkisi			
yakın	13	3	16
orta düzeyde	3	2	5
zayıf, az	2	0	2
Ortalama hastaya bakma süresi (aralık 1-20 yıl)	7.94	7.40	7.83

bulunmamıştır. Aile işlevlerinin ve ilişkilerinin değerlendirilmesinde başlangıç ve son değerlendirmeler arasında olumlu yönde değişiklik olmakla birlikte, aradaki fark anlamlı bulunmamıştır. Çok boyutlu algılanan sosyal destek (ÇBASDÖ) alanlarından aile ve arkadaş alanlarının ortalama madde puanları ve toplam ölçek ortalama madde puanları çalışmanın sonunda anlamlı düzeyde olumlu olarak değişmiş; çevre alanı alt ölçeğindeki değişme anlamlı bulunmamıştır. Gerek kısa belirti ölçeği, gerekse bakım verenlerin güçlüklerini belirleme formunun puanları, çalışma sonunda başlangıç değerlerine göre anlamlı düzeyde olumlu olarak değişmiştir.

TARTIŞMA

Çağcıl tıp anlayışı bütüncül yaklaşımı benimser. İnsan bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden bir bütün olarak görülürken; sağlık hizmetleri de birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri olarak birlikte ele alınır. İnsanın ve sağlık hizmetlerinin bu biçimde bütüncül olarak görülmesi ve uygulanması psikiyatri alanında diğer alanlardan daha uygundur. Ancak ülkemizde bütüncül yaklaşımların uygun biçimde uygulandığını söylemek güçtür.[5]

Şizofrenik bozuklukların etiyolojik etkenleri çok çeşitli olduğundan, tedavi yaklaşımlarının da birden çok olması kaçınılmazdır. Günümüzde şizofrenik bozuklukların tedavisinde somatik tedavilerin yeri tartışmasız kabul edilmektedir.[30,31] Bireysel psikoterapilerin somatik tedaviler olmadan tek başına iyi sonuçlar vermediği,[32] grup tedavilerinin bazı türlerinin özellikle sosyal uyumu geliştirmede,[33-35] belirtilerle baş etmede ve tedavi işbirliğinin artmasında yararlı olduğu[36] belirtilmektedir. Şizofrenik bozuklukların tedavisinde birden çok ve uygun tedavi yöntemlerinin birlikte uygulanması, hastalar ve aile üyeleri açısından bir anlamda her aşamadaki sağlık hizmetlerinin verilmesi anlamını taşır.

Bu üç aylık ön çalışmanın sonuçları bakım verenlerin aile ilişkilerinin olumlu yönde etkilendiğini, yaşadıkları güçlüklerin azaldığını göstermektedir. Bakım verenlere uygulanan Yaşam Kalitesi Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Kısa Belirti Ölçeği ve Bakım Verenlerin Güçlüklerini Değerlendirme Formu'nun başlangıçtaki ve çalışmanın sonundaki ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur. Buna göre, bakım verenlerin stres ve güçlüklerinin azaldığı, yaşam kalitelerinin arttığı, toplumsal ilişkilerinin daha iyiye gittiği söylenebilir.

Tablo 2. Bakım verenlerin başlangıçta ve çalışma sonundaki ölçek ortalama madde puanları

Ölçekler ve alt grupları	Başlangıç değeri X ± SD	Son değeri X ± SD	t	p
WHOQOL-BREF				
1. bedensel alan	3.02 ± 0.72	3.39 ± 0.52	2.043	0.041
2. ruhsal alan	3.55 ± 0.67	3.82 ± 0.52	2.396	0.017
3. sosyal ilişkiler alanı	3.42 ± 0.56	3.76 ± 0.34	3.295	0.001
4. çevre alanı	3.45 ± 0.51	3.58 ±0.55	0.829	0.407
5. genel sorular	3.20 ± 0.74	3.51 ± 0.58	2.060	0.039
ADÖ				
1. problem çözme	1.96 ± 0.66	1.71 ± 0.49	1.857	0.063
2. iletişim	2.03 ± 0.46	1.96 ± 0.44	0.471	0.637
3. roller	1.75 ± 0.45	1.80 ± 0.50	0.545	0.586
4. duygusal tepki verebilme	2.12 ± 0.58	1.95 ± 0.55	1.160	0.246
5. gereken ilgiyi gösterme	1.86 ± 0.36	1.90 ± 0.67	0.460	0.646
6. davranış kontrolü	1.90 ± 0.35	1.73 ± 0.52	1.862	0.063
7. genel işlevler	1.69 ± 0.53	1.58 ± 0.47	1.131	0.258
toplam	1.87 ± 0.37	1.79 ± 0.40	1.460	0.144
ÇBASDÖ				
1. aile	5.13 ± 1.68	5.72 ± 1.46	1.771	0.077
2. arkadaşlar	4.24 ± 2.18	5.58 ± 1.36	2.740	0.006
3. özel bir insan	4.72 ± 1.81	5.38 ± 1.58	1.477	0.140
toplam	4.68 ± 1.63	5.56 ± 1.29	2.237	0.025
KBÖ	34.56 ± 26.43	19.48 ± 25.54	3.529	0.000
BVGBF	19.35 ± 9.98	13.22 ± 10.63	3.740	0.000

Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin çevre alanı başlangıç ve son puanları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Bu durum değişikliklerin toplumsal çevreye henüz yansımadığı biçiminde yorumlanabilir. Bunda sürenin kısalığı önemli olabilir.

Aile Değerlendirme Ölçeği'nin ölçek ve alt ölçekler ortalama puanları, çalışma sonunda başlangıca göre daha olumlu olmakla birlikte, aradaki fark anlamlı bulunmamıştır. Bunun nedeni insan ilişkilerinde değişiklik yaratmanın zaman alacağı ve şizofrenin kronik bir bozukluk olmasıyla ilgili olabilir.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin aile ve arkadaş alt ölçekleri ve toplam ölçek ortalama puanının başlangıç değerine göre anlamlı düzeyde yükselmesi, psikososyal yaklaşımların insan ilişkilerinin iyileşmesinde yararlı olduğu biçiminde yorumlanabilir.

Bakım verenlerin hem belirtilerinde, hem de yaşadıkları güçlüklerde anlamlı düzeyde bir azalma olması, bu yaklaşımların bakım verenlerin ruhsal yönden rahatlamalarını sağladığı biçiminde yorumlanabilir.

Bu sonuçlar bir bütün olarak değerlendirildiğinde, bu kadar kısa süreli bir psikososyal yaklaşım/psikoeğitim çalışmasının bile bakım verenler açısından ne kadar önemli ve yararlı olduğunu göstermektedir.

Psikososyal yaklaşımların ve özellikle aile psikoeğitiminin somatik tedavilere eklenmesiyle tedavinin etkinliğinin arttığı,[21,37] toplumsal uyum ve tedavi işbirliğinin arttığı,[24,38] relaps oranlarının düştüğü[24,39-44] gösterilmiştir. Çalışmamız bir ön çalışma ve kısa süreli olduğu için bu özellik değerlendirilmemiştir.

Çalışmanın sonunda hem hastalar, hem de bakım verenler daha rahat olduklarını, topluma uyum yönünden daha sorunsuz olduklarını, aile içi sorunlarının azaldığını, hoşgörülerinin arttığını, çalışmanın sürdürülmesini istediklerini belirtmişlerdir.

Çalışmamızın zayıf yönü sürenin kısa olması ve hasta sayısının az olmasıdır. Üstün yönü ise, hastalara ve bakım verenlere hizmetin yaşadıkları ortamda verilmesi, hizmetin ayaklarına götürülmesidir.

KAYNAKLAR

1. *Heinssen RK, Liberman RP, Kopelowicz A: Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. Schizophr Bull 2000; 26:21-46.*
2. *Shepherd G, Muijen M, Dean R, Cooney M: Residental care in hospital and in the community: quality of care and quality of life. Br J Psychiatry 1996; 168:448-456.*
3. *Bustillo J, Keith SJ, Lauriello J: Schizophrenia: psychosocial treatment. BJ Sadock, VA Sadock (eds): Comprehensive Textbook of Psychiatry'de, yedinci baskı, vol. one, Philadelphia, Lippincott Williams& Wilkins, 2000, s. 1210-1217.*
4. *Doğan S, Doğan O, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Doğan Başeğmez F: Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Ayaktan hastalar. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3:69-74.*
5. *Doğan O: Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar. 11. Anadolu Psikiyatri Günleri Özet Kitabı (5-8 Haziran 2002, Adana), s.33.*
6. *Dixon L, Adams C, Lucksted A: Update on family psychoeducation for schizophrenia. Schizophr Bull 2000; 26:5-20.*
7. *Cochrane JJ, Goering PN, Rogers JM: The mental health of informal caregivers in Ontario: an epidemiological survey. Am J Public Health 1997; 87:2002-2008.*
8. *Leff J, Vaughn C: The role of maintenance therapy and relative expressed emotion in relapse of schizophrenia: a two-year follow up. Br J Psychiatry 1981; 139:102-104.*
9. *Gelder M, Mayou R, Cowen P: Psychiatry. New York, Oxford University Press, 2000.*
10. *Mueser KT, Drake RE, Bond GR: Recent advances in psychiatric rehabilitation for patients with severe mental illness. Harvard Rev Psychiatry 1997; 5:123-137.*
11. *Lehman AF, Steinwachs DM and PORT coinvestigators: At issue: translating research into practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Team (PORT) treatment recommendations. Schizophr Bull 1998; 24:1-10.*
12. *American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia. Washington D.C., APA, 1997.*
13. *Mueser KT, Bond GR: Psychosocial treatment approaches for schizophrenia. Current Opinion in Psychiatry 2000; 13:27-35.*
14. *Leff J: Needs of the families of people with schizophrenia. Adv Psychiatr Treat 1998; 4:277-284.*
15. *Barrowclough C, Johnston M, Tarrier N: Attributions, expressed emotion, and patient relapse: an attributional model of relatives response to schizophrenic illness. Behav Ther 1994; 25: 67-88.*
16. *Vaughn CE, Leff JP: The influence of family and social factors as the course of psychiatric illness. Br J Psychiatry 1976; 129:125-137.*
17. *Fenton WS, McGlashan TH: Schizophrenia: individual psychotherapy. BJ Sadock, VA Sadock (eds): Comprehensive Textbook of Psychiatry'de, yedinci baskı, vol. one, Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2000, s. 1217-1231.*
18. *Kavanagh DJ: Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. Br J Psychiatry 1992; 160:601-620.*
19. *Vaughn CE, Leff JP: Patterns of emotional response in relatives of schizophrenic patients. Schizophr Bull 1981; 7:43-44.*
20. *Mueser KT, Gingerich SL, Rosenthal CK: Familial factors in psychiatry. Current Opinion in Psychiatry 1993; 6:251-257.*
21. *Rolland JS, Walsh F: Family therapy: systems approaches to assessment and treatment. RE Hales, SC Yudofsky (eds): Synopsis of Psychiatry'de, Washington DC, APP, 1996, 1097-1126.*
22. *Falloon IR, Boyd JL, McGill CW, Williamson M, Razani J, Moss HB et al: Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: clinical outcome of a two-year longitudinal study. Arch Gen Psychiatry 1985; 42:887-896.*
23. *Vaughn CE, Snyder KS, Freeman W, Jones S, Falloon IR, Liberman RP: Family factors in schizophrenic relapse: a replication. Schizophr Bull 1982; 8:425-426.*
24. *Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ Kornblith SJ, Greenwald DP, Ulrich RF et al: Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schzophrenia, II: two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. Arch Gen Psychiatry 1991; 48:340-347.*
25. *McFarlane WR: Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. New Dir Ment Health Serv 1994; 62:13-22.*

26. *Fidaner H, Elbi H, Fidaner C Yalçın Eser S, Eser E, Göker E: Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. 3P Dergisi 1999; 7(Ek sayı 2):5-13.*

27. *Bulut I: Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) El Kitabı. Ankara, Özgüzeliş Matbaası, 1990.*

28. *Eker D, Arkar H: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. Türk Psikoloji Dergisi 1995; 10:45-55.*

29. *Şahin NH, Durak A: Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi 1994; 9:44-56.*

30. *Yıldız M: Psikososyal Beceri Eğitimi Uygulama Kılavuzu. PAREM Yayınları, İstanbul, Kutu Grafik, 2001.*

31. *Aker T, Sungur MZ: Şizofrenide Bireysel ve Davranışçı Terapi Yöntemleri. PAREM Yayınları, İstanbul, Kutu Grafik, 2001.*

32. *Karon BP, VandenBos GR: The consequence of psychotherapy for schizophrenic patients. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice 1972; 9:111-119.*

33. *Donlon PT, Rada RT, Knight SW: A therapeutic aftercare setting for "refractory" chronic schizophrenic patients. Am J Psychiatry 1973; 130:682-684.*

34. *O'Brien CP, Hamm KB, Ray BA, Pierce JF, Luborsky L, Mintz J: Group vs individual psychotherapy with schizophrenics: a controlled outcome study. Arch Gen Psychiatry 1972; 27:474-478.*

35. *Malm U: The influence of group therapy on schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 1982; (Suppl):297.*

36. *Kanas N: Group psychotherapy with schizophrenia. In Comprehensive Group Psychotherapy, 3rd ed. HI Kaplan, BJ Sadock (eds), Baltimore, Williams and Wilkins, 1993, 407-418.*

37. *Goldstein MJ, Rodnick EH, Evans JR May PR, Steinberg MR: Drug and family therapy in the aftercare treatment of acute schizophrenics. Arc Gen psychiatry 1978; 35:1169-1177.*

38. *Frank AF, Gunderson JG: The role of the therapeutic allience in the treatment of schizophrenia: relationship to course and outcome of a two-year longitudinal study. Arch Gen Psychiatry 1985; 42:887-896.*

39. *Pharoah FM, Mars JJ, Steiner D: Family intervention for schizophrenia. The Cochrane Library, Issue 2'de, Oxford, Update Software, 2000.*

40. *Anderson CM, Reiss D, Hogarty GE: Schizophrenia and the Family. New York, Guilford, 1986.*

41. *Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ Kornblith SJ, Greenwald DP, Javna CD et al: Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia, I: one-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. Arch Gen Psychiatry 1986; 43:633-642.*

42. *Tarrier N, Barrwclough C, Vaughn C Bamrah JS, Porceddu K, Watts S et al: The community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. Br J Psychiatry 1988; 153:532-542.*

43. *Leff J, Kuipers L, Berkowitz R Eberlein-Vries R, Sturgeon D: A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. Br J Psychiatry 1982; 141:121-134.*

44. *Liberman RP, Lillie F, Falloon IR Harpin RE, Hutchinson W, Stoute B: Social skills training with relapsing schizophrenics: an experimental analysis. Behav Modif 1984; 8:155-179.*