

Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışavurumunun incelenmesi¹

Servet Ebrinç,² Mesut Çetin,³ Cengiz Başoğlu,² Mehmet Yücel Ağargün,⁴
Meltem Seçil,⁵ Sibel Can,⁵ Necati Çobanoğlu⁵

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada şizofren hasta ve ailelerinde, aile içi etkileşimde rol oynayan aile işlevselliği, ailesel ve sosyal destek ile algılanan duygu dışavurumu gibi etmenlerin arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** DSM-IV şizofreni tanı ölçütlerini karşılayan 42 erkek hasta ve birinci derece yakınları (anne, baba, kardeş) çalışmaya alındı. Hasta yakınlarına hastaya ve hastalığına yönelik sorular içeren görüşme formu ile Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ); hastalara Algılanan Aile Desteği Ölçeği (AADÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBSDÖ) ve Dışavurulan Duygulanım Düzeyi Ölçeği (DDÖ) uygulandı. **Sonuçlar:** Grubun ortalama hastalık süresi 36.09±42.26 ay, ranji 6-156 ay idi. % 64.3'ü (n=27) birden fazla hastalanma ve hastane yatışı, % 81'i (n=34) birden fazla tedavi tekrarı öyküsüne sahipti. Hasta yakınlarının % 28.6'sını (n=12) anne, % 40.4'ünü (n=17) baba ve % 31'ini (n=13) kardeşler oluşturuyordu. Hasta yakınlarının % 42.9'u (n=18) relaps nedeni olarak ilaç bırakımını, % 33.3'ü (n=14) aile ve çevreyi sorumlu tutmuşlardır. ADÖ iletişim (İLT), roller (ROL), duygusal tepki verebilme (DTV), gereken ilgiyi gösterme (GİG) ve davranış kontrolü (DVK) alt ölçek puan ortalamaları 2.00 ve üzerinde bulunmuştur. AADÖ puanları ile DD aşırı müdahalecilik, aşırı tepkisellik, olumsuz tutumlar, hoşgörüsüzlük puanları; ÇBSDÖ aile, özel kişi ve toplam puanları ile DD olumsuz tutumlar puanları arasında anlamlı düzeyde negatif ilişki saptanmıştır. ADÖ genel fonksiyonlar puanları ile ÇBSDÖ özel kişi ve toplam puanları; duygusal tepki verebilme puanları ile DD aşırı tepkisellik ve olumsuz tutumlar puanları arasında ise anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur. **Tartışma:** Şizofren hasta ailelerinde aile içi etkileşimde duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolünde problemler yaşandığı; dışavurulan duygulanımın, hastalarda algılanan aile ve sosyal desteği olumsuz yönde etkileyebileceği dikkati çekmektedir. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2001; 2(1):5-14)

Anahtar sözcükler: Şizofren hastalar, aile içi etkileşim, sosyal destek, dışavurulan duygulanım

Research of family functionality, social support and expression of emotion in schizophrenic patients and their families

SUMMARY

Objective: In this study, the relation of factors such as family functionality and emotion expression perceived with family and social support, which play a role in intra-familial interaction in schizophrenic patients and their family, was aimed. **Method:** Forty two (42) male patients who meet the DSM-IV diagnosis criteria for schizo-

¹ 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde sunulmuştur (Trabzon, 1999).

² Yrd.Doç.Dr., ³ Prof.Dr., ⁵ Arş.Gör. GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri Servisi, İstanbul

⁴ Doç.Dr., Yüzüncü Yıl Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD, Van

Yrd.Doç.Dr. Servet EBRİNÇ, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri Servisi Kadıköy/İstanbul
e-posta: sebrinc@superonline.com

6 Şizofren hasta ve ailelerinde...

phrenia and their first degree relatives (mother, father, sibling) were included in the study. An interview form that includes questions about patient and his disorder among with Family Evaluation Scale (FES) were applied to relatives where as patients were given Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) and Expressed Emotion Level Scale (EELS). **Results:** The mean disease period of the group was 36.09 ± 42.26 (range=6-156) months. 64.3 % (n=27) had more than one disease period and hospitalisation, and 81 % (n=34) had more than one treatment histories. Relatives group consisted of 28.6 % (n=12) mothers, 40.4 % (n=17) fathers and 31 % (n=13) siblings. 42.9 % (n=18) of relatives showed not using medication and 33.3 % (n=14) showed family and community as reason to relapse. "FES", communication (COM), roles (ROL), emotional response ability (ERA), supplying the necessary concern (SNC) and behaviour control (BC) subscales mean scores were found to be 2.00 and over. Significantly negative correlation were detected between PFSS scores and EELS over interference, over reactivity, negative attitude, lack of tolerance scores and between MSPSS family, friend, total scores and EELS negative attitudes scores. It was found that FES general function scores and MSPSS special friend and total scores; emotional response ability and EELS over reactivity and negative attitudes scores were positively correlated. **Discussion:** It's attention attracting that there are problems at emotional reactivity, supplying the necessary concern and behaviour control in the intra-familial relations of the schizophrenic patients and expressed emotion may effect the family and community support that the patient perceive negatively. (*Anatolian Journal of Psychiatry*, 2001; 2(1):5-14)

Key words: Schizophrenic patients, intra-familial interaction, social support, expressed emotion

GİRİŞ

Şizofreni sosyal ve bilişsel işlevlerde eksilmelerle sonlanabilen, sıklıkla süregen, yineme (relaps) ve iyileşmelerle karakterize ataklarla seyreden ağır bir mental bozukluktur.¹ Yinemelerden çevresel faktörler sorumlu olabilir. Zira hastane çıkışı sonrasında, yüksek duygu dışı vurumlu akrabaları olan hastaların; düşük duygu dışı vurumlu olanlara göre daha çok sıklıkta yineme gösterdikleri bildirilmiştir. Ailelerle bu yönde yapılan davranışçı temeldeki görüşmelerin yineme sıklığını azalttığı ileri sürülmüştür.^{1,2} "Dışa vurulmuş duygu" terimi ile şizofreni tanısı konmuş bir aile üyesi hakkında; akrabaları tarafından ifade edilmiş ya da dışa vurulmuş belirli duygu, tutum ve davranışların tümü anlaşılır. Duygu dışıvurumunun hem yineme için bir kriter olduğu; hem de ailenin duygu, tutum ve davranışlarını görünür bir şekilde yansıttığı belirtilmektedir.³ Sosyal destek, rahatsızlığın iyileşmesini arttırıcı olumlu bir faktördür. Sosyal destekten anlamamız gereken ise, hastaya somut yardımda bulunurken; daha az somut duygusal destek verilmesi ve bunun yanında benlik saygısının güçlendirilmesidir.⁴

Bugüne kadar başta şizofren hastalar olmak üzere, ruh hastası bulunan ailelerle yapılan pek çok çalışmada aile işlevleri, ailesel özellikler, ailenin hastayla etkileşimi, hastalanma ve hastalığın seyrinde ailenin rolü gibi konular araştırılmıştır.

Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001; 2(1):5-14

Bir grup çalışmada, içinde ruh hastası olan ve olmayan ailelerin ruh hastasına ve hastalıklarına yönelik tutumları ele alınmıştır. Arıkan ve ark.'nın⁵ bir çalışmasında içinde ruh hastası olan ve olmayan ailelerin ruh hastası ve hastalıklarına karşı tutumları değerlendirilmiştir. Psikotik üyesi bulunan ailelerde koruyucu-kollayıcı ve dolayısıyla kısıtlayıcı tutumların belirgin düzeyde daha fazla olduğu ve bunun eğitim düzeyi artışıyla paralellik gösterdiği, gelir düzeyinin ise eğitime bağlı olarak dolaylı bir rol oynadığı, erkeklerin otoriter tutumlara daha çok sahip oldukları, kadınların ise hasta ve hastalık konusunda daha bilgili ve bilinçli olduğu saptanmıştır. Karancı⁶ şizofren hasta yakınlarıyla yaptığı bir araştırmada ailelerin, hastalığın ortaya çıkışında en sık neden olarak stres verici olayları ve aile çatışmalarını; karşılaştıkları zorluklar olarak ise en sık olarak aile içi çatışmaları ve duygusal yükleri gösterdiklerini bildirmiştir. Tuna'nın⁷ çalışmasında ailesinde ruh hastası bulunmayanların ailesinde ruh hastası bulunanlara göre ruh hastalarını daha fazla reddedebildikleri, toplumun bu reddedici yaklaşımı karşısında hasta ailelerinin olumsuz yönde etkilendikleri, ayrıca psikotik bozukluğu olan hastaların nevrotik bozukluğu olanlara göre daha fazla reddedildikleri ileri sürülmüştür.

Diğer bir grup çalışmada ise ruh hastasına sahip ailelerdeki aile içi etkileşimler, aile işlevleri, aile desteği, sosyal uyumda ailenin rolü araştırılmış-

tır. Akçakın⁸, psikiyatri servisine başvuran yetişkin hastalarla çocuklarını değerlendirmiş ve nevrotik anne çocuklarının psikotik annelerine göre daha fazla psikiyatrik belirti gösterdiklerini bildirmiştir. Kronik psikiyatrik hastaların sosyal adaptasyonu ve ailelerine yönelik yapılan bir pilot çalışmada, sosyal grup aktivitelerinin, hasta ve yakınları arasında olumlu ilişkilerin gelişmesine yardım ettiğine işaret edilmiştir⁹. Başka bir çalışmada ise şizofren hastalarda duygu dışavurumunun hastalık tekrarı ve aile işlevleriyle ilişkisi araştırılmış ve yüksek duygu dışavurumu olan grubun daha fazla relaps gösterdiği, aile işlevleri kötü olanlarda da relapsın daha fazla olduğu ileri sürülmüştür.¹⁰ Yener ve ark.¹¹, şizofren hastaların aile bireylerinde kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla sıklıkta ruhsal bozukluk ve belirtiler olduğunu saptamışlardır. Ayrıca bu çalışmada sık relaps gösteren hastaların ailelerinde, daha az relaps gösterenlere göre daha fazla ruhsal belirti yaşandığı bildirilmiştir.

Bazı çalışmalarda ruh hastalığının aile işlevlerine etkisi araştırılmıştır. Bulut¹² ruh hastası bulunan ailelerde, aile işlevlerinde en fazla bozulmanın “rol” işlevinde olduğunu, bunu “davranış kontrolü” ve “problem çözme” işlevlerindeki bozulmaların takip ettiğini, eğitim düzeyindeki düşmenin aile işlevlerini olumsuz yönde etkilediğini saptamıştır. Bulut ve Kahramanoğlu’nun¹³ bir çalışmasında hasta ailesinin özelliklerinin ve hastaya davranış biçiminin hastanın sosyal uyumunu etkilediği; sıcak ve ilgili bir aile ortamının hastanın arkadaş edinmesini, günlük aktivite ve işlerini yapabilmesini, tekrar hastaneye yatış sıklığının azalmasını sağladığı ileri sürülmüştür.

Çalışmamızda şizofren hasta ve ailelerinde, aile içi etkileşimde rol oynayan aile işlevselliği, ailesel ve sosyal destek ile algılanan duygu dışavurumu gibi etmenlerin arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

1998 yılı içerisinde, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören hastalardan DSM-IV şizofreni tanı ölçütlerini karşılayan 42 erkek hasta ve aynı sayıda birinci dereceden akraba (anne, baba, kardeş) çalışmaya alındı.

Çalışmaya alınmada, hastalar için:

- ◆ en az altı aydan beri hasta olmaları,
- ◆ en az ilkokul mezunu olmaları,
- ◆ madde kötüye kullanımı gibi ikincil bir bozukluğun bulunmaması,
- ◆ mental retardasyon gibi organik bozuklukların eşlik etmemesi,
- ◆ çağrıldığında gelebilecek birinci dereceden yakınının bulunması,
- ◆ gönüllü olması,

Hasta yakınları için:

- ◆ en az ilkokul mezunu olması,
- ◆ psikotik düzeyde bir rahatsızlığının ve mental retardasyon gibi organik bozuklukların bulunmaması,
- ◆ gönüllü olması gibi ölçütlere uyuldu.

Çalışma “hasta grubu” ve birinci dereceden akrabaların oluşturduğu “hasta yakını grubu” olmak üzere iki grup halinde yürütüldü. Hasta yakını grubu 12 anne, 17 baba ve 13 kardeşten oluşmuştu. Hasta yakınlarına hastaya ve hastalığına yönelik bilgilerin soruşturulduğu görüşme formu ile Aile Değerlendirme Ölçeği uygulandı. Hasta yakınına uygulanan görüşme formunda hastanın ilk hastalanma ve ilk tedaviye başlanma süresi, hastalığın tekrarı, ayaktan ve yatarak hastane tedavileri, hastalanmanın aile içinde beklenip beklenmediği, hastalanmadan dolayı ailede suçluluk hissi olup olmadığı, hastalanma nedenleri, tıp dışı bir tedavi girişiminde bulunulup bulunulmadığı, tıbbi tedaviden ne düzeyde yararlandığı, tekrar hastalanmasında nedenlerin ne olduğu ve ailenin hastalığa inanıp inanmadığına yönelik sorular yer aldı.

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bulut^{14,15} tarafından yapılan, orijinal adı “McMaster Family Assessment Device” olan Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) aile işlevlerini değerlendirmeye yönelik yedi alt ölçekten oluşmuş, 60 maddelik dört seçenekli ve her bir madde 0 ile 4 arasında puan alan bir ölçekdir. Alt ölçekler problem çözme (PRÇ), iletişim (İLT), roller (ROL), duygusal tepki verebilme (DTV), gereken ilgiyi gösterme (GİG), davranış kontrolü (DVK), genel fonksiyonlar (GNF)’dan ibarettir. Her bir alt ölçekte 2.00’nin üzerindeki puanlar, ilgili aile işlevinde sağlıksızlığa gidişi gösterir. ADÖ, orijinal¹⁶ ve Türkçe¹⁴ geçerlilik ve güveni-

8 Şizofren hasta ve ailelerinde...

güvenilirlik çalışmalarında sadece hasta ailelerinde ve 15 yaşından büyük üyelerde uygulanırken; bazı çalışmalarda ise ADÖ'nin hem hasta hem de aile üyelerine birlikte uygulandığı görülmektedir.¹⁷ Çalışmamızda ise sadece hasta yakınlarına ADÖ uygulanmıştır.

Hastalara sosyodemografik bilgilerin soruşturulduğu bir görüşme anketi ile Soria'sın uyarlamasını yaptığı Algılanan Aile Desteği Ölçeği (AADÖ)¹⁸, Eker ve arkadaşlarının geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığı Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği (ÇBSDÖ)^{19,20}, Berksun ve ark. tarafından Türkçe'ye çevrilen, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Dışavurulan Duygulanım Ölçeği (DDÖ)^{21,22} uygulandı.

Yirmi maddelik 3 seçenekli AADÖ ölçeğinde toplam puan 0-40 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar algılanan ailesel sosyal desteğin yeterliliğini göstermektedir. On iki maddelik ve yedi seçenekli ÇBSDÖ ölçeği dörder maddelik aile, arkadaş ve özel bir insan alt ölçeklerinden oluşmuş olup; her bir alt ölçek puanı 7-28, toplam puan ise 21-84 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir. Atmış maddelik 2 seçenekli DDÖ ölçeği on beşer maddelik aşırı müdahalecilik, aşırı tepkisellik, hastalığa karşı olumsuz tutumlar, hoşgörüsüzlük ve yüksek beklenti alt ölçeklerinden oluşmuştur. Alt ölçek puanları 0-15, toplam puan 0-60 arasında değişir. Puanlar ne kadar yüksekse, ailenin duygu dışavurumu o düzeyde yüksek demektir. Genellikle araştırmalarda DDÖ'nin genelde alt ölçek ve toplam puanları kullanılırsa da bazı araştırmacıların ortalama puanın altında ve üstünde alınan puanlara göre duygu dışavurumu düşük ve yüksek gruplar oluşturarak, gruplar arasındaki istatistiksel farklılıkları araştırdıkları görülmektedir.^{10, 23} Biz çalışmamızda alt ölçek ve toplam puan ortalamalarını kullandık. Ayrıca toplam puan ortalamasını kesim noktası kabul ederek, düşük ve yüksek duygu dışavurumu grupları oluşturduk ve bu gruplar arasında AADÖ, ÇBSDÖ, ADÖ ve DDÖ puan ortalamalarının anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini değerlendirdik.

İstatistiksel değerlendirme SPSS istatistik paket programında (ver. 6.0) yapıldı. Parametrik değişkenler için bağımsız-örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi, nonparametrik değiş-

kenler için Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis H testleri, değişkenler arası bağıntının değerlendirilmesi için iki değişkenli korelasyon testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya şizofreni tanısı konmuş 42 erkek hasta alınmıştır. Hastaların yaş ortalaması 23.7 ± 3.8 olup, yaşları 19-34 arasında değişmektedir. Deneklerin % 21.4'ü (n=9) evlidir. Grubun % 45.2'si (n=19) ilkökul, % 31'i (n=13) ortaokul veya lise mezunu iken; % 23.8'i (n=10) yüksek okulu terk idi. Hastaların % 71.4'ü (n=30) kentsel ortamda yetişmiş ve % 66.7'si (n=28) halen kentsel ortamda yaşıyordu ve % 26.2'inin (n=11) mesleği yoktu. Deneklerin % 81'i (n=34) orta gelir düzeyinde idi. Hastaların % 73.8'i (n=31) çekirdek, % 19.1'i (n=8) parçalanmış ve % 7.1'i (n=3) geniş ailedendi. Annelerin % 16.7'si (n=7), babaların % 7.1'i (n=3) okula hiç gitmemişti. Ailelerin % 26.2'sinde (n=11) ruhsal hastalık, % 16.7'sinde (n=7) alkol alışkanlığı, % 2.4'ünde (n=1) madde kullanımı öyküsü vardı (Tablo 1).

Hastaların hastalık süresi en az 6, en fazla 156 ay ve ortalaması 36.1 ± 42.4 aydı. İlk doktora gidiş süresi en az 1, en fazla 144 ay olup ortalaması ise 30.3 ± 41.3 aydı. Hastaların % 64.3'ünde (n=27) hastalık en az bir defa tekrarlamıştı. % 19'u (n=8) bugüne kadar hiç tedavi görmemişken, % 35.7'si (n=15) de hastaneye hiç yatmamıştı (Tablo 2).

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının % 28.6'sını (n=12) anne, % 40.4'ünü (n=17) baba ve % 31'ini (n=13) kardeşler oluşturuyordu. Ailelerin % 16.7'sinde (n=7) hastanın hastalanması önceden bekleniyordu, % 26.2'si (n=10) de hastanın hastalanmasında aile bireyleri kendilerini suçlu hissediyordu ve % 9.5'i (n=4) hastanın hastalığına inanmıyordu. Ailelerin % 35.7'si (n=15) hastalanma için belirgin bir neden olmadığını belirtirken; % 42.9'u (n=18) ev ve çevreyi, % 21.4'ü (n=9) ise hastanın kendisini hastalanma nedeni olarak göstermişti. % 16.7'si (n=7) hastalarının tıp dışı bir tedaviye götürüldüğünü belirtiyordu. Tıbbi tedavi gören (n=34) hastaların ailelerinin %17.6'sı (n=6) tedavinin faydasız olduğunu belirtirken; % 35.3'ü (n=12) tedaviyi kısmen faydalı, % 47.1'i (n=16) ise yeterli olarak görüyordu. Hastaların % 64.2'sin-

Tablo 1. Hastaların bireysel ve ailesel sosyodemografik özelliklerinin sayısal ve yüzdesel dağılımı (n=42)

Bireysel özellikler	n	%	Aile özellikleri	n	%
<i>medeni durumu</i>			<i>anne eğitimi</i>		
evli	9	21.4	yok	7	16.7
bekar	33	78.6	var	35	83.3
<i>mesleği</i>			<i>baba eğitimi</i>		
yok	11	26.2	yok	3	7.1
var	31	73.8	var	39	92.9
<i>öğrenim durumu</i>			<i>aile tipi</i>		
ilkokul	19	45.2	çekirdek	31	73.8
orta+lise	13	31.0	parçalanmış	8	19.0
yüksekokul terk	10	23.8	geniş	3	7.1
<i>yetiştigi yer</i>			<i>ailede ruhsal hastalık</i>		
kırsal	12	28.6	var	11	26.2
kentsel	30	71.4	yok	31	73.8
<i>halen yaşadığı yer</i>			<i>alkol alışkanlığı</i>		
kırsal	14	33.3	var	7	16.7
kentsel	28	66.7	yok	35	83.3
<i>gelir düzeyi</i>			<i>madde kullanımı</i>		
düşük	3	7.1	var	1	2.4
orta	34	81.0	yok	41	97.6
yüksek	5	11.9			

Tablo 2. Hastalık öyküsü verilerinin dağılımı (n=42)

Değişkenler	$\bar{X} \pm Sx$	Ranj	Değişkenler	n	%
<i>yaş</i>	23.7 $\pm$ 3.8 yıl	19-34 yıl	<i>tekrar hastalanma</i>		
			var	27	64.3
			yok	15	35.7
<i>hastalık süresi</i>	36.1 $\pm$ 42.2 ay	6-156 ay	<i>tedavi görme</i>		
			var	34	81.0
			yok	8	19.0
<i>doktora ilk gidiş süresi</i>	30.3 $\pm$ 41.3 ay	1-144 ay	<i>hastanede yatış</i>		
			var	27	64.3
			yok	15	35.7

de (n=27) hastalıkları yinelerken, % 35.8'inde (n=15) hastalık yinelenmesi olmamıştı. Tekrar hastalanan hastaların (n=27) ailelerinin % 22.2'si (n=6) hastalığın tekrarlamasına bir neden bulmazken; % 44.4'ü (n=12) ilaç bırakmayı, %

33.3'ü (n=9) aile ve çevreyi neden olarak gösteriyordu (Tablo 3).

Dışavurulan duygulanım ölçeğini (DDÖ) doldururken hastaların % 23.8'i (n=10) anneyi, % 42.9'u (n=18) babayı, % 33.3'ü (n=14) kardeşi

10 Şizofren hasta ve ailelerinde...

Tablo 3. Ailenin hastaya ve hastalığına yönelik görüşlerinin dağılımı (n=42)

Değişken	n	%	Değişken	n	%
<i>aile hastalığına</i>			<i>tıp dışı tedavi görme</i>		
inanmıyor	4	9.5	var	7	16.7
inaniyor	38	90.5	yok	35	83.3
<i>ailede suçluluk hissi</i>			<i>tıbbi tedaviden yarar görme</i>		
var	10	26.2	hiç	6	17.6
yok	32	73.8	kısmen	12	35.3
<i>ailede hastalık beklentisi</i>			yeterli	16	47.1
vardı	7	16.7	<i>hastalığın yinelemesi</i>		
yoktu	35	83.3	yok	15	35.8
<i>hastalanma nedeni</i>			var	27	64.2
yok	15	35.7	<i>yineleme nedenleri (n=27)</i>		
ev-çevre	18	42.9	bilinmiyor	6	22.2
kendisi	9	21.4	ilaç bırakma	12	44.4
			aile-çevre	9	33.3

Tablo 4. Düşük ve yüksek DD grupları arasında AADÖ, ÇBSDÖ, ADÖ ve DDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması (n=42)

Ölçekler	DD düşük X±ss (n=27)	DD yüksek X±ss (n=15)	z	p
<i>Algılanan Aile Desteği Ölçeği</i>	25.7 ± 4.4	20.4 ± 5.8	2.883	0.004*
<i>Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği</i>				
Sosyal destek/aile	23.0 ± 5.2	19.9 ± 6.7	1.716	0.086
Sosyal destek/arkadaş	17.4 ± 6.0	13.3 ± 6.2	1.753	0.080
Sosyal destek/özel	20.2 ± 7.5	14.7 ± 7.3	2.237	0.025*
Sosyal destek/toplam	60.6 ± 14.2	47.8 ± 16.0	2.407	0.016*
<i>Aile Değerlendirme Ölçeği</i>				
Problem çözme	1.62 ± 0.6	1.79 ± 0.6	0.873	0.383
İletişim	2.01 ± 0.5	1.97 ± 0.6	0.514	0.607
Roller	1.90 ± 0.5	2.17 ± 0.6	1.328	0.184
Duygusal tepki	2.02 ± 0.4	2.25 ± 0.7	1.057	0.291
Gereken ilgiyi gösterme	2.23 ± 0.4	2.48 ± 0.6	1.529	0.126
Davranış kontrolü	2.07 ± 0.3	2.32 ± 0.3	2.364	0.018*
Genel işlevler	1.66 ± 0.4	1.87 ± 0.4	1.764	0.078
<i>Dışavurulan Duygulanım Ölçeği</i>				
DD aşırı müdahale	4.51 ± 2.6	7.73 ± 2.6	3.447	0.001*
DD aşırı tepkisellik	3.74 ± 1.8	7.66 ± 3.1	4.100	0.001*
DD olumsuz tutum	1.62 ± 1.0	6.40 ± 2.4	5.017	0.001*
DD hoşgörüsüzlük	2.55 ± 2.0	7.26 ± 2.0	4.800	0.001*
DD toplam	12.22 ± 3.81	29.06 ± 7.53	5.324	0.001*

* : p<0.05; istatistiksel olarak anlamlı (Mann-Whitney U testi uygulanmıştır)

“anahtar kişi” olarak seçmişti. DDÖ toplam puanı ortalaması 18.23 ± 9.76 olup bu değerin altında puan alanlarla “DD düşük”, üstünde puan alanlarla ise “DD yüksek” alt grupları oluşturulmuştur. Bu iki grubun AADÖ, ÇBSDÖ ve ADÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. DD düşük grubun DD yüksek gruba göre AADÖ, ÇBSDÖ özel ve toplam puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksek; ADÖ davranış kontrolü, DD aşırı müdahalecilik, aşırı tepkisellik, olumsuz tutumlar, hoşgörüsüzlük ve aşırı beklenti puanı ortalamaları anlamlı düzeyde

daha düşük bulunmuştur. DD düşük grupta DD yüksek gruba göre, ÇBSDÖ aile ve arkadaş alt ölçek puanları daha yüksek; ADÖ davranış kontrolü dışındaki diğer alt ölçek puanları daha düşük olmasına rağmen anlamlı düzeyde bir farklılık saptanmamıştı. Her iki grupta da ADÖ duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü; DD düşük grupta ADÖ iletişim ve DD yüksek grupta ADÖ rol alt ölçekleri puan ortalamaları 2 değerinin üzerindeydi (Tablo 4).

Tablo 5. Sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre AADÖ, ADÖ, DDÖ ve ÇBSDÖ puanlarında saptanan anlamlı yükselmeler ve anlamlılık düzeyleri*

Özellikler	p	Özellikler	p
<i>mesleği olanlarda (n=31)</i>		<i>tıp dışı tedavi görenler (n=7)</i>	
DD Ate ↑	0.047	ÇBSDÖ Aile ↑	0.034
DD Otu ↑	0.051		
<i>bekarlarda (n=33)</i>		<i>hastalığı yineleyenlerde (n=27)</i>	
ÇBSDÖ Özel ↑	0.049	ADÖ Rol ↑	0.025
<i>annesi eğitimlilerde (n=35)</i>		<i>yatışı yineleyenlerde (n=27)</i>	
DD Amü ↑	0.053	ÇBSDÖ Aile ↑	0.030
DD Hoş ↑	0.041	ÇBSDÖ Özel ↑	0.008
DD Top. ↑	0.021	ÇBSDÖ Top. ↑	0.020
<i>Hastalanma nedeni kendisi olanlarda (n=9)</i>		<i>ailede hastalığına inanmayanlarda (n=5)</i>	
DD Amü ↑	0.004	ADÖ İlt. ↑	0.043

* : Tabloda istatistiksel yönden anlamlı olanlar gösterilmiştir.

Sosyodemografik değişkenler, ailesel ve hastalığa yönelik özelliklere göre AADÖ, ADÖ, ÇBSDÖ ve DDÖ puanlarının istatistiksel olarak karşılaştırılmasında anlamlı yükseklik saptananlar Tablo 5’te gösterilmiştir. Buna göre ÇBSDÖ özel kişi alt ölçek puan ortalaması bekarlarda (n=31), babası eğitimli olanlarda (n=39), tedavi tekrarı olanlarda (n=34), hastaneye yatış tekrarı olanlarda (n=27); ÇBSDÖ aile ortalama puanı ise hastaneye yatış tekrarı olanlarda ve tıp dışı tedaviye götürülenlerde (n=7); ÇBSDÖ toplam ortalama puanı ise hastaneye yatış tekrarı olanlarda anlamlı düzeyde daha yüksek olarak saptanmıştır. Hastalığı tekrarlayan hasta ailelerinde ADÖ rol; hastalığa inanmayan ailelerde (n=5) ise ADÖ iletişim ortalama puanı anlamlı

düzeyde daha yüksekti ve her iki alt ölçek puan ortalaması da 2’nin üzerindeydi. Annesi eğitimli olan hastalarda (n=35) DD aşırı müdahalecilik, hoşgörüsüzlük ve toplam puan ortalamaları; annesi eğitimsiz olanlara (n=7) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olarak saptanmıştır. Hastalanma nedeni ev ve çevreden kaynaklananlarda (n=18) ve hastalanma nedeni olmayanlarda (n=15) DD aşırı müdahalecilik ortalama puanları, hastalanma nedeni hastanın kendisinden kaynaklanarlara (n=9) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

TARTIŞMA

Hasta grubunun sadece erkeklerden oluşturulması, büyük çoğunluğunun çekirdek aileden

12 Şizofren hasta ve ailelerinde...

olması, anne ve babalarının eğitimli olması, gelmesi, meslek sahibi ve orta gelir düzeyinden grubun homojenliğini artırırken, yaş aralığının 19-34 yaş, ilk hastalanma süresi aralığının 6-156 ay, doktora ilk gidiş süresi aralığının 1-144 ay olmasını ise homojenliği azaltan özellikler olarak değerlendirebiliriz.

Ailelerin dörtte birinde ruhsal bir hastalık öyküsünün olması, yine aynı oranda parçalanmış aile olmaları hastalar açısından olumsuz aile faktörleri olarak kabul edilmiştir. Hastaların dörtte birinin yüksek okul terk olmaları da dikkati çeken bir bulgu idi ve okul terkleri muhtemelen hastalık nedeniydi. Bulut'un¹³ hastanede kapalı bölümde yatarak tedavi görmüş şizofreni, alkolizm, paranoya ve depresyon gibi değişik tanımlar alan hastalarla yaptığı 75 aileyi içeren bir çalışmada; ailelerde ikinci bir ruh hastası bulunma sıklığı % 9.3 olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızdaki bulduğumuz oran yüksekliğini çalışma grubumuzun tümünün şizofren hastalarından seçilmesine bağlayabiliriz. Çocuklarında ruhsal rahatsızlık olan aileler ve anne babalarından en az birinde ruhsal hastalık bulunan çocuklarla yapılan karşılaştırmalı bir çalışmada; çocuk hastaların anne ve babalarında kontrollere göre daha fazla psikiyatrik belirti saptandığı bildirilmiştir.⁹ Başka bir çalışmada da şizofren hastası bulunan aile bireylerinde şizofreni ve ruhsal rahatsızlık sıklığının ruh hastası bulunmayan kontrollere ve daha çok sıklıkta relaps gösteren hasta ailelerinde daha az sıklıkta relaps gösterenlere göre ruhsal belirti sıklığının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bildirilmiştir.¹¹ Hastaların % 64.3'ünde (n=27) hastalık en az bir defa tekrarlamıştı. Çalışmamızda hastalanma sıklığı değil, sadece hastalanma tekrarının olup olmadığı sorulmuştu.

Hastaların doldurduğu Dışavurulan Duygulanım Ölçeği toplam puan aritmetik ortalamasına göre, ortalamasının altında puana sahip olanlarla DD düşük; üstünde puana sahip olanlarla DD yüksek grupları oluşturulmuştu. DD düşük grubun algılanan aile desteği ve sosyal destek toplam puanlarının yüksek olması; bu gruptaki hastaların aileleriyle daha iyi bir ilişki ve etkileşim içinde olduklarını, algıladıkları ailesel sosyal desteğin daha fazla olduğunu göstermektedir. Ayrıca DDÖ alt ölçek puanlarının daha düşük olması, bu gruptaki hastaların ailelerinin

daha az müdahaleci olduğunu, daha az aşırı duygusal tepkiler verdiğini, hastaya karşı daha az olumsuz ve suçlayıcı tutumlar gösterdiğini ve daha hoşgörülü ve daha az beklentili olduklarını yansıtmaları yönünden anlamlı bulduğumuzu söyleyebiliriz. Ancak her iki grupta da ADÖ duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve DD yüksek grupta ADÖ rol alt ölçek puanı ortalamaları 2 değerinin üstündeydi. Ayrıca DD yüksek gruptan anlamlı düzeyde daha düşük olmasına rağmen, DD düşük grupta da ADÖ davranış kontrolü alt ölçek puanı ortalaması yine 2 değerinden fazlaydı. Bu bulgular hasta grubun ailelerinde duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, rol ve davranış kontrolü gibi aile işlevlerinin sağlıklı olduğunu gösteriyordu. Daha önceki bir çalışmada, ruh hastası üyesi bulunan ailelerin aile işlevlerinin, ruh hastası üyesi bulunmayan ailelere göre daha bozuk ve sağlıklı olduğu ve bu bulgunun ailenin sosyodemografik ve ekonomik yapısıyla pek ilişkili olmadığı; ayrıca hastalık süresiyle ve hastaneye yatış sıklığıyla aile işlevlerinin algılanması arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı saptanmıştır. Aynı çalışmada ruh hastası üyesi bulunan ailelerde en fazla "rol" işlevinde, daha sonra en sık olarak "davranış kontrolü" ve "problem çözme" işlevlerinde bozulmanın olduğu bildirilmiştir.^{12,15}

ÇBSDÖ özel kişi alt ölçek puan ortalaması bekarlarda evlilerden anlamlı düzeyde daha yüksekti. Bu bulgu önceki çalışma sonuçlarıyla uyumlu değildi.^{19,24} Ancak önceki çalışmalar sağlıklı bireyler, psikiyatrik olmayan hastalar ve anksiyete-depresyon semptomları olan psikiyatrik hastalarla yapılmıştı. ÇBSDÖ özel, aile ve toplam puan ortalamalarının tedavi tekrarı ve hastaneye yatış tekrarı olanlarda anlamlı derecede yüksek olması; ailenin ve çevresinin hasta ve hastalığıyla ilgilenmesini gösterebilir. ADÖ rol puanı ortalaması relaps gösteren hastalarda, ADÖ iletişim puanı ortalaması hastalığa inmayan ailelerde anlamlı derecede yüksek ve 2 değerinin üzerinde bulunması; bu ailelerdeki sözel iletişimin yeterince açık ve doğrudan olmadığını ve aile içi görev dağılımının sağlıklı ve bozuk olduğuna işaret edebilir. Eğitimli anneye sahip olanlarda DD aşırı müdahalecilik, hoşgörüsüzlük ve toplam puanlarının anlamlı düzeyde yüksek bulunması dikkat çekicidir.

Başka bir çalışmada ise, hastanın eğitim düzeyi arttıkça algılanan dışavurulan duygulanımın arttığı bildirilmiştir.¹⁰ Çalışmamızda bu yönde anlamlı bir ilişki bulmadık. Hastalanma nedeni olarak ev ve çevreyi gösteren ailelerde; DD aşırı müdahalecilik ortalama puanı yüksek bulunurken; diğer DD alt ölçek puan ortalamaları anlamlı bir yükseklik göstermemiştir. Bu bulgu tekrar hastalanmada ailenin hastaya karşı müdahaleci, eleştirici, aşırı yönlendirici tutumlarının rolünü gösterirse de, daha kesin ve sağlıklı bir yargıya varmak için ileri ve detaylı çalışmalara gerek olduğu düşüncesindeyiz. Çalışmamızda DD yüksek hastalarda yineleme gösterme sıklığı DD düşük gruba göre anlamlı bir farklılık göstermiyordu. Önceki çalışmalarda yineleme sıklığı ile DD toplam puanlarının pozitif bir ilişki gösterdiği, yüksek DD grubunda yineleme sıklığının daha fazla olduğu, ancak bunun sürekli ve düzenli bir tedaviden etkilendiği bildirilmiştir.¹⁰ Çalışmamızda yüksek ve düşük DD grupları arasında yineleme gösterme sıklıkları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak çalışmamızda kesitsel bir sürenin değil de ilk hastalanmadan itibaren en az bir defa hastalığın yinelemesinin esas alınması ve toplumumuzda aile yapısının özelliği gereği bireyin duygularını dışa vurmada zorlanmala-

rının,¹⁰ bizi böyle bir sonuç almamıza götürdüğü düşüncesindeyiz. Yine aynı çalışmada seçilen anahtar kişiye göre DD düşük grupta hasta yakınının çoğunlukla kadın olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda ise kadınlar lehine böyle bir yığılma yoktu.

Sonuç olarak, çalışmamızdaki hasta ailelerinde “duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, rol ve davranış kontrolü” aile işlevlerinin sağlıklı ve bozuk olduğunu; ancak bu aile işlevlerinin düşük duygu dışavurumu olan hastaların ailelerinde daha az bozulduğunu söyleyebiliriz. Ayrıca düşük duygu dışavurumu olan hastalarda, algılanan ailesel ve sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğunu vurgulayabiliriz. Bu sonuçlara bakarak ailesel ve sosyal desteğin daha iyi düzeyde olmasının, hastalarda algılanan duygu dışavurumunun daha düşük düzeyde kalmasını sağladığı fikrini çıkarabiliriz. Bu yönde ailelerin ailesel ve sosyal destek konusunda olduğu kadar aile içi ilişkiler yönünden de yeterince bilinçlendirilmeleri ve eğitilmeleri gereği ortaya çıkmaktadır. Ayrıca algılanan dışavurulan duygulanım düzeylerinin, en azından bu çalışmada, relaps açısından yeterince belirgin bir kriter olmadığı ve bunun için daha ileri ve kapsamlı çalışmalara gerek olduğunu belirtiriz.

KAYNAKLAR

1. Barrowclough C, Terrier N: *A behavioural family intervention with a schizophrenic patient: a case study. Behavioral Psychotherapy* 1987; 15:252-271.
2. Janis HJ, Karno M: *The meaning of expressed emotion: Theoretical issues raised by cross-cultural research. Am J Psychiatry* 1992; 149:9-21.
3. Berksun OE: “Expressed emotion” kavramı. *Psikiyatri Bülteni* 1992; 1:104-107.
4. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG ve ark: *The multidimensional scale of perceived social support. J Personality Assessment* 1988; 52:30-41.
5. Arıkan Ç, Özdemir V, Satır M ve ark: *İçinde ruh hastası olan ve olmayan ailelerin ruh hastası ve hastalıklarına yönelik tutumlarını karşılaştıran bir çalışma. 24. Ulusal Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Kongresi (1988, Ankara), Tam Metin Kitabı, Ankara, 1989, s.411-415.*
6. Karancı AN: *Şizofren hasta yakınlarının dünyası: nedensel atıflar, yükler ve umutlar. 3P Dergisi* 1997; 5 (Ek 2):42-45.
7. Tuna A: *Akıl hastalarının sosyal red durumunun hasta ailesi üzerindeki etkilerinin araştırılması. Düşünen Adam* 1999; 12(3):50-61.
8. Akçakın M: *Ailelerin psikiyatrik belirtiler yönünden incelenmesi. III. Psikoloji Kongresi Bilimsel Yayınları Kitabı, İstanbul, 1984, s.359-367.*
9. Demirel Ü, Biber B, Alptekin K ve ark: *Kronik psikiyatrik hastaların sosyal yaşama adaptasyonu ve ailelerine yönelik pilot çalışma. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı, Antalya, 1997, s. 93-98.*
10. Deniz H, İlnem C, Yener F: *Şizofren bireyin algıladığı duygu dışavurum düzeyinin relapsla ve aile işlevleriyle ilişkisi. Düşünen Adam* 1998; 11(3):5-15.

14 Şizofren hasta ve ailelerinde...

11. Yener F, Yargıcı N, Kırılı S ve ark: Şizofrenlerin aile bireylerinde görülen ruhsal bozuklukların ve belirtilerin incelenmesi. *Düşünen Adam*, 1991; 4(3):21-31.
12. Bulut I: Ruh hastalığının aile işlevlerine etkisi. 25. Ulusal Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı, Mersin, 1989, s.655-658.
13. Bulut I, Kahramanoğlu E: Ankara Üniversitesi Psikiyatri Kliniği'nde yatmış olan hastalar ve aileleri hakkında bir araştırma. 23. Ulusal Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı, İstanbul, 1987, s.467-473.
14. Bulut I: Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) El Kitabı. Ankara, 1990.
15. Bulut I: Ruh Hastalığının Aile İşlevlerine Etkisi. T.C. Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları, Ankara, 1993.
16. Miller IW, Epstein NB, Bishop DS ve ark: The family assessment device: reliability and validity. *J Mar Fam Ther* 1985; 11:345-356.
17. Gülseren L, Coşkun S, Gülseren Ş ve ark: Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı konan hastalar ile ailelerinde aile işlevleri üzerine karşılaştırmalı bir çalışma. *3P Dergisi* 1999; 7:23-32.
18. Sorias O: Sosyal desteğin değerlendirilmesi, II: Toplumdan seçilmiş bir örnekleme sosyal ağın yapısal özellikleri ile algılanan destek. *Seminer Psikoloji Dergisi* 1989; 6:23-33.
19. Eker D, Arkar H: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1995; 10:45-55.
20. Çakır Y, Palabıyıkoglu R: Gençlerde sosyal destek-çok boyutlu algılanan sosyal ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Kriz Dergisi* 1997; 5:15-24.
21. Berksun OE, Soykan Ç, Soykan A ve ark: Dışavurulan duygulanım ölçeği: Ölçek uyarlama üzerine bir pilot çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi* 1993; 8:10-15.
22. Dağ İ: Türkiye'de kullanılan psikolojik ölçekler 1: Dışa vurulan duyguların düzeyi ölçeği. *3P Dergisi* 1993; 1(Ek 2):29-30.
23. İlnem C, Çete T, Deniz H ve ark: Şizofreni ve major depresyonda yaşam olayları ile bireyin algıladığı duygu dışavurum düzeyi. *Düşünen Adam* 1998; 11(4):12-20.
24. Zimet, GD, Powell SS, Farley GK ve ark: Psychometric characteristics of the multi-dimensional scale of perceived social support. *J Personality Assessment* 1990; 55:610-617.