

Şizofreni hastalarına ve ailelerine 'bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı' uygulaması, izlenmesi

Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN,¹ Nesrin AŞTI,² Alp ÜÇOK,³ M. Kemal KUŞCU⁴

ÖZET

Amaç: Araştırmada bakım verenlere uygulanan psikoeğitim programının hastalara ve bakım verenlere etkisini incelemek amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda bakım verenlere uygulanan psikoeğitim programının hastaların ilaç tedavisi ve kontrol randevularına uyumlarına, hastalığın yinelemesine ve bakım verenlerin duygu anlatımı düzeylerine etkisi incelenmiştir. **Yöntem:** Araştırmanın örneklemini iki psikiyatri kliniğinde yatan 30 şizofreni hastası ve bakım verenleri oluşturmuştur. Psikoeğitim uygulanan grupta hem hastalara, hem de bakım verenlere program uygulanmış; diğer grupta hastalara program uygulanmış, bakım verenlere uygulanmamıştır. Hastalara İlaç ve Kontrol Randevularına Uyumlarını Değerlendirme Formu, Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği kullanılmış; bakım verenlerle Camberwell Aile Görüşmesi yapılmıştır. Hastalara uygulanan Bağımsız ve Sosyal Yaşam Becerileri Topluma Yeniden Katılım Programı hastalık, ilaç tedavisini yönetim, hastalığın haberci belirtileri ve acil plan geliştirme bölümlerinden oluşmaktadır. Psikoeğitim programı şizofreni ve tedavisi, belirtilerle baş etme, aile tutumlarının hastalığın gidişine etkisi bölümlerinden oluşmaktadır. **Bulgular:** İki gruptaki hastaların %80'inin yatış öncesinde ilaç tedavisini sürdürmeleri uyumsuz bulunmuştur. Bakım verenlere psikoeğitim uygulanan gruptaki hastaların %66.7'si, psikoeğitim uygulanmayan gruptaki hastaların %46.7'si hastaneye yatış öncesi kontrol randevularına uyumsuz bulunmuştur. Bakım verenlere psikoeğitim uygulanan gruptaki hastaların ilaç tedavisi ($p=0.004$) ve kontrol randevularına uyumlarında ($p=0.016$), hastaneye yatış öncesine göre anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bakım verenlere psikoeğitim uygulanmayan gruptaki hastaların ilaç tedavisi ($p=0.50$) ve kontrol randevularına uyumda ($p=1.00$) fark bulunmamıştır. Bakım verenlere psikoeğitim uygulanan gruptaki hastaların yineleme oranları (%20), psikoeğitim uygulanmayan gruba (%46.7) göre daha düşük olmasına karşın istatistiksel farklılık ($p=0.12$) bulunmamıştır. Her iki gruptaki bakım verenlerin müdahaleler öncesi ve altı ay sonraki duygu ifadesi düzeyleri arasında fark bulunmamıştır ($McN=1.000$). Hasta ve bakım verenlere eş zamanlı uygulanan programların hastalar üzerinde etkisi olmasına karşın, bakım verenlerin duygu ifadesi düzeylerine etkisinin olmadığı bulunmuştur. Bakım verenlere duygu ifadesi ile birlikte daha kapsamlı içeriğin olduğu uzun süreli müdahale programlarının geliştirilmesinin ve uygulanmasının gerekli olduğu düşünülmüştür. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8:91-101*)

Anahtar sözcükler: Şizofreni, bakım veren, hastalığın yinelemesi, ilaç uyumu, duygu ifadesi, psikoeğitim

The social and independent living skills, the community re-entry program for and follow-up of patients with schizophrenia and their families

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was to investigate the effects of caregiver psychoeducation program for

¹ Yrd.Doç.Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İZMİR

² Prof.Dr., Muğla Üniversitesi Fethiye Sağlık Yüksekokulu, Fethiye/MUĞLA

³ Prof.Dr., İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İSTANBUL

⁴ Yrd.Doç.Dr., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İSTANBUL

Yazışma adresi: Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN, Dokuz Eylül Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu, Inciraltı/İZMİR
E-posta: zekiyecetinkaya@yahoo.com

both the patients and their caregivers. For this purpose this study was investigated the effects of psychoeducation program on the patients' compliance with their medication and outpatient appointment, on relapse and on the caregivers' expressed emotions. **Methods:** The study sample includes 30 inpatients with schizophrenia in two psychiatry clinics and these patients' care givers. In one group both inpatients and their care givers received psychoeducation, in the other group only the inpatients but not their care givers received psychoeducation. Compliance medication and appointment questionnaire and, Brief Psychiatric Rating Scale tests were applied to the patients. With care givers Camberwell Family Interview were conducted. Social and Independent Living Skills, The Community Re-Entry Program which are implemented to the patients are composed of such sections as the disease, management of the medication, initial signs of the disease and development of an emergency plan. Psycho-education program consisted of schizophrenia and its treatment, coping strategies with the signs of the disease and effects of family members' attitudes on the course of the disease. **Results:** Eighty per cent of the patients in both groups were found to lack compliance with their medication before their admission to the hospital. More than half of the patients in group which received psychoeducation for their care givers (66.7%) and less than half of the patients in the other group (46.7%) were found to lack compliance with their outpatient appointments before the admission. The patients in group which received psychoeducation for their care givers, were significantly different with regards to the compliance with the medication ($p=0.004$) and outpatient appointment ($p=0.016$). There were no significant difference between the compliance with the medication ($p=0.50$) and outpatient appointment ($p=1.00$) in the patients in the second group. The rate of relapse was found to be considerably high for the patients in the group that did not receive psychoeducation for care givers (46.7%) compared with the the patients in the group which received psychoeducation for their care givers (20%), though the difference was not significant ($p=0.12$). There was no significant difference between the expressed emotion of care givers in both groups at the onset of the study and six months later ($p=1.00$). **Conclusion:** In conclusion, the program implemented simultaneously both on the patients and their caregivers had a strong effect on the patients; but did not affect the expressed emotion in the care givers. Larger studies are needed to investigate not only the expressed emotion but also other parameters in care givers. Thus, long-term programs should be drawn up and carried out. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2007; 8:91-101)

Key words: schizophrenia, caregiver, relapse, medication compliance, express emotion, psychoeducation

GİRİŞ

Şizofreni hastalığı tam veya kısmi remisyonlarla karakterize olup, kişiler hastalık belirtilerinin alevlenmesi ile tekrar tekrar hastaneye yatmaktadır.^{1,2} Şizofreni hastalarının hastaneden çıkış sonrası bir yıl içinde hastalığın yinelenme oranlarının %30-40 olduğu, yineleyen yatış oranlarının %45-58 arasında değiştiği belirtilmektedir.³ Şizofreni hastalarının yaklaşık %50'sinin hastaneden çıkış sonrasında ilaç tedavisini sürdürmede uyumsuz oldukları saptanmıştır.^{4,5} Antipsikotik alan hastaların %48'inde iki yıl içinde hastalığın alevlendiği, bu oranın ilaç uyumunun sağlandığı bazı çalışmalarda da değişmediği belirtilmektedir.^{5,6}

Şizofrenide ilaç tedavisine karşın yinelemenin olması, yinelemelerle ilişkili olabilecek kişisel ve çevresel etkenlerin tedaviye dahil edilmesini zorunlu kılmaktadır. Şizofreni hastalarının tedavi ve rehabilitasyonu; stres, incinme ve koruyucu etkenleri kapsayan karşılıklı etkileşim modeli ve çok boyutlu müdahale tipleri ile gerçekleştirilebilir. Bu modele göre belirtiler ve belirtilerle ilişkili sosyal ve iş özürleri kişinin psikobiyolojik incinmesini zorlayan stresörlerden kaynaklanır. İncinebilirlik üzerine eklenen stresin zararlı etkileri hem bireye yönelik (antipsikotik tedavi, sosyal yeterlilik), hem de bireyin sosyal çevresine

yönelik (destekler, aile üyeleri, toplum tedavi hizmetleri) koruyucu etkenlerle hafifletilebilir.⁷⁻⁹

Özellikle hastane tedavisi sonrasında toplumsal destek kaynakları olmadığında, hastalar çevrelerine uyum sağlayamamakta, gelişme gösterememekte, hastalar ve aileler için zor bir dönem başlamakta, aile üyelerinin bakımla ilgili sorumluluğu artmaktadır.¹⁰ Karşılıklı etkilenme modeline göre hastanın yıkıcı davranışları aile üyelerinin stresini artırmakta, aile üyeleri eleştiri, aşırı koruma, aşırı duygusal düşkünlük gibi yüksek duygu ifade içerikli tepkilerde bulunabilmektedir. Bu tepkiler hem hastalığın gidişini, hem de hastanın rol performansını etkilemekte ve tam bir kısır döngü oluşturmaktadır. Psikososyal müdahalelerle ve bunlara hasta ve ailesinin katılması ile aile ortamının stresi azalmakta, aile üyelerinin duygu ifade düzeyleri düşmekte ve hastalığın yinelenme oranları azalmaktadır.^{11,12}

Psikososyal girişimler kapsamlıdır ve birçok bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler içinde ilaç tedavisi, bilişsel davranışçı terapi, baş etme stratejilerini artırmak ve psikoeğitim vardır.^{8,13} Psikoeğitim hastalık hakkında bilgiyi, stresin hastalığın yinelenmesindeki etkisini fark ettirmeyi, ilaçların etkileri ve yan etkileri hakkında bilgiyi sağlayan psikososyal müdahalelerdeki önemli bir unsurdur.¹³⁻¹⁵ Şizofreni hastalarına ve aile-

lerine uygulanan sosyal beceri eğitim programları ve psikoeğitim programları orta düzeyde yapılanmış problem çözme gruplarından yüksek düzeyde yapılanmış programlara kadar değişir. Bu programlardan birisi olan Bağımsız ve Sosyal Yaşam Becerileri Topluma Yeniden Katılım Programı (BSYBTYKP) yapılandırılmış bir programdır. Programlar genelde ayaktan izlenen hastalarda yürütülmekle birlikte, sözü edilen programın bir bölümü hasta klinikte yatarken, bir bölümü de hastaneden çıktıktan sonra uygulanabilmektedir. Böyle programlarla hastaların ve ailelerinin hastalığı yönetme becerilerinin gelişmesi, kriz durumları ile baş etmeleri, aile ve toplum içinde tolere edilmeyen davranışların ortadan kaldırılması, hastalık belirtilerinin tanınması, hastalık yinelediğinde acil plan geliştirme stratejilerinin öğrenilmesi, yinelemenin önlenmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi amaçlanmaktadır.¹⁶⁻¹⁸

Akut yatışların olduğu birimlerdeki psikososyal rehabilitasyon programları tedavi edici, hasta için stresli olmayan, yapılanmış etkinlikleri içerir. Bu da hastanın ayaktan tedaviyi sürdürme motivasyonu ve hazır olması açısından bir fırsattır.^{19,20} Bu sürecin aile yaklaşımı açısından amacı ise, aileyi tedaviye katarak bu kriz dönemi süresince hastanedeysen hastaya uygulanan ilaç tedavisi, psikososyal programlar ve diğer tedaviler hakkında bilgi vermek ve hastane yatışı sonrası da aile işbirliğini sürdürerek ailenin baş etme kapasitesini artırmak ve hastalığın yinelemesini önlemektir.^{10,21}

Ülkemizde kronik ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik topluma dayalı rehabilitasyon uygulamaları olmayıp, bazı kurumlarda ayaktan izleme bazen de ailelerin yer aldığı programlar uygulanmaktadır. Kronik ruhsal bozukluğu olan hastalar akut alevlenmenin olduğu dönemlerde, yaşadıkları ortamda kontrol edilemediklerinde kısa süreli yatışlar zorunlu olmaktadır. Bu yatışlarda belirtiler kontrol altına alındıktan sonra, hastayı ve aileyi rehabilitasyon sürecine katmanın rehabilitasyon uygulamalarının temelini oluşturacağı düşünülmüştür.

Araştırmada bakım verenlere uygulanan psikoeğitim programının hastalara ve bakım verenlere etkisini incelemek amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda bakım verenlere psikoeğitim uygulanan hastalarla uygulanmayan gruptaki hastaların program öncesi ve altı ay sonraki ilaç ve kontrol randevularına uyumları, hastalığın yinelemesi ve bakım verenlerin duygu ifadesi düzeyleri arasındaki farklılık test edilmiştir.

YÖNTEM VE GEREÇ

Örneklem

Araştırma, kontrol gruplu yarı deneysel ve uzunlamasına bir araştırma olup İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi (İÜİTF) Psikiyatri Anabilim Dalı kliniklerinde Mayıs 2001-Aralık 2002 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya alınma ölçütlerini karşılayan tüm hastalar ve bakım verenler araştırmaya alınmıştır. Hastalar için araştırmaya alınma ölçütleri şunlardır:

- DSM-IV tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısının konmuş olması ve ilk epizot olmaması,
- Okuryazar olma,
- 16-54 yaşları arasında ve en az 3 hafta klinikte yatarak tedavi görme,
- Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeğindeki (KPDÖ) psikotik belirti kümesinden (varsanılar, alışılmadık düşünce içeriği, kavramsal organizasyon bozukluğu) 5 veya daha az puan alma,
- Klinikteki ekibin kararı ile oturumlardaki her bir öğrenme etkinliğinde tanımlananları öğrenebilecek iyilik düzeyinde olma,
- 30-45 dakika süren oturumlara dikkatini verebilme ve grubun işleyişini tolere edebilme.

Bakım verenler için okuryazar olma, hastasıyla haftada en az 35 saat birlikte olma ölçütleri belirlenmiştir.

Çalışma süresince, psikoeğitim uygulanan gruba 22 şizofreni hastası ve bakım verenleri, psikoeğitim uygulanmayan gruba 24 şizofreni hastası ve bakım verenleri alınmıştır. Araştırmaya alındıktan sonra izleme sürecini tamamlayan her iki gruptaki 15'er hasta ve bakım verenleri örnekleme oluşturmuştur. Araştırmada gruplar oluşturulurken hastaların yaş, cinsiyet, eğitim yılı, hastalığın süresi gibi değişkenler açısından benzer özellikleri taşıması sağlanmıştır. Araştırmada hastalara ve bakım verenlere uygulanan program grup formatında yürütüldüğünden, randomizasyon yapıldığında yeterli sayıda hasta ve bakım veren grubu oluşturmak mümkün olmayacağından gruplar oluşturulurken randomizasyon yapılamamıştır. Bu durum araştırmanın sınırlılıklarından biridir. Araştırmada hastalara uygulanan BSYBTYKP ve bakım verenlere uygulanan psikoeğitim programı bağımsız değişkenlerdir. Hastaların hastalıklarının yineleme durumu, tedavi ve kontrollere uyumları ve bakım verenlerin duygu ifadesi düzeyleri bağımlı değişkenlerdir.

Araştırmada kullanılan araçlar ve programlar

Hasta ve Bakım Veren Görüşme Formu:

Hasta görüşme formu araştırmaya alınacak bireylerin sosyodemografik özellikleri ve klinik özelliklerini içeren alt başlıklardan oluşmaktadır. Bakım verenlerde kullanılan görüşme formu, bakım verenin sosyodemografik özellikleri, aile içindeki rol düzeyini belirleyici maddelerden oluşmaktadır.

Hastaların ilaç tedavisi ve kontrol randevularına uyumları, hasta ve bakım verenlere sorularak değerlendirilmiştir. Hastaya ve hasta yakınına ilaç kullanımını sorma en kolay fakat en az güvenilir yöntem olmasına karşın tercih edilmiştir.²² Özellikle hasta ve bakım verene birlikte çalışılacağı için hastanın ilaç tedavisini bakım verene sormanın bakım verenin hastanın tedavi planına katılmasını kolaylaştırıcı etken olacağı düşünülmüştür. Ayrıca hastaların ilaç kullanımını hakkında doğru bilgi vermeme olasılıkları da olabileceğinden ilaç kullanımı bakım verene değerlendirilmiştir. İlaç uyumunu hasta ve bakım verene sorarak derecelendirmede farklı sınıflamalar incelenmiştir.^{5,22} Araştırmamızda ilacını son bir ayda düzenli alanlar 'uyumlu', bir-üç kez almayanlar 'biraz uyumlu', dört kez ve daha çok almayanlar 'uyumsuz' olarak değerlendirilmiştir. İki grupta da biraz uyumlu sınıflamasında birer hasta olduğundan gruplama uyumlu ve uyumsuz olarak yapılmıştır. Kontrol randevularına düzenli gelen hastalar uyumlu, düzenli gelmeyenler uyumsuz olarak gruplanmıştır.

Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ) (Brief Psychiatric Rating Scale-BPRS): Overal ve Gorgham'ın geliştirdiği KPDÖ, psikotik bozukluğun pozitif belirtilerine ağırlık vermektedir. Ölçek, yatan hastalar için düzenlenmiş, Ventura ve ark. tarafından genişletilerek madde sayısı 24'e çıkarılmış, ayaktan izlenen psikotik hastalar için uyarlanmış ve çalışmada da bu formu kullanılmıştır.²³ KPDÖ'nin epidemiyolojik çalışmalarda güvenilirlik ve geçerlilik açısından kültürlerarası kullanılabilirlik düzeyi çok düşük olduğundan ölçek çalışması yapılmamış, gözlemciler arası güvenilirlik çalışması yapılmıştır.²⁴ Araştırmacı KPDÖ'nin uygulanmasına yönelik eğitim almıştır. Kullanıcılar arası tutarlılık çalışması amacı ile KPDÖ 20 hastaya görüşme ve gözlem yöntemi ile araştırmacı ve bir psikiyatrist tarafından uygulanmıştır. Kullanıcılar arası tutarlılık puanı 0.80 olarak bulunmuştur.

KPDÖ çalışmaya alınan hastaların ruhsal durumlarını, belirtili düzeylerini belirlemek ve hastalığın yineleme durumuna karar vermek için kullanılmıştır. Kliniğe yatışı izleyen 2. ve 3.

hafta içinde klinik ekibinde görüşleri alınarak akut alevlenme döneminin geçtiğine karar verilen hastalara KPDÖ uygulanmıştır. KPDÖ'deki çekirdek belirti kümesinden 5 ve altında puan alan hastalar BSYBTYKP'na alınmıştır. Hastalara hastaneden çıktıktan sonra aylık izlemlerde KPDÖ uygulanmıştır. Çalışmada KPDÖ puanlarına göre hastalığın epizodik gidişini dikkate alarak varsanılar, olağandışı düşünce içeriği ve kavramsal organizasyon bozukluğundan oluşan çekirdek psikotik belirti kümesinin birinden 6 ve üzerinde puan alınması hastalığın yinelemesi olarak değerlendirilmiştir.

Camberwell Aile Görüşmesi (CAG) (Camberwell Family Interview-CFI): CAG, bakım verenlerin duygu ifadelerini belirlemek için kullanılan, yarı yapılandırılmış görüşme formudur. Ülkemizde CAG ve duygu ifadesi ölçeğinin Türkçeye uyarlaması Karancı ve ark. tarafından yapılmıştır.²⁵ Araştırmacı bir grupla birlikte bu konuda uzman psikiyatristten şizofreni hastalarının ailelerinde duygu ifadesi, duygu ifadesinin hastalığın prognozuna etkisi ve CAG'nin uygulanmasına yönelik eğitim almıştır.

Görüşmenin amacı, görüşülenin bakış açısından hastalığın başlangıcı ve şu andaki hastalık epizodunun gelişimi ve hastalığın evdeki ortama, ev içindeki görevlere ve aile yaşamına etkisinin düzeyi hakkında bilgi elde etmektir. Görüşme empatik ve destekleyici bir yaklaşım çerçevesinde yürütülmekte ve yaklaşık 1-1.5 saat sürmektedir.¹¹ Çalışmada hasta klinikteyken bakım verenden izin alınarak teyp kayıtlı CAG yapılmıştır. Görüşmelerin çözümlenmesi uzman psikiyatrist tarafından yapılmıştır. Bakım verenlerin hasta hakkında 7 ve daha çok sayıda eleştirel yorumları, 3'ten çok duygusal aşırı düşkünlük ifadeleri, bir tane düşmanca tavır, red ya da düşmanca ifadelerin olması 'yüksek duygu ifadesi' olarak değerlendirilmiştir. Aile psikoeğitimi ve aylık aile izlemlerinde yanlılığı önlemek için araştırmacı kaset çözümlerinin sonuçlarını öğrenmemiştir. CAG iki gruptaki bakım verenlere 6. ayın sonunda tekrar uygulanmıştır.

Bağımsız ve Sosyal Yaşam Becerileri Topluma Yeniden Katılım Programı (BSYBTYKP) (Social and Independent Living Skills: The Community Re-Entry Program): BSYBTYKP Los Angeles California Üniversitesi Psikiyatrik Rehabilitasyon Programı'nda Liberman ve ark. tarafından geliştirilmiştir.²⁴ Davranışçı kuram ve teknikler temel alınarak hazırlanan yapılandırılmış bir programdır. BSYBTYKP kronik ve yineleyici ruhsal hastalığı olan kişilerin hastaneden taburcu olmadan veya bağımsız yaşama

geçmeden önce; hastalığın yol açtığı davranışları ve hastalık belirtilerini tanımlarını, hastaneden çıkışı planlamada işbirliği yapmalarını, ilaçların yararları ve yan etkileri bilgisi ile hastaneden ayrıldıktan sonra gereken tedavileri sürdürmelerini, ilaçla ilgili problemleri çözmelerini ve hastalığın yineleme riskini azaltmayı amaçlamaktadır.^{26,27} Program 6-8 kişilik hasta grubu uygulaması ile yürütülmektedir. Bir hasta grubu, programı yaklaşık iki haftada tamamlamaktadır.²⁶ BSYBTYKP her biri yaklaşık 35 dakika süren 6 oturumdan oluşmaktadır. Programın eğitici el kitabının Türkçeye uyarlanması ve programın klinikte başlatılması hazırlıkları ve hastalarla ilk grupların yapılması araştırmacı ve birlikte çalıştığı klinik ekiple yürütülmüştür.

Psikoeğitim programı

Psikoeğitim programının amaçları bakım verenlere şizofreniyi, belirtilerini ve tedavisini anlamlarını sağlamak, kazandıkları bilgiyi kendi koşullarına uygulamaya cesaretlendirerek bilişsel iyiliklerini geliştirmek, şizofreninin anlaşılmasını sağlayarak bakım verenlerin hastaya yönelik tutumunu değiştirmek, hasta ve aile arasındaki anlaşmazlığı azaltmak ve ilişkinin kalitesini geliştirmektir.

Psikoeğitim programının içeriği şizofreni kavramı, olası nedenleri, belirtileri ve belirtilerin günlük yaşama ve ilişkilere etkisi, belirtilerle baş etme, tedavisi ve sonuçları, aile tutumlarının hastalık sürecine etkileri, tedavide aile üyesinin yer almasının önemi, hastalara uygulanan BSYBTYKP amacı ve içeriği, bu süreçte hastaları ile işbirliği içinde nasıl çalışacakları konularından oluşmaktadır. Araştırmacı bakım verenlerin gruplarını ve izlem sürecini, bu konuda uzman hekimden süpervizyon alarak yürütmüştür.

Psikoeğitim programının uygulanması

Araştırmaya alınma ölçütlerini karşılayan hastalar ve bakım verenlerinden aydınlatılmış onam alınmıştır. Hastaların ilaç tedavisine ve kontrol randevularına uyumu, hastalığın yinelemesi, hastaneye yatış sayısı ve bakım verenlere ilişkin değişkenler hasta ve aile görüşme formu ile değerlendirilmiştir. Öncelikle psikoeğitim uygulanan grubun uygulaması yapılmıştır. Kliniğe yatan hastaların ilaç tedavisi ile belirtileri yatıştıktan sonra yaklaşık altı kişilik hasta grubu oluşunca programa başlanmıştır. Haftada 3-4 kez, klinik çalışma düzeni dikkate alınarak grup zamanları oluşturulmuştur. Çalışma ölçütlerini karşılayan yeni bir hasta olduğunda süren oturumlara katılmış, bir sonra oluşturulan

grubun ilk oturumlarına da katılarak programı tamamlaması sağlanmıştır. Gruplarda rol oynama, soru-yanıt, yineletme, vaka okuma, kontrol listeleri ve ödevler gibi öğrenme etkinlikleri kullanılmıştır. Hastalar her oturumda verilen ödev ve kontrol listelerini uygulayabilmeleri için desteklenmiş ve takip edilmiştir.

CAG yapılan bakım verenlere, çalışmaya alınan hastalar ile aynı süreçte fakat hastalardan ayrı olarak 4-6'şar kişilik grup formatında psikoeğitim programı uygulanmıştır. Gruplarda psikoeğitim içeriği ile birlikte bakım verenlerin soruları yanıtlanmış, hastalık ve hastalık belirtileri, baş etme konularında deneyimlerini paylaşabilecekleri etkileşim ortamı oluşturulmuştur. Gruplarda tahta ve tepegöz kullanılmıştır.

Çalışmanın başında ve taburculuk sırasında hem hasta, hem de bakım verenlere aylık izlemler, nasıl çalışılacağı hakkında bilgi verildikten sonra her zaman çalışmacıya ulaşabilecekleri bir telefon numarası verilmiştir. Hasta ve bakım verenlerle 6 aylık izleme sürecinde 4-6 arasında görüşme yapılmıştır. Üç ve daha çok sayıda görüşmeye gelmeyen hastalar ve bakım verenleri kontrollere uyumsuz olarak değerlendirilmiş ve çalışmadan çıkarılmıştır. Her izlemde hastalara KPDÖ uygulanmıştır. İzlemlerde hasta ve bakım verenlerin karşılaştıkları sorunlar ve çözümlere yönelik görüşmeler yapılmıştır. Hastanın ilaç tedavisine uyumu bakım verenin de olduğu ortamda değerlendirilmiştir. Altıncı aydaki izlemlerde, hastalara ilaç uyumlarını değerlendirme formu ve KPDÖ uygulanmış, bakım verenlerle de CAG yapılmıştır.

Bakım verenlere psikoeğitim uygulanmayan gruptaki hastalara BSYBTYKP uygulanmıştır. Bakım verenler ile CAG yapıldıktan sonra hastaya uygulanan program hakkında kısa bilgi verilmiş, bakım verenler psikoeğitim sürecine alınmamış ve hasta ve bakım verenler ile izleme görüşmeleri yapılmamıştır. Hastalığın yinelemesi, ilaç ve kontrol randevularına uyumları poliklinikte izleyen hekimlerinden ve acil kayıtlardan değerlendirilmiştir. Belirtilen zamanlarda hekimleriyle kontrol randevularına 3 ve daha çok sayıda gelmeyen hastalar ve bakım verenler kontrol randevularına uyumsuz olarak değerlendirilmiştir. Altıncı ayın sonunda hasta ve bakım verenler belirtilen araçlarla değerlendirilmiştir.

İstatistiksel değerlendirme

Verilerin analizi SPSS paket programında yapılmıştır. Verilerin dağılımında yüzdelik ve ortalama, kategorik verilerin bazı değişkenlere göre

karşılaştırılmasında ki-kare testi, kullanılan araçların kullanıcılar arası tutarlılığını değerlendirmede Kappa, kategorik verilerin öncesi ve sonrası karşılaştırılmasında McNemar testi, iki grup ortalamaları arasındaki farkın analizinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

SONUÇLAR

Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

Bakım verenlere psikoeğitim uygulanan gruptaki hastalar 18-50 yaşları arasında ve yaş ortalaması 31.60 ± 10.20 'dir. Psikoeğitim uygulanmayan gruptaki hastalar 16-54 yaşları arasında ve yaş ortalaması 31.46 ± 11.01 'dir. Yaş değişkeni açısından iki grup arasında fark bulunmamıştır ($u=108.5$, $p=0.86$). Psikoeğitim uygulanan gruptaki hastaların eğitim süresi 5-15 yıl arasında değişmekte olup eğitim yılı ortalaması 10.66 ± 3.39 'dur. Psikoeğitim uygulanmayan gruptaki hastaların eğitim süreleri 5-17 yıl arasında değişmekte olup eğitim yılı ortalaması 11.13 ± 4.20 'dir. Eğitim yılları açısından iki grup arasında fark bulunmamıştır ($U=106.0$, $p=0.78$).

Tablo 1. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı

Tanımlayıcı özellikler	Psikoeğitim			
	uygulanan Sayı	%	uygulanmayan Sayı	%
Cinsiyet				
Erkek	9	60	9	60
Kadın	6	40	6	40
Medeni durum				
Bekar/dul	14	93.3	12	80
Evlü	1	6.7	3	20
Çalışma durumu				
Çalışıyor	5	33.3	3	20
Çalışmıyor	10	66.7	12	80

Her iki gruptaki hastaların %60'ı erkek, %40'ı kadındır. Psikoeğitim uygulanan gruptaki hastaların %93.3'ü psikoeğitim uygulanmayan gruptaki hastaların %80'i bekadır. Psikoeğitim uygulanan gruptaki hastaların %66.7'si, psikoeğitim uygulanmayan gruptaki hastaların ise %80'i herhangi bir işte çalışmamaktadır.

Hastaların Klinik Özellikleri

Bakım verenlere psikoeğitim uygulanan gruptaki hastaların hastalıklarının başlangıcından itibaren geçen süre 2-21 yıl arasında olup orta-

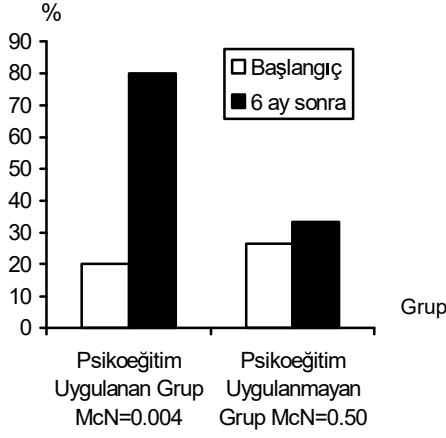
lama hastalık süresi 10.20 ± 5.84 yıldır. Bakım verenlere psikoeğitim uygulanmayan gruptaki hastaların hastalıklarının süresi 2-29 yıl arasında olup ortalama 10.06 ± 5.84 yıldır. Hastalık süresi açısından her iki grup arasında fark bulunmamıştır ($u=98.5$, $p=0.55$). Psikoeğitim uygulanan gruptaki hastaların bir alevlenme sonrası psikiyatri kliniğine yatış sayıları 1-4 arasında olup ortalama sayı 2.40 ± 0.82 'dir. Psikoeğitim uygulanmayan gruptaki hastaların psikiyatri kliniğine yatış sayıları ise 1-8 arasında değişmekte olup ortalama 3.60 ± 2.22 'dir.

Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özellikleri

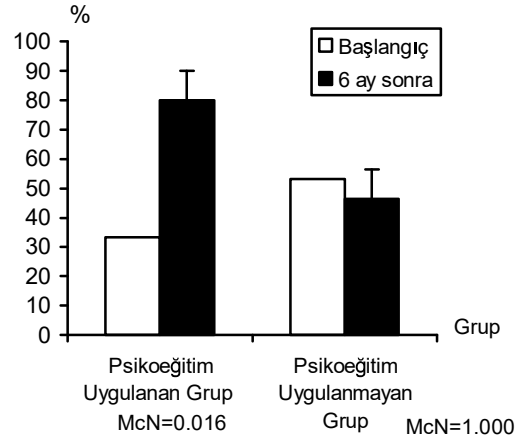
Psikoeğitim uygulanan gruptaki bakım verenler 41-77 yaşları arasında, yaş ortalaması 54.60 ± 11.88 'dir. Psikoeğitim uygulanmayan gruptaki bakım verenler ise 26-55 yaşları arasında, yaş ortalaması 44.73 ± 9.49 'dur. Psikoeğitim uygulanan gruptaki bakım verenlerin %93.3'ü, diğer gruptaki bakım verenlerin ise %60'ı kadındır. Psikoeğitim uygulanan gruptaki bakım verenlerin %60'ı okuryazar ve ilkökul mezunu iken; psikoeğitim uygulanmayan gruptaki bakım verenlerin %40'ı okuryazar ve ilkökul mezunu, %40'ı da lise ve üzeri eğitim düzeyindedir. Her iki gruptaki bakım verenlerin %53.4'ü ev hanımıdır. Psikoeğitim uygulanan gruptaki bakım verenlerin %73.4'ü hastanın annesi rolünde, diğer gruptaki bakım verenlerin ise %33.3'ü hastanın annesi, %33.3'ü de kardeşi rolündedir.

Tablo 2. Bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı

Tanımlayıcı özellikler	Psikoeğitim			
	uygulanan Sayı	%	uygulanmayan Sayı	%
Cinsiyet				
Erkek	14	93.3	9	60
Kadın	1	6.7	6	40
Eğitim düzeyi				
Okuryazar ve ilkökul	9	60	6	40
Ortaokul	1	6.7	3	20
Lise ve üzeri	5	33.3	6	40
Meslek				
Ev hanımı	8	53.4	8	53.4
İşçi	5	33.3	5	33.3
Öğretmen	2	13.3	2	13.3
Rol				
Anne	11	73.4	5	33.3
Baba	0	0	3	20
Kardeş	2	13.3	5	33.3
Eş ve teyze	2	13.3	2	13.3



Grafik 1. İki gruptaki hastaların başlangıç ve altı ay sonraki ilaç uyumları



Grafik 2. İki gruptaki hastaların başlangıç ve altı ay sonraki kontrol randevularına uyumları

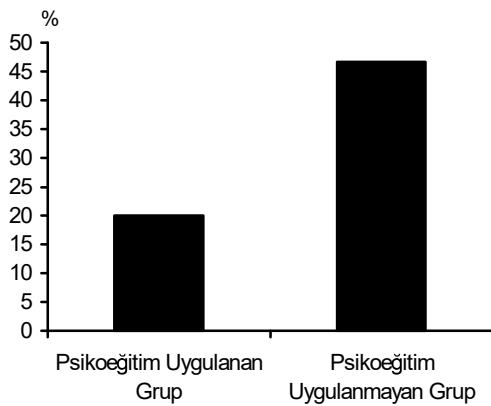
Bakım verenlere psikoeğitim uygulanan gruptaki hastaların başlangıçta ilaç tedavisine uyumu %20 iken, programlar ve izlem sonrası %80 olmuştur. Bakım verenlere psikoeğitim uygulanmayan gruptaki hastaların başlangıçtaki ilaç tedavisine uyumu %26.6 iken 6 ay sonraki izlemlerde %33.3 olmuştur. Psikoeğitim uygulanan gruptaki hastaların başlangıçtaki ve altı ay sonraki uyum düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunurken (McN=0.004), psikoeğitim uygulanmayan gruptaki hastaların uyum düzeyleri anlamsız bulunmuştur (McN= 0.50) (Grafik 1).

Bakım verenlere psikoeğitim uygulanan gruptaki hastaların %75'i, psikoeğitim uygulanmayan gruptaki hastaların %50'si ilaçlarını düzenli almama nedeni olarak 'ilaç almadan iyileşirim' düşüncesini belirtmişlerdir. Ayrıca psikoeğitim

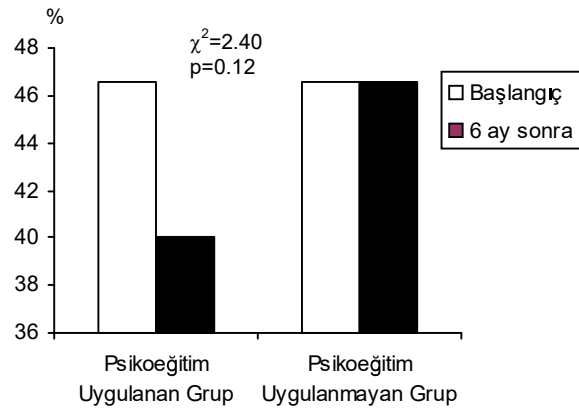
uygulanmayan gruptaki hastaların %41.7'si ilaçlarını almama nedeni olarak ilaç yan etkilerini belirtmişlerdir.

Bakım verenlere psikoeğitim uygulanan gruptaki hastaların başlangıçtaki kontrol randevularına uyumu %33.3'ken altı aylık izlem sonrası kontrol randevularına uyum %80 olmuştur. Bakım verenlere psikoeğitim uygulanmayan gruptaki hastaların başlangıçta kontrol randevularına uyumu %53.3'ken 6 ay sonra %46.6 olmuştur. Psikoeğitim uygulanan gruptaki hastaların başlangıçtaki randevulara uyumu ile altı ay sonraki randevulara uyumunun karşılaştırılması anlamlı bulunurken (McN=0.016), diğer grupta anlamsız bulunmuştur (McN=1.000) (Grafik 2).

Bakım verenlere psikoeğitim uygulanan grupta-



Grafik 3. İki gruptaki hastalarda yineleme durumları



Grafik 4. İki gruptaki bakım verenlerin hastalıklarının başlangıç ve 6 ay sonraki duygularını

ki hastaların %20'sinin hastalığı yinelerken, psikoeğitim uygulanmayan gruptaki hastaların %46.7'sinin hastalığı yinelemiştir. İki gruptaki hastalık yineleme oranları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=2.40$, $p=0.12$) (Grafik 3). Psikoeğitim uygulanan gruptaki bakım verenlerin başlangıçtaki duygu ifadesi oranı %46.6, altı aylık izlem sonrası %40 olmuştur. Psikoeğitim uygulanmayan gruptaki bakım verenlerin başlangıçtaki duygu ifadesi oranı %46.6 olup altı aylık izlem sonrası duygu ifadesi oranı değişmemiştir. Her iki gruptaki bakım verenlerin başlangıç ve 6 ay sonraki duygu ifadesi oranlarının karşılaştırılması anlamsız bulunmuştur (McN=1.00) (Grafik 4).

TARTIŞMA

Şizofreninin tedavisi uzun süreli bir tedavi olup tedavinin başarısı sadece kullanılan ilacın etkinliğine değil, hastanın tedaviyi sürdürme düzeyine ve tedaviye uyumuna da bağlıdır.¹ Çalışmamızdaki sonuçlar ve diğer çalışma sonuçları şizofreni hastalarının hem hastane yatışları sırasında, hem de hastaneden çıkış sonrası ilaç tedavisine uyumda yüksek risk özelliği taşıdıklarını göstermektedir.^{28,29} Şizofreni hastalarında ilaç tedavisine uyumsuzluğun psikopatolojinin şiddetiyle, madde kullanımıyla, ilaçların yan etkileriyle, aile ve sosyal desteğin azlığıyla, içgörü azlığı ve hasta klinisyen ilişkisinin yetersizliğiyle ilişkili olduğu, ayrıca ailelerin tedaviye katılmayı reddetmelerinin ilaç uyumsuzluğunu etkilediği belirtilmiştir.^{4,30} Hastaların ilaç tedavisinin etkinliği hakkındaki algılarının ve inançlarının, ruhsal hastalığın inkarının, içgörü eksikliğinin ve nörobilişsel bozukluğun ilaç uyumunu etkilediği belirtilmektedir.³¹ Hudleston³² ilaç tedavisinin hastalara şizofreni hastası olduklarını hatırlattığını, ilaç tedavisine uymayı reddetmenin hastalığı yadsımanın bir şekli olabileceğini belirtmiştir. Araştırmamızda da hastaların ilaç almama nedeni olarak belirttikleri 'ilaç almadan iyileşirim' anlatımı hem bir tür hastalığı yadsıma tepkisi, hem de ilaçların etkinliği hakkında olumsuz bir düşünce olarak değerlendirilebilir.

İki gruptaki hastalar BSYBTYP'na alınmasına karşın, ilaç uyumlarının farklı olması, ilaç uyumunu artırmada sadece hasta ile çalışmanın ve hastaya uygulanan programların yeterli olmadığını, aile ve hastayla birlikte çalışmanın ve izleme sürecinin ilaç uyumu üzerindeki olumlu etkisini göstermektedir.

Aile terapisi, psikoeğitim içerikli aile müdahale-

lesi,³³ problem odaklı aile müdahalesi³⁴ ve klinik temelli davranışsal aile müdahalesinin³⁵ bireysel hasta tedavisi ile karşılaştırıldığı ve ilaç uyumunun da değerlendirildiği çalışmalarda ailelerin yer aldığı gruptaki hastaların ilaç uyumunun arttığı, depo antipsikotik ilaçların değiştirme gereksinmesini azalttığı ve düşük doz ilaç düzenlemesine geçilebildiği belirtilmiştir. İlaça uyumu artırmada ailenin önemi ve eğitim için otoriter olmayan bir yaklaşım önerilmekte, belirtilerden daha çok hastalar arasındaki bireysel farklılıklara odaklanmanın önemi vurgulanmaktadır.³⁶ Hastanın hem sosyal (aile, arkadaş), hem de tedavi edici çevresinin (klinisyen-hasta ilişkisi) ilaç uyumunu etkilediği³⁷ ve hastaneden çıktıktan sonraki düzenli ziyaretlerin uyumu artırdığı belirtilmiştir.⁴ Hastaların bilgilendirilmesi bir aile desteğine gereksinimleri vardır. Karşılıklı destek hem hastanın, hem de ailenin eş zamanlarda ve benzer içeriklerde bilgi almasıyla ve izlenmesiyle sağlanabilir.³² Çalışmamızda hem hastaya, hem de aileye uygulanan programlarda hastalık ve tedavisi hakkında bilgilendirmenin ve özellikle izlem sırasında tedavi uyumuna yönelik zamanında geribildirim alma ve tekrar sorunu değerlendirmenin uyum üzerinde etkili olduğunu göstermiştir.

Hastaların hastaneden çıkış sonrası ayaktan tedavi hizmetlerini sürdürmede zorluklarla karşılaşmaktadır. Bu zorluklar hasta ve aileden kaynaklanan zorluklar olabileceği gibi ayaktan psikiyatri tedavi hizmet sisteminden de kaynaklanmaktadır.^{19,28,38} Yapılan çalışmalarda izlem randevusunu taburculuk sonrası 2 hafta içinde düzenlemenin,³⁹ izleyecek hekimle tanışmanın²⁸ ve izlem programı yapılmasının⁴⁰ izlemle uyumu artırdığı belirtilmiştir. Spencer ve ark.nın yatan hastalarda aile müdahalesi grubunun ve kontrol grubunun önerilen hizmetleri sürdürme düzeylerini karşılaştırdıkları çalışmada,⁴¹ aile müdahalesi grubundaki hastaların izlem ve önerilen hizmetleri sürdürme düzeyleri, kontrol grubuna göre anlamlı bulunmuştur. Randolph ve ark.nın çalışmasında,³⁵ hasta klinikteyken başlattıkları psikoeğitim ve davranışsal aile müdahalesi grubundaki hastaların %72'sinin klinik tedavi ve randevulara uyumlu oldukları bulunmuştur. Araştırma sonuçlarımız hasta ve aileyle yatış sırasında belirlenen izlem ve çalışma planının, hastanın ve ailenin izlemi yapacak klinisyeni tanımlarının, psikoeğitimler sırasında üzerinde durulan aile üyelerinin tedavide yer almasının öneminin bilinmesinin, kurulan tedavi edici ilişki ve işbirliğinin hastaların hastaneden çıkış sonrası ayaktan tedavi

hizmetlerini sürdürme düzeylerini etkilediğini göstermiştir.

Hastalığın yinelemesi, klinik olarak kolay anlaşıldığından ve önceki çalışmalarla karşılaştırmaya izin verdiğinden genelde sonuç ölçüm değişkeni olarak kullanılmaktadır. Farklı modellerde aile müdahalelerinin uygulandığı çalışmalarda genelde aile müdahalelerinin olduğu grupta yineleme oranları %0-33 arasında değişmektedir.^{7,33,42,43} Hasta klinikteyken uygulanan aile müdahalelerinin etkinliğine yönelik veriler az olmasına karşın, bu özellikteki aile müdahale programlarının hastalığın yinelemesi ile birlikte ailenin yükünü azalttığı,³⁴ hasta sonuçlarını etkilediği özellikle kadın şizofreni hastalarında sonuçların daha anlamlı olduğu belirtilmiştir.⁴¹ Randolph ve ark.nın hasta klinikteyken başlatılmaları ve taburcu olduktan sonra da grupları sürdürdükleri klinik temelli çalışmalarında³⁵ yüksek ve düşük duygu ifadesi aileleri davranışsal aile yönetimi grubu ve standart hasta tedavisinin uygulandığı gruplara almışlardır. Hastaların bir yıllık izlem sonuçlarında, davranışsal aile müdahalesi grubundaki hastaların %14'ünün, kontrol grubundaki hastaların ise %55'inin belirtisel alevlenmelerinin olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda, bakım verenlere psiko-eğitim uygulanan gruptaki hastaların yineleme oranları (%20), yukarıda belirtilen çalışmaların yineleme oranları (%0-33) aralığında yer almalarına karşın, her iki grup arasındaki fark anlamsız bulunmuştur. Bu sonuca, denek sayısının azlığı neden olabileceği gibi, izlem süresinin kısa olmasının da etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda bakım verenlerin %53.3'ü düşük duygu ifadesi grubunda olsa da, yüksek ve düşük duygu ifadesi oranlarının birbirine yakın olduğu bulunmuştur. Şizofreni hastalarının aileleri ile yapılan çalışmaların çoğunda dikkati çeken en önemli nokta, duygu ifadesi yüksek olan aile üyeleri ve hastalarının çalışmalara alınmış olmasıdır.⁴³ Düşük duygu ifadeli bakım verenlerin herhangi bir eğitim almamalarının uzun dönem için bir tedbirsizlik olduğu⁴²⁻⁴⁴ ve ileride ailelerde düşmanlık ve eleştiri gelişme riskinin yüksek olduğu belirtilmektedir.¹¹

Araştırmamızda psiko-eğitim uygulanan gruptaki bakım verenlerin müdahale ve izlem sonrası yüksek duygu ifadesi oranlarında değişimin az olduğu görülmüştür. İki bakım veren yüksek duygu ifadesinden düşük duygu ifadesine (%46.7'den %40'a düşme), bir bakım veren de düşük duygu ifadesinden yüksek duygu ifade-

sine geçmiştir (%53.3'ten %60'a yükselme). Psiko-eğitim uygulanmayan grupta iki bakım verenin duygu ifadesi düzeyi düşükten yükseğe, iki bakım verenin de yüksekte düşüğe geçmesine karşın, duygu ifadesi düzeylerinde oransal olarak değişim olmamıştır. Hogarty ve ark.nın⁷ çalışmalarında aile müdahalesi grubunda yüksek duygu ifadesindeki değişme oranının %39, kontrol grubunda da %25 olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda olduğu gibi, Tarrier ve ark.nın çalışmasında da duygu ifadesi boyutunda değişimin çok az olduğu, düşük duygu ifadeli aile üyelerinin düşük sürme eğiliminde olduğu belirtilmiştir.⁴³ McCreadie ve ark.nın çalışmasında⁴⁵ da duygu ifadesi düzeylerinin aile müdahalesi sonrası değişmediği belirtilmiş ve olası nedenleri tartışılmıştır. Bunlar müdahalenin yetersiz olması veya yeteri kadar uzun sürmemesi, müdahale bir profesyonel tarafından yapılsa bile, uzmanın şizofrenide aile müdahalelerinde özel beceriye sahip olmaması gibi nedenlerdir. Aile müdahalesi sonrası duygu ifadesindeki değişimin kısa zamanda olmayacağı, yavaş yavaş değişebileceği, yeniden değerlendirmenin 18. ay izlem sonuçlarının sonunda yapıldıysa farklılaşabileceği belirtilmiştir. Ayrıca duygu ifadesinin güçlü olduğu ve değişmeyen bir boyut olabileceği,⁴⁶ yoğun müdahalenin bile duygu ifadesini yüksekte düşüğe değiştiremeyeceği belirtilmektedir.⁴⁵

Çalışmamızda bazı bakım verenlerin hem psiko-eğitim gruplarında, hem de problem odaklı izleme görüşmelerinde hastadan beklentilerinin çok yüksek olduğu, olumsuz bir şey yaşadıklarında felaketteştirdikleri, hastalarıyla daha çok meşgul oldukları gözlenmiştir. Psiko-eğitimden sonraki izlemlerde bu tür davranışlarda azalma gözlenmesine karşın, bazı bakım verenlerde değişmediği görülmüştür. Bakım verenlerde gözlenen buna benzer davranışlar duygu ifadesi düzeylerinin değişmeyen bir özellik olabileceğini, farklı öznel gereksinmelerinin olabileceğini ve daha kapsamlı değerlendirmelerle bakım verenlerin umut, çaresizlik ve destek durumlarının incelenmesi gerektiğini düşündürmüştür. Bakım verenler için kapsamlı müdahale programlarının hazırlanması gerektiği sonucuna varılmıştır. Diğer önemli bir nokta, çalışma desenimizde hastanın en çok zaman geçirdiği aile üyesinin programa alınmasıdır. Aile içinde hastanın ilişki içinde olduğu ve duygu ifadesinin de yüksek olma olasılığının olabileceği, aile üyelerinin de hasta sonuçları üzerinde etkisi göz önüne alınarak aile gruplarının oluşturulması önemli bulunmuştur.

KAYNAKLAR

1. Gournay K. Management of schizophrenia. *Ment Health Prac* 1999; 2:33-37.
2. Johnstone EC, Geddes J. How high is the relapse rate in schizophrenia? *Acta Psychiatr Scand* 1994; (Suppl.382):6-10.
3. Herz MI, Lamberti SJ, Mintz J, Scott R, O'Dell SP, MacCartan L et al. A program for relaps prevention in schizophrenia a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:277-282.
4. Fenton WS, Blyler CR, Heinsen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull* 1997; 23:637-651.
5. Kelly GR, Scott JE. Medication compliance and health education among outpatients with chronic mental disorders. *Med Care* 1990; 28:1181-1197.
6. Adams J, Scott J. Predicting medication adherence in severe mental disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101:119-124.
7. Hogarty GE, Anderon CA, Reiss DJ, Kornblith SJ, Grenwald DP, Javna CD et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:633-642.
8. Liberman RP, Kopelowicz A. Basic elements in biobehavioral treatment and rehabilitation of schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; 9:51-58.
9. Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Eckman TA, Vaccaro JV, Kuehnel TG. Innovations in skills training for the seriously mentally ill: the UCLA social and independent living skills modules. *Innovations & Research* 1993; 2: 43-60.
10. Goldstein MJ, Miklowitz DJ. The effectiveness of psychoeducational family therapy in the treatment of schizophrenic disorders. *J Marital Fam Ther* 1995; 21:361- 376.
11. Kavanagh DJ. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1992; 160:601-620.
12. Stricker K, Mönking HS, Buchkremer G. Family interaction and the course of schizophrenic illness. *Psychopathology* 1997; 30:282-290.
13. Baker JA. Developing psychosocial care for acute psychiatric wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2000; 7:95-100.
14. Ravelli A, Donker M, Geelen K. Health education in mental health services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 1997; 35:35-43.
15. Solomon P, Draine E, Monnion E, Meisel M. Impact of brief family psychoeducation on self-efficacy. *Schizophr Bull* 1996; 22:41-49.
16. Saunders J. Walking family in their shoes... symbolic interactionism for families living with severe mental illness. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1997; 35:8-13.
17. Murphy MF, Moller MD. Relapse management in neurobiological disorders: the Moller-Murphy symptom management assesstment tool. *Arch Psychiatr Nurs* 1993; 7:226-235.
18. Tel H, Terakye G. Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoeğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1:133-142.
19. Gibson DM. Reduced rehospitalizasyon reintegration of persons with mental illness into community living. *J Psychosoc Nurs* 1999; 37:20-25.
20. Mann NA, Tandon R, Butler J, Boyd M, Eisner WH, Lewis M. Psychosocial rehabilitation in schizophrenia: beginnings in acute hospitalization. *Arch Psychiatr Nurs* 1993; 7:154-162.
21. Mohr KW. Partnering with families. *J Psychosoc Nurs* 2000; 38:15-22.
22. Atbaşoğlu C, Çermik Ö, Göğüş AK. Ayaktan izlenen hastalarda ilaç tedavisine uyum. *3P Dergisi* 1993; 1:35-43.
23. Lukoff D, Nuechterlein KH, Ventura J. Appendix A. Manual for expanded brief psychiatric rating scale (BPRS). *Schizophr Bull* 1986; 12:594-602.
24. Soykan Ç. Institutional differences and case typicality as diagnosis system severity, prognosis a and treatment. Yayımlanmamış Master Tezi, Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Ankara, 1990.
25. Karancı N, Kuşçu MK, Tunçay I, Göktepe EO. Camberwell Aile Görüşmesi ve Duygu İfadesi skalalarının Türkçe uyarlanması, ön bulgular. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi (Eylül 1997), Tam Metin Kitabı, Antalya, 1997, s.198-200.
26. University of North Carolina, Wilmington UCLA Clinical Research Center for Psychiatric Rehabilitation. *Social and Independent Living Skills the Community Re-Entry Program Trainer's Manual*.
27. Anzai N, Yoneda S, Kumagai N, Nakamura Y, Ikebuchi E, Liberman RP. Training persons schizophrenia in illness self-management: a randomized controlled in Japan. *Psychiatr Serv* 2002; 53:545-547.
28. Olfson M, Glick DI, Mechanic D. Inpatient treatment of schizophrenia in general hospitals. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44:40-44.
29. Olfson M, Mechanic DH, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden PJ. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2000; 51:216-222.
30. Kampman O, Lehtinen K. Compliance in psychoses. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100:167-175.

31. Bunn MH, O'Connor AM, Tansey MS, Walter Jones BD, Stinson LE. Characteristics of clients with schizophrenia who express certainty or uncertainty about continuing treatment with depot neuroleptic medication. *Arch Psychiatr Nurs* 1997; 11:238-248.
32. Huddleston J. Family and group psychoeducational approaches in the management of schizophrenia. *Clin Nurs Specialist* 1992; 9:118-120.
33. Pitschel-Walz G, Bauml J, Bender W, Engel RR, Wagner M, Kissling W. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:443-452.
34. Glick ID, Clarkin JF, Haas GL, Spencer JH, Chen CL. A randomized clinical trial of inpatient family intervention: Mediating variables and outcome. *Fam Process* 1991; 30:85-99.
35. Randolph ET, Eth S, Glynn SM, Paz GG, Leong GB, Shaner AL et al. Behavioural family management in schizophrenia outcome of a clinic-based intervention. *Br J Psychiatry* 1994; 164:501-506.
36. Marland GR, Cash K. Long term illness and patterns of medicine taking: are people with schizophrenia a unique group? *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001; 8:197-204.
37. Yıldız M, Yazıcı A, Ünal S, Aker T, Özgen G, Ekmekçi H ve ark. Şizofreninin ruhsal-toplumsal tedavisinde sosyal beceri eğitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13:41-47.
38. Ünal S, Çakıl G, Elyas Z. Taburculuk sonrası tedaviye gelmeyen psikotik hastaların özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1:69-75.
39. Kruse GR, Rohland BM. Factors associated with attendance at a first appointment after discharge from a psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 2002; 53:473-476.
40. Kilinkenberg W, Calsyn R. Predictors of receipt of aftercare and recidivism among persons with severe mental illness: a review. *Psychiatr Serv* 1996; 47:487-496.
41. Spencer HJ, Glick DI, Haas GL, Clarkin JF, Lewis BA, Peyser J et al. A randomized clinical trial of inpatient family intervention, III: effects at 6-month and 18-month follow-ups. *Am J Psychiatry* 1988; 145:1115-1121.
42. Smith J, Birchwood M. Relatives and patients as partners in the management of schizophrenia the development of a service model. *Br J Psychiatry* 1990; 156:654-660.
43. Tarrier N, Barrowclough 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.
44. Mari JD, Streiner DL. An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. *Psychol Med* 1994; 24:565-578.
45. McCreddie RG, Phillips K, Harvey JA, Waldron G, Stewart M, Baird D. The Nithsdale schizophrenia surveys. VIII: Do relatives want family intervention- and does it help? *Br J Psychiatry* 1991; 158:111-113.
46. Schreiber J, Breier A, Pickar D. Expressed emotion trait or state? *Br J Psychiatry* 1995; 166:647-649.