



Deneysel Araştırma

Kronik ruhsal bozukluk tanısı alan hastaların bakım verenlerine verilen psikoeğitimin yaşadıkları güçlük ve psikososyal uyumlarına etkisi

Leyla Baysan Arabacı,¹ Ayşe Büyükbayram,¹ Yeliz Aktaş,² Nuray Taşkın²

¹İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir
²İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İzmir

Özet

Amaç: Çalışma, bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğinde tedavi olan kronik ruhsal bozukluk tanılı hastaların bakım verenlerine uygulanan psikoeğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Yarı deneysel, kontrol gruplu ön test-son test düzende tasarlanan çalışma, Haziran 2015-Nisan 2016 tarihleri arasında, kronik ruhsal bozukluk tanısı alan hastaların bakım verenleri olan 40 kişi (20 uygulama, 20 kontrol) ile yapılmıştır. Verilerin toplanmasında, Tanıtıcı Bilgi Formu (TBF), Bakım Verme Yükü Ölçeği (BVYÖ) ve Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-bildirim Ölçeği (PAIS-SR) kullanılmıştır. Kronik ruhsal bozukluk tanısı alan hastaların bakım verenlerine yarı yapılandırılmış, 8 oturumluk bir psikoeğitim programı uygulanmıştır. Verilerin analizinde, tanımlayıcı istatistikler, korelasyon analizi, independent sample test ve paired sample test kullanılmıştır.

Bulgular: Uygulama grubundaki bakım verenlerin %60.0'ı kadın ve yaş ortalaması 53.60±10.63 olup, %50'si hastanın ebeveyni ve %40.0'ı okur yazar ve/veya ilköğretim mezundur. Bakım verenlerin yakınları ortalama 13.84±11.88 yıldır ruhsal bozukluk tanısına sahip olup, ortalama 4.89±6.36 yıldır tedavi olmuş ve ortalama 3.85±2.37 kez hastaneye yatış yapmıştır. Uygulama ve kontrol grubunun her ikisinde de psikoeğitim öncesi ve sonrası BVYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05). Uygulama grubunun ön test-son test PAIS-SR alt ölçek puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05). Buna karşın kontrol grubunun ön test-son test PAIS-SR bazı alt ölçek puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Sonuç: Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylere bakım verenlere uygulanan psikoeğitim, bakım verenler tarafından algılanan sıkıntıyı ve hastalığa psikososyal uyumlarını anlamlı düzeyde etkilememiş gibi görünse de, kontrol grubunun psikososyal uyumunda görülen kötüleşmenin uygulama grubunda görülmemesi, uygulanan psikoeğitimin bu kötüleşmeyi engellediğini düşündürmektedir.

Anahtar Sözcükler: Bakım yükü; kronik ruhsal bozukluk; psikoeğitim; psikososyal uyum; psikiyatri hemşireliği.

Kronik ruhsal hastalıklar; kişisel bakım, toplumsal ilişkiler, çalışma hayatı ve boş zaman aktivitelerinde işlevselliğin bozulmasına neden olan şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve diğer psikotik bozukluklar, majör depresyon, bipolar bozukluk ve süregelenmiş obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastaların tümüdür.^[1,2] Kronik ruhsal hastalıklar, bireylerde bilişsel zararlarla yeti yitimine, sosyal ve ekonomik kayıplara neden

olmakla birlikte, aile içinde ve toplumda beklenen rolleri yerine getirememesi ve aile dışında alternatif yaşam alanları olmaması gibi sebeplerle sürekli olarak bireyi aile bakımı ve desteği almaya zorunlu kılabilir.^[3-8]

Bakım verme; hastanın sağlık bakımını ve aldığı bazı sosyal hizmetleri koordine etmek, rutin sağlık bakımı (ilaç alımı, tedavisi, izleme vb.), kişisel bakım, ulaşım, alışveriş, küçük ev işlerini



yapmak, para yönetimi ve aynı evi paylaşmak gibi hastaya duygusal, fiziksel, maddi ya da manevi destek verme işlemidir. Bu anlamda hastayı destekleyen ve bakımını sağlayan genellikle hastanın annesi, eşi, çocuğu veya kardeşi olmaktadır.^[2,4,7] Günümüzde hastanede kalış süresinin azalması ve toplumsal tedavi yaklaşımlarının önem kazanmasıyla birlikte, hastanın tedaviye uyumunda, sosyal destek sağlamada ve bakımın devamlılığında bakım verenlere birçok sorumluluk düşmektedir. Bakım verenler bu sorumlulukları yerine getirirken birçok zorlukla karşılaşmakta ve bu durum bakım verenlerin anksiyete, stres, suçluluk, çaresizlik, güçsüzlük, korku, kayıp, öfke gibi duygular yaşamalarına neden olmakta,^[3,5,7,9] yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.^[8,10,11] Bakım verenlerin yaşadıkları bu zorluklar "bakım veren yükü" kavramını gündeme getirmektedir. Bakım veren yükü, süregelen ruhsal hastalığı olan bir bireyin akrabalarının yaşadığı fiziksel, ruhsal, toplumsal, ekonomik sorunların tümünü içermektedir.^[4,8-10] Bakım verenlerde algılanan yük, iyilik düzeyini, evlilik ilişkilerini, bakım memnuniyetini, diğer bireylerle ilişkileri ve algılanan hastalık şiddetini^[11-14] ve hatta doğrudan bakım alan hastayı da etkilemektedir.^[4,10,14-17] Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastaların bakım verenleriyle yapılan bir odak grup çalışmasında da aileler tarafından yaşanan güçlükler olarak, hastaların toplum tarafından kabul edilmemesi, toplumsal izolasyon, önyargı ve damgalanma, hastalığın aile işlevleri üzerindeki etkisi, mali sorunlar, çeşitli sosyal ve boş zaman etkinliklerinin kısıtlanması, mali yük ve sağlık üzerindeki olumsuz etkiler gibi temalar ortaya çıkmıştır.^[16]

Bakım verenler, kronik ruhsal hastalıkla ve karşılaşılan bu güçlüklerle baş etmede, yeterli bilgi ve donanıma sahip olmaması durumunda birçok sıkıntı ve güçlük yaşamaktadır. Özellikle kronik ruhsal hastalığı olan bireye bakım verenlerin, hastalık ve tedavi hakkında bilgilendirilmesi ve desteklenmesi bakım yükünü azaltmada büyük önem taşımaktadır.^[4,9,14,17-22] Bu noktada hasta ve bakım verenlere yapılacak bilgilendirme ve eğitimlerde onlarla çalışan ruh sağlığı ekibine ve özellikle hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. 8 Mart 2010 Hemşirelik Yönetmeliği'nde de "Psikiyatri Klinik Hemşiresi" ve "Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşiresi"nin hasta ve ailesine yönelik eğitim ve danışmanlık görevi tanımlanmıştır.^[23] Bu kapsamda da psikiyatri ekip üyeleri, hasta yakınlarını bilgilendirmeli ve psikiyatrik eğitim (psikoeğitim) vermelidir.^[4,9,14,17-22] Psikoeğitim, ruhsal hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonunun gerçekleştirilmesinde kullanılan eğitim yöntem ve tekniklerinin hasta ve ailesine uygulanmasıdır. Bu eğitimlerde, hastaya hastane dışında da yardımcı olacak, yaşadıkları sorunlarla baş edebilmesi, toplumda üretken bir yaşam sürebilmesi için ihtiyacı olan hastalık süreci, hastalık sürecinde yaşanan güçlükler, ilaç kullanımı ve uyumu ve başetme becerileri gibi konular uygulamalı bir şekilde öğretilmektedir. Yapılan çalışmalarda psikoeğitim ile taburculuğa hazırlanan ailenin; güveninin arttığı, hastayı daha iyi kabullendiği, hastaya sosyal destek sağladığı, uyumunu desteklediği ve bunun sonucunda hastanın hastaneye tekrarlı yatış sıklığı ve süresinin azaldığı belirtilmiştir.^[6,14,17-20] Bu özden hareketle, bu çalışma bir üniversite hastanesinin yataklı psikiyatri kliniğinde tedavi olmuş ve/veya olmak-

ta olan kronik ruhsal bozukluk (psikoz, bipolar gibi) tanısı alan hastalara bakım verenlerin, bakım verirken yaşadıkları stres ve hastalığa psikososyal uyumlarını belirlemek ve buna yönelik hazırlanan psikoeğitim programının bakım verenlerin bu stres ve psikososyal uyumları üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Örneklem

Çalışmanın örneklemini belirlemek için önce bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğinin yatış kayıtları incelenmiş ve Haziran 2015-Nisan 2016 tarihleri arasında psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi olmuş olan kronik ruhsal bozukluk (psikoz, bipolar) tanısı alan 80 psikoz ve 25 bipolar tanılı hastanın iletişim bilgilerine ulaşılmıştır. Hastalara ait telefon numaraları tek tek aranarak hastaların bakım verenlerine araştırma ve bu kapsamda yürütülecek olan psikoğitim programı hakkında bilgi verilmiştir. Her iki grup için toplam 40 (20 bipolar ve 20 psikoz) bakım veren araştırmaya katılma konusunda gönüllü olduğunu belirtmiştir. Ancak çalışma kapsamında yürütülen ilk psikoeğitim oturumlarına 12 bipolar bozukluk ve 18 psikoz tanılı olmak üzere toplam 30 hastanın bakım vereni katılmıştır. Nihayetinde, çalışma boyunca yürütülen oturumların tümüne katılarak ön test ve son testleri tamamlayan 20 bakım veren (9'u bipolar ve 11'i psikoz tanılı hastaya bakan) uygulama grubunu oluşturmuştur. Araştırmaya katılma konusunda gönüllü olan, ancak bu kapsamda yürütülen psikoeğitim gruplarına katılım konusunda süreklilik ve düzenlilik gösteremeyeceğini belirten 20 bakım veren ise (9'u bipolar ve 11'i psikoz tanılı hastaya bakan) araştırmanın kontrol grubunu oluşturmuştur.

İşlem

Araştırmanın yapılabilmesi için öncelikle bir üniversite hastanesinin Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan (13.08.2015 tarihli ve 161 sayılı), psikiyatri kliniğinin yer aldığı hastanenin bağlı olduğu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden ve Hastane yönetiminden yazılı izin alınmıştır. Daha sonra, psikiyatri kliniğinin kronik ruhsal bozukluğu (psikoz, bipolar) olan hastaların tedavi ve bakımlarının yürütüldüğü servis kayıtları incelenerek yukarıda belirtildiği şekilde uygulama ve kontrol grupları belirlenmiştir. Uygulama grubunda yer alan bakım verenlere 2016 Mayıs ayı içerisinde, her hafta yarım gün ve her bir gün ikişer oturum olacak biçimde, dört hafta boyunca toplam sekiz oturumluk psikoeğitim programı uygulanmıştır. Psikoeğitim oturumları psikoz tanılı hastaların bakım verenleri için her hafta pazartesi günü öğleden sonra ve bipolar bozukluk tanılı hastaların bakım verenleri için ise her hafta salı günü öğleden sonra olacak biçimde ayrı ayrı yürütülmüştür.

Psikoeğitim programının içeriği, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında uzman bir öğretim üyesinin rehberliğinde, yine bu alanda yüksek lisans ve doktora programına devam eden araştırmacılar tarafından ilgili ulusal ve uluslararası literatür incelenerek hazırlanmıştır. Her bir oturum için hasta-

liklara (bipolar, psikoz) özgü iki ayrı sunum hazırlanmıştır. Psikoeğitim programının her bir oturum içeriği genel olarak şöyle yapılandırılmıştır:

1. Oturum: Bakım verenler ile tanışma ve ön değerlendirme yapılarak, anketler dolduruldu. Kronik ruhsal bir hastalığa (bipolar, psikoz) sahip olan bir bireye bakım vermektan dolayı yaşanan güçlükler ile ilgili deneyimler paylaşıldı ve literatürde yer alan bilgi ile benzer olan noktalara farkındalık sağlandı. Psikoeğitimin ne olduğundan ve bu psikoeğitim oturumlarındaki amaçtan söz edildi.

2. Oturum: Kronik ruhsal bozukluk (bipolar, psikoz) hakkında eğitim verilerek duygu ve deneyimler paylaşıldı. Kronik ruhsal bozukluk (bipolar, psikoz) nedir? Belirtileri nedir? Nedenleri nelerdir? hakkında bilgi verildi.

3. Oturum: Kronik ruhsal bozukluk (bipolar, psikoz) hastalarında tedavi, bakım ve remisyon hakkında eğitim yapılarak duygu ve deneyimler paylaşıldı. Kronik ruhsal bozukluklarda (bipolar, psikoz) ilaç tedavisi, psikososyal tedaviler, haberci belirtiler, kriz dönemleri ve tekrarların (relaps) önlenmesi için neler yapılabilir? hakkında bilgi verildi.

4. Oturum: Kronik ruhsal bozukluk (bipolar, psikoz) hastalarında ilaç kullanımı, ilaçların yan etkileri ve yönetimi hakkında eğitim yapılarak duygu ve deneyimler paylaşıldı. Kronik ruhsal bozuklukların (bipolar, psikoz) tedavisinde yaşanan uyum sorunları ve bunlarla başetme konusunda bilgi verildi.

5. Oturum: Kronik ruhsal bozukluğun (bipolar, psikoz) birey ve aile üzerine etkileri hakkında eğitim yapılarak duygu ve deneyimler paylaşıldı. Kronik ruhsal bozukluk (bipolar, psikoz) tanısı ilk konduğunda ve tedavi sürecinde hasta birey ve bakım veren tarafından yaşanan güçlükler ve bunlar karşısında hissedilenler hakkında bilgi paylaşımında bulunuldu.

6. Oturum: Kronik ruhsal bozukluklarda (bipolar, psikoz) stres ve öfkeye neden olan durumlar ve bunların nedenleri ve etkileri hakkında bilgi verildi.

7. Oturum: Kronik ruhsal bozuklukların (bipolar, psikoz) ortaya çıkmasında etkili olan stres ve öfke ile başetmek için gerekli yaşam becerilerini geliştirmeye yönelik eğitim yapılarak, duygu ve deneyimler paylaşıldı.

8. Oturum: Psikoeğitimin değerlendirilmesi yapıldı ve anketler tekrar dolduruldu.

Psikoeğitim programı kapsamındaki oturumlar, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında uzman bir öğretim üyesinin rehberliğinde, klinikte hemşire olarak çalışan ve aynı zamanda çalışmada araştırmacı olan hemşireler tarafından yürütülmüştür. Klinik uygulamada ve psikoeğitim oturumlarının devamlılığında herhangi bir aksaklığa yol açmamak için hemşireler nöbet öncesi ve nöbet sonrası izinlerini kullanarak psikoeğitim oturumlarını yürütmüşlerdir. Eğitimler, hemşirelerin sunu içeriği doğrultusunda didaktik bir biçimde anlatımı ile gerçekleştirilmiştir. Ancak, eğitim sunumları sırasında bakım verenlerin soru sormasına ve herhangi yaşanan bir güçlüğü ilişkin çözüm önerilerini paylaşmalarına, grup üyelerinin konularla ilgili birbirleri ile etkileşim kurmasına da olanak tanınmıştır.

Ölçme Aracı

Verilerin toplanması için deney ve kontrol grubunda yer alan bakım verenlere psikoeğitim programı öncesi ve sonrasında Tanıtıcı Bilgi Formu ve iki ölçek formu kullanıldı.

1. Tanıtıcı Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek, bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik açık ve kapalı uçlu hazırlanmış 16 sorudan oluşmaktadır.

2. Bakım Verme Yüğü Ölçeği (Burden Interview) (BYYÖ): Bakım Verme Yüğü Ölçeği Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık, ya da hemen her zaman şeklinde "0" dan "4" e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir.^[24] Yapılan çalışmalarda ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.87 ile 0.94 arasında, test-tekrar test güvenilirliği ise 0.71 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirliği İnci ve Erdem tarafından yapılmıştır.^[25] Bu çalışmada deney grubu için ölçeğin güvenilirlik değeri 0.86, kontrol grubu için ise 0.92 bulunmuştur.

Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir.^[24]

3. Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-bildirim Ölçeği [Psychosocial Adjustment to Illness Scale - Self Report (PAIS-SR)]: Derogatis ve Lopez tarafından 1983 yılında geliştirilmiş, hastalığa psikososyal uyumu değerlendirmeyi amaçlayan, çok boyutlu bir ölçektir.^[26,27] PAIS-SR, bireylerin diğer bireylerle ve sosyokültürel çevreyi oluşturan kurumlarla karşılıklı etkileşimini ölçmektedir. Ölçek, 46 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan sorular hastalığa psikososyal uyumun 7 alanına ayrılmıştır. Bu 7 alan ölçeğin alt ölçeklerini oluşturmaktadır. Bunlar sırasıyla Sağlık Bakımına Uyum (SBU), Mesleki Çevre (MÇ), Aile Çevresi (AÇ), Cinsel İlişkiler (Cİ), Geniş Aile İlişkileri (GAİ), Sosyal Çevre (SÇ) ve Psikolojik Distres (PD)'dir.^[26]

Ölçekte her bir soru için uyumun değişen seviyelerini belirleyen dört tanımlayıcı ifade kullanılmıştır. Denek kendi kişisel deneyimini en iyi-en yakın şekilde tanımlayan yanıtı seçebilmektedir. Ölçekte yer alan maddelere 0 ve 3 arasında değişen puanlar verilerek, yanıtlar sayısal değerlere dönüştürülmektedir. Hastalıktan bu yana büyük oranda olumsuz değişiklikler 3 puanla, değişiklik olmaması veya olumlu değişiklikler 0 puanla değerlendirilmektedir. PAIS-SR'den alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 138'dir.^[24] PAIS-SR ölçeğinde düşük puan hastalığa psikososyal uyumun iyi olduğunu, yüksek puan hastalığa psikososyal uyumun kötü olduğunu göstermektedir. PAIS-SR'de 35'in altındaki puanlar "iyi (good) psikososyal uyumu", 35 ile 51 arası puanlar "orta derecede iyi (fair) psikososyal uyumu", 51'in üstündeki puanlar "kötü (poor) psikososyal uyumu" ifade eder şeklinde değerlendirilmektedir. Ülkemiz-

de PAIS-SR'nin Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirliği, Adaylar (1995) tarafından yapılmıştır.^[26] Adaylar (1995) aynı çalışmada kronik hastalığı olan bireylerde PAIS-SR'nin tümü için alfa değerini 0.92 olarak, alt gruplar için alpha değerlerini sırası ile 0.87, 0.83, 0.78, 0.96, 0.89, 0.92, 0.79 olarak bildirmiştir.^[26] Bu çalışmada deney grubu için toplam ölçek güvenilirlik katsayısı 0.91 alt gruplar için ise sırasıyla 0.63, 0.51, 0.86, 0.94, 0.44, 0.92 ve 0.84; kontrol grubu için ise toplam ölçek güvenilirlik katsayısı 0.98, alt gruplar için sırasıyla 0.68, 0.56, 0.84, 0.94, 0.72, 0.88 ve 0.89 bulunmuştur.

Verilerin Analizi

Elde edilen bulguların istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS 22.0 programı kullanıldı. Verilerin normallik dağılımı değerlendirilmesi için Shapiro-Wilk analizi yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistikler ile normal dağılım gösterenlerde Independent Sample Test ve Paired Sample Test; normal dağılım göstermeyenlerde Mann-Whitney-U ve Wilcoxon Test analizleri kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular

Uygulama grubundaki bakım verenlerin %60.0'ı kadın ve yaş ortalaması 53.60 ± 10.63 olup, %50'si hastanın ebeveynlerin-

den oluşmaktadır. Bakım verenlerin %40.0'ı okur-yazar ve/veya ilkökul mezunu ve %55'i herhangi bir işte çalışmamaktadır (Tablo 1). Ayrıca bakım verenlerin hastaları ortalama 13.84 ± 11.88 yıldır ruhsal bozukluk tanısına sahiptir, ortalama 4.89 ± 6.36 yıldır tedavi olmakta ve ortalama 3.85 ± 2.37 kez hastaneye yatış yapmıştır. Bu kuruma ortalama yatış sayıları ise 1.60 ± 0.82 'dir (Tablo 2).

Kontrol grubundakilerin ise %65.0'i kadın ve yaş ortalaması 44.00 ± 14.87 olup, %45.0'i hastanın ebeveynlerinden oluşmaktadır. %35.0'i okur-yazar ve/veya ilkökul mezunu ve uygulama grubuna benzer şekilde %55'i herhangi bir işte çalışmamaktadır (Tablo 1). Kontrol grubundaki bakım verenlerin hastaları ortalama 6.76 ± 8.10 yıldır ruhsal bozukluk tanısına sahiptir, ortalama 2.58 ± 3.89 yıldır tedavi olmakta ve ortalama 3.05 ± 2.68 kez hastaneye yatış yapmıştır. Bu kuruma ortalama yatış sayıları ise 1.55 ± 0.76 'dır. Uygulama grubundaki bakım verenlerin %40'ı, kontrol grubundakilerin ise %35'i ailesinde hastanın dışında bir başka bireyde de psikiyatrik tanı olduğunu belirtmiştir (Tablo 2).

Araştırmaya katılan bireylerin bakım verdikleri hastaların ruhsal bozukluk tanı süresi ile hastaneye yatış sayıları arasındaki ilişki incelendiğinde, tanı süresi arttıkça, tedavi süresi ve hastaneye yatış oranlarının da arttığı görülmektedir ($p < 0.05$).

Araştırmaya katılan uygulama ve kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin ruh sağlığı sorunu olan bireylere bakım ver-

Tablo 1. Uygulama ve kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Tanıtıcı özellikler	Uygulama		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%
Yaş	X=53.60±10.63		X=44.00±14.87	
Cinsiyet				
Kadın	12	60.0	13	65.0
Erkek	8	40.0	7	35.0
Eğitim durumu				
Okur-yazar değil	1	5.0	-	-
Okur yazar-İlkokul mezunu	8	40.0	7	35.0
Ortaokul-Lise mezunu	5	25.0	7	35.0
Üniversite mezunu	4	20.0	6	30.0
Diğer	2	10.0	-	-
Yakınlık derecesi				
Annesi	8	40.0	5	25.0
Babası	2	10.0	4	20.0
Kardeşi	4	20.0	3	15.0
Eşi	2	10.0	4	20.0
Kızı/oğlu	3	15.0	4	20.0
Teyzesi	1	5.0	-	-
Çalışma durumu				
Çalışan	9	45.0	9	45.0
Çalışmayan	11	55.0	11	55.0
Toplam	20	100.0	20	100.0

mekten dolayı yaşadığı stresi değerlendirmek için eğitim öncesi ve sonrası uygulanan BVYÖ puan ortalamaları karşılaştırması Tablo 3 ve Tablo 4'de yer almaktadır. Yapılan istatistiksel analize göre, eğitim öncesi uygulama ile kontrol grubu ölçek puan ortalamaları arasında fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Benzer şekilde, eğitim sonrası da gruplar arasında ölçek puan ortalamaları açısından fark saptanamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3). Uygulama grubunun eğitim öncesi ($XÖNCE=43.50\pm15.25$) ile eğitim sonrası ($XSONRA=42.20\pm15.58$) BVYÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Benzer şekilde kontrol grubunun da eğitim öncesi ($XÖNCE=35.50\pm18.48$) ile eğitim sonrası ($XSONRA=37.10\pm18.45$) BVYÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4).

Uygulama ve kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin hastalık sürecine psikososyal uyumlarını değerlendirmek amacıyla uygulanan hastalığa psikososyal uyum (PAIS-SR) alt ve toplam ölçek puan ortalamaları karşılaştırması Tablo 3 ve Tablo 4'de yer almaktadır. Yapılan istatistiksel analize göre, eğitim öncesi hastalığa psikososyal uyum (PAIS-SR) alt ve toplam ölçek puan ortalamaları bakımından uygulama ile kontrol grubu arasında fark olmadığı ($p>0.05$); benzer şekilde, eğitim sonrası da grup-

lar arasında alt ve toplam ölçek puan ortalamaları açısından fark saptanamadığı gözlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 3). Tablo 4'de ise, uygulama grubunun eğitim öncesi ve sonrası hastalığa psikososyal uyumlarının kötü ($XÖNCE=55.60\pm22.65$ ve $XSONRA=54.05\pm20.37$) olduğu, kontrol grubunun eğitim öncesi orta düzeyde iyi (44.60 ± 21.73) olan psikososyal uyumunun eğitim sonrası yapılan değerlendirmede kötü (51.25 ± 22.82) olduğu görülmektedir. Uygulama grubunda yer alan bakım verenlerin eğitim öncesi ile sonrası hastalığa psikososyal uyum alt ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4). Buna karşın, kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin, eğitim sonrası "sağlık bakımına oryantasyon" ve "aile çevresi" alt boyutları dışında hastalığa psikososyal uyum alt ve toplam ölçek puan ortalamaları, eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek (daha kötü olduğu) bulunmuştur ($p<0.05$). Başka bir ifadeyle, kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin "mesleki çevre", "seksüel ilişki", "geniş aile ilişkileri" ve "sosyal çevre" uyumlarının gittikçe kötüleştiği ve hissettikleri "psikolojik stresin" zaman içerisinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yükseldiği belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 2. Uygulama ve kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin bakım verdikleri hastalarının özelliklerine göre dağılımı

Hasta özellikleri	Uygulama		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%
Hastalık tanı süresi				
1 yıldan daha az	3	15.0	4	20.0
1-5 yıl	3	15.0	8	20.0
6-10 yıl	4	20.0	4	40.0
11 yıl ve üzeri	10	50.0	4	20.0
	X=13.84±11.88		X=6.76±8.10	
Tedavi görme süresi				
1 yıldan daha az	8	40.0	11	55.0
1-5 yıl	7	35.0	5	25.0
6 yıl ve üzeri	5	25.0	4	20.0
	X=4.89± 6.36		X=2.58±3.89	
Hastanede tedavi olma sayısı				
1 kez	2	10.0	6	30.0
2-3 kez	9	35.0	9	45.0
4-5 kez	5	25.0	3	15.0
6 ve üzeri	4	20.0	2	10.0
	X=3.85±2.37		X=3.05±2.68	
Bu kurumda yatış sayısı				
1 kez	12	60.0	12	60.0
2-5 kez	4	20.0	5	25.0
6 ve üzeri	4	20.0	3	15.0
	X=1.60±0.82		X=1.55±0.76	
Ailede başka psikiyatrik tanı				
Var	8	40.0	7	35.0
Yok	12	60.0	13	65.0
Toplam	20	100.0	20	100.0

Tablo 3. Eğitim öncesi ve sonrası uygulama ve kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin Bakım Verme Yükü (BVYÖ) ve Hastalığa Psikososyal Uyum (PAIS-SR) ölçek puan ortalamalarının karşılaştırması

Ölçekler	Gruplar	Eğitim öncesi		Eğitim sonrası	
		Ortalama±Standart sapma		Ortalama±Standart sapma	
Bakım Veren Yükü Ölçeği	Uygulama	43.50±15.25		42.20± 15.58	
	Kontrol	35.50±18.48		37.10±18.45	
Toplam PAIS-SR	Uygulama	55.60±22.65	t=0.606 / p=0.552	54.05±20.37	t=0.944 / p=0.351
	Kontrol	44.60±21.73		51.25±22.82	
Sağlık bakımına oryantasyon	Uygulama	6.40±3.84		5.90±3.55	
	Kontrol	7.25±3.90	t=-0.694 / p=0.492	7.85±3.83	t=-1.670 / p=0.103
Mesleki çevre	Uygulama	7.70±4.04		7.50±3.28	
	Kontrol	5.55±3.45	t=1.808 / p=0.078	7.15±3.38	t=0.332 / p=0.741
Aile çevresi	Uygulama	10.10±5.76		9.10±6.11	
	Kontrol	7.20±5.41	t=1.641 / p=0.109	7.80±5.67	t=0.697 / p=0.490
Seksüel ilişki	Uygulama	8.25±6.43		8.05±6.10	
	Kontrol	4.85±5.79	Z=-1.649 / p=0.099	5.45±6.25	Z=-1.331 / p=0.183
Geniş aile ilişkileri	Uygulama	6.05±3.75		5.85±3.13	
	Kontrol	4.05±3.30	Z=-1.783 / p=0.075	5.15±3.36	t=0.681 / p=0.500
Sosyal çevre	Uygulama	9.30±6.71		10.05±5.12	
	Kontrol	8.85±5.12	t=0.238 / p=0.813	10.00±4.72	t=0.032 / p=0.975
Psikolojik distres	Uygulama	7.80±4.77		7.60±4.12	
	Kontrol	6.85±5.76	Z=-0.801 / p=0.423	7.85±5.38	t=-0.165 / p=0.870

Tartışma

Çalışmada uygulama ve kontrol grubundaki bakım verenlerin çoğunlukla kadın olduğu ve hastanın ebeveyni olduğu, herhangi bir işte çalışmadığı, yaş ortalamalarının ise orta yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Dore ve Romans'ın^[28] (2001) çalışmasında bipolar bozukluğu olan bireylere bakım verenlerin %37'sinin ebeveyni, %32'sinin eşi, %24'ünün başka bir akrabası olduğu ve yaş ortalamalarının 46 olduğu; Shamsaei ve ark. nın^[29] (2015) yaptığı çalışmada, şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerin %73.7'sinin kadın ve %50.2'sinin hastanın ebeveyni olduğu; Sharif ve ark.nın^[30] (2012) çalışmasında, uygulama ve kontrol grubundaki bakım verenlerin çoğunluğunun hastanın annesi olduğu ve eğitim düzeyinin düşük olduğu; Yazıcı ve ark. nın^[12] (2016) yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %64.8'inin kadın ve %53.4'ünün hastanın ebeveyni olduğu bulunmuştur. Literatürde de, bakım verenlerin daha çok aileden, iş sahibi olmayan kadınlar olduğu ve sıklıkla hastanın annesi, kız kardeşi ya da eşi olduğu ifade edilmektedir. Bulgular bütüncül olarak değerlendirildiğinde, farklı kültürlerde de olsa bakım vermenin,

kadına biçilen toplumsal bir rol olduğu ve ayrıca bu görüşün bu sonucun oluşmasında etkili olduğu düşünülmektedir.^[2,4,5,7,9,10,12]

Araştırmaya katılan bireylerin bakım verdikleri hastaların ruhsal bozukluk tanı süresi arttıkça, tedavi süresi ve hastaneye yatış oranlarının da arttığı görülmektedir. Bu bulguya göre, bakım verenlerin maddi, duygusal psikolojik ve fizyolojik yüklerinin arttığı öngörülebilir. Avustralya'da bipolar bozukluğu olan hasta yakınları ile yapılan bir çalışmada, bakım verenlerin %76'sı çalışma saatlerini azaltmak ya da hastalık dönemlerinde işten ayrılmak zorunda kaldıklarını belirtmiştir.^[28] Yapılan çalışmalarda hastaların tanı süresi ve hastaneye yatış sayıları arttıkça, bakım veren yükünün arttığı belirtilmektedir.^[22,30-32] Yazıcı ve ark.nın^[12] (2016) yaptıkları çalışmada, şizofreni hastasına bakım verenlerin, bakım yükünün hastanın hastanede yatış sayısı ile birlikte, hasta yakınının yaşı ve eğitim yılı ile ilişki olduğu saptanmıştır.

Çalışmada ayrıca deney ve kontrol grubundaki bakım verenler, bakım verdikleri hastalar dışında, aile içerisinde psikiyatrik tanı başka bireylerin de olduğunu belirtmiştir. Birçok çalışma-

Tablo 4. Uygulama ve kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin eğitim öncesi ve sonrası Bakım Verme Yüğü (BVYÖ) ve Hastalığa Psikososyal Uyum (PAIS-SR) ölçek puan ortalamalarının karşılaştırması

Ölçekler	Uygulama	Kontrol
	Ortalama±Standart sapma	Ortalama±Standart sapma
Bakım Verme Yüğü Ölçeği		
Önce	43.50±15.25	35.50±18.48
Sonra	42.20±15.58	37.10±18.45
	t=0.606 / p=0.552	t=-1.118 / p=0.278
Toplam PAIS-SR		
Önce	55.60±22.65	44.60±21.73
Sonra	54.05±20.37	51.25±22.82
	t=0.570 / p=0.575	t=-4.891 / p=0.000**
Sağlık bakımına oryantasyon		
Önce	6.40±3.84	7.25±3.90
Sonra	5.90±3.55	7.85±3.83
	Z=-0.811 / p=0.417	t=-1.580 / p=0.131
Mesleki çevre		
Önce	7.70±4.04	5.55±3.46
Sonra	7.50±3.28	7.15±3.38
	t=0.272 / p=0.788	t=-4.138 / p=0.001**
Aile çevresi		
Önce	10.10±5.76	7.20±5.41
Sonra	9.10±6.11	7.80±5.67
	t=0.570 / p=0.575	Z=-1.700 / p=0.089
Seksüel ilişki		
Önce	8.25±6.43	4.85±5.79
Sonra	8.05±6.11	5.45±6.25
	Z=-0.390 / p=0.697	Z=-2.041 / p=0.041*
Geniş aile ilişkileri		
Önce	6.05±3.75	4.05±3.30
Sonra	5.85±3.13	5.15±3.36
	t=1.223 / p=0.236	t=-2.567 / p=0.019*
Sosyal çevre		
Önce	9.30±6.71	8.85±5.12
Sonra	10.05±5.12	10.00±4.72
	Z=-0.569 / p=0.569	t=-2.632 / p=0.016*
Psikolojik distres		
Önce	7.80±4.77	6.85±5.76
Sonra	7.60±4.12	7.85±5.38
	t=0.174 / p=0.864	Z=-2.103 / p=0.035*

da da sonuçların benzer olduğu, bununla birlikte, özellikle kronik ruhsal bozukluğu olan hastaya primer bakım verenlerde depresyon görülme sıklığının yüksek olduğu belirtilmektedir. [7,8,14,22,30,32,33] Bu nedenle, klinikte veya taburculuk sonrası sadece kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin değil, yakınlarının da psikososyal olarak desteklenmesi önemli olmaktadır. Sharif ve ark.nın^[30] (2012) 35 şizofreni hastası ve bakım verenleri ile yaptıkları çalışmada, verilen eğitim sonrası bakım verenlerde işbirliğinin arttığı, anksiyete ve depresyon bulgularının iyileştiği gözlenmiştir. Yapılandırılmış sürekli psikoeğitim programları

ile bilinçlenen ve desteklenen bakım verenlerde algılanan bakım yükü, iyilik düzeyi, evlilik ilişkileri, diğer bireylerle ilişkileri vb.^[8,13] alanlarda iyileşmeler gözlenecek ve bu da doğrudan hastaya sunulan bakımın niteliğini olumlu yönde etkileyecektir.^[4,10,14,15] Yapılan çalışmalarda kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerine verilen psikoeğitimin, bakım verme yükünü olumlu biçimde etkilediği belirtilmektedir.^[9,14,16-22,30,34] Reinares ark.nın^[35] (2004) bipolar bozukluk tanılı hasta aileleriyle yaptıkları çalışmada bakım verenlere verilen eğitimin, onların bipolar bozukluk hakkındaki bilgilerini geliştirdiği, sıkıntı hissini,

öznel yükü azalttığı ve hastaların yaşamlarındaki aksalıklar ile hastalıkları arasında bağlantı olduğu inancını değiştirdiği belirtilmektedir. Fallahi Khoshknab ve ark.nın^[36] (2014) İran'da hastanede yatan akut dönemde olan 71 şizofreni hastasının yakınları ile yaptıkları çalışmada da, psikoeğitim sonrası hasta yakınlarının bakım verme puanlarının önemli düzeyde azaldığı bulunmuştur. İran'da yapılan başka bir çalışmada da (2012) 50 şizofreni ve 50 bipolar bozukluğu olan bireylere bakım verenlerin bakım verme yükü puanlarının eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonra anlamlı düzeyde azaldığı belirlenmiştir.^[37] Doğan ve ark.nın^[17] (2002) şizofreni hastası ailelerine yönelik ev ortamında yaptığı çalışmada, eğitim sonrasında aile üyelerinin yaşam kalitelerinde, ruhsal belirtilerinde, algıladıkları sosyal destek ve hastalıkla ilgili yaşadıkları güçlük düzeylerinde azalma olduğu saptanmıştır. Ozkan ve ark.nın^[38] (2013) yaptıkları çalışmada ise şizofreni hastası ailelerine yönelik yapılan psikoeğitim ve telepsikiyatrik izlemin, bakım verenlerin duygu dışı vurumunu (emotional expression), depresyon ve aile yükünü azalttığı bulunmuştur. Tanrıverdi ve Ekinci'nin^[39] (2012) 31 şizofreni hastalarının bakım verenleri ile yaptıkları bir başka çalışmada ise psikoeğitimin bakım veren yükünü önemli ölçüde azalttığı ve etkili bir terapötik strateji olduğu belirtilmiştir. Buna karşın bazı çalışmalarda ise bakım verenlerin hastalık hakkındaki bilgi düzeyleri ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki olmadığı,^[12,40] diğer bazı çalışmalarda ise bakım verenlerin hastalık hakkındaki bilgi düzeyi arttıkça aile yükünün arttığı belirtilmektedir.^[41] Bu çalışmada ise uygulama ve kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin eğitim öncesi ve sonrası bakım verme yükü puan ortalamaları arasında fark bulunamamıştır. Bu bulguya göre, uygulama grubuna uygulanan psikoeğitimin bakım verenlerin bakım vermektan dolayı hissettikleri stres algısını anlamlı düzeyde değiştirmediği söylenebilir. Ancak, yine de Tablo 4 incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da uygulama grubunun bakım verme yükü puan ortalamalarının azaldığı, buna karşın kontrol grubunun ise yükseldiği görülmektedir. Başka bir ifadeyle, uygulama grubunun bakım verme yükü puan ortalamasında görülen azalma istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir. Araştırmanın son-test değerlendirmesinin ilk değerlendirmeden (öntest) bir ay gibi kısa bir süre sonra yapılmasının bu sonucun oluşmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Yani arada geçen bir aylık sürenin, bakım verme yükünden dolayı hissedilen duygu/algı değişimi için yeterli olmadığı düşünülmüştür. Bu düşüncüyü destekler nitelikte Yesufu-Udechuku ve ark.nın^[11] (2015) toplam 1589 bakım veren ile yaptığı 21 araştırmanın meta analizi sonucunda, bakım verenlerin psikoeğitimin hemen sonrasında yarar sağlayamadığı, ancak altıncı aydan sonra problem çözme, psikolojik streste olumlu değişimler olduğu belirlenmiştir.

Çalışmalar incelendiğinde, psikoeğitimin bakım verenlerin hastalığa psikososyal uyumları üzerine etkisini değerlendiren bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte yapılan çalışmalarda, psikoeğitim sonrasında bakım verenlerin hissettikleri umutsuzluk, stres ve güçlüklerin azaldığı, yaşam kalitelerinin ve sosyal işlevselliklerinin arttığı, hastaya bakım verirken hissettikleri zorlukların azaldığı,^[17,42] aile işlevlerin-

de, hastaların sosyal destek düzeyi ve ilaç tedavisine yönelik iş birliğinde artma olduğu,^[16] hastalık, tedavi ve hastaya yaklaşım konusunda bilgi düzeylerinde ve problem çözme becerilerinde artma olduğu^[43] bulunmuştur. Ayrıca yapılan bir meta analiz çalışmasında, psikoeğitim müdahalelerinin bakım verenlerin yanı sıra hastalara yönelik de olumlu etkileri olduğu ve hastalığın tekrarlanma oranını %20 oranında azalttığı,^[44] başka bir çalışmada şizofreni hastalığının relaps süresinin uzadığı, ilk relapsta hastanın daha kısa süre hastanede kaldığı ve beş yıl içinde hastanede yattığı gün sayısının azaldığı saptanmıştır.^[45] Bununla birlikte Ran ve ark.nın^[46] (2015) Çin'in kırsal kesiminde şizofreni ailelerine verilen psikoeğitimin 14 yıllık takibini yaptıkları bir çalışmada, ailesine psikoeğitim yapılan ve aynı zamanda ilaç kullanmaya devam eden hastaların, sadece ilaç kullanan ve hiçbir tedavi almayan hastalara göre daha yüksek bir iş gücüne sahip olduğu bulunmuştur. Tablo 4'te çalışma bulguları incelendiğinde, uygulama grubunda eğitim öncesi ve sonrası hastalığa psikososyal uyum açısından istatistiksel olarak fark bulunmazken, kontrol grubunda hastalığa psikososyal uyumun gittikçe bozulduğu/kötüleştigi görülmektedir. Uygulama grubunun psikososyal uyumunda görülen iyileşmenin, istatistiksel olarak anlamsız bulunmasında, iki ölçüm (öntest-sontest) arasında geçen sürenin kısa olmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte kontrol grubunda genel psikososyal uyum ve mesleki çevre, seksüel ilişki, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre, psikolojik distres alt boyutlarında saptanan anlamlı düzeydeki kötüleşmenin uygulama grubunda görülmemesi, uygulanan eğitimin uygulama grubundaki bu kötüleşmeyi önlediğini düşündürmektedir. Bununla birlikte yapılan psikoeğitim sonunda, bakım verenlerden alınan sözlü ve yazılı geri bildirimlerde; bakım verenler, hastalarının hastalığı, tedavisi ve rehabilitasyonu hakkında daha önce farkında olmadıkları birçok konu hakkında bilgi sahibi olduklarını, hastalığın tekrarladığını gösteren erken belirtileri artık tanıdıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca bakım verenler bu eğitimin sürekliliğinin önemini belirtmek ve eğitimcilere teşekkürlerini ifade edebilmek için, yaşadıkları olumlu değişimlere yönelik duygu ve düşüncelerini, eğitimin gerekliliğine ilişkin inançlarını ve teşekkür duygularını resmi olarak hastane yönetimine iletilmişlerdir. Benzer bir şekilde, Yıldırım ve ark.^[13] (2014) yaptıkları çalışmada da, eğitim sonrasında hasta yakınları duygu ve düşüncelerini suçluluk ve utanma hissi olmadan rahatça ifade edebildiklerini, sorunlara daha duyarlı olduklarını ve hasta bakımında, aile ile ilgili ve farklı durumlarda karşılaştıkları zorluklarla daha etkili başa çıkabildiklerini belirtmiştir. Kumar ve Mohanty'in^[47] (2015) 40 şizofreni hastası ve eşlerine yönelik yaptıkları çalışmada da, ailelere yönelik psikoeğitimin, aile içinde eleştirel ve düşmanca tutum yerine duygunun olumlu bir şekilde ifade edilmesi, bakım veren yükünün ve psikiyatrik hastalıklara yönelik damgalanma duygusunun azalması konusunda önemli ölçüde etkili olduğu belirtilmiştir. Bu bulgulara göre, kronik ruhsal bozukluk tanısı olan bireylere sunulan bakım hizmetlerinin iyileştirilebilmesi için, genellikle sadece araştırmalar kapsamında kısa süreli olarak yürütülen

bakım verenlere yönelik bu tür psikoeğitim programlarının yaygınlaştırılarak, devamlılığının sağlanmasının, bu konuda bakım verenlere yönelik aile okulları oluşturulmasının gerekli ve önemli olduğu söylenebilir.

Sonuç

Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylere bakım verenlere uygulanan psikoeğitim, bakım verenler tarafından algılanan sıkıntıyı değiştirmemiş ve benzer şekilde hastalığa psikososyal uyumlarını da etkilememiş gibi görünse de, kontrol grubunun hem hissettikleri sıkıntıda hem de psikososyal uyumunda görülen kötüleşmenin uygulama grubunda görülmemesi, uygulanan psikoeğitimin bu kötüleşmeyi engellediğini düşündürmektedir. Eğitim sonrası değerlendirmenin bir ay gibi kısa bir süre sonra yapılması ve daha uzun aralıklarla tekrarlı ölçümlerle değerlendirme yapılmamasının bu sonucun oluşmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda bu çalışmanın güçsüz yanını oluşturmaktadır. Bu nedenle daha sonraki benzer çalışmalarda longitudinal olarak tekrarlı değerlendirmelerin yapılması ve eğitim etkinliğinin farklı ölçeklerle de değerlendirilmesi önerilir. Buna karşın uygulama ve kontrol grubuyla çalışılmış olması çalışmanın güçlü yanını oluşturmaktadır. Çünkü uygulama grubundaki bakım verenlerin eğitim sonrası, öncesine göre, bakım vermektan dolayı hissettikleri sıkıntı ve hastalığa psikososyal uyumda puan ortalamaları açısından olumlu yönde bir iyileşme gözlenirse de bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ancak, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında uygulama grubunun bakım yükü algısında görülen hafif düzeydeki iyileşme ve psikososyal uyuma karşın, kontrol grubunda bir kötüleşme olduğu gözlenmiştir.

Ülkemizde genel anlamda, kronik ruhsal bozukluğu olan hastaların ailelerine yönelik planlı ve yapılandırılmış, sürekliliği olan psikoeğitim programlarının uygulanmadığı bilinmekte, konu ile ilgili yapılan çalışmaların daha küçük gruplarla yapıldığı ve çalışma sayısının yeterli olmadığı görülmektedir. Özellikle psikiyatri kliniği ve toplum ruh sağlığı hemşireleri gibi psikiyatri alanında çalışan uzman hemşirelerin, kronik ruhsal bozukluğu olan hastalara bakım verenlere yönelik psikoeğitim ve danışmanlık konusunda hem yasal hem de mesleki anlamda önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Bu nedenle hemşireler, bakım verenlerin yükünün azaltılması ve psikososyal anlamda desteklenmesine katkı sağlayan psikoeğitim uygulamalarının geliştirilmesi ve aksaklıkların giderilmesi konusunda araştırmalar yapmalı ve bu programların rutin olarak yürütülmesi konusunda sorumluluk almalıdır. Ayrıca, bu programların sürekliliğinin sağlanabilmesi için bu eğitimleri yürütebilmek konusunda bilgi ve beceri sahibi olan hemşirelerin çalışma koşullarının bu programların devamlılığını sağlayacak bir biçimde düzenlenmesi gerekir. Bununla birlikte yapılacak olan yasal düzenlemelerle, hastalara ve bakım verenlere yönelik bu tür psikoeğitim programları standardize edilerek yaygınlaştırılabilir. Böylece ruh sağlığı hizmetlerinin kalite ve niteliğinin artırılmasına katkı sağlanabilir.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

Uygulama ve kontrol gruplarının belirlenmesinde, araştırmaya dahil olma kriterleri (tarih aralığı, hastalık tanısı [bipolar, psikoz gibi]) içerisinde klinikte tedavi olmuş olan hasta sayısının sınırlı olması ve psikoeğitim oturumlarına devamlılığın sağlanabilmesi için bu sayı içerisinde oturumlara katılım konusunda sadece gönüllü olanların uygulama grubuna atanmış olması araştırmanın sınırlı ve zayıf yönünü oluşturmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul eden fakat eğitim sürecinde hastalarının bakımını sürdürme ve bakımı yürütecek başka kimsenin olmaması gibi nedenlerle eğitim programına tam olarak katılmayan ve bu nedenle araştırma kapsamına dahil edilemeyen bakım veren sayısının yüksek olması, bunun sonucu olarak araştırma bulgularının genellenememesi araştırmanın diğer bir sınırlılığıdır. Ayrıca verilen eğitimlerin sadece didaktik olması, araştırma sürecinde zaman kısıtlılığı ve bakım verenleri bir araya getirme konusunda zorluklar nedeniyle; eğitim öncesinde alınan bakım verme yükü ve psikososyal uyum ile ilgili verilerin, bir ay gibi kısa bir süre sonra eğitimin hemen bitiminde tekrar alınması ve belirli aralıklarla tekrarlı değerlendirmelerin yapılamaması araştırmanın diğer kısıtlılıkları ve zayıf yönleridir. Araştırmanın, psikiyatri birimlerinde uygulama (deney)-kontrol tasarımı yapılan sınırlı sayıda çalışmalardan biri olması da güçlü yanını oluşturmaktadır.

Çıkar çatışması: Bildirilmemiştir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazarlık katkıları: Konsept – L.B.A., A.B.; Dizayn – L.B.A., A.B.; Denetim – L.B.A.; Finansman - Y.A., N.T.; Meteryal – Y.A., N.T.; Veri toplama veya işleme – L.B.A., A.B., Y.A., N.T.; Analiz ve yorumlama – L.B.A.; Literatür arama – A.B., Y.A.; Yazan – L.B.A., A.B.; Kritik revizyon – L.B.A.

Kaynaklar

1. Yazıcı A, Saatçioğlu Ö, Coşkun S, Yanık M. Structuring of the Bakırköy Rehabilitation Form for Patient with Chronic Mental Illness [Article in Turkish]. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2010;47:183–95.
2. Ak M, Yavuz FK, Lapsekili N, Türkçapar MH. Evaluation of burden in a group of patients with chronic psychiatric disorders and their caregivers [Article in Turkish]. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2012;25:330–7.
3. Saunders JC. Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues Ment Health Nurs* 2003;24:175–98.
4. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, et al. Caregiver Burden in Chronic Diseases [Article in Turkish]. *Current Approaches in Psychiatry* 2011;3:513–52.
5. Chan SW. Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2011;25:339–49.
6. Çetinkaya Duman Z, Bademli K. Families of Chronic Psychiatric Patients: A Systematic Review [Article in Turkish]. *Current Approaches in Psychiatry* 2013;5:78–94.
7. Tel H, Ertekin Pınar Ş. Investigation of the Relationship between Burnout and Depression in Primary Caregivers of Pa-

- tients with Chronic Mental Problems [Article in Turkish]. *J Psychiatric Nurs* 2013;4:145–52.
8. Shah AJ, Wadoo O, Latoo J. Psychological Distress in Carers of People with Mental Disorders. *BJMP* 2010;3:a327.
 9. Arslantaş H, Adana F. The Burden of Schizophrenia on Caregivers [Article in Turkish]. *Current Approaches in Psychiatry* 2011;3:251–77.
 10. Arguvanlı Çoban S, Özkan B, Medik K, Saraç B. The Quality of Life of People with Bipolar Disorders and Their Caregivers [Article in Turkish]. *J Psy Nurs* 2013;4:61–6.
 11. Yesufu-Udechuku A, Harrison B, Mayo-Wilson E, Young N, et al. Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2015;206:268–74.
 12. Yazıcı E, Karabulut Ü, Yıldız M, Baskan Tekeş S, et al. Burden on Caregivers of Patients with Schizophrenia and Related Factors [Article in Turkish]. *Arch Neuropsychiatr* 2016;53:96–101.
 13. Yıldırım A, Buzlu S, Hacıhasanoğlu Aşlar R, Camcıoğlu T, et al. The Effect of Family-to-Family Support Programs Provided for Families of Schizophrenic Patients on Information about Illness, Family Burden and Self-Efficacy [Article in Turkish]. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2014;25:31–7.
 14. Arslantaş H, Sevinçok L, Uygur B, Balcı V, et al. Impacts of Psychoeducation Among the Caregivers of Schizophrenic Patients to Both Clinical Course of the Illness and to the Level of Expressed Emotion in Caregivers [Article in Turkish]. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2009;10:3–10.
 15. Yıldırım A, İkinci M. Effect of psychoeducation on family functioning of family members of patients with schizophrenia, on social support levels of patients, and treatment compliance [Article in Turkish]. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2010;11:195–205.
 16. Chadda RK. Caring for the family caregivers of persons with mental illness. *Indian J Psychiatry* 2014;56:221–7.
 17. Doğan O, Doğan S, Tel H, Çoker F, et al. Psychosocial approaches in schizophrenia: families [Article in Turkish]. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002;3:133–9.
 18. Babacan Gümüş A. Difficulties of patients and their families in schizophrenia psychoeducation and nursing [Article in Turkish]. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2006;8:23–34.
 19. Alataş G, Kurt E, Tüzün Alataş E, Bilgiç V, et al. Psychoeducation in Mood Disorders [Article in Turkish]. *Düşünen Adam* 2007;20:196–205.
 20. Pickett-Schenk SA, Lippincott RC, Bennett C, Steigman PJ. Improving knowledge about mental illness through family-led education: the journey of hope. *Psychiatr Serv* 2008;59:49–56.
 21. Paranthaman V, Satnam K, Lim JL, Amar-Singh HS, et al. Effective implementation of a structured psychoeducation programme among caregivers of patients with schizophrenia in the community. *Asian J Psychiatr* 2010;3:206–12.
 22. Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, et al. The Perceived Burden of Care and its Correlates in Schizophrenia [Article in Turkish]. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010;21:203–12.
 23. Yönetmenlik. Hemşirelik Kanunu. Resmi Gazete Sayı 27515; Mar 8, 2010. Available at: <http://www.resmigazete.gov.tr/es-kiler/2010/03/20100308-4.htm>. Accessed May 31, 2018.
 24. Zarit SH, Zarit JM. The memory and behavior problems checklist and the burden interview (technical report) University Park: Pennsylvania State University, Gerontology Center; 1990.
 25. İnci FH, Erdem M. Validity and Reliability of The Burden Interview and Its Adaptation to Turkish [Article in Turkish]. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;11:85–95.
 26. Adaylar M. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığına tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri [Doktora Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1995.
 27. Derogatis LR. The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *J Psychosom Res* 1986;30:77–91.
 28. Dore G, Romans SE. Impact of bipolar affective disorder on family and partners. *J Affect Disord* 2001;67:147–58.
 29. Shamsaei F, Fatemeh C, Bashirian C. Burden on Family Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia. *Iran J Psychiatry* 2015;10:239–45.
 30. Sharif F, Shaygan M, Mani A. Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry* 2012;12:48.
 31. Aydın A, Eker SS, Cangür Ş, Sarandöl A, et al. The Association of the Level of Caregiver Burden with the Sociodemographic Variables and the Characteristics of the Disorder in Schizophrenic Patients [Article in Turkish]. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009;46:10–4.
 32. Harmancı P, Çetinkaya Duman Z. Analysis Of The Relationship Between Burden Of Caregivers Of Patients With Schizophrenia And Their Mental Health Conditions [Article in Turkish]. *J Psy Nurs* 2016;7:82–6.
 33. Pompili M, Harnic D, Gonda X, Forte A, et al. Impact of living with bipolar patients: Making sense of caregivers' burden. *World J Psychiatry* 2014;22:4:1–12.
 34. Zaki N, Awaad MI, Elbatrawy NA, Elmissiry MA, et al. Effectiveness of a behavioral family psychoeducational program for Egyptian patients with bipolar disorder and their caregivers. *Middle East Current Psychiatry* 2014;21:212–21.
 35. Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, et al. Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychother Psychosom* 2004;73:312–9.
 36. Fallahi Khoshknab M, Sheikhona M, Rahgouy A, Rahgozar M, et al. The effects of group psychoeducational programme on family burden in caregivers of Iranian patients with schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014;21:438–46.
 37. Navidian A, Kermansaravi F, Rigi SN. The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders. *BMC Research Notes* 2012;5:399.
 38. Ozkan B, Erdem E, Ozsoy SD, Zararsiz G. Effect of psychoeducation and telepsychiatric follow up given to the caregiver of the schizophrenic patient on family burden, depression and expression of emotion. *Pak J Med Sci* 2013;29:1122–7.
 39. Tanrıverdi D, İkinci M. The effect psychoeducation intervention has on the caregiving burden of caregivers for schizo-

- phrenic patients in Turkey. *Int J Nurs Pract* 2012;18:281–8.
40. Souza MS, Silva RA, Molina MA, Jansen K, et al. Six-session caregiver psychoeducation on bipolar disorder: Does it bring benefits to caregivers? *Int J Soc Psychiatry* 2016;62:377–85.
41. Sefasi A, Crumlish N, Samalani P, Kinsella A, et al. A little knowledge: caregiverburden in schizophrenia in Malawi. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:160–4.
42. Dülgerler Ş. Şizofrenik bozukluğu olan bireylerin ailelerine verilen psikoeğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi [Doktora Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2004.
43. Kızıltoprak S. Şizofrenik hasta ailelerinde yapılan ruhsal eğitim gruplarının ailelerin umutsuzluk düzeyine etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
44. Walz GP, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, et al. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia-a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001;27:73–92.
45. McWilliams S, Hill S, Mannion N, Fetherston A, et al. Schizophrenia: a five-year follow-up of patient outcome following psycho-education for caregivers. *Eur Psychiatry* 2012;27:56–61.
46. Ran M, Chan C, Ng S, Guo L, et al. The effectiveness of psychoeducational family intervention for patients with schizophrenia in a 14-year follow-up study in a Chinese rural area. *Psychol Med* 2015;45:2197–204.
47. Kumar S, Mohanty S. Role of psycho-education in burden of care, family attitude and stigma in spouses of persons with schizophrenia. *Indian Journal of Clinical Psychology* 2015;42:115–21.