

# Ruh Hastalıkları Tedavisinde Psikososyal Bir Boyut: Psikoeğitimsel Bir Model

Ümit EREN YURTSEVER \*, Tarık KUTLAR \*, Nurcihan TARLACI \*, Kirkor KAMBERYAN \*,  
Muharrem YAMAN \*

## ÖZET

Araştırmanın amacı; hasta ve aileyi hastalık hakkında bilgilendirerek, tedavi uyumunu artırmak, hastalıkla başa çıkma yeteneklerinde olumlu değişiklikler sağlayarak relapsları azaltmaktır. Pek çok araştırma bu girişimlerin hastalar ve aileleri üzerinde pozitif etkisi olduğunu göstermektedir. Bu araştırma, psikoloji ve eğitim kaynaklarından yararlanılarak geliştirilmiş olup, uygulama sonuçları psikiyatri alanında kullanılabilir bir model olduğunu kanıtlamıştır. Aile üyelerinin ve hastaların ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde bir model geliştirilmiştir. Bu modelde, benzerlerinden farklı olarak öğretim ilke ve yöntemleri zemininde eğitim programı geliştirilmiştir. Eğitim, öğretim kavramları tartışılmış, psikoeğitimsel çalışmaların zemini bu kavramlara oturtulmuştur. Ayrıca eğitim programları bu programların uygulanması, öğrenme, öğrenme çeşitleri, öğrenme modelleri ve eğitimsel girişimlerin öneminden bahsedilmiştir. Bu model standart hastane tedavisine ek olarak hastalar ve aileleri için grup oturumlarını da kapsayan bir girişimdir.

Araştırma, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi III. Psikiyatri Kliniği'nde 5 gün 2'şer saatlik oturumlar şeklinde planlanmıştır. Psikoeğitimsel yaklaşım hastalara bilgisayarda microsoft power point programında hazırlanmış slaytlarla sunulmuştur. Bu slaytlar, altı konu başlığını kapsayacak şekilde şöyle hazırlanmıştır: Eğitim 34 hastalık nedenleri 42, hastalık belirtileri 75 (depresyon 45, mani 30), ilaçla tedavi ve yan etkileri 80, aile 34 slayt. Araştırmaya katılan kişiler; DSM IV kriterlerine göre Duygudurum bozukluğu tanısı almış, klinikte standart tedavisi yapılmış, aile ile ilişki kurulan hasta olarak belirlenmiştir.

Araştırmada öntest-sontest kontrol gruplu deneysel model kullanılmıştır. Deney grubuna; 40 hasta, 40 hasta ailesi, kontrol grubuna da 40 hasta, 40 hasta ailesi olmak üzere toplam 180 kişi alınmıştır. Araştırmada, 5 veri toplama aracı kullanılmıştır. Geçerlilik ve güvenilirlik sınamaları sonucunda ölçeklerin kullanılabilirliğine karar verilmiştir. Verilerin çözümlenmesinde ilişkili t testi, ilişkisiz t testi, iki boyutlu varyans analizi istatistik teknikleri kullanılmıştır. İstatistik işlemlerde .05 manidarlık düzeyi benimsenmiştir.

Anahtar kelimeler: Psikoeğitim, hasta ve aile eğitim

Düşünen Adam; 2001, 14(1): 33-40

## SUMMARY

The purpose of our study is that group information to the patient and the family about the disease in order to increase the compliance to the treatment and to decrease the relapse with positive change is the ability of handling. Most of the recent studies have shown that, this kind of methods affect positively on both the patients and their family. This study which developed from psychiatry, psychology and education sources and application results proved that it was an available model in psychiatry. A model that replays to the patient and his families needs was established in that model different than the orders on educational program was developed on the subject of instructional principles. Education and instructional concepts was discussed and the psychoeducational studies was based on this subjects. Besides, the educational program, their application, kinds of instruction the instruction model and the educational efforts importance was inquired. This model includes the group sessions for the patients and their family which were added to the standard hospital treatment.

This research was planned on 5 days, 2 hours lasting sessions on thirty Psychiatry clinic of Bakırköy Psychiatry Hospital. Psychoeducational approaches were presented to the patients with slides that were prepared by Microsoft power point program on computer. There slides comprise six main subject headline that were; 1- Educational 34, 2- Etiology of the disease, 3- Symptoms of the disease 70 (depression 45, mania 30), 4- Drug therapy and side effects 80, 5- Family 34. Bipolar diseased patients method the DSM IV criterions who had the standard therapy on the clinic and the families who we had related. We used a trial method which pretest and final test with control groups. As in the trial group 40 patients, 40 family and the control group with 40 patients and their family a total of 10 were studied. We used five means of data in our study. We used the scalar often he validity and the reliability were tested. For data analysis, related t test unrelated t test bidimensional variant analyze were used. In statistic dealing .05 identified as significant value.

Key words: Psychoeducational, patient and the family education

\* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 1. Psikiyatri Kliniği,

## GİRİŞ

Psikoeğitim sözcüğü yapılandırılmış ve bazı özel içerik alanlarına yoğunlaştırılmış programları anlatmak için kullanılır olmuştur. Psikiyatrik literatürde bu sözcüğün tanımında fikir birliği yoktur ve genelde geniş kognitif, davranışsal ve psikososyal tedavi yaklaşımlarını (aile ve hasta için) anlatmak için kullanılmaktadır. Yardım etmek, aileye bilgi vermenin yanında başa çıkma yeteneklerinin de kazandırılmasını içerir (1,4,10,16,17).

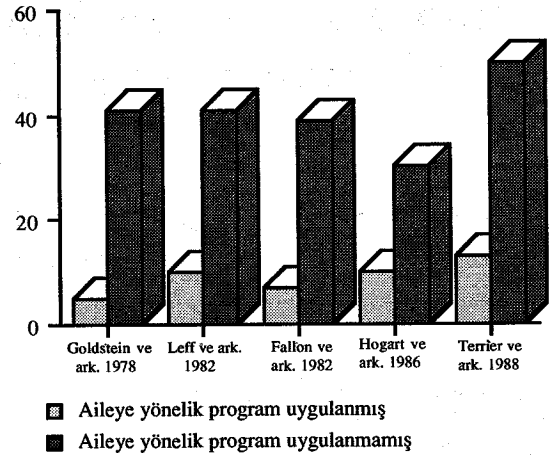
Eğitim, bireyin davranışında kendi yaşantısı yoluyla ve amaçlı olarak istenilen davranışların gelişmesi için uygulanan süreçlerin tümüdür. Bu süreç aile ve hastaya hastalıkla ilgili bilgi ile donatma işleminin tümünü kapsar. Hasta ve ailesi uzman ekibin sağladığı etkileşim ortamında yüz yüze ve planlı olarak amaçlanan değişim sürecini sürdürürler.

Hasta ve hasta ailesi için psikoeğitimin beklenen amaçları şunlardır:

1. Aile yükünü ve stresini azaltmak.
2. Değişim umudunu artırmak.
3. Relapsı önlemek
4. Hasta ve ailesi için hayat kalitesini artırmak ve yeni başa çıkma yetenekleri edinmelerine yardım etmek.
5. Kognitif, affektif ve davranış değişiklikleri yapmak.
6. Emosyonel destek sağlamak.
7. Hastalığın semptomlarını öğretmek.
8. Tedavide uyumu artırmak (5,8,10,15).

Psikoeğitimsel gruplara yönelişin günümüzde birçok nedeni vardır:

- Psikiyatrik hastalıkların nedeni olan biyo-psikososyal etmenleri hasta ve aile ile birlikte gözden geçirip hastalık belirtileri ile daha iyi baş edilebilmelerini sağlamak.
- Uzun yatış süreli hastane tedavilerinin maliyetlerinin artması ve bunu karşılayan kaynakların azalması, kısa yatış süreli hastane tedavilerinin ve eğitimle desteklenmiş tedavi yöntemlerinin gerekliliği açığa çıkmıştır.
- Nüks ve relapsların önlenmesinde, tedaviye uyumda, iş ve günlük yaşam olaylarının hastalık sürecine olumsuz etkilerini gidermede ve önlemede



Şekil 1.

anlamli biçimde yararlı olduğu bilinmektedir (Kent, 1994).

Yatarak tedavi sonrası ilaç tedavisi ve iyi planlanmış psikososyal yardımlar bir yıl içinde tekrar yatışları dramatik olarak azaltmıştır (Şekil 1) (Rabiner, Wegner, Kane, 1986).

Uzun süreli eğitim programları, hastane tedavisini izleyen bir yılı aşkın süreyi kapsayabilir. Bir yandan psikofarmakoterapinin de sürdürüldüğü bu uygulamalar kontrollü klinik çalışmalarda değerlendirilmiştir. Amaç, remisyonda iken bilgilendirme, destek olma ve özgün başa çıkma yöntemleri ile aile ortamının gerginliğini azaltabilmektedir. Şekil 1'de uzun süreli programlarla yapılmış beş kontrollü çalışmanın sonuçları verilmiştir. Aileye yönelik programların olmadığı gruplarda yinelemelerin yüksek oluşu çok önemli bir bulgudur (21,25,27,28).

Hatfield'a göre aileler için psikoeğitimin amacı, kronik psikiyatrik hastası olan ailelere bu bilmedikleri ve zorlandıkları hastalık sürecindeki rollerini öğrendikçe iyi öğretip benimsetebilmektir. Bu süreçte karşılaşılabilecekleri olası sorunları hakkında bilgilendirmek çözümü hızlandırıcı ve kolaylaştırıcıdır. Son yıllarda Şizofreni, Affektif Bozukluklar, Depresyon, Alkol ve Madde kullanımı olan hastalar ve ailelerini de kapsayan genelden özele sorun çözmeye yönelik psikoeğitim programları geliştirilmektedir (4,10,12).

İnsanlara hastalıkları ve tedavileri hakkında özel

Tablo 1. Psikoeğitimsel yaklaşımların gelişimi.

ÇALIŞMA	DENEKLER	TEDAVİ	KARŞILAŞTIRMA GRUBU	SONUÇLAR
Goldstein (1978)	104 şizofreni hastası çoğu ilk görüşme	Kriz odaklı kısa 6 haftalık seanslarla eğitim, hastalığı kabullenme ve geleceğe yönelik plan yapma	Orta ve düşük düzeyde ilaç tedavisi	Aile eğitim gruplarında 6 ay için düşük tekrar oranı (p<0.005)
Falloon (1982) Fallon ve Pederson (1985)	Yüksek duyu dışavurumu olan akrabalarla yaşayan veya tekrarlama riski yüksek olduğu düşünülen 36 şizofren hasta	Davranışçı aile tedavisi, ailenin evinde problem çözme ve iletişim becerileri eğitimi 3 ay yoğun terapi ve 6 ay takip seansları	Destekleyici bireysel psikoterapi ile beraber kısa aile danışmanlığı	Aile tedavisi grubunda daha az nüks 9 ayda (p<0.01) ve 2 yılda (p<0.001). Hastanın işlevselliğinde artış, yükünde azalma tedavi grubunda masrafların düşmesi
Leff (1982, 1985)	Duyu dışavurumu yüksek akrabaları olan 24 şizofren hasta	Akrabaların eğitimi, akrabalar grubu, evde aile terapisi	Düzenli hastane takibi, aile ile az düzeyde yapılan iletişimler	9 ay için tekrarlarda aile tedavisi grubunda düşüş (p<0.05) 2 ayda belirgin düşüş yok
Kottegan (1984)	Duyu dışavurumu yüksek akrabaları ile yaşayan 29 şizofreni hasta	Yalnız hasta grubu ve yalnız akraba grubunda eğitim ve tartışma	Standart bakım	Gruplar arasında tekrarlama açısından fark yok
Glick (1985) Haas (1986)	Şizofreni ya da şizofreniform bozukluğu olan 80 hasta majör duygulanım bozukluğu olan 60 hasta	Yatan hasta ile en az 6 seanslık aile müdahalesi; eğitim, mevcut ve gelecekteki stresörlerin tanımlanması	Standart yoğun yataklı tedavi	Hasta aile grupları için aile değerlendirmelerinde ve kadın hastalarda tedavinin olumlu etkisi görüldü.
Hogart (1986, 1991)	Yüksek duyu dışavurumu olan akrabalarla yaşayan 103 şizofreni hastası	2 yıl süreli eğitim, tartışma, problem çözme iletişim eğitimi	Gündüz hastanesi sosyal beceri eğitimi	1 ve 2 yıllık takiplerde aile tedavisi tekrarı azaltmaktadır (p<0.01) fakat hasta işlevselliğinde etkisi olmadı.
Tarrier (1988)	83 şizofreni hastası 64 yüksek duyu dışavurumu olan ve 19 düşük duyu durumu olan akrabaların karşılaştırmalı grupları	9 ay süreli davranışçı program, eğitim, stresle başetme, problem çözme, amaç koyma uygulamıyor	Yalnızca eğitim 2 kısa seans veya rutin tedavi	9 ay ve 2 yıllık süreler için aile tedavisi tekrarı ve psikiyatrik semptomlar azaldı.
Leff (1989)	Yüksek duyu dışavurumu olan akrabalarla yaşayan 24 şizofreni ailesi	Eğitim tartışma evde ailesi tedavisi	Eğitim+akrabalar için destek grubu	2 yıl için gruplar arası tekrar açısından fark yok (% 35 ve % 36) sosyal ilişkilerde düzelmeye belirtisi yok
Levene (1989)	İlaç tedavisine uymayan 10 şizofreni hastası ve aileyle haftalık görüşme (belli bir konunun görüşüldüğü)	Fokal aile terapisi	Destekleyici danışmanlık	İki grupta da semptomlar, topluma uyum ve sosyal işlevsellik açısından ilerleme görülmüş. İki grup arasında fark görülmemiştir.
Vaughan (1992)	İki ebeveyni ile yaşayan ebeveynlerden en az birinin yüksek duyu dışavurumu olan 35 şizofreni hastası	10 haftalık akrabalara yönelik program işbirliğinin sağlanması ve problem çözme oryantasyonlu	Standart ayaktan tedavi	Gruplar arasında tekrar ve semptomlar açısından fark yok.
Zastowny (1992)	Ailelerine ulaşılabilen orta uzunlukta bir süre için yataklı biçimde kalan 30 şizofreni hastası	Falloon'un çalışmasına dayanarak yapılan davranışçı aile yöntemi	Destekleyici aile yöntemi	İki grupta da semptomlar, topluma uyum ve sosyal işlevsellik açısından ilerleme görülmüş. İki grup arasında fark görülmemiştir.
Randolph (1994)	Haftada 4 saat aile ile görüşülen 41 şizofreni hastası	Falloon'un ve diğerlerinin çalışmalarına dayanarak yapılan klinik temelli davranışçı aile yöntemi	Standart servis	1 yıllık sürede tedavi grubunda daha düşük tekrar (p<0.001).
McFarlane (1994)	Aileleri ile haftada 10 saat görüşülen 41 şizofreni hastası	Çok aileli psikoeğitimsel grup	Psikoeğitimsel tek aile tedavisi; dinamik çok aile tedavisi	4 yıllık süre için psikoeğitimsel çok aileli grupta daha düşük tekrar.
McFarlane (1995)	Aileleri ile haftada 10 saat görüşülen 3 tanışma seansı ve bir formal eğitim programı ve/veya tedavisi seansına katılmış 172 şizofreni hastası	Çok aileli psikoeğitimsel grup	Tek aileli psikoeğitimsel grup	Çok aile grubunda çalışmayı tamamlayanlar için daha az tekrar. Daha semptomatik, yüksek duyu dışavurumu hasta ve aileleri için birden fazla ailelerin katıldığı çok aile modelleri daha iyi sonuç veriyor. İki grupta da iş bulma da olumlu sonuçlar elde edilmiş ama çok aile psikoeğitimsel grupta daha az yüksek bulunmuş.
Nina Schooler Kişisel yazışma şizofreni için tedavi stratejileri (1995)	Aileleri ile yaşayan veya aile ile iletişimi olan antipsikotik ilaç tedavisine aday 528 şizofreni hasta	Falloon'un modeline dayalı davranışçı model	Destekleyici aile müdahalesi, psikoeğitimsel ve aylık destek grupları.	Aile tedavi grupları arasında fark yok.

Tablo 2.

	Gruplar	Seçme	Öntest	İşlem	Sontest
Hasta	Deney	Random	01.1	Eğitim	01.2
	Kontrol	Random	0.2.1	Eğitim	0.2.2
Hasta ailesi	Deney	Random	03.1	Eğitim	03.2
	Kontrol	Random	0.4.1	Eğitim	0.4.2

bilgi verilmesi kişilerin durumlarını daha iyi anlamalarını sağlayarak tedaviye uyumu olumlu yönde etkilemektedir. Hastaya bakan ile hasta veya ailesi arasındaki iletişim eğitimin fonksiyonel olmasına yardım eder. Eğitim aynı zamanda kişisel farkında olma ve değiştirmeyi vurgulayan pek çok geleneksel psikoterapinin aslını oluşturmaktadır (4,5,9,10,15).

Dixon ve Lehman yapılan Psikoeğitimsel yaklaşımların tarihçe ve yaraları konusunda genel olarak bir özet sunmuşlardır (5).

Eğitimsel girişimlerde dersler, özel bir konu veya problem üzerinde yapılandırılmış gruplar, yarım gün ya da tam gün psikoeğitimsel çalışmalar, zamanla sınırlandırılmış gruplar ve problem çözme, kognitif, davranışsal yetenekler üzerine kursları kapsamaktadır. Bu gruplarda, psikiyatrik hastalığın nedenleri ve etkileri; tedavi girişimleri, ilaç tedavisinin etkileri, hastalığın aileye etkileri, bakım planlaması ve özel konular (stresle başa çıkma vb.) hakkında formel hasta eğitim oturumlarını kapsar. Eğitimin içeriği (öğretilen) ve işlem (nasıl öğretildiği) önemli parçalardır (10,16,17,19,24,29).

Ailenin ruh sağlığı çalışanları ile işbirliği yapabilmesi ve somut katkılarda bulunabilmesi, hastanın gereksinimlerinin farkına varılması ve bu hizmetlerde sürekliliğin sağlanması, sağlanan hizmetlerin niteliklerinin gözden geçirilmesi, hastaların günlük yaşam etkinlikleri ve pratik sorunlarını çözmelerine pratik açıdan yardımcı olunması, kriz dönemlerine müdahale edilmesi ve hastaların yaşam kalitesini bireysel ve sistem düzeyinde artırmak için yaratılan destek çabalarına katılmalarına bağlıdır (12,13,15,18,20,24).

## GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmaya Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi III. Psikiyatri Birimine başvuran DSM-IV'e göre Duygudurum Bozukluğu tanısı almış, klinikte standart tedavisi yapılmış, aile ile ilişki kurulan hastalar araştırma kapsamına alınmıştır. Uygulanan örnekleme deseni şöyledir: Deney grubu; 40 hasta, 40 hasta ailesi, kontrol grubu; 40 hasta 40 hasta ailesi olmak üzere toplam 160 kişidir. Araştırmada öntest-sontest kontrol gruplu deneysel model kullanılmıştır (29). Araştırmanın simgesel gösterimi Tablo 2'de gösterilmiştir.

Araştırma, geliştirilen psikoeğitimsel yaklaşımın, deney grubunda olan hasta ve ailenin birlikte katıldığı 5 oturum 2'şer saatlik gruplar şeklinde uygulanması ile gerçekleştirilmiştir. Bilgisayarda hazırlanan eğitim slaytları, bilgilendirici broşürler grup oturumları boyunca kullanılmıştır. Verilen bilgilerin katılımcılar tarafından öğretilmesi ve yeni başa çıkma yeteneklerini pratikleştirebilmeleri için aktif öğrenme yöntemleri kullanılmış; rol playing, monodrama, psikodrama, davranışsal tekrarlar üzerinde durulmuştur. Bu yardımlar savunuculuğu azaltarak kişilere öğretilenlerin yerleşmesini, hasta ve aileyi daha aktif olarak öğrenmenin içine almayı sağlamıştır. Eğitimin içeriği (öğretilen) ve işlem (nasıl öğretildiği) organize edilmiş ve planlanmıştır. İçeriğin ne şekilde işleneceğini, kaynakları, çeşitli yaklaşımları, öğretim stratejisi, yöntem ve teknikler önceden belirlenmiştir. Psikoeğitimsel program şu unsurlardan oluşturulmuştur: Amaçlar; ilkeler, açıklamalar. Konular; konuların düzenlenmesi, çalışma saatleri, Öğretme-öğrenme süreçleri: Öğrenme psikolojisi, öğretme, öğrenme yöntemleri teknikleri araç ve gereçleri. Öğrenme stratejisi olarak Bilişsel Öğrenme Modeli seçilmiştir. Psikoeğitimsel Program-



ların gelişmesi ve devamlılığı için de sistemli ve sürekli bir değerlendirme faaliyeti planlanıp uygulanmıştır. Ekip, saptadığı eğitim hedeflerine ne dereceye kadar ulaştığını görebilmesi için çalışmalarını değerlendirmiş. Koşulları karşılamayan bireylerle ilgili olarak sistem gözden geçirilmiş, gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Amaçların ne dereceye kadar gerçekleştirildiğini görmek için ölçek ve anketler geliştirilmiştir.

Araştırmaya katılanlara Hastalığı Tanıma Ölçeği, Aile Tutum Ölçeği, İlaçların Yan Etkileri Bilme Ölçeği, Depresyon Ölçeği, Mani Ölçeği ayrıca Hastalığın Adını Bilme, Hastalığın Belirtilerini Bilme, Kullanılan İlaçları ve Yan Etkilerini Bilme, Tedaviye Uyum ile ilgili ölçek ve anket kullanılmıştır. Geçerlilik çalışmaları kapsamında ölçeği oluşturan her sorunun madde analizi işlemleri gerçekleştirilmiştir. Bu geçerlilik ve güvenilirlik sınamaları sonucunda 5 ölçeğin de kullanılabilirliğe karar verilmiştir (6,29). Ölçekler ve anketlerden elde edilen verilerin çözümlemesinde ilişkili t testi, ilişkisiz t testi, iki boyutlu varyans analizi istatistiksel teknikleri kullanılmıştır (29).

## BULGULAR

### Hasta Grubunun Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular

Hasta grubunun testler (öntest-sontest) ve gruplar (deney-kontrol) etkileşiminde araştırma değişkenleri bakımından karşılaştırmaları iki boyutlu varyans analizi ile yapılmıştır (Yurtsever, 1999). Bu analizler sonucu ayrıntılı bilgiler şöyledir:

"Hastalığın adını bilme" "Hastalık belirtilerini bilme" "Kullandığı ilaçları bilme" "İlaçların yan etkilerini bilme" "Hastalığı tanıma" yönünden, hasta gruplarında öntestte deney ve kontrol grupları arasında

**Tablo 2. Gruplar&testler değişkenlerine göre hastalığın adını bilme için gözeneklerin ortalama ve sapmaları.**

	Öntest			Sontest			Toplam		
	n	x	s	n	x	s	n	x	s
Deney	40	0.35	0.48	40	1.00	0.00	80	0.68	0.47
Kontrol	40	0.32	0.47	40	0.52	0.51	80	0.42	0.50
Toplam	80	0.34	0.48	80	0.76	0.43	160	0.55	0.50

**Tablo 3. Gruplar & testler değişkenlerine göre hastalık belirtilerini bilme için gözeneklerin ortalama ve sapmaları.**

	Öntest			Sontest			Toplam		
	n	x	s	n	x	s	n	x	s
Deney	40	27.00	23.45	40	81.00	14.64	80	54.00	33.40
Kontrol	40	25.25	24.81	40	34.50	25.31	80	29.88	25.33
Toplam	80	26.12	24.00	80	57.75	31.14	160	41.94	31.93

**Tablo 4. Gruplar & testler değişkenlerine göre ilaçlarını bilme için gözeneklerin ortalama ve sapmaları.**

	Öntest			Sontest			Toplam		
	n	x	s	n	x	s	n	x	s
Deney	40	36.12	36.67	40	89.40	17.44	80	62.76	39.15
Kontrol	40	23.58	26.62	40	47.65	28.59	80	35.61	30.00
Toplam	80	29.85	32.46	80	68.52	31.54	160	49.19	37.34

**Tablo 5. Gruplar & testler değişkenlerine göre ilaçların yan etkileri için gözeneklerin ortalama ve sapmaları.**

	Öntest			Sontest			Toplam		
	n	x	s	n	x	s	n	x	s
Deney	35	2.23	0.89	39	1.37	0.35	74	1.78	0.79
Kontrol	36	2.41	0.74	39	2.57	0.55	75	2.50	0.65
Toplam	71	2.32	0.82	78	1.97	0.76	149	2.14	0.80

**Tablo 6. Gruplar & testler değişkenlerine göre hastalığı tanıma için gözeneklerin ortalama ve sapmaları.**

	Öntest			Sontest			Toplam		
	n	x	s	n	x	s	n	x	s
Deney	34	0.70	0.27	39	0.96	0.06	73	0.84	0.23
Kontrol	28	0.73	0.20	34	0.77	0.17	62	0.76	0.19
Toplam	62	0.72	0.24	73	0.87	0.16	135	0.80	0.21

fark yoktur. Hem deney hem kontrol grubunda sontestte, öntestte göre yükselmiştir. Ancak sontestte deney grubu, kontrol grubuna göre yine de daha yüksek bilme düzeyine ulaşmıştır. Bu sonuçlar verilen bilgilendirme eğitiminin hastalarda üzerinde beklenen faydayı sağladığını göstermektedir (Tablo 2, 3, 4, 5, 6).

Depresyon ve Mani düzeylerinde, hasta gruplarında

Tablo 7. Gruplar & testler değişkenlerine göre depresyon için gözeneklerin ortalama ve sapmaları.

	Öntest			Sontest			Toplam		
	n	x	s	n	x	s	n	x	s
Deney	29	2.48	0.66	37	1.26	0.31	66	1.80	0.78
Kontrol	21	2.41	0.84	23	1.47	0.47	44	1.92	0.82
Toplam	50	2.45	0.73	60	1.34	0.39	110	1.84	0.79

Tablo 8. Gruplar & testler değişkenlerine göre mani için gözeneklerin ortalama ve sapmaları.

	Öntest			Sontest			Toplam		
	n	x	s	n	x	s	n	x	s
Deney	28	2.37	0.90	35	1.51	0.60	63	1.89	0.86
Kontrol	21	2.86	0.72	27	1.92	0.70	48	2.33	0.84
Toplam	49	2.58	0.86	62	1.69	0.67	111	2.08	0.88

Tablo 9. Gruplar & testler değişkenlerine göre tedaviye uyum için gözeneklerin ortalama ve sapmaları.

	Öntest			Sontest			Toplam		
	n	x	s	n	x	s	n	x	s
Deney	40	2.20	0.50	40	1.19	0.30	80	1.69	0.65
Kontrol	40	2.04	0.58	40	1.87	0.55	80	1.96	0.57
Toplam	80	2.12	0.54	80	1.53	0.56	160	1.83	0.62

hem öntestte hem sontestte deney ve kontrol grupları arasında fark yoktur. Fakat deney grubunda sontestte, önteste göre Depresyon ve Mani puanı düşmüştür. Bu sonuçlar "hastanenin uyguladığı tedavinin depresyon ve mani düzeyini düşürdüğü" varsayımından hareketle hastaların da kendi durumlarındaki iyileşmenin farkında olduklarının bir göstergesi sayılabilir (Tablo 7, 8).

Tedaviye uyum bakımından, hasta gruplarında öntestte deney ve kontrol grupları arasında fark yoktur. Kontrol grubunda öntest-sontest arasında fark görülmemektedir. Buna karşılık deney grubunda sontestte, önteste göre tedaviye uyum düzeyi artmıştır (uyumsuzluk puanı düşmüştür). Bu sonuçlar verilen bilgilendirme eğitiminin hastaların tedaviye uyumunda olumlu sonuçlara yol açtığını göstermektedir (Tablo 9).

Tablo 10. Gruplar & testler değişkenlerine göre hastalığın adını bilme için gözeneklerin ortalama ve sapmaları.

	Öntest			Sontest			Toplam		
	n	x	s	n	x	s	n	x	s
Deney	40	0.32	0.47	40	0.95	0.22	80	0.64	0.48
Kontrol	40	0.32	0.47	40	0.38	0.49	80	0.35	0.48
Toplam	80	0.32	0.47	80	0.66	0.48	160	0.49	0.50

Tablo 11. Gruplar & testler değişkenlerine göre hastalık belirtilerini bilme için gözeneklerin ortalama ve sapmaları.

	Öntest			Sontest			Toplam		
	n	x	s	n	x	s	n	x	s
Deney	40	33.00	20.15	40	85.75	15.67	80	59.38	32.03
Kontrol	40	33.00	19.51	40	36.00	19.45	80	34.50	19.42
Toplam	80	33.00	19.71	80	60.88	30.57	160	46.94	29.20

Tablo 12. Gruplar & testler değişkenlerine göre ilaçlarını bilme için gözeneklerin ortalama ve sapmaları.

	Öntest			Sontest			Toplam		
	n	x	s	n	x	s	n	x	s
Deney	40	32.95	31.56	40	90.40	21.30	80	61.68	39.39
Kontrol	40	30.85	28.92	40	36.28	30.31	80	33.56	29.56
Toplam	80	31.90	30.10	80	63.34	37.67	160	47.62	37.47

### Hasta Ailesi Grubunun Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular

"Hastalığın adını bilme" "Hastalık belirtilerini bilme" "Kullandığı ilaçları bilme" "İlaçların yan etkilerini bilme" "Hastalığı tanıma" yönünden, hasta ailelerinde öntestte deney ve kontrol grupları arasında fark yoktur. Kontrol grubunda sontestte, önteste göre farklılık göstermezken deney grubunda bu düzey yükselmiştir. Ayrıca sontestte deney grubu, kontrol grubuna göre daha yüksek düzeye ulaşmıştır. Bu sonuçlar verilen bilgilendirme eğitiminin hasta aileleri üzerinde beklenen faydayı sağladığını göstermektedir (Tablo 10, 11, 12, 13, 14).

Hastalığa karşı ailenin tutumu yönünden, hasta ailelerinde öntestte deney ve kontrol grupları arasında fark yoktur. Kontrol grubunda öntest-sontest arasın-

Tablo 13. Gruplar & testler değişkenlerine göre ilaçların yan etkilerini bilme için gözeneklerin ortalama ve sapmaları.

	Öntest			Sontest			Toplam		
	n	x	s	n	x	s	n	x	s
Deney	37	2.03	0.59	40	1.80	0.50	77	1.91	0.56
Kontrol	38	2.06	0.59	38	2.12	0.56	76	2.19	0.63
Toplam	75	2.15	0.65	78	1.96	0.55	153	2.05	0.61

Tablo 14. Gruplar & testler değişkenlerine göre hastalığı tanıma için gözeneklerin ortalama ve sapmaları.

	Öntest			Sontest			Toplam		
	n	x	s	n	x	s	n	x	s
Deney	27	0.68	0.19	39	0.94	0.07	66	0.83	0.19
Kontrol	28	0.71	0.20	29	0.83	0.16	57	0.77	0.19
Toplam	55	0.69	0.19	68	0.89	0.13	123	0.80	0.19

Tablo 15. Gruplar & testler değişkenlerine göre ailenin tutumu ve gözeneklerin ortalama ve sapmaları.

	Öntest			Sontest			Toplam		
	n	x	s	n	x	s	n	x	s
Deney	34	0.49	0.24	39	0.98	0.05	73	0.75	0.30
Kontrol	36	0.52	0.25	36	0.51	0.23	72	0.52	0.24
Toplam	70	0.50	0.24	75	0.75	0.29	145	0.63	0.29

da bir fark görülmezken deney grubunda sontestte, önteste göre daha olumlu düzeye yükselmiştir. Ayrıca sonteste deney grubundaki tutum kontrol grubunun tutumuna göre daha olumludur. Bu sonuçlar verilen bilgilendirme eğitiminin hasta ailelerine olumlu bir tutum kazandırdığı yönünde beklenen faydayı sağladığını göstermektedir (Tablo 15).

Depresyon ve Mani düzeylerinde, hasta ailelerinde önteste deney ve kontrol grupları arasında fark yoktur. Kontrol grubunda öntest-sontest arasında fark görülmezken deney grubunda bu düzey düşmüştür. Bu sonuçlar "hastanenin uyguladığı tedavinin depresyon ve mani düzeyini düşürdüğü" varsayımından hareketle deney grubundaki hastaların kendi durumlarındaki iyileşmenin kontrol grubundakilerden daha iyi algıladıklarının bir göstergesi sayılabilir (Tablo 16, 17).

Tablo 16. Gruplar & testler değişkenlerine göre depresyon için gözeneklerin ortalama ve sapmaları.

	Öntest			Sontest			Toplam		
	n	x	s	n	x	s	n	x	s
Deney	22	2.90	0.77	25	1.57	0.76	47	2.20	1.01
Kontrol	23	2.83	0.76	21	2.38	0.99	44	2.61	0.89
Toplam	45	2.87	0.76	46	1.94	0.95	91	2.40	0.97

Tablo 17. Gruplar & testler değişkenlerine göre mani için gözeneklerin ortalama ve sapmaları.

	Öntest			Sontest			Toplam		
	n	x	s	n	x	s	n	x	s
Deney	22	2.84	0.97	28	1.48	0.60	50	2.08	1.03
Kontrol	19	2.93	0.89	16	2.73	0.86	35	2.84	0.87
Toplam	41	2.88	0.92	44	1.94	0.93	85	2.39	1.04

## TARTIŞMA

Ruh hastalıklarının tedavisinde psikoeğitimsel yaklaşımların diğer tedavilere desteği şüphesizdir. Bu araştırmanın sonuçları da yapılan diğer araştırmalardaki sonuçlarını destekler niteliktedir. Uygulama sonuçları psikiyatri alanında kullanılabilir bir model olduğunu kanıtlamıştır.

Goldstein (1978), Falloon (1982), Falloon ve Pederson (1985), Leff (1982, 1985), Kottegen (1984), Glick (1985), Haas (1986), Hogart (1986, 1991), Tarrier (1988), leff (1989), Levene (1989), Vaughan (1992), Zastowny (1992), Randolph (1994), Mcfarlane (1994), Mcfarlane (1995), Nina Schooler (1995) yıllarında yapılan araştırmanın sonuçlarından elde edilen bulgular ile bu çalışmada elde edilen bulgular benzerlik göstermektedir. Bu çalışmalarda Deney grubunda hasta ve ailelerin öntest-sontest sonuçları arasında fark gözlenmiş, sontest puanları kontrol grubuna göre daha olumlu çıkmıştır. Araştırma sonucunda; hasta ve aile hastalık, ilaç kullanımı, ilaç yan etkileri hakkında ilgilenmiş, hastalık belirtilerinin farkındalığı konusunda beceri geliştirmiş, tedavi uyumu artmış, hastalıkla başa çıkma yeteneklerinde olumlu değişiklikler sağlanmış, ailenin hastalık ve hasta ile ilgili olumsuz tutumları değiştirilmiş olup geliştirilen psikoeğitimsel modelin hasta ve aileleri üzerinde beklenen faydayı sağladığı gözlenmiştir.

Geliştirilen bu model yaygınlaştırılmalı, diğer hastalık grupları içinde benzer eğitim programları geliştirilmelidir (29).

## KAYNAKLAR

1. Atkinson, Sacqveline M, Denise A, Coia W: Harper Gilmour and Janice P Harpes "The impact of Education Groups for people with Schizophrenia on Social Functioning and Quality of Life" British Journal of Psychiatry 168:199-204, 1996.
2. Ayres W: Practice Guideline for Mawor Depressive Disorder in Adults. Washington: American Psychiatric Press, 1993.
3. Cozolino L, et al: "The Impact of Education About Schizophrenia on Relatives Varying in Expressed Emotion", Schizophrenia Bulletin, 14(4):675-687, 1988.
4. Daley DC, MSW, Bowler K, Cahalene H: "Approaches to patient and Family Education with Affective", Patient Education and Counseling 19:163-174, 1992.
5. Dixon L, Lehman AF: "Family Interventions for Schizophrenia", Schizophrenia Bulletin 4(21):621-629, 1995.
6. Demiralı EY: "Ölçeklerde Geçerlik ve Güvenirlik", MÜ Eğitim Bilimleri Dergisi 7:125-148, 1995.
7. Freeman H: Relationship of schizophrenia to the environment. Br J Psychiatry 51:90-99, 1989.
8. Gibbons JS, et al: Schizophrenic Patinets and their Families. British Journal of Psychiatry 144:70-77, 1984.
9. Glick, Ira D, Burti L, Okonogi K, Sacks M: "Effectiveness in Psychiatric Care", British Journal of Psychiatry 164:104-106, 1994.
10. Goldstein MJ, et al: Drug and family therapy in the aftercare treatment of acute schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 35:169-177, 1978.
11. Hanson JG: Families Perceptions of Psychiatric Hospitalisation of Relatives with a Severe Mental Illness. Administration and Policy in Mental Health 22:531-541, 1995.
12. Kaplan H, Benjamin JS, Wilkins W: Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI. Baltimore, 1995.
13. Kates James and Rockland LH: "Supportive Psychotherapy of the schizophrenic Patient", American Journal of Psychotherapy 4:543-560, 1994.
14. Kent S, Yellowless: Psychiatric and Social Reasons for Frequent Rehospitalisation. Hospital and Comn Psychiatry 45:347-350, 1994.
15. Leff J, et al: A controlled trial of intervention in families of schizophrenic patients. British Journal of Psychiatry 141:121-134, 1982.
16. Lefley HP: Family Burden and Family Stigma in Major Mental Illness. American Psychologist 44:556-560, 1989.
17. McFarlane WR, et al: Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 52:679-687, 1995.
18. Mezzich JE, Kleinman A, Horacio Fabrega, Çeviren: T. Tunçga Tüzer, Ankara, Compos Metins Yayınları, 1997.
19. Malcolm P, Harvey NS: Lithium maintenance: A standard Education Programme for Patients", British Journal of Psychiatry 158:197-200, 1991.
20. David P, Muscet KT: "Research Update on the Psychosocial Treatment of Schizophrenia", Am J Psychiatry 153:607-617, 1996.
21. Rabiner JC, Wegnwr JT, Kane JM: Outcome Study of First-Episode Psychosis I: Relaps Rates After 1 Year. American Journal of Psychotherapy 143:1155-1158, 1986.
22. Scott JE, Dixon LB: "Psychological Interventions for Schizophrenia Bulletin 4:621-629, 1995.
23. Solomon P, Draine J, Mannion E, Mesiel M: Impact of Brief family Psychoeducation on Self-Efficacy". Schizophrenia Bulletin 1:41-50, 1996.
24. Spencer J: "A Randomised Clinical Trial of Inpatients Family Intervention, III. Effects at 6-Month and 18-Month follow-ups", Am J Psychiatry 145:115-1121, 1988.
25. Tarrier N, et al: The community management of schizophrenia. British Journal of Psychiatry 153:532-542, 1988.
26. Van Gent EM, Zwart FM: "Psychoeducation of portners of bipolarmanic patients", Journal of Affective Disorders 21:15-18, 1991.
27. Walsh J: "Methods of Psychocducational Program Evaluation in Mental Hialth Settings", Patient Education and Counseling 19:205-218, 1992.
28. Wynne LC: The Rationale for Consultation with the Families of Schizophrenic Patients. Acta Psychiatry Scand 384:125-132, 1994.
29. Yurtseven ÜE: "Bipolar Bozukluğu Olan Hasta ve Ailelerin Ele Alınışında Yapılandırılmış Psikoeğitimsel Yaklaşımlar", Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Uzmanlık Tezi, 1999.