

Şizofren Olgularda Aile İşlevselliğinin Algılanması, Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerle İlişkisi Üzerine Bir Çalışma

Şafak TAKTAK *, Murat ERKIRAN *, Çağatay KARŞIDAĞ *, Melih ÖZEREN *, Nihat ALPAY **

ÖZET

Yapılan çalışmalar, ruhsal bozukluklarda aile içindeki ilişkilerin yapısı ve aile işlevlerinin sağlıklı biçimde yerine getirilmesinin önemini vurgulamakta olup, özellikle aile içindeki duygusal ortamın hastalığın ortaya çıkma riskini, gidişini, nüks ve hastaneye yatırılma oranını önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir. Bu çalışmada, şizofren hastaların aile işlevselliklerinin algılanması ile sosyodemografik ve klinik özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmamızdaki örneklem grubu DSM-IV tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısına varılmış 115 olgudan oluşmaktaydı. Aile işlevselliğinin algılanması, aile işlevselliğini değerlendirme ölçeği (ADÖ) ile değerlendirildi. Cinsiyet, aile tipi, yaş, eğitim düzeyi ve çalışma durumuyla aile işlevselliğinin algılanması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu saptanmıştır. Hastanın yatış sıklığı, tedavi uyumu ve hastalık süresiyle aile işlevselliğinin algılanması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Akut alevlenme dönemindeki olgu grubunda aile işlevselliğinin, remisyon dönemindeki olgu grubuna göre daha sağlıklı algılandığı saptanmıştır. Şizofrenide tedavi planına ailelerin de katılması hastalığın gidişini olumlu yönde etkileyebilir. Ailelerin eğitilmesi ve destek grupları oluşturulması gibi girişimler hasta dışındaki diğer aile üyelerinin hastalıkla başa çıkma ve sorun çözme yetilerini artırarak, ailenin daha iyi düzeyde işlev görmesine yardımcı olabilecektir. Bu şekilde hastaların en önemli destek sisteminin güçlendirilmesi sağlanabilir.

Anahtar kelimeler: Aile işlevselliği, sosyodemografik özellikler, klinik özellikler

Düşünen Adam; 2000, 13(4):196-203

SUMMARY

The studies showed the importance of family structure and functioning in psychiatric disorders that emotional state of the family affects highly the occurrence, course, relaps rate and rate of hospitalisations. At this study we investigated the perception of family functioning and its relationship with the sociodemographic and clinical variables in the schizophrenic patients. Our study group consisted of 115 schizophrenic patients according to DSM-IV criteria. The perception of family functioning measured with Family Assessment Device (FAD). We found statistically significant relationship between perception of family functioning and sex, family type, age, level of education and working status. We also found statistically significant relationship between rate of hospitalizations, compliance, duration of the disorder and the perception of family functioning. The probands with acute psychotic episode showed perception of family functioning worse than probands with acute psychotic episode showed perception of family intervention can affect the course of schizophrenia positively. Interventions such as education of the families and supportive groups would enhance the coping strategies and problem solving abilities of the members of the families other than patients and better functioning as well.

Key words: Family functioning, sociodemographic features, clinical features

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uz. Dr. *, Klinik Şefi **

GİRİŞ

Şizofreni uzun yıllar boyunca ailedeki işlev bozukluğuna psikopatolojik bir yanıt olarak düşünülmüştür. Bugün bu bozukluğun, sağlıklı ailelerde de ortaya çıktığı bilinmekte ve biyolojik-organik bir temelin varlığı yaygın biçimde kabul edilmektedir. İlgili ailenin etyopatogenezdeki rolü üzerindeki, hastalığın gidişine olan etkisi üzerine kaymış durumdadır (24).

Yapılan çalışmalarda (19) şizofreni hastalarının, işlevlerini sağlıklı bir biçimde yerine getiremeyen patolojik ailelerden geldikleri üzerinde durulmaktadır. Miller ve arkadaşları psikiyatrik hastalıkların tümünün aile işlevlerinde benzer alanlarda bozukluklar ortaya çıkmasının, ciddi psikiyatrik hastalığı olan bir üyeye sahip olmanın yol açtığı stres ve güçlüklerle ilgili olabileceğini bildirmişlerdir. Ancak değişik tanı gruplarında aile işlevlerinde farklı alanlarda ya da farklı şiddette bozukluklar gözlenmesi, işlev bozukluğunun söz konusu ruhsal hastalığa özgü olabileceğini düşündürmektedir. Değişik tanı gruplarında aile işlevlerinde anlamlı düzeyde farklılık gözlenmemekle birlikte özgül tanı ne olursa olsun psikiyatrik hastalığın akut döneminde bulunan bir aile üyesine sahip olmanın, yetersiz aile işlevselliğine risk oluşturduğu belirtilmektedir. Bu durum özellikle hasta için en uygun olan sağaltımın planlanması aşamasında önem kazanmaktadır (14,29).

Yapılan çalışmalar (19,25), ruhsal hastalıklarda aile sorunlarının ve aile içindeki rollerin önemini vurgulamakta ve özellikle aile içindeki duygusal ortamın hastalığın gidişinde ve tedavisinde önemli olduğuna dikkat çekmektedir. Sık yatış gösteren şizofren olguların aile bağlarının iyi olmasının hasta uyumunu arttırdığı ve bozukluğun şiddetinden çok aile ortamının tekrarlayan yatışlarda en önemli öngörücü etmenlerden biri olduğu gösterilmiştir. Hasta bireye karşı içten, sıcak, kabullenici tutum ve olumlu uyarılar koruyucu rol oynarken, düşmanlığın, eleştiriciliğin, aşırı ilgi ve koruyucu-kollayıcı tutum ve müdahaleciliğin yüksek olduğu durumlarda hastalığın ortaya çıkma riski artmakta, nüks ve hastaneye yatma oranı yükselmektedir (4). Bu nedenle aile, hastanın düzelmeye döneminde en çok üzerinde çalışılması gereken alandır (15).

Şizofrenide etkileşimsel modele göre psikotik belirtiler: biyolojik yatkınlıkla yaşam olayları ve düşmanlık duyguları gibi psikososyal stresörler arasındaki bir etkileşimin sonucudur (27). Antipsikotik ilaçlar psikoz eşliğini yükselterek aile ve sosyal çevrenin desteği ve kişiler arası ilişkiler ve yaşam olaylarıyla başa çıkma yöntemleri bir arada, bu yatkınlığın azaltmasına katkıda bulunmaktadır (26). Şizofren hastaların aile tedavisindeki amaç, hastalığın relaps sıklığını ve aileye yükünü azaltmak, aile işlevlerini düzeltmektir. Hastanın ayaktan tedavisinde uygulanan bütün yaklaşımlar, aile iş birliği içinde çalışmanın önemini vurgulamaktadır (22). Şizofreninin karakteristik belirtileri olan davranış kalıpları hakkında yeterince bilgili olmayan bazı aile üyeleri fazla koruyucu veya yüksek derecede eleştirici olabilmekte, bu da relapsa götürebilmektedir (23).

Bu çalışmanın amacı, Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) kullanılarak şizofren hastaların aile işlevselliklerini algılayışını saptamak, bunun sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilişkisini inceleyerek, şizofren hastalar ve aileleri arasındaki karşılıklı etkileşimler, kısır döngüler ve çatışmaların daha iyi anlaşılmasını sağlamaktır.

YÖNTEM ve GEREÇLER

Bu çalışmanın örneklem grubunu, 1999 Temmuz ve Ağustos tarihleri arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Ayaktan Psikiyatrik Tedavi Ünitesi polikliniklerinden takip edilen ve remisyon dönemindeki olgularla (n=51) yatarak tedavi altına alınmış ve akut alevlenme dönemindeki (n=64) en az iki psikiyatri uzmanı tarafından DSM-IV (1) tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısına varılmış ve birlikte yaşadığı en az bir yakını olan 115 hasta oluşturmaktadır. Çalışmaya alınan hasta ve yakınları çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında aydınlatılmış olup kendilerinden bilgilendirilmiş onam almıştır.

Çalışmaya kabul için DSM-IV tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısına varılmış olmak, komorbid başka bir psikiyatrik bozukluğa sahip olmamak, en az bir aile üyesiyle yaşıyor olmak, 18 yaş veya üzerinde olmak, zeka geriliğine sahip olmamak, ölçeği uygulamaya engel bedensel bir hastalığa sahip olmamak koşulları aranmıştır.

Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri yazarlar tarafından hazırlanmış bir anket formuyla değerlendirilmiştir.

Aile işlevselliğini değerlendirmek için ailenin işlevlerini yerine getirip getiremediği konusunda genel bir değerlendirme yapmak ve sorun alanlarını ortaya çıkarmak amacıyla oluşturulmuş bir ölçü aracı olan Aile Değerlendirme Ölçeği (Family Assessment Device) kullanılmıştır. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) aile işlevlerinin, tek tek aile üyelerinin davranışlarından çok, bir bütün olarak aile sistemine bağlı olduğunu göstermektedir. Aile sisteminin çeşitli boyutları hakkında bilgi toplamak ve bu bilgiyi doğrudan aile üyelerinden almak amacındadır. Bu ölçek ailenin yapısal ve örgütsel özelliğini ve aile üyeleri arasındaki etkileşimi, sağlıklı ve sağlıklı olmayan olarak ayırt edebilecek şekilde tanımlanmıştır. ADÖ yedi alt ölçekten oluşan (problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, genel işlevler) ve her biri aile işlevlerindeki sorun alanlarını tek tek ele alan, Türkiye'de geçerlik güvenilirliği yapılmış (7), kendini bildirim dayalı bir ölçektir.

Ölçekteki her soru yedi alt ölçekten bir tanesine aittir. Soruların bazıları sağlıklı işlevleri bazıları da sağlıklı işlevleri tanımlamaktadır. ADÖ alt ölçeklerinin kesme noktası 2 olarak alınmıştır. 2 ve ya da düşük olanlar sağlıklı, 2'den büyük olanlar sağlıklı olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmanın istatistiksel hesapları SPSS 7.5 bilgisayar istatistik programından yararlanılarak yapılmıştır. Grup oranlarının karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmamız için 63 erkek, 52 kadın toplam 115 olgu alınmıştır. Yaş ortalaması 34.10 ± 9.75 olarak saptanmıştır. En düşük yaş 18, en yüksek yaş 61 idi. Çalışmaya alınan olguların sosyodemografik ve klinik özellikleri Tablo 1 ve 2'de görülmektedir.

Hastaların aile işlevselliğini algılamaları ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişki Tablo 3'de görülmektedir. Yaş ortalamaları ile aile işlevsellikleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Has-

Tablo 1. Çalışmaya alınan olguların sosyodemografik özelliklere göre dağılımı.

	N	%
Cinsiyet		
Erkek	63	54.8
Kadın	52	45.2
Yaş		
18-25	23	14.1
25-35	41	25.1
35-45	37	22.6
45 ve üstü	14	89.5
Eğitim durumu		
Yok	4	3.5
İlköğretim	68	59.1
Lise	32	27.8
Yükseköğretim	11	9.6
Medeni Durum		
Evli	22	19.1
Bekar	77	67.0
Dul ya da boşanmış	16	13.9
Birlikte yaşadığı kişiler		
En az bir ebeveyn	80	69.5
En az bir kardeş	61	53
Eş	21	18.2
En az bir çocuk	20	17.3
Çalışma yaşantısı		
Para getiren bir işte çalışıyor	20	17.4
Para getiren bir işte çalışmıyor	95	82.6

Tablo 2. Çalışmaya alınan olguların klinik özelliklere göre dağılımı.

	N	%		
Hastaneye yatış sayısı				
Yatış yok	6	5.2		
1-2 yatış	49	42.5		
3-5 yatış	51	44.2		
5'den çok yatış	19	16.2		
Hastalık süresi				
6 ay-1 yıl	9	7.8		
2 yıl-5 yıl	37	32.2		
5 yıl-10 yıl	27	23.5		
10 yıl-20 yıl	29	25.2		
20 yıl ve üzeri	19	11.3		
	Ort.	S.S.*	Min.	Mak.
Yaş	34.10	9.75	18	61
Hastalık başlangıç yaşı	23.92	6.05	14	41
Toplam yatış süresi (gün)	95.16	194.33	0	1500
Hastanede yatmama süresi (yıl)	5.30	4.87	1	25
Birlikte yaşadığı kişi sayısı	2.80	1.22	1	7
Hastaneye yatış sayısı	3.67	4.89	0	46
Hastalık süresi	9.70	7.43	6 ay	33 yıl

taların çalışma yaşantısı ile aile işlevselliği arasındaki ilişki incelendiğinde, hastanın duygusal tepki

Tablo 3. Hastaların aile işlevselliğini algılamalarının sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi.

	Problem çözme		İletişim		Roller		Duy. tepki verebilme		Gereken ilgiyi gösterme		Davranış kontrolü		Genel işlevler	
	S'lı	S'sız	S'lı	S'sız	S'lı	S'sız	S'lı	S'sız	S'lı	S'sız	S'lı	S'sız	S'lı	S'sız
Yaş	p=0.53		p=0.15		p=0.45		p=0.10		p=0.06		p=0.29		p=0.08	
18-25 yaş	9	14	5	18	4	19	5	18	2	21	14	3	7	16
25-35 yaş	23	17	20	20	14	26	21	19	25	15	23	17	25	55
35-45 yaş	21	17	16	22	13	25	14	24	26	12	27	11	21	17
45 ve üstü	7	7	7	7	5	9	5	9	8	6	6	8	6	8
Çalışma yaşantısı	p=0.27		p=0.12		p=0.69		p=0.001		p=0.93		p=0.008		p=0.34	
Düzenli işi var	13	7	13	7	7	13	16	4	8	12	16	4	12	8
Düzenli işi yok	49	46	44	51	29	66	38	57	37	58	45	50	46	49
Eğitim düzeyi	p=0.162		p=0.129		p=0.007		p=0.654		p=0.003		p=0.034		p=0.012	
Eğitimi yok	3	1	2	2	0	4	2	2	0	4	1	3	4	0
İlköğretim	30	38	24	44	17	51	26	42	15	51	36	32	28	40
Lise	19	13	14	18	11	21	11	21	12	21	24	8	18	14
Yüksekokul	8	3	8	3	8	3	6	5	8	3	9	2	9	2
Medeni durum	p=0.53		p=0.76		p=0.58		p=0.70		p=0.77		p=0.97		p=0.78	
Evlü	10	12	9	13	5	17	7	15	7	15	13	9	11	11
Bekar	43	34	31	46	25	52	32	45	24	53	47	30	41	36
Dul-boşanmış	7	9	8	8	6	10	6	10	4	12	10	6	7	9
Cinsiyet	p=0.14		p=0.62		p=0.77		p=0.60		p=0.37		p=0.52		p=0.046	
Erkek	29	34	25	38	19	44	26	37	17	46	40	23	27	36
Kadın	31	21	23	29	17	35	19	33	18	34	30	22	32	20
Ekonomik durum	p=0.25		p=0.64		p=0.68		p=0.47		p=0.72		p=0.41		p=0.28	
İyi	6	7	4	9	5	8	5	8	5	8	10	3	9	4
Orta	23	28	23	28	14	37	23	28	16	35	31	20	27	24
Kötü	31	20	21	30	17	34	17	34	14	37	29	22	23	28
Aile tipi	p=0.47		p=0.11		p=0.34		p=0.18		p=0.46		p=0.07		p=0.89	
Çekirdek aile	32	33	23	42	18	47	22	43	18	47	35	30	33	32
Diğer	28	22	25	25	18	32	23	27	17	33	35	15	26	34

verebilme ($p=0.001$), davranış kontrolü ($p=0.008$), alanlarıyla para getiren bir işte çalışıyor ama arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Eğitim düzeyi ile aile işlevselliği arasındaki ilişkiye bakıldığında hastanın roller ($p=0.007$), gereken ilgiyi gösterme ($p=0.003$), davranış kontrolü ($p=0.03$) ve genel işlevler ($p=0.01$) arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyi arttıkça aile işlevlerini sağlıklı algılama oranı artmaktadır. Medeni durum ile aile işlevselliği arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadın cinsiyette olanların genel işlevler alanını daha sağlıklı algıladıkları bulunmuştur.

Aile işlevselliğinin algılanması ile klinik özellikler arasındaki ilişki Tablo 4'te görülmektedir. Hastaneye yatış sayısına göre karşılaştırıldığında yatış sayısı ile davranış kontrolü ($p=0.03$) ve genel işlevler ($p=0.02$)

arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yatış sayısı arttıkça bu alanlardaki işlevsellik daha kötü algılanmaktaydı. Hastalık süresi (yıl) ile aile işlevselliği arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Aile işlevselliği ile tedavi uyumu arasındaki ilişki incelendiğinde problem çözme ($p=0.009$), roller ($p=0.03$), gereken ilgiyi gösterme ($p=0.01$), genel işlevler ($p=0.002$) alanlarını algılayışı ile tedavi uyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Remisyon ve akut alevlenme dönemindeki hastaların sağlıklı ADÖ alt ölçek puanlarının oranları açısından karşılaştırıldığında iki dönem arasında duygusal tepki verebilme ($p=0.02$), gereken ilgiyi gösterme ($p=0.008$), genel işlevler ($p=0.001$) alanlarında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Tablo 4. Hastaların aile işlevselliğini algılamalarının klinik özelliklerle ilişkisi.

	Problem çözme		İletişim		Roller		Duy. tepki verebilme		Gereken ilgiyi gösterme		Davranış kontrolü		Genel işlevler	
	S'lı	S'sız	S'lı	S'sız	S'lı	S'sız	S'lı	S'sız	S'lı	S'sız	S'lı	S'sız	S'lı	S'sız
Hastane yatış say.	p=0.50		p=0.87		p=0.06		p=0.36		p=0.76		p=0.03		p=0.02	
Yok	3	3	3	3	4	2	4	2	2	4	4	2	3	3
1-2	28	21	22	27	19	30	21	28	17	32	34	15	33	16
3-5	22	19	16	25	9	32	13	28	10	31	26	15	16	25
S'in üstü	2	12	7	12	4	15	7	12	6	13	6	13	7	12
Tedavi uyumu	p=0.009		p=0.05		p=0.03		p=0.186		p=0.018		p=0.323		p=0.002	
Var	33	17	30	20	21	29	23	27	21	29	33	17	34	16
Yok	27	38	27	38	15	50	22	43	14	51	37	28	25	40
Hastalık süresi	p=0.9		p=0.5		p=0.7		p=0.8		p=0.07		p=0.1		p=0.7	
2'nin altı	4	5	6	3	4	5	5	4	4	5	9	0	5	4
2,5	18	19	14	23	9	28	14	23	11	26	21	16	19	18
5-10	15	12	10	17	8	19	11	16	6	21	16	11	13	14
10-20	16	13	12	17	11	18	11	18	10	19	18	11	17	12
20'nin üstü	7	6	6	7	4	9	4	9	4	9	6	7	5	8
Remisyon	p=0.20		p=0.15		p=0.10		p=0.02		p=0.008		p=0.987		p=0.001	
Akut alevlenme	30	34	23	44	16	48	19	45	13	51	39	25	24	40
Remisyon	30	21	25	26	20	31	26	25	22	29	31	20	35	16

TARTIŞMA ve SONUÇ

Araştırmamızda remisyon ve akut alevlenme dönemindeki şizofren olguların aile işlevselliğini nasıl değerlendirdikleri, algılanan aile işlevselliğinin sosyodemografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi araştırılmıştır.

Hastaların aile işlevselliğini nasıl değerlendirdiği incelendiğinde, remisyon dönemindeki hastaların problem çözme, davranış kontrolü ve genel işlevler alanları dışında diğer alanları sağlıklı olarak algıladığı, akut alevlenme dönemindeki hastaların ise davranış kontrolü dışındaki aile işlevlerini sağlıklı olarak algıladığı görülmüştür. Bulut yaptığı çalışmada (8) hastanın hastalığı dolayısıyla aile işlevlerini gerçekçi bir biçimde değerlendiremeyeceğini belirtmiştir. Buna karşılık yapılan diğer çalışmalarda şizofren olguların diğerlerinin duygu durumuna çok duyarlı oldukları, bazı durumlarda örneğin inkar gibi savunma mekanizmalarını kullandıkları ve böylece elde edilen puanların hastanın gerçekten ne hissettiğini yansıtmadığı ileri sürülmüş, bununla birlikte hasta tarafından algılanan tutumların en azından şizofren olguların hastane başvurusunu ön kestirmede ve şizofreni seyrini etkilemede önemi olduğu belirtilmiştir (2,28). Hasta gruplarının sağlıklı ADÖ alt ölçek puanları açısından bakıldığında remisyondaki

hastaların algıladığı en sağlıklı alt boyutun ailenin kaynaklarının kullanımı, bakıp büyütme, destekleme ve kişisel gelişim sağlama, aile sistemini idare etme gibi konularda davranış kalıbı geliştirip geliştirmediğini değerlendiren roller alt boyutu olduğu, akut dönemdeki hastaların algıladığı en sağlıklı alt boyutun ise aile üyelerinin birbirine gösterdiği ilgi, bakım ve sevgiyi tanımlayan gereken ilgiyi gösterme alt boyutu olduğu görülmektedir. Bunun hastalarla gereğinden az ya da çok ilgilenme anlamına geldiği ancak öznel gözlemler ve genel olarak ölçeğe verilen yanıtlara bakıldığında aşırı ilgilenme doğrultusunda olduğu kanısına varılmıştır. Aile üyelerinin aşırı ilgilerinin ya da müdahalelerinin hastalar üzerindeki olumsuz etkileri düşünüldüğünde ailelerin söz konusu alanlarda yardım ve eğitime gereksinimleri olduğu söylenebilir. Bu tür girişimler akut alevlenmeleri ya da hastaneye yatış sıklığını azaltarak hastalıkların uzun dönemli gidişini de olumlu yönde değiştirebilecektir. Hastaların aileleriyle birlikte değerlendirilmelerinin ve hem akut dönem için hem de remisyon dönemi için sağaltım planı yapılırken aileleri de bu plana dahil etmenin önemli olduğu vurgulanmaktadır (3).

Hastaların yaşı ile aile işlevselliği arasındaki ilişki incelendiğinde gereken ilgiyi gösterme ve genel işlevler alanlarında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki

bulunmuştur. Hastaların yaşı arttıkça bu alanlarda aile işlevleri daha sağlıklı algılanmaktaydı. Yeni- genç kronik şizofrenlerle ilgili bir araştırmada (9) gençlerin daha yaşlı şizofrenlere oranla daha fazla hastalıktan etkilenip sosyal işlevlerinin bozulduğu bu hastaların tedaviye uyumlarının yetersiz olduğu ve sosyal çalışmalar ile yetersizliğin ortadan kaldırılabileceği vurgulanmıştır. Haywood ve ark.'ları (13) hastaların yaşı arttıkça daha iyi içgörü kazandıklarını, hastalıkla daha iyi başa çıktıklarını ve psikiyatrik birimlerle daha iyi iletişime girdiklerini, böylece hastaneye daha az yatırıldıklarını bulmuştur. Çeşitli çalışmalarda hastaların yaşı arttıkça daha iyi içgörü kazandıkları, hastalıkla daha kolay başa çıkabildikleri ve psikiyatrik birimlerle daha iyi iletişime girdikleri, böylece daha az hastaneye yatırıldıkları, yaş ilerledikçe kronikleşme eğilimi göstermelerine rağmen daha iyi işlevsellik gösterdikleri saptanmıştır (18).

Cinsiyete göre karşılaştırıldığında erkek hastaların aile işlevselliğini kadın hastalardan daha sağlıklı algıladıkları saptanmıştır. Hasta olan erkeğin, aile reisi olma görevini yeterince yerine getiremediği, evde gerekli disiplin ve kontrolü sağlayamadığı, evde geleneksel rolünü oynayamadığı sonuçta aile işlevlerini sağlıklı olarak algıladığı ve bunun hastalık gidişini olumsuz olarak etkileyebileceği düşünülmüştür (11).

Gülseren ve ark.'ları (12) şizofreni ve bipolar bozukluğu olanlarda alt gelir düzeyi olanların aile işlevlerinin daha bozuk olduğunu, şizofrenide üst gelir düzeyinde olanlarda duygusal tepki verebilme boyutunun sağlıklı olarak algılandığını göstermişlerdir. Ancak çalışmamızda ekonomik düzeyle aile işlevselliğinin algılanması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Hastaların eğitim düzeyi ile aile işlevselliğinin algılanışı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Eğitim düzeyi arttıkça hastaların roller, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, genel işlevler alanlarındaki sağlıklılık oranı artmaktaydı. Eğitilmiş hastaların daha hoşgörülü, toleranslı oldukları aile işlevlerini daha sağlıklı algıladıkları düşünülmüştür.

Hastaların çalışma yaşantısı ile duygusal tepki verebilme ve davranış kontrolü gibi aile işlevlerinin algılanması arasında anlamlı bir ilişki saptanmış olup, para getiren bir işte çalışan olgular bu alanları daha

sağlıklı algılamaktaydılar. Bazı araştırmalarda (5) hastaların çalışma yaşantısı ile eleştirel ve düşmanca oluş arasında bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Ancak çalışmamızda hastaların para getiren bir işte çalışıyor olmasının aile üyeleri tarafından eleştirel tavır-tutumu engelliyor olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Bu çalışmada ailenin çekirdek veya geniş özelliğe sahip olmasının özellikle hasta üyesi bulunan ailelerdeki aile işlevlerinin değerlendirilmesinde önemli olacağı düşünülmüştür. Geniş ailelerde hastaya daha çok hoşgörü ile bakılacağı dolayısıyla bu ailelerdeki işlevlerde bozulmanın daha az olacağı düşünülebilir. Araştırmayı yaptığımız örnekte geniş aile tipine rastlanmamıştır. O nedenle çekirdek aile ve çekirdek olmayan aile olarak ikiye ayrılmıştır. Aile tipi ile aile işlevselliği arasında davranış kontrolü alanında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur. Çekirdek ailede diğer aile tiplerine göre sorumluluğun daha fazla, ilişkilerin daha yoğun olduğu, beklentilerin daha fazla olduğu sonuçta bunların karşılanmamasının aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru gidişle ilişkili olduğu düşünülmüştür (10,20). Bununla birlikte medeni durum ile aile işlevselliği arasında bir ilişki bulunmamıştır.

Şizofreni tanısı konmuş hastalarda hastaneye yatış sayısının çok olmasının hastalığın seyri açısından olumsuz bir öngörücü olduğu, dolayısıyla hastaneye yatış sıklığının artmasının aile işlevlerinde bozulmalara yol açması beklenebilir. Bulut (8) farklı tanı gruplarından hastalarla yaptığı çalışmada, hastaneye yatış sayısı ile aile işlevleri arasında bir ilişki saptanmamıştır. Yapılan diğer bir çalışmada (12) şizofreni grubunda hastaneye yatış sıklığının artmasıyla bazı işlev alanlarında sağlıklılığa doğru gidiş arasında bir ilişki bulunmuşken bazı alanlarda da işlevlerin bozulduğunu görmüşler bunu ailelerde zaman içerisinde bir başa çıkma yönteminin geliştiğini öne sürmüşlerdir. Bizim çalışmamızda hastaneye yatış sayısı ile roller, davranış kontrolü, genel işlevler arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastaneye yatış sayısı arttıkça bu alanlarda sağlıksızlık oranı giderek artmaktaydı.

Çalışmamızda hastalık süresi arttıkça, aile işlevlerinin olumsuz algılanması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastalığın süresi arttıkça hasta ve ai-

lesinin duruma uyum sağlanması ve aile işlevselliğinin daha iyi algılanması gerektiği beklenmiş, ancak sonuçlar beklenenin tersi çıkmıştır. Çalışmamızda bulduğumuz sonucun ailede zamanla yılgınlığın geliştiği şeklinde yorumlanmıştır. Yapılan çalışmalarda hastalık süresi arttıkça daha iyi içgörü kazandıkları, hastalıkla daha iyi başa çıktıkları ve psikiyatrik birimlerle daha iyi iletişime girildiği böylelikle daha az hastaneye yatırıldıkları saptanmıştır (4). Şizofreni tanısına varılmış hastalarda hastaneye yatış sayısının çok olmasının hastalığın seyri açısından olumsuz bir öngörücü olduğu bildirilmektedir (9). Yaptığımız çalışmada da yatış sayısı arttıkça aile işlevselliğinin daha bozuk algılandığı saptanmıştır.

Hastalığın başlangıç yaşı ile aile işlevselliği arasındaki ilişkiye bakıldığında başlangıç yaşı azaldıkça işlevselliğin daha olumsuz algılandığı saptanmıştır. Bazı çalışmalarda (28) hastalığın başlangıç yaşı ile ailenin algılanması arasında bir ilişki bulunmamış, diğer çalışmalarda ise anne ve babasıyla çok az ilişki olan veya hiç ilişkisi bulunmayan şizofren olguların hastalığa yakalanma yaşının daha geç olduğu saptanmıştır. Aşırı korumacı olan anne babanın şizofren çocuklarının ilk hastaneye yatışlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (21). Çalışmamızdaki sonuçlara baktığımızda literatürle uyumlu olarak gereken ilgiyi gösterme alt boyutu sağlıklı algılanmadığı takdirde, hiç ilişkinin olmaması hastalığın hem başlangıcı hem gidişi açısından daha iyi olabileceği yorumlanmıştır. Hastanede toplam yatış süresi ile aile işlevselliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Genel işlevler alt ölçeği daha sağlıklı algılandıkça yatış süresinin kısaldığı saptandı. Bu sonuç literatürle de uyumlu bulunmuş (6), hastanın hastanede toplam yatış süresinin uzaması ile aile işlevlerinin bozuk olarak algılanıyor olması arasındaki ilişki, bize bu konuda ailenin önemini ve sağaltım planında ailenin aktif rol oynaması gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların aile işlevselliğini algılayışı ile tedavi uyumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur. Problem çözme, roller, gereken ilgili gösterme ve genel işlevler alanlarıyla tedavi uyumu arasında anlamlı ilişki vardır. Sağlıklı algılama oranı tedavi uyumu olan hastalarda, olmayan hastalara göre yüksek bulunmuştur. Ailenin etkili bir şekilde işlevlerini yerine getirebilecek düzeyde

maddi ve manevi sorunlarını çözebilme becerisi anlamına gelen problem çözme, ailenin maddi ve manevi gereksinimlerini karşılayan davranış kalıplarının değerlendiren roller, aile üyelerinin birbirlerine karşı gösterdikleri ilgi, bakım ve sevgiyi içeren gereken ilgiyi gösterme ve genel işlevler alanlarında tedavi uyumu olmayan hastaların daha sağlıklı algılandıkları görüldü. Aile işlevlerinin sağlıklı olarak algılanıyor olması tedavi uyumunu bozan bir etken olarak görülebilir. Eğer hasta yakınlarını kendine yakın hissederse ve onlar tarafından anlaşıldığını düşünürse tedavi uyumu daha iyi olacaktır. Birçok çalışmada antipsikotik tedaviye aile girişimi eklendiğinde relapsların önlenmesinde tek başına ilaç tedavisine göre üç kat daha etkili olduğu gösterilmiştir (16,17).

Çalışmamızın bir takım sınırlılıkları mevcuttur. ADÖ bir kendini bildirimeye dayalı ölçek olması nedeniyle aile işlevleri hastaların öznel ifadelerine göre değerlendirilmiş, sağlık personelinin gözlemleri yada klinik görüşme temelinde bir değerlendirme yapılmamıştır. Farklı tanı gruplarını içeren karşılaştırmalı kontrollü izleme çalışmaları ve ailelerin işlevlerine ilişkin olarak kendi algıları yanında nesnel değerlendirmelere dayanan yöntemlerin kullanılmasıyla yapılacak çalışmalar aile işlevlerinde hastalığa özgü bir bozulma olup olmadığı konusunda bilgi verebilecektir.

Öte yandan remisyon dönemindeki işlev bozukluğunun aile işlevlerindeki süregelen bir bozukluğu yansıttığı, remisyon dönemindeki hastaların değerlendirmelerine göre bütün alt boyutlarda akut döneme göre ADÖ puan ortalamasının daha düşük olabileceği, yani daha sağlıklı yanıt verilebileceği düşünülebilir. Akut alevlenme döneminin ve bu dönemde hastaların hastaneye yatırılmalarının tüm aile için sıkıntıya yol açan bir süreç olabilmesi nedeniyle bu dönemde yapılacak değerlendirmede elde edilecek bulgular aile işlevlerinde hastalığa özgü bozulmadan çok strese karşı özgül olmayan bir yanıtı yansıtabilir. Yapılacak çalışmalarda farklı türde stres etmenleriyle karşılaşan bireylerden oluşturulan kontrol gruplarının alınması ve hem akut dönemdeki hem de remisyon dönemindeki hastaların aile işlevlerinin değerlendirilmesiyle konunun açıklığa kavuşturulabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda bulduğumuz sonuçlar, aile işlevlerini sağlıklı bir şekilde yerine getiremeyen ailelerde şizofreninin gidişinin daha kötü olacağı ya da şizofreni hastalığı bulunan bir üyeye sahip ailelerde işlevlerin daha bozuk olacağı şeklinde iki sonuca da açıktır. Ailelerin eğitilmesi ve destek grupları gibi girişimler aile üyelerinin hastalıkla başa çıkma ve problem çözme yetilerini artıracak, ailenin daha iyi düzeyde işlev görmesine yardımcı olacak ve hastaların en önemli destek sisteminin güçlendirilmesini sağlayabilecektir. Böylelikle şizofren hastaların toplum içinde yaşaması, toplumla bütünleşmeleri kolaylaştırılarak modern psikiyatrik uygulamalara olanak sağlanabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukları Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev. Ed: E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994.
2. Baker F, Intagliata J: The New York State community support system: a profile of clients. *Hosp Community Psychiatry* 35 (1):39-44, 1984.
3. Bellack AS, Mueser KT: Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 19(2):317-336, 1993.
4. Berksun OE: Şizofrenide aile faktörü: Expressed emotion, ölçek geliştirme ve uyarılma denemesi, Uzmanlık Tezi, Ankara, 1992.
5. Bertrando P, Beltz J, Bressi C ve ark.: Expressed emotion and schizophrenia in Italy. A study of an urban population. *Br J Psychiatry* 161:223-9, 1992.
6. Brown S, Birtwistle J: People with schizophrenia and their families, *Br J Psychiatry* 173:139-144, 1998.
7. Bulut I: Aile Derneği Ölçeği (ADÖ) El Kitabı, Ankara, 1990.
8. Bulut I: Ruh hastalığının aile işlevlerine etkisi, Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı, Ankara, 1993.
9. Çelik O: Şizofrenik bozukluklarda sık hastane yatışını etkileyen faktörler, Uzmanlık tezi, İstanbul, 1997.
10. Deniz H: Şizofrenik bozukluklarda sık hastane yatışını etkileyen faktörler, Uzmanlık tezi, İstanbul, 1997.
11. Goldstein MJ: Family factors that antedate the onset of schizophrenia and related disorders: the results of a fifteen year prospective longitudinal study. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 319:7-18, 1985.
12. Gülseren L: Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı konan hastalar ile ailelerinde aile işlevleri üzerine karşılaştırmalı bir çalışma. *Psikiyatri Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi* 7(1):23-32, 1999.
13. Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS ve ark.: Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective and affective disorders. *Am J Psychiatry* 152(6):856-61, 1995.
14. Keitner GI, Miller IM, Epstein NP ve ark.: Family functioning and the course of major depression. *Compr Psychiatry* 28(1):54-64, 1987.
15. Lebell MB, Marder SR, Mintz J ve ark.: Patients' perceptions of family climate and outcome in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 162:751-754, 1993.
16. Leff J: Stress reduction in the social environment of schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 384:133-9, 1994.
17. Miklowitz DJ: Family risk indicators in schizophrenia. *Schizophr Bull* 20(1):137-49, 1994.
18. Miller IM, Kabacof RI, Keitner GI ve ark.: Family functioning in the families of psychiatric patients. *Compr Psychiatry* 27:302-312, 1986.
19. Pablo RY, Kadlec KE, Arboledo-Florez J ve ark.: The readmission of psychiatric patients to a general hospital psychiatry unit. *Gen Hosp Psych* 8:190-97, 1986.
20. Parker G, Jonston P, Hayward L: Parental expressed emotion as a predictor of schizophrenic relaps. *Arch Gen Psychiatry* 45:806-813, 1988.
21. Parker G, Johnson P, Hayward L: Prediction of schizophrenic relapse using the parental bonding instrument. *Aust N Z J Psychiatry* 22(3):283-92, 1988.
22. Saydam MB: Şizofrenide sosyo-psikoterapötik yaklaşım; çoğul nedenli oluşum modeli çerçevesinde genel kurallar. *Nöropsikiyatri Arşivi* 29:25-37, 1992.
23. Siegle L: Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 163:62-68, 1993.
24. Soygür AH: Şizofreni tedavisinde aile yaklaşım. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* Cilt 1, sayı 2, 1993.
25. Spiegel D, Terry W: Family environment as a predictor of psychiatric rehospitalisation. *Am J Psych* 143:156-60, 1986.
26. Sungur MZ, Yalnız Ö: Şizofreni tedavisinde bilişsel-davranışçı yaklaşımlar. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2:160-166, 1999.
27. Van Os J, Seltin JP: Prenatal exposure to maternal stress and subsequent schizophrenia. The May 1940 invasion of the Netherlands. *Br J Psychiatry* 172:324-6, 1998.
28. Warner R, Atkinson M: The relationship between schizophrenic patients' perceptions of their parents and the course of their illness. *Br J Psychiatry* 153:344-353, 1988.
29. Woodside BD, Swinson RP, Kuch K ve ark.: Family functioning in anxiety and eating disorders a comparative study. *Comp Psych* 37(2):139-143, 1996.