

Şizofreni Tedavisinin Aile Merkezli Değerlendirilmesi: Marmara Tedaviyi Değerlendirme Aile Görüşmesi

Dr. M. Kemal KUŞÇU¹, Dr. Zekiye Çetinkaya DUMAN², Dr. Mehmet AKMAN³, Dr. Alp ÜÇOK⁴, Dr. Esat O. GÖKTEPE⁵

ÖZET

Amaç: Çalışmamızda, şizofreni hastalarının genel durumunun ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesine bakım verici anlatımının doğrudan katılmasına yönelik oluşturulan Marmara Tedaviyi Değerlendirme Aile formunun geliştirilmesi, kullanım yaygınlığı için görüşmeciler arası ve değerlendirme alt ölçeklerinin iç tutarlıklarının değerlendirilmesi ve Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ) ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri servisinde yatan şizofreni hastalarıyla haftada en az 35 saat geçiren bakım vericiler çalışma örneklemini oluşturmuştur. Bu 30 bakım verici ile 6 aylık izlem sürecinde görüşmeler yapılmıştır.

Bulgular: Görüşme formunun alt başlıklarına göre görüşmeciler arası tutarlılık; öz-bakım temizlik: $\kappa=0.77$, sosyal alan: $\kappa=0.84$, yaşam sınırları: $\kappa=0.76$, iş-okul yaşantısı: $\kappa=0.81$, hastalık belirtileri ve klinik durum: $\kappa=0.72$, tedaviye yönelik tutum ve davranış: $\kappa=0.82$, aile krizlerine katkı/duygusal destek: $\kappa=0.77$, günlük ev yaşantısına katılım/katkı: $\kappa=0.63$ ve tedavi kurumunu kullanım: $\kappa=0.62$ bulunmuştur. Görüşme formunun güvenilirliğini değerlendirmek üzere hesaplanan Cronbach alfa değeri 0.90 bulunmuştur. Marmara Tedaviyi Değerlendirme Aile Görüşmesi (MTDAG) alt ölçekleri ile Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği'nin (KPDÖ) depresyon, negatif ve psikotik belirtiler alt kümeleri arasında istatistiksel bir ilişki saptanmamıştır. KPDÖ'nin psikoz alt kümesi ile MTDAG'nin toplam puanı arasında ise negatif yönde zayıf bir ilişki tesbit edilmiştir ($r=-0.362$, $p=0.049$).

Sonuç: Marmara Tedaviyi Değerlendirme Aile Görüşmesi (MTDAG) şizofreni hastalarının tedavileri sırasında, klinik sürecin değerlendirilmesinde belli kısıtlılıkları barındırırsa da, özellikle bakım vericilerin tedavinin gündelik sonuçlarını takibinde ve hastanın gündelik işlevselliğinin değerlendirilmesinde uygun bir takip aracıdır.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, aile, psikiyatrik değerlendirme

SUMMARY: Family Centered Evaluation of Treatment Outcome in Schizophrenia: Marmara Family Interview for the Assessment of Psychiatric Treatment

Objective: Assessment of psychiatric treatment has been a central issue in psychiatric research. Most assessment tools are based on the patient's account and mainly focus on clinical agendas. Assessment tools, which gather the perspective of attached daily needs are limited. The purpose of our study was to evaluate the inter-rater reliability and internal consistency of the Marmara Family Interview for the Assessment of Psychiatric Treatment (MFIPT) in a clinical sample.

Method: The study also aimed to explore a possible association between the investigated assessment tool and the Brief Psychiatric Rating Scale. Thirty patients were followed over a period of 6 months.

Results: The inter-rater reliability for the interview subscales were self care/hygiene: $\kappa=0.77$; social participation: $\kappa=0.84$; boundaries in daily life: $\kappa=0.76$; academic/work activities: $r=0.81$, clinical condition/symptom severity: $\kappa=0.72$; attitude towards treatment: $\kappa=0.82$; participation in family crisis/emotional support: $\kappa=0.77$; participation in daily routines/household activities: $\kappa=0.63$; use of psychiatric services: $\kappa=0.62$. Cronbach's alpha was found to be 0.90 for the overall internal consistency of the assessment tool. The strongest correlation between the Brief Psychiatric Rating Scale and Marmara Family Interview for the Assessment of Psychiatric Treatment was the depression subscale and the participation in family crisis/emotional support item ($r=0.151$; $P>0.05$).

Conclusion: Marmara Family Interview for the Assessment of Psychiatric Treatment is a reliable instrument for the assessment of daily results of the treatment and daily functioning by the caregivers. Although, it has some limitations in assessing the clinical course.

Key Words: Schizophrenia, family, psychiatric assessment

¹Yrd. Doç., ²Prof., Psikiyatri AD., ³Uzm., Aile Hekimliği AD., Marmara Ü Tıp Fak., ⁴Prof., İstanbul Ü Tıp Fak., Psikiyatri AD., İstanbul. ⁵Araş. Gör., Dokuz Eylül Ü Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği AD., İzmir.
Dr. M. Kemal Kuşçu, e-posta: mkkuscu@marmara.edu.tr

GİRİŞ

Değerlendirme ölçekleri psikiyatrik tanı ve tedaviyi destekleyen önemli araçlardır. Bu ölçekler ruh sağlığı genelinde son yarım yüzyıl içinde hem sendrom tanımına, hem de tedavilerin sonuçlarına yönelik olarak artan oranda kullanım alanı bulmuşlardır (Lukoff ve ark. 1986a, Moos ve ark. 2002, Murphy ve Moller 1993). Son yıllarda şizofrenide psikososyal tedavilerin genel pratiğe yerleşmesi bu müdahalelerin değerlendirilmesini zorunlu kılmış ve bu süreçte değerlendirme ölçekleri daha da önem kazanmıştır (Droogan ve Bannigan 1993, Scott ve Dixon 1995). Klinik yönelimli değerlendirme ölçekleri (Pozitif ve Negatif Sendrom veya Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçekleri) var olan belirtilerin değerlendirilmesinde oldukça duyarlı olsalar da (Lukoff ve ark. 1986b), düzelmenin günlük hayata ve işlevsellik düzeyine nasıl yansıdığını göstermekten uzaktırlar. Bu ölçekler klinisyenin klinik belirtileri değerlendirmesi üzerine yapılandırılmışlardır. Tedavi değerlendirmesinin klinik ve günlük işlevsellik bağlamında yapılması son yıllarda önem kazanmıştır. Özellikle günlük işlevselliğin aile içi ve dışı ilişkiler zemininde gözden geçirilmesinin şizofreninin tedavi ve iyileşme sürecini daha görünür hale getireceği düşünülmektedir (Greenberg ve ark. 1997).

Psikiyatrik değerlendirmeler içinde sıklıkla anlatımına başvuru gruplarından biri bakım vericiler ve ailelerdir (Cole ve ark. 1990, Liberman ve Kopelowicz 1995, Wilson ve Hobbs 1999). Klinik uygulama içinde her ne kadar ölçekler hastanın klinik durumuyla ilgili objektif bir sonuç oluşturmaya çalışsa da, işlevsellikle ilgili bilgiler yoğun olarak bu kaynaklardan sağlanmaktadır. Bu pratik sonuca rağmen bakım verici ve aile anlatımları sıklıkla bu karar süreci içine katılmamaktadır. Yalnızca hastaya uygulanan araçlarla bu bilgilerin kapsamlı olarak değerlendirilmesi mümkün olmamaktadır. Çoğunlukla hasta ve aile ayrı ayrı değerlendirilmektedir. Uygulamada tedavi süreci içerisinde yer almasını istediğimiz ailenin hastayı kapsamlı değerlendirmesi mümkün olmamaktadır ve buna yönelik araçlar da geliştirilememiştir.

Çalışmamız, şizofreni hastalarının genel durumunun ve psikososyal tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde bakımverici anlatımının doğrudan katılmasına yönelik görüşme formunun geliştirilmesi ve değerlendirme aracının oluşturulmasını kapsamaktadır.

Bu doğrultuda ruh sağlığı çalışanları tarafından

kullanımını kolaylaştırmak amacıyla görüşmeciler arası tutarlılık, görüşme değerlendirmesinin iç tutarlılığı ve Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği ile ilişkisi değerlendirilmiştir.

Yöntem

Çalışmamız metodolojik bir çalışma olup İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri servisinde gerçekleştirildi. Çalışmanın evrenini bu servislere yatan şizofreni tanılı hastaların bakım vericileri, örneklemini çalışma kriterlerini karşılayan 30 bakımverici oluşturdu. Çalışmaya haftada en az 35 saat ve üzeri şizofreni tanılı hasta aile üyesiyle zaman geçiren, konuşma ve açıklamaları anlayabilecek fiziksel ve ruhsal iyilik düzeyinde olan bakım vericiler alınmıştır. Çalışmanın görüşmeciler arası tutarlılık değerlendirmesi ilk 21 bakımverici ile yapılan 32 değerlendirme görüşmesi, Klinik Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği ile ilişkilendirilmesi ve iç tutarlılık değerlendirmesi ise 30 bakım verici ile yapılan 90 takip görüşmesinin sonuçları üzerinden yapılmıştır. Takip görüşmeleri 1 aylık aralarla gerçekleştirilmiştir.

Ölçüm araçları

Marmara Tedaviyi Değerlendirme Aile Görüşmesi

Marmara Tedaviyi Değerlendirme Aile Görüşmesi (MTDAG), kliniğimiz içinde Camberwell Aile Görüşmesi'nin Türkçe uyarlamasıyla eşzamanlı geliştirilmiştir. Duygu ifadesi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla kullanılan Camberwell Aile Görüşmesi, hastalık sürecinin serbest anlatımını içermektedir (Leff ve Vaughn 1985). Benzer bir anlatı modelinde kurgulanan MTDAG yarı yapılandırılmış bir görüşmedir (Ek 1). Görüşme, günlük işlevin görünür olduğu alanlar çevresinde oluşturulmuştur. Genel sorular yanında anlatımın detaylandırılacağı sorular kutucuklar içinde belirtilmiştir. Görüşme, takriben 30 dakika üzerinden planlanmıştır. Alevlenme dönemleri dışında, rutin takip sırasında, bu sürenin bakımverici anlatımı için yeterli olduğu gözlemlenmiştir. Görüşme son bir aylık gözlemleri ve yaşantıları gözden geçirmektedir.

MTDAG'nin konu içeriği 1996-1997 yılında Marmara Üniversitesi Psikiyatri Kliniğinde derinlemesine bakımverici görüşmelerinden geliştirildi. Odak grup görüşmesi ve teyp kayıtlı yapılan gruplarla bakımvericilerin hastalarına ilişkin değer-

TABLO 1. Bakım Vericilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.

Yaş (ort± SS)*	54.60±11.88	
Cinsiyet (n, %)		
Kadın	22	73.7
Erkek	8	23.3
Eğitim düzeyi (n, %)		
İlkokul	15	50.0
Ortaokul	4	13.3
Lise ve üzeri	11	36.7
Meslek (n, %)		
Ev hanımı-emekli	16	53.4
İşçi	10	33.3
Öğretmen	4	13.3
Hasta yakınlığı düzeyi (n, %)		
Anne	16	53.4
Baba	3	10.0
Eş ve teyze	4	13.3
Kardeş	7	23.3

* ort± SS: Ortalama±Standart Sapma

lendirme alanları belirlendi ve görüşmeye yarı yapılandırılmış bir biçim verildi. Ön uygulama amacı ile 15 bakım vericiye poliklinik takipleri sırasında uygulandı (Kuşçu ve ark. 1997). Çalışmamızın ilk basamağında 8-10 kişilik, 4 bakım verici grubu oluşturuldu. Görüşme içeriğinde düzenlemeler yapılarak değerlendirme içeriği detaylandırıldı ve 9 değerlendirme alanından oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formu (Ek 1) ve değerlendirme ölçeği (Ek 2) oluşturuldu. Görüşme formu; 1- Günlük ev yaşantısına katılım-katkı 2- Öz-bakım temizlik 3- Sosyal alan 4- Yaşam sınırları 5- İş-okul yaşantısı 6- Hastalık belirtileri ve klinik durum 7- Tedavi kurumunu kullanım 8- Tedaviye yönelik tutum ve davranış 9- Aile krizlerine katkı/Duygusal destek bölümlerinden oluşmaktadır. Görüşmeyi değerlendirme formu 1 ile 4 arası derecelendirme şeklinde oluşturuldu; "1" belirtilen alt bölümlerdeki en düşük düzeyi, "4"de en iyi düzeyi göstermektedir.

Kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği

Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ) özellikle psikotik hastalarda depresif, psikotik, negatif belirtilerin yanı sıra dikkat, yönelim gibi işlevlerin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Her madde söz konusu

belirtinin şiddetiyle orantılı olarak 1-7 arası puan alır. 24 maddelik ölçeğin ilk 13 maddesi tüm veri kaynaklarından (aile üyeleri, hemşire gibi) yararlanarak, diğer maddeler görüşme sırasındaki bulgulara göre puanlanır (Overall ve Gorham 1962).

Uygulama ve değerlendirme

Çalışmamızın görüşmeciler arası tutarlılığın incelendiği basamağında şizofreni tanılı hastaların bakım vericileri ile 30-40 dakikalık zamanda yapılan 32 görüşme teybe kaydedildi. Görüşmeler, kaset çözümüleme çalışması ile bir uzman psikiyatrist ve bir uzman psikiyatri hemşiresi tarafından ayrı ayrı değerlendirildi. Bu değerlendirmenin ardından yapılan 90 görüşme ise eş zamanlı olarak uygulanan Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği ile karşılaştırıldı.

İstatistik analiz

İstatistiksel analizler için öncelikle verilerin tanımlayıcı istatistikleri (sıklık, yüzde, dağılım aralığı vs) hesaplanmıştır. MTDAG'nin iç tutarlılığı ve görüşmeciler arası tutarlılığının analizinde sırasıyla Cronbach alfa ve Kappa tutarlılık değerleri hesaplanmıştır. MTDAG'nin dokuz alt alanının KPDÖ ile ilişkisinin incelenmesinde Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Analizler için SPSS for Windows paket programının 11.5 versiyonundan yararlanılmıştır.

BULGULAR

Bakım vericilerin demografik dağılımı

Çalışmaya alınan bakım vericilerin yaş ortalamaları 54.6±11.8 (41-77)'dir. Bakım vericilerin % 73.7'si kadın olup % 50'si okuryazar ve ilkökul eğitim düzeyinde, % 36.7'si de lise ve üzeri eğitim düzeyindedir. Bakım vericilerin % 53.4'ü hastaya yakınlık derecesi olarak annedir (Tablo 1).

Görüşmeciler arası tutarlılık

Görüşme formunun 9 alt ölçeğinin değerlendirilmesinde özellikle öz-bakım temizlik: $\kappa=0.77$ Sosyal alan: $\kappa=0.84$, Yaşam sınırları: $\kappa=0.76$, İş-okul yaşantısı: $\kappa=0.81$, Hastalık belirtileri ve klinik durum: $\kappa=0.72$, Tedaviye yönelik tutum ve davranış: $\kappa=0.82$, Aile krizlerine katkı: $\kappa=0.77$ tutarlılık puanları bulundu. Bu sonuçlar yanında günlük ev yaşantısına katılım katkısı: $\kappa=0.63$, Tedavi kurumunu kullanım: $\kappa=0.62$ bulunmuştur (Tablo 2).

TABLO 2. Marmara Tedaviyi Değerlendirme Aile Görüşme Formu Görüşmeciler Arası Tutarlılık Değerleri.

Bakım verici değerlendirme alanları	Kapa tutarlılık değerleri κ
1. Günlük ev yaşantısına katılım/katkı	0.63
2. Öz-bakım/temizlik	0.77
3. Sosyal alan	0.84
4. Yaşam sınırları	0.76
5. İş-okul yaşantısı	0.81
6. Hastalık belirtileri ve klinik durum	0.72
7. Tedavi kurumunu kullanım	0.62
8. Tedaviye yönelik tutum ve davranış	0.82
9. Aile krizlerine katkı/duygusal destek	0.77

İç tutarlılık

MTDAG içerisinde yer alan maddelerin birbirleri ile korelasyonları Tablo 3'te verilmiştir. MTDAG'nin güvenilirliğini değerlendirmek üzere hesaplanan Cronbach alfa değeri 0.90 bulunmuştur. Maddelerden alınan ortalama puan aralığı 1.73-2.50 arasında değişmektedir. Korelasyon matrisinde en düşük korelasyon tedaviye yönelik tutum ve davranış ile günlük ev yaşantısına katkı arasında ($r= 0.3079$) ve en yüksek korelasyon aile krizlerine katkı ile iş-okul yaşantısı arasında ($r=0.8032$) bulunmuştur. Her bir madde analizden çıkarılarak hesaplanan Cronbach alfa değerleri en düşük 0.8874 (tedavi kurumu kullanımı), en yüksek 0.9087 (tedaviye yönelik tutum ve davranış) olarak bulunmuştur.

Test-tekrar test

MTDAG toplam puanlarının farklı ölçümlerde korelasyonu spearman korelasyon analizi ile incelendi. Martop 1 (Marmara Tedaviyi Değerlendirme Aile Görüşmesi 1. takip görüşmesi toplamı) ile Martop 2 (Marmara Tedaviyi Değerlendirme Aile Görüşmesi 2. takip görüşmesi toplamı) için $r=0.169$, $p>0.05$ ve Martop 1 ile Martop 3 (Marmara Tedaviyi Değerlendirme Aile Görüşmesi 3. takip görüşmesi toplamı) için $r=0.017$, $p>0.05$ bulunmuştur.

Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği ve Marmara Tedaviyi Değerlendirme Aile Görüşmesi

Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği'nin

(KPDÖ) depresyon, negatif ve psikotik belirtiler alt kümeleri ile Marmara Tedaviyi Değerlendirme Aile Görüşmesi (MTDAG) alt ölçekleri arasında korelasyon saptanmamıştır. KPDÖ Depresyon alt kümesi ile en yakın ilişki MTDAG değerlendirme alanı aile krizlerine katkı alt ölçeğidir ($r=0.151$, $p>0.05$). Benzer bir ilişki KPDÖ negatif belirtiler kümesi ile MTDAG tedaviye yönelik tutum ve davranış alt ölçeği arasında gözlenmiştir ($r= -0.165$, $p>0.05$). KPDÖ-psikoz alt kümesi ile en düşük korelasyon düzeyine sahip MTDAG alt ölçeği günlük ev yaşantısına katılım/katkıdır ($r=-0.192$, $p>0.05$). Toplam MTDAG puanı ile toplam KPDÖ puanı arasında bir ilişki tespit edilememiştir. ($r= -0.166$, $p>0.05$). MTDAG toplam puanı ile KPDÖ depresyon ve negatif belirtiler alt kümeleri arasında bir anlamlı bir ilişki yoktur (sırasıyla r değerleri 0.079, -0.052; $p>0.05$). KPDÖ psikoz alt kümesi ile MTDAG toplam puanı arasında ise negatif yönde anlamlı ancak zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0.362$, $p=0.049$).

TARTIŞMA

Şizofreni hastalarının tedavisinde hasta ve aileyle birlikte çalışmak bakımın devamlılığı açısından önemlidir (Mohr 2000, Pickens 1998). Ailenin gözlemi, bireyin içinde bulunduğu durumu anlamak ve bireyin ailesiyle birlikte uyumlu ve rahat yaşamasını sağlamak için ele alınmalıdır. Ailenin bakım sürecine aktif katılımının ve hastadaki değişimleri ve ev içi yaşantıları paylaşmalarının tedavi hedeflerine ulaşmayı sağlayacağı gösterilmiştir (Greenberg ve ark. 1997, Rose 1996, Saunders 1997). Ülkemizde şizofreni çevresinde gelişen bakım verici deneyimi

TABLO 3. Marmara Tedaviyi Değerlendirme Aile Görüşmesi (MTDAG) İçerisinde Yer Alan Maddelerin Korelasyonu (Spearman).

		Günlük ev yaşantısına katılım katkı	Öz bakım temizlik	Sosyal alan	Yaşam sınırları	İş okul yaşantısı	Hastalık belirtileri ve klinik durum	Tedavi kurumunu kullanım	Tedaviye yönelik tutum davranış	Aile krizlerine katkı/duygusal destek	Toplam MTDAG
Günlük ev yaşantısına katılım katkı	r									,543	,734
	p									,002	,000
Öz bakım temizlik	r	,573								,610	,755
	p	,001								,000	,000
Sosyal alan	r	,562	,434							,388	,757
	p	,001	,017							,034	,000
Yaşam sınırları	r	,391	,469	,653						,497	,712
	p	,033	,009	,000						,005	,000
İş okul yaşantısı	r	,541	,549	,616	,626					,806	,859
	p	,002	,002	,000	,000					,000	,000
Hastalık belirtileri ve klinik durum	r	,476	,470	,553	,381	,531				,479	,736
	p	,008	,009	,002	,038	,003				,007	,000
Tedavi kurumunu kullanım	r	,630	,640	,609	,556	,771	,672			,728	,895
	p	,000	,000	,000	,001	,000	,000			,000	,000
Tedaviye yönelik tutum davranış	r	,317	,513	,526	,484	,375	,472	,412		,287	,578
	p	,088	,004	,003	,007	,041	,008	,024		,124	,000
Aile krizlerine katkı/duygusal destek	r	,543	,610	,388	,497	,806	,479	,728	,287		,811
	p	,002	,000	,034	,005	,000	,007	,000	,124		,000

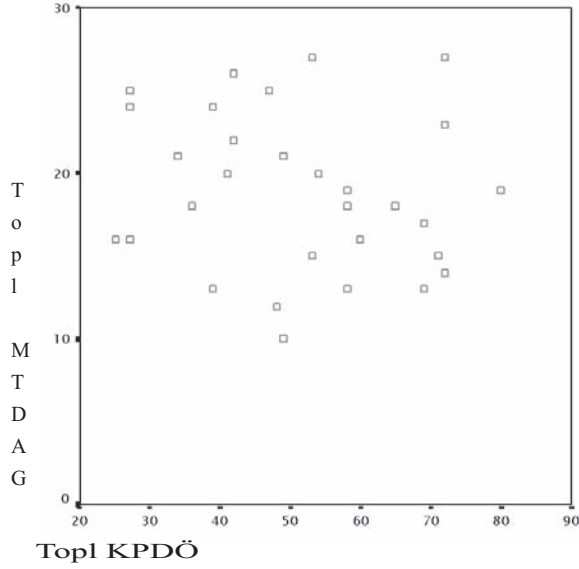
ve sonuçları daha önceki çalışmalarla ortaya konmuştur (Karancı 1995, Karancı ve İnandılar 2002). Çalışmamız ülkemiz koşullarında bu alana yönelik ihtiyacı karşılamaya yönelik oluşturulan değerlendirme ölçeğinin sonuçlarını paylaşmaktadır.

MTDAG kullanım kolaylığı ve değerlendirmeler arası tutarlılığı açısından alandaki ihtiyaçları karşılayacağı düşünülmektedir. Her ne kadar görüşmeciler arası tutarlılık konusunda ön çalışma ve çalışmamızda tatmin edici tutarlılıklar saptansa da, özellikle günlük ev yaşantısına katılım ve katkı ile tedavi kurumunu kullanım alt ölçeklerine yönelik

içerik tartışmasına ihtiyaç vardır. Aynı şekilde önümüzdeki dönemde farklı klinik ortamlarda ve daha geniş hasta gruplarında MTDAG'nin kullanılması, değerlendirme ölçeklerinin içeriğini ve görüşmeciler arası tutarlılığını güçlendirecektir.

MTDAG'nin iç tutarlılığı klinikteki kullanımı açısından önemlidir. Test-tekrar test sonuçları iç tutarlılık kadar güçlü değildir. Buradaki temel neden test arasındaki dönemdeki klinik değişimdir. MTDAG zaman içerisinde değişim gösteren alanları gözden geçirmektedir. Bu alanlardaki tekrar değerlendirmelerdeki farklılık aracın değişimi

GRAFİK 1. Toplam MTDAG Skorlarının Toplam KPDÖ Skorlarına Göre Dağılımı.



TOPL MTDAG: Toplam Marmara Tedaviyi Değerlendirme Görüşmesi skorları
TOPL KPDÖ: Toplam Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği Skorları

takip edebildiğini göstermiştir. Bunun yanında görüşme formu ailelerin kendi gündemlerini serbestçe paylaşabilecekleri bir içeriği barındırmaktadır. Çalışmamız sırasında hem bakım vericiler hem de görüşmeyi bir bilgi kaynağı olarak kullanan ruh sağlığı çalışanları görüşme içeriği ile ilgili olumlu geri bildirimlerde bulunmuşlardır.

Klinik süreç açısından incelendiğinde özellikle KPDÖ toplam skorlarıyla MTDAG toplam skorları arasında herhangi bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Her ne kadar KPDÖ'nin negatif ve psikoz belirtiler alt kümeleri ile MTDAG değerlendirme alanları kendi içinde bir ilişki oluşturmuş olsa da, bu MTDAG'nin klinik süreçle ilgili bir çıkarıma destek olmasından oldukça uzaktır. Aynı şekilde KPDÖ'nin depresyon alt kümesi ile MTDAG toplam puanı ve aile krizlerine katkı alt ölçeği arasındaki pozitif ilişki ise daha sonraki çalışmalarda depresyon bulgularının aile tarafından ne şekilde yorumlandığının yeniden gözden geçirilmesini gerekli kılmaktadır. Çalışmamızda özellikle depresyon belirtilerinin bakım vericiler tarafından negatif veya psikoz belirtiler alt kümelerine göre daha olumlu değerlendirildiği gözlenmiştir. Negatif ve psikoz

belirtiler alt kümeleri ile en yüksek korelasyon gösteren MTDAG alt ölçeği ise tedaviye yönelik tutum ve davranıştır. Bu bakım vericinin daha çok kendi gündemine yansıyan süreçleri değerlendirmesine neden olmaktadır. Bu alanların başında ilaç kullanımı ve uyumu gelmektedir. Çoğunlukla klinik süreçlerinde değişimler, bakım verici gözlemlerinden ve onun ihtiyaç alanlarından bağımsız gelişmektedir. Çalışmamızın amacı klinik süreci tamamlayan gündelik bakım verici gözlemlerini öne çıkarmaktır. Bu noktada MTDAG diğer klinik değerlendirme araçlarına alternatif değil, onları tamamlayıcı niteliktedir.

Çalışmamızdaki kısıtlılıklardan biri de MTDAG'nin geçerlik değerlendirilmesinin yapılamamış olmasıdır. Buradaki temel güçlük bu alanda herhangi bir altın standart değerlendirmenin bulunmamasıdır. Aile ve bakım verici değerlendirmeleri klinik uygulamada sınırlı ölçüde kullanılmıştır. Çalışmamızın temel amacı bu eksikliği doldurmada bir adım atmaktır. MTDAG bu yönde öncül girişimlerden birini temsil etmektedir. Çalışmamızın özellikle daha önce şizofreni sürecinde geliştirilen ve ülkemize de uyarlanan yaşam niteliği çalışmaları ile bağlantılı uygulanması bu noktadaki eksikliği tamamlayacaktır (Heinrichs ve ark. 1984, Soygür ve ark. 2000). Benzer şekilde, gelecekteki çalışmalarda gündelik işlevselliğin değerlendirilmesine yönelik araçların MTDAG eşliğinde kullanılmaları elimizdeki sonuçları zenginleştirilecektir.

Bakımın devamlılığı ve izlem için, klinik tablonun değerlendirmesini tamamlayıcı ve günlük işlevselliği kapsayan bir değerlendirme paketinin ihtiyacı giderek önem kazanmaktadır (Barrell ve ark. 1997). Benzer bir değerlendirmenin bakım verici anlatımı üzerine yapılmasının değerlendirilmesinin içeriğini sağlamlaştıracağı düşünülmektedir. Özellikle klinik süreçle birlikte psikososyal programların ve günlük işlevselliğin daha detaylı değerlendirilmesine ihtiyaç vardır. Klinisyen, bakıcı ve akraba gibi değerlendirme kaynakları ve bu kaynaklardan elde edilen bilgiler hastanın genel durumunu, günlük yaşam alanlarındaki işlevselliğini değerlendirmek, tedaviyi engelleyici faktörleri belirlemek, ilaç tipi ve dozuna ilişkin karar almak ve hastanın tedavisini düzenlemek için kullanılabilecektir (Lieberman ve Kopelowicz 1995). Bu doğrultuda çalışmamız ülkemizdeki ilk girişimin sonuçlarını paylaşmaktadır.

KAYNAKLAR

- Barrell LM, Merwin EI, Poster EC ve ark. (1997) Patient outcomes used by advanced practice psychiatric nurses to evaluate effectiveness of practice. *Arch Psychiat Nurs*, 11: 184-197.
- Cole J, Kazarian S, Malla A, Baker M (1990) Comparisons of two EE scale with the CFI, *J Clin Psychol*, 46: 306-309.
- Droogan J, Bannigan K (1993) A review of pschosocial family interventions for schizophrenia. *Nurs Times*, 93: 46-47.
- Greenberg JS, Greenley JR, Brown R ve ark. (1997) Do mental health services reduce distress in families of people with serious mental illness. *Psychiatr Rehabil J*, 21:40-50.
- Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT Jr ve ark. (1984) Quality of Life Scale: an instrument for Rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull*, 10:388-98.
- Karanci NA (1995) Caregivers of Turkish schizophrenic patients: Causal attributions, burdens and attitudes to help from the health professionals. *Soc Psychiatry Psychiat Epidemiol*, 30: 261-268.
- Karanci NA, Inandilar H (2002) Predictors of components of expressed emotion in major caregivers of Turkish patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiat Epidemiol*, 37: 80-88.
- Kuşcu MK, Tuncay İ, Gımsal A, Göktepe EO (1997) Şizofrenik bozukluklarda tedavi değerlendirilmesinde aile bakışı: Marmara Tedaviyi Değerlendirme Aile Görüşmesi 33. Psikiyatri Kongresi. Antalya.
- Leff J, Vaughn C (1985) *Expressed Emotion in Families: Its Significance for Mental Illness* The Guilford Press.
- Liberman RP, Kopelowicz A (1995) Basic elements in biobehavioral treatment and rehabilitation of schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol*, 9: 51-58.
- Lukoff D, Nuechterlein KH, Ventura J ve ark. (1986a) Symptom monitoring in the rehabilitation of schizophrenic patients. *Schizophr Bull*, 12: 578-591.
- Lukoff D, Nuechterlein KH, Ventura J ve ark. (1986b) Appendix A. Manual for expanded brief psychiatric rating scale (BPRS). *Schizophr Bull*, 12: 594-602.
- Mohr KW (2000) Partnering with families *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 38: 15-22.
- Moos RH, Nichol AC, Moos BS ve ark. (2002) Global Assessment of Functioning Rating and the allocation and outcomes of mental health services. *Psychiat Serv*, 53: 730-737.
- Murphy MF, Moller MD (1993) Relapse management in neurobiological disorders: the Moller–Murphy symptom management assessment tool. *Arch Psychiatr Nurs*, 7: 226-235.
- Overall JE, Gorham DR (1962) The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep*, 10:799-812.
- Pickens J (1998) Formal and informal care of people with psychiatric disorders: Historical perspectives and current trends. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 36: 37-43.
- Rose LE (1996) Families of psychiatric patients: a critical review and future research directions. *Arch Psychiat Nurs*, 10: 67-76.
- Saunders J (1997) Walking a mile in their shoes... symbolic interactionism for families living with severe mental illness. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 35: 8-13.
- Scott JE, Dixon LB (1995) Psychological interventions for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 21:621-630.
- Soygür H, Aybaş M, Hınçal G ve ark. (2000) Şizofreni hastaları için yaşam nitelikleri ölçeği: Güvenirlilik ve yapısal geçerlik çalışması. *Düşünen Adam*, 13:204-210.
- Wilson JH, Hobbs H (1999) The family educator a professional resource for families. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 37: 22-27.

EK I

MARMARA TEDAVİYİ DEĞERLENDİRME AİLE GÖRÜŞME FORMU

Sizein geçtiğimiz ayı nasıl geçirdiğine vela ilgili sizin gözlemlerinize ait sorular soracağım?

Öncelikle geçtiğimiz ay..... ile ilgili yeni bir gelişme oldu mu?

Geçtiğimiz ayı nasıl geçirdi?

Sizin gözünüze çarpan bir farklılık var mıydı?

Önemli bir sorun yaşadınız mı?

.....davranışlarında bir farklılık var mı?

Son bir ay içerisinde davranışlarında farklılık var mı?

Günlük Ev Yaşantısına Katılım/Katkı

Son bir ay içerisinde herhangi bir gününü nasıl geçiriyor?

(Günlük uğraşlar.../yemek/temizlik/vs.....)

İzninizle geçen ayla ilgili gözlemlerinizi biraz daha detaylandırmak istiyorum.....

.....ev içinde nasıl?

Sizle vakit geçiriyor mu? (Yemek biçimi/TV seyretme/beraber oturma)

Ev işlerinde yardım ediyor mu? (Alışveriş/yemeğe yardım/taşıma/götürme.....)

Aile toplantılarına oturmalarına katılır mı?

Kendiliğinden mi yapar/Israr eder misiniz?

Devam ediyor mu yoksa sıkılıp/Sebepsiz bırakıyor mu?

Düzenli yapıyor mu/Anlık mı oluyor?

Özbakım Temizlik

.....Kendine bakımı nasıl? (Yıkama/diş fırçalama/giyinme/düzen.....)

Yardımsız yapabiliyor mu? Hatırlatmak zorunda kalıyor musunuz? Siz ne yaparsınız?

Uyarı/Hatırlatmalar

Kendiliğinden yapıyor

Sosyal Ortam

.....dışarı çıkıyor mu?

Ne yapar/Nereye gider? (Dolaşma/sinema/kalabalık lokantalar.....)

Arkadaşları var mı? (Arar mı?.....)

Yeni arkadaş edindi mi? (Devam ediyor mu?)

Aile toplantılarına gidiyor mu?

Düğünlere/Nişanlara katılır mı?

Ne olur?

Ne yaparsınız?

Kendiliğinden/Israr

Düzenli/Aralıklı

Uzun süre devam edebilme/Devam ettirememe

Arama/Aranma/Ortak planlar.....

Yaşam Sınırları

Ev içerisinde ısrarları olur mu?

Zaman zaman başkalarının eşyalarını kullanır mı?

Başkalarının odasında yatar mı? İzinsiz odanıza girer mi?

İzinler ?

Uyarılar? Uyarılara tepkiler?

Sınırlar konusunda genel tavırlar?

Oda kullanımları /Eşya kullanımları/.

İzinle/İzinsiz

İş-Okul Yaşantısı

İşine devam edebiliyor mu?

Yeni bir iş arıyor mu?

İşle ilgili herhangi bir değişiklik oldu mu?

Okula devam ediyor mu?

Okulla ilgili herhangi bir değişiklik oldu mu?

Dersleri nasıl?

Sınavlara giriyor mu?

İş yaşantısında değişiklikler...

İş değişiklikleri.... Yeni iş arayışları....

İzinler.....Süreler.....

Okul devamları.....Ders başarıları.....

Okula devam.....Okula devam isteği.....

Eğitim arayışları.....

Başvurular.....Başvurular....İş vs. başvuruları....

Hastalık Belirtileri ve Klinik Krizler

Son bir ay içerisinde şikayetleri nasıl?

Herhangi bir değişiklik göze çarptı mı?

Şikayetleri nedeniyle günlük aktivitelerini sürdürmekte sorun yaşıyor mu?

Şikayetleri nedeniyle herhangi bir sorun yaşadınız mı?

Tedavi Kurumunu Kullanım

Zaman zaman aileler herhangi bir konuyu danışmak için hastaneyi arayabiliyor. Bu konuda bazı sorular sormak istiyorum.....

Hastanedeki randevularınız konusunda bir sorun yaşadınız mı?

Randevu düzeneğinde bir değişiklik oldu mu?

Son bir ay içerisinde hastaneye kaç kez başvurduunuz?

Hastaneye telefon etmek zorunda kaldınız mı?

Hekiminize acilen ulaşma ihtiyacı hissettiniz mi?

.....hastaneye sık sık uğrar veya telefon eder mi?

Krizler....

Şikayetlerinin yoğunluğu...

Şikayetlerinin günlük hayata etkileri...(Örneklendirilerek)

Randevu dışı başvurular.....hastane/Dr. Başvuruları

Acil başvurular....

Sık aramalar..Yardım ve destek arayışları.....

Tedaviye Yönelik Tutum ve Davranış

.....'ın ilaçları ve tedavisi konusunda bazı sorular sormak istiyorum..

Tedaviyle ilgili sohbet eder mi?

Tedavisi konusunda neler düşünüyor.....?

Endişeleri var mı?

İlaçları almak konusunda güçlük yaşıyor mu?

Tedavinin ilerisi için neler düşünüyor?

Tedavi inaniş ve tutumları...

Endişeler/Korkular/Çekinceler...

İlaç düzeni...Hatırlatmalar...

Tedavi konusunda iyimserlik...

Aile Krizlerine Katkı/Duygusal Destek

Geçtiğimiz ay sizin veyabaşından önemli bir olay geçti mi?

Önemli bir sorun yaşadınız mı?

.....'ın tutumu ne oldu?

Çözümüne katkıda bulundu mu?.....Akıl verdi mi?

Yardımcı oldu mu?

Ondan destek görebildiniz mi?

Görüşmeyi bitirmeden önce, son bir ayla ilgili konuştuklarımıza eklemek istedikleriniz var mı?

Görüşmeye katıldığımız için teşekkürler.....

EK II:
MARMARA TEDAVİYİ DEĞERLENDİRME FORMU

1. Günlük Ev Yaşantısına Katılım/Katkı

(4) Ortak alanları kullanıyor (beraber yemek, TV seyretmek ...) Sohbetlere katılıyor/ev işlerinde üzerine düşenlerde gayretli (alışveriş ...) Tüm bunlar son bir ayın büyük bir bölümünü oluşturduğu hatırlanıyor.

(3) Ortak alanları kullanıyor ancak genel tercihi evde yalnız kalmak/İsteksizce üzerine düşenleri yapıyor/Uzun süre aile ile beraberliği devam ettiremiyor/Sohbetlerde dinleyici/Çabuk sıkılıyor/Kendiliğinden katılıyor.

(2) Ancak ısrar edilirse katılıyor/Devam ettiremiyor (yemeği yarıda bırakıyor ...)/Sohbetlere katılmıyor/Ev işlerine katılmıyor.

(1) Ortak alanları kullanmıyor (odasında yemek yiyor...)/Ortak alanları olabildiğince az kullanıyor/Ev işleri konusunda kayıtsız.

2. Öz-Bakım/Temizlik

(4) Günlük bakımını düzenli olarak yerine getiriyor/Düzenli ve sürekli olarak uyarmaya gerek kalmıyor/Düzene dikkat ediyor.

(3) Öz-bakım için uyarmak gerekiyor/uyarılınca öz bakımını tek başına uygulayabiliyor/Düzene uymakta uğraşılı.

(2) Öz-bakım için yardıma ihtiyacı var/Detaylı bir şekilde açıklama ve göstermeye ihtiyacı var.

(1) Öz-bakımı yardıma rağmen yerine getiremiyor/Tamamen temizliği başkasının yardımı ile yapabiliyor/Düzen konusunda hiçbir girişimi olamıyor.

3. Sosyal Alan

(4) Sosyal alanlara katılıyor/Yeni arkadaşlar ediniyor.. sürdürüyor/Dışarıya çıktığında uğradığı... bulunduğu yerleri var/Yeni sosyal ilişkiler kuruyor..sürdürüyor.

(3) Sosyal alanları kullanıyor/Uzun sosyal karşılaşmalar tahammül gösteremiyor/Yeni ilişkiler başkalarının uğraşısı ile geliyor ama sürekli olmuyor..

(2) Sosyal alanlara ısrarla katılıyor/Teklifler konusunda isteksiz/Sosyal karşılaşmalardan kaçınıyor.

(1) Sosyal alanları kullanmıyor/Rastgele karşılaşmaları var/Hiçbir sosyal karşılaşmaya tahammül gösteremiyor/Teklif etme konusunda bile tedirgin edici bir tutumu var (...teklif edilemezlik).

4. Yaşam Sınırları

(4) Sınırlar konusunda dikkatli/İzinle başkalarının eşyalarını kullanıyor/Kendi odasında kalıyor/Kendi eşyaları odasında kalıyor.

(3) İzinle eşyaları kullanıyor/Sık sık eşya ödünç alıyor/Eşyasına sahip çıkmıyor.

(2) Uyarılınca tutum değiştiriyor/Hatırlatmak gerekiyor/Kendi yatağında yatıyor ama zaman zaman salonda kalıyor.

(1) İzinsiz başkalarının odasına giriyor ve eşyalarını kullanıyor (diş fırçası vs...) odaları rastgele kullanıyor/Eşyaları tüm eve yayılmış/Uyarılara rağmen devam ediyor.

5. İş-Okul Yaşantısı

- (4) İş veya okulunda devamı var/Devam konusunda istekli/Yeni öneriler alıyor/Ders geçiyor/Ödev tamamlıyor...
- (3) İşte veya okulda devamı düzenli değil/Stresli iş ortamlarına tahammül edemiyor...
- (2) İş veya okulla ilgili isteklerini dile getiriyor..ama sonuçlandırmıyor/Başvuruları ve denemeleri var ama devamını getirmiyor.
- (1) İş veya okula devam edemiyor/İş ve okul konusunda isteksiz.. dile getirmiyor/Denemede bulunmuyor.

6. Hastalık Belirtileri ve Klinik Krizler

- (4) Hastalık belirtilerinde belirgin azalma/günlük aktiviteleri kısıtlamıyor. Hastalık belirtileri anlatıda yer almıyor/Belirgin iyileşme.
- (3) Hastalık belirtilerinde azalma var, ancak günlük aktivitelere etkisi sürüyor.
- (2) Hastalık belirtilerinde herhangi bir değişiklik yok aktiviteleri etkiliyor.
- (1) Hastalık belirtilerinde artış var/yoğun olarak anlatıyı kapsıyor. Günlük yaşantıyı tamamen etkiliyor.

7. Tedavi Kurumunu Kullanım

- (4) Düzenli olarak yalnız randevularına geliyor/Acil başvuru yok/Arada uğramalara ve telefon konuşmasına ihtiyaç göstermiyor.
- (3) Düzenli olarak randevulara gidiyor/Haftada bir veya birden çok kez hekimini veya kurumu arıyor.
- (2) Randevuları aksatıyor/Zaman zaman hastaneye uğruyor/Sık sık hastaneye danışılıyor.
- (1) Acil olarak hastaneye başvuranlar var/Acil fikir danışmaya yönelik telefonlar.

8. Tedaviye Yönelik Tutum ve Davranış

- (4) İlaçları düzenli kullanıyor. İlaçları kendisi alıyor. Tedavi ile ilgili umutları var.
- (3) İlaçları zaman zaman hatırlatmak gerekiyor. Tedavi ile ilgili umutlu ancak zaman zaman tedavi ile ilgili endişelerini dile getiriyor.
- (2) Tedavi konusunda endişelerini sık sık dile getiriyor. Tedavi ile ilgili umutsuzlukları var, ancak ilaçlarını kullanıyor. İlaçlarla ilgili tutumlarında düzensizlik.
- (1) Tedaviyi reddediyor veya ilaçları gıdalara katılarak gizlice veriliyor.

9. Aile Krizlerine Katkı/Duygusal Destek

- (4) Aile her türlü güçlüğü paylaşabiliyor. Krizler konusunda fikirler verebiliyor.
- (3) Aile büyük krizleri değil küçük olayları açıklayabiliyor. Hasta küçük sorunlarda akıl verebiliyor.
- (2) Aile hiçbir güçlüğü açıklamıyor. Hasta rastgele ve nedene yönelik olmayan akıl veriyor. Duygusal desteği yok.
- (1) Ailenin gündeminden kopmuş durumda ve güçlüklerle karşı kayıtsız.