



Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hasta Yakınlarında Bakım Yükü ve Psiko eğitim

Burden of Care in Family Caregivers of Patients with Obsessive Compulsive Disorder and Psychoeducation

Berna ERSOY ÖZCAN₁, Gül ÜNSAL BARLAS₂

₁Atatürk Devlet Hastanesi, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Sinop

₂Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul

ÖZ

Ruhsal bozukluklarda tedavilerin toplum temelli olmaya başlaması, yataklı kurumlar dışında aile içinde geçirilen sürelerin uzamasına ve ailelerin hastaların bakımında daha aktif rol üstlenmelerine neden olmuştur. Hastalıktan dolayı oluşan istenmeyen olaylar ve zorlukların aile üyelerini etkilemesi ile aile yükü oluşmaktadır. Bakım verenin yaşadığı yük, depresyon, anksiyete, tükenmişlik, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon ve ekonomik güçlükler gibi sonuçlar doğurur. Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) kronik ruhsal bir bozukluk olup dünya çapında en önemli sakatlayıcı on tıbbi durumdan biridir. Özellikle obsesif-kompulsif bozuklukta bakım veren yükünün şizofreni ve bipolar bozuklukta eşdeğer düzeyde ağır olduğu bildirilmektedir. Ailelere yönelik girişimler hastaneye yatış dönemiyle sınırlı kalmamalı, ailelerin hastalığın her aşamasında yardıma gereksinim duydukları unutulmamalıdır. Bu nedenle obsesif-kompulsif bozuklukta hasta yakınlarına yönlendirilmiş psiko eğitimsel müdahaleye açık bir ihtiyaç vardır. Bu derleme, obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların yakınlarındaki bakım yükünün ve hasta yakınlarına yönelik yapılan psiko eğitimin önemini kavramak için ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Obsesif kompulsif bozukluk, bakım yükü, aile, psiko eğitim

ABSTRACT

Community-based treatments prevailing in mental disorders have resulted in prolonged periods spent with families outside the inpatient institutions and more active role taken by the families in the care of patients. Undesired events and difficulties due to the disease affect family members and create family burden. The burden undertaken by the care-giver may have consequences as depression, anxiety, burn-out, deterioration of physical health, social isolation and economic hardship. Obsessive compulsive disorder (OCD) is a chronic mental disorder which ranks among the top ten of the most disabling medical conditions worldwide. Specifically, it is reported that the burden of the caregiver in obsessive compulsive disorder is as serious as that undertaken in schizophrenia or bipolar disorder. Family intervention should not be limited to inpatient period and it must be kept in mind that families need help at every stage of the disease. Therefore, in cases with obsessive compulsive disorder there is a clear need for psychoeducational intervention directed at family caregivers. This review aims to set forth the importance of the burden of care undertaken by family caregivers of patients with obsessive compulsive disorder and psychoeducation provided to them.

Key Words: Obsessive compulsive disorder, burden of care, family, psychoeducation

GİRİŞ

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabına (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-5) göre "Obsesyon, girici (intrüsize) istenmeyen şekilde yaşanan yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da imgelerdir. Kompulsiyon ise obsesyona karşılık ya da katı şekilde uygulanması gereken kurallara uygun olarak yeri-

ne getirmeye mecbur hissettiği yineleyen davranışlar veya zihinsel uğraşılardır." (1). 1980 yılından önce Obsesif Kompulsif Bozukluğun (OKB), gerçekleştirilen çalışmalarda görülme sıklığının az olduğu (%0.5) ve tedaviye dirençli olduğu belirtilmiştir. 1980'den sonra modern araştırma ve çalışmalarda yaygınlığının daha fazla olduğu bildirilmiştir (2,3). Dünyada OKB DSÖ'ne göre en çok işlev kaybı oluşturan, ilk on tıbbi durum içinde bulunmaktadır (2,4).

Alındığı tarih: 26.07.2016

Kabul tarihi: 15.05.2017

Yazışma adresi: Hemşire Berna Ersoy Özcan, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Korucuk Mevki Trafo M. No:32/1, Sinop

e-posta: bernaersoyozcan@hotmail.com

doi: 10.5222/jaren.2017.1010



OKB nüfusun yaklaşık %1-3'ünü etkileyen nöropsikiyatrik bir bozukluktur (5). Ülkemizdeki çalışmalarda, yaşam boyu prevalansı %2.5-6.2, 12 aylık prevalansı %0.5-5.6 arasında bulunmuştur (6). OKB tedavi edilmediğinde kronikleşmenin fazla olduğu görülürken, birçok olguda alevlenmeler ile epizodik bir seyir, az bir kesiminde de kötüleşen bir seyir izlenmektedir (1,7).

OKB ve Bakım Yükü

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) bireyin aile, akademik, meslek ve sosyal işlevselliğinde olumsuz etki oluşturan ve bilişsel, duygusal, davranışsal bileşenleri ile süregelen bir bozukluk olması (8,9), çoğu kez kronik gidişli olması, tedavi başarısızlığının yüksek oranda olması ve toplumda fazla görülmesi OKB'yi toplumsal ve bireysel açıdan önemli bir ruhsal yük haline getirmektedir (8,10). Hastalığın engelleyici olması, düşük yaşam kalitesi ve artmış aile yükü açısından çoğunlukla şizofreni ile ağır OKB sık sık mukayese edilmektedir. OKB hastalarının sosyal aktivitelerindeki azalmanın nedeni olarak izolasyon ve izolasyona bağlı olarak ailelerinin de ciddi oranda bakım yükünün arttığı bildirilmiştir. Gruraj'ın OKB ve şizofrenide bakım yükü, yaşam kalitesi ve oluşturduğu aile rutinlerindeki bozulmanın karşılaştırıldığı çalışmasında şizofrenide yüksek bulunmuş olup, aile yükünün diğer alanlarında OKB'nin şizofreniyle benzer oranda yüksek olduğu belirlenmiştir (11). Bobes ve arkadaşlarının (12) çalışmasında, OKB'li hastalar ile şizofreni hastalarının yaşam kalitesinin aynı oranda olduğu bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada iş, arkadaş ve aile ilişkilerinin hem OKB'li hastalarda hem de şizofreni hastalarında aynı derecede kötü olduğu belirtilmiştir. Kesitsel olarak yaşam kalitesiyle ilgili çalışmalar, OKB'nin en çok etkilendiği alanların psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve bağımsızlık olduğunu belirtmektedir (10).

Genellikle OKB'li bireyler cinsel yaşantıda zorluklar, evlilikte uyum sorunları ve duygusal olarak doyumsuzluk, çocuk bakımı, ev işleri, mesleki uygulamalar gibi günlük işlerde aksamalar yaşadıklarını ifade etmektedirler (2,13). Jayakumar şizofreni ile OKB'deki bakıcı yükünü değerlendirdiği çalışmasında, OKB'li hastaların bakıcılarının bakım yükünün büyük bir yüzdesini eşle ilgili alanlarda yaşadığını belirtmiştir. OKB grubunda yakınların sık sık karşıla-

şılan sorunları duygusal ve cinsel gereksinimlerde memnuniyetin yetersizliği, aile sorumluluklarında eşinden zayıf destek ve bozulan evlilik ilişkisi olarak belirtmiştir (14). Ayrıca OKB'li kişilerin maddi güçlükler yaşamaması sonucunda kendisi ve ailesi stres ve ekonomik zorluklar yaşamaktadır (2). Çocuklar da sosyal ve akademik açıdan erişkinler kadar sıkıntı içerisindeyler. Çocukluk ve ergenlikte OKB'nin şiddetli bir bozukluk olarak yaşandığı, çocuğun akademik başarısının, sosyal işlevselliğinin ve aile ilişkilerinin kötü bir şekilde etkilendiği araştırmacılar tarafından da belirtilmektedir (13).

Klinik gözlemler OKB'li hasta yakınlarının hastanın ritüellerini engellemek veya ritüellere göre yaşamak şeklinde ilişkilerinin olduğunu göstermektedir (15). Ailelerin çabası genellikle hastanın sıkıntısını ve ritüellere harcanan zamanı azaltma eğilimidir. Bunun sonucunda aile üyelerinde de büyük sıkıntı olmaktadır (16). Hastalarda anksiyetede artma, depresif belirtiler ve öfke patlamaları genellikle aile için katlanılamayacak kadar zor, bıktırıcı olan bu ritüellere ailenin direnmesi karşısında oluşmaktadır. Ayrıca aile bireyleri bunlardan etkilenecek kendilerini suçlayabilirler (15,17). Ailelerin 1/3'ünden daha çoğunda rutin ev düzenlerinde, hastaların belirtilerine göre uygun değişiklikler yapılmaktadır. Yapılan bir çalışmada, OKB'li hasta yakınlarının %75'inin yaşantısında ciddi sıkıntılar olduğu belirlenmiştir. Amir ve arkadaşlarının (15) çalışmasında, ailedeki uyum, sıkıntı veya hastanın dışlanması ailenin diğer bireylerindeki depresyon ve anksiyete ile ilgili bulunmuştur. Tedavi sonrasında ise ailenin uyumu ve yaşam tarzlarını hastaya göre değiştirmeleri, OKB semptom şiddeti ile ilişkili bulunmuştur. Ailedeki yükün belirtilerle bu denli uğraşması ile arttığı da belirtilmektedir. Ayrıca yükün artışı ritüelleri ve belirtileri kabul etmeyen yaklaşımın da etkili olduğu bildirilmektedir (18). Ayrıca aile uyum düzeyi ile OKB belirtilerinin şiddetinin ilişkili olduğu belirtilmektedir (19). Gerçekten de çocuklarda ve erişkinlerde artmış OKB belirtileri, artan işlevsel bozulma ve uygun olmayan davranışlar ile aile uyumu yüksek oranda etkilenmektedir (15,20,21). Yapılan çalışmalarda, bakım veren yükünün OKB'de daha fazla olduğu ifade edilmiş olup, Grover ve Dutt'un OKB'deki bakım yükü ve yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmasında, bakım verenlerin objektif yükü yüksek bulunmuştur ve hastalığın

şiddeti ile yükün ilişkili olduğu belirtilmiştir (22). Jayakumar'ın OKB ve şizofrenideki bakıcı yükünün değerlendirildiği çalışmada, OKB grubundaki eşlerin ve işsiz bakıcıların toplam yük puanını anlamlı derecede yükselttiği bulunmuş olup, OKB'nin dayattığı bakıcı yükünün şizofreniyle hemen hemen benzer ya da daha fazla olduğu belirtilmiştir. İki grubun yakınları ise hastaların davranışlarının rahatsız edici olduğunu belirtmiştir (14).

BAKIM VERME

Bakım sunma çalışmalarını ve aldığı sorumluluğu yerine getirmeye bakım verme denir. Bakım veren "hastalığı, sakatlığı ya da yalnızca yaşlılığı nedeniyle kendine bakamayan bireylere ücretsiz olarak yardım eden ya da yardımı düzenleyen kişiler" olarak tanımlanmaktadır. Bakım ise, "bakım veren kişinin yaptığı tüm uygulamalar" olarak tanımlanmaktadır. Ev işlerini düzenleme, ekonomik, kişisel veya tıbbi yardım bu uygulamalardandır (18).

Bakım verenler bakım vermeyi hem olumsuz hem de olumlu yönü ile çok kapsamlı olarak algılamaktadır. Bakım veren bakım vermeyi stresli olsa bile, ödül olarak da algılayabilir. Ödül, çoğunlukla samimiyet ve sevginin artması, başka bireylerden sosyal destek alma, tatmin olma, bakım verme deneyimi ile anlam bulma, bireysel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi olabilir (23).

Araştırmacılar bakım vermenin bakım veren bireylerdeki olumsuz etkilerini belirlerken "yük" kavramını tanımlamışlardır. İlk defa 1963'te Grad ve Saisbury tarafından bakım verenlerin yükü kavramı ifade edilmiştir. Bir başkasının bakımına gereksinimi olan, yetersizliği olan kişiye bakım verenlerin yaşadığı fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve ekonomik zorluklar olarak bakım verenlerin yükü tanımlanmaktadır. Bakım verme ile ilgili fiziksel, psikolojik, emosyonel, sosyal ve ekonomik sorunlar olmak üzere, bakım verme güçlüğü geniş çaplı değerlendirilmektedir (24). Hastalıktan dolayı oluşan istenmeyen olaylar ve zorlukların aile üyelerini etkilemesine aile yükü denir. "Aile yükü" biyopsikososyal boyutları olan, hasta kişiye bakım verirken mevcut ekonomik, sosyal, duygusal ve fiziksel kaynaklarla ilgili gereksinimler ve taleplerden dolayı oluşan değişiklikler ile oluşan bir durumdur (25).

Bakım verme yükü nesnel ve öznel yük olarak iki boyut altında incelenmektedir. Ailedeki bireylerin ve bakım verenin yaşamının farklı yönlerindeki değişiklikleri veya eksiklikleri içeren nesnel yüküdür. Nesnel yük ailenin yaşamında aktivite aksamalarının, yardım ve görev tiplerinde geçen zamanın, tüketilen finansal kaynaklardan kaynaklı aksamalar ve hastanın hastalığıyla ilişkilidir. Ayrıca aile içi ilişkiler, aile rutinleri, hastalığın ekonomik tesirleri, eğlence, çalışma, sosyal aktiviteler, sosyal ilişkilerde değişimler gibi boyutları barındırmaktadır. Hastalığın nesnel yükü olarak karşılaşıldığı durum rollerdeki bu değişikliklerdir. Öznel yük, bakım sunma yaşantısıyla ilişkili bakım verenin davranışını veya duygusal tepkilerini barındırmaktadır. Duygusal ve fiziksel durum, finansal ve çalışma ortamları gibi alanlarda aile üyesinin hissettiği gerginliğin ölçüsü öznel yükü göstermektedir. Bireyin nesnel yükü uğraşırken yaşadığı sorunlar öznel yük şeklinde tanımlanmaktadır. Kaygı, stres, suçluluk gibi duygusal tepkiler öznel yükün işaretleri olup, bakım verme sonucunda oluşan depresyonun da işaretleridir (18,24). Depresyon, anksiyete, tükenmişlik, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon ve ekonomik güçlükler gibi sonuçlar bakım verenin yaşadığı yükü ilişkili olabilmektedir (18). Ruh hastalığı olan bireyle yaşamının sonucunda ilişkilerde kopmalar, maddi güçlükler, sağlığın bozulması, sosyal faaliyetlerde azalma veya kısıtlanma ve yaşam kalitesinde bozulma, aile bireylerinde gerginlik, stres, kaygı, gücenme, umutsuzluk, güçsüzlük duyguları ile birlikte depresyon görülmektedir (26). İdstad ve arkadaşları ruhsal bozukluğu olan karma bir grupta yaptıkları araştırmalarında, hastaların eşlerinin öznel iyi olma puanlarının anlamlı ölçüde daha az, anksiyete ve depresyon puanlarının ise daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (27). Bu nedenle bakım vericilere, olası yük ve yükün ne gibi sonuçlarının olabileceği hakkında bilgi verilmesi ve önlemlere başvurulması önemlidir (18).

Bakım Verenin Yükünü Etkileyen Faktörler

Bakım verenin yükünü etkileyen faktörler, bakım verene ait faktörler ve hastaya ait faktörler olarak iki şekilde sınıflandırılmaktadır (29). Bakım verenin yaşı, cinsiyeti, ırkı, hasta ile yakınlık derecesi, bakımda gönüllülük durumu, motivasyon durumu, öz etkililik seviyesi, eğitim durumu, hastalık varlığı, sosyal des-



tek durumu, baş etme yetenekleri, inançları, bilgi düzeyleri, ekonomik durumu, yaşadığı toplumun kültürel özellikleri, fiziksel ve psikolojik sağlık durumu bakım verene ait faktörlerdir (28,29). Bilişsel yetersizlikler, işlevsel yetersizlikler ve davranışsal sorunlar da hastalara ait faktörlerdir. Bakım verenlerin yüküne en çok etki eden faktör davranışsal sorunlardır (18,28).

BAKIM YÜKÜ ile BAŞ ETMEDE PSİKOEĞİTİMİN ROLÜ

Hastanın iyileşme sürecinde hastanın, ailenin ve tedavi ekibinin sıkı bir işbirliği içinde olmasının hayati bir rolü vardır. Birçok çalışmada, hastalığın tedavisinde ve yinelemelerin hem oranını hem de şiddetinin azaltılmasında aileye yönelik girişimlerin oldukça etkin olduğu belirtilmiştir (30). Genellikle terapötik aile müdahaleleri bakım yükünün azaltılmasında, hastalıkla baş etme yeteneğinin oluşmasında, aile destek sisteminin gelişmesinde pozitif etki oluşturduğu ve girişimlerin ailelerin sorunlarını azalttığı bilinmektedir (31). Şizofreni hastalarının ailelerine yapılan psikoeğitim uygulamasının yapıldığı bir çalışmada, psikoeğitim sonucunda ailelerin tutumunun olumlu yönde geliştiği bulunmuştur (32). Ailelere uygulanan ruhsal eğitimler açısından yapılan çalışmaların çoğunda, aile üyelerinin birbirlerine ve hastalarına karşı daha katlanabilir oldukları, bu eğitimlerin aileler ve hastalar üzerinde pozitif etki oluşturarak aile işlevlerinde sağlıklı ilerlemeler yaptığı, belirtilmektedir (33).

Kronik ruhsal bozuklukların çok kapsamlı bir şekilde ele alınması gerekmektedir. İlaç tedavisinin oluşturulması, davranışsal-bilişsel yaklaşımlar, bakım vericilerle yapılan terapötik ilişki ve işbirliği, baş etme stratejilerinin çoğaltılması, hasta ve ailelere yapılabilen psikoeğitim programları psikososyal girişimleri oluşturmaktadır (4). Psikoeğitim beceri geliştirme yanında hasta ve aileye hastalık ve hastalığın idaresini öğretmek amacıyla kullanılmaktadır. Bu şekilde hasta ve aile ile işbirliği içinde hastalık hakkındaki ön yargıların önlenerek, ailenin tedavi programlarına etkin katılımı sağlanmaktadır. Hastaların yine hastaneye yatışını önlemek, psikoeğitimin ilk değerlendirilen amaçlardandır (34). Bipolar bozukluğu olan hastaların ailelerine verilen psikoeğitim ile ilgili çeşitli müdahale çalışmaları yapılmıştır ve nüksü önlediği ortaya konmuştur. Ayrıca majör depresyonu olan erişkin hastalarda aile psikoeğitimi ile ilgili yapılan

çalışmada psikoeğitimin nüksü önlediği bulunmuştur (35). Baî'nin (36) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocukların ebeveynlerine uygulanan psikoeğitimsel programın etkinliğini değerlendirmek için yaptığı çalışmasında psikoeğitimin ilaç uyumu ve klinik belirtiler üzerinde olumlu etkisi bulunmuştur.

Psikoeğitim nihai sonuçta, psikiyatrik özür ile oluşan stres faktörleri ve günlük engellerde sistemli sorun çözümü hakkında yönlendirilmiş uygulamayı ve hastaya tanısı konan ruhsal bozukluk ve bozukluğa ait profesyonel ve toplumsal hizmetlere ulaşması ile ilgili eğitimi, iletişim becerileri hakkındaki eğitimi sağlamaktadır. Hastaların belirtileri ve güçlükleri, günlük yaşamın zorlukları ve stres faktörleri ile ilişkili yine oluşan zorlukların, ailelerin kazanmış oldukları becerilerle üstesinden gelmesi daha kolay olmaktadır (37). Patra ve arkadaşları (38) çalışmalarında, otizmli çocukların ebeveynlerine verilen psikoeğitimin değerlendirildiği çalışmada psikoeğitim ile ebeveynlerdeki stresin azaldığı, otizm hakkında bilgilerinin geliştiği bulunmuştur.

Psikiyatri hemşireliği insanın davranış sürecini anlamayı amaçlayan ve hastayla ilgilenmesinin yanında kişinin kendisiyle de ilgilenmesini barındıran dinamik becerilerdir (39). Sağlık ekibi içinde yer alan hemşire, hastaya ve ailesine sağlanacak danışmanlık ve eğitimde anahtar rol oynar. Hemşireler tarafından verilen ruhsal eğitimde tedavi planına aileleri katmanın hasta ve ailelerine olumlu sonuçları birçok çalışmada belirtilmiştir (33). Bununla birlikte ülkemizde rutin tedavi programları içinde psikoeğitimsel uygulamalar istenen düzeyde değildir ve bu uygulamalarda yer alan psikiyatri hemşirelerinin sayıca yetersiz olduğu görülmektedir (40). Ünsal ve arkadaşları (41) çalışmalarında, psikiyatri hemşiresinin rolleri ile ilgili yaptıkları çalışmasında, Amerikan Hemşireler Birliği'nin tanımladığı danışmanlık, eğitim, hasta hakları savunuculuğu, terapötik girişimler, psikobiyolojik girişimler, sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik girişimler, konsültasyon, terapi ve araştırma rollerini psikiyatri hemşirelerinin yeterince uygulamadığı ifade edilmiştir. Oysa psikiyatri hemşireleri hasta ve ailelerle tedavinin birçok aşamasında ilişki içinde olduklarından, hasta ve ailelerin gereksinimlerini değerlendirmede ve bu gereksinimlere yönelik psikoeğitim programları hazırlamada uygun bir konuma sahiptirler (40).

SONUÇ

Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların yakınlarının bakım yükü açısından etkilendiği görülmekte ve birçok hastalıkta hasta yakınlarının bakım yüküne yönelik yapılan psikoeğitimin olumlu katkısı ortadadır. Ülkemizde OKB'li hastaların ailelerinin bakım yüküne yönelik olarak psikoeğitimin kullanıldığı çalışmalar bulunmamaktadır. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda, psikoeğitim hizmetinin yaygınlaştırılarak çalışmaların artırılması ve bu alanda psikiyatri hemşirelerinin aktif rol alması gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Türkçapar H. Obsesif-Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar. In: Köroğlu E. (Çeviri Yayın Yönetmeni). American Psikiyatri Birliği, Hekimler Yayın Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM-5. 5. Baskı. İstanbul: Boylam Psikiyatri Enstitüsü; 2013, s:303-14.
2. Kara T. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Bireye Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler, Başetme ve Sosyal Destek Durumlarının Belirlenmesi. Erciyes Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2007.
3. Aksoy UM. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Panik Bozukluğu Hastalarındaki Cinsel İşlev Bozukluklarının Karşılaştırılması. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi, 2006.
4. Ersoy Özcan B. Obsesif kompulsif bozuklukta hasta ve ailesinin değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 2007.
5. Pallanti S, Grassi G, Sarrechia ED, Cantisani A, Pellegrini M. Obsessive-compulsive disorder comorbidity: Clinical assessment and therapeutic implications. *Front Psychiatry*. 2011; 2: 70. [\[CrossRef\]](#)
6. Çam Çelikel F, Yılmaz Bingöl T, Yıldırım D, Tel H, Erkorkmaz Ü. Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında yeme tutumu. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2009; 46: 86-90.
7. Demet MM. Obsesif-kompulsif bozuklukta genetik çalışmalar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2005; 15: 45-52.
8. Uğuz F, Aşkın R, Çilli AS. Obsesif kompulsif bozukluk-ta ilaç tedavisine yanıtın öngörücüleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006; 7: 5-12.
9. Beşiroğlu L, Uğuz F, Sağlam M, Yılmaz E, Ağargün MY,

Aşkın R. Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007; 8: 5-13.

10. Beşiroğlu L, Uğuz F, Yılmaz E, Ağargün MY, Aşkın R, Aydın A. Obsesif kompulsif bozuklukta psikofarmakolojik tedavinin yaşam kalitesine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2008; 19(1): 38-45.
11. Gruraj GP, Bada Math S, Reddy JYC, Chandrashekar CR. Family burden, quality of life and disability in obsessional and compulsive disorder: An Indian perspective. *J Postgrad Med*. 2008; 54(2): 91-7. [\[CrossRef\]](#)
12. Bobes J, Gonzalez MP, Bascaran MT, Arango C, Saiz PA, Bousoño M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*. 2001; 16: 239-45. [\[CrossRef\]](#)
13. Pişgin İ, Şirvanlı Özen D. Çocukluktan erişkinliğe obsesif kompulsif bozuklukta hatalı değerlendirme ve inanç alanları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2010; 2(19): 117-31.
14. Jayakumar C, Jagadheesan K, Verma AN. Caregiver's burden: A comparison between obsessive compulsive disorder and schizophrenia. *Indian J Psychiatry*. 2002; 44(4): 337-42.
15. Amir N, Freshman M, Foa EB. Family distress and involvement in relatives of obsessive compulsive disorder patients. *J Anxiety Disord*. 2000; 14(3): 209-17. [\[CrossRef\]](#)
16. Steketee G, Van Noppen B. Family approaches to treatment for obsessive compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003; 25(1): 43-50. [\[CrossRef\]](#)
17. Beşiroğlu L, Ağargün MC. Obsesif kompulsif bozuklukta sağlık yardımı arama davranışı ile ilişkili etmenler: Hastalık ile ilişkili ve genel etmenlerin rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006; 17(3): 213-22.
18. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. Psikiyatride güncel yaklaşımlar. *Current Approaches in Psychiatry*. 2011; 3(3): 513-52.
19. Lebowitz ER, Bloch M. Family accommodation in pediatric obsessive compulsive disorder. *Expert Rev Neurother*. 2012; 12(2): 229-38. [\[CrossRef\]](#)
20. Thompson-Hollands J, Edson A, Tompson MC, Comerb JS. Family involvement in the psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *J Fam Psychol*. 2014; 28(3): 287-98. [\[CrossRef\]](#)
21. Waters TL, Barrett PM. The role of the family in child-hood obsessive-compulsive disorder. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2000; 3(3): 173-84. [\[CrossRef\]](#)



22. Grover S, Dutt A. Perceived burden and quality of life of caregivers in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2011; 65(5): 416-22. [\[CrossRef\]](#)
23. Alpman N. Bipolar I Bozukluğu Olan Hastalarda Karma Dönemin ve Hızlı Döngülülüğün Bakıcı Yüküne ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Psikiyatri Uzmanlık Tezi, 2010.
24. İnci FH, Erdem M. Bakım verme yükü ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2008; 11(4): 85.
25. Can T. Bakas Caregiving Outcomes Scale'in (BAKAS Bakım Verme Etki Ölçeği) Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, 2010.
26. Özaltın G. Psikiyatri hemşireliğinde hasta ve hasta aileleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 1999; 3(1): 1-7.
27. Idstad M, Ask H, Tambs K. Mental disorder and caregiver burden in spouses: the Nord-Trøndelag health study. *BMC Public Health.* 2010; 10: 516. [\[CrossRef\]](#)
28. Yacı Ö. Çeşitli Evrelerdeki Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Yakınlarındaki Bakıcı Yükü ve Depresyonun Karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, 2011.
29. Öner Öİ. Onkoloji Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2012.
30. Işık S. Şizofreni ve Multipl Skleroz Hastalarının Bakıcılarında Görülen Yük ve İlişkili Faktörler: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, 2008.
31. Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Current Approaches in Psychiatry.* 2011; 3(2): 251-77.
32. Rahmani F, Ranjbar F, Ebrahimi H, Hosseinzadeh M. The effects of group psychoeducational programme on attitude toward mental illness in families of patients with schizophrenia, 2014. *J Caring Sci.* 2015; 4(3): 243-51. [\[CrossRef\]](#)
33. Yıldırım A, Ekinci M. Ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının ailelerinin aile işlevleri, hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2010; 11: 195-05.
34. Duman ZÇ. Terapötik ortam aktiviteleri: Psikoeğitim grupları. Kongre Özet Kitabı 42. Ulusal Psikiyatri Kongresi. 2006; s: 112-3.
35. Shimazu K, Shimodera S, Mino Y, Nishida A, Kamimura N, Sawada K, Fujita H, Fujita TA, Inoue S. Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2011; 198(5): 385-90. [\[CrossRef\]](#)
36. Bai G, Wang Y, Yang L, Niu W. Effectiveness of a focused, brief psychoeducation program for parents of ADHD children: improvement of medication adherence and symptoms. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015; 11: 2721-35.
37. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydın H., Bozkurt A (Editör). 8. Baskı. 4. Cilt. Ankara: Güneş Kitabevi; 2007. s:3855-064.
38. Patra S, Arun P, Chavan BS. Impact of psychoeducation intervention module on parents of children with autism spectrum disorders: A preliminary study. *Journal of Neurosciences in Rural Practice.* 2015; 6(4): 529-35. [\[CrossRef\]](#)
39. Özbaş D, Buzlu S. Geçmişten günümüze psikiyatri hemşireliği. *Psychiatric Nursing from Past to Present Day. İ.Ü.F.N. Hem Derg.* 2011; 19(3): 187-93.
40. Babacan Gümüş A. Şizofrenide hasta ve ailelerin yaşadığı güçlükler, psikoeğitim ve hemşirelik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.* 2006; 8(1): 23.
41. Ünsal G, Karaca S, Arnik M, Can Öz Y, Aşık E, Kızılkaya M. ve ark. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin psikiyatri hemşiresinin rollerine ilişkin görüşleri. *MÜSBED.* 2014; 4(2): 90-5.