

Şizofreni Hastalarının Bakım Verenlerine Uygulanan Aileden Aileye Destek Programları

Zekiye Çetinkaya Duman* Kerime Bademli **

Özet

Şizofreni hastalığı hem hasta hem de aile için yükü ve güçlükleri olan kronik bir hastalıktır. Şizofreni hastalarının bakımından çoğunlukla birinci derecede sorumlu olan ailedir. Bu nedenle şizofreni hastalığı sadece hasta için değil aile içinde stresli bir durumdur. Şizofreni hastalarının aileleri yaşadıkları stresli durumla baş edebilmek için bilgi ve desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Aileden aileye destek programları şizofreni hastalarının aileleri için yapılandırılmış akran destek programlarıdır. Bu derlemede ülkemiz için yeni bir uygulama olan aileden aileye destek programları tanıtılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Aileden aileye destek program, Şizofreni, Bakım veren.

Family to Family Support Programs for the Caregivers of Schizophrenia Patients

Schizophrenia is a chronic psychiatric disorder that poses challenges and burden for both patient and family. Families of individuals with schizophrenia primarily responsible for the care of patient. Therefore schizophrenia is stressful not only for patients, but also for family members. Families need information and support for cope with their stressful situation. The family to family support programs are peer support programs structured for families of patients with schizophrenia. This review introduced that family to family support programs which is a new application for our country.

Key Words: Family to family support program, schizophrenia, caregiver.

Geliş tarihi:07.04.2011 Kabul tarihi: 11.10.2011

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleri bakım verme rollerini yerine getirmede yaşadıkları güçlüklerle birlikte stres, anksiyete, depresyon, utanç, suçluluk, korku, çaresizlik, zorlanma, endişe, umutsuzluk, öfke ve kayıp gibi duygular yaşamaktadırlar (Saunders, 2003; Gülseren, 2002; Marsh, 1999). Magliano ve arkadaşları (1998) tarafından yapılan çalışmada şizofreni hastasına bakım verenlerin sağlık çalışanlarından profesyonel destek almalarının bakım verenlerin yaşadıkları duygular ile baş edebilmelerini etkilediği belirtilmektedir. Şizofreni tedavisinde hasta, aile ve sağlık çalışanlarının işbirliği içinde olması tedavinin etkinliğini arttırmakta, hastalığın tekrarlama ve tekrar hastaneye yatış oranını azaltmaktadır (Doğan, 2002; Maldonado ve Urizar, 2007).

Şizofreni tedavisinde çeşitli aile müdahaleleri uygulanmakta ve yapılan çalışmalarda bu müdahalelerin bakım verenler için önemli ve etkili olduğu saptanmıştır (Pharoah, Mari ve Streiner 2006; Pilling ve ark., 2002; Waltz ve ark., 2001). Ailelere yönelik müdahaleler aile eğitimi, aile destek grupları, aileler için özel eğitim grupları, kriz yönetimi ve danışmanlık gibi müdahalelerden oluşmaktadır. (Chien ve Thompson, 2008; Dixon ve ark., 2001; Solomon, 2000; Dixon ve Lehman, 1995). Aile müdahaleleri ile genellikle ailelere hastalık ve tedavi bilgisi verilmekte, iletişim ve problem çözme becerileri öğretilmektedir (Glynn ve ark., 2006). Aile müdahalelerinin birçok farklı amaçları vardır; bunlar aşağıdaki gibi özetlenmiştir.

—Şizofreni hastasına bakım veren kişi ile işbirliğini geliştirmek.

Bakım veren kişi üzerindeki stres ve yükü azaltarak aile ortamından kaynaklanabilecek olumsuz etkileri en aza indirmek.

—Bakım verenlerin problemleri önceden saptama ve çözme kapasitelerini arttırmak.

—Ailedeki öfke ve suçlama ifadelerini en aza indirmek.

—Bakım verenleri hastaların davranışlarına yönelik uygun sınırlamalar oluşturmaları ve sürdürmeleri konusunda cesaretlendirmek.

—Bakım verenin davranışları ve inanç sisteminde beklenen değişimleri sağlamaktır (Pharoah, Mari ve Streiner 2006).

Aile müdahalelerinden biri olan psikoedütlemin olumlu etkilerine rağmen sağlık çalışanları tarafından yürütülen rutin uygulamaların içinde yer almamaktadır. Son yıllarda ortaya çıkan aileden aileye destek programları bu hizmet açığını azaltmaya ve ortadan kaldırmaya yönelik programlardır (Dixon ve ark., 2001; Pickett ve ark., 2006).

Şizofreni hastalarının bakım verenlerine uygulanan aileden aileye destek programları ruh sağlığı sistemine yeni girmiş programlardır. Bu makalede ülkemiz için yeni bir uygulama olan şizofreni hastalarının bakım verenlerine yönelik uygulanan aileden aileye destek programları tanıtılacaktır.

Aileden Aileye Destek Programlarının Ortaya Çıkışı ve Amaçları

Aileden aileye destek programları akran destek gruplarıdır. Akran desteği benzer problemi olan kişilerin gönüllü olarak bir araya gelmeleri ve karşılıklı iletişim ve etkileşim içinde birbirlerine destek olmaları sürecidir (Chinman ve ark., 2002; Davidson ve ark., 2006). Bu süreçte benzer deneyimleri yaşayan kişiler birbirleri ile daha iyi empati kurabilirler ve birbirlerine sağlık profesyonellerinin bilmediği ya da düşünemediği pratik öneri ve tavsiyelerde bulunabilirler (Mead ve Macneil, 2006). Diğer insanlarla benzer deneyimleri paylaşmak kişinin kendi içinde bulunduğu durumu anlamasını kolaylaştırmakta, sosyal ağlarını genişleterek sosyal izolasyonu engellemektedir (Davidson ve ark., 1999).

Aileden aileye destek programı çeşitli derneklere yeni üye olan ailelere yönelik sosyal hizmet olarak geliştirildi. Program bakım verenleri güçlendirmek için geliştirilmiş kendi kendine yardım (Self-Help) girişimidir. Aileler uzun yıllar psikiyatrik hastalıkların etyolojik faktörü olarak görüldüğünden sağlık profesyonelleri tarafından ihmal edilmişlerdir. Sonuçta kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleri arasında kendi kendine eğitim gelişmiştir. Bu

*Yard.Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, zekiyeçetinkaya@yahoo.com, **Öğr. Gör., Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu

—Hastadan beklentilerin belirlenmesi.

hastalık ve hastalıkla birlikte ailelerin yaşadıkları deneyimler onlara aile eğitiminde ideal yardımcı kişiler olma niteliği kazandırmıştır (Burland, 1998).

Aileden aileye destek programı 1990 yılında Joyce Burland tarafından geliştirilmiş toplum temelli yapılandırılmış, aile üyeleri için akran bilgi ve desteği sağlayan destek programıdır. Aileden aileye destek programı kronik ruhsal hastalığa olan bireylerin aile, eş ve arkadaşlarına açık bir programdır. Program ilk geliştirildiğinde şizofreni, bipolar bozukluk ve major depresyon tanısı almış hastaların bakım verenlerine uygulanmıştır. Daha sonra hedef grup genişlemiş ve panik bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerin bakım verenleri de bu programa dahil edilmiştir. Aileden aileye destek programının ilk adı Umuda Yolculuk (Journey of Hope) olarak belirlenmiştir. 1997 yılında program, Ruhsal Hastalıklar İçin Ulusal Birlik (National Alliance on Mental Illness NAMI) tarafından desteklenmeye başlamış ve aileden aileye eğitim programı adını almıştır (Baxter, 2001). Umuda Yolculuk Programı Amerika'da Health Maintenance Organization tarafından yürütülmektedir.

Amerika'da uygulanan aileden aileye destek programının benzeri "aileden aileye karşılıklı destek programı (mutual support program)" adı ile Çin'de uygulanmaktadır (Chien ve Norman, 2009).

Aileden aileye destek programı, ailelere ruhsal hastalıklar konusunda bilgi sağlayan duygu ve düşüncelerin paylaşıldığı destek programıdır. Programın birinci amacı, bakım verenleri kendi kendine yardım konusunda güçlendirmek ve duygusal destek sağlamaktır. İkinci amacı, kronik ruhsal hastalığın bakım veren üzerindeki travmatik etkisini önlemek ve uzun dönem bakım vericiliğinin bakım veren üzerine etkisini azaltarak aile üyelerinin kendi dengelerini oluşturmalarını sağlamaktır. Üçüncü amacı da, bakım verenin kendi kendine eğitim alması ile kişisel

iyileşmesini sağlamaktır (Baxter, 2001). Aileler bu programlar aracılığı ile benzer durumdaki diğer aileler ile etkileşime girebilmekte, kendilerini ifade etme imkanı bulmakta, birbirleri ile yaşadıkları benzer deneyimleri ve zorlukları paylaşabilmekte ve kendi yaşamlarına farklı bir bakış açısı ile bakabilmektedirler (Solomon, 2000; Young, 2001; Chien ve Thompson 2008).

Aileden Aileye Destek Programlarının İçeriği

Burland aileden aileye destek programının kuramsal temelini Lindeman'ın Travma İyileşme Modeline (Trauma and Recovery Model) dayandırmaktadır. Lindeman modelinde insanların travmaya tepki olarak stres yaşadıklarını belirtmekte ve bunu kriz olarak tanımlamak ve kişinin krize aşama aşama yanıt verdiğini belirtmektedir. Travma İyileşme Modelinde uygun müdahaleyi planlamada, kişinin ne deneyimlediğini bilmek ve krize adaptasyon aşamasına göre müdahaleyi uygulamanın önemli olduğu belirtilmektedir. Bu yaklaşım bireyin sıkıntılarının üstesinden gelmesine yardımcı olmaktadır. Aileden aileye destek programının odak noktası, ailede ruhsal hastalık tanısına sahip bireyin olmasından kaynaklanan travmaya ve hayata bakış açısını değiştirmek, yaşanan sıkıntının üstesinden gelmektir. Burland'ın aileden aileye destek programı benzer deneyimleri yaşayan aile üyelerinin travmanın etkilerinden kurtulmasını sağlamak için planlanmıştır (Burland, 1998).

Aile destek gruplarına katılan bakım verenlerin ihtiyaçları farklılık göstermekte, ancak genellikle aileler hasta yakınlarının hastalıkları ile baş edebilmek için hastalık hakkında bilgiye gereksinim duymaktadırlar (Young, 2001).

Aşağıdaki tabloda aileden aileye destek programlarının içerikleri açıklanmıştır.

Tablo-1: Aileden aileye destek programlarının içerikleri

Umuda Yolculuk Aileden Aileye Destek Programı	NAMI Aileden Aileye Destek Programı	Aileden Aileye Karşılıklı Destek Programı (Çin)
1.oturum: Tanışma, duyguların paylaşımı	1.oturum: Tanışma,duyguların paylaşımı	1.oturum: Tanışma,duyguların paylaşımı
2. oturum: Psikoz	2-3.oturum: Şizofreni, depresyon, bipolar bozukluk	-3-4.oturum: Hasta hakkındaki duyguların, endişelerin paylaşılması. -Kültür
3. oturum: Depresyon	4.oturum: Beynin temel yapısı	5-6-7.oturum: Etkili iletişim, psikososyal gereksinimler, evde bakımı yönetme
4.oturum: Bipolar Bozukluk	5. oturum: Problem çözme	8-9-10. oturum: Etkili baş etme, problem çözme
5.oturum: İlaçlar ve rehabilitasyon	6. oturum: İlaçlar	11-12.oturum: Değerlendirme
6.oturum: İletişim becerileri	7. oturum: Empati	
7.oturum: Problem çözme becerileri	8. oturum: İletişim	
8.oturum: Değerlendirme	9. oturum: Kendine bakım	
	10. oturum: Rehabilitasyon	
	11. oturum: Stigma	
	12. oturum: Değerlendirme	

Umuda yolculuk aileden aileye destek programı 8 oturumdan oluşmaktadır. Program haftada bir oturum, 2 saat şeklinde sürdürülmek ve iki ayda tamamlanmaktadır (Pickett, Cook ve Laris 2000).

NAMI aileden aileye destek programı 12 oturumdan oluşmaktadır. Oturumlar haftada bir kez yapılmakta, her

oturum 2-3 saat sürmekte ve üç ayda tamamlanmaktadır (Dixon ve ark., 2001).

Çin'de uygulanan aileden aileye karşılıklı destek programı toplam 12 oturumdan oluşmaktadır. Oturumlar haftada bir kez yapılmakta, her oturum iki saat sürmekte ve üç ayda tamamlanmaktadır (Chien ve Norman, 2009).

Aile destek programlarının içerikleri incelendiğinde, ruhsal hastalıklar, ilaçlar ve diğer tedaviler hakkında bilgi, problem çözme becerilerini geliştirme, hasta ile iletişim becerilerini geliştirme, yaşanan zorlukların paylaşılması ve toplum kaynakları gibi konulardan oluştuğu görülmektedir (Dixon ve ark., 2001; Chien, 2008; Pickett ve ark., 2008).

Umuda Yolculuk, NAMI aileden aileye destek ve Aileden aileye karşılıklı destek programlarının içeriklerinde birbirine benzer ve farklı konular yer almaktadır. Duyguların paylaşımı, iletişim, baş etme ve problem çözme konuları her üç programda da yer almaktadır. NAMI aileden aileye destek programı ve Umuda Yolculuk Aileden Aileye Destek Programı içerikleri incelendiğinde ilk sekiz oturumda içeriklerinin aynı olduğu görülmektedir. NAMI aileden aileye destek programında, diğer programlarda yer almayan, kendine bakım, rehabilitasyon ve stigma konularına yer verilmektedir. Aileden aileye karşılıklı destek programında ise diğer programlarda yer almayan kültür konusuna yer verilmiştir (Tablo-1).

Aileden Aileye Destek Programının Uygulama Şekilleri

Aile destek programları farklı şekillerde yürütülmektedir. Bunlar uzmanlar tarafından, uzman liderliğinde, uzman olmadan bakım veren liderliğinde veya uzmanlar ile işbirliği şeklinde yürütülmektedir (Young, 2001).

Aileden aileye destek programları uzmanlar tarafından eğitim almış gönüllü bakım verenler tarafından yürütülmektedir. Gönüllü aile üyeleri sağlık çalışanları tarafından eğitilmekte, eğitim alan aile üyeleri de diğer aile üyelerini eğitmektedir (Burland, 1998). NAMI ve Umuda Yolculuk aileden aileye destek programlarının ilk aşamasında, aileden aileye destek programını yürütecek olan gönüllü bakım verenler program koordinatörü tarafından üç günlük yoğun eğitim programına alınmaktadır. Program koordinatörü bakım verenlere programın felsefesi konusunda bilgi vermekte aynı zamanda, programın içeriği ve eğitim materyalleri konusunda eğitmektedir. Eğitim sonunda her bir bakım verene kapsamlı eğitim kitapçığı verilmektedir. Bu aşamayı tamamlayan bakım verenler ikinci aşamaya geçmekte ve diğer bakım verenlere eğitim ve destek sağlamaktadırlar (Baxter, 2001).

Uzmanla birlikte yürütülen aileden aileye destek programlarında psikiyatri hemşiresi tarafından eğitim almış bir aile üyesi diğer ailelere eğitim vermektedir. Eğitimi verecek aile üyesi psikiyatri hemşiresi tarafından günde iki saat olmak üzere 3 gün boyunca grubu yönetme, planlama konularında eğitilmektedir. Programda ilk iki oturum psikiyatri hemşiresi tarafından yürütülmektedir. Sonraki oturumlar grup tarafından belirlenen aile üyesi tarafından sürdürülmekte ancak psikiyatri hemşiresi oturumlara katılmaktadır. Her oturumdan iki saat önce programı sürdüreceği olan aile üyesi ile psikiyatri hemşiresi görüşmekte ve o oturumun konusu hakkında bilgi paylaşımında bulunmaktadır (Chien, Morrusey ve Thompson 2005)

Aileden Aileye Destek Programlarının Etkileri

Aileden aileye destek programı Amerika'da 46 eyalette ve Porto Rico'da, Kanada'da iki bölgede ve Meksika'da üç bölgede uygulanmaktadır. Yaklaşık 115000 eğitim almış gönüllü aile üyesi vardır. Amerika'da 100.000, Kanada'da 1500, Meksika'da 600 aile üyesi aileden aileye destek programını tamamlamıştır (Burland, 2007; Lucksted, Steward ve Forbes 2008).

Aileden aileye destek programlarında akran gruplarının sağladığı destekleyici ilişki kişiyi olumlu olarak etkilemekte, stresörlere ve zorlanmalara karşı koruyucu rol oynamaktadır. Aile destek gruplarına katılmak, bakım vermeyi kolaylaştırmakta ve ailelerin yaşadıkları yük ve stresin azaltmasına katkı sağlamaktadır (Cook, Heller ve Pickett 1999).

Aileden aileye destek programlarının bakım verenler üzerinde olumlu etkileri olduğu çeşitli çalışmalarda ortaya konmuştur (Pickett, Cook ve Laris 2000; Pickett ve ark., 2008; Dixon ve ark., 2001; Dixon ve ark., 2004). Aileden aileye destek programına katılan ve bu programdan mezun olan aileler ile yapılan kalitatif çalışmada aileden aileye destek programına katılan bakım verenler bu programdan yarar gördüklerini, baş etme becerilerinin arttığını, yaşadıkları stresin azaldığını, bakım verirken daha az zorluk yaşadıklarını, kendilerini güçlü hissettiklerini, kendilerine güvenlerinin arttığını, daha iyi iletişim kurduklarını ve umutlarının arttığını ifade etmişlerdir (Lucksted, Steward ve Forbes 2008). Aileden aileye destek programı uygulanarak yapılan çalışmaların bakım verenlerin olumsuz duygularının azaldığı, sosyal desteklerinin arttığı, bakım veren yükünün azaldığı, aile işlevlerinin arttığı ve hasta birey hakkındaki kaygıların azaldığı belirtilmektedir (Dixon ve ark., 2004; Chien, 2008; Chien ve Chan 2004; Chien, Morrusey ve Thompson 2005; Chien, Chan ve Thompson 2006; Chien ve Norman 2009; Pickett ve ark., 2008). Aileden aileye destek programları şizofreni hastalarının bakım verenlerinin sosyal ve duygusal açıdan birbirlerine destek olmalarını sağlayarak algılanan sosyal desteğin artmasını sağlamaktadır (Dixon ve ark., 2001; Solomon, 2000). Chien ve arkadaşları tarafından (2004) yapılan çalışmada aileden aileye destek programına katılan bakım verenlerin kontrol grubuna göre, bakım veren yükünde azalma ve aile işlevselliklerinde artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Aynı çalışmada aileden aileye destek grubundaki bakım verenlerde sosyal destek artışı görülmekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Chien ve arkadaşları tarafından (2008) yapılan başka bir çalışmada, şizofreni hastasına bakım verenlerde aileden aileye destek programını herhangi bir müdahale uygulanmayan kontrol grubu ile karşılaştırmışlardır. Aileden aileye destek grubunda aile yükünde azalma, aile işlevselliğinde artma, sosyal destekte artma hastanın hastaneye yatış sayısında azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Sonuç olarak aileden aileye destek programlarının şizofreni hastalarının bakım verenleri üzerinde olumlu katkısı vardır. Aileden aileye destek programları ruh sağlığı sistemine son on yıl içinde girmiş ve ruh sağlığı hizmetleri içinde meydana gelen eğitim açığını da kapatmaktadır. Şizofreni hastalarının bakım verenlerine yönelik uygulanan aileden aileye destek programlarının yaygınlaştırılması ve ruh sağlığı sistemi içinde yer alması için çalışmaların artırılmasına gereksinim vardır. Aileden aileye eğitim /destek programlarının planlanması ve uygulanmasında sağlık çalışanları ve bakım verenlerin işbirliği içinde olması bu çalışmaların yaygınlaştırılmasında önemlidir.

KAYNAKLAR

Baxter, H. J. T. (2001). The implementation of a family education program by the british Columbia schizophrenia society. Master thesis, the University of Northern British Columbia.

- Burland, J. (1998). Family-to-family: A trauma and recovery model of family education. *New Directions for Mental Health Services*, 77, 33-41.
- Burland, J. (2007). NAMI training programs. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31 (1), 80-82.
- Chien, W.T., Chan, C.W.S. (2004). One-year follow-up of a multiple-family group intervention for Chinese families of patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 55 (11), 1276-1284.
- Chien, S., Morrissette, J., Thompson, D. (2005). Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia. *Issues And Innovations In Nursing Practice*, 51 (6), 595-608.
- Chien, W. T., Thompson, D. R., & Norman, I. (2008). Evaluation of peer-led mutual support group for Chinese families of people with schizophrenia. *American Journal of Community Psychology*, 42, 122-134.
- Chien, W. T. (2008). Effectiveness of psychoeducation and mutual support group program for family caregivers of Chinese people with schizophrenia. *The Open Nursing Journal*, 2, 28-39.
- Chien, W. T., Chan, W. C., Thompson, D. R. (2006). Effects of mutual support group for families of Chinese people with schizophrenia: 18-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 189, 41-49.
- Chien, W. T., Norman, I. (2009). The effectiveness and active ingredients of mutual support groups for family caregivers of people with psychotic disorders: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1604-1623.
- Chinman, M., Kloos, M., O'Connell, M., & Davidson, L. (2002). Services providers views of psychiatric mutual support groups. *Journal of Community Psychiatry*, 30 (4), 349-366.
- Cook, J. A., Heller, T., & Pickett S. A. (1999). The effect of support group participation on caregiver burden among parents of adult offspring with severe mental illness. *Family Relations*, 48, 405-410.
- Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (3), 443-450.
- Davidson, L., Chinmann, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner D., & Tebes, J. K. (1999). Peer support among individuals with severe mental illness: A review of the evidence. *Critical Psychology: Science and Practice*, 6 (2), 165-187.
- Dixon, L. B., & Lehman, A. F. (1995). Family intervention for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21 (4), 631-641.
- Dixon, L., Lucksted, A., Stewart, B., Burland, J., Brown C, Postrado L., et al. (2004). Outcomes of the peer-taught 12-week family-to-family education program for severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 207-215.
- Dixon, L., McFarlane, WR., Lefley, H., Lucksted, A., Cohen, M., Falloon, I., et al. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 52, 903-910.
- Doğan, O. (2002). Şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 240-248.
- Glynn, S. M., Cohen, A. N., Dixon, L. B., Niv, N. (2006). The potential impact of the recovery movement on family interventions for schizophrenia: opportunities and obstacles. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 451-463.
- Gülseren, L. (2002). Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13 (2), 143-151.
- Lucksted, A., Stewart, B., & Forbes, C. B. (2008). Benefits and changes for family to family graduates. *American Journal of Community Psychology*, 42, 154-166.
- Magliano, L., Fadden, G., Madianos, M., Almedia J., Held, T., Guarneri, M., et al. (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: Result of the BIOMED I STUDY. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 33 (9), 405-412.
- Maldonado, G. J., Urizar, A. C. (2007). Effectiveness of psycho-educational intervention for reducing burden in Latin American families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 16, 739-747.
- Marsh, D. T. (1999). Serious mental illness: opportunities for family practitioners. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 7 (4), 358-366.
- Mead, S., & Macneil, C. (2006). Peer support: What makes it unique? *The International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10 (2), 29-37.
- Pharoah F, Mari J, Rathbone J ve ark. (2006) Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 4.Art. No:CD000088.DOI: 10.1002/14651858.CD000088.pub2.
- Pickett, S. A., Cook, J. A., Laris, A. (2000). Brief report: Journey of hope program outcomes. *Community Mental Health Journal*, 3 (4), 413-424.
- Pickett, S. A., Cook, J. A, Steigman, P, Lippincott, R., Bennett, C., Grey, D. D. (2006). Psychological well-being and relationship outcomes in a randomized study of family-led education. *Archives of General Psychiatry*, 63, 1043-1050.
- Pickett, S. A., Lippincott, R. C, Bennett, C, Steigman P. J. (2008). Improving knowledge about mental illness through family-led education: the journey of hope. *Psychiatric Services*, 59 (1), 49-56.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Orbach, G., & Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine*, 32, 763-782.
- Saunders, J.(2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues Mental Health Nursing*, 24, 175-198.
- Solomon, P. (2000). Interventions for families of individuals with schizophrenia maximising outcomes for their relatives. *Disease Management & Health Outcomes*, 8 (4), 211-221.
- Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27 (4), 392-401.
- Walz, G. P., Leucht, S., Bauml, J., Kissling, W., & Engel, R. R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia-a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 73-92.
- Young, R. (2001). Support groups for relatives of people living with a serious mental illness: An overview. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 5, 56-80.