

Şizofreni hastalarının evde bakımı¹

Orhan DOĞAN²

ÖZET

Amaç: Psikiyatrik evde bakım alanlar kronik fiziksel hastalıklar kadar, sıklıkla ciddi ruhsal sorunları olanlardır. Bu yazının amacı, evde bakım ve şizofreni hastalarının evde bakımıyla ilgili temel bilgiler vermek, bu alanda çalışmayı özendirmeştir. **Yöntem:** Temel bilgiler için bu konudaki temel kaynaklar gözden geçirilmiş, yazarın deneyimleri ile birlikte sunulmuştur. **Sonuç:** Şizofreni hastalarının evde bakımı çeşitli yönlerden yararlıdır: Hastanede kalış süresini kısaltır, tedaviye uyumu artırır, maliyetine göre etkindir, sosyalleşmeyi ve özerkliği artırır. Bu alanda düzenlemelerin yapılması ve uygulanması önerilir. (Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2001; 2(1): 41-46)

Anahtar sözcükler: Evde bakım, şizofrenik bozukluklar, aile, etik

The home care of schizophrenic patients

SUMMARY

Object: The individuals who receive psychiatric home care often have long-term severe mental problems as well as chronic physical problems. The object of this article is to give basic knowledges home care and the home care of schizophrenic patients, and to encourage in this issue. **Method:** To obtain knowledges were reviewed basic literature in this issue, and it was presented together with experiences of author. **Result:** The home care of schizophrenic patients have various useful: it reduces inpatient treatment days, increases to compliance with treatment, cost-effective, and increases socialization and autonomy, etc. It is suggested that various arrangements must be done and applied. (Anatolian Journal of Psychiatry, 2001; 2(1):41-46)

Key words: Home care, schizophrenic disorders, family, ethics

Evde bakım ve tarihçesi

Evde bakım kavramı “engelleri en aza indirmek, bağımsız işlev görmeyi üst düzeye çıkarmak için kendi yaşadıkları yerde bireylerin gereksinmelerine uygun bakım vermeyi” gösterir.^{1,2} Evde bakım gerektiren değişik hasta ve hastalık grupları vardır. Bu grupların en önemli özellikleri hareket sınırlılıklarının olması, eve bağlı/bağımlı olmaları, sürekli bakım gerektirmeleri, yetiyitimine yol açmaları, kurum bakımına gerek duymamaları...dır.^{2,3} Psikiyatrik bozukluklar da bu gruplardan biridir. Şizofrenik bozukluklar özellikle yetiyitimine neden oldukları için majör depresyon, bipolar affektif bozukluk, agorafobi gibi evde bakımı gerektiren önemli bir psikiyatrik bozukluk grubudur.³

¹ Şizofreni Güz Okulu’nda sunulmuştur (Eylül 2000, Elazığ-Malatya)

² Prof.Dr., Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD, Sivas

Prof.Dr. Orhan DOĞAN, Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD, 58140 Sivas

e-posta: odogan@cumhuriyet.edu.tr

Evde bakım hizmetlerinin kökeni 1700’lü yıllarda dinsel amaçlarla hastalara ve fakirlere yapılan ziyaretlere dayanır. Evde bakım ilk kez 1796’da “hastalar evlerinden ayrılmadan kendi yuvalarında şifaya kavuşabilirler” düşüncesi temelinde Boston Dispanseri tarafından verilmeye başlanmıştır. Evde bakım hizmetinin hükümetlerce uygulanması ilk olarak 1898’de Los Angeles’ta gerçekleştirilmiştir.¹

Psikiyatrik evde bakım 1950’li yıllardan beri ABD’de uygulanmaktadır. 1960’lı yılların sonunda toplum ruh sağlığı hareketlerinin, bütüncül yaklaşıma ilginin artmasıyla evde bakım hizmetleri artmıştır.² Son 10-15 yılda ise tedavi ve bakımda yaşam kalitesi kavramı öne çıkmıştır. Günümüzde ABD’de büyük bir hizmet sektörü durumuna gelmiştir (1994’te ABD’de 7521 tane evde bakım ajansının olduğu belirtilmektedir).¹

Evde bakım bu uzun geçmişine karşın, görece yeni bir tedavi olarak düşünülür, ancak hastane tedavisine ya da ilaç tedavisine bir alması değildir.⁴ Daha çok bu tedavileri destekleyici, hastanın bağımsız işlev görmesini artırıcı, sağlık hizmetlerinin insancıl yönünü güçlendirici, sürekli ve organize bir biçimde sunulan koruyucu ve tedavi edici hizmetlerdir.

Şizofrenik bozukluklarda neden evde bakım?

Şizofrenik bozukluklarla ilgili bilgiler arttıkça, bu hastaların ele alınmalarında bütüncül yaklaşımın önemi anlaşılmaktadır. Hastaların sınırlayıcı bir ortam olarak değerlendirilen hastaneler yerine daha az sınırlayıcı bir ortam olan yaşadıkları yerlerde ele alınmaları önem kazanmakta, hastane koşullarının ve yatak sayılarının yetersizliği görülmekte, taburculuk sonrasında tedaviye uyumun azaldığı ve yeniden hastaneye yatışın gerektiği gözlenmekte, hasta ve ailesinin evde ve toplum yaşamında karşılaştıkları güçlüklerle yeterince baş edemedikleri... saptanmaktadır.

Günümüzde sağlık bakım sistemi giderek topluma dayalı duruma gelmektedir. Artık istenen şey, salt belirtilerin giderilmesi değil, aynı zamanda hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve üretkenliğini yeniden kazanarak sürdürmesidir. Bunları gerçekleştirmek için kurum bakımı/ tedavisi yeterli olmamaktadır.^{2,5}

Toplumdaki kronik psikiyatrik hastalar kolayca incinebilir. Aile desteği, iş becerileri, toplum kaynaklarını kullanma yetenekleri, günlük yaşamla ve sorunlarıyla baş etmede bilişsel ya da affektif kapasiteleri azalmış ya da kaybolmuş olabilir.^{3,4}

Bir kişinin yaşadığı çevre kişinin kültürü, değerleri, işlev düzeyi, kaynakları ve gereksinimleri hakkında önemli bilgiler verir.² Hastanın değerlendirilmesinin ve bütüncül yaklaşım girişimlerinin birçok yönü eve ulaşmayla kolaylaşır. Ev ziyareti sırasında uyumsal yeteneğin ya da işlev bozukluğunun kanıtları gözleneceğinden, evde değerlendirme ve ayırıcı tanı daha kolay ve sağlıklı yapılır. Bu durum doğru ve uygun girişimlerin planlanması ve uygulanması olasılığını artırır.⁴

Evde bakım hizmetlerinin kurum hizmetlerine göre daha ucuz olduğu, relaps oranını ve dolaşısıyla hastaneye yatış gereksinmesini önemli oranda düşürdüğü, ciddi psikiyatrik bozukluğu olanların % 70’inin evde bakım programları için uygun olduğu belirtilmektedir.^{3,6} Bu gerekçeler özellikle ABD’de bu sektörün hızla gelişmesine yol açmıştır.

Psikiyatrik evde bakımın amaçları

Psikiyatrik evde bakımın amaçları şunlardır:¹

1. Hastanın topluma uyumunu kolaylaştırmak ve sürdürmek,
2. Hastanın toplumda bağımsız olarak ve en üst düzeyde işlev görmesini sağlamak,
3. Hastanın kendi evinde yaşama olanaklarını artırmak,
4. Yaşam kalitesini yükseltmek,
5. Hastaneye yatışları önlemek ya da azaltmak,
6. Hastanede kalış süresini kısaltmak,

Bu genel amaçların dışında hastayı yaşadığı yerde bütüncül olarak değerlendirmek, tedaviye uyumu sağlamak/artırmak, hastanın yanı sıra aileye de psikososyal ve eğitim desteği vermek, yararlanabileceği kaynakları artırmak ve devreye sokmak... da önemlidir. Evde bakım verilen hastalarla yapılan bazı çalışmalarda bakım verenlerin durumu da araştırılmıştır. Bakım verenler arasında sıkıntı, gerginlik, aile ilişkilerinde bozulma, iş performansında düşme... saptanmıştır.⁷⁻⁹

Psikiyatrik evde bakım ekibi

Hasta bakımı temel olarak hemşirelik mesleğinin görevidir. Ancak ülkemizde bu tür hizmetler henüz gelişmediğinden ve yeterli sayıda yetişmiş eleman olmadığından hekimler de bu hizmetlerde etkin görev almak zorundadır.

Psikiyatrik evde bakım hizmetleri bir ekiple gerçekleştirilir. Ekibi temel olarak hastanın hekimi ve psikiyatrik hemşiresi oluşturur; ancak ekip klinik psikoloğu, psikiyatrik sosyal çalışmacıyı, uğraşı terapistini, fiziksel ya da konuşma terapistini de kapsayabilir. Bazılarına göre bu ekip çok daha geniş katılımlı olabilir. Evde bakım ekibi taburculuk sonrası tedaviye/ ilaca uyumu ve evde bakım planlarını düzenlemede, uygulamada ve izlemede/değerlendirmede işbirliği içinde çalışır. Planlamadan sonraki hastanın periyodik evde bakım hizmetleri uygulaması batıda ağırlıklı olarak hemşirelerce yapılmaktadır.¹

Psikiyatrik evde bakım süreci

Psikiyatrik evde bakım süreci hastanın taburculuğunun öncesinde, hastanın hekimi, hemşiresi, kendisi ve ailesi tarafından planlanır. Ailesiyle birlikte yaşayan hastalar için evde bakımın amaçlarına ancak hasta ve ailesiyle birlikte çalışılırsa ulaşılabilir.

Psikiyatrik evde bakım sürecinin aşamaları aşağıdaki gibi gözden geçirilebilir.^{1,3,4}

1. Genel değerlendirme: Değerlendirme kavramı hem hastanın, hem de ailenin değerlendirilmesini kapsar. Değerlendirmede ve sonraki aşamalarda kültürel özelliklerin dikkate alınması gerekir. Bu aşamada hastanın ve ailesinin yaşadıkları yerler, kültürel yapısı, değerleri, gelenek ve görenekleri, alışkanlıkları, inançları, sağlık davranışları, günlük yaşam aktiviteleri, iletişim biçimleri, aile bireylerinin birbiriyle ilişkileri, aşırı duygu dışavurumunun olup olmaması, destek sistemleri... değerlendirilmelidir. Ayrıca hastanın fiziksel ve ruhsal durumu, büyüme ve gelişmesi, yaşadığı stresler, tedaviye uyumu, boş zamanlarını değerlendirme biçimi, geçmişteki ve şimdiki başa çıkma yolları... da değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmeler hastanın ve ailesinin gereksinimlerinin belirlenmesi ve evde bakıma katılmalarının sağlanması için önemli verilerdir.

2. Tanı ve planlama: Değerlendirme aşamasındaki bilgiler hasta hakkında bir tanı oluşturmaya ve uygun tedavi planlarının yapılmasına yardım eder. Bu aşamada ailenin evde bakımı anlama ve katılabilme kapasitesinin belirlenmiş olması gerekir.

3. Uygulama (Evde bakım girişimleri): Evde bakımın amaçlarını gerçekleştirmek için çeşitli girişimler planlanır ve uygulanır. Bu girişimlerin başarıya ulaşması ekip üyesi-hasta-aile arasındaki güvenli, empatik, içten, sürekli bir terapötik ilişkinin kurulmasına bağlıdır. Hemşire evde bir konuktur ve kurumundaki gibi otorite temsilcisi değildir. Bu nedenle farklı ortamlara/durumlara uyum sağlamalı, farklı sosyal becerileri kullanmalıdır. Örneğin, ziyarete hasta ile resmi olmayan bir ilişki ile başlamak önemli olabilir. Hastanın ailesi, arkadaşları, hatta evcil hayvanlarıyla da ilişki kurmalıdır. Toleranslı davranarak, rahat bir pozisyonda kalarak paranoid ve düşmanca tutum içinde olan (hostil) hastanın korkularını yatıştırmalıdır. Hastanın davranışlarının kültürel etkenlere ya da psikopatolojiye mi bağlı olduğunu değerlendirmelidir.

Evde bakım girişimleri şu başlıklarda toplanabilir:

* **Tedaviye uyum:** Hastanın ve bakım verenlerin önerilere ne kadar uyduğu, ilaç kullanma durumu gözden geçirilir. Örneğin, hasta ve aile üyeleri bir önceki ziyarette tasarlanan işleri yerine getirmişler mi, yerine getirmedilerse nedenleri nelerdir? Hasta ilaçlarını kullanmış mı, kullandıysa önerildiği gibi mi kullanmış? İlaçların istenen etkileri görülmüş mü? İlaçların yan etkileri ortaya çıkmış mı, ortaya çıktıysa şiddeti ve süresi nedir, hasta ve ailesi ne yapmış?

* **Kriz müdahale:** Hastanın ve ailesinin yaşadığı tıbbi, ailesel, toplumsal kriz var mı? Varsa, krizin nedeni nedir, o ana kadar ne yapılmıştır? Hastanın ve ailesinin baş etme güçleri nasıldır? Krizin çözümüne yönelik olarak hemen neler yapılabilir? Hastanın ve ailesinin baş etme güçleri nasıl artırılabilir?

* **Bireysel, evlilik, aile ya da grup danışmanlığı:** Hastanın ve ailesinin gerekli alanlarda bilgilendirilmesi, danışmanlık yapılması.

* *Eğitim:*

- Bozukluk ve tedavisi (hasta, aile ya da bakım veren): Şizofrenik bozuklukların çeşitli yönleriyle, tedavi seçenekleri ve bunların uygulanmasıyla ilgili eğitim,
- Dikkat edilecek erken belirtiler (hasta, aile ya da bakım veren): Hastada görülebilecek belirtilerin nitelikleri, bunlardan hangilerinin akut alevlenme ile ilgili, ya da hemen hekime bildirilecek ve müdahale edilecek belirtiler olduğu...
- Stres ve stresle baş etme,
- İletişim becerileri,
- Sorun çözme eğitimi,
- Girişkenlik ve sosyal beceri eğitimi,
- Günlük yaşam aktiviteleri,
- Toplumsal destek kaynakları ve kullanılması,

* *Psikoterapötik girişimler:*

- Benlik kavramını geliştirme, içgörüyü artırma,
- Duygularını tanımasına, anlamasına ve düzenlemesine yardım etme,
- İşbirliğine güdülenmeyi artırma,
- Davranış düzenleme,
- Boş zaman etkinliklerini artırma,
- Aile tedavisi,

Evde bakım girişimlerinde olumlu iletişim becerileri kullanılmalıdır. Bunlar arasında içtenlik, kabullenme, ilgi, empati, güven oluşturma, onay, bilgi verme, netleştirme, cesaretlendirme (teşvik etme), dinleme, mizahı kullanma, dokunmayı kullanma vardır.

4. Ziyaretleri ve girişimleri değerlendirme:

Evde bakımda her ev ziyaretinden sonra girişimlerin sonuçları, hasta ve ailesinin bu girişimlere yanıtları, gözlenen ilerlemeler değerlendirilmelidir. Bunlar başarılı olunan ve olunamayan durumlarla birlikte kaydedilmelidir. Bu değerlendirmeler sonraki ziyaretler için yol gösterici olacaktır. Yapılan değerlendirmelere ve gözlemlere göre evde bakımın nasıl süreceği ya da hastaneye yatışın gerekip gerekmediği de belirlenir.

Evde bakımın sonuçları

Yapılan karşılaştırmalı çalışmalar evde bakım uygulanan hastalarda relaps ve hastaneye yatış **Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001; 2(1):41-46**

oranlarında önemli düşüşlerin olduğunu göstermiştir.^{1,2,4} Buna göre evde bakım uygulanan hastalarda 9 aylık relaps oranları % 6-12, 2 yıllık relaps oranları %17-40; uygulanmayan hastalarda sırasıyla % 41-53 ve % 66-83 arasında bulunmuştur.¹

Evde bakım uygulanan hastaların belirtilerinin şiddetinde azalma, kişiler arası ilişkilerinde artma, toplumsal davranışlarında iyileşme, yaşam kalitesinde artma saptanmıştır.^{9,10}

Evde bakım hastane tedavisinden daha ucuza gelmektedir.^{6,10}

Şizofrenik bozuklukların evde bakımında önemli noktalar

Aile: Şizofreni hastaları için aile ortamı, aile dinamikleri, ailenin tutum ve davranışları önemlidir. Bu hastalar genellikle kısmen iyileşerek taburcu edildiklerinden, bu dönemde temel sorun iyileşmedir. Aile üyeleri sıklıkla hastanın eski olağan etkinliklerine dönmesi için onu cesaretlendirir. Bu iyimser yaklaşımın nedenleri arasında şizofrenik bozuklukların doğasını bilmemek, ciddiyetini yadsımak, hastadan dolayı utanmak, hastalıktan dolayı kendilerini suçlamak sayılabilir. Bunlar hastaya karşı tutumlarını ve davranışlarını olumsuz yönde etkileyebilir. Zamanla beklenenleri gerçekleşmeyince eleştirel, girici, düşman-ca tutumda olabilirler. Bu aşırı duygu dışavuru-mu tedaviyi olumsuz yönde etkiler. Oysa, ailenin tedaviye katılması hastanın iyileşme sürecini kısaltmakta, relaps oranlarını düşürmektedir. Bu nedenle şizofrenik bozuklukların evde bakımında aile de mutlaka ele alınmalıdır. Şizofrenik hasta sıcak, ilgili, destekleyici bir aile ortamına döndüğünde relaps oranı daha düşük olmaktadır.⁵

Aile üyeleri hastanın belirtilerinden korkabilir, baş edemeyebilir. Terapist hastanın ve aile üyelerinin cesaretlerini kırmadan şizofrenik bozuklukları anlamalarına yardım etmelidir. Eleştirel tutumların bazıları bu bilgisizlikten kaynaklanabilir. Örneğin, apati, dürtü eksikliği gibi negatif belirtiler yanlış olarak tembellik biçiminde yorumlanabilir. Bilgilendirme stresi ve gerginliği azaltır.⁵

Şizofrenik bozuklukların ele alınmasında kullanılan *davranışçı aile tedavisi* bozukluğun

doğrudan ya da dolaylı olarak bozuk aile yapısı ya da işlevlerine bağlı olduğunu kabul etmez. Bu yaklaşım salt hastanın yaşamındaki stresi azaltmaz, aile üyelerine şizofrenik bozuklukların toplumda ele alınmasına etkin biçimde katılmayı da öğretir.¹ Aile üyelerinin genetik ve biyolojik temelleri hakkında eğitimi genellikle suçluluk duygularını azaltır. Aile üyeleri şizofrenik belirtilerin hastanın kontrolü dışında olduğunu da anlamalıdır. Böylece gerginlik azalır ve gerçek dışı beklentiler de bırakılır. Antipsikotik tedavisinin öneminin anlaşılması ve çeşitli yönlerinin tartışılması, hastanın antipsikotik ilaç tedavisine uyumunu güçlendirir.¹¹ Aile içindeki potansiyel streslerin ele alınması, iletişim becerilerinin geliştirilmesi ve problem çözme yetersizliğinin giderilmesi hem hasta, hem de aile üyeleri için yararlı ve rahatlatıcı olmaktadır.

Güvenlik: Evde güvenlik evde bakım alanında önemli bir konudur. Evde bakım ekibi evdeki elektrik kabloları, soba, kaygan zemin gibi çevresel özellikleri incelemelidir. Güvenlik açısından hastanın daha önce intihar girişiminde bulunup bulunmadığı, şimdi kendisine ya da başkalarına zarar verme potansiyeli, evdeki yaralayıcı/öldürücü aletler, yalnız evde kalma, ilaçlarını güvenli kullanma gibi özellikler değerlendirilmelidir. İlaç tedavisine uyumsuzluk, psikopatolojik kötüleşme hastayı relapsa sokabilir. Paranoid, ajite, saldırgan olabilir; ekip üyesini korkutabilir. Bu nedenle hastanın, aile üyelerinin ve ekip üyesinin güvenliği önemlidir.¹

Etik konular: Evde bakımda gerek hastaları, gerekse ekip üyelerini ilgilendiren etik konular vardır.

Ekip üyeleri evde bakım konusunda gerekli ve yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalıdır. Konuyla ilgili yasal düzenlemeler varsa, bunları bilmelidir. Eksik gördükleri alanda eğitim görmelidir. Görevlerini kötüye kullanmamalı ve denetim olarak diğer ekip üyeleriyle işbirliği içinde çalışmalıdır. Hasta ve aile üyelerine karşı davranışlarında insan ve hasta haklarına uygun biçimde davranmalıdır.³

Hastaların evde bakımı kabul etme ya da reddetme, uygun bakım görme, bakımı değerlendirmeye, bakım veren kişiyi seçme, kültürel

özelliklerine saygı gösterilmesini isteme, kendisiyle ilgili bilgilerin saklı tutulmasını isteme, herhangi bir tacize uğramama, güvenli bir çevre isteme, anlamadığı durumlarda daha çok bilgi isteme, başarısızlık ya da saygısızlık durumlarında gerekli yerlere başvurma hakkına sahiptir. Bunların yanı sıra, evde bakımı kabul eden hastaların ekip üyesine gerekli bilgileri verme, durumundaki değişiklikleri bildirme, bakım planının yapılmasına yardım etme, ziyareti kabul etmeyecekse daha önceden bildirme sorumlulukları vardır.³

Sonuç

Günümüzde sağlık hizmetlerinin salt sağlık kurumlarında verilmesi, hastaların tüm yaşamları göz önüne alındığında yeterli olmamaktadır. Aile, toplumsal ve mesleki yaşamlarının daha sağlıklı olması; yaşam kalitesinin yükseltilmesi, hastaneye yatışların azaltılması, iletişim ve baş etme becerilerinin geliştirilmesi için sağlık kurumları dışında da hasta ve ailesinin ele alınması gerekmektedir. Murphy ve ark., hastaların topluma dayanan bakımın kişisel özgürlükte artma, daha çok hareket, daha çok özerklik (karar verme, diyet gibi), daha az ilaç önerilmesi, başkalarıyla ilişki için daha az baskı olduğuna inandıklarını buldu.⁶ Psikiyatrik bozukluklar içinde bu tür yaklaşımlara en uygun ve en çok gereksinime duyulan grup ise şizofrenik bozukluklardır. Gelişmiş ülkelerde hızla gelişen ve artan evde bakımın ülkemizde de düzenlenerek uygulanması insancıl, yaşam kalitesi, mesleki, ekonomik yönlerden gerekli ve yararlıdır.

Ülkemizde hastanede yatırılarak tedavi edilen hastaların taburculuk sonrasında durumlarını belirlemeye, kendi ortamlarında ve yaşadıkları ilişkilerde gözlemeye, tedavi sonuçlarını izlemeye, aile içinde bütüncül yaklaşımı uygulamaya yönelik bir program yoktur. Bunlar planlansa bile, gerçekleştirecek bir kuruluş ya da ekip yoktur. Bu ekip hastanelerce karşılanacak olsa, yürürlükteki düzenlemeler evde bakım etkinliklerinin giderlerinin ödenmesine uygun değildir.

Halen sürmekte olan bir çalışmada görüyoruz ki, şizofrenik bozukluğu olanlar hastaneden çıktıktan sonra düzenli olarak ilaç kullanmamakta, kontrollerine gitmemekte, aile bireylerinden yeterli destek görmemekte, kötü

Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001; 2(1):41-46

sosyoekonomik koşullarda yaşamaktadır. Aileler ise, ekonomik güçlükler içinde yaşamakta, hastanın olumsuz davranışlarıyla nasıl baş edeceğini bilememekte, toplumsal ilişkilerini sınırlamakta, hastaya karşı olumsuz duygular ve tutumlarda bulunmaktadır. Salt bu gözlemler bile şizofrenik bozukluklar için evde

bakımın ne kadar gerekli olduğunu göstermeye yeter. Bu nedenle başta sağlık çalışanları ve hasta aileleri olmak üzere evde bakımla ilgili eğitim çalışmalarının başlatılması, evde bakım giderlerinin sosyal güvenlik kurumlarınca karşılanmasına yönelik yasal düzenlemelerin yapılması için çaba gösterilmesi gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Hellwig K: *Home care*. NK Worley (ed): *Mental Health Nursing in the Community*'de, St. Louis, Mosby-Year Book, Inc., 1996, s.203-216.
2. Muijen M: *Mental health services: What works?* MPI Weller, M Muijen (eds): *Dimensions of Community Mental Health Care*'de, London, WB Saunders Co., 1993, s.38-61.
3. Worley NK: *Mental Health Nursing in the Community*. St. Louis, Mosby-Year Book Inc., 1997.
4. Caverly S, Mejo S: *Psychiatric mental health nursing in community settings*. EM Varcarolis (ed): *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing*'te, 3. baskı, Philadelphia, WB Saunders Co., 1998, s.221-242.
5. Fadden G: *Family intervention*. C Brooker, J Repper (eds): *Serious Mental Health Problems in the Community*'de, Glasgow, Balliere Tindall, 1998, s.159-183.
6. Murphy LN, Gass-Sternas K, Knight K: *Health of the chronically mentally ill who region the community: A community assessment*. *Issues Ment Health Nurs* 1995; 16:239-256.
7. Saunders JC: *Family functioning in families providing care for member with schizophrenia*. *Issues Ment Health Nurs* 1999; 20(2):95-113.
8. Provencher HL: *Objective burden among primary caregivers of persons with chronic schizophrenia*. *J Psychiatr Mental Health Nurs* 1996; 3(3):181-187.
9. Sellwood W, Thomas CS, Tarrier N, Jones S, Clewes J ve ark: *A randomised controlled trial of home-based rehabilitation versus outpatient-based rehabilitation for patient suffering from chronic schizophrenia*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34(5):250-253.
10. Wasylenki D, Gehrs M, Goering P, Toner B: *A home-based program for the treatment of acute psychosis*. *Community Ment Health* 1997; 33(2):151-162.
11. Tsuang MT, Faraone SV, Green AI: *Schizophrenia and other psychotic disorders*. AM Nicholi Jr. (ed): *Harvard Guide to Psychiatry*'de, 3. baskı, Cambridge, The Belknap Press of Harvard University Press, 1999, s.240-280.