

Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler

Dr. Leyla GÜLSEREN¹, Birmay ÇAM², Berna KARAKOÇ³, Tamer YİĞİT⁴, Dr. Ayşen Esen DANACI⁵, Zeynep ÇUBUKÇUOĞLU⁶, Cumhuri TAŞ⁷, Dr. Şeref GÜLSEREN⁸, Dr. Levent METE⁹

Özet / Abstract

Amaç: Bu çalışmanın amacı, şizofreni tanısı konmuş üyesi bulunan ailelerde aile üyelerinin algıladıkları yükün düzeyini ve ilişkili etmenleri araştırmaktır.

Yöntem: Çalışma, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği ve Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı ayaktan hasta birimlerinde şizofreni tanısıyla izlenen 239 hasta ve birincil bakıcı konumundaki 239 hasta yakınıyla yürütülmüştür. Hastalar, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PNSÖ), İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İGD), Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ), Kısa Kognitif Muayene (KKM), UKU Yan Etki Ölçeği; hasta yakınları Algılanan Aile Yüğü Ölçeği (AAYÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastanın erkek, bakıcının kadın olması, sosyal desteğin yetersizliği, ekonomik sorunlar, hasta yakınında süregelen bir bedensel hastalığın bulunması, hastadan şiddet görme, toplam hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, PNSÖ'nin toplam puanı ve alt ölçek puanları, SİÖ, BDÖ ve BAÖ puanlarıyla AAYÖ puanları arasında ilişki bulunmuştur. Pozitif belirti şiddeti, SİÖ bağımsızlık-yetkinlik ve kişilerarası işlevsellik alt ölçekleriyle hasta yakınlarının anksiyete ve depresif belirti düzeylerinin aile yükü için öngörücü olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Belirtilerin kontrol altına alınması, hastaların sosyal işlevselliğinin artırılması, hasta yakınlarının anksiyete-depresyon düzeylerini azaltmaya yönelik girişimler, sağlık personeli desteğini de içeren sosyal destek ailenin yükünün azaltılmasına yardımcı olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, ailenin yükü, Algılanan Aile Yüğü Ölçeği

SUMMARY: The Perceived Burden of Care and its Correlates in Schizophrenia

Objective: The present study aimed to investigate the perceived level of burden of care and its correlates in family members of schizophrenia patients.

Method: The study included 239 schizophrenic patients that were followed-up at the psychiatric outpatient clinics of İzmir Atatürk Education and Research Hospital, and Celal Bayar University Medical School, and 239 of their primary caregivers. Patients were assessed using the Positive and Negative Syndrome Scale (PANNS), Global Assessment of Functioning Scale (GAF), Social Functioning Scale (SFS), Brief Cognitive State Examination (BCE), and UKU Side Effect Rating Scale. Their primary caregivers were assessed using the Perceived Family Burden Scale (PFBS), Beck Depression Inventory (BDI), and Beck Anxiety Inventory (BAI).

Results: Caregiver PFBS scores were correlated with male patients, female caregivers, inadequate social support, economic difficulty, the presence of chronic physical disorder in the caregivers, patient violence toward the caregivers, total duration of illness, the number of patient hospitalizations, PANNS total and subscale scores, and SFS, BDI, and BAI scores. Perceived burden of care was predicted by the severity of the patients' positive symptoms, SFS independence/competence and interpersonal functioning subscale scores, and caregivers' anxiety and depression levels.

Conclusion: In order to decrease the burden of care in schizophrenia we recommend effective management of patient symptoms, enhancement of patient social functioning, interventions that target caregivers with high levels anxiety and depression, and social support provided by healthcare professionals.

Key Words: Schizophrenia, burden of care, Perceived Family Burden Scale

Geliş Tarihi : 23.02.2010 - Kabul Tarihi : 03.05.2010

Türkiye Psikiyatri Derneği 43. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar Poster Bildirisi (Araştırma) Üçüncülük Ödülünü almıştır.

¹Doç., ²Asis., ³Asis., ⁴Asis., ⁵Doç., ⁶Doç., Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kl., İzmir. ⁷Prof., ⁸Asis., ⁹Asis., Psikiyatri AD., Celal Bayar Üniv. Tıp Fak., Manisa.

Dr. Leyla Gülsüren, e-posta: leylagulsuren@hotmail.com

GİRİŞ

Şizofreninin etyolojisiyle ilgili olarak psikolojik kuramı savunan çoğu araştırmacı aileyi hastalığın önemli bir nedeni olarak kabul etmiştir. Frieda Fromm-Reichman şizofrenojenik anne kavramını ortaya atmış, Bateson, Bowen, Lidz, Wynne ve Laing gibi araştırmacılar şizofreniye neden olduğunu ileri sürdükleri çeşitli aile yapıları ve iletişim biçimleri tanımlamışlardır. Az sayıda klinik gözleme dayanan bu kuramlar ruh sağlığı çalışanlarıyla ailelerin ilişkilerine önemli ölçüde zarar vermiş ve ailelerin yükünü arttırmıştır (Barrowclough ve Tarrier 1992, Awad ve Voruganti 2008).

“Bakıcının yükü” kavramını öne çıkaran en önemli gelişme, 1950 yılında klorpromazinin keşfi ve ardından birçok antipsikotik ilacın kullanıma sunulması olmuştur. Depo hastaneler kapanırken hastaların sağaltımlarının toplum içinde sürdürülür hale gelmesiyle hasta yakınları, çok da hazır olmadıkları, birincil bakıcı rolünü üstlenmişlerdir (Awad ve Voruganti 2008). İzleyen yıllarda, aileyi hastalığın nedeni olarak gören bakış açısı yerini, ailenin tutumunun hastalığın seyrini nasıl etkilediğine ilişkin çalışmalara bırakmıştır. Brown ve arkadaşları, 1962 yılında duygu dışavurumu kavramını geliştirmişlerdir (Bebbington ve Kuipers 1994). Tüm bu gelişmeler, şizofreni tanısı konmuş üyesi olan ailelerde ailenin yükü kavramıyla ilgilenilmeye başlanmasında etkili olmuştur. Hasta yakınları hastalığın nedeni olarak damgalanmak yerine sağaltım planına dahil edilmeye başlanmış, ailelere yönelik çeşitli terapi yöntemleri ve ruhsal-egitimsel yaklaşımlar önem kazanmıştır (Pitschel-Walz ve ark. 2001).

Yük kavramı, hasta bir üyeyle yaşıyor olmaktan dolayı aile üyelerinin günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorluklar, hayatlarını etkileyen sorunlar ve olumsuz olaylar (Platt 1985, Winefield ve Harvey 1994) gibi hastalığın aile üzerindeki etkisini tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır. Hoenig ve Hamilton 1966 yılında yayınladıkları bir makalede, nesnel ve öznel yük kavramlarını ayırmışlardır. Nesnel yük, hastanın rahatsız edici davranışları ya da hastalığın yol açtığı ekonomik zorluklar, günlük yaşamdaki kısıtlanmalar, aile üyelerinin beden ve ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri gibi aile yükünün gözlemlenebilir ve doğrulanabilir yönünü ifade etmektedir. Öznel yük ise bu zorlukların aile üyelerini ne ölçüde rahatsız ettiğini tanımlamaktadır (Awad ve Voruganti 2008). Yükün, erken bir depresmeyi öngörmede duygu dışavurumunun ölçümüne göre daha değerli olduğuna ilişkin görüşler vardır (Levene ve ark. 1996).

Psikiyatrik hastalıklarda ailenin yükünün araştırıldığı çalışmalara bakıldığında, başlangıçta karma hasta grupla-

ıyla çalışıldığı, şizofrenide ailenin yükünü araştıran çalışmalarda ise özgül görüşme ya da ölçüm araçlarının kullanılmadığı görülmektedir. İlerleyen zamanda şizofrenide ailenin yükünü değerlendirmeye yönelik çeşitli ölçekler geliştirilmiş ve kullanılmaya başlanmıştır. Bu çalışmalarda, hasta/hastalıkla ilgili (cinsiyet, belirti örüntüsü, süre vb.) ve aileyle ilgili (başa çıkma biçimleri, aile üyelerinin ruhsal belirtileri/hastalıkları, destek alıp almama, şizofreninin nedenine ilişkin inançları vb.) etmenlerin ailenin yükünü nasıl etkilediğinin yanı sıra aile yükü yönünden kültürler arasında farklılık olup olmadığı araştırılmıştır (Wijngaarden ve ark. 2003, Roick ve ark. 2007). Hastanın cinsiyeti ailenin yükünü etkileyebilir (Awad ve Voruganti 2008). Hastalık belirtilerinin şiddeti ile bakım verenlerin yükü arasında ilişki vardır (Provencher ve Mueser 1997, Lowyck ve ark. 2004). Ancak hangi belirti kümesinin yükü daha fazla arttırdığı konusundaki bulgular birbiriyle uyumlu değildir (Awad ve Voruganti 2008). Gibbons ve arkadaşları (1984) pozitif belirtilerin; Raj ve arkadaşları (1991), Gopinath ve Chaturvedi (1992) negatif belirtilerin daha çok yük oluşturduğunu bulmuşlardır. Sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda ise aile yüküyle hem pozitif hem de negatif belirtiler arasında ilişki bulunmuştur (Provencher ve Mueser 1997, Magliano ve ark. 2002, Roick ve ark. 2007). Gibbons ve arkadaşları (1984), ailenin yükünün zamanla azaldığını bildirmişlerdir. Lowyck ve arkadaşları (2001), hastalık süresinin aile yükü üzerindeki etkisi konusunda tam bir görüş birliği olmamakla birlikte, aileye yönelik girişimlerin yükü azalttığına dikkat çekmişlerdir. Caqueo-Urizar ve arkadaşları (2009), şizofrenide aile üyelerinin yaşam kalitesiyle ilgili bir gözden geçirme çalışması yapmışlardır. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yeterli destek alamama, aile yaşamının bozulması, hastalığın gidişi gibi çeşitli etmenlerin aile üyelerinin ruhsal yüklerini artırarak yaşam kalitelerini bozduğunu; gelişmekte olan ülkelerde ise özellikle ekonomik yükün aile üyelerinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceğini bildirmişlerdir. Gelişmekte olan ülkelerde, ruh sağlığı çalışanlarının, gündüz hastanelerinin sayısının yetersizliği, sağaltım giderleri hasta yakınlarının zorluk yaşamalarına neden olmaktadır. Şizofrenide ailenin yüküne ilişkin çalışmaların artması, hastalara ve ailelerine yönelik hizmetin iyileştirilmesi açısından yararlı olabilir.

Türkiye’de yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde, şizofreni hastalarının aile üleriyle yapılan çalışma sayısının az olduğu ve görece küçük örneklem gruplarıyla çalışıldığı görülmektedir. Karancı (1995), hasta yakınlarının hastalığa ilişkin nedensel atıflarını, beklentilerini ve yüklerini araştırmıştır. Hasta yakınlarının aile yaşantıla-

rında çatışmalar ve duygusal sorunların yanı sıra hastanın bakımı ve sağaltımı konusunda maddi yüklerle de karşılaştıklarını saptamıştır. Gülseren ve arkadaşları (1999a) tarafından yürütülmüş olan bir çalışmada, şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastalar ve aileleri aile işlevleri yönünden karşılaştırılmış, her iki grupta da işlevselliğin bazı alanlarında bozulma olmakla birlikte, şizofreni grubunda aile işlevlerinin genel olarak daha iyi olduğu bulunmuştur. Doğan ve arkadaşları (2002), şizofreni tanısıyla sağaltım görmüş olan hastaların ailelerine ev ziyaretleriyle bilgi ve eğitim vermişler, üç ayın sonunda, aile üyelerinin yaşam kalitelerinde, ruhsal belirtilerinde, algıladıkları sosyal destek ve hastalıkla ilgili yaşadıkları güçlük düzeyinde bir azalma olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışmada, ailelerin hastalıkla ilgili yaşadıkları güçlük düzeyini belirlemede çalışmacılar tarafından hazırlanmış olan bir form kullanılmıştır. Camberwell Aile Görüşmesi ile hasta yakınlarının değerlendirildiği bir başka çalışmada, yüksek duygu dışavurumuyla umutsuzluk-olumsuz gelecek algısı içeren ifadeler arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Kuşçu ve ark. 2005). Danacı ve arkadaşları (2005), şizofreni hastalarının sosyal işlevselliğiyle aile işlevlerinin ilişkili olduğunu belirlemiştir. Yakın tarihte yayınlanan bir çalışmada, özgül ölçekler kullanılarak şizofrenide bakıcının yüküyle sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri arasındaki ilişki araştırılmıştır (Aydın ve ark. 2009). Hastalığın alevlenme ve hastaneye yatış sayılarının ailenin yükünü arttırdığı, bakıcının eğitim düzeyi yükseldikçe yük düzeyinin azaldığı, bakıcının anksiyete-depresyon düzeyi ile yük arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Bunlar dışında, ailelerin sorunlarını, duygularını, gereksinimlerini ele alan, destekleme ve eğitim vermeye yönelik grup çalışmaları yapılmıştır (Sayıl ve ark. 1984, Ünlüoğlu 1994, Soygür ve ark. 1998, Gülseren ve ark. 1999 b). “Şizofrenide aile yükü” çok boyutlu bir kavramdır. Aileler hastalığın her aşamasında çeşitli güçlüklerle karşılaşmakta, hastaların rehabilitasyonunun yanı sıra ailelere yönelik hizmet ve eğitim olanaklarının da sınırlı olduğu ülkemizde, çoğu kere hastalıkla yalnız başına mücadele etmek zorunda kalmaktadır (Gülseren 2002). Ülkemizde söz konusu alanda yeterince çalışma olmadığı düşüncesinden yola çıkarak bu çalışmada, şizofreni tanısı konmuş üyesi bulunan ailelerde üyelerin algıladıkları yükün düzeyini ve ilişkili etmenleri araştırmayı, böylece ailelerin hangi alanda yardıma gereksinim duyduklarını belirlemeyi amaçladık.

YÖNTEM

Örneklem grubu

Çalışma, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Psikiyatri Kliniği (İAEAH) ve Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi (CBÜTF) Psikiyatri Anabilim Dalı ayakta hasta birimlerinde şizofreni tanısıyla izlenmekte olan “hastalar” ve “birincil bakıcı” konumundaki yakınlarıyla yürütülmüştür. Birincil bakıcı hasta yakını, hasta ve ailesiyle görüşülerek belirlenmiştir. Hasta ile en fazla zaman geçiren ve hastanın bakımından sorumlu olan kişi “birincil bakıcı” olarak kabul edilmiş, hastalar ve yakınları farklı çalışmacılarca değerlendirilmiştir.

Çalışmaya alma/dışlama ölçütleri

a. Hasta için: DSM-IV-TR (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000) ölçütlerine göre şizofreni tanısı konmuş olma, 18-65 yaşları arasında bulunma, hastalık belirtilerinin en az 1 yıl önce başlamış olması, en azından 1 yıldır bir aile üyesiyle birlikte yaşıyor olma, görüşme yapmaya ya da ölçeğin uygulanmasına engel bir durumun bulunmaması, çalışmaya katılmayı kabul etme. Şizofreniye ek olarak önemli ölçüde yetiyitimine yol açan bir bedensel hastalığı bulunan (örn: felç, uzuv kaybı vb.) ve zeka düzeyi normalin altında olanlar çalışmaya alınmamıştır.

b. Hasta yakınları için: En azından 1 yıldır hasta ile birlikte yaşama, diğer aile üyelerine oranla hastayla daha fazla zaman geçiriyor olma, hastanın bakımından sorumlu olma, 18 yaşını doldurmuş olma ve çalışmaya katılmayı kabul etme. Ölçeklerin uygulanmasına engel bir durumu (işitme, konuşma zorluğu) ya da mental hastalığı (psikotik bozukluk, zeka geriliği ya da bunama gibi) bulunanlar çalışmaya alınmamıştır.

Araçlar

Hastaları değerlendirmede kullanılan ölçekler

a. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PNSÖ, Positive and Negative Syndrome Scale): Kay ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiş, Kostakoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan yarı-yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Otuz maddeden oluşan ölçek pozitif ve negatif belirtilerin şiddeti yanı sıra genel psikopatoloji düzeyi hakkında bilgi vermektedir.

b. İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (İGD): Genel Değerlendirme Ölçeği’nin (Endicott ve ark. 1976) yeniden uyarlanmış bir biçimidir. Klinisyenin, kişinin genel işlevsellik düzeyiyle ilgili yargısını belirtmesi için DSM-III-R (Amerikan Psikiyatri Birliği 1987) kapsamına alınmıştır.

c. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ, The Social Functioning Scale): Birchwood ve arkadaşları (1990) tarafından geliştirilmiş, Türkçe’ye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalış-

ması yapılmıştır (Yaprak ve ark. 2002). Şizofreni hastalarının sosyal işlevselliğini ve hastada zaman içinde ortaya çıkan değişimleri değerlendirmek amacıyla kullanılan ölçek günlük işlevler konusunda ayrıntılı bilgi sağlayan 7 alt ölçekten oluşmaktadır.

d. Kısa Kognitif Muayene Ölçeği (KKM): Bilişsel işlevleri değerlendirmek amacıyla kullanılan ve 28 sorudan oluşan bir ölçektir. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kayatekin ve arkadaşları (1985) tarafından yapılmıştır.

e. UKU Yan Etki Ölçeği (UKU, Udvalg for Kliniske Undersegelser): Terapötik dozlarda kullanılan psikotrop ilaçlara bağlı ortaya çıkan klinik yan etkilerin değerlendirilmesi amacıyla Lingjaerde ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiştir. Psikolojik, nörolojik, otonomik ve diğer yan etkiler olmak üzere dört alt ölçekten oluşmaktadır.

Hasta yakınlarını değerlendirmede kullanılan ölçekler

a. Algılanan Aile Yüğü Ölçeği (AAYÖ, The Perceived Family Burden Scale): Şizofreni tanılı üyesi olan ailelerde ailenin yükünü değerlendirmek amacıyla Levene ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilmiştir. Yirmidört maddeden oluşan ölçek hasta yakınları tarafından doldurulmaktadır. Özel, nesnel ve toplam puan olmak üzere 3 alt skoru vardır. Nesnel puan son bir ay içinde hastalıktan kaynaklanan davranışların (yemek reddi, ilaç reddi, anlamsız konuşmalar gibi) sayısına, özel puan söz konusu davranışların hasta yakınına ne ölçüde rahatsızlık verdiğine göre hesaplanır. Türkçeye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Gülseren ve ark. 2007).

b. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Depresyon yönünden riski belirlemek, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddetini ölçmek amacıyla kullanılır (Beck 1961). Türkçe için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Hisli 1989).

c. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılır (Beck ve ark. 1988). Türkçe için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Ulusoy ve ark. 1998).

d. Sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilgili veri toplama formu: Hastaların ve hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri, ailenin yükünü arttırabilecek olası risk etmenleri (sosyal destek, hastayla geçirilen ortalama günlük zaman, etiketlenme kaygısı vb.), hastalığın klinik özellikleri (hastanın kullandığı ilaç, ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmadığı, belirli bir hekim ya da

kurum tarafından düzenli olarak izlenip izlenmeme vb.) gibi araştırmanın bağımsız değişkenleri konusunda bilgi edinmek amacıyla, literatür bilgilerinden yararlanılarak, çalışmacılar tarafından hazırlanmış olan bir anket formu kullanılmıştır.

İstatistiksel değerlendirme

Veriler Windows için SPSS v.11 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Kategorik değişkenlerin değerlendirilmesinde ki-kare, kategorik olmayan değişkenlerin değerlendirilmesinde iki grubun karşılaştırmasında student's t testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında varyans analizi uygulanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin yönünün ve düzeyinin belirlenmesinde pearson bağıntı analizi; aile yükünü öngörücü değişkenlerin belirlenebilmesi için lineer regresyon analizi yapılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya İAEAH ayaktan hasta birimine başvuran 150 hasta ve 150 hasta yakını; CBÜTF Psikiyatri ABD ayaktan hasta birimine başvuran 89 hasta ve 89 hasta yakını olmak üzere toplam 239 hasta ve 239 hasta yakını alındı. Hastaların 108'i (%45.2) kadın, 131'i erkek (%54.8), yaş ortalaması 40.8 ± 12.2 , ortalama hastalık süresi 12.6 ± 9.1 yıl, çoğu (76 kişi, %28.1) ilköğretim mezunu idi. Hastalardan 206'sının (%76.3) herhangi bir işi yoktu. Hasta yakınlarının 145'i (%60.7) kadın, 94'ü (%39.3) erkek, çoğu (n=84, %35.1) anne, yaş ortalaması 50.7 ± 14.2 idi. İlkokul mezunları (119 kişi, %44.1) ve çalışmayanlar (184 kişi, %68.1) çoğunluğu oluşturuyordu. Kadınların 127'si (%87.6) çalışmıyordu.

Hastalar ve hasta yakınlarına uygulanan ölçeklere ilişkin puanlar tablo 1'de yer almaktadır.

AAYÖ'nin toplam puanı ile sosyodemografik özellikler karşılaştırıldığında, hastanın erkek, bakıcı aile üyesinin kadın olmasının, hasta yakınında süregelen bir bedensel hastalığın bulunmasının, akrabalarından ve sağlık personelinin yeterince destek almamasının, hastadan şiddet görmesinin, ailenin ekonomik durumunun kötü olmasının, hastanın bir sağlık kurumunda düzenli olarak izlenmemesinin aile yüküyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

AAYÖ toplam, özel ve nesnel puanları ile ilişkili bulunan değişkenler tablo 3'de yer almaktadır. AAYÖ'nin toplam, özel, nesnel puanlarıyla PNSÖ'nin toplam ve alt ölçek puanları, hastalığın toplam süresi, hastanede yatarak sağaltım görme sayısı, hasta yakınlarının BDÖ ve BAÖ puanları arasında pozitif yönde bir bağıntı olduğu

TABLO 1. Hastalara ve Hasta Yakınlarına Uygulanan Ölçeklere İlişkin Puanlar.

Hastalar		Hasta yakınları	
PNSÖ		BDÖ	9.7±8.5
PBÖ	14.1±6.0	BAÖ	9.7±10.2
NBÖ	18.7±7.0	AAYÖ	
Genel psikopatoloji	33.7±9.1	Öznel	14.5±12.9
SiÖ		Nesnel	16.4±4.8
Sosyal çekilme	9.7±6.3	Toplam	20.9±17.1
Kişilerarası işlevsellik	5.9±6.8		
Sosyal etkinlikler	10.1±9.4		
Boş zaman. değerlendirme	11.9±8.1		
Bağımsızlık düz.-yetkinlik	32.2 ±7.1		
Bağımsızlık düz.-performans	32.2±7.1		
İş/meslek	4.0±8.5		
İGD	33.8±20.1		
KKM	41.4±12.1		
UKU Yan Etki Ölçeği			
Psikolojik	4.4±4.1		
Nörolojik	2.1±2.1		
Otonomik	2.4±2.3		
Diğer	3.0±3.0		

bulunmuştur. AAYÖ'nin toplam, öznel ve nesnel puanlarıyla hastaların sosyal işlevselliği arasında ise negatif yönde bir bağıntı olduğu saptanmıştır.

Aile yükünü öngören değişkenler tablo 4'de yer almaktadır. Hasta yakınlarına uygulanan ölçeklere ilişkin değerlendirmelere bakıldığında, anksiyete düzeylerinin

AAYÖ toplam, öznel ve nesnel puanları; depresyon düzeylerinin AAYÖ toplam puanı için öngörücü olduğu belirlenmiştir. Hastaları değerlendirmede kullanılan ölçeklerden PNSÖ'nin pozitif belirtiler alt ölçek puanının AAYÖ toplam puanı; SiÖ bağımsızlık-yetkinlik alt ölçeğinin AAYÖ toplam ve nesnel puanları; kişilerarası işlevsellik alt ölçeğinin toplam puan; sosyal uğraşı-sosyal

TABLO 2. Algılanan Aile Yüğü Ölçeği Toplam Puanı İle Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması.

Değişken	Test sonucu	sd (serbestlik derecesi)	p
Hastanın cinsiyeti	t=2.3*	236	0.025
Hasta yakınının cinsiyeti	t=2.7*	236	0.006
Şiddet görme (var/yok)	t=3.3*	236	0.001
Yakında bedensel hastalık (var/yok)	t=3.2*	236	0.002
Ailenin ekonomik durumu	t=2.3*	230	0.024
Sağlık personelinde destek	F=7.04**	2	0.001
Akrabalardan destek	F=3.9**	2	0.023
Düzenli olarak izlenme	F=21.7**	2	0.001

* Student's t testi

** ANOVA

TABLO 3. Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı Toplam, Öznel ve Nesnel Puanları İle İlişkili Bulunan Değişkenler.

Değişken	AAYÖ nesnel puanı		AAYÖ öznel puanı		AAYÖ toplam puanı	
	r *	p	r*	p	r*	p
Pozitif Belirtiler Alt Ölçeğı	0.43	0.001	0.46	0.001	0.44	0.001
Negatif Belirtiler Alt Ölçeğı	0.14	0.003	0.18	0.005	0.16	0.015
Genel Psikopatoloji Alt Ölçeğı	0.33	0.001	0.38	0.001	0.34	0.001
Toplam PNSÖ puanı	0.45	0.001	0.46	0.001	0.46	0.001
Beck Depresyon Ölçeğı	0.36	0.001	0.39	0.001	0.39	0.001
Beck Anksiyete Ölçeğı	0.41	0.001	0.43	0.001	0.44	0.001
SiÖ, öncül sosyal etkinlikler aö	-0.20	0.002	-0.23	0.001	-0.20	0.002
SiÖ, sosyal uğraşı/sosyal çekilme aö	-0.21	0.001	-0.18	0.007	-0.09	0.163
SiÖ, bağımsızlık düzeyi-yetkinlik aö	-0.24	0.001	-0.22	0.001	-0.18	0.007
SiÖ, bağımsızlık düzeyi-performans	-0.31	0.001	-0.29	0.001	-0.26	0.001
SiÖ, kişilerarası işlevsellik aö	-0.22	0.001	-0.22	0.001	-0.052	0.428
SiÖ, boş zamanları değerlendirme aö	-0.22	0.001	-0.23	0.001	-0.19	0.003
SiÖ, iş aö	-0.16	0.01	-0.14	0.03	-0.05	0.41
Hastalığın toplam süresi	0.179	0.006	0.119	0.069	0.140	0.032
Hastanede yatarak tedavi görme sayısı (toplam)	0.146	0.025	0.148	0.022	0.154	0.017

r* = Pearson bağıntı katsayısı; p< 0.05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.

çekilme alt ölçeğinin ise nesnel puan için öngörücü olduğu bulunmuştur.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler araştırılmış, hasta ve hasta yakınlarına ilişkin sosyodemografik ve klinik özelliklerle bakıcının yükü arasında ilişki olduğu belirlenmiştir.

Sosyodemografik değişkenler açısından bulgularımıza baktığımızda, hastanın cinsiyeti erkek ise aile üyelerinin daha fazla yük bildirdikleri görülmektedir. Bu bulgu, literatürle uyumludur (Roick ve ark. 2007, Awad ve Voruganti 2008). Erkek hastaların kendilerinden beklenen çalışma, aileye ekonomik yönden katkı sağlama gibi toplumsal rolleri üstlenememeleri aile üyelerinin daha fazla yük hissetmelerine neden olabilir. Yapılan çalışmalarda, hastanın bakımından öncelikli sorumlu olan kişinin daha çok ailedeki kadın üyeler oldukları belirlenmiştir (Awad ve Voruganti 2008, Nasr ve Kausar 2009). Bizim çalışmamızda, hastayla en fazla ilgilenen kişilerin çoğunu kadınlar, kadınların çoğunu da anneler oluşturmuş, bakıcı üyenin kadın olması daha fazla yük ile ilişkili

bulunmuştur. Bu sonuç, çalışmaya alınan çoğu kadının ev dışında düzenli bir işi olmamasının farklı sosyal ortamlarda ve farklı rollerde bulunma olanağını kısıtlamasıyla ilgili olabilir. Ailelerle yapılmış olan grup terapilerinde hastayla en fazla zaman geçiren aile üyelerinin kendilerini ne dış dünyaya ne de hastanın dünyasına aitmiş gibi hissedemediklerine ilişkin bildirimleri de (Gülseren ve ark. 1999b), hastanın bakımından sorumlu olma ve sosyal yaşamdaki kısıtlanmanın yükü arttırabileceğini düşündürmektedir. Türkiye’de yapılan benzer desendeki bir çalışmada ise bakıcının ve hastanın cinsiyeti ile yük arasında bir ilişki saptanmamıştır (Aydın ve ark. 2009).

Pakistan’da yapılan bir çalışmada, aile üyeleri en çok ekonomik alanda yük hissettiklerini bildirmişlerdir (Nasr ve Kausar 2009). Gülseren ve arkadaşlarınınca (1999a) yürütülen, şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastaların aile işlevleri yönünden karşılaştırıldığı bir çalışmada, gelir düzeyinin az olmasının aile işlevlerini olumsuz etkilediği bulunmuştur. Bu çalışmada kullandığımız ölçek ailelerin yükü en çok hangi alanda hissettiklerine ilişkin bilgi vermemekle birlikte, ekonomik durumu kötü olanlar daha fazla yük bildirmişlerdir. Çalışmamızda, hasta

TABLO 4. Aile Yükünü Öngören Değişkenler İçin Regresyon Analizi.

	B	β	t	P	R ²	F	p
AAÖ Toplam puanı					0.447	12,7	0.001
Beck Anksiyete Ölçeği	0.51	0.30	4.9	0.001			
Beck Depresyon Ölçeği	0.28	0.14	2.2	0.02			
Pozitif Belirtiler Alt Ölçeği	1.0	0.36	5.1	0.001			
Sosyal İşlevsellik Ölçeği, bağımsızlık-yetkinlik alt ölçeği	-0.46	-0.23	-2.9	0.003			
Sosyal İşlevsellik Ölçeği, kişilerarası işlevsellik alt ölçeği	0.72	0.27	2.0	0.045			
AAÖ Nesnel puanı					0.56	10.4	0.001
Beck Anksiyete Ölçeği	0.15	0.31	4.0	0.001			
Sosyal İşlevsellik Ölçeği, sosyal uğraşı-sosyal çekilme alt ölçeği	-0.38	-0.2	-2.9	0.005			
Sosyal İşlevsellik Ölçeği, bağımsızlık-yetkinlik alt ölçeği	-0.15	-0.2	-1.7	0.05			
AAÖ Öznel puanı					0.74	10.2	0.001
Beck Anksiyete Ölçeği	0.4	0.3	3.8	0.001			

yakınlarında sürekli doktor kontrolünü ya da ilaç kullanmayı gerektiren bedensel bir hastalığın varlığı yükü ilişkili bulunmuştur. Hasta üyenin çalışamaz duruma gelmesinin yol açtığı gelir kaybı ve sağaltım masrafları aileler için zorlayıcı olabileceği gibi aile üyelerinin süregelen sağlık sorunları da ek bir stres etmeni olarak ailenin yükünü arttırabilir.

Raj ve arkadaşları (1991) Hindistan'da yaptıkları bir çalışmada, pozitif ve negatif belirtilerin baskın olduğu hastalar arasında öznel ve nesnel yük açısından farklılık saptamazken 6 aylık izlem döneminin sonunda negatif şizofreni grubunda öznel ve nesnel yükün daha fazla olduğunu belirlemişlerdir. Bu bulguya dayanarak, negatif belirtilerin hasta yakınlarınca hastanın kontrolündeymiş gibi algılanmasının söz konusu belirtilerin daha fazla yük oluşturmasında etkili olabileceği sonucuna varmışlardır. Gopinath ve Chaturvedi (1992) tarafından yapılan bir çalışmada da, hastaların özbakım eksikliği, ev işlerine yardımcı olmama gibi negatif belirtilerden kaynaklanan davranışlarının pozitif belirtilere oranla daha çok yük oluşturduğu saptanmıştır. Ancak Gibbons ve arkadaşlarının (1984) elde ettikleri bulgular farklı yönde olmuş, bu çalışmacılar psikotik davranışın aile üyelerine daha fazla sıkıntı verdiğini belirlemişlerdir. Provencher ve Mueser (1997), öznel yükün hem pozitif hem de negatif belirtilerle, nesnel yükün ise yalnızca negatif belirtilerle ilişkili olduğunu bildirmişler, bu sonucu negatif belirtilerin

rol işlevselliğini daha fazla etkilemesine bağlamışlardır. Aydın ve arkadaşları (2009), Zarit Bakım Veren Külfet Ölçeği'ni kullandıkları çalışmalarında, belirti örüntüsüyle ailenin yükü arasında bir ilişki bulamamışlardır. Bizim çalışmamızda, hem negatif hem de pozitif belirtiler, genel psikopatoloji düzeyi ve toplam PNBÖ puanı ile aile yükünün tüm bileşenleri arasında pozitif yönde bağlantı bulunurken, pozitif belirtilerin ailenin yükünü öngören tek belirti kümesi olduğu saptanmıştır. Hasta olan yakınlarından şiddet gören aile üyeleri daha fazla yük bildirmişlerdir. Bu bulgular, hastalık belirtilerinin sağaltımla kontrol altına alınması ve hastalara yönelik rehabilitasyon çalışmalarının ailenin yükünü azaltmada yararlı olacağını desteklemektedir. Bunun yanı sıra, pozitif-negatif belirtilerin doğası ve bu belirtilerle başa çıkma yolları konusunda ailelere verilecek eğitimler de yükü azaltmada önemli girişimlerdir.

Ailenin yükünü etkileyen etmenlerin araştırıldığı az sayıda çalışmada belirti örüntüsü dışındaki değişkenler de değerlendirilmiştir. Bilişsel işlev bozukluklarının ya da diğer eş-tanıli durumların sistemli olarak değerlendirildiği çalışma yoktur (Awad ve Voruganti 2008). CATIE çalışmasına alınan 1460 hastanın 623'ünde aile yüküyle ilişkili etmenleri araştıran Perlick ve arkadaşları (2006), bilişsel işlevler ve ilaç yan etkileriyle aile yükünün ilişkisinin olmadığını saptamışlardır. Bizim çalışmamızda da, bilişsel işlevler ve ilaç yan etkileriyle ailenin yükü ara-

sında ilişki bulunmamıştır. Bu sonuç, çalışmanın kesitsel özelliğinin yanı sıra bilişsel işlevlerin değerlendirilmesinde şizofreni için geliştirilmiş özgül araçların kullanılmasıyla da ilgili olabilir. Çalışmamızda hastaların bilişsel işlevleri KKM ile değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda, hastalığın toplam süresi ve süreç boyunca hastanede yatarak sağaltım görme sayısı ile yük arasında pozitif bağlantı olduğu belirlenmiştir. Benzer biçimde Aydın ve arkadaşları (2009), hastaneye yatış sayısı ve hastalığın alevlenme sayısı ile ailenin yükünün ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Şizofrenisi olan hastalarda hastaneye yatış sıklığının artmasıyla bazı alanlarda aile işlevleri düzeliirken bazı alanlarda işlevler bozulabilir (Gülseren ve ark. 1999a). Şizofreninin yıkımla sonuçlanabilen ilerleyici özelliği düşünüldüğünde, hasta yakınları sürekli olarak yeni kayıplarla başa çıkmaya çalışırlar. Ülkemizde kurumlardaki sağaltım daha çok akut dönem belirtilerini yatıştırmakla sınırlıdır. Yoğun iş yükü içinde çoğu kez ailelere yeterince zaman ayırlanamamaktadır. Bu nedenle, hastalık süresinin uzaması ve yineleyen yatışlar aile üyelerinin tükenmesinde ve damgalanma nedeniyle daha fazla yük yaşamasında etkili olabilir. Bağlantılı olabilecek bir diğer bulgu, sağlık personelinin ve akrabalarından yeterince destek almadıklarını bildiren ailelerde aile yükünün daha fazla olmasıdır. Bu, farklı kültürlerde yapılan çalışmalarda elde edilen sonuçlarla uyumludur (Magliano ve ark. 2000, 2002; Chien ve ark. 2004). Ünlüoğlu ve arkadaşları (1994), hasta aileleriyle yaptıkları grup çalışmasının sonunda ailelerle işbirliğinin önemine dikkat çekmişler ve aileleri en çok kaygılandıran konunun toplumun hastalara bakışı olduğunu bildirmişlerdir. Karancı (1995, 1997), sağlık sisteminde sürekli izlemi ev ortamına götürecek uygulamaların aileler ve hastalar için çok yararlı olacağını vurgulamıştır. Bizim elde ettiğimiz bulgular, hem hastaneye yatış sırasında hem de ayaktan izlem döneminde ailelerle işbirliği içinde olmanın, ruhsal-egitimsel yaklaşımların, kendine yardım gruplarının ve şizofrenide damgalanmayla mücadele ederek sosyal destek sistemlerini arttırmanın ailenin yükünü azaltmada yararlı olacağı desteklemektedir.

Süreğen psikiyatrik hastalığı olan bir hastayla yaşamak aile üyelerinin ruh ve beden sağlığını olumsuz etkileyebilir. Hasta yakınlarında anksiyete, depresyon gibi ruhsal bozukluklar görülebilir (Gibbons ve ark. 1984, Oldridge ve Hughes 1992, Dyck ve ark. 1999, Pitschel-Walz ve ark. 2001). Hasta yakınlarının ruhsal durumlarının Genel Sağlık Anketi ve Hastane Anksiyete-Depresyon Skalası kullanılarak değerlendirildiği bir çalışmada, hasta yakınlarının %36'sında ölçek puanlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (Oldridge ve Hughes 1992). Çalışmacılar

bu oranın, Gibbons ve arkadaşlarının (1984) bulduğundan (%72) daha düşük olmakla birlikte genel populyondan daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Aydın ve arkadaşları (2009), günlük bakım verme süresiyle aile üyelerinin anksiyete-depresyon belirti şiddetinin ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda, hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon belirti düzeyleriyle yük arasında pozitif bağlantı olduğu saptanmıştır. Depresyon belirti şiddetinin aile yükü ölçeği toplam puanı için; anksiyete belirti şiddetinin ise toplam puanın yanı sıra öznel ve nesnel yük için öngörücü olduğu bulunmuştur. Aile üyelerinin ruhsal sıkıntıları hastalıkla başa çıkmayı zorlaştırarak daha fazla yük hissedilmesine neden olabileceği gibi hasta bir aile üyesiyle birlikte yaşıyor olma da süreğen bir stres etmeni olarak ruhsal belirtilerin ortaya çıkmasına yakınlık yaratabilir. Ayrıca, hasta yakınlarının hastalık öncesi dönemde sürdürdükleri etkinliklerden vazgeçmeleri yalnızca ve depresyona yol açabilir. Hastanın yalnızca bu durumu daha da arttırabilir. Hasta yakınlarının ruhsal sıkıntılarını azaltmaya yönelik girişimler ailelerin yükünün azaltılmasında yararlı olacaktır.

Danacı ve arkadaşları (2005), Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Aile Değerlendirme Ölçeği'ni kullanarak 37 şizofreni hastası ve 37 hasta yakını değerlendirilmişlerdir. Hastaların sosyal işlevsellikleriyle aile işlevlerinin ilişkili olduğunu, aile içindeki iletişim sorunlarının hastaların sosyal işlevselliklerini olumsuz etkilediğini belirlemişlerdir. Ancak bu çalışmada, hastaların sosyal işlevselliklerinin ailenin yükünü nasıl etkilediği araştırılmamıştır. Magliano ve arkadaşları (2000), hastanın sosyal işlevsellikindeki düzelmeye bağlantılı olarak ailenin yükünün de azaldığını bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda, sosyal işlevsellik tüm alanlarındaki bozulmayla aile yükü arasında negatif bir bağlantı bulunduğu; sosyal işlevsellik bağimsizlik-yetkinlik alt ölçeğinin hem toplam puan hem de nesnel puan; kişilerarası işlevsellik toplam puan; sosyal çekilme ve sosyal uğraşı alt ölçeğinin ise nesnel puan için öngörücü olduğu saptanmıştır. Sosyal işlevsellik söz konusu alanlarındaki bozulma hastaların rol işlevlerini etkileyerek aile üyelerinin hastalarıyla ilgili olarak daha fazla sorumluluk üstlenmelerine, hastalarıyla daha fazla zaman geçirmelerine yol açıp yükü arttırmış olabilir.

Günümüzde hastaları daha çok hastane dışında sağaltma eğilimi ve hasta bakımındaki değişim göz önüne alındığında aile yükünü etkileyen etmenler ve yükü azaltmaya yönelik girişimlerin neler olduğuyla ilgili çalışmalar önem kazanmaktadır. Hastalık belirtilerinin kontrol altına alınması, hastaların sosyal işlevselliklerinin arttırılması, hasta yakınlarının anksiyete-depresyon düzeylerini azaltmaya yönelik girişimler, sağlık personeli

desteğini de içeren iyi bir sosyal destek, hasta yakınlarına hastalıkla uygun biçimde başa çıkma konusunda eğitim verilmesi aile üyelerinin yükünün azaltılmasına yardımcı olacaktır. Ailelere yönelik girişimler hastaneye yatış dönemiyle sınırlı kalmamalı, ailelerin hastalığın her aşamasında yardıma gereksinim duydukları unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği (1987) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Gözden Geçirilmiş Üçüncü Baskı (DSM-III-R) (Çev.ed: E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1989.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR) (Çev.ed: E.Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.

Awad GA, Voruganti LNP (2008) The burden of schizophrenia on caregivers. *Pharmacoeconomics*, 26:149-162.

Aydın A, Eker SS, Cangür Ş ve ark. (2009) Şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46 Özel Sayı:10-14.

Barrowclough C, Tarrier N (1992) Families of schizophrenic patients. *Cognitive behavioural intervention*. London, Chapman & Hall.

Bebbington P, Kuipers L (1994) The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychol Med*, 24:707-718.

Beck AT (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4:561-571.

Beck AT, Epstein N, Brown G (1988) An Inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, 56: 893-897.

Birchwood M, Smith J, Cochrane R ve ark. (1990) The Social Functioning Scale. The Development and Validation of a New Scale of Social Adjustment For Use in Family Intervention Programmes with Schizophrenic Patients. *Br J Psychiatry*, 157:853-859.

Caqueo-Urizar A, Gutierrez-Moldonado J, Miranda-Castillo C (2009) Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7:84.

Chien WT, Norman I, Thompson DR (2004) A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. *Int J Nurs Studies*, 41:637-649.

Danacı AE, Karaca N, Deveci A (2005) Şizofreni hastalarında aile işlevselliği ile sosyal işlevsellik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Türkiye de Psikiyatri*, 7:103-108.

Doğan O, Doğan S, Tel H ve ark. (2002) Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: aileler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3: 133-139.

Dyck DG, Short R, Vitaliano PP (1999) Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosom Med*, 61:420-423.

Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL ve ark. (1976) The Global Assessment Scale: A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance. *Arch Gen Psychiatry*, 33:766-771.

Gibbons JS, Horn SH, Powell JM ve ark. (1984) Schizophrenic patients and their families: a survey in a psychiatric service based on a DGH unit. *Br J Psychiatry*, 144:70-77.

Gopinath PS, Chaturvedi SK (1992) Distressing behaviour of schizophrenics at home. *Acta Psychiatr Scand*, 86: 185-188.

Gülseren L, Coşkun S, Gülseren Ş ve ark. (1999 a) Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı konan hastalar ile ailelerinde aile işlevleri üzerine karşılaştırmalı bir çalışma. *3 P Dergisi*, 7:23-32.

Bu araştırmanın poliklinikte izlenen hastalarla yürütülmüş kesitsel bir çalışma olması çalışmanın başlıca kısıtlılığıdır. Aile yükünü arttırdığı belirlenen değişkenlerin ele alınmasının uzun dönemde hastalığın gidişini nasıl etkilediğini belirlemek için ileriye yönelik izlem çalışmaları önerilir.

Gülseren L, Turgut S, Yaprak S ve ark. (1999 b) Şizofreni tanısı konmuş bir grup hastanın aileleriyle sosyometrik psikodramatik grup terapisi süreci. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10: 325-331.

Gülseren L (2002) Şizofreni ve aile: Güçlükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13: 143-151.

Gülseren L, Karakoç B, Yiğit T ve ark. (2007) Algılanan Aile Yüğü Ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği. 43. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, İstanbul, s. 267.

Hisli N (1989) Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7: 3-13.

Karancı N (1995) Caregivers of Turkish schizophrenic patients: casual attributions, burdens and attitudes to help from the health professionals. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 30:261-268.

Karancı N (1997) Şizofren hasta yakınlarının dünyası: nedensel atıflar, yükler ve umutlar. *3P Dergisi*, 5(Ek 2):42-45

Kay SR, Fiszbein A, Opler LA ve ark. (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 13: 161-176.

Kayatekin SM, Öztürk O, Savaşır I (1985) Kısa Kognitif Muayene Çizelgesi'nin güvenirlik ve geçerlik çalışmaları. XXI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Bilimsel Çalışmalar Kitabı, Adana-Mersin, s.155-157.

Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A ve ark (1999) Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 14: 23-32.

Kuşçu MK, Duman ZÇ, Akman M (2005) Şizofreni tanılı hastaların bakım vericilerinde duygu ifadesi düzeyleri, umut ve kendini suçlama ifadeleri arasındaki ilişki. *3 P Dergisi*, 13:249-254.

Levene JE, Lancee WJ, Seeman MV (1996) The perceived family burden scale: measurement and validation. *Schizophr Res*, 22: 151-157.

Lingjaerde O, Ahlfors UG, Bech P ve ark. (1987) The UKU Side Effect Rating Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 76 (suppl 334): 1-96.

Lowyck B, M de Hert, Peeters E ve ark. (2001) Can we identify the factors influencing the burden on family members of patients with schizophrenia? *Int J Psychiatr Clin Prac*, 5: 89-96.

Lowyck B, De Hert M, Peeters E ve ark. (2004) A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. *European Psychiatry*, 19:395-401.

Magliano L, Fadden G, Economou M ve ark. (2000) Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 35: 109-115.

Magliano L, Marasco C, Fiorillo A ve ark. (2002) The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatr Scand*, 106: 291-298.

Nasr T, Kausar R (2009) Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Ann Gen Psychiatry*, 8: 1-6.

Oldridge ML, Hughes ICT (1992) Psychological well-being in families with a member suffering from schizophrenia. An investigation into long-standing problems. *Br J Psychiatry*, 161:249-251.

Perlick DA, Rosenheck RA, Kaczynski R ve ark. (2006) Components and correlates of family burden in schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 57: 1117-1124.

Pitschel-Walz G, Leucht S, Bauml J ve ark. (2001) The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia. A meta-analysis. *Schizophr Bull*, 27:73-92.

Platt S (1985) Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. *Psychol Med*, 15:383-393.

Provencher HL, Mueser KT (1997) Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophr Res*, 26:71-80.

Raj L, Kulhara P, Avasthi A (1991) Social burden of positive and negative schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry*, 37:242-250.

Roick C, Heider D, Bebbington PE ve ark. (2007) Burden on caregivers of people with schizophrenia: comparison between Germany and Britain. *Br J Psychiatry*, 190: 333-338.

Sayıl I, Kemalolu M, Altunöz S ve ark. (1984) Psikotik hasta aileleri ile sorunları temel alan grup çalışması. 9. Psikodrama ve Grup psikoterapileri Sempozyumu Kitabı, Ankara, Aşama Matbaacılık, s.24-27.

Soygür H, Çelikel B, Aydemir Ç ve ark. (1998) Hasta yakınlarıyla

gerçekleştirilen psikodrama yönelimli destekleyici-egitici grup terapisinin kronik şizofreni gidişi üzerine etkisi: 1 yıllık izleme çalışması. *Düşünen Adam*, 11:5-9.

Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H (1998) Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cognit Psychother*, 12:153-172.

Ünlüoğlu G, Kartallar R, Gürakar L ve ark. (1994) Yatarak tedavi gören psikotik hastaların akraba gruplarına ilişkin bir çalışma. *3 P Dergisi*, 2: 329-337.

Wijngaarden V, Schene B, Koeter M ve ark. (2003) People with schizophrenia in five countries: conceptual similarities and intercultural differences in family caregiving. *Schizophr Bull*, 29: 573-586.

Winefield HR, Harvey EJ (1994) Needs of family caregivers in chronic schizophrenia. *Schizophr Bull*, 20: 557-566.

Yaprak Erakay S, Gülseren Ş (2002) Şizofreni tanılı hastalarda Sosyal İşlevsellik Ölçeği Türkçe Formu'nun geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması. *Bahar Sempozyumları VI, Kongre Özet Kitabı*, s.134-135.