



To cite this article: Köroğlu A, Hocaoğlu Ç. Şizofrenide aile yükü, aile işlevleri ve başa çıkma tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ortadoğu Tıp Derg 2019; 11(3): 294-302. <https://doi.org/10.21601/ortadogutipdergisi.476552>

## ■ Orijinal Makale

# Şizofrenide aile yükü, aile işlevleri ve başa çıkma tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi

## *Evaluation of the relationship between family burden, family functioning and coping strategies in schizophrenia*

Ayşe Köroğlu<sup>1</sup> , Çiçek Hocaoğlu<sup>2\*</sup> 

<sup>1</sup> Uzm. Dr. Mut Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Mersin. Türkiye

<sup>2</sup> Prof. Dr., Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize, Türkiye

\* Sorumlu Yazar: Çiçek Hocaoğlu E-posta: [cicekh@gmail.com](mailto:cicekh@gmail.com) ORCID: 0000-0001-6613-4317

Gönderim: 30 Ekim 2018 Kabul: 18 Mayıs 2019

## ÖZ

**Amaç:** Kronik hastalıklar aile yükünü artırır, aile işlevlerini etkiler. Bu çalışmada, şizofreni hastaları ve bakım verenlerde aile yükünün düzeyi ile sosyodemografik özellikler, klinik bulgular, aile işlevleri ve başa çıkma tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine ardışık sıra ile başvuran, 100 şizofreni tanılı hasta ve 100 hasta yakını dahil edildi. Hastalara Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PNSÖ), Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) uygulanırken; hasta yakınlarına Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE), Algılanan Aile Yükü Ölçeği (AAYÖ) ve Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) uygulandı.

**Bulgular:** Hasta grubunun %57'si kadın (n:57), %43'ü erkek (n: 43) olup, yaş ortalaması 37,4±10'dur. Ortalama hastalık süresi 14,9±8 yıl olarak bulunmuştur. Bakım verenlerin çoğunluğunu (%63'ünü) kadınlar oluşturmuştur. Yaş ortalaması 47,5± 11'dir. Hastaya bakım verme süreleri 11,4 ±7 yıl, birlikte geçirdikleri ortalama zaman 12,8 ±8 saat olarak belirlenmiştir. Hastaların semptomları, hastalık süreleri, hastaların işlevselliklerindeki bozulma derecesi ve bozulmuş aile işlevlerinin aile yükü ile ilişkili olduğu saptanmıştır (p<0,05).

**Sonuç:** Bu çalışmada şizofreni tanılı hastaların pozitif ve negatif belirtilerinin şiddeti arttıkça öznel aile yükü, nesnel aile yükü ve toplam yükün arttığı, sosyal işlevsellik düzeyi azaldıkça aile yükünün arttığı, hasta yakınlarının en sık pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, aktif başa çıkma, plan yapma başa çıkma yöntemlerini kullandıkları belirlenmiştir. Şizofreni tanılı hastalara bakım verenlerde aile yükünü azaltmak için semptomların kontrol altına alınması, hastaların sosyal işlevselliklerinin iyileştirilmesi, bakım vermekte olan kişilerin hastalık ve aile işlevleri hakkında eğitilmesi hastalara bakım verenlerin stresli durumlar karşısında başvurdukları olumlu baş etme tutumları, tedavi hedefini belirlemede ve tedavinin etkinliğinin izlenmesi sürecinde yardımcı olacaktır.

**Anahtar kelimeler:** şizofreni, başa çıkma, aile işlevleri, aile yükü

**ABSTRACT**

**Aim:** Chronic diseases increase family burden and affect family functioning. The aim of this study was to investigate the relationship between family burden and socio-demographic characteristics, clinical findings, family functioning and coping attitudes in schizophrenia patients and caregivers.

**Material and Method:** The study include, DSM-IV TR diagnosed 100 schizophrenic patients and 100 of their caregivers who admitted with sequential order to Recep Tayyip Erdoğan University Psychiatric outpatient clinic. The subjects were assessed by using a sociodemographic data form, Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), and Social Functioning Scale (SFS). Their primary caregivers were assessed using the Coping Attitudes Scale (COPE), the Perceived Family Burden Scale (PFBS) and the Family Assessment Scale (FAD).

**Results:** According to our findings, patients were 57 % of women (n = 57), 43 % of male (n = 43) and the mean age was 37.4 ± 10. Mean illness duration was 14.9 ± 8. The majority of caregivers (63%) were women. The mean age was 47.5 ± 11 years. The mean age of caregiving was 11.4 ± 7 years and the mean time was 12.8 ± 8 hours. Symptoms of the patients, duration of disease, degree of impairment in the functionality of the patients and impaired family functions were found to be related to family burden (p<0.05).

**Conclusion:** In this study, as the severity of positive and negative symptoms of patients with schizophrenia increases, subjective family burden, objective family burden and total burden increase; family burden increases with decreasing social functioning level, positive reinterpretation and development, active coping and plan coping methods they use. In order to reduce family burden in caregivers who are diagnosed with schizophrenia, control of symptoms, improved social functioning of patients, education of caregivers about disease and family functions, positive coping attitudes that caregivers apply to stressful situations, determining treatment target and monitoring the effectiveness of treatment will help.

**Keywords:** schizophrenia, coping attitudes, family functions, family burden

**GİRİŞ**

Kronik hastalıklar, hasta ile ailesinin yaşamını önemli derecede etkilemekte ve bu hastalar günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede başkalarının desteğine ihtiyaç duymaktadır [1,2]. Birçok toplumda olduğu gibi bizim toplumumuzda da hastalara bu desteği sağlayanlar genellikle birinci derece yakınlarıdır. Kronik psikiyatrik hastalıklar en önemli toplum sağlığı sorunlarından biridir. En sık görülen kronik psikiyatrik bozukluklar, şizofreni ve bipolar bozukluktur [3]. Şizofreni, bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında bozulmaların bulunduğu, görünümü değişkenlik gösteren, yıkıcı psikopatolojik etkileri olan bir kronik ruhsal hastalıktır. Şizofreni, bireylerde önemli ölçüde yeti yitimine yol açmanın yanı sıra aileyi de en çok etkileyen ruhsal bozukluklardan birisidir. Sağlık çalışanları hasta ile daha çok hastalığın akut döneminde sınırlı süre birlikte iken, aile tüm günlerini hasta ile geçirmekte, hastanın bakım sorumluluğunu gönüllü veya zorunlu olarak yürütmekte, bunu gerçekleştirirken de hastalık süreci, hastaya yaklaşım konularında bilgi, beceri, duygusal ve sosyal desteğe gereksinim duymaktadır. Aile, hastalıkla baş etmede olumlu katkıları sağlayabilecek en büyük doğal kaynak olarak görülmektedir [4]. Aileye kronik hastalıklı bir bireyin

katılması ile ailenin işleyişinde, önemli değişikliklere ve strese neden olmaktadır [5]. Hasta yakınları ne yapacağını bilemez durumdadır ve gerginlik, suçluluk ve kimi zaman utanç duygusu yaşarlar [6]. Tüm bunların yanı sıra hastaya verilen bakım hizmeti sırasında aile bireylerinin harcadıkları zihinsel ve fiziksel enerji ölçülemeyecek oranda ağırdır. Ruhsal sorunu olan hasta ve ailelerin yaşadığı güçlükler; özbakım, sosyal faaliyetlere katılım, boş zamanlarını değerlendirme, ilaç kullanımı, hastalığın belirtilerini tanıma, bulgulara yönelik ailenin ne yapacağını ve nasıl davranacağını bilmemesi, kontrollere gitmeme, stresle baş etmede yetersizlik, duygularını uygun ifade edememe, sosyal destek eksikliği olarak belirlenmiştir [7]. Bakım verenlerin karşılaştıkları sorun alanları aile işlevlerini, başa çıkma stratejilerini etkilemekte ve aile yükünü arttırmaktadır. Psikososyal yaklaşımların ve özellikle aile psikoeğitimin somatik tedaviye eklenmesiyle tedavinin etkinliğinin arttığı, toplumsal uyum ve tedavi işbirliğinin arttığı, depresme oranlarının düştüğü gösterilmiştir [8].

Kronik ruhsal hastalıklarda ailenin öneminin anlaşılması, tedavi ortamlarının yataklı servislerden topluma ve aile ortamına kaymış olmasının ortaya koyduğu gereksinimler nedeniyle bu alanda yapılan çalışmaların sayısı gittikçe

artmaktadır. Buna bağlı olarak kullanılan değerlendirme gereç ve yöntemleri konusunda da standartlar oluşturulmaya çalışılmaktadır. Biz de bu çalışmada önemli kronik ruhsal bozukluklardan olan şizofreni tanısı ile izlenen hastaların sağaltımında aile desteğinin önemini vurgulamak için hastalara bakım verenlerde algılanan aile yükü, aile işleyişi ve başa çıkma tutumları ile sosyodemografik özellikler, hastalığın şiddeti gibi değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesini amaçladık.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Örnekleme Grubu

Çalışmaya 01.05.2012-01.05.2013 tarihleri arasında Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine ardışık sıra ile başvuran, çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan, ölçeklerin uygulanması için yapılacak görüşmeyi sürdürebilecek seviyede konuşma ve kendilerini ifade etme becerilerine sahip, hastalık belirtilerinin en az 1 yıl önce başlayan, en az 1 yıldır bir aile üyesiyle birlikte yaşıyor olan, DSM-IV-TR (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000) ölçütlerine göre şizofreni tanısı konulan 18-65 yaş arası 100 hasta ve en azından 1 yıldır hasta ile birlikte yaşayan, hastanın bakımından sorumlu olan, çalışmaya katılmayı kabul eden, 18 yaşından büyük 100 hasta yakını dahil edildi. Nörolojik hastalık, zeka geriliği, demans tanıları bulunan, çalışmaya katılmak istemeyen hasta ve hasta yakınları çalışmaya dahil edilmedi. Çalışma öncesi Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'dan gerekli onay alınmıştır. Çalışmaya katılan tüm olgular çalışma hakkında bilgilendirilerek yazılı aydınlatılmış onamları alındı. Bu çalışmada yapılan tüm uygulamalar, kurumsal ve / veya ulusal araştırma komitesinin etik standartlarına ve 1964 Helsinki Bildirgesi'ne ve daha sonraki düzeltmelerine veya karşılaştırılabilir etik standartlara uygun yapılmıştır.

### Uygulanan Ölçekler

#### Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu:

Hastaların ve hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri, hastalığın klinik özellikleri araştırmanın bağımsız değişkenleri konusunda bilgi edinmek amacıyla çalışmacılar tarafından hazırlanmış olan bir anket formu kullanılmıştır.

#### Hastaları değerlendirmede kullanılan ölçekler

**1- Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PNSÖ):** Kay ve ark. [9] tarafından geliştirilmiş, Kostakoğlu ve ark. [10] 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.

**2-Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ):** Birchwood ve ark. [11] tarafından geliştirilmiş, Türkçe'ye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yaprak ve ark. [12] tarafından yapılmıştır. 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.

#### Hasta Yakınlarını Değerlendirmede Kullanılan Ölçekler

##### 1- Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

**(COPE):** Carver, Scheier ve Weintraub tarafından 1989'da geliştirilmiştir [13]. Ağargün ve ark. [14] tarafından Türkçe'ye çevrilen ölçek 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek 15 alt ölçekten oluşmuştur. Her alt ölçek 4 sorudan oluşmaktadır. Başa çıkma ölçeğinin alt ölçekleri şunlardır: 1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, 2. Zihinsel boş verme, 3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, 4. Yararlı sosyal destek kullanımı, 5. Aktif başa çıkma, 6. İnkâr, 7. Dini olarak başa çıkma, 8. Şakaya vurma, 9. Davranışsal olarak boş verme, 10. Geri durma, 11. Duygusal sosyal destek kullanımı, 12. Madde kullanımı, 13. Kabullenme, 14. Diğer meşguliyetleri bastırma, 15. Plan yapma.

##### 2- Algılanan Aile Yükü Ölçeği (AAYÖ)

Şizofreni tanılı üyesi olan ailelerde ailenin yükünü değerlendirmek amacıyla Levene ve ark. [15] tarafından geliştirilmiştir. Yirmi dört maddeden oluşan ölçek hasta yakınları tarafından doldurulmaktadır. Öznel, nesnel ve toplam puan olmak üzere 3 alt ölçeği vardır. Türkçeye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gülseren ve ark. [16] tarafından yapılmıştır.

##### 3-Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ):

Ailenin işlevlerini hangi alanlarda yerine getirdiği ya da getiremediğini, aile üyelerinin algılarına göre değerlendirmeyi sağlayan, problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler olmak üzere yedi alt ölçekten oluşan 60 sorulu bir öz bildirim ölçeğidir. Aile bireyleri her maddenin ailelerini ne kadar tanımladığını 4 puanlı ölçekte derecelendirir. Her bir ölçek puanındaki artma işlevsellikte daha çok bozulmayı gösterir [17].

#### İstatistiksel Analiz

Bu çalışmada istatistiksel değerlendirmeler için SPSS-16 (SPSS Inc, Chicago, IL) paket programı kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyinin belirlenebilmesi amacı ile Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Karşılaştırmalarda iki değişkenli verilerin analizinde Mann Whitney U, ikiden fazla değişkenlerin

**Tablo 1.** Şizofreni tanılı hasta ve hasta yakınlarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

		Hasta grubu N (%)	Hasta Yakını Grubu N %
Cinsiyet	Kadın	57 (57)	63 (63)
	Erkek	43 (43)	37 (37)
Öğrenim durumu	OYD	5 (5)	0
	İlkokul	66 (66)	61 (61)
	Ortaokul	9 (9)	10 (10)
	Lise	11 (11)	17 (17)
	Üniversite	9 (9)	12 (12)
Medeni durum	Evli	29 (29)	84 (84)
	Bekar	56 (56)	13 (13)
	Dul	9 (9)	3 (3)
	Boşanmış	6 (6)	0
Çalışma durumu	Çalışmıyor	37 (37)	8 (8)
	Çalışıyor	15 (15)	20 (20)
	Emekli	2 (2)	21 (21)
	Ev hanımı	46 (46)	51 (51)
Yakınlık derecesi	Annesi		25 (25)
	Babası		13 (13)
	Kardeşi		32 (32)
	Eşi		14 (14)
	Çocuğu		7 (7)
	Diğer		9 (9)
Kullandığı ilaçlar	Klasik AP	8 (8)	
	Atipik AP	73 (73)	
	Depo AP	8 (8)	
	Kombine tedavi	11 (11)	
İlaçları düzenli kullanıyor mu?	Evet	69 (69)	
	Hayır	31 (31)	
Kontrollere düzenli gidiyor mu?	Evet	65 (65)	
	Hayır	35 (35)	
Yatarak tedavi görme öyküsü	Var	63 (63)	
	Yok	37 (37)	

analizinde Kruskal Wallis testleri kullanıldı.  $p < 0,05$  anlamlı olarak kabul edildi.

## BULGULAR

Çalışmaya şizofreni tanısı alan 100 hasta ve bu hastalara bakım vermekte olan 100 hasta yakını alınmıştır. Hastaların %57'si kadın (n:57), %43'ü erkek (n:43) olup yaş ortalaması  $37,4 \pm 10$ 'dur. Ortalama hastalık süresi  $14,9 \pm 8$  yıl olarak saptanmıştır. Bakım verenlerin çoğunluğunu (%63'ünü) kadınlar oluşturmuştur. Yaş ortalaması  $47,5 \pm 11$ 'dir. Hastaya bakım verme süreleri  $11,4 \pm 7$  yıl, birlikte geçirdikleri ortalama zaman  $12,8 \pm 8$  saat olarak bulunmuştur. Hasta grubu ve hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri **Tablo 1**'de verilmiştir.

Hastalık süresi, bakım verenin yaşı ve hastaya bakma süresi ile öznel aile yükü arasında; hastalık süresi ve hastaya bakma süresi ile nesnel aile yükü arasında pozitif yönde bir bağıntı olduğu bulunmuştur. AAYÖ'nin toplam, öznel, nesnel puanlarıyla PNSÖ'nin toplam ve alt ölçek puanları arasında

**Tablo 2.** Sosyodemografik özellikler, PNBÖ, SİÖ ile AAYÖ arasındaki ilişki

sosyodemografik özellikler	Öznel yük		Nesnel yük		Toplam yük	
	r	p	r	p	r	p
Hastalık süresi	0.273	0.006	0.335	<b>0.001</b>	0.319	<b>0.001</b>
Hasta yakınının yaşı	0.203	0.042	0.192	0.055	0.196	0.050
Hastaya bakma süresi	0.268	0.007	0.292	<b>0.003</b>	0.286	<b>0.004</b>
<b>PNBÖ</b>						
Pozitif belirtiler	0.685	<b>0.001</b>	0.697	<b>0.001</b>	0.701	<b>0.001</b>
Negatif belirtiler	0.532	<b>0.001</b>	0.535	<b>0.001</b>	0.540	<b>0.001</b>
Genel psikopatoloji	0.572	<b>0.001</b>	0.569	<b>0.001</b>	0.577	<b>0.001</b>
Toplam	0.625	<b>0.001</b>	0.626	<b>0.001</b>	0.632	<b>0.001</b>
<b>SİÖ</b>						
Sosyal uğraşı/sosyal çekilme	-0.301	<b>0.002</b>	-0.306	<b>0.002</b>	-0.307	<b>0.002</b>
Öncül sosyal etkinlikler	-0.340	<b>0.001</b>	-0.378	<b>0.001</b>	-0.372	<b>0.001</b>
Boş zamanları değerlendirme	-0.287	<b>0.004</b>	-0.355	<b>0.001</b>	-0.342	<b>0.001</b>
Bağımsızlık düzeyi-yetkinlik	-0.329	<b>0.001</b>	-0.392	<b>0.001</b>	-0.379	<b>0.001</b>
Bağımsızlık düzeyi-performans	-0.341	<b>0.001</b>	-0.391	<b>0.001</b>	-0.379	<b>0.001</b>

PNBÖ: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, SİÖ: Sosyal İşlevsellik Ölçeği, AAYÖ: Algılanan Aile Yükü Ölçeği

pozitif yönde bir bağıntı olduğu saptanmıştır. AAYÖ'nin toplam, öznel ve nesnel puanlarıyla hastaların sosyal işlevsellik ölçeğinin sosyal uğraş, öncül sosyal etkinlikler, boş zamanları değerlendirme, bağımsızlık düzeyi-yetkinlik ve bağımsızlık düzeyi-performans alt ölçekleri arasında ise negatif yönde bir bağıntı olduğu saptanmıştır. Sosyodemografik özellikler, PNBÖ, SİÖ ile AAYÖ arasındaki ilişki **Tablo 2**'de verilmiştir. Hastanın yaşı, hastalık süresi ve hasta yakınının bakma süresi ile aile işlevlerindeki bozulma arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Aile işlevleri ve algılanan aile yükü arasındaki ilişkiye bakıldığında; nesnel aile yükü ve toplum aile yükü ile iletişim alanında ve duygusal tepki verme alanındaki bozulma arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Sosyodemografik özellikler ve AAYÖ ile ADÖ arasındaki ilişki **Tablo 3**'de verilmiştir.

Şizofreni hastalarına bakım veren kişilerde strese yanıt verme yollarını değerlendiren COPE'e göre en sık kullanılan başa çıkma tutumları pozitif yeniden yorumlama, aktif başa çıkma ve plan yapma olarak bulunmuştur. Olgularda başa çıkma tutumları ile hastaya bakım verme süresi arasındaki ilişki araştırıldığında; COPE alt ölçeklerinden "plan yapma, şakaya vurma, aktif başa çıkma ve pozitif yeniden yorumlama" puanları ile bakım verme süresi arasında negatif yönde; "davranışsal olarak başa çıkma ve inkar" puanlarıyla ise pozitif yönde bir bağıntı olduğu bulunmuştur. Hastayla birlikte geçirilen günlük ortalama süre ile "şakaya vurma ve kabullenme" alt ölçekleri arasında negatif yönde, "inkar" alt

**Tablo 3.** Sosyodemografik özellikler ve AAYÖ ile ADÖ arasındaki ilişki

		Problem çözme	İletişim	Roller	Duygusal tepki verebilme	Gereken ilgiyi gösterme	Davranış kontrolü	Genel işlevler
Hastanın yaşı	r	0.351	0.385	0.424	0.390	0.418	0.369	0.330
	p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.001
Hastalık süresi	r	0.392	0.466	0.448	0.454	0.334	0.316	0.394
	p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.001	0.001	<0.001
Bakma süresi	r	0.291	0.338	0.323	0.347	0.272	0.314	0.332
	p	0.003	0.001	0.001	<0.001	0.006	0.001	0.001
Nesnel yük	r	-0.033	0.212	0.048	0.238	0.166	0.128	-0.022
	p	0.745	0.034	0.638	0.017	0.099	0.205	0.825

ADÖ: Aile Değerlendirme Ölçeği, AAYÖ: Algılanan Aile Yükü Ölçeği

**Tablo 4.** Sosyodemografik özellikler ve AAYÖ ile COPE arasındaki ilişki

	Hasta yakınının yaşı		Hastaya bakma süresi		Hastayla geçirdiği zaman		Öznel Yük		Nesnel yük		Toplam yük	
	r	p	r	p	r	r	r	r	r	p	r	p
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	0.020	0.841	-0.215	0.007	0.010	-0.022	-0.022	0.010	0.947	0.032	-0.045	-0.045
Zihinsel boşverme	0.045	0.653	0.082	0.091	0.019	-0.003	-0.003	0.019	0.369	0.415	-0.054	-0.054
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	-0.017	0.863	-0.100	0.063	-0.022	-0.248	-0.248	-0.022	0.533	0.322	-0.273	-0.273
Yararlı sosyal destek kullanımı	-0.79	0.437	-0.062	0.079	-0.007	-0.024	-0.024	-0.007	0.436	0.541	-0.044	-0.044
Aktif başa çıkma	-0.116	0.249	-0.225	-0.007	-0.039	-0.036	-0.036	-0.039	0.942	0.024	-0.021	-0.021
İnkar	0.816	0.064	0.284	0.210	0.093	0.078	0.078	0.093	0.036	0.004	0.046	0.046
Plan yapma	-0.062	0.540	-0.328	-0.135	-0.152	-0.155	-0.155	-0.152	0.181	0.001	-0.153	-0.153

COPE: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği, AAYÖ: Algılanan Aile Yükü Ölçeği

ölçeği arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sosyodemografik özellikler ve AAYÖ ile COPE arasındaki ilişki **Tablo 4'**de sunulmuştur.

## TARTIŞMA

Bu çalışmada, şizofreni tanısı ile takip edilen hastalarının klinik özellikleri ile onlara bakım verenlerin aile işlevleri, aile yükü ve başa çıkma tutumları arasındaki ilişki araştırılmış olup, hastalık belirtilerinin şiddeti, aile işlevlerindeki bozulma ve hasta yakınlarının kullandığı başa çıkma tutumları ile algılanan aile yükünün ilişkili olduğu sonuçları elde edilmiştir. Kronik ruhsal hastalığı olan bir birey ile yaşamının aileye getirdiği yükün yanı sıra gelir kaybı, sosyal etkinliklerin kısıtlanması, ev ortamındaki sorunlar gibi nesnel yükler, hastanın rahatsızlık verici davranışları ve hastayla ilgili yaşanan öznel sorunlar hastaların klinik seyirlerini etkileyebilecek bakım sorunlarına neden olabilir [18]. Başlıca sorunlar arasında artmış stres ve işlevselliğin azalması, ekonomik yükün artması, sosyal faaliyetlere ayırabilecekleri zamanların azalması, bulunmakla birlikte bakım verenlerde aynı zamanda kronik hastalıkların ve hastane başvurularının daha fazla olduğu bildirilmektedir [19,20]. Konu ile ilgili çalışmalarda, hastanın bakımından öncelikli sorumlu olan kişinin daha çok ailedeki kadın üyeler oldukları belirlenmiştir [21-23]. Bizim çalışmamızda da hastaya bakım verenlerin çoğunluğunu kadınlar, kadınların da çoğunluğunu anneler

oluşturmuştur. Çalışmamızda bakım verenin yaşının artması ile öznel yük ve toplam aile yükünün de arttığı saptanmıştır. İlerleyen yaşla birlikte başa çıkma yöntemlerinin iyi kullanılamaması, bilişsel fonksiyonların bozulabilmesi ve sosyoekonomik düzeyde gerileme olabilmesi aile yükünün artmasına neden olabilmektedir. Caqueo-Urizar ve Gutiérrez-Maldonado da benzer şekilde çalışmalarında ileri yaştaki bakım verenlerin gençlere göre daha çok yük altında kaldıklarını bildirmişlerdir [24]. Çalışmamızda hastaya bakım verme süresi arttıkça algılanan aile yükünün de arttığı saptanmıştır. Bu bulgular konu ile ilgili çalışmaların sonuçları ile uyumludur [25-27]. Bu çalışmada hastaların klinik belirtileri ile aile yükü arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Hem pozitif hem de negatif belirtilerin şiddeti arttıkça öznel aile yükü, nesnel aile yükü ve toplam yükün arttığı görülmüştür. Ayrıca genel psikopatoloji ve toplam PNBÖ puanları ile aile yükü arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Pozitif belirtilerin yüke daha fazla sebep olduklarını bildiren çalışmaların yanı sıra pozitif ve negatif belirtilerin birlikte yüke neden olduklarını bildiren çalışmalar da mevcuttur [28]. Farklı bir sonuç olarak Dyck ve ark. [29] göre negatif belirtiler daha fazla yüke neden olabilmektedir. Gopinath ve Chaturvedi 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 [30]. Ancak, Gibbons ve ark. [31] elde ettikleri bulgular farklı yönde olmuş, bu çalışmacılar psikotik davranışın aile üyelerine daha fazla sıkıntı verdiğini belirlemişlerdir. Provencher ve Mueser, 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 [32]. Negatif belirtiler çoğaldıkça hastaların beslenme, öz bakım gibi temel gereksinimler için duydukları destek ihtiyaçları artar ve hastalar bu belirtileri yüzünden çalışamazlar ve aile bütçesine katkıda bulunamadıkları, hatta ücretli bakım vericiye bile ihtiyaç duyabildikleri ve tüm bunlar nedeniyle bakım verenlerin, hastaların kendilerine bağımlı olmaları ve ekonomik yüke sebep olma algıları arasında pozitif yönde ilişki olabileceği belirtilmiştir [33,34]. Bizim çalışmamızda, hem negatif hem de pozitif belirtiler, genel psikopatoloji düzeyi ve toplam PNBÖ puanı ile aile yükünün tüm bileşenleri arasında pozitif yönde bağıntı bulunmuştur. Bu da hastalığın bütün belirtilerinin aile üyeleri tarafından algılanan yük üzerinde etkili olduğunu desteklemektedir. Şizofreninin yıkımla sonuçlanabilen ilerleyici özelliği düşünüldüğünde, hasta yakınları sürekli olarak yeni kayıplarla başa çıkmaya çalışırlar. Hastaların sosyal işlevselliği ile aile işlevlerinin ilişkili olduğu, aile içindeki iletişim sorunlarının hastaların sosyal işlevselliğini olumsuz etkilediği bildirilmiştir [35]. Bu çalışmada sosyal işlevsellik ölçeği ve algılanan aile yükünün karşılaştırıldığı analiz sonucuna göre sosyal işlevselliğin kişiler arası ilişkiler dışındaki diğer (sosyal uğraş, öncül sosyal etkinlikler, boş zamanları değerlendirme, bağımsızlık düzeyi-yetkinlik, bağımsızlık düzeyi- performans) alanlarındaki bozulmanın aile yükünün bütün boyutlarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Sosyal işlevsellik düzeyi azaldıkça aile yükü artmaktadır. Magliano ve ark. [19], hastanın sosyal işlevselliğindeki düzelmeye bağlantılı olarak ailenin yükünün de azaldığını rapor etmişlerdir. Bizim çalışmamızda, sosyal işlevselliğin tüm alanlarındaki bozulmayla aile yükü arasında negatif bir bağıntı bulunmuştur. Sosyal işlevselliğin 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. Sosyal olarak daha aktif, ev dışında da zaman geçirebilen, bilişsel kapasitesi yeterli olan ve üretken biçimde çalışabilen, kişiler arası ilişkilerinde başarılı ve bakım verenlerinden ihtiyaçları olabildiğince az olan kişilerin bakım verenlerine getirebilecekleri yük de doğal olarak daha az olacaktır [36]. Bu konuda, hem diğer ülkelerde hem de ülkemizde yapılan önceki çalışmalarda da hastaların işlevselliği, özellikle de sosyal işlevselliği ile bakım

veren yükü arasında ters yönde bir ilişki olduğu bildirilmiştir [35,37]. Aile işlevleri ve algılanan aile yükü arasındaki ilişkiye bakıldığında; nesnel aile yükü ve toplum aile yükü ile iletişim alanında ve duygusal tepki verme alanındaki bozulma arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Psikoeğitim ve aile tedavileri gibi müdahalelerin etkisinin sınındığı bazı çalışmalarda da, hastaların işlevsellik düzeyindeki artışın bakım verenlerin yükünün azalması ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [38-40]. Bu açıdan, işlevsellik ile bakım veren yükü arasındaki ilişkiye dair bulgularımız, bu alanda yapılan önceki çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur.

Aile ve aile işlevlerinin ruhsal ve fiziksel hastalıkların oluşumunda ve gidişinde önemli rol oynadığı bilinmektedir. Aile içi dinamiklerde meydana gelen değişimler bireyin yaşantısında sorun oluşturabildiği gibi, bireyin yaşadığı kriz veya sorunlar da aile içi ilişkilere yansımakta ve işlevlerde değişmelere neden olmaktadır. Birçok araştırmacı ailedeki işlev bozukluğunun şizofreninin nedeni değil, sonucu olduğuna inanmaktadır. Çalışma grubunun genel olarak aile işlevlerine bakıldığında problem çözme, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alanlarında bozulma olduğu görülmüştür. Aile işlevleri ve algılanan aile yükü arasındaki ilişkiye bakıldığında; nesnel aile yükü ve toplum aile yükü ile iletişim alanında ve duygusal tepki verme alanındaki bozulma arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Aileler etkili baş etme yöntemlerini kullandıklarında ve sosyal destekleri arttığında hastalarına daha etkili bakım vermektedirler [41,42]. Şizofreni tanılı hastaya bakım verenlerin stresle baş etme becerilerini geliştirmek ve sosyal desteklerini arttırmak yaşanan yükü azaltmada önemlidir [41,42]. Hastalık, tedavisi ve baş etme yolları konusunda aileye bilgi sağlayan ve kanıta dayalı uygulama olan psikoeğitimler ailelerin işlevselliğini artırma, hastalıkla baş etmelerine yardım etme, ailenin yaşadığı sıkıntıları azaltma ve hastalığın tekrarlama oranını azaltmada önemlidir. Saunders'ın şizofreni hastasına bakım verenlerin aile işlevlerini etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında, bakım verenlerin baş etme davranışları, algılanan stres ve sosyal desteğin aile işlevselliği üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir [43]. Kişinin stres oluşturan bir etken karşısında problemi çözme biçimi; biliş, duygulanım ve davranışın birbiri ile karmaşık bir biçimde ilişkili olduğu bir süreçten geçtikten sonra şekillenir. Başlangıçtaki başa çıkma tutumları hastalığın kişi üzerinde oluşturacağı stresin olağan seyrini etkileyerek sorunun çözümünü daha da karmaşık hale getirebilir. Bu bağlamda kişinin stres yaratan bir durum karşısında kullandığı başa çıkma tutumlarını bilmek; tedavi hedeflerinin belirlenmesinde ve terapötik etkinliğin izlenmesinde yardımcı olacaktır [44]. Baş etme stratejileri

arasında işlevsel olan ve olmayan ayrımı yapılabilir. İşlevsel baş etme stratejileri problemle aktif olarak baş edebilmek için destek aramak, somut çözüme yönelik davranışlarda bulunmak veya olası çözümleri araştırmak biçiminde olabilir. Yine stresli durumun görmezden gelinmesi ve konuya ilişkin olası çözümlerin araştırılmaması ise işlevsel olmayan stratejiler arasındadır. Bizim çalışmamızda en sık kullanılan başa çıkma tutumları pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, aktif başa çıkma, plan yapma olarak bulunmuştur. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme bir çeşit emosyon odaklı başa çıkma olarak kabul edilmektedir. Buradaki başa çıkma problemle başa çıkmaktan ziyade stresi kontrol etmede rol oynamaktadır. Başka bir deyişle stresli bir yaşam olayını pozitif terimlerle, bakış açısıyla yapılandırmak aslında kişiye aktif problem odaklı başa çıkmaya devam etmesinde yardımcı olabilir. Aktif başa çıkma, stresörü ortadan kaldırmak, stresörün kendisinden veya etkilerinden kurtulmak için çaba sarf etme anlamında aktif rol alma sürecidir. Problem odaklı bir başa çıkma tutumudur. Plan yapma; soruna eylem stratejileri ile yaklaşmayı, hangi adımların atılması gerektiği ve problemle nasıl en iyi başa çıkılacağı hakkında düşünmeyi içerir. Bu aktivite açık bir şekilde probleme odaklanmıştır. Bu bilgilerden yola çıkarak, çalışma grubumuzda daha sıklıkla aktif problem odaklı başa çıkma tutumları gözlemlendiği söylenebilir. Olgularda başa çıkma tutumları ile yaş arasındaki ilişki araştırıldığında; COPE alt ölçeklerinden kabullenme ile hasta yaşı arasında pozitif yönde anlamlı bir bağlantı saptanmıştır. Yaş ilerledikçe sorunların gerçekliği konusunda daha fazla bilgi sahibi olduğundan hasta yakınlarının kabullenme tutumunu daha sık sergilediği düşünülmektedir.

Olgularda başa çıkma tutumları ile hastaya bakım verme süresi arasındaki ilişki araştırıldığında; COPE alt ölçeklerinden plan yapma, şakaya vurma, aktif başa çıkma ve pozitif yeniden yorumlama puanları ile bakım verme süresi arasında negatif yönde; davranışsal olarak başa çıkma ve inkar puanlarıyla ise pozitif yönde bir bağlantı olduğu bulunmuştur. Hastayla birlikte geçirilen günlük ortalama süre ile şakaya vurma ve kabullenme alt ölçekleri arasında negatif yönde, inkar alt ölçeği arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Hastayla geçirilen sürenin artması bazı hasta yakınlarında bilgilenme, tecrübe kazanma ve olumlu başa çıkma tutumlarının gelişmesine yardımcı olurken; bazı hasta yakınlarında umutsuzluk ve tükenmişlik belirtilerine yol açabilmektedir. Bakım verenlerin kullandığı başa çıkma yöntemleri ile algılanan aile yükü arasındaki ilişkiye bakıldığında soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma ile öznel aile yükü, nesnel aile yükü ve toplam aile yükü arasında negatif yönde bir ilişki olduğu görülmüştür.

Sorun odaklı başa çıkma tutumları kullanıldıkça aile yükünde azalma olmaktadır.

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları vardır. Araştırmanın sadece tek bir merkezden ve ayaktan izlenen hastalarla yürütülmüş bir çalışma olması çalışmanın başlıca kısıtlılığıdır. Diğer bir önemli kısıtlılığı kesitsel tasarımı bir çalışma olmasıdır. Bu nedenle, hastaların ve belirti düzeylerindeki değişimlerin bakım veren yükünde değişikliğe neden olup olmadığı ya da nasıl bir değişikliğe yol açtığı ortaya konamamıştır. Örneklem sayısının küçük olması da bir diğer kısıtlılıktır.

Sonuç olarak; şizofreni tanılı hastaların tedavisinde, bakımında ailenin rolü çok önemlidir. Aileler bu hastalığı anlamaya, hastalarına karşı nasıl davranmaları gerektiğini bilmeye, zor anlarda bilmeleri gereken pratik bilgileri öğrenmeye gereksinim duyarlar. Sadece hastanın değil, ailenin de iyilik halinde olması sağlanmalıdır. Bakım sağlayan kişilerin yaşayabilecekleri sorunlar konusunda önceden bilgilendirilmeleri, işlevsel olan baş etme yöntemleri geliştirmeleri önemlidir. Aile üyelerinin hastalığın her aşamasında yardıma gereksinim duydukları unutulmamalıdır. Hastalık belirtilerinin kontrol altına alınması, hastaların sosyal işlevselliklerinin artırılması, hasta yakınlarına hastalıkla uygun biçimde başa çıkma konusunda eğitim verilmesi aile üyelerinin yükünün azaltılmasına yardımcı olacaktır. Bu konudaki araştırmalar gittikçe önem kazanmaktadır ve sağlanacak bilgiler hastalar ve yakınları için doğru yaklaşımların geliştirilebilmesi açısından yol gösterici olacaktır. Aile yükünü arttırdığı belirlenen değişkenlerin ele alınmasının ve bu değişkenlerin rehabilitasyonunun uzun dönemde hastalığın gidişini nasıl etkilediğini belirlemek için ileri dönük izlem çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

#### **ÇIKAR ÇATIŞMASI / FİNANSAL DESTEK BEYANI**

Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur ve yazarların herhangi bir çıkar dayalı ilişkisi yoktur.

#### **KAYNAKLAR**

1. Reine G, Lancon C, Simeoni MC, Duplan S, Auquier P. Caregiver burden in relatives of persons with schizophrenia: an overview of measure instruments. *Encephale* 2003;29:137-147.
2. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry* 2016;3:171-178.

3. Kretchy IA, Osafo J, Agyemang SA, Appiah B, Nonvignon J. Psychological burden and caregiver-reported non-adherence to psychotropic medications among patients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2018;259:289-294.
4. Tel H, Terakye G. Sizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoeğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2000;1:133-142.
5. Gülseren L. Şizofreni ve aile: güçlükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Derg* 2002;13:143-151.
6. Hanzawa S, Bae JK, Bae YJ, Chae MH, Tanaka H, Nakane H, ve ark. Psychological impact on caregivers traumatized by the violent behavior of a family member with schizophrenia. *Asian J Psychiatr* 2013;6:46-51.
7. Danacı AE, Karaca N, Devenci A. Şizofreni hastalarında aile işlevselliği ile sosyal işlevsellik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Türkiye de Psikiyatri* 2005;7:103-108.
8. Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2009;3:251-277.
9. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13:261-276.
10. Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999;14:23-32.
11. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S. 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* 1990;157:853-859.
12. Yaprak ES, Gülseren Ş. Şizofreni tanılı hastalarda Sosyal İşlevsellik Ölçeği Türkçe Formu'nun geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması. *Bahar Sempozyumları VI, Kongre Özet Kitabı*, 2002:134-135.
13. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989;56:267-283.
14. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kiran ÜK, Özer ÖA, Kara H. (2005). COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma [The psychometric properties of the COPE inventory in Turkish sample: A preliminary research]. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2005; 6: 221-226.
15. Levene JE, Lancee WJ, Seeman MV. The perceived family burden scale: measurement and validation. *Schizophr Res* 1996;22:151-157.
16. Gülseren L, Karakoç B, Yiğit T. Algılanan Aile Yüğü Ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. 43. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, İstanbul, 2007;267.
17. Bulut I. Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı. Özgül Zeliş Matbaası. Ankara 1990.
18. Chien WT, Chan SW. The effectiveness of mutual support group intervention for Chinese families of people with schizophrenia: a randomised controlled trial with 24-month follow-up. *Int J Nurs Stud* 2013;50:1326-1340.
19. Magliano L, Marasco C, Fiorillo A, Malangone C, Guarneri M, Maj M, ve ark. The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:291-298.
20. Ohaeri JU. Caregiver burden and psychotic patients' perception of social support in a Nigerian setting. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:86-93.
21. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics* 2008;26:149-162.
22. Nasr T, Kausar R. Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Ann Gen Psychiatry* 2009;8:17.
23. McDonnell MG, Short RA, Berry CM, Dyck DG. Burden in schizophrenia caregivers: impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. *Fam Process* 2003;42:91-103.
24. Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J. Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res* 2006;15:719-24.
25. Aydın A, Eker SS, Cangür Ş, Sarandöl A, Kırılı S. Şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin, sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi- Archives of Neuropsychiatry* 2009;46:10-14.
26. Roick C, Heider D, Bebbington PE, Angermeyer MC, Azorin JM, Brugha TS, ve ark. Burden on caregivers of people with schizophrenia: comparison between Germany and Britain. *Br J Psychiatry* 2007;190:333-338.



27. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Kavanagh DJ. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:899-904.
28. Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De Rosa C, Maj M. Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2006;57:1784-1791.
29. Dyck DG, Short R, Vitaliano PP. Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosom Med* 1999;61:411-419.
30. Gopinath PS, Chaturvedi SK. Distressing behaviour of schizophrenics at home. *Acta Psychiatr Scand* 1992;86:185-188.
31. Gibbons JS, Horn SH, Powell JM, Gibbons JL. Schizophrenic patients and their families. A survey in a psychiatric service based on a DGH unit. *Br J Psychiatry* 1984;144:70-77.
32. Provencher HL, Mueser KT. Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophr Res* 1997;26:71-80.
33. Pazvantoğlu O, Sarısoy G, Böke Ö, Aker AA, Özturan D, Ünverdi E. Şizofrenide bakım veren yükünün boyutları: Hastaların işlevselliğinin rolü. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2014;27:53-60.
34. Perlick DA, Rosenheck RA, Kaczynski R. Components and correlates of family burden in schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2006;57:1117-1125.
35. Danacı AE, Karaca N, Devenci A. Şizofreni hastalarında aile işlevselliği ile sosyal işlevsellik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Türkiye de Psikiyatri* 2005;7:103-108.
36. Magliano L, Fadden G, Economou M. Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2000;35:109-115.
37. Hjarthag F, Helldin L, Karilampi U, Norlander T. Illness-related components for the family burden of relatives to patients with psychotic illness. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2010;45:275-283.
38. Hirscham KB, Shea JA, Xie SX, Karlawish JH. The development of a rapid screen for caregiver burden. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:1724-1729.
39. Larsen LS. Effectiveness of a counseling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1998;36:26-32.
40. Stommel M, Collins CE, Given BA. The costs of family contributions to the care of persons with dementia. *Gerontologist* 1994;34:199-205
41. Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı AE, Çubukçuoğlu Z, ve ark. Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Derg* 2010;21:203-212.
42. Yıldırım A, Ekinci M. Ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının ailelerinin aile işlevleri, hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2010;11:195-205.
43. Saunders, J. Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues Mental Health Nursing* 2003;24:175-198.
44. Holahan CJ, Moos RH, Holahan CK, Brennan PL, Schutte KK. Stress generation, avoidance coping, and depressive symptoms: a 10-year model. *J Consult Clin Psychol* 2005;73:658-666.

