

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ŞİZOFRENİ HASTALARININ BAKIM VERENLERİNDE
TRAVMA SONRASI BÜYÜME VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

TIPTA UZMANLIK TEZİ
Dr. Melike EZERBOLAT ÖZATEŞ

ANKARA-2018

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ŞİZOFRENİ HASTALARININ BAKIM VERENLERİNDE
TRAVMA SONRASI BÜYÜME VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

TIPTA UZMANLIK TEZİ
Dr. Melike EZERBOLAT ÖZATEŞ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Ali Kemal GÖĞÜŞ

ANKARA-2018

KABUL VE ONAY

Düzenleme tarihi: 24/12/2014

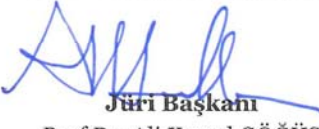
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN	
Adı, Soyadı : Melike EZERBOLAT ÖZATEŞ	Sınav tarihi: 16 / .05.. / 2018...
Anabilim/Bilim Dalı : Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	
Tez Danışmanı : Prof.Dr.Ali Kemal GÖĞÜŞ	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Tez Başlığı : Şizofreni Hastalarının Bakım Verenlerinde Travma Sonrası Büyüme ve Etkileyen Faktörler	
Tezin Niteliği:	☒ Ana Dal Uzmanlık Tezi ☐ Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	☒ 1 ☐ 2 ☐ 3

III. KARAR	
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak	
☒ Kabulüne	
☐ Reddine	
☐ Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine	
☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

IV. AÇIKLAMALAR	
Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız	


Jüri Başkanı
Prof.Dr. Ali Kemal GÖĞÜŞ
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Jüri Üyesi
Doç.Dr.Makbule Çiğdem AYDEMİR
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Jüri Üyesi
Doç.Dr.Serdar Süleyman CAN
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

TEŞEKKÜR

Tez sürecinin her aşamasındaki koşulsuz destek ve katkıları için her daim örnek aldığım değerli hocam Prof. Dr. Ali Kemal Göğüş'e,

Uzmanlık eğitimim süresince engin mesleki bilgi ve değerli tecrübeleri ile sürekli yanımda bulunan ve yol gösteren, değerli katkıları ve destekleri için öncelikle Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Bedriye ÖNCÜ'ye ve diğer tüm hocalarıma,

Tez süresince desteklerini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Ayşe Gül Yılmaz Özpolat'a,

Beraber keyifle çalıştığım, fahri eş kıdemlilerim ve dostlarım Dr. Fuad Bashirov ve Dr. Gamze Taş Dölek'e,

Değerli dostlarım Dr. Tolgahan TUNCAL, Dr. Vusal Aliyev, Dr. Oğuzhan Herdi, Dr. Kazım Cihan Can, Dr. Damla Sayar ve Dr. Ece Ağtaş'a ve isimlerini sayamadığım ancak birikimlerini paylaşmaktan asla kaçınmayan beraber uzmanlık eğitimi sürecini geçirdiğim tüm asistan arkadaşlarıma,

Hayatımın her aşamasındaki gibi ihtisas süresince de yanımda olan aileme, özellikle olarak da anneme,

Her günümü güzelleştiren ve nerede olursa olsun her zaman varlığını yanımda hissettiren eşime en içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Melike EZERBOLAT ÖZATEŞ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Şizofreni.....	4
2.1.1. Tarihçe	4
2.1.2. Epidemiyoloji.....	4
2.1.3. Etiyoloji.....	5
2.1.3.1. Genetik Faktörler	5
2.1.3.2. Biyokimyasal Faktörler.....	6
2.1.3.3. Beyindeki Yapısal ve İşlevsel Bozukluklar	6
2.1.4. Şizofreni Tanı Ölçütleri	7
2.1.5. Şizofrenide Klinik Seyir	7
2.1.6. Şizofreni Kliniği ve Belirtileri	8
2.2. Şizofreni Hastalarına Bakım Verme Deneyimi	9
2.2.1. Bakım Veren Yükü	10
2.3. Travma.....	12
2.4. Travma Sonrası Büyüme Kavramı	13
2.4.1. Travma Sonrası Büyümeyi Açıklamaya Yönelik Yaklaşımlar	15
2.4.1.1. İşlevsel-Betimsel Model	15
2.4.2. Travma Sonrası Büyümeyi Etkileyen Değişkenler.....	16
2.4.2.1. Yaş	16
2.4.2.2. Cinsiyet	16
2.4.2.3. Medeni Durum	16
2.4.2.4. Eğitim Durumu	17

2.4.2.5. Sosyoekonomik Düzey	17
2.4.2.6. Travmatik Olayın Şiddeti.....	17
2.4.2.7. Sosyal Destek.....	18
2.4.2.8. Kişilik Özellikleri.....	19
2.4.2.9. Baş Etme Becerileri	19
2.4.2.10. Dindarlık	20
2.4.2.11. Depresyon ve Anksiyete	20
2.4.3. Bakım Verenlerde Travma Sonrası Büyüme	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Örneklem	24
3.2. Veri Toplama Araçları.....	25
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	25
3.2.2. Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (PBDÖ)	25
3.2.3. Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (NBDÖ)	25
3.2.4. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ)	26
3.2.5. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ).....	26
3.2.6. UKU Yan Etkiler Ölçeği.....	26
3.2.7. Algılanan Çok Yönlü Sosyal Destek Ölçeği (AÇYSDÖ).....	27
3.2.8. Dinsel Bağlılık Ölçeği (DBÖ)	27
3.2.9. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (TSBÖ).....	27
3.2.10. DSM-IV Eksen-I Tanıları İçin Geliştirilmiş Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID I).....	28
3.3. İstatistiksel Değerlendirme	28
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	61
ÖZET	62
ABSTRACT.....	63
KAYNAKÇA.....	65
EKLER.....	81
EK-1: Sosyodemografik Veri Formu.....	81
EK-2: Sosyodemografik Veri Formu.....	82

EK-3: (SANS / NBDÖ) Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği	83
EK-4: (SAPS / PBDÖ) Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği.....	84
EK-5: Uyku Yan Etki Değerlendirme Ölçeği	85
EK-6: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği.....	87
EK-7: Sosyal İşlevsellik Ölçeği	89
EK-8: Algılanan Çok Yönlü Sosyal Destek Ölçeği.....	97
EK-9: Dinsel Bağlılık Ölçeği.....	97
EK-10: Travma Sonrası Büyüme Ölçeği	99



KISALTMALAR

AÇYSDÖ	: Algılanan Çok Yönlü Sosyal Destek Ölçeği
CŞDÖ	: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği
DBÖ	: Dinsel Bağlılık Ölçeği
DM	: Diyabetes Mellitus
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GABA	: Gama Aminobutirik Asit
KOAH	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
Max	: Maximum
Min	: Minimum
NBDÖ	: Negatif Belirtileri Derecelendirme Ölçeği
Ort	: Ortalama
PBDÖ	: Pozitif Belirtileri Derecelendirme Ölçeği
SCID I	: DSM-IV Eksen-I Tanıları İçin Geliştirilmiş Yapılandırılmış Klinik Görüşme
SIÖ	: Sosyal İşlevsellik Ölçeği
Ss	: Standart Sapma
TSB	: Travma Sonrası Büyüme
TSBÖ	: Travma Sonrası Büyüme Ölçeği
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 2.1. Şizofreni DSM-V Tanı Ölçütleri	7
Tablo 4.1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri.....	30
Tablo 4.2. Hasta ve Bakım Veren Grubunun Tanı ve Tedavileri.....	32
Tablo 4.3. PBDÖ Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri.....	33
Tablo 4.4. NBDÖ Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri	33
Tablo 4.5. UKU Yan Etkiler Ölçeği ve CŞDÖ Tanımlayıcı İstatistikleri	34
Tablo 4.6. SİÖ Tanımlayıcı İstatistikleri	34
Tablo 4.7. AÇYSDÖ Tanımlayıcı İstatistikleri	35
Tablo 4.8. TSBÖ Tanımlayıcı İstatistikleri	35
Tablo 4.9. DBÖ Tanımlayıcı İstatistikleri	36
Tablo 4.10. Sosyodemografik Değişkenlerle TSB İlişkisi	36
Tablo 4.11. Hasta ve Bakım Veren Cinsiyeti ile TSB İlişkisi.....	37
Tablo 4.12. Hasta ve Bakım Veren Medeni Durumu ile TSB İlişkisi.....	38
Tablo 4.13. Bakım Veren Gelir Düzeyi ile TSB İlişkisi	39
Tablo 4.14. Hasta ve Bakım Veren Çalışma Durumu ile TSB İlişkisi.....	40
Tablo 4.15. Hastanın Eş Tanısı-TSB İlişkisi	41
Tablo 4.16. Birden Fazla Kişiye Bakım Verme Durumu-TSB İlişkisi.....	42
Tablo 4.17. PBDÖ-NBDÖ ile TSBÖ İlişkisi.....	43
Tablo 4.18. SİÖ-TSB İlişkisi	44
Tablo 4.19. UKU Yan Etkiler Ölçeği-TSB İlişkisi.....	45
Tablo 4.20. Hastada Depresyonun Varlığı ile TSB İlişkisi	45
Tablo 4.21. Bakım Verende Stresör Varlığı- TSB İlişkisi.....	46
Tablo 4.22. DBÖ ile TSB İlişkisi	46
Tablo 4.23. AÇYSDÖ-TSBÖ İlişkisi	47
Tablo 4.24. Bakım Verende Depresyon Varlığına Göre TSB	48
Tablo 4.25. Bakım Verende Aktif Depresyon Varlığına Göre TSB.....	49
Tablo 4.26. TSSB ile TSB ilişkisi	49
Tablo 4.27. Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Modeli ile TSB'yi Etkileyen Değişkenlerin İncelenmesi.....	50

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni, genç yaşta başlayan, insanın kişilerarası ilişkilerden ve gerçeklerden uzaklaşarak kendine özgü bir içe kapanım dünyasında yaşadığı, düşünce, duygu ve davranışlarda önemli bozuklukların görüldüğü ruhsal bir bozukluktur. Hastalığın başlangıcı erkeklerde en sık 15-25, kadınlarda 25-35 yaşlarındadır. Sinsi ve yavaş başlayıp yıllarca böyle sürüp giderken alevli hastalık nöbetleri ortaya çıkabilir. Bu nöbetlerde ve hastalık süresince sanrılar, varsanılar, dezorganize davranışlar ve düşünceler ile işlevsellikte azalma görülebilir. Şizofreni, bireylerin gerçeklik algısını değiştirir, sosyal standartlara göre anormal ya da tuhaf şekillerde davranmalarına yol açar (1).

Şizofreni sadece bireyi değil ailesini de etkileyen ömür boyu süren bir hastalıktır (2). Psikiyatrik hastalıkların tedavisinin toplum içinde sürdürülmesine uzanan değişim gerçekleşikçe de hasta yakınlarının üstlendikleri rol fazlalaşmaktadır (3). Son yıllarda hastalık gidişinin hastanın psikososyal faktörlerinden ve evindeki atmosferden çokça etkilendiğine dair yayınlar da artmaktadır (2).

Yapılan çalışmalarda bakım verme sürecinin hasta yakınları üzerinde stres kaynağı olduğu ve hasta yakınlarını pek çok açıdan zorladığı gösterilmiştir (4). Ailedeki bakım verenler üzerindeki yükün karmaşık olduğu, günlük hayat ve sosyal baskılar gibi pek çok alanda bireyin etkilenebildiği saptanmıştır (5). Kuipers'in bir çalışmasında, bakım verenlerin çoğunlukla sosyal aktivitelerde kısıtlılıklar yaşadıkları, sosyal bağlarının zayıfladığı ve genellikle kendilerini evlerinde izole ettikleri belirtilmiştir (6). Ruhsal hastalığa dair damgalamadan dolayı da bu izolasyonun artabileceği öne sürülmüştür (7).

Şizofreni bakım verenlerinin yaşadığı olumsuz deneyimler üzerine yazında pek çok çalışma bulunmaktadır. Bakım verme sürecinin hastalığın seyrindeki eksitasyon ve artmış pozitif psikotik belirtiler (kötülük görme, alınganlık, kıskançlık vb sanrılar, işitsel ve görsel varsanılar, dezorganize davranış ve konuşmalar) ve agresyon nedeniyle bir travmaya yol açabildiği dahi öne sürülmüştür (8). Başka bir açıdan da şizofreni hastalığı, genç yaşta ve ani başlaması, beklenmedik oluşu, kronik oluşu, sıradan olmayışı gibi özellikleri ile travmatik bir olay olarak değerlendirilebilir. Bu

hastalığı deneyimleyen birine bakım verme süreci bireyde birçok ruhsal soruna sebep olabilmektedir ancak literatüre bakıldığında hızla artan bir oranda farklı tür travmalarda görülen olumsuz sonuçların ötesinde olumlu yönde değişimler yaşanabildiğine dair bilgiler elde edildiği görülmekte ve yüksek düzey stres içeren, travmatik deneyimlerden sonra büyüme fenomeni konusuna ilgi hızla artmaktadır (9).

Bu noktada travma sonrası büyüme kavramının sistematik bir tanımına değinilecek olursa; travma sonrası büyüme, kişinin yaşadığı travmatik olay sonrasında, yaşamının belirli alanlarında daha iyi işlevsellik göstermesi ve kişinin kendini gerçekleştirmesine doğru adımlar atması şeklinde açıklanmaktadır (10). Travma sonrası büyüme kavramını Tedeschi bilişsel ve duygusal yaşamda davranışsal çıktıları da olabilen, anlamlı bir düzeyde bireye fayda sağlayan değişimleri tanımlamak için kullanmaktadır (11).

Literatüre bakıldığında, farklı türde travmalarda travma sonrası büyümenin araştırıldığı ve çeşitli değişkenlerle de ilişkisinin incelendiği görülmektedir. Şizofreni hastalarının bakım verenleriyle ilgili olarak da baş etme yöntemleri, kişilik özellikleri, algılanan sosyal destek, iyilik hali, yaşam kalitesi gibi değişkenler incelenmiştir (12-14).

Bu çalışmada da şizofreni tanısı olan hastaların bakım verenlerinde travma sonrası büyümeyi yordadığı düşünülen değişkenlerden sosyodemografik değişkenler, psikopatoloji, dindarlık ve sosyal destek algısını incelemek; bakım verdikleri hastaların belirtilerinin şiddeti, sosyodemografik değişkenleri, depresyon, sosyal işlevsellik derecesi ve yan etki varlığı ile travma sonrası büyüme ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu bağlamda öncelikle şizofreni hastalarının bakım verenlerinde travma sonrası büyümenin düzeyi saptanıp, daha sonra adı geçen değişkenlerin bu olgu üstündeki etkisi ele alınacaktır.

Sonuç olarak çalışmanın amaçları şu şekilde ele alınabilir;

1. Şizofreni hastaları bakım verenlerinde travma sonrası büyüme düzeyinin saptanması
2. Travma sonrası büyüme puanları düşük olanlar ile yüksek olan bireyler arasında depresyon ve anksiyete düzeyleri, dindarlık ve algılanan sosyal destek; bakım verdikleri şizofreni hastalarında belirtilerin şiddeti,

sosyodemografik değişkenler, depresyon düzeyi, yan etki varlığı ve sosyal işlevsellikleri arasındaki ilişkinin araştırılması

Çalışmanın hipotezi:

1. Travma sonrası büyüme şizofreni hastalarının bakım verenlerinde orta yüksek derecede bulunmaktadır.
2. Travma sonrası büyüme bakım verenlerdeki sosyal destek, depresyon varlığı gibi değişkenlerden ve hastanın kliniği ile ilgili değişkenlerden etkilenir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

Şizofreni, genellikle ergenlik döneminin sonlarında ya da genç erişkinlik döneminde görülen, çeşitli derecelerde ve biçimlerde duygu, düşünce ve davranış bozuklukları, içe kapanma ve gerçeklerden uzaklaşma ile karakterize bir psikoz tablosu olarak tanımlanmaktadır (1). Hastalık genellikle yaşam boyu devam etmekte ve tüm sosyal sınıftan insanlarda görülmektedir (15).

2.1.1. Tarihçe

Hastalığın tarihçesine bakıldığında 19. Yüzyılın sonunda Kraepelin hastalığı “dementia precox” olarak adlandırmıştır. Bu terimle hastalardaki bilişsel yıkım ve erken başlangıca vurgu yapılmıştır. İsviçreli psikiyatrist Bleuler ise “şizofreni” terimini ilk kez kullanarak hastalıktaki düşünce, duygu ve davranışlar arasındaki farka dikkat çekmiştir (15). Bleuler ayrıca bugün de tarihsel önemini koruyan şizofreni için temel belirtileri tanımlamıştır. Dört A olarak da bilinen bu belirtiler asosiyasyonda bozukluk, duygulanımda (afekt) bozukluk, otizm (autism) ve ambivalansı içermektedir. Bugün ise artık şizofreninin tek bir hastalık grubu olmaktan ziyade heterojen etiyolojili bir grup bozukluk olduğu, hastalar arasında klinik görünüm, tedaviye yanıt ve klinik seyir açısından fark olduğu bilinmektedir (15).

2.1.2. Epidemiyoloji

Şizofreni izole bir tanı olarak düşünüldüğünde, yaşam boyu yaygınlığı %0.72 ve nokta prevelansı %0.46 yaşam boyu insidansı 100.000 kişide 10,2-22,0 kişi-yıl olarak saptanmıştır (15, 16). Bununla birlikte diğer psikotik bozuklukların da ele alınması ya da daha esnek tanı ölçütlerinin kullanılması durumunda insidans %2-3’e kadar yükselmektedir (17). ABD’de toplam nüfusun %0,5’i herhangi bir yılda şizofreni tanısı almışken ancak yarısı tedavi altındadır (15).

Şizofreni her iki cinsiyette eşit yaygınlıkta olmakla birlikte cinsiyetler arasında başlama yaşı ve klinik seyir açısından farklılık gösterir. Hastalığın ortalama başlangıç

yaşı kadınlar için 25-35 iken, erkeklerde 15-25 yaş aralığındadır. Kadınlar orta yaşlarda ikinci bir hastalık başlangıcı tepe yaşı ile bimodal dağılım gösterirler (15).

Hastalık toplumun sosyoekonomik düzeyi düşük kesimlerinde daha fazla görülür. Faris ve Dunham'ın çalışmasında da şizofreninin diğer hastalıklardan farklı olarak kentleşmiş bölgelerde daha sık görüldüğü belirtilmiştir (18). Bu durum “neden olma hipotezi” ya da “kayma hipotezi” ile açıklanabilir. Neden olma hipotezine göre kötü sosyal, mesleki, tıbbi koşullar ve enfeksiyon, toksin maruziyeti ile şizofreni riskini artırmaktadır. Kayma hipotezi ise hastalığın başlangıç yaşı nedeniyle hastaların beklenen mesleki, sosyal ilerlemeyi gösteremediğini, bu sebeple sosyoekonomik düzey olarak daha düşük bölgelere göç ettiklerini öne sürmektedir (19).

Şizofreni ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda ayrıca kış ve baharın erken dönemlerinde doğanlarda hastalık gelişme olasılığının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu durum virüs ya da beslenmedeki mevsimsel değişikliklerle açıklanabilir (20). Ayrıca gebelik ve doğum komplikasyonları, grip salgınları, anne beslenmesindeki yetersizlik ve Rh uyuşmazlığının da şizofreni gelişmesinde etkili olabileceği iddia edilmiştir (15).

2.1.3. Etiyoloji

Şizofreni hastalığının etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamakla birlikte nörogelişimsel bir bozukluk olduğu kabul edilmekte ve ortaya çıkışının tek bir sebeple açıklanamayacağı belirtilmektedir (21).

2.1.3.1. Genetik Faktörler

Şizofreniye yatkınlık genetik olarak kalıtılabilir. Monozigot ikiz çalışmalarında genetik aktarımın ortalama %80 olduğu bulunmuştur (22). Bu oran çift yumurta ikizlerindeki konkordans oranından ya da birinci derece akrabalarda hastalığın görülme olasılığından fazladır (23). Yakın tarihli çalışmalarda şizofreni vakalarının yalnızca küçük bir oranında nadir yapısal varyasyonların (küçük duplikasyonlar, delesyonlar ya da inversiyonlar) gözlemlendiği belirtilmiştir. Bu yapısal

varyasyonların şizofreni ile birlikte otizmde de ortak olarak görülmesi paylaşılan bir nörogelişimsel yolağın olabileceği fikrini desteklemektedir (22).

2.1.3.2. Biyokimyasal Faktörler

Şizofreninin etiolojisinde en çok sözü edilegelen nörotransmitter dopamindir. Dopamin hipotezi hayvan deneylerinde antipsikotik ajanların dopamin reseptörlerini bloke ettiğinin gösterilmesi ile gelişmiştir (24). 1970'li yıllarda antipsikotiklerin dopamin reseptörlerine afinitesi ve klinik etkililiğın korelasyonunu gösteren çalışmalar ile de hipotez geçerlik kazanmıştır (25). Aynı zamanda kokain, amfetamin gibi dopaminerjik aktiviteyi arttıran ilaçların psikotik belirtiler ortaya çıkarması da dopaminin şizofreni hastalığındaki önemli rolünü ortaya koymuştur (26). Özellikle mezolimbik yolaktaki dopaminerjik hiperaktivite ve mezokortikal yolaktaki dopaminerjik hipoaktivite şizofreninin pozitif ve negatif belirtileriyle ilişkilendirilmiştir (15).

Dopaminin yanı sıra serotonin ve norepinefrinin de şizofreni etiolojisinde önemli yer tuttuğu bilinmektedir. Şizofrenide negatif ve pozitif belirtilerin serotonin fazlalığıyla ilgili olduğu öne sürülmektedir (27). Norepinefrinin ödül yolağındaki etkisi ile şizofrenide görülen motivasyon azlığının ilişkili olduğu düşünülmektedir. GABA, glutamat, asetilkolin ve nikotin de aynı şekilde etiolojide sorumlu tutulan nörotransmitterler arasındadır (15).

2.1.3.3. Beyindeki Yapısal ve İşlevsel Bozukluklar

Meta-analizler, şizofrenide kontrollere oranla daha büyük ventriküller (yaklaşık% 26'lık bir artış) olduğunu ve hem gri cevher hem de tüm beyin hacminde azalma olduğunu doğrulamıştır (28). Alt bölge farklılıklarına bakıldığında ise insula, talamus ve anterior singulat korteksin şizofrenide en sık farklı olarak tespit edilen yapılar olduğu bulunmuştur (29). Ayrıca şizofrenide hemisferler arası simetrinin de azalmış olduğu saptanmış ve bu durumun da erken dönem lateralizasyon bozukluğu ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür (30).

2.1.4. Şizofreni Tanı Ölçütleri

Tablo 2.1. Şizofreni DSM-V Tanı Ölçütleri (31)

A. Karakteristik belirtiler: Bir aylık bir dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden ikisi bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.

1. Hezeyanlar (sanrılar)

2. Halüsinasyonlar (varsanılar)

3. Dağınık konuşma

4. İleri derecede dağınık ya da katatonik davranış

5. Negatif semptomlar; Duygusal katılımda azalma ya da kalkışmama

B. Toplumsal/mesleki işlev bozukluğu: İş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır. Başlangıcı çocukluk ya da ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişilerarası ilişkilerde, eğitimle ilgili ya da mesleki başarıda beklenen düzeye erişilememiştir.

C. Süre: Bu bozukluğun süregiden belirtileri en az altı ay süreyle kalıcı olur. Bu altı aylık süre, en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A Tanı Ölçütünü karşılayan belirtileri kapsamalıdır; prodromal ya da rezidüel semptomların bulunduğu dönemleri kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal ya da rezidüel dönemlerde, sadece negatif semptomlarla ya da A Tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla semptomun daha hafif biçimleriyle (örn. acayip inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendilerini gösterebilir.

D. Şizoaffektif bozukluğun ve duygudurum bozukluğunun dışlanması: Şizoaffektif Bozukluk ve Psikotik Özellikler Gösteren Duygudurum Bozukluğu dışlanmıştır, çünkü ya (1) Aktif-evre semptomları ile birlikte aynı zamanda majör depresif, manik ya da mikst epizotlar ortaya çıkmamıştır ya da (2) aktif evre semptomları sırasında duygudurum epizodları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.

E. Madde kullanımının/genel tıbbi durumun dışlanması: Bu bozukluk bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

F. Bir yaygın gelişimsel bozuklukla olan ilişkisi: Otizm ya da diğer bir yaygın gelişimsel bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin hezeyan ya da halüsinasyonlar da varsa şizofreni ek tanısı konabilir.

2.1.5. Şizofrenide Klinik Seyir

Şizofreni ile ilgili geleneksel klinik ve toplumsal görüş hastalığın yıkıcı, kötü seyirli ve kronik bir hastalık olduğu yönündedir (22). 20. yüzyılın başında hâkim olan

şizofreninin iyileşme ihtimaline ilişkin kötümser Kraepelin/Bleuler perspektifi, 1950'lerde antipsikotik ilaçların keşfi ve başlatılmasıyla değişmeye başlamıştır. 21. yüzyılda çoğu hasta birkaç haftadan oluşan kısa yatış süreleriyle bağımsız olarak yaşamlarını sürdürebilmektedir (32).

Bleuler ve arkadaşları tarafından yürütülen bir izlem çalışmasında hastaların üçte birinin tek bir atak sonrasında tam olarak iyileştiği, üçte birinin tam remisyona ulaşmayan ataklarla seyrettiği, üçte birinin ise primer kronik gidiş gösterdiği ortaya konmuştur (33). Huber ve arkadaşlarının çalışmasında da 502 hastanın %22'si tam psikopatolojik remisyona geçirebilmiş, %43'ünde tipik olmayan rezidüel belirtiler devam etmiş, %34,7'si ise tipik rezidüel belirtileri sürdürmüştür (34). Benzer yöntemle sahip başka bir izlem çalışmasında ise hastaların %16'sı bir ataktan sonra tam olarak iyileşmiş, %32'si birkaç atak geçirmesine rağmen iyileşmiş ya da hafif rezidüel belirtilerle yaşamına devam etmiş, %9'unda ilk ataktan sonra dahi rezidüel belirtiler oluşmuş ve %43'ünde her bir ataktan sonra artan derecelerde negatif belirtiler gelişmiştir (35).

Hastalığın sinsi başlangıçlı olması, negatif semptomların daha belirgin olması, affektif bileşenin bulunmaması, erkek cinsiyet, kentsel alanlarda yaşamak, hastalık öncesi işlevsellik düzeyi, bekâr olmak, kötü prognostik kriterler olarak belirtilmiştir (15).

2.1.6. Şizofreni Kliniği ve Belirtileri

Kesitsel araştırmalar sonucunda genel olarak şizofreninin semptomları üç boyutta toplanmaktadır: Pozitif psikotik belirtiler, düşünce ve davranışta dezorganizasyon ve negatif belirtiler. Pozitif psikotik belirtiler, algı ve düşünce alanında gerçeği değerlendirme yetisinin yitirilmesi olarak açıklanabilir. Varsanılar ve sanrılar pozitif psikotik belirtilere örnek olarak verilebilir. Düşünce ve davranışta dezorganizasyon yapısal düşünce bozuklukları (çağrışımlarda gevşeme, enkoherans, çevresel konuşma gibi) ve saldırgan, taşkın davranışlar, yineleyici, stereotipik davranışları kapsar. Negatif belirti kümesi ise duygulanımda küntleşme, istek ve motivasyonda azalma, düşünce içeriğinde yoksullaşma gibi belirtileri içermektedir (15).

2.2. Şizofreni Hastalarına Bakım Verme Deneyimi

Şizofreni sadece hastaları değil aynı zamanda ailelerini de etkileyen bir hastalıktır (2). Özellikle kurumlarda tedaviden toplum içinde tedaviye geçişle birlikte aile fertleri en önemli bakım verenler haline gelmiştir (3). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre dünya üzerinde 21 milyon şizofreni hastası bulunmakta olup yaklaşık %90'ına aileleri tarafından bakım verilmektedir (36).

2015 yılında Amerika'da 43,5 milyon yetişkinin bakım veren olduğu ve 8,4 milyonunun da ruh sağlığı sorunu yaşayan bireylere bakım verdiği bildirilmiştir (37). Ruh sağlığı sorunları yaşayan bireylerin de %40 ila %90'ının bakım veren bireylerle yakın ilişki içinde olduğu ya da birlikte yaşadıkları belirtilmiştir (38). Çoğu düşük-orta gelirli ülkede ailelerin sosyal yapısı ve ekonomik güçlükler ücretli bakım veren ulaşımını kısıtlamaktadır (39). Çalışmalar genellikle kadınların ve kadınlar arasında da çoğunlukla annelerin şizofrenide temel bakım veren olduğunu göstermektedir (40). Türkiye'de yapılmış bir araştırmada ise, bakım verenlerin % 78'inin kadın olduğu ve % 34'ünün eşlerine bakmakta olduğu bulunmuştur (41).

Ailelerin şizofreni hastalığının tedavi ve bakım verme sürecinde bu denli etkin rol almasıyla birlikte aileler ve ne yaşadıklarına dair araştırmaların sayısı artmıştır. Bu şekilde şizofreni hastalarının ailelerinin yaşadıkları sorunlar da ruh sağlığı alanının önemli sorunlarından biri haline gelmiştir. Aile fertlerinin bir yakınlarının bu hastalığa sahip olmasından dolayı ciddi sıkıntı yaşadıkları, bakım veren yükünün fiziksel, duygusal, ekonomik ve sosyal kısıtlılıklara yol açtığı da bu konuda yapılmış çalışmaların ortaya çıkardığı sonuçlardandır (4, 5, 42). Örneğin bir araştırmada bakım verenlerin dörtte üçünün stres belirtileri tariflediği, beşte ikisinin kendi sağlıklarıyla ilgili sorunları idare etmekte güçlük çektikleri ortaya konmuştur (37).

Ayrıca literatür bazı bakım verenlerin ruhsal sağlığının bakım verme sürecinden daha kötü etkilendiğini de göstermiştir. Daha kronik bir hastalık süreci ile ilgilenen kadın bakım verenlerde, hastanın kendisi ve çevresi için bir risk oluşturduğu algısı taşıyanlarda, damgalanmayı yoğun bir biçimde yaşayanlarda, bakım verme sürecini olumsuz değerlendirenlerde ve kaçınan baş etme stiline sahip olanlarda ruh sağlığının daha olumsuz etkilendiği gözlenmiştir (43-46).

Yapılan bir çalışmada şizofreni hastasına bakım verenlerde ruhsal sağlık sorunu bulunma olasılığının %55 olduğu belirtilmektedir (47). İlk psikotik atağını yaşayan hasta yakınları ile yapılan çalışmada, bakım verenlerin %12'sinde ruhsal hastalık olduğu gösterilmiştir (48). Bakım verenlerde ruhsal sağlık durumunun Genel Sağlık Anketi ile incelendiği başka bir çalışmada ise bakım verenlerin %25'inde depresyon ya da anksiyete gibi ruhsal sağlık sorunu bulunma olasılığının yüksek olduğu saptanmıştır (49). Yine bakım verenlerdeki psikiyatrik bozuklukların bakım veren olmayanlarla karşılaştırıldığı bir çalışmada yüksek düzeyde somatizasyon, depresyon, anksiyete ve uyku bozukluklarının olduğu bulunmuştur (50).

Bakım verenler yakınlarının tanı almasıyla birlikte zorlu değişiklikler yaşamaktadırlar, rutinleri, yaşam koşulları ve kimlikleri değişmektedir, yeni ekonomik güçlükler ortaya çıkmaktadır (42). Bu süreç de, yaşanan kayıplar da göz önüne alındığında bir yas süreci olarak düşünülebilir (51). Bu yas süreci hastalığın başlangıç yaşı, belirtileri ve yol açtığı yeti yitimiyle birlikte düşünüldüğünde özellikle ebeveynlerde idealize edilmiş çocuğun muhtaç bir yabancıya dönüşümünün göz önüne alınmasıyla daha iyi anlaşılabilir (52).

Şizofreni hastalarının bakım verenlerindeki tükenmişliğin depresyon ya da başkaca fiziksel hastalıkların bakım verenlerinde görülen tükenmişlikten daha fazla olduğu gösterilmiştir (53-55). Aynı zamanda hastalarda depresyonun varlığının tükenmişliği arttırdığı da belirtilmiştir. Bununla birlikte şizofreninin remisyon ve relapslarla giden bir hastalık oluşuna rağmen depresyon ve bipolar bozukluk gibi diğer ruhsal hastalıkların aksine çekirdek belirtilerinin süregelen oluşu şizofreni hastalarının bakım verenlerindeki tükenmişliğin neden daha fazla olduğunu açıklayabilir (55).

2.2.1. Bakım Veren Yüğü

Hoening ve Hamilton tarafından bakım veren yüğü, nesnel ve öznel olmak üzere iki ayrı bileşenden oluşacak şekilde kavramsallaştırılmıştır. Öznel yük ailenin hastalık tanısıyla beraber yaşadığı duygusal ve soyut yüğü tanımlarken nesnel yük değişen sosyal ilişkiler, azalmış boş zaman ve ekonomik götürüler gibi nicel alanları tarif etmektedir (56). Yapılan bir çalışmada bakım verenlerin %36,3'ü günlük hayatla ilgili plan ve programlarının bozulduğunu, %36,3'ü öncesine göre sağlık durumlarında

kötüleşme olduğunu, %35'i bakım vermeye başladığından beri daha yorgun hissettiğini %32,5'i ise artık aile ve arkadaşlarını eskisi kadar ziyaret etmediklerini belirtmişlerdir (50). Kuipers tarafından yapılan bir araştırmada, bakım verenlerin sosyal etkinliklerde kısıtlamalar yaşadığı, kendi sosyal ağlarına hapsedikleri ve az sayıda sosyal temasla evlerinde izole kaldıkları sonucuna ulaşılmıştır (6). Aileler ruhsal hastalığı olan bir üyeye sahip olmaktan dolayı suçluluk, utanma gibi duygular yaşamakta ve hastalığın sebebi olduklarını düşünmektedirler. Hasta sahibi olmak utanılacak bir durum olarak görüldüğünde ise bunun gizlenmesi eğilimi ortaya çıkabilmektedir. Aileler enerjilerinin önemli bir kısmını hastalığı gizlemeye harcaabilir, yaşadıkları olumsuz duygularla toplumsal ilişkilerden soyutlanabilir ve sonuçta ailenin kendini damgalayabilir (57). Ruhsal hastalıklarda damgalanmanın ailelerde halen önemli olduğu ve sosyal izolasyona katkıda bulunduğu gösterilmiştir (7). Şizofrenide nesnel yük nörolojik hastalıklardan daha düşük olmasına rağmen öznel yük daha fazladır. Bu durumun damgalanma ve yetersiz sosyal destekle ilişkili olabileceği belirtilmiştir (58).

Lazarus ve Folkman'ın stres ile başa çıkma teorisi öznel ve nesnel yüklerle birlikte bakım verenlerin yaşadıklarının daha iyi anlaşılmasına yardımcı olabilecek teorik bir çerçeve sunmaktadır (59). Bu modele göre, bir hastanın hastalığına bağlı belirtiler ve davranışlar, bakım veren için gerginlik ya da sıkıntıya neden olabilecek objektif stresörler olarak düşünülür. Bununla birlikte, bu stres kaynaklarının bakım verenlerin ruh sağlığını ne derece olumsuz etkilediği stres faktörünün bakım veren tarafından öznel olarak nasıl değerlendirildiğine bağlıdır. Daha basit bir ifadeyle, yükün nesnel bileşenleri bakım vereni etkilese de olumsuz psikolojik sonuçların ciddiyetini belirleyen öznel yüküdür (60).

Bakım veren yükü açıklanmaya çalışılırken göz önünde tutulması gereken bir diğer teori ise “Rol Teorisi”dir. Buna göre her birey sosyal ilişkileri içinde bir role sahiptir. Belli bir konumda bulunan bir birey, aynı pozisyonundaki diğer insanların nasıl davranacağı ile ilgili de beklentiler geliştirir. Birçok durumda şizofreni hastası birey, ailenin bu beklentilerini yerine getiremez, bu da diğer aile üyelerinin sıkıntı hissetmesine yol açar (14).

Bakım veren yükünün derecesi bazı demografik değişkenlerle ve şizofreninin pozitif ve negatif belirtileri ile sıklıkla ilişkilendirilmiştir (61). Hastayla günlük yaşamında en fazla iletişim halinde olanlar, ebeveynler ve ileri yaştaki bakım verenlerin daha fazla bakım veren yükü altında oldukları saptanmıştır (62-64). Aynı zamanda hastanın yakınmalarının şiddeti, hastalık süresi, engellilik derecesi de bakım veren yükü ile ilişkili bulunmuştur (42, 65-68). Gerilim ve stres gibi bakım veren yükünün belirli alanlarının, uyuma yönelik olmayan başa çıkma mekanizmaları ve psikolojik morbidite riski ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (69).

Bununla birlikte genellikle literatürde bakım verme deneyiminin olumsuz sonuçlarına, yol açtığı ruhsal hastalıklar ve yüke değinilse de bakım verme sürecinin her zaman olumsuz olmayabileceği, öznel kazanımların ve doyumun da bakım verme sürecine eşlik edebileceği yönünde çalışmalar da bulunmaktadır (70, 71). Literatürde “pozitif bakım verme süreci” olarak da tanımlanan bakım vermenin olumlu sonuçlarına daha yararlı hissetmek, gerekli olduğunu hissetmek, yeni beceriler öğrenmek ve kişinin benlik duygusuna anlam katmak dâhil edilebilir (72). Chen ve Greenberg’in 560 hasta yakınına telefonla ulaştıkları bir çalışmada bakım verenlerin yarısından fazlası, akrabalarına bakmanın hayatta öncelikleri açıklığa kavuşturmada onlara önemli ölçüde yardımcı olduğunu ve daha fazla iç güç hissi yarattığını bildirmiştir (73). Bu bilgiler ışığında şizofreni hastalarına bakım vermenin her zaman olumsuz sonuçlarının olmayabileceği, bireylerin bu süreçten kazanımlarla çıkabileceği söylenebilir.

2.3. Travma

Travmatik olaylar “Bireyin, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşadığı, böyle bir olaya tanık olduğu ya da böyle bir olayla karşı karşıya geldiği durumlardır” şeklinde tanımlanmaktadır (74). Bununla birlikte olayın travmatik niteliğini belirleyen unsurlar üzerine farklı görüşler vardır. Green’e göre travmayı tanımlayan üç eleman bulunmaktadır: Objektif olarak tanımlanan bir olay, bu olaya öznel yorum ve kişinin bu olaya gösterdiği duygusal tepki (75). Tedeschi ve Calhoun da olayı travmatik olarak nitelendirmek için olayın ani ve beklenmedik olması, kontrol edilebilirliğinin az

olması, sıradan olmayışı ve kalıcı sorunlar yaratmasının gerekli olduğunu belirtmiştir (76).

Şizofreni hastalarının bakım verme sürecinde yaşadıkları zorluklar da bu pencereden travmatik olarak nitelendirilebilir. Şizofrenili bireylerin hastalığının ani başlangıcı, yaşamı derinden etkileme gücü, ailelerde yol açtığı ruhsal sıkıntı, toplum içinde sıradan olarak algılanmayışı tanı alma sürecini dahi travmatik hale getirebilmektedir. Şizofrenili bireylerin anneleriyle yapılan nitel bir çalışmada tanı almanın yüksek oranda travmatik olarak algılandığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada belirsizlik de önde gelen temalar arasında olmuştur (77). Yine ebeveyn bakım verenlerle yapılan başka bir nitel araştırma tanı konma sürecinin ebeveyn tarafından tüm hayat akışını kökten değiştiren bir süreç olarak algılandığını ortaya koymuştur (52). Bu açıdan bakıldığında tek başına şizofreni tanısı almış bir bireyin yakını olmak dahi travmatik bir yaşantı olarak yaşanmaktadır. Bunun dışında hastalık süreciyle ilgili yapılan bir çalışmada bakım verenlerin yaklaşık üçte birinde, sözlü agresyonla ilişkili olarak travma sonrası stres bozukluğu olduğu görülmüştür (8).

Literatürde genellikle akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu gibi travmanın olumsuz sonuçlarına değinilmiş olsa da travmaya ya da ağır bir hayat krizine bağlı, bireyin kendini değerlendirmesinde, kişilerarası ilişkilerinde, hayata bakışında olumlu yönde değişiklikler olabileceği de belirtilmiştir (11, 78). Bu kavram travma sonrası büyüme kavramı olarak isimlendirilmiştir (11).

2.4. Travma Sonrası Büyüme Kavramı

20.yüzyılda çeşitli klinisyen ve bilim adamları önemli yaşam krizlerinin olumlu kişisel değişimler için fırsat olduğunu belirtmişlerdir (79, 80). Bununla birlikte travmanın olumlu sonuçlarına akademik olarak odaklanması 1980'lerde ve hatta daha çok 1990 yıllarında olmuştur. Bireylerin zor durumları yaşandıktan sonra olumlu değişiklikler yaşadıkları konusundaki kanıtlar da o zamandan bu yana artmaktadır (81).

Görece yeni bir araştırma alanı olduğundan, literatürde travma sonrasında oluşan olumlu yönde değişmeyi tanımlamak için tek bir terim kullanılmamaktadır. Bu olgu bugüne dek, strese bağlı gelişim (stress-related growth), travma sonrası büyüme

(posttraumatic growth), algılanan kazanç (perceived benefit), olumlu uyum (positive adjustment), iyiye gidiş (thriving) gibi terimlerle anlatılmıştır (10). Ülkemizde yapılan çalışmalarda “travma sonrası büyüme, travma sonrası gelişim, strese bağlı gelişim, ruhsal gelişim” gibi ifadelerin ön plana çıktığı görülmektedir (82, 83). Son dönemlerde, “travma sonrası büyüme” tanımının travmatik yaşantılardan sonra ortaya çıkan olumlu değişimleri kavramsallaştırmada daha sıklıkla kullanıldığı görülmektedir (84, 85). Bu çalışmada da bu tanım kullanılmıştır.

İnsanların dünyayı anlamak, olan şeyler üzerine neden ve sonuç ilişkisi kurabilmek ve genel bir anlam ve amaç duygusu geliştirebilmek amacıyla dünya ve yaşam hakkında inanç ve varsayımlar dizisi geliştirdikleri bilinmektedir (86). Parkes bu durumu “varsayımsal dünya” olarak isimlendirerek bu kavramın “bildiğimiz ya da bildiğimizi düşündüğümüz” her şeyi kapsadığını belirtmiştir. Yaşamdaki büyük zorluklar varsayımlarımızı zorlayarak yaşamı anlamamızı zorlaştırmaktadır. Bu da yeni anlamlar bulma ve yeni varsayımlar üretmeyi zorunlu kılmaktadır. Bu üretimin olumlu yönde olması ise travma sonrası büyüme olarak isimlendirilmiştir (87).

Tedeschi ve Calhoun (1996), travma sonrası büyüme ölçeği kullanılarak yaptıkları çalışmada travma sonrası büyümenin bileşenlerinin 5 alt boyutta kümelendiğini belirtmiştir:

- 1) Kişiler arası ilişkilerde olumlu değişimler: Kişilerarası ilişkilerde yakınlık duygusunda artma, kendini daha rahat açma ve duygularını paylaşma, empatik davranışlarda artma
- 2) Kendiliğin algılanmasında değişiklikler: Daha incinebilir olsa da daha güçlü bir kendilik algısı, zor bir olayla baş edebilmenin getirdiği kendine güvende artış, o zamana kadar denenmemiş yeni rollerin benimsenmesi
- 3) Yaşamın değerini anlama: Yaşamdaki önceliklerin gözden geçirilerek yeniden belirlenmesi, sıradan, günlük şeylerin de değerini anlama
- 4) Yeni seçeneklerin fark edilmesi: Amaçların da yeniden gözden geçirilmesi ve ulaşılabilir amaçlar ile ulaşamayacak amaçlar arasında tercih yapılması

- 5) İnanç sistemindeki gelişim: Dini inançların yeniden gözden geçirilerek şekillendirilmesi, yaşanan tehdit sonrasında varoluşsal deneyimin derinleşmesi olarak sıralanmaktadır (88).

2.4.1.Travma Sonrası Büyümeyi Açıklamaya Yönelik Yaklaşımlar

Yaşamdaki değişimler ve travma sonrası büyüme konusunda literatürde farklı modeller bulunmaktadır. Modellerin ortak özellikleri ani bir değişim sonrasında bireylerin yaşamlarının olumlu ya da olumsuz bir yönde değişebileceği, kişinin travmayı öznel algılama şeklinin bu süreçte önemli rol oynadığı fikirleridir. Bu kısımda travma sonrası büyüme (TSB) kavramının temelinde yatan işlevsel-betimsel model anlatılacaktır.

2.4.1.1. İşlevsel-Betimsel Model

Tedeschi ve Calhoun tarafından TSB'nin değişkenler etrafında açıklandığı işlevsel-betimsel modelde (functional-descriptive model), büyüme kavramı hem bir süreç hem de bir sonuç olarak ele alınmaktadır. Modele göre örseleyici olaydan sonra farklı boyutlarda yaşanan büyüme, kişilik özellikleri, örseleyici olayın niteliği ve sosyal destek mekanizmalarıyla ilişkili olarak şekillenir. Örseleyici olaydan önceki inançlar ve davranış biçimlerinin değiştirilerek yeni yaşantıları da kapsayacak bir anlatım şeklinin geliştirilmesi gerekmektedir (89).

Umutlu olma, iyimser bakış açısı, deneyimlere açık olma ve yaratıcılık gibi kişilik özelliklerinin de TSB ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Bu özellikler kişinin sorunları ve aynı şekilde travmalarını da nasıl işlemlediğini gösterme konusunda öngördürücü olabilirler. Travmatik olaydan sonra esnek yaklaşabilmek, yeni duruma ayak uydurabilmek gerekli değişiklikleri yapabilmek için gereklidir. Deneyimlere açık olma ve yaratıcılık da kişinin bu konudaki kapasitesini arttırarak daha sağlıklı baş etme mekanizmaları kullanmasına zemin hazırlıyor olabilir (89).

2.4.2. Travma Sonrası Büyümeyi Etkileyen Değişkenler

TSB'nin örseleyici olayı yaşayan herkeste görülmediği bilinmektedir. Kimlerde daha fazla görüldüğü ve gelişmesinin ne şekilde kolaylaştırılacağı konusunda yapılan çalışmalar sonrasında demografik değişkenler, travmatik olayın şiddeti, travma sonrası stres belirtilerinin varlığı, sosyal destek varlığı, duyguların dışa vurulabilmesi, baş etme becerilerinin kullanılabilmesi ve kişilik özellikleri gibi değişkenler TSB ile ilişkili bulunmuştur (10, 90-93).

2.4.2.1. Yaş

Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda genç insanlara kıyasla yaşlıların daha çok büyüme gösterdikleri bulunmuştur (90). Kanser hastaları üzerine çalışmalar ise gençlerin daha fazla büyüme gösterdiklerini ortaya koymuştur (94). Alanda yapılmış bir meta analiz çalışmasında da kanser hastası olan gençlerin ileri yaş grubundakilere göre daha çok büyüme gösterdiği bulunmakla birlikte korelasyonun gücü zayıf olarak nitelendirilmiştir (95). Bu durumun genç bireylerin olayı daha tehditkar algılamaları ve ölümle ilişkili bir haberci karşısında daha fazla incinme yaşamaları ile ilişkili olabileceği, daha fazla algılanan tehdit algısının ise daha fazla büyümeyle ilişkili olabileceği vurgulanmıştır (96).

2.4.2.2. Cinsiyet

Kadın olmanın büyümeyi öngören bir etmen olduğunu bildirilen çalışmalar mevcut olsa da biri kanserli hastalar diğeri de çeşitli travma tiplerini kapsayan iki meta-analitik gözden geçirme çalışmasında cinsiyet ile TSB arasında güçlü bir ilişki saptanmamıştır (95, 97, 98).

2.4.2.3. Medeni Durum

Bellizi ve Blank yaptıkları araştırmada evli olmanın kadınların TSB algısında önemli bir değişken olduğunu, evli olan hastalarda büyüme düzeyinin daha yüksek görüldüğünü belirtmişlerdir (94). Kanser gibi travmatik bir deneyim yaşayan

bireylerin, kendi hassasiyetini tanıyarak, duygusal açıdan kendilerini ifade etmeye ve yardım kabul etmeye karşı daha istekli olacakları, bu nedenle eşlerin sosyal destek sistemi oluşturarak, hastanın mevcut durumla daha iyi baş etmesinde etkin bir rol oynayacakları savunulmaktadır (99).

2.4.2.4. Eğitim Durumu

Bu konunun araştırıldığı çalışmalarda çelişkili sonuçlar bulunmaktadır. Yüksek eğitim düzeyi ile TSB'nin olumlu yönde ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi, düşük eğitim düzeyinin TSB için öngördürücü olduğunu öne süren çalışmalar da bulunmaktadır (91, 100, 101). Düşük eğitim düzeyi bulunan bireylerin daha fazla travmayla yüzleştikleri, daha çok zorluk yaşadıkları ve bu sebeple de olumsuz olaylar karşısında daha güçlü durabildikleri öne sürülmüştür (91).

2.4.2.5. Sosyoekonomik Düzey

Cordova ve arkadaşlarının çalışmasında gelir düzeyi yüksek olanlarda daha fazla TSB izlendiği saptanmıştır (102). Bu alanda yapılmış başka çalışmalarda da düşük sosyo ekonomik düzeyin düşük TSB ile ilişkili olduğu, düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerin yeni baş etme becerileri geliştirme konusunda daha az şansları olduğu belirtilmiştir (100, 101, 103). Yakın tarihli bir metaanaliz çalışmasında ise çocukluk ve ergenlik grubu kanser hastalarında TSB ile sosyoekonomik düzey arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (104).

2.4.2.6. Travmatik Olayın Şiddeti

Janoff-Bullman, travmanın bireyin yaşamındaki varsayımlarına etki edecek kadar güçlü olmasının büyüme için gerekli olduğunu bildirmektedir (105). Hayata dair temel sayılırları sarsacak ölçüde şiddetli olmayan olaylarla kişi kendi kaynaklarını kullanarak başedebilir ve eski sağlığına kavuşabilir; bu nedenle de bir değişime gerek kalmaz. Travmanın çok şiddetli olduğu durumlarda ise büyüme, kişi tüm kaynaklarını kaybettiği için gerçekleşemez (106). Kanser hastaları ile yapılan çalışmalarda TSB ile hastalığın şiddeti arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır (91). Yakınını kaybeden

146 kişi üzerine yapılan bir çalışmada birinci derece yakınını kaybeden kişinin ikinci dereceden yakınını ya da arkadaşını kaybedene göre daha fazla büyüme gösterdiği grlmştir. Kayıp ne kadar büyük algılanıyorsa, büyümenin o kadar fazla olduğu saptanmıştır (107). Sınırlı tutulumlu kanseri olan hastaların, metastatik kanseri olan hastalara kıyasla TSB düzeyleri daha düşük bulunmuştur (108).

Travma sonrası stres tek başına olumlu değişikliğe yol açmasa da kişinin, temel inançlarının ve baş etme becerilerinin yeterince tehdit altında olmasının, büyüme için önemli bir gösterge olduğu belirtilmektedir (109). Cinsel taciz mağdurları üzerinde yapılan bir çalışmada tacizin özellikleri büyüme açısından önemli bulunmazken kadının taciz sırasındaki hayati tehlike algısı büyüme açısından önemli olarak saptanmıştır. Tecavüz sonrasında çevreden olumsuz tepkiler, kendini suçlama, uyumsuz baş etme mekanizmaları ve travma sonrası stres bulguları büyümenin daha az olmasıyla ilişkilendirilmiştir (110).

Bu konuda yapılan metaanalitik bir gözden geçirme çalışmasında ise çeşitli travma türlerinde travma sonrası stres belirtileri ile büyümenin doğrusal ve eğrisel ilişkisi incelenmiştir. Sonuçlar aradaki ilişkinin en iyi kısmi eğrisel olarak tanımlanabileceğini göstermiştir. Bu durum travma sonrası stres belirtilerinin öncelikle büyümede bir artışa yol açtığı ancak stres belirtileri çok yoğun olduğunda büyümenin azaldığı şeklinde yorumlanmıştır. Ayrıca travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ile TSB'nin aynı spektrumun karşıt uçları olmadığı, birlikte var oldukları ve karmaşık yollardan etkileştikleri de belirtilmiştir (92).

2.4.2.7. Sosyal Destek

Sosyal destek de TSB ile ilişkili bulunan bileşenlerden biridir (82). Sarason sosyal desteği stres azaltan, bireye kendini gerçekleştirme ve büyüme fırsatı veren olumlu benlik algısı, kendini kabul, umut, sevgi ve sevine neden olan çok boyutlu bir kavram olarak ele alır (111). Sosyal destek, insanların örseleyici koşullarla savaştığı zamanlar için en güçlü itici araçlardan biri olarak bilinmektedir (112).

Sosyal desteğin TSB'yi ne ölçüde etkilediği ile ilgili yapılan çalışmalarda hem meme kanserli kadınlar hem de HIV pozitif bireylerde olumlu bir ilişki saptanmıştır (102, 113). Sosyal desteğin TSB'nin gelişimini nasıl etkilediği konusunda da birkaç

hipotez bulunmaktadır. İlki, aile ve arkadaşlar, örseleyici olay yaşayan bireylere hayatlarında gerçekten önemli olanı tekrar gözden geçirmeleri ve hastalıkla ilişkili travmatik deneyimlerin işlenmesi konularında yardımcı olabilir. İkinci olarak da, aile üyeleri ve özellikle eşler kritik olayın işlenmesinde yer almaktadır. Bireyle birlikte, ilişkilerinde yeni yönler keşfetmeye çalışabilirler. Kişilerarası ilişkiler alanında görülen büyüme bu çabaların bir sonucu olabilir (114). Prati ve Pietrantonio'nun, 103 çalışmayı içeren meta analiz çalışmasında da sosyal desteğin TSB'yi etkileyen faktörlerden biri olduğu belirtilmiştir (115).

2.4.2.8. Kişilik Özellikleri

Travmatik yaşantı öncesindeki psikolojik sağlamlılığın, TSB ile ilişkisi çok açık değildir (11). Bununla birlikte dışa dönüklük, deneyimlere açıklık gibi kişilik özelliklerinin TSB ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (9). Aynı zamanda nörotisizm ve TSB arasında istatistiksel önemde bir ters ilişki saptanan çalışmalar olmakla birlikte konuyla ilgili metaanalitik bir gözden geçirmede nörotisizm TSB ile ilişkisiz bulunmuştur (98, 116).

İyimserlik ile TSB arasında da güçlü bir ilişki bulunmuştur (95). İyimser kişilerin baş etme stratejilerinde daha esnek olmalarından dolayı, soruna karşı daha uyumlu olabilecekleri düşünülmektedir (98). Çocuğunu kaybetmiş 111 ebeveyn üzerinde yapılan bir çalışmada çoğu ebeveynin Calhoun ve Tedeschi'nin belirttiği bölümlerde ilerleme kaydettiği, büyüme puanları yas yoğunluğuyla ters orantılıyken kendilik değerinin büyüme üzerinde güçlü bir yordayıcı olduğu saptanmıştır (117).

2.4.2.9. Baş Etme Becerileri

Tedeschi ve Calhoun modeline göre, bireyin yaşadığı travmatik olayı nasıl yönettiğine dair baş etme becerileri karakteristik bir role sahiptir. Travmatik olayın kişi üzerinde oluşturduğu etkiyi kabullenmek, durumla baş etme ve problem çözmede aktif rol oynamak ve olumlu yeniden değerlendirme yapmak TSB ile olumlu yönde ilişkili bulunmuştur (118). Bu baş etme yöntemleri sayesinde stresli olayın anlamı

yeniden değerlendirilebilir; kendisi, ilişkiler ve öncelikler gözden geçirilir, bu yolla da büyüme oluşur (98).

Kabul, olumlu yeniden işleme, görev üzerine odaklı baş etme stratejilerinin travmadan sonra olumlu değişiklikler yapmaya elverişli olduğu belirtilmektedir (98). Dinsel baş etme, kabullenerek baş etme ve yaklaşımsal baş etme (bilişsel yeniden yapılandırma ve duygu dışavurumunu artırma) de TSB ile olumlu yönde ilişkili bulunmuş baş etme becerileridir (119, 120). Kaçınan baş etme yöntemleri ise büyüme ile ters orantılı olarak bulunmuştur (120).

2.4.2.10. Dindarlık

Alanda yapılmış gözden geçirme yazılarında dindarlığın ve maneviyatın TSB'nin gelişiminde en önemli faktörlerden olduğu öne sürülmüştür (121). Aynı zamanda maneviyatın bir büyüme kaynağı olarak önemli bir destek sunabileceği, hedefleri ve öncelikleri dönüştürebileceği ve aynı zamanda insanların hayatta bir anlam bulmalarına yardımcı olabileceği de belirtilmiştir (122).

Dindarlığın travmadan sonra TSB'nin bir bileşeni olarak mı oluştuğu, yoksa travma öncesi dindarlık düzeyinin mi TSB' de etkin olduğu konusunda çelişkili sonuçlar bulunmaktadır (76). Din, maneviyat ve TSB ile ilgili çalışmaların incelendiği bir derlemede ise, din ve maneviyatın her zaman değil ama genellikle travmanın etkileri ile baş etmede kişilere yararlı olduğu, travmatik yaşantıların dindarlık ve maneviyatın daha da artmasına neden olabildiği ve açıklık, olumlu dinsel baş etme, dine katılım ve sosyal aktivitelerin olmadığı bireyi ilgilendiren dindarlığın tipik olarak TSB ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (123).

2.4.2.11. Depresyon ve Anksiyete

Depresyon ve TSB arasındaki ilişki üzerine karmaşık sonuçlar bulunmaktadır. 19 çalışmanın değerlendirildiği bir derlemede TSB ile depresyon arasında zayıf bir negatif ilişki saptanmıştır (95). Aynı zamanda orta şiddetli depresyonun varlığının TSB için kolaylaştırıcı olduğunu öne süren çalışmalar daha az sayıda olmakla birlikte bulunmaktadır (124).

Kesitsel çalışmalarda anksiyete ve TSB ilişkisi de araştırılmış ve yüksek anksiyete düzeyinin TSB ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (125). Benzer durum TSSB çalışmalarında da öne sürülmüş olup anksiyete genellikle travmaya ilişkin anksiyete olarak yorumlanmıştır (114). Bununla birlikte anksiyete ve TSB arasında ilişki olmadığını saptayan çalışmalar da bulunmaktadır (126).

2.4.3. Bakım Verenlerde Travma Sonrası Büyüme

Aileden bir birey kanser tanısı aldığında yakınlarının da çoğunlukla belirsizlik, kaygı ve keyifsizlik yaşadıkları bilinmektedir (127). Literatürde daha çok kanser hastalarının yaşadıkları büyüme araştırılmakla beraber son zamanlarda bakım verenlerin deneyimledikleri büyüme de incelenmeye başlanmıştır. Baş-boyun kanserli hastaların eşleriyle yapılan bir çalışmada katılımcıların %84'ünün yaşama karşı tutum, kişisel güç ve ilişkiler alanı ön planda olmak üzere olumlu değişiklikler yaşadığı gösterilmiştir (128). Bununla birlikte prostat kanserli bireyler ve yakınlarıyla yapılmış başka bir çalışmada her iki grupta da TSB'nin benzer oranlarda ve düşük şiddette olduğu, bunun da ameliyat öncesi negatif duygudurum ve olumlu baş etme mekanizmalarının kullanılmasıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (129). Yakınlarını kanser nedeniyle kaybeden bireylerde de bağlanma şekilleriyle de ilişkili olarak TSB'nin yaygın olarak görüldüğü gözlenmiştir (130).

Kronik hastalığı bulunan çocukların babalarında TSB değerlendirildiğinde hem sıkıntının hem de TSB'nin yaygın olduğu görülmüştür (131). Başka bir kronik ve toplum içinde damgalanmaya maruz kalan HIV pozitif hastaların bakım verenlerinde TSB inceleyen çalışmalarda da değişen oranlarda TSB gözlenmiştir. Hasta yakınlarının %81,8'inde yüksek oranda TSB görülmüştür (132). HIV hastalarının çocukları üzerinde TSB'nin araştırıldığı başka bir çalışmada ise TSB'nin bu grupta da bulunduğu, dayanıklılık ile pozitif korale iken depresyonla negatif korale olduğu belirtilmiştir (133). Engelli ebeveynlere bakım veren genç kadın erişkinler arasında da bakım verme sürecinin bireylerin dayanıklılığını arttırdığı ve TSB'ye hizmet ettiği gösterilmiştir (134).

Otizimli çocukların anneleriyle yapılan nitel bir çalışmada annelerin hayata yeni bir bakış açısı kazanma, hayatın değerini takdir edebilme, kişiler arası ilişkilerde

olumlu değişiklikler ve kişisel güçte artma gibi alanlarda olumlu değişiklikler kazandıkları bildirilmiştir (135). Aynı grupta yapılan ve stres ile TSB'nin birlikte değerlendirildiği başka bir araştırma ise stresin aileler arasında önde gelen problem olduğunu, bununla birlikte TSB'nin de değişen oranlarda var olduğunu ortaya koymuştur (136). TSB aynı zamanda intihar nedeniyle yakınlarını kaybeden ailelerde de çalışılmış ve diğer nedenlerle çocuklarını kaybeden ebeveynlerden daha düşük oranda büyüme yaşadıkları saptanmıştır (137). Şizofreni, bipolar bozukluk, borderline kişilik bozukluğu, major depresyon gibi ruhsal bir hastalığı olan bireylerin kardeşleri üzerinde yapılan başka bir çalışmada da kontrol grubuna göre daha fazla oranda TSB geliştirdikleri görülmüştür (138). Ayrıca psikiyatri hemşireleri üzerine yapılmış bir çalışma, ikincil travmatizasyon ve büyümenin bu grupta diğer bölümlerdeki hemşirelere göre daha yüksek olduğunu göstermiştir (139).

Bipolar bozukluğu bulunan hastaların bakım verenlerinde TSB'nin araştırıldığı bir çalışmada orta derecede büyümenin bulunduğu, büyümenin hastaların çalışma durumu, hastalık süresi, toplam atak sayısı, psikiyatri yatış öyküsü gibi değişkenlerle ilişkili olmadığı saptanmıştır. Bununla birlikte hostile davranış öyküsü olan hastaların yakınlarında TSB'nin "yaşamın değerini anlamak" alt ölçeği olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur, ancak literatürde bunu destekleyen başkaca çalışma bulunmamaktadır. Psikiyatrik bozukluğun bulunuşu ise bu örnekte TSB'yi olumsuz etkilemiştir (140).

Şizofrenili hastaların bakım verenlerinde TSB'nin araştırıldığı tek bir çalışma bilimiz dâhilindedir. Bu çalışmada bakım verenlerin yaş dışındaki demografik özelliklerinin, hastalık süresinin, hastanın intihar girişimi sayısının, tek bakım veren olma ya da yükü paylaşabilme durumunun, hastanın hostile davranışlarının ve bakım veren yükünün TSB ile ilişkisi bulunmamıştır. Bununla birlikte tükenmişlik durumu ve başa çıkma becerileri TSB ile ilişkili bulunmuştur (141).

Kurum temelli tedaviden toplum temelli tedaviye geçişle birlikte şizofrenili bireylerin ailelerinin bakım konusunda etkin rol aldığı ve bu süreçte çoğunlukla göz ardı edilmekle birlikte ciddi psikososyal stres yaşadıkları bilinmektedir (3, 42). Buradan da yola çıkılabileceği gibi şizofreni bireysel olmaktansa aileyi ve bakım verenlerini de etkilemektedir. Hastalık tanısı ve süreci tüm aileyi sarsmakta ve yeniden

organize olmayı, varsayımların yeniden gözden geçirilmesini ve beklentilerin düzenlenmesini gerektirmektedir (77). Hastalık sadece geçmişi değil aynı zamanda şu anı ve geleceği de etkilemektedir. Bunun dışında şizofreni hastalığının gidişi sırasında ailelerin %77,4'ünün orta-şiddetli düzeyde agresyona maruz kaldığı da bildirilmiştir (8). Bu bilgiler ışığında şizofreni hastalarına bakım verme sürecinin kronik ve travmatik bir süreç olduğu söylenebilir. Son zamanlarda travmanın olumsuz etkileri dışında kişisel güçte artma, hayatın değerini kavrama, önceliklerini yeniden belirleme gibi alanlarda olumlu gelişmelerin de olabileceği vurgulanmaktadır. Bu çalışmada da şizofrenili bireylerin bakım verenlerinde TSB ve ilişkili olabileceği düşünülen hastanın klinik durumu, bakım verenin demografik özellikleri, sosyal desteği, dini bağlılığı, psikiyatrik hastalık tanısı gibi değişkenlerin ilişkisinin araştırılması hedeflenmiştir.

TSB ile ilgili çok sayıda çalışma olsa da bu çalışmalar genellikle trafik kazası, deprem gibi akut travma yaratan durumlara odaklanmıştır. Ayrıca hastaların TSB yaşantıları incelenmekte olup bakım verenlerin yaşadıkları büyüme ile ilgili sınırlı sayıda kaynak bulunmaktadır. Bu kaynaklar da genellikle fiziksel kısıtlılığa yol açan ya da ölümcül hastalıkların bakım verme sürecine dairdir. Kronik bir biçimde travmatik olduğu bilinen psikiyatrik hastalıklara bakım verenler üzerine yapılmış çalışmalar nadir olmakla birlikte bu alanda en fazla yeti yitimine yol açan ve en çok bakım gerektiren şizofreni hastalığına bakım verme süreci ile ilgili yapılmış çalışmalar daha da kısıtlıdır ve bu konuda yeni araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Çalışmaya Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı polikliniğine Mayıs 2017-Mart 2018 tarihleri arasında ayaktan başvuran, daha önce şizofreni tanısı almış olan hastalar ile bakım verenleri arasından dâhil edilme kriterlerini karşılayan 80 hasta ve bakım vereni alınmıştır. Hastanın poliklinik muayenesi bittikten sonra hasta, muayenesini yapan doktor tarafından dâhil edilme ve dışarıda bırakılma kriterleri göz önüne alınarak onamı dâhilinde araştırmacıya yönlendirilmiştir. Hasta ve yakını ile ayrı ayrı görüşülmüştür.

Cormio C. ve ark.'nın 2015 yılında yaptıkları çalışmada kanser hastalarında travma sonrası büyüme envanteri total puan ortalaması 36,63 ($\pm 25,64$) olarak bulunmuştur (142). Çalışmamızda bu tanımlayıcı değerden %25'lik bir artış beklentisiyle %90 güç ve %5 yanılma payı ile örnekleme alınması gereken birey sayısı en az 77 birey olarak hesaplanmıştır (R.301. açık kaynak program). Bu hesaplamalar ışığında çalışmaya 80 hasta ve 80 bakım vereni alınmıştır.

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri şizofreni hastaları için 18-65 yaş aralığında olmak, okur-yazar olmak ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmak olarak, bakım verenler için ise şizofreni hastası bir bireyin bakımıyla birincil olarak ilgilenmek, okuryazar olmak ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmak olarak belirlenmiştir. Test ve ölçeklerin doldurulmasını engelleyecek ve bilişsel işlevleri etkileyebilecek ölçüde bir sistemik/nörolojik hastalığının olması (serebrovasküler olay, demans, epilepsi, parkinson hastalığı, bilinç kaybının eşlik ettiği kafa travması öyküsü) ise her iki grup için de hariç tutma kriteri olarak belirlenmiştir.

Şizofreni hastalarına sosyodemografik veri formu, pozitif belirtileri derecelendirme ölçeği (PBDÖ), Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (NBDÖ), Calgary şizofrenide depresyon envanteri (CŞDÖ), sosyal işlevsellik ölçeği (SİÖ) ve UKU yan etkiler ölçeği bakım verenlerin travma sonrası büyüme derecelerinin hasta ile ilgili değişkenlerini saptamak amacıyla uygulanmıştır. Bakım verenlere ise sosyodemografik veri formu, DSM-IV eksen-I tanıları için geliştirilmiş yapılandırılmış klinik görüşme (SCID I), travma sonrası büyüme ölçeği (TSBÖ),

algılanan çok yönlü sosyal destek ölçeği (AÇYSDÖ) ve dini bağlılık ölçeği (DBÖ) uygulanmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Hastaların ve bakım verenlerin çeşitli sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim, iş durumu, gelir düzeyi, yaşam stresörleri vb.) içeren form araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır.

3.2.2. Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (PBDÖ)

PBDÖ, şizofrenide pozitif belirtilerin düzeyi, dağılımı ve şiddetini ölçmek amacıyla 1990 yılında Andreasen tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Erkoç ve ark. tarafından yapılmıştır (143, 144). Ölçek toplam 34 madde ve 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Her madde 0=Semptom yok, 1= Şüpheli, 2=Hafif, 3=Orta, 4=Belirgin, 5= Şiddetli olarak derecelendirilmektedir. Ölçeğin Türkçe formunun Cronbach alfa katsayısı 0,844 olarak bulunmuştur, değerlendiriciler arası güvenirlik katsayısı tüm ölçek için 0,963 olarak elde edilmiştir. Tüm ölçek için test-tekrar test güvenirlik katsayısı ise 0,873 olarak hesaplanmıştır (144).

3.2.3. Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (NBDÖ)

NBDÖ beş alt başlık ve yirmi beş maddeden oluşmaktadır. Her madde 0: Belirti yok, 1: Şüpheli, 2: Hafif, 3: Orta, 4: Belirgin, 5: Şiddetli olarak derecelendirilmektedir. Toplam puan 0-125 arasında değişmektedir. Ölçek puanının yüksekliği negatif belirtilerin şiddetini yansıtmaktadır (143). Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,914 olarak bulunmuştur, değerlendiriciler arası güvenirlik katsayısı tüm ölçek için 0,954 olarak elde edilmiştir. Tüm ölçek için test-tekrar test güvenirlik katsayısı 0,941 olarak hesaplanmıştır (145).

3.2.4. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ)

Addington ve arkadaşları tarafından geliştirilen bir ölçektir (146). Görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir ve dörtlü likert tipinde 9 maddeden oluşmaktadır. Depresif duygudurum, umutsuzluk, değersizlik duygusu, suçlulukla ilgili alınma düşünceleri, patolojik suçluluk, sabah depresyonu, erken uyanma, özkıym ve gözlenen depresyon maddelerini içermektedir. Ölçeğin Türkçe’de güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (147). Türkçe versiyonun kesme puanı 11/12 olarak belirlenmiştir. Güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,8865, madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0,85-0,88 arasında ve görüşmeciler arası güvenilirlik katsayısı $r=0,96$ $p<0,01$ olarak elde edilmiştir. Geçerlik çalışmasında da ölçek hastane depresyon derecelendirme ölçeği ile karşılaştırılmış, anlamlı düzeyde korele bulunmuştur ($r=0,89$, $p<0,01$) (147).

3.2.5. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ)

Birchwood ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek, şizofreni hastalarının sosyal işlevselliği ve günlük işlevleri konusunda ayrıntılı bilgi sağlayan 7 alt ölçekten oluşmaktadır (148). Türkçe’ye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek puanı yüksekliğiyle sosyal işlevsellik doğru orantılıdır. Güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,807, görüşmeciler arası güvenilirlik katsayısı hastanın iki yakını için 0,94, hasta ile hasta yakını arasında ise 0,95 olarak elde edilmiştir. Geçerlik çalışmasında PBDÖ ile -0,37, NBDÖ ile -0,67 korelasyon göstermiştir ve anlamlıdır (149). Çalışmamızda da SİÖ’nün hasta yakını formu kullanılmıştır.

3.2.6. UKU Yan Etkiler Ölçeği

Terapötik dozlarda kullanılan psikotrop ilaçlara bağlı ortaya çıkan klinik yan etkilerin değerlendirilmesi amacıyla Lingjaerde ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Psikolojik, nörolojik, otonomik ve diğer yan etkiler olmak üzere dört alt ölçekten oluşmaktadır (150). Geçerlik ve güvenilirlik çalışması bulunmamaktadır.

3.2.7. Algılanan Çok Yönlü Sosyal Destek Ölçeği (AÇYSDÖ)

Ölçek 1988 yılında aile, özel biri ve arkadaşlardan olmak üzere üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren bir öz bildirim ölçeği olarak oluşturulmuştur (151). Ölçek 12 madde ve farklı sosyal destek kaynaklarını içeren üç alt ölçekten meydana gelir. Her bir madde 7'li likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Puanların yüksekliği algılanan sosyal desteğin yeterliliğini gösterir. Türkçe geçerlik-güvenilirlik çalışması 2001 yılında Eker ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (152).

3.2.8. Dinsel Bağlılık Ölçeği (DBÖ)

Ölçek, Worthington ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiş olup 10 maddeden oluşur, içsel ve kişilerarası bağlılık alt boyutlarına sahiptir. Ölçeğin amacı dini bağlılığı derecelendirmek ve boyutlandırmaktır (153). Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışması Ahmet Akın ve arkadaşları tarafından 2015 yılında yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinde 10 maddeden oluşan iki boyutlu modelin iyi düzeyde uyum verdiği görülmüştür ($\chi^2=109.33$, $sd=26$, $p=0.00$). Ölçeğin madde toplam korelasyon katsayıları ise 0.37 ile 0.69 arasında değişmektedir. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0.85 olarak hesaplanmıştır (154).

3.2.9. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği (TSBÖ)

Travma Sonrası Büyüme Ölçeği yaşanan travmatik olaya bağlı gelişen olumlu değişimi ölçme amacıyla Tedeschi ve Calhoun tarafından 1996 yılında geliştirilen, öz bildirim dayalı bir ölçektir (88). Ölçeğin ilk halinde 34 madde bulunmakla birlikte ölçek analizler sonucu 21 madde ve 5 alt ölçek halini almıştır. Bu alt ölçekler; yeni olanaklar, başkalarıyla ilişkiler, kişisel dayanıklılık, manevi değişim ve yaşama değer vermedir. Ölçek 6'lı likert tipi bir ölçektir (0-Yaşam krizimden ötürü bu değişimi yaşamadım- 5 yaşam krizimden dolayı bu değişimi çok yaşadım). Ölçekten alınan yüksek puanlar, kişinin karşılaştığı örseleyici deneyim sonrasında daha fazla gelişim gösterdiğine işaret etmektedir. Bu çalışmada Kağan ve arkadaşları tarafından yapılan Türkçe uyarlama kullanılmıştır. Travma sonrası büyüme için orijinal ölçekte 5 boyut

değerlendirilmesine rağmen Türkçe uyarlaması 3 boyut üzerinden yapıldığı için, bu araştırmada da istatistiksel değerlendirme, “benlik algısında değişim”, “yaşam algısında değişim”, başkalarıyla ilişkide değişim” olmak üzere 3 boyut üzerinden yapılmıştır (155).

3.2.10. DSM-IV Eksen-I Tanıları İçin Geliştirilmiş Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID I)

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından DSM-IV Eksen-I tanıları için geliştirilmiş, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir (156). SCID tanısal geçerliliği geliştirmek, semptomların sistematik analizini DSM-IV kriterleri temelinde yapabilmek ve tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanmasını sağlayarak tanının güvenilirliği artırmak için geliştirilmiştir. SCID-I’nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (157).

3.3. İstatistiksel Değerlendirme

Verilerin analizi IBM SPSS 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programında yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) incelendi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama $\pm$ standart sapma ve minimum – maksimum, nominal değişkenler ise vaka sayısı ve (%) olarak gösterildi. Normal dağılım gösteren veriler gruplar arasında Bağımsız Gruplar T testi, normal dağılım göstermeyen veriler gruplar arasında Mann-Whitney U testi kullanarak karşılaştırıldı. 2 ya da daha fazla grubun olduğu durumlarda verinin dağılımına göre varyans analizi (ANOVA) testi ya da Kruskal Wallis testi kullanıldı. Veriler arasındaki korelasyon Pearson ve Spearman korelasyon testleri ile incelendi. P değerinin 0.05’in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuç şeklinde değerlendirildi. Çoklu grupların karşılaştırılmasında Bonferroni düzeltmesi kullanıldı. Korelasyon testi sonucunda anlamlı çıkan değerler de hiyerarşik çoklu değişkenli lineer regresyon modeli kullanılarak incelendi.

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan şizofreni hastalarının ortalama yaşı 41,67 ($\pm 12,53$) bulunmuştur, 30'u kadın (%37,5), 50'si erkek (%62,5)'tir. Hastaların 52'si (%65) bekar, 18'i (%22,5) evli, 10'unun (%12,5) dul olduğu öğrenilmiştir. Hastaların 5'i (%6,3) okula gitmemiş ya da ilkokulu bitirmemiş, 16'sı (%20) ilkokul, 14'ü (%17,5) ortaokul, 24'ü (%30) lise, 7'si (%8,8) yüksek okul, 14'ü (%17,5) üniversite mezunudur. Hasta grubunun ortalama eğitim süresi 9,61($\pm 4,01$, 0-15) yıldır. Hastaların 20'si (%25) çalışıyor, 54'ü (%67,5) çalışmıyor, 6'sı (%7,5) emeklidir. Hastaların 45'i (%56,3) kendilerini düşük gelir düzeyine sahip, 27'si (%33,8) orta gelir düzeyine sahip, 8'i (%10) yüksek gelir düzeyine sahip olarak tanımlamıştır. Hastaların ortalama hastalık süreleri 16,5 yıldır ($\pm 9,61$, 0-45).

Çalışmaya katılan bakım verenlerin ortalama yaşı 55.03 (± 12.91 , 22-82) bulunmuştur. 43'ü kadın (%53.8), 37'si erkek (%46.3)'tir. Bakım verenlerin 9'unun (%11.3) bekar, 55'inin (%68.8) evli, 16'sının (%20) dul olduğu öğrenilmiştir. Bakım verenlerin 14'ü (%17.5) okula gitmemiş, 23'ü (%28.7) ilkokul, 9'u (%11.3) orta okul, 10'u (%12.5) lise, 8'i (%10) yüksek okul, 16'sı (%20) üniversite mezunudur. Bakım veren grubunun ortalama eğitim süresi 8.23 yıldır (± 5.12 , 0-15). Grubun 20'si (%25) çalışıyor, 28'i (%35) çalışmıyor, 32'si (%40) emeklidir.. Bakım verenlerin 34'ü (%42.5) kendilerini düşük gelir düzeyine sahip, 37'si (%46.3) orta gelir düzeyine sahip, 9'u (%11.3) yüksek gelir düzeyine sahip olarak tanımlamıştır. Bakım verenlerin 20'si (%25) hastayla beraber yaşarken 47'si (%58.8) hasta ve hasta dışı bireylerle, 13'ü (%16.3) de hastadan ayrı olarak yaşamaktadır. Bakım verenlerin 26'sını (%32.5) hastanın annesi, 18'ini hastanın kardeşi (%22.5), 17'sini hastanın babası (%21.3), 16'sını (%20) hastanın eşi, 3'ünü ise hastanın kardeşi oluşturmuştur. Ortalama bakım verme süreleri 13.21 yıldır (± 8.26 , 1-42) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Örneklemen Sosyodemografik Özellikleri

Hastalar		N	%
Yaş	≤35	29	36.2
	35-50	30	37.5
	≥50	21	26.2
Cinsiyet	Kadın	30	37.5
	Erkek	50	62.5
Medeni durum	Bekar	52	65
	Evli	18	22.5
	Dul	10	12.5
Eğitim Düzeyi	Okula gitmemiş	5	6.3
	İlkokul	16	20
	Ortaokul	14	17.5
	Lise	24	30
	Yüksek okul	7	8.8
	Üniversite	14	17.5
İş durumu	Çalışıyor	20	25
	Çalışmıyor	54	67.5
	Emekli	6	7.5
Gelir düzeyi	Düşük	45	56.3
	Orta	27	33.8
	Yüksek	8	10
Bakım Verenler			
Yaş	≤35	29	36.2
	35-50	30	37.5
	≥50	21	26.2
Cinsiyet	Kadın	43	53.8
	Erkek	37	46.3
Medeni durum	Bekar	9	11.3
	Evli	55	68.8
	Dul	16	20
Eğitim Düzeyi	Okula gitmemiş	14	17.5
	İlkokul	23	28.7
	Ortaokul	9	11.3
	Lise	10	12.5
	Yüksek okul	8	10
	Üniversite	16	20
İş durumu	Çalışıyor	20	25
	Çalışmıyor	28	35
	Emekli	32	40
Kiminle yaşadığı	Hastayla yalnız	20	25
	Hasta ve başka kişiler	47	58.8
	Hastadan ayrı	13	16.3
Başka birine bakım verme	Hayır	67	83.7
	Evet	13	16.3

Ek medikal hastalığa sahip olanlar hastaların 12'sini (% 15) oluşturmaktadır. Bu ek medikal hastalıklar sırasıyla hipertansiyon (n=3), diyabetes mellitus (DM) (n=3), hipotiroidi (n=3), kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) (n=2) ve obezitedir (n=2). Daha önce tanı konmuş başka ruhsal hastalığı olan hasta sayısı 11(%13,7)dir. Bu hastalıklar sırasıyla depresyon (%7,5), anksiyete bozukluğu (%2,5), insomnia (%1,3), alkol-madde kullanım bozukluğu (%1,3) ve obsesif kompulsif bozukluktur (%1,3). Hastaların 61'i (%76,2) tek antipsikotik tedavisi alırken 29'u (%23,8) kombine tedavi almaktadır. Hastaların en sık kullandıkları antipsikotik tedaviler sırasıyla klozapin (n=38, %47,5), risperidon (n=17, %21,2), aripiprazol (n=13, %16,2), paliperidon (n=10, %12,5), zyklopentiksol (n=9, %11,2), amisulpirid (n=7, %8,8), olanzapin (n=4, %5), flupentiksol (n=2, %1,9), haloperidol (n=2, %1,9)dür. Hastaların 56'sı (%70) antidepresan tedavi almazken 24'ü (%30) almaktadır.

Ek medikal hastalığa sahip olanlar bakım verenlerin %40'ını (n=32) oluşturmaktadır. Bu ek medikal hastalıklar sırasıyla hipertansiyon (n=16, %20), DM (n=8, %10), kardiyovasküler hastalıklar (n=6, %7.5), KOAH (n=5, %6.2), hipotiroidi (n=3, %3.8), böbrek yetmezliği (n=2, %2.5), kanser (n=1, %1.2), osteoartroz(n=1, %1.2), görme sorunları (n=1, %1.2)dir. Bakım veren grubunun 12'si (%15) antidepresan, 1'i (%1.3) antipsikotik ilaç kullanmaktadır. Bakım verenlerin 13'ü (%16.3) hastadan başka en az bir kişiye daha bakım vermektedir. Bakım verenlerin 30'u (%37.5) aile ile ilgili, 19'u (%23.8) ekonomik, 12'si (%15) fiziksel sağlıklarıyla ilgili, 9'u (%11.2) partnerleriyle ilgili, 5'i (%6.2) işleriyle ilgili, 1'i (%1.2) de cinsel alanda stresör tariflemiştir.

Bakım verenlerin aldıkları en sık tanıları yaşam boyu depresyon (n=29, %36.2), aktif depresyon (n=25, %31.2), yaygın anksiyete bozukluğu (n=14,%17.5), somatoform bozukluklar (n=10, %12.5), panik bozukluk (n=8, %10), travma sonrası stres bozukluğu (n=7, %8.8), uyum bozuklukları (n=6, %7.5), anksiyete bozuklukları başka türlü sınıflandırılmamış (n=2, %2.5), obsesif kompulsif bozukluk (n=1, %1.2), sosyal fobi (n=1, %1.2), özgül fobi (n=1, %1.2) olarak sıralanmıştır. Bakım verenlerin 26'sı (%32.5) hiçbir tanı almamıştır, 20 tanesi (%25) tek bir tanıya sahipken 34 tanesi de (%42.5) birden fazla tanıya sahiptir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Hasta ve Bakım Veren Grubunun Tanı ve Tedavileri

Hastalar		N	%
Ek medikal hastalık	Yok	68	85
	Hipertansiyon	3	3.75
	DM	3	3.75
	Hipotiroidi	3	3.75
	Koah	2	2.5
	Obezite	2	2.5
Ek ruhsal hastalık	Depresyon	6	7.5
	Anksiyete bozukluğu	2	2.5
	İnsomnia	1	1.3
	Alkol-madde kullanım bozukluğu	1	1.3
	Obsesif kompulsif bozukluk	1	1.3
Antipsikotik kullanımı	Klozapin	38	47.5
	Risperidon	17	21.2
	Aripiprazol	13	16.2
	Paliperidon	10	12.5
	Zuklopentiksol	9	11.2
	Amisulpirid	7	8.8
	Olanzapin	4	5
	Flupentiksol	2	1.9
	Haloperidol	2	1.9
	Tekli antipsikotik	61	76.2
	Kombine antipsikotik	29	23.8
Antidepresan kullanımı	Yok	56	70
	Var	24	30
Bakım verenler			
Tanı yok		26	32.5
Depresyon-yaşam boyu		29	36.2
Depresyon-şimdi		25	31.2
Yaygın Anksiyete Bozukluğu		14	17.5
Somatoform bozukluk		10	12.5
Panik bozukluk		8	10
TSSB		7	8.8
Uyum bozuklukları		6	7.5
Anksiyete bozukluğu, diğer		2	2.5
Obsesif kompulsif bozukluk		1	1.2
Sosyal fobi		1	1.2
Özgül fobi		1	1.2

PBDÖ varsanı ortalama puanları 5.50 (± 6.75 0-27), PBDÖ sanrı alt ölçeği ortalama puanları 10.96 (± 9.72 0-42), PBDÖ garip davranış alt ölçeği ortalama puanları 6.51 (± 6.58 0-25), PBDÖ pozitif formal düşünce bozukluğu alt ölçeği

ortalama puanları 6.12(± 9.78 , 0-42), PBDÖ total puanları ortalaması ise 29.67 (± 31.25 0-101) dir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. PBDÖ Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri

	N	minimum	maximum	ortalama	Ss
PBDÖ-varsanı	80	0	27	5.56	6.75
PBDÖ-sanrı	80	0	42	10.96	9.72
PBDÖ-garip davranış	80	0	25	6.51	6.58
PBDÖ-pozitif formal düşünce bozukluğu	80	0	42	6.12	9.78
PBDÖ-toplam	80	0	101	29.67	31.25

PBDÖ: Pozitif belirtileri derecelendirme ölçeği, ss:standart sapma

NBDÖ duygulanımda düzleşme ya da küntleşme alt ölçeği ortalama puanı 17.96 (± 11.70 , 0-35), NBDÖ aloji alt ölçeği ortalama puanı 10.51 (± 7.98 , 0-25), NBDÖ enerji ve isteğin azalması alt ölçeği ortalama puanı 10.08 (± 5.82 , 0-20), NBDÖ zevk alma ve toplumsal çekilme ortalama puanı 15.65 (± 7.62 , 0-25), NBDÖ dikkat alt ölçeği ortalama puanı 5.61 (± 4.92 , 0-15), NBDÖ toplam ölçek ortalama puanı 59.82 (± 31.25 , 0-120) olarak hesaplandı (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. NBDÖ Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri

	N	minimum	maximum	Ortalama	Ss
NBDÖ-duygulanım	80	0	35	17.96	11.70
NBDÖ-aloji	80	0	25	10.51	7.98
NBDÖ-enerji	80	0	20	10.08	5.82
NBDÖ-zevk-eğlence	80	0	25	15.65	7.62
NBDÖ-dikkat	80	0	15	05.61	4.92
NBDÖ-toplam	80	0	120	59.82	31.25

NBDÖ: Negatif belirtileri derecelendirme ölçeği, ss:standart sapma

UKU yan etki değerlendirme ölçeğinde ruhsal yan etkiler ölçeği ortalama puanı 10.52 (± 5.54 , 0-27), nörolojik yan etkiler alt ölçeği ortalama puanı 1.98 (± 3.37 , 0-15), otonomik yan etkiler alt ölçeği ortalama puanı 4.25 (± 4.24 , 0-19), toplam ölçek

ortalama puanı 20.56 (± 11.12 , 0-49) olarak bulundu. CŞDÖ ortalama puanı ise 4.16 (± 0.77 , 0-23) idi. Buna göre hastaların 8'inde (%10) depresyon bulunmaktaydı (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. UKU Yan Etkiler Ölçeği ve CŞDÖ Tanımlayıcı İstatistikleri

	N	minimum	maximum	ortalama	Ss
UKU-ruhsal yan etkiler	80	0	27	10.52	5.54
UKU-nörolojik yan etkiler	80	0	15	1.98	3.37
UKU-otonomik yan etkiler	80	0	19	4.25	4.24
UKU-toplam	80	0	49	20.56	11.12
CŞDÖ- toplam	80	0	23	4.16	0.77

CŞDÖ: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, ss:standart sapma

Hastaların SİÖ'den aldıkları puanlar incelendiğinde, sosyal uğraşı/sosyal çekilme alt ölçeği ortalama puanları 9.13 (± 2.75 , 2-15), kişilerarası işlevsellik alt ölçeği ortalama puanları 4.60 (± 2.70 , 0-11), öncül sosyal etkinlikler alt ölçeği ortalama puanları 2.40 (± 3.21 , 0-10), boş zamanları değerlendirme alt ölçeği ortalama puanları 9.50 (± 6.38 , 0-25), bağımsızlık düzeyi-yetkinlik alt ölçeği ortalama puanları 25.47 (± 10.33 , 0- 39), bağımsızlık düzeyi-performans alt ölçeği ortalama puanları 16.66 (± 9.21 , 0- 36), iş/meslek alt ölçeği ortalama puanları 2.40 (± 3.21 , 0- 10), toplam ortalama puanları ise 76.32 (± 31.14 , 3-143) olarak hesaplandı (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. SİÖ Tanımlayıcı İstatistikleri

	N	minimum	maximum	ortalama	Ss
SİÖ-çekilme	80	2	15	9.13	2.75
SİÖ-kişiler arası işlevsellik	80	0	11	4.60	2.70
SİÖ-öncü sosyal etkinlikler	80	0	10	2.40	3.21
SİÖ-boş zamanları değerlendirme	80	0	25	9.50	6.38
SİÖ-bağımsız yetkinlik	80	0	39	25.47	10.33
SİÖ-bağımsız performans	80	0	36	16.66	9.21
SİÖ-iş meslek	80	0	10	2.40	3.21
SİÖ-toplam	80	3	143	76.32	31.14

SİÖ: sosyal işlevsellik ölçeği, ss: standart sapma

Bakım verenlerin AÇYSDÖ'den aldıkları puanlar; aile alt ölçeğinden ortalama 18.58 ± 8.44 , özel biri alt ölçeğinden 14.17 ± 8.44 , arkadaş alt ölçeğinden 14.17 ± 8.44 ve total puan olarak ortalama 50.88 ± 21.33 olarak sıralanmıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. AÇYSDÖ Tanımlayıcı İstatistikleri

	N	minimum	maximum	ortalama	ss
AÇYSDÖ-aile	80	4	28	18.58	8.44
AÇYSDÖ-özel biri	80	4	28	14.17	8.44
AÇYSDÖ-arkadaş	80	4	28	14.17	8.44
AÇYSDÖ-toplam	80	12	84	50.88	21.33

AÇYSDÖ: Algılanan çok yönlü sosyal destek ölçeği, ss: standart sapma

Bakım verenlerin TSBÖ'den aldıkları puanlara bakıldığında ise benlik algısında değişim alt ölçeğinden ortalama 27.78 puan (± 14.29 0-50), yaşam felsefesinde değişim alt ölçeğinden ortalama 16.71 (± 9.41 , 0-33), başkalarıyla ilişkilerde değişim alt ölçeğinden ortalama 10.98 (± 7.21 , 0-25), ölçek toplamında ise ortalama 53.62 (± 27.13 , 0-100) aldıkları görülmüştür (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. TSBÖ Tanımlayıcı İstatistikleri

	N	minimum	maximum	ortalama	ss
TSBÖ-benlik algısında değişim	80	0	50	27.78	14.29
TSBÖ-yaşam felsefesinde değişim	80	0	33	16.71	9.41
TSBÖ-başkalarıyla ilişkilerde değişim	80	0	25	10.98	7.21
TSBÖ toplam	80	0	100	53.62	27.13

TSBÖ: Travma sonrası büyüme ölçeği, ss: standart sapma

Bakım verenler dinsel bağlılık ölçeğinden ise bireysel dinsel bağlılık alt ölçeğinde ortalama 15.57 (± 7.73 , 6-30), kişilerarası dinsel bağlılık alt ölçeğinde ortalama 8.30 (± 4.80 , 4-20), ölçek toplamında ise ortalama 24.57 (± 12.04 , 10-49) puan almışlardır (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. DBÖ Tanımlayıcı İstatistikleri

	N	minimum	maximum	ortalama	ss
DBÖ-bireysel	80	6	30	15.57	7.73
DBÖ-kişiler arası	80	4	20	8.30	4.80
DBÖ-toplam	80	10	49	24.57	12.04

DBÖ: Dinsel Bağlılık Ölçeği, ss: standart sapma

Hastaların yaşı, öğrenim süresi ve hastalık süresi ile TSBÖ arasındaki ilişkiye bakıldığında, toplam ve alt faktör puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ($p > 0.05$). Bakım verenlerin yaşı ve bakım verme süresi ile de TSBÖ alt ölçekleri ve toplam puanları arasında anlamlı korelasyon yoktur ($p > 0.05$). **Ancak bakım verenin öğrenim süresi ile TSBÖ yaşam felsefesinde değişim alt ölçeği, başkalarıyla ilişkilerde değişim alt ölçeği ve TSBÖ toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf kuvvette korelasyon mevcuttur ($p < 0.05$) (Tablo 4.10).**

Tablo 4.10. Sosyodemografik Değişkenlerle TSB İlişkisi

	Travma Sonrası Büyüme Ölçeği			
	Benlik algısında değişim	Yaşam felsefesinde değişim	Başkalarıyla ilişkide değişim	Total
Hastanın yaşı	R -0.035	-0.034	0.007	-0.042
	P 0.758	0.761	0.948	0.710
Öğrenim süresi	R 0.182	0.181	0,054	0.212
	P 0.106	0.109	0,634	0.059
Hastalık süresi	R -0.86	-0.85	-0,069	-0.049
	P 0.446	0.453	0.543	0.668
Bakımveren yaşı	R -0.007	0.015	0.081	0.049
	P 0.952	0.894	0.476	0.665
Bakımveren öğrenim süresi	R 0.191	0.237	0.266	0.241
	P 0.089	0.034*	0.017*	0.031*
Bakım verme süresi	R -0.018	0.007	0.042	-0.002
	P 0.875	0.950	0.714	0.989

* $p < 0.05$

Hastaların cinsiyetine göre TSBÖ'den aldıkları puanlar incelendiğinde erkeklerin yaşam felsefesinde değişim alt ölçeğinden anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı gözlenmiştir ($p<0.05$). Diğer alt ölçeklerde ve ölçek toplamında ise cinsiyetler arası anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin cinsiyetine göre TSBÖ'den aldıkları puanlar incelendiğinde ise ölçek toplamında ve alt ölçeklerde anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Hasta ve Bakım Verenin Cinsiyeti ile TSB İlişkisi

		Hastanın Cinsiyeti		T	df	p değeri
		Kadın (Ort±ss)	Erkek (Ort±ss)			
TSBÖ	Benlik algısında değişim	24.96±14.00	29.48±14.33	-1.375	78	0.173
	Yaşam felsefesinde değişim	13.86±8.24	18.42±9.73	-2.142	78	0.035*
	Başkalarıyla ilişkide değişim	10.20±7.01	11.46±7.36	-0.754	78	0.453
	Toplam	48.83±25.09	56.50±28.13	-1.227	78	0.223
		Bakım Verenin Cinsiyeti		T	df	p değeri
		Kadın (Ort±ss)	Erkek (Ort±ss)			
TSBÖ	Benlik algısında değişim	29.58±14.37	25.70±14.09	1.214	78	0.228
	Yaşam felsefesinde değişim	18.41±9.53	14.72±8.99	1.771	78	0.080
	Başkalarıyla ilişkide değişim	11.04±7.55	10.91±6.91	0.078	78	0.938
	Toplam	56.04±28.67	50.81±25.32	0.859	78	0.393

TSBÖ: Travma sonrası büyüme ölçeği, Ort: ortalama, ss: standart sapma, * $p<0.05$

Hastanın ve bakım vereninin medeni durumlarına göre TSBÖ alt ölçekleri ve toplam puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Hasta ve Bakım Vereninin Medeni Durumu ile TSB İlişkisi

			Hastanın medeni durumu			χ^2	p değeri
			Bekar	Evli	Dul/Boşanmış		
TSBÖ	Benlik algısında değişim	ort $\pm$ ss med(min-max)	29.06 $\pm$ 13.96 31.5 0-50	25.68 $\pm$ 14.25 27 2-49	26.30 $\pm$ 16.70 34.5 0-44	1.841	0.398
	Yaşam felsefesinde değişim	ort $\pm$ ss med(min-max)	17.43 $\pm$ 9.28 19.5 0-32	15.81 $\pm$ 9.10 17 0-33	15.20 $\pm$ 11.29 13.5 0-33	0.915	0.633
	Başkalarıyla ilişkide değişim	ort $\pm$ ss med(min-max)	11.43 $\pm$ 7.41 12.5 0-25	9.77 $\pm$ 6.57 8 1-24	11.50 $\pm$ 8.01 12.5 0-25	2.071	0.355
	Toplam	ort $\pm$ ss med(min-max)	55.04 $\pm$ 27.25 63 0-100	48.45 $\pm$ 26.46 49.5 3-100	58.20 $\pm$ 29.14 66.5 5-97	4.059	0.131
			Bakım vereninin medeni durumu			χ^2	p değeri
			Bekar	Evli	Dul/Boşanmış		
TSBÖ	Benlik algısında değişim	ort $\pm$ ss med(min-max)	25.33 $\pm$ 13.03 22 0-40	28.47 $\pm$ 14.28 31 0-50	26.81 $\pm$ 15.64 26.5 4-49	0.514	0.773
	Yaşam felsefesinde değişim	ort $\pm$ ss med(min-max)	15.77 $\pm$ 8.55 15 1-26	16.69 $\pm$ 9.36 19 0-33	17.31 $\pm$ 10.54 13 2-33	0.151	0.927
	Başkalarıyla ilişkide değişim	ort $\pm$ ss med(min-max)	11.55 $\pm$ 6.32 12 0-19	10.98 $\pm$ 7.13 12 0-24	10.68 $\pm$ 8.34 8.5 0-25	0.223	0.895
	Toplam	ort $\pm$ ss med(min-max)	50.00 $\pm$ 24.93 50 1-80	54.90 $\pm$ 16.63 59 0-100	51.25 $\pm$ 31.19 50 5-100	0.376	0.829

TSBÖ: Travma sonrası büyüme ölçeği, ort: ortalama, med: median, ss: standart sapma, min: minimum, max: maksimum

Evde yalnızca hastayla yaşayan bakım verenlerin TSB skoru, hastayla tek yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha düşüktür ($p=0,018$). Evde sadece hastayla yaşayan bakım verenlerde depresyon anlamlı olarak daha fazla izlenmiştir ($p=0,002$). Evde yalnızca hastayla yaşıyor olmak, diğer gruba göre

bakım verendeki depresyon riskini 5,4 kat arttırmaktadır (RR= 5,42, CI=1,83-16,05).

Bakım verenin gelir düzeyine göre TSBÖ alt ölçekleri ve toplam puanları değerlendirildiğinde de gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Bakım Verenin Gelir Düzeyi ile TSB İlişkisi

			Bakım verenin gelir düzeyi			χ^2	p değeri
			Düşük	Orta	Yüksek		
TSBÖ	Benlik algısında değişim	ort±ss med(min-max)	25.88±14.53 29 0-49	28.35±14.44 31 0-50	32.66±12.75 36 8-46	1.822	0.402
	Yaşam felsefesinde değişim	ort±ss med(min-max)	15.32±9.54 15.5 0-33	17.16±9.21 17 0-33	20.11±9.75 25 3-31	2.145	0.342
	Başkalarıyla ilişkide değişim	ort±ss med(min-max)	9.11±6.82 8 0-24	11.94±7.56 12 0-25	14.11±5.88 13 4-25	4.352	0.113
	Toplam	ort±ss med(min-max)	50.64±27.77 51 3-100	54.32±27.69 60 0-100	62.00±22.72 68 14-85	1.369	0.504

TSBÖ: Travma sonrası büyüme ölçeği, ort: ortalama, med: median, ss: standart sapma, min: minimum, max: maksimum

Hastanın ve bakım verenin çalışma durumuna göre TSBÖ alt ölçekleri ve toplam puanından aldıkları sonuçlar incelendiğinde de gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Hasta ve Bakım Vereninin Çalışma Durumu ile TSB İlişkisi

		Hastanın çalışma durumu				z	p değeri
TSBÖ		Çalışıyor		Çalışmıyor			
		(Ort±ss)	Med (min-max)	(Ort±ss)	Med (min-max)		
	Benlik algısında değişim	26.85±15.11	25.5 6-50	28.10±14.12	31 0-49	-0.189	0,850
	Yaşam felsefesinde değişim	17.15±9.59	13 2-33	16.56±9.42	18 0-33	-0.228	0,820
	Başkalarıyla ilişkide değişim	11.05±6.46	8.5 3-24	10.96±7.50	12 0-25	-0.106	0.916
Toplam	52.80±28.29	54 12-100	53.90±26.97	59.5 0-100	-0.328	0.743	
		Bakım verenin çalışma durumu				Z	p değeri
TSBÖ		Çalışıyor		Çalışmıyor			
		(Ort±ss)	Med (min-max)	(Ort±ss)	Med (min-max)		
	Benlik algısında değişim	29.90±13.01	34.5 2-48	27.08±14.72	29.5 0-50	-0.706	0,480
	Yaşam felsefesinde değişim	15.45±8.38	15 0-26	17.13±9.76	18 0-33	-0.690	0.490
	Başkalarıyla ilişkide değişim	11.50±6.22	13 0-22	10.81±7.56	10 0-25	-0.523	0.601
Toplam	53.90±24.20	60 3-83	53.53±28.23	54 0-100	-0.011	0.991	

TSBÖ: Travma sonrası büyüme ölçeği, ort: ortalama, med: median, ss: standart sapma, min: minimum, max: maksimum

Hastanın bildirilen medikal ya da ruhsal hastalık eş tanısının varlığının da TSBÖ ve alt ölçekleri ile anlamlı ilişkisi gözlenmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Hastanın Eş Tanısı-TSB İlişkisi

		Hastanın medikal hastalığı				Z	p değeri
TSBÖ		Var		Yok			
		(Ort±ss)	Med(min-max)	(Ort±ss)	Med(min-max)		
	Benlik algısında değişim	30.33±14.27	33 5-50	27.33±14.35	30.5 0-49	-0.661	0,509
	Yaşam felsefesinde değişim	17.33±9.01	18 2-32	16.60±9.54	17.5 0-33	-0.216	0.829
	Başkalarıyla ilişkide değişim	10.91±5.91	12 0-21	11.00±7.46	10.5 0-25	-0.081	0.935
	Toplam	55.33±26.52	58.5 5-98	53.32±27.42	58 0-100	-0.168	0.866
		Hastanın ruhsal hastalık eş tanısı				Z	p değeri
TSBÖ		Var		Yok			
		(Ort±ss)	Med(min-max)	(Ort±ss)	Med(min-max)		
	Benlik algısında değişim	20.45±16.43	22 0-43	28.95±13.69	30.5 0-49	0.098	0,098
	Yaşam felsefesinde değişim	14.27±12.19	13 0-31	17.10±8.94	18 0-33	-0.783	0.434
	Başkalarıyla ilişkide değişim	8.54±7.76	10 0-20	11.37±7.11	11 0-25	-1.120	0.263
	Toplam	47.54±32.64	60 1-84	54.59±26.30	58 0-100	-0.524	0.600

TSBÖ: Travma sonrası büyüme ölçeği, ort: ortalama, med: median, ss: standart sapma, min: minimum, max: maksimum

Başka birisine daha bakım verme durumu olan bakım verenlerle olmayanlar karşılaştırıldığında TSBÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Birden Fazla Kişiye Bakım Verme Durumu-TSB İlişkisi

		Birden fazla kişiye daha bakım verme				z	p değeri
TSBÖ		Var		Yok			
		(Ort±ss)	Med(min-max)	(Ort±ss)	Med(min-max)		
	Benlik algısında değişim	24.69±17.75	32 2-49	28.38±13.59	31 0-50	-0.561	0,575
	Yaşam felsefesinde değişim	14.92±10.82	15 0-33	17.05±9.16	19 0-33	-0.796	0.426
	Başkalarıyla ilişkide değişim	11.00±8.07	8 1-25	10.98±7.10	11 0-25	-0.046	0.964
Toplam	48.30±34.07	60 3-100	54.65±25.75	58 0-100	-0.757	0.449	

TSBÖ: Travma sonrası büyüme ölçeği, ort: ortalama, med: median, ss: standart sapma, min: minimum, max: maksimum

PBDÖ ve NBDÖ alt ölçekleri ile toplam puanları ve TSBÖ ile alt ölçekleri ve toplam puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. PBDÖ-NBDÖ ile TSBÖ İlişkisi

Travma Sonrası Büyüme Ölçeği				
	Benlik algısında değişim	Yaşam felsefesinde değişim	Başkalarıyla ilişkide değişim	Total
PBDÖ-varsanı*	R 0.008	-0.102	-0.150	-0.100
	P 0.943	0.369	0.184	0.376
PBDÖ-sanrı*	R 0.149	0.048	0,038	0.069
	P 0.186	0.671	0,738	0.545
PBDÖ-garip davranış*	R 0.79	0.14	0,001	0.029
	P 0.486	0.903	0.990	0.801
PBDÖ-pozitif formal**	R -0.005	- 0.061	0.027	- 0.083
	P 0.961	0.591	0.811	0.463
PBDÖ-toplam*	R 0.111	- 0.014	- 0.008	0.008
	P 0.328	0.904	0.945	0.946
Travma Sonrası Büyüme Ölçeği				
	Benlik algısında değişim	Yaşam felsefesinde değişim	Başkalarıyla ilişkide değişim	Total
NBDÖ-duygulanım*	R 0.085	0.089	0.078	0.110
	P 0.453	0.432	0.492	0.333
NBDÖ-aloji*	R -0.010	-0.020	0.035	0.017
	P 0.932	0.857	0.755	0.879
NBDÖ-enerji*	R -0.030	0.012	-0,045	0.003
	P 0.794	0.917	0.691	0.976
NBDÖ-zevk*	R 0.053	0.113	0.082	0.102
	P 0.639	0.320	0.467	0.369
NBDÖ-dikkat*	R 0.177	0.118	0.151	0.164
	P 0.117	0.298	0.181	0.146
NBDÖ-toplam*	R 0.065	0.076	- 0.074	0.097
	P 0.569	0.501	0.515	0.393

PBDÖ: Pozitif belirtileri dercelendirme ölçeği, NBDÖ: Negatif belirtileri derecelendirme ölçeği, TSBÖ: Travma sonrası büyüme ölçeği *-Pearson korelasyon **Spearman korelasyon

SİÖ toplam ve alt ölçek puanları ile TSBÖ toplam ve alt ölçek puanları Pearson korelasyon testi ile karşılaştırıldığında SİÖ bağımsız performans alt ölçeği ile benlik algısında değişim alt ölçeği ve TSBÖ toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf korelasyon bulunmaktadır ($p<0.05$). Aynı şekilde bağımsız yetkinlik alt ölçeği ve TSBÖ toplam puanı arasında da pozitif yönde zayıf korelasyon mevcuttur. SİÖ'nün diğer alt ölçekleri ile toplam puanı ve TSBÖ arasında ise anlamlı korelasyon saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. SİÖ-TSB İlişkisi

	Travma Sonrası Büyüme Ölçeği			
	Benlik algısında değişim	Yaşam felsefesinde değişim	Başkalarıyla ilişkide değişim	Total
SİÖ-çekilme	R 0.044	0.069	0.471	0.047
	P 0.699	0.543	0.492	0.682
SİÖ-kişiler arası ilişkiler	R 0.018	0.043	0.011	0.010
	P 0.876	0.704	0.920	0.932
SİÖ-öncü sosyal etkinlik	R 0.032	0.062	-0.063	0.053
	P 0.775	0.584	0.576	0.643
SİÖ-boş zaman	R 0.107	0.078	0.114	0.109
	P 0.345	0.491	0.312	0.336
SİÖ-bağımsız yetkinlik	R 0.161	0.114	0.171	0.225
	P 0.153	0.314	0.130	0.045*
SİÖ-bağımsız performans	R 0.226	0.208	0.188	0.271
	P 0.044*	0.064	0.096	0.015*
SİÖ-iş-meslek	R 0.143	0.162	0.085	0.129
	P 0.206	0.151	0.451	0.255
SİÖ-total	R 0.170	0.156	0.167	0.207
	P 0.132	0.167	0.138	0.065

SİÖ: Sosyal işlevsellik ölçeği, TSBÖ: Travma sonrası büyüme ölçeği, * $p<0.05$

UKU yan etki ölçeği ile TSBÖ toplam ve alt ölçekleri ilişkisine bakıldığında aralarında anlamlı korelasyon gözlenmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. UKU Yan Etkiler Ölçeği-TSB İlişkisi

	Travma Sonrası Büyüme Ölçeği			
	Benlik algısında değişim	Yaşam felsefesinde değişim	Başkalarıyla ilişkide değişim	Total
UKU-ruhsal*	R 0.044	-0.053	0.060	-0.023
	P 0.696	0.642	0.596	0.836
UKU-nörolojik**	R 0.101	0.086	0.112	0.150
	P 0.374	0.447	0.325	0.185
UKU-otonom*	R 0.137	- 0.007	-0,037	0.031
	P 0.225	0.950	0.744	0.788
UKU-diğer*	R 0.151	0.071	0.008	0.070
	P 0.182	0.530	0.944	0.535
UKU-total*	R 0.140	0.005	0.031	0.039
	P 0.217	0.964	0.786	0.733

*pearson **spearman

Hastada CŞDÖ’de depresyonun olup olmamasına göre TSBÖ puanlarına bakıldığında da depresyonu olan ve olmayan grup arasında anlamlı fark gözlenmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Hastada Depresyonun Varlığı ile TSB İlişkisi

		Hastanın CŞDÖ'ye göre depresyon varlığı				z	p değeri
TSB Ö		Var		Yok			
		(Ort±ss)	Med (min-max)	(Ort±ss)	Med (min-max)		
	Benlik algısında değişim	23.37±16.55 43	24 2-	28.27±14.06	31 0-50	-0.746	0,456
	Yaşam felsefesinde değişim	13.00±9.38	13,5 0-27	17.12±9.39	18 0-33	-1.148	0.251
	Başkalarıyla ilişkide değişim	9.12±8.79	6 0-23	11.19±7.06	11,5 0-25	-0.699	0.484
	Toplam	42.50±31.17 84	40,5 3-	54.89±26.60	59,5 0-100	-1.099	0.272

TSBÖ: Travma sonrası büyüme ölçeği, CŞDÖ: Calgary şizofrenide depresyon ölçeği, ort: ortalama, med: median, ss: standart sapma, min: minimum, max: maksimum

Stresör tarifleyen ve tariflemeyen bakım verenlerin TSBÖ puanları karşılaştırıldığında stresör tariflemeyenlerin puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. Bakım Verende Stresör Varlığı- TSB İlişkisi

		Bakım Veren Stresörü		t	df	p değeri
		Var (Ort±ss)	Yok (Ort±ss)			
TSBÖ	Benlik algısında değişim	25.27±13.94	30.86±14.30	-1.763	78	0.082
	Yaşam felsefesinde değişim	15.36±8.63	18.36±10.16	-1.426	78	0.158
	Başkalarıyla ilişkide değişim	9.90±7.05	12.30±7.29	-1.488	78	0.141
	Toplam	48.25±26.53	60.19±26.75	-1.995	78	0.049*

TSBÖ: Travma sonrası büyüme ölçeği, ort: ortalama, ss: standart sapma, * $p<0.05$

Stresörü olan ve olmayan grupta aktif depresyonun varlığı fisher's exact test kullanılarak araştırıldığında anlamlı ilişkinin bulunduğu ve stresörün bulunmasının aktif depresyon riskini 3.8 kat arttırdığı görülmüştür ($p<0.05$).

Dinsel bağlılık ölçeği ile TSBÖ ölçeğinin ilişkisi Pearson korelasyon testi ile karşılaştırıldığında DBÖ alt ölçek ve toplam puanı TSBÖ tüm alt ölçekleri ve toplam puanı ile pozitif yönde orta kuvvette korelasyona sahiptir ($p<0.05$) (Tablo 4.22).

Tablo 4.22. DBÖ ile TSB İlişkisi

	Travma Sonrası Büyüme Ölçeği			
	Benlik algısında değişim	Yaşam felsefesinde değişim	Başkalarıyla ilişkide değişim	Total
Bireysel Dinsel Bağlılık	R 0.395	0.322	0.413	0.478
	P 0.000**	0.004*	0.000**	0.000**
Kişiler arası dinsel bağlılık	R 0.326	0.316	0.376	0.419
	P 0.003*	0.004*	0.001*	0.000**
DBÖ total	R 0.414	0.373	0.450	0.509
	P 0.000**	0.001*	0.000**	0.000**

DBÖ: Dinsel bağlılık ölçeği, * $p<0.05$, ** $p<0.001$

AÇYSDÖ puanları ile TSBÖ arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi ile karşılaştırıldığında AÇYSDÖ özel biri alt ölçeği benlik algısında değişim alt ölçeği ile zayıf kuvvette pozitif korele, başkalarıyla ilişkide değişim alt ölçeği ve toplam TSBÖ puanı ile ise orta kuvvette pozitif korele bulunmuştur ($p<0.05$). AÇYSDÖ-aile alt ölçeği de benlik algısında değişim, başkalarıyla ilişkide değişim alt ölçeği ve toplam TSBÖ puanı ile ise orta kuvvette pozitif korele bulunmuştur ($p<0.05$). AÇYSDÖ arkadaş alt ölçeğinin benlik algısında değişim alt ölçeği ile zayıf pozitif korele, başkalarıyla ilişkide değişim alt ölçeği ve toplam TSBÖ puanı ile ise orta kuvvette pozitif korele olduğu görülmüştür ($p<0.05$). AÇYSDÖ toplam puanları da benlik algısında değişim, başkalarıyla ilişkide değişim alt ölçeği, toplam TSBÖ puanı ile ise orta kuvvette pozitif korelasyona sahiptir ($p<0.05$). Yaşam felsefesinde değişim alt ölçeği ile ise düşük kuvvette pozitif korelasyon vardır ($p<0.05$) (Tablo 4.23).

Tablo 4.23. AÇYSDÖ-TSBÖ ilişkisi

	Travma Sonrası Büyüme Ölçeği			
	Benlik algısında değişim	Yaşam felsefesinde değişim	Başkalarıyla ilişkide değişim	Total
AÇYSDÖ-özel biri	R 0.266	0.197	0.367	0.355
	P 0.017*	0.080	0.001*	0.001*
AÇYSDÖ-aile	R 0.415	0.216	0.406	0.413
	P 0.000**	0.054	0.000**	0.000**
AÇYSDÖ-arkadaş	R 0.266	0.197	0.367	0.355
	P 0.017*	0.080	0.001*	0.001*
AÇYSDÖ-toplam	R 0.457	0.292	0.462	0.500
	P 0.000**	0.008*	0.000**	0.000**

AÇYSDÖ: Algılanan çok yönlü sosyal destek ölçeği, * $p<0.05$, ** $p<0.001$

Aynı şekilde AÇYSDÖ'nün aktif depresyonu olan ve olmayan gruplardaki ortalamaları arasındaki farka bakıldığında depresyonu olan grupta AÇYSDÖ puanlarının anlamlılık derecesinin düşük olduğu görülmüştür ($z=-4.039$, $p<0.001$).

SCID-I'e göre psikiyatrik tanısı olan ve olmayan, panik bozukluk tanısı olan ve olmayan, yaygın anksiyete bozukluğu olan ve olmayan ile somatoform bozukluğu

olan ve olmayan gruplar arasında TSBÖ alt ölçekleri ve toplam puanlar arasında anlamlı fark gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Aktif depresyonu olanlar, geçirilmiş depresyonu olanlar, hem aktif hem geçirilmiş depresyonu olanlar ve hiç depresyon öyküsü olmayanlar arasında yapılan varyans analizinde başkalarıyla ilişkilerde değişim alt ölçeği, benlik algısında değişim alt ölçeği ve toplam TSBÖ puanlarında gruplar arası farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.24). Post hoc analizlerde hem aktif depresyonu olan, hem de geçirilmiş depresyonu olan grup hiç depresyon geçirmemiş grup ve aktif depresyonu olmayıp geçirilmiş depresyonu olan gruptan anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.24. Bakım Verende Depresyon Varlığına Göre TSB

			Bakım verenin depresyon tanısı				χ^2	p değeri
			Aktif	Geçirilmiş	Aktif+geçirilmiş	Yok		
TSBÖ	Benlik algısında değişim	ort±ss med (min-max)	23.50±14.51 22.5 2-42	33.14±13.89 33.5 5-48	19.93±13.18 20 0-49	29.87±13.78 34 0-50	8.035	0.045*
	Yaşam felsefesinde değişim	ort±ss med (min-max)	15.40±8.75 15.5 0-27	19.14±8.53 22.5 3-29	12.26±8.38 12 0-30	17.82±9.91 18 0-33	5.248	0.155
	Başkalarıyla ilişkide değişim	ort±ss med (min-max)	8.50±5.60 7.5 1-19	12.21±7.47 12.5 0-25	6.46±5.27 5 0-19	12.82±7.39 14 0-25	10.416	0.015*
	Toplam	ort±ss med (min-max)	44.70±25.93 42 3-80	62.35±25.74 73 10-88	35.66±24.44 34 0-94	59.39±26.01 66 1-100	11.276	0.010*

TSBÖ: Travma sonrası büyüme ölçeği, ort: ortalama, med: median, ss: standart sapma, min: minimum, max: maksimum, * $p<0.05$

Bakım veren grubu aktif depresyonu olan ve olmayanlar olarak iki gruba ayrıldığında da tüm alt ölçekler ve TSBÖ toplam puanında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.25).

Tablo 4.25. Bakım Verende Aktif Depresyon Varlığına Göre TSB

		Bakım verende aktif depresyon varlığı				z	p değeri
TSBÖ		Var		Yok			
		(Ort±ss)	Med(min-max)	(Ort±ss)	Med(min-max)		
	Benlik algısında değişim	21.36±13.55	20 0-49	30.70±13.76	34 0-50	-2.633	0.008*
	Yaşam felsefesinde değişim	13.52±8.50	12 0-30	18.16±9.52	20 0-33	-2.073	0.038*
	Başkalarıyla ilişkide değişim	7.28±5.38	5 0-19	12.67±7.35	13 0-25	-3.126	0.002*
	Toplam	39.2±24.92	35 0-94	60.14±25.73	66 1-100	-3.213	0.001*

TSBÖ: Travma sonrası büyüme ölçeği, ort: ortalama, med: median, ss: standart sapma, min: minimum, max: maksimum, * $p<0.05$

Aynı zamanda TSSB olan ve olmayanlar arasında da anlamlı farklılık mevcuttur ($p<0.005$) (Tablo 4.26).

Tablo 4.26. TSSB ile TSB ilişkisi

TSBÖ		Bakım verende TSSB varlığı				z	p değeri
		Var		Yok			
		(Ort±ss)	Med (min-max)	(Ort±ss)	Med (min-max)		
	Benlik algısında değişim	41.71±11.67	46 16-50	26.45±13.86	29 0-49	-3.032	0.002*
Yaşam felsefesinde değişim	26.42±5.91	26 15-33	15.78±9.17	15 0-33	-2.906	0.004*	
Başkalarıyla ilişkide değişim	17.85±5.78	21 9-24	10.32±7.02	10 0-25	-2.602	0.009	
Toplam	81.71±16.77	83 50-100	60.14±25.73	66 1-100	-3.040	0.002*	

TSBÖ: Travma sonrası büyüme ölçeği, TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu, ort: ortalama, med: median, ss: standart sapma, min: minimum, max: maksimum, * $p<0.05$

Bakım verenlerde aktif depresyon varlığı, dini bağlılık, algılanan sosyal destek ve TSSB varlığının TSB üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla hiyerarşik çoklu doğrusal regresyon analizi uygulandı. İlk modelde bakım verenin eğitim süresinin TSBÖ toplam puanındaki varyansın %4'ünden sorumlu olduğu saptandı, $F(1,78)=4.823$; $p<0.05$. Hastayla ilişkili faktörlere bakıldığında ikinci basamakta ek %4.9 varyans artışı gözlemlendi, $F(2,77)=5.134$; $p<0.05$. Bakım verenle ilişkili faktörler ise %38.9'luk varyans artışına yol açtı $F(7,72)=11.598$; $p<0.001$. Son model TSB'deki değişikliğin %48.4'ünü açıklamaktadır. Algılanan sosyal destek TSB ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur, $\beta=0.287$, $p<0.05$. Dini bağlılık ölçeğindeki puanlardaki artış TSB'deki artış ile ilişkili saptanmıştır, $\beta=0.474$, $p<0.001$. TSSB'nun varlığı total TSB skorlarında daha yüksek puanlarla ilişkili görülmüştür, $\beta=0.309$, $p<0.001$. Bununla birlikte bakım verenin eğitim süresi, SİÖ-bağımsız performans alt ölçeği puanları, depresyon ya da stresörün varlığı son modele göre TSB'deki değişiklikleri anlamlı derecede açıklamamaktadır (Tablo 4.27).

Tablo 4.27. Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Modeli ile TSB'yi Etkileyen Değişkenlerin İncelenmesi

	model 1		model 2		model 3	
1.adım: Demografik Değişkenler	<i>b</i> (SE <i>b</i>)	β	<i>b</i> (SE <i>b</i>)	β	<i>b</i> (SE <i>b</i>)	β
Bakım Vereninin Eğitim Süresi	1.277 (0.582)	0.241	1.120 (0.571)	0.212	0.263 (0.510)	0.050
2.adım: Hastayla İlgili Etmenler						
SİÖ-Bağımsız Performans			0.723 (0.318)	0.246	0.262 (0.255)	0.089
3.adım: Bakım Verenle İlgili Etmenler						
AÇYSDÖ					0.364 (0.127)	0.287*
DBÖ					1.069 (0.200)	0.474**
Aktif Depresyon Varlığı					0.067 (5.713)	0.001
TSSB varlığı					29.533 (8.349)	0.309**
Stresör Varlığı					2.172 (4.856)	0.040
F değeri	4.823		5.134		11.598	
Düzeltilmiş R ²	0.046		0.095		0.484	

SİÖ: Sosyal işlevsellik ölçeği, AÇYSDÖ: Algılanan çok yönlü sosyal destek ölçeği, DBÖ: Dinsel bağlılık ölçeği, TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu

Bakım verenin eğitim süresinin modeldeki değişkenlerle ilişkisine bakıldığında ise sosyal destek ile arasında orta derecede pozitif doğrusal ilişki olduğu görülmüştür ($r=0.428$, $p<0.05$).



5. TARTIŞMA

Şizofreni aileleri de hastalar kadar etkileyen bir hastalık olup, tedavinin kurum bazlıdan toplum bazlıya geçişiyle birlikte ailelere düşen sorumluluk artmış, aile fertleri gönüllü bakım verenler haline gelmiştir (3). Bu süreçte şizofreni hastalarının yakınlarının bakım verme sürecinde neler yaşadığı konusu da ruh sağlığı gündemine taşınmıştır. Aile fertlerinin yakınlarının tanı almasıyla birlikte ciddi sıkıntı ve zorlu değişiklikler yaşadıkları, fiziksel, duygusal, ekonomik ve sosyal kısıtlılıklara sahip oldukları bilinmektedir (4, 5, 42). Aynı zamanda şizofreni hastasına bakım verenlerin ruhsal hastalığının bulunma olasılığının yüksek olduğu, bu durumun ilk psikotik atağını yaşayan hastaların yakınlarında dahi bulunduğu çalışmalarda gösterilmiştir (47, 48).

Bununla birlikte bakım verme sürecinin her zaman olumsuz olmayabileceği, öznel kazanımların da bakım verme sürecine eşlik edebileceği yönünde çalışmalar da bulunmaktadır (70, 71). “Pozitif bakım verme süreci” daha yararlı ve gerekli olduğunu hissetmeyi, yeni beceriler öğrenmeyi ve kişinin benlik duygusuna anlam katmayı içermektedir (72). 560 hasta yakınıyla yapılan bir çalışmada bakım verenlerin yarısından çoğu iç güç hislerinde artışı, hayatlarındaki öncelikleri netleştirmeyi kapsayan olumlu bir bakım verme süreci tarif etmişlerdir (73). Bu bilgiler ışığında da şizofreni hastalarına bakım verme sürecinin de olumsuzluklar bir yana kazanımlara aracı olabileceği düşünülmüştür. Literatürde zorlu yaşam olayları sonrasında olumlu değişiklikler yaşanması olarak tanımlanan TSB kavramı çerçevesinde incelendiğinde, ruhsal hastalıkları olan bireylerin bakım verenlerinin yaşadıkları TSB’yi irdeleyen az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Bu sebeple bu grupta TSB’nin derecesini ve hastalığın şiddeti, bakım verende ruhsal hastalık varlığı, dinsel bağlılık, algılanan sosyal destek gibi etkenlerin TSB’yi nasıl etkilediğini araştırmak bu çalışma ile hedeflenmiştir.

Örnekleme bakıldığında bakım verenlerin ortalama yaşı 55.03 bulunmuştur. Çalışmaya katılan şizofreni hastalarının bakım verenlerinin %53,8’i kadın, %46,3’ü erkektir. Bakım verenlerin %32,5’ini hastanın annesi, %22,5’ini hastanın eşi, %21,3’ünü hastanın babası, %20’sini hastanın kardeşi, %3,75’ini ise hastanın çocuğu oluşturmuştur. Bulgular şizofreni hastalarının temel bakım verenlerinin kadınlar,

çoğunlukla da anneler olduğunu gösteren ülkemizde yapılmış çalışma sonuçlarıyla uyumludur (40, 41).

Bakım verenlerin TSBÖ'den aldıkları puanlara bakıldığında benlik algısında değişim alt ölçeğinden ortalama 27.78 puan, yaşam felsefesinde değişim alt ölçeğinden ortalama 16.71 puan, başkalarıyla ilişkilerde değişim alt ölçeğinden ortalama 10.98 puan, ölçek toplamında ise ortalama 53.62 puan aldıkları görülmüştür. Kanseri hastalarının bakım verenleriyle aynı ölçek kullanılarak yapılan bir çalışmada TSBÖ ortalama toplam puanı 46.39 ± 24.59 (158), kronik hastalığı bulunan çocukların babalarında 49.33 ± 16.85 (131), otizmlili çocukların annelerinde $88.47 (\pm 20.65)$ (136), bipolar bozukluğu bulunan hastaların bakım verenlerinde 59.5 ± 20.7 (140), şizofrenili hastaların bakım verenlerinde 55.35 ± 19.70 olarak saptanmıştır (141). Literatürdeki çalışmalara bakıldığında çalışmamıza katılan bakım verenlerde orta derecede TSB izlendiği görülmüştür.

TSB'yi etkileyen sosyodemografik değişkenlere bakıldığında bakım verenin kadın ya da erkek oluşu arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Literatürde cinsiyet ve TSB ilişkisi çelişkili olup kadınlarda TSB'nin daha fazla görüldüğünü bildiren çalışmalarla birlikte iki meta-analitik gözden geçirme çalışmasında cinsiyet ile TSB arasında güçlü bir ilişki saptanmamıştır (95, 97, 98). Bununla birlikte kadın bakım verenlerin yaşam felsefesinde değişiklik alt ölçeği puanlarındaki farklılık anlamlılığa yakın bulunmuştur ($p=0.08$). Aynı zamanda hastanın erkek oluşu da bu alt ölçekte anlamlı farklılığa neden olmuştur ($p<0.05$).

Bakım verenin ve hastanın yaşı ile TSB arasında da anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır ($p>0.05$). Literatürde genç kanser hastalarının yaşlı kanser hastalarına göre daha fazla büyüme gösterdikleri, bu durumun daha fazla algılanan tehdit algısıyla ilişkili olabileceği belirtilmiştir (96). Bununla birlikte ruhsal hastalığı bulunan kişilerin yakınlarıyla yapılan çalışmalarda yaş ile TSB bağlantılı bulunmamıştır (138, 141).

Bakım verenin ve hastanın medeni hali ile TSB derecesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Literatüre bakıldığında meme kanserli hastalarda evli olmak TSB'yi arttıran bir faktör olarak saptanmıştır (94). Şizofreni hastalarının ve bipolar hastaların bakım verenleri üzerine yapılan çalışmalarda ise evli ya da bekâr olmanın TSB'nin derecesini etkilemediği belirtilmiştir (140, 141).

Bakım verenin eğitim süresi ile yaşam felsefesinde değişim, başkalarıyla ilişkilerde değişim ve TSBÖ toplamı arasında pozitif zayıf doğrusal ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Bununla birlikte yapılan regresyon analizinde bu ilişki devam etmemiştir ($p>0.05$). Bakım verenin eğitim süresinin modeldeki değişkenlerle ilişkisine bakıldığında ise sosyal destek ile arasında orta derecede pozitif doğrusal ilişki olduğu görülmüştür ($r=0.428$, $p<0.05$), bu durum da algılanan sosyal desteğin bakım verenin eğitim süresiyle TSB ilişkisine aracılık ettiğini göstermiştir. Daha yüksek eğitim seviyesine sahip bireyler sosyal kaynaklarını daha iyi kullanıyor, bu yolla da daha fazla büyüme gerçekleştiriyor olabilirler. Aynı zamanda yüksek eğitim düzeyine sahip olanlar sorunlarına daha kapsamlı bir bakış açısıyla yaklaşıyor, bu sayede de olumsuz yaşam olaylarına karşı daha iyimser açıklamalar getiriyor olabilirler (101). Ancak yüksek eğitim düzeyine sahip olmak tek başına TSB'deki değişiklikleri açıklamakta yetersiz kalmıştır.

Bakım verenin gelir düzeyi ile TSB derecesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Bununla birlikte gelir düzeyi arttıkça TSB puanlarının yükseldiği görülmektedir. Bu bulgu meme kanserli kadınlarda yapılmış bir araştırmada da gösterilmiştir (102). Yüksek gelir düzeyine sahip bakım verenler sağlık hizmetine daha kolay ulaşıyor olabilir, ayrıca şizofreni hastalarına bakım verme süreci dışında finansal sıkıntılarla da uğraşmak bakım verenlerin kaynağını tüketiyor olabilir, bu halde de büyüme gerçekleşemiyor olabilir (106). İstatistiksel olarak anlamlı olmayışına ise örneklem sayısının yetersiz olması sebep olmuş olabilir.

Çalışmamızda hastalık süresi, bakım verme süresi gibi hastalıkla ilgili değişkenlerle TSB arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Hayatı tehdit eden hastalığı olan kişilerdeki TSB'yi inceleyen bir derlemede hastalık süresi ile TSB arasında tutarlı ilişki görülmediği belirtilmiştir (114). Bipolar bozukluklu hastaların bakım verenlerinde TSB'nin incelendiği çalışmada da benzer şekilde hastalık ve bakım verme süresi ile TSB arasında ilişki gözlenmemiştir (140).

Hastalık belirti şiddeti ile TSB ilişkisine bakıldığında çalışmamızda PBDÖ-NBDÖ puanları ile TSBÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$). Aynı şekilde UKU yan etkiler ölçeği toplam puanı ve hastada depresyonun varlığı da TSB'yi etkilemiyor gözükmemektedir ($p>0.05$). Hastanın bildirilen medikal ya da ruhsal hastalık

eş tanısının varlığının da TSBÖ ve alt ölçekleri ile anlamlı ilişkisi gözlenmemiştir ($p>0.05$). Hayatı tehdit eden hastalığı olan kişilerde hastalık şiddeti ile TSB arasında çoğu çalışmada ilişki gösterilemediği belirtilmiştir (114). Bununla birlikte yakını kaybedenler üzerine yapılan bir çalışmada birinci derece yakını kaybeden kişiler ikinci dereceden yakını kaybedene göre daha fazla büyüme göstermiştir. Kayıp ne kadar büyük algılanıyorsa, büyümenin o kadar fazla olduğu saptanmıştır (107). Ancak çalışmamızda hastalığın yükünü belirleyen başlıca etmenler büyüme ile ilişkisiz bulunmuştur.

SIÖ toplam ve alt ölçek puanları ile TSBÖ toplam ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında SIÖ bağımsız performans alt ölçeği ile benlik algısında değişim alt ölçeği ve TSBÖ toplam puanı arasında zayıf pozitif korelasyon bulunmuştur ($p<0.05$). Aynı şekilde bağımsız yetkinlik alt ölçeği ve TSBÖ toplam puanı arasında da zayıf pozitif korelasyon mevcuttur. Bu durum hastanın bakım verenden bağımsız olarak geçirdiği zaman ve yapabildiklerinin artışıyla bakım verenin kaynaklarını olumlu olarak kullanabilmesi ve kendine kaynak ayırabilmesi ile açıklanabilir. Bununla birlikte yapılan regresyon analizinde SIÖ-bağımsız performans puanı ile TSBÖ toplam puanı arasındaki anlamlı ilişki devam etmemiştir ($p>0.05$). Bu da sosyal işlevselliğin bakım verendeki TSB için bağımsız bir açıklayıcı etmen olmadığını göstermektedir. Literatürde hastanın sosyal işlevselliği ile bakım verenindeki TSB'yi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda bakım verenle ilgili değişkenlere bakıldığında stresörü olmadığını belirten grupta TSB anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Travma sonrası büyüme yaşanabilmesi için kişinin varsayımlarını yıkacak ve kendi kaynaklarıyla çözülemeyecek ölçüde bir zorluk yaşaması gerektiği bilinmektedir. Ancak bu zorluk kişinin tüm kaynaklarını tüketecek büyüklükteyse de yine büyüme gerçekleşmemektedir (106). Ailesel, maddi vb. stresörlerin bulunuşu bakım verme süreci ile birleştğinde bakım verenin tüm kaynaklarını tüketiyor ve büyümeye izin vermiyor olabilir. Nitekim stresör varlığı aktif depresyon riskini 3.8 kat arttırmaktadır ($p<0.05$). Bununla birlikte yaptığımız regresyon analizinde TSB ile olan ilişki devam etmemiş, stresör varlığı da depresyon gibi TSB'deki değişiklikleri açıklamakta yetersiz kalmıştır ($p>0.05$).

Dinsel bağıllık ile TSB ilişkisi karşılaştırıldığında korelasyon testleri ve regresyon analizi sonucunda aralarında anlamlı ilişki görülmüştür ($p<0.05$). Bu sonucumuz bu konuda yapılmış gözden geçirme çalışmalarının sonuçlarıyla uyumludur (121). Bununla birlikte dindarlığın travmadan sonra mı oluştuğu, yoksa travma öncesi dindarlığın TSB'nin gelişimini mi kolaylaştırdığı net değildir. Zira TSB'nin alt boyutlarından biri de maneviyattaki değişimdir (76). Dindarlığın TSB'ye olan etkisini ortaya koyan çalışmalarda dinsel baş etme olumlu ve olumsuz olarak ayrılmıştır. Bu çalışmalarda da olumlu dinsel baş etmenin TSB ile ilişkili iken olumsuz dinsel baş etmenin travma ile ilişkili stres belirtileriyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (159, 160). Dinin baş etme amaçlı kullanılması, bireylerin stresli olayların etkileriyle yüzleşmelerine ve bu olaylarda anlamsız gördükleri durumlarda bile amaç ve anlam bulmalarına yardımcı oluyor olabilir. Bu nedenle dini inançlar, başa çıkma sürecinde ve TSB'ye ulaşmada etkili bir yol olarak görülebilir.

Algılanan sosyal destek ile TSB arasındaki ilişkiye bakıldığında AÇYSDÖ özel biri alt ölçeği benlik algısında değişim alt ölçeği ile düşük kuvvette pozitif doğrusal ilişki, başkalarıyla ilişkide değişim alt ölçeği ve toplam TSBÖ puanı ile ise orta kuvvette pozitif doğrusal ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Aileden algılanan sosyal destek de benlik algısında değişim, başkalarıyla ilişkide değişim ve toplamda TSB ile ise orta kuvvette doğrusal ilişkili bulunmuştur ($p<0.05$). Arkadaştan algılanan sosyal destek benlik algısında değişim ile düşük kuvvette, başkalarıyla ilişkide değişim ve toplamda TSB ile ise orta derecede pozitif doğrusal ilişkidir ($p<0.05$). Toplamda algılanan sosyal destek de benlik algısında değişim, başkalarıyla ilişkide değişim ve toplamda TSB ile orta kuvvette pozitif doğrusal ilişkiye sahiptir ($p<0.05$). Aynı zamanda toplamda algılanan sosyal desteğin regresyon analizi sonucunda TSB için demografik özellikler ve hastayla ilgili değişkenlerden bağımsız olarak katkıda bulunduğu gösterilmiştir ($p<0.05$). Yaşam felsefesindeki değişim ise algılanan sosyal desteğin toplamından etkilenirken, alt ölçekleriyle anlamlı bir ilişki göstermemiştir. Bu bulgularımız literatürdeki TSB ile sosyal desteğin ilişkisini gösteren çok sayıda makale ile uyumludur (82, 115).

Sosyal destek stresi azaltan, bireye gelişme fırsatı veren, kendini kabul etme, umut, huzura neden olan çok boyutlu bir kavram olarak tanımlanmaktadır (111). Shaefer ve Moos'un modelinde de sosyal destek ve bireysel kaynaklar travmanın

işlemlenmesinde önemli etkiye sebep olarak TSB'yi doğrudan etkilemektedir (161). Sosyal destek, insanların örseleyici koşullarla savaştığı zamanlar için en güçlü itici araçlardan biri olarak bilinmektedir (112). Aile ve arkadaşlar, travmatik olaylardan sonra bireylere gerçekten önemli olanın ne olduğunu irdelemelerine ve travmatik deneyimlerin hikayeleştirme yoluyla işlenmesine yardımcı olabilir. Bireyle birlikte, ilişkilerinde yeni yönler keşfetmeye çalışabilir (114). Bizim çalışmamızda da algılanan sosyal desteğin tüm boyutları başkalarıyla ilişkilerde değişim alt ölçeğinde orta kuvvette pozitif korelasyon sergilemiştir ($p<0.05$). Destek alabildikleri kişilerle ilişkilerini gözden geçirebilmek bu boyuttaki değişimlere yol açıyor olabilir.

Aynı zamanda çalışmamızda depresyonu olan grubun algılanan sosyal desteğinin olmayan gruba göre anlamlı olarak düşük olduğu gözlenmiştir ($p<0.001$). Bu durum sosyal destek yetersizliğinin depresyon gelişimini kolaylaştıracağı şeklinde açıklanabileceği gibi aynı zamanda depresif hastaların sosyal desteklerini yetersiz algılamaları, ya da depresif ve içe çekilmiş durumlarından dolayı sosyal desteklerinin azalması ile de yorumlanabilir.

Yaşam felsefesindeki değişimin sosyal destekten daha az etkilenişi ile ilgili literatüre bakıldığında orijinal formda kullanılan yeni olasılıklar ve takdir etme alt ölçekleriyle sosyal desteğin ilişkisiz olduğunu gösteren bir çalışma gözlenmiştir (162). Bununla birlikte bu veri için örneklemin sınırlı olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde bizim çalışmamızda da bu iki değer arasındaki ilişki anlamlılığa çok yakın olmakla birlikte istatistiki olarak anlamlılık gözlenememiştir. Daha büyük bir örneklemlerle bu ilişki de anlamlılığa ulaşabilir.

Çalışmamızda psikiyatrik bir tanının varlığı TSB üzerine anlamlı bir etkiye bulunmamıştır ($p>0.05$). Bununla birlikte psikiyatrik tanısı olmayanların TSBÖ puan ortalamaları (58.88 ± 26.61) psikiyatrik tanısı bulunanların TSBÖ puan ortalamalarından (51.09 ± 27.02) daha yüksek olduğu görülmüştür. Bipolar hastalarının bakım verenleriyle yapılan başka bir çalışmada da bakım veren tanıları SCID-I ile değerlendirilmiş olup tanısı bulunmayan grupta TSB toplam puanı anlamlı yüksek bulunmuştur (140). Bu sonuçlar psikiyatrik tanısı olmayanlarda daha uyuma yönelik baş etme mekanizmaları kullanılmasıyla ilişkili olabileceği gibi TSB sağlayabilen bireylerin psikiyatrik bozukluklara karşı dayanıklılık kazanması ile de ilişkili olabilir.

Çalışmamızda hem aktif hem de geçirilmiş depresyonu bulunan grubun en düşük TSB gerçekleştirdiği, aktif ve geçirilmiş depresyonu olan grubun hiç depresyon geçirmemiş gruba ve sadece geçirilmiş depresyonu olan gruba göre de istatistiksel anlamlılık derecesinde düşük TSB sergilediği görülmüştür ($p<0.05$). Aynı zamanda aktif depresyonu olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında da depresyonu olan gruptaki TSBÖ puan düşüklüğü istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bu durum literatürdeki kanser hastalarında TSB ile depresyon arasındaki zayıf negatif ilişkinin gösterildiği gözden geçirme ile uyumludur (134). TSB'yi gerçekleştirebilmek için zorlu olaylara iyi yanından bakmak gerekirken aktif depresyonun varlığı bunu imkansız kılıyor, ve hatta kazanım varsa dahi bunu görmeyi engelliyor olabilir. Ayrıca depresyonu olan grupta sosyal desteğin düşük olduğu çalışmamızda gösterilmiştir. TSB için önemli olduğu bilinen sosyal desteğe bakım verenler depresyonları sebebiyle verimli bir şekilde erişemiyor olabilirler. Depresyonun gelişimine katkı sağlayan çözüme yönelik olmayan, uyumsuz baş etme çabalarının da düşük TSB ile ilişkili olduğu bilinmektedir (120). Bununla birlikte yapılan modelde depresyon tek başına TSB'deki değişikliği anlamlı olarak açıklayamamıştır ($p>0.05$). Sosyal destek, dinsel bağlılık ve travma sonrası stres bozukluğu tanısının bulunuşu TSB'deki değişimleri çok daha güçlü şekilde açıklamaktadır.

Çalışmamızda ayrıca TSSB tanısı bulunan hastalarda yüksek oranda TSB gerçekleştiğine dair sonuçlar elde edilmiştir ($p<0.05$). TSSB tanısında travma olarak bakım verme süreci ile sınırlı kalınmamış ve yaşamboyu TSSB varlığı göz önüne alınmıştır. Bu konuda yapılmış sistematik bir gözden geçirmede TSSB olan grubun olmayan gruba göre anlamlı derecede yüksek büyüme skorları gerçekleştirdiği gösterilmiştir (163). Travma sonrası stres tek başına olumlu değişikliğe yol açmasa da, kişinin temel varsayımlarının sarsılması ve kendi kaynakları ile çözemediği bir sorunla karşılaşmasının büyüme için önemli bir gösterge olduğu belirtilmektedir (109). Çeşitli travma türlerinde travma sonrası stres belirtileri ile büyümenin ilişkisinin incelendiği bir çalışmada ilişkinin en iyi kısmi eğrisel olarak tanımlanabileceği gösterilmiştir. Ayrıca TSSB ile TSB'nin aynı yelpazedeki zıt kutuplar olmadığı, birlikte var olabildikleri ve karmaşık yollardan etkileştikleri de belirtilmiştir (92).

Çalışmamızda yaygın anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluk ve panik bozukluğunun varlığı ise TSB ile ilişkili bulunmamıştır ($p>0.05$). Literatürde yüksek

anksiyete düzeyinin TSB ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar olmakla birlikte ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (125, 126). Somatoform bozukluk ve TSB ilişkisini gösteren bir çalışmaya ise literatürde rastlanmamıştır.

Kısıtlılıklar:

Çalışmamızın şizofreni hastalarının bakım verenlerinde TSB üzerine yapılmış az sayıdaki çalışmadan biri olması güçlü yanı olmakla birlikte çeşitli kısıtlılıkları bulunmaktadır. Ayrıca kimi analizlerde ortalamalar ve gruplar arasında farklılıklar görülmekle birlikte, bu farklılıklar çalışmaya dahil edilen hasta ve bakımveren sayısı nedeni ile istatistiksel anlamlılığa erişememiştir.

Ayrıca hastaların %47.5'inin tedaviye dirençli şizofreni grubundan oluşması da çalışma sonuçlarını tüm şizofreni hastalarının bakım verenlerine genellenmesini sınırlamaktadır. Bununla birlikte çalışmamızda hasta ile ilgili değişkenlerin tek başına TSB'deki değişimleri açıklayamadığı göz önüne alındığında ve hastaların pozitif, negatif belirtileri, depresyonunun varlığı ve ilaç yan etkilerinin denetlendiği düşünüldüğünde bu durumun etkisinin düşük olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda toplanan çoğu veri (medikal hastalık, tanı konmuş ek ruhsal hastalık vb.) hastanın beyanı ile olup ayrıca dosya taraması yapılmadığından ve bilgilerin güvenilirliklerinin sınırlı olduğu söylenebilir. Ayrıca çalışmamızda kullanılan ölçeklerin bir kısmı öz bildirim ölçekleri olup katılımcıların öznel değerlendirmelerini içermesi ve katılımcıların genel kabule uygun yanıtlar vermiş olması da yanlılığa yol açmış olabilir.

Çalışmanın kesitsel doğasından kaynaklanan, TSB ile doğrusal ilişkide bulunan çoğu değişkenin travma sürecinin öncesindeki durumunun bilinmemesinin getirdiği kısıtlılıklar mevcuttur. Ayrıca bakım verme sürecinin TSB üzerindeki yalın etkisini göstermek de aynı sebeple yeterince mümkün olamamış olmakla beraber bakım verenlere ölçekleri doldururken yalnızca bakım verme süreci üzerine yoğunlaşması söylenerek bu zorluk aşılmaya çalışılmıştır.

SCID ile tanıların değerlendirilmesi çalışmamızın güçlü yanlarından olmakla beraber tanıların kategorik olarak değerlendirilmesi ve şiddeti de ölçmeyi nesnelleştirecek ölçeklerin kullanılmamış olması da bu ilişkilerin araştırılmasında

kısıtlılık yaratmış olabilir. Aynı sebeple psikiyatrik morbiditelerin şiddeti ve TSB ilişkisi de araştırılamamıştır.

Bununla birlikte çalışmamız bu alanda ve şizofreni hastalarının bakım verenlerinde yapılmış az sayıda çalışmadan biridir ve diğer çalışmalardan farklı olarak bakım verenlerin psikiyatrik tanıları ve hastalık belirtileri (pozitif belirtiler, negatif belirtiler, sosyal işlevsellik) çok boyutlu olarak TSB ile ilişkisi kapsamında incelenmiştir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni hastalarında tedavinin kurum bazlıdan toplum bazlıya geçişiyle birlikte ailelere düşen sorumluluk artmış, şizofreni hastalarının yakınlarının bakım verme sürecinde neler yaşadığı araştırılmaya başlanmıştır. Aile fertlerinin bakım verme sürecinde zorlu değişiklikler yaşadıkları ve çeşitli alanlarda kısıtlılıklara sahip oldukları bilinmektedir (3-5, 42). Ancak daha çok olumsuz yönleri üzerinde durulan bakım verme sürecinin bireye olumlu katkıları olabileceği de gösterilmiştir.

Bizim çalışmamızda da bu özel grup odak noktasına alınmış olup, bakım verme sürecindeki kazanımları incelenmiştir. Literatürde bu konu üzerine yapılmış az sayıdaki çalışmadan olması sebebiyle çalışmamız önem arz etmektedir.

Çalışmamız sonucunda hasta ile ilgili değişkenler ve sosyodemografik değişkenler, bakım verende aktif ve ya geçirilmiş depresyon varlığı bakım verenlerdeki TSB'nin derecesini tek başlarına değiştirmek konusunda yetersiz kalırken algılanan sosyal destek, TSSB ve dinsel bağlılık TSB derecesi üzerine etkili üç önemli değişken olarak bulunmuştur. Bu da travmaya karşı oluşan tepkiyi esasen belirleyen şeyin travmanın öznel yaşantısı olduğu hipoteziyle uyumludur.

Çalışmanın en önemli kısıtlılıkları kesitsel tasarımıyla ilişkilidir. İleriki çalışmaların izlem olarak düzenlenmesi halinde TSB'nin gelişimi ve travma öncesiyle ilgili kolaylaştırıcı etkenler daha net olarak gözlenebilir. Ayrıca modelimizde önemli olduğu gösterilen değişkenlerin de TSB ile çift yönlü etkileşip etkileşmediği de bu şekilde daha net anlaşılabilir.

ÖZET

Amaç: Şizofreni hastalarında Aile fertlerinin bakım verme sürecinde yaşadıkları üzerine daha çok olumsuz değişikliklere odaklansa da olumlu değişikliklerin de yaşanabildiği gösterilmiştir. Bu değişiklikler literatürde son zamanlarda daha çok gündemlenen ve tanınan travma sonrası büyüme kavramı ile uyumludur. Bu çalışmada da şizofreni hastalarının bakım verenlerindeki travma sonrası büyüme kavramı, kendisiyle ilişkili olduğu öne sürülen değişkenlerle ilişkisi bağlamında incelenmiştir.

Yöntem: Çalışmaya Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı polikliniğine Mayıs 2017-Mart 2018 tarihleri arasında ayaktan başvuran, daha önce şizofreni tanısı almış olan hastalar ile bakım verenleri arasından dahil edilme kriterlerini karşılayan 80 hasta ve bakım vereni alınmıştır. Demografik bilgiler araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu ile, hastayla ilgili değişkenler pozitif belirtileri derecelendirme ölçeği, negatif belirtileri derecelendirme ölçeği, uku ilaç yan etkileri ölçeği, sosyal işlevsellik ölçeği ve calgary şizofrenide depresyon ölçeği ile kontrol edildi. Bakım verene ait değişkenler ise SCID-I, travma sonrası büyüme ölçeği, dinsel bağlılık ölçeği, algılanan çok yönlü sosyal destek ölçeği ile incelendi. Travma sonrası büyüme derecesi ve hasta ya da bakım verenle ilgili değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel yöntemler aracılığıyla irdelendi.

Bulgular: Bakım verenlerin orta derecede travma sonrası büyüme yaşadıkları görüldü (53.62 ± 27.13). Oluşturulan modelde travma sonrası büyümenin miktarıyla hastayla ilgili hiçbir değişkenin anlamlı ilişkisi bulunmamıştır ($p>0.05$). Bakım verenle ilgili değişkenlere bakıldığında da dinsel bağlılık ve algılanan sosyal desteğin, travma sonrası stres bozukluğu tanısının travma sonrası büyümenin yüksek dereceleriyle anlamlı ilişkide oldukları gözlenmiştir ($p<0.05$).

Sonuç: Çalışmanın sonuçları başka alanlarda yapılan travma sonrası büyümeyi değerlendiren çalışmalarla uyumludur. Travma sonrası büyümeyi etkileyen etmenlerin bilinmesi klinik pratiğimizde travma hastalarına yaklaşımda önemli katkılar sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: şizofreni, bakım verenler, travma sonrası büyüme

ABSTRACT

Objective: In the treatment of schizophrenia, the responsibility for the family has increased with the transition to treatment in the community, and it is begun to investigate what happened in the care giving process of the relatives of the schizophrenic patients. It has been shown that positive changes can also be experienced besides negative changes on the family members in the care giving process. These changes are consistent with the posttraumatic growth concept, which has recently been more widely discussed and recognized in the literature. In this study, the concept of posttraumatic growth in caregivers of schizophrenia patients was examined in relation to the variables suggested to be related to it.

Method: The study was conducted between May 2017 and March 2018 at Ankara University Medical Faculty Psychiatry Department. 80 patients who had previously received schizophrenia diagnosis and their primer caregivers who met the inclusion criteria is involved in the study. Demographics were controlled by the sociodemographic data form prepared by the researchers, patient related variables were scored by positive scoring scale, negative scoring scale, uku side effects scale, social functioning scale and calgary schizophrenia depression scale. SCID-1, posttraumatic growth scale, religious commitment scale, multidimensional scale of perceived social support were used for the variables of the caregiver. The relationship between the posttraumatic growth and the variables related to the patient or caregiver was examined by means of statistical methods.

Findings: Caregivers were found to have a moderate posttraumatic growth (53.62 ± 27.13). There was no significant relationship between post-trauma growth and any variables related to the patient in the model ($p > 0.05$). When the variables related to the caregiver were examined, it was observed that religiosity and perceived social support, posttraumatic stress disorder were significantly correlated with posttraumatic growth rate ($p < 0.05$).

Conclusion: The results of the study are consistent with other studies evaluating posttraumatic growth in other domains. Knowledge of the factors affecting

posttraumatic growth may provide important contributions to trauma patients in our clinical practice.

Key words: Schizophrenia, care givers, posttraumatic growth



KAYNAKÇA

1. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitapları; 2011.
2. Weisman A. Integrating Culturally Based Approaches With Existing Interventions for Hispanic/Latino Families Coping With Schizophrenia. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2005;42(2):178.
3. Solomon P. Moving from psychoeducation to family education for families of adults with serious mental illness. *Psychiatric Services*. 1996.
4. Martens L, Addington J. The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2001;36(3):128-33.
5. Ivarsson AB, Sidenvall B, Carlsson M. The factor structure of the Burden Assessment Scale and the perceived burden of caregivers for individuals with severe mental disorders. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2004;18(4):396-401.
6. Kuipers L. Family burden in schizophrenia: implications for services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1993;28(5):207-10.
7. Kuipers L, MacCarthy B, Hurry J, Harper R. Counselling the relatives of the long-term adult mentally ill. II. A low-cost supportive model. *The British Journal of Psychiatry*. 1989;154(6):775-82.
8. Loughland CM, Lawrence G, Allen J, Hunter M, Lewin TJ, Oud NE, ve ark. Aggression and trauma experiences among carer-relatives of people with psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2009;44(12):1031-40.
9. Tedeschi RG, Calhoun LG. " Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological inquiry*. 2004;15(1):1-18.
10. Joseph S, Linley PA. Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of general psychology*. 2005;9(3):262.

11. Tedeschi RG, Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis: Routledge; 1998.
12. Wagner LC, Torres-González F, Geidel AR, King MB. Existential questions in schizophrenia: perception of patients and caregivers. *Revista de Saúde Pública*. 2011;45(2):401-8.
13. Tan SC, Yeoh AL, Choo IB, Huang AP, Ong SH, Ismail H, ve ark. Burden and coping strategies experienced by caregivers of persons with schizophrenia in the community. *Journal of clinical nursing*. 2012;21(17-18):2410-8.
14. Caqueo Urizar A, Miranda Castillo C, Lemos Giráldez S, Lee Maturana S-l, Ramírez Pérez M, Mascayano Tapia F. An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. *Psicothema*. 2014;26(2).
15. Sadock BJ. Kaplan Sadock Synopsis of Psychiatry Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Çeviri Editörü. Prof. Dr. Ali Bozkurt.. 2016.
16. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic reviews*. 2008;30(1):67-76.
17. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S, ve ark. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of general psychiatry*. 2007;64(1):19-28.
18. Faris REL, Dunham HW. Mental disorders in urban areas: an ecological study of schizophrenia and other psychoses. 1939.
19. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. 1. Baskı Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 2007:500.
20. Boyd JH, Pulver AE, Stewart W. Season of birth: schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia bulletin*. 1986;12(2):173.
21. Davis J, Eyre H, Jacka FN, Dodd S, Dean O, McEwen S, ve ark. A review of vulnerability and risks for schizophrenia: beyond the two hit hypothesis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2016;65:185-94.
22. London DCP. Jim van Os, Shitij Kapur. *Lancet*. 2009;374:635-45.

23. Sullivan PF, Kendler KS, Neale MC. Schizophrenia as a complex trait: evidence from a meta-analysis of twin studies. *Archives of general psychiatry*. 2003;60(12):1187-92.
24. Carlsson A, Lindqvist M. Effect of chlorpromazine or haloperidol on formation of 3-methoxytyramine and normetanephrine in mouse brain. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*. 1963;20(2):140-4.
25. Seeman P, Lee T. Antipsychotic drugs: direct correlation between clinical potency and presynaptic action on dopamine neurons. *Science*. 1975;188(4194):1217-9.
26. Angrist B, Sathananthan G, Wilk S, Gershon S. Amphetamine psychosis: behavioral and biochemical aspects. *Journal of psychiatric research*. 1974;11:13-23.
27. Kapur S, Remington G. Serotonin-dopamine interaction and its relevance to schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 1996;153(4):466-76.
28. Wright IC, Rabe-Hesketh S, Woodruff PW, David AS, Murray RM, Bullmore ET. Meta-analysis of regional brain volumes in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(1):16-25.
29. Cullen T, Walker M, Parkinson N, Craven R, Crow T, Esiri M, et al. A postmortem study of the mediodorsal nucleus of the thalamus in schizophrenia. *Schizophrenia research*. 2003;60(2):157-66.
30. Bakhshi K, Chance S. The neuropathology of schizophrenia: a selective review of past studies and emerging themes in brain structure and cytoarchitecture. *Neuroscience*. 2015;303:82-102.
31. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
32. Frese III FJ, Knight EL, Saks E. Recovery from schizophrenia: With views of psychiatrists, psychologists, and others diagnosed with this disorder. *Schizophrenia bulletin*. 2009;35(2):370-80.

33. Bleuler M, Uchtenhagen A. Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken-und Familiengeschichten: G. Thieme; 1972.
34. Huber G, Gross G, Schüttler R, Linz M. Longitudinal studies of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*. 1980;6(4):592-605.
35. Watt D, Katz K, Shepherd M. The natural history of schizophrenia: a 5-year prospective follow-up of a representative sample of schizophrenics by means of a standardized clinical and social assessment. *Psychological medicine*. 1983;13(3):663-70.
36. Organization WH, Colleges WOn, Academies, Physicians AAoGPF. Integrating mental health into primary care: a global perspective: World Health Organization; 2008.
37. Bethesda M. Caregiving in the US 2015 2015 [
38. Magliano L, McDaid D, Kirkwood S, Berzins K. Carers and families of people with mental health problems. *Mental Health Policy and Practice across Europe*. 2007:374-96.
39. Opoku-Boateng YN, Kretchy IA, Aryeetey GC, Dwomoh D, Decker S, Agyemang SA, ve ark. Economic cost and quality of life of family caregivers of schizophrenic patients attending psychiatric hospitals in Ghana. *BMC Health Services Research*. 2017;17(2):697.
40. Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı A, Çubukçuoğlu Z, ve ark. Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Derg*. 2010;21:203-12.
41. Altun İ. Hasta yakınlarının bakım verme rolünde zorlanma durumları, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. 1998:24-6.
42. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers. *Pharmacoeconomics*. 2008;26(2):149-62.
43. Katz J, Medoff D, Fang LJ, Dixon LB. The relationship between the perceived risk of harm by a family member with mental illness and the family experience. *Community mental health journal*. 2015;51(7):790-9.

44. Muralidharan A, Lucksted A, Medoff D, Fang LJ, Dixon L. Stigma: A unique source of distress for family members of individuals with mental illness. *The journal of behavioral health services & research*. 2016;43(3):484-93.
45. Mitsonis C, Voussoura E, Dimopoulos N, Psarra V, Kararizou E, Latzouraki E, et al. Factors associated with caregiver psychological distress in chronic schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2012;47(2):331-7.
46. Kingston C, Onwumere J, Keen N, Ruffell T, Kuipers E. Posttraumatic stress symptoms (PTSS) in caregivers of people with psychosis and associations with caregiving experiences. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2016;17(3):307-21.
47. Quinn J, Barrowclough C, Tarrier N. The Family Questionnaire (FQ): a scale for measuring symptom appraisal in relatives of schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;108(4):290-6.
48. Tennakoon L, Fannon D, Doku V, O'ceallaigh S, Soni W, Santamaria M, et al. Experience of caregiving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;177(6):529-33.
49. Laidlaw TM, Coverdale JH, Falloon IR, Kydd RR. Caregivers' stresses when living together or apart from patients with chronic schizophrenia. *Community Mental Health Journal*. 2002;38(4):303-10.
50. Gupta S, Isherwood G, Jones K, Van Impe K. Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. *BMC psychiatry*. 2015;15(1):162.
51. Olwit C, Musisi S, Leshabari S, Sanyu I. Chronic sorrow: lived experiences of caregivers of patients diagnosed with schizophrenia in Butabika Mental Hospital, Kampala, Uganda. *Archives of psychiatric nursing*. 2015;29(1):43-8.
52. Tuck I, du Mont P, Evans G, Shupe J. The experience of caring for an adult child with schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*. 1997;11(3):118-25.
53. Angermeyer MC, Bull N, Bernert S, Dietrich S, Kopf A. Burnout of caregivers: a comparison between partners of psychiatric patients and nurses. *Archives of psychiatric Nursing*. 2006;20(4):158-65.

54. Tel H, Ertekin Pınar Ş. Investigation of relationship in between burnout and depression in primary caregivers of chronic mental problem patients. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2013;4(3):145-52.
55. Kokurcan A, Özpolat AGY, Göğüş AK. Burnout in caregivers of patients with schizophrenia. *Turkish journal of medical sciences*. 2015;45(3):678-85.
56. Hoenig J, Hamilton MW. The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *International journal of social psychiatry*. 1966;12(3):165-76.
57. Yıldız M, Özten E, Işık S, Özyildirim İ, Karayün D, Cerit C, ve ark. Şizofreni hastaları, hasta yakınları ve majör depresif bozukluk hastalarında kendini damgalama. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2012;13(1).
58. Berglund N, Vahlne JO, Edman Å. Family intervention in schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2003;38(3):116-21.
59. Lazarus RS, Folkman S, Stress A. Coping. *Stress and emotion: A new synthesis*. 1984;5:101-26.
60. Suro G, Weisman de Mamani AG. Burden, interdependence, ethnicity, and mental health in caregivers of patients with schizophrenia. *Family Process*. 2013;52(2):299-311.
61. Ukpong DI. Demographic factors and clinical correlates of burden and distress in relatives of service users experiencing schizophrenia: A study from south-western Nigeria. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2006;15(1):54-9.
62. Winefield HR, Harvey EJ. Needs of family caregivers in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1994;20(3):557-66.
63. Hadryś T, Adamowski T, Kiejna A. Mental disorder in Polish families: is diagnosis a predictor of caregiver's burden? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2011;46(5):363-72.

64. Lauber C, Eichenberger A, Luginbühl P, Keller C, Rössler W. Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *European Psychiatry*. 2003;18(6):285-9.
65. Ochoa S, Vilaplana M, Haro JM, Villalta-Gil V, Martínez F, Negredo MC, et al. Do needs, symptoms or disability of outpatients with schizophrenia influence family burden? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2008;43(8):612-8.
66. Aranda-Reneo I, Oliva-Moreno J, Vilaplana-Prieto C, Hidalgo-Vega A, González-Domínguez A. Informal care of patients with schizophrenia. *The journal of mental health policy and economics*. 2013;16(3):99-108.
67. Parabiaghi A, Lasalvia A, Bonetto C, Cristofalo D, Marrella G, Tansella M, et al. Predictors of changes in caregiving burden in people with schizophrenia: a 3-year follow-up study in a community mental health service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007;116(s437):66-76.
68. Grandón P, Jenaro C, Lemos S. Primary caregivers of schizophrenia outpatients: Burden and predictor variables. *Psychiatry Research*. 2008;158(3):335-43.
69. Kate N, Grover S, Kulhara P, Nehra R. Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the caregivers of schizophrenia. *Asian journal of psychiatry*. 2013;6(5):380-8.
70. Kate N, Grover S, Kulhara P, Nehra R. Positive aspects of caregiving and its correlates in caregivers of schizophrenia: a study from north India. *East Asian Archives of Psychiatry*. 2013;23(2):45.
71. Kulhara P, Kate N, Grover S, Nehra R. Positive aspects of caregiving in schizophrenia: A review. *World journal of psychiatry*. 2012;2(3):43.
72. Beach SR, Schulz R, Yee JL, Jackson S. Negative and positive health effects of caring for a disabled spouse: longitudinal findings from the caregiver health effects study. *Psychology and aging*. 2000;15(2):259.
73. Chen F-p, Greenberg JS. A positive aspect of caregiving: The influence of social support on caregiving gains for family members of relatives with schizophrenia. *Community mental health journal*. 2004;40(5):423-35.

74. Türksoy N. Psikolojik travma ve tanım sorunları. Psikolojik Travma ve Sonuçlar. 2003.
75. Green BL. Defining trauma: Terminology and generic stressor dimensions. Journal of Applied Social Psychology. 1990;20(20):1632-42.
76. Tedeschi RG, Calhoun LG. Trauma and transformation: Sage; 1995.
77. Wheeler C. The diagnosis of schizophrenia and its impact on the primary caregiver. Nursing praxis in New Zealand inc. 1994;9(3):15-23.
78. Calhoun LG, Tedeschi RG. Posttraumatic growth. Corsini Encyclopedia of Psychology. 2001.
79. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. 1964.
80. Maslow AH, Frager R, Fadiman J, McReynolds C, Cox R. Motivation and personality (Vol. 2). New York: Harper & Row. 1970.
81. Angel CM. Resilience, post-traumatic stress, and posttraumatic growth: Veterans' and active duty military members' coping trajectories following traumatic event exposure. Nurse Educ Today. 2016;47:57-60.
82. Karancı N. Travma-sonrası gelişim ve yordayıcı faktörler. Uluslararası Ruhsal Travma Toplantıları IV, Özet Kitabı. 2005.
83. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, editors. Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanserli hastalarda travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı ve ruhsal gelişim. Yeni Symposium; 2008.
84. Kardaş F. Van Depremi'ni Yaşayan Üniversite Öğrencilerinin Travma Sonrası Stres Travma Sonrası Büyüme ve Umutsuzluk Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Yüzüncü Yıl Üniversitesi: Van. 2013.
85. Özer Danış G. Meme Kanseri Olan Kadınlarda Travma Sonrası Büyüme: Psikodramatik Bir Yaklaşım. Yayınlanmamış Psikodrama Tezi, Ankara, Dr Abdülkadir Özbek Psikodrama Enstitüsü. 2011.
86. Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: Simon and Schuster; 2010.

87. Parkes CM. Psycho-social transitions: A field for study. *Social Science & Medicine* (1967). 1971;5(2):101-15.
88. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*. 1996;9(3):455-71.
89. Calhoun LG, editor Posttraumatic growth: A functional descriptive model. RG Tedeschi (Chair), Posttraumatic growth: An overview of contemporary models Symposium conducted at the annual meeting of the American Psychological Association, Toronto; 1996.
90. Carver CS, Antoni MH. Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health psychology*. 2004;23(6):595.
91. Jansen L, Hoffmeister M, Chang-Claude J, Brenner H, Arndt V. Benefit finding and post-traumatic growth in long-term colorectal cancer survivors: prevalence, determinants, and associations with quality of life. *British Journal of Cancer*. 2011;105(8):1158-65.
92. Shakespeare-Finch J, Lurie-Beck J. A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *J Anxiety Disord*. 2014;28(2):223-9.
93. Linley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of traumatic stress*. 2004;17(1):11-21.
94. Bellizzi KM, Blank TO. Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychol*. 2006;25(1):47-56.
95. Shand LK, Cowlishaw S, Brooker JE, Burney S, Ricciardelli LA. Correlates of post-traumatic stress symptoms and growth in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*. 2015;24(6):624-34.
96. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Kyriakopoulos D, Malamos N, Damigos D. Personal growth and psychological distress in advanced breast cancer. *The Breast*. 2008;17(4):382-6.

97. Widows MR, Jacobsen PB, Booth-Jones M, Fields KK. Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health psychology*. 2005;24(3):266.
98. Helgeson VS, Reynolds KA, Tomich PL. A meta-analytic review of benefit finding and growth. American Psychological Association; 2006.
99. Bower JE, Meyerowitz BE, Bernards CA, Rowland JH, Ganz PA, Desmond KA. Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*. 2005;29(3):236-45.
100. Sim BY, Lee YW, Kim H, Kim SH. Post-traumatic growth in stomach cancer survivors: Prevalence, correlates and relationship with health-related quality of life. *Eur J Oncol Nurs*. 2015;19(3):230-6.
101. Wang ML, Liu JE, Wang HY, Chen J, Li YY. Posttraumatic growth and associated socio-demographic and clinical factors in Chinese breast cancer survivors. *Eur J Oncol Nurs*. 2014;18(5):478-83.
102. Cordova MJ, Cunningham LL, Carlson CR, Andrykowski MA. Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology*. 2001;20(3):176.
103. Morrill EF, Brewer NT, O'Neill SC, Lillie SE, Dees EC, Carey LA, et al. The interaction of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psycho-Oncology*. 2008;17(9):948-53.
104. Turner JK, Hutchinson A, Wilson C. Correlates of post-traumatic growth following childhood and adolescent cancer: a systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*. 2017.
105. Janoff-Bulman R, Yopyk DJ. Random outcomes and valued commitments. *Handbook of experimental existential psychology*. 2004:122-38.
106. C. K. Travmanın Farklı Bir Boyutu: Travma Sonrası Büyüme- Depremzedelerde Travma Sonrası Büyümenin Yordayıcıları. *Uluslararası Ruhsal Travma Toplantıları IV Özet Kitabı*. İstanbul2005. p. 123-5.

107. Armstrong D, Shakespeare-Finch J. Relationship to the bereaved and perceptions of severity of trauma differentiate elements of posttraumatic growth. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2011;63(2):125-40.
108. Tomich PL, Helgeson VS. Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*. 2004;23(1):16.
109. Janoff-Bulman R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social cognition*. 1989;7(2):113-36.
110. Ullman SE. Correlates of Posttraumatic Growth in Adult Sexual Assault Victims. *Traumatology (Tallahass Fla)*. 2014;20(3):219-24.
111. Sarason IG. Social support, personality, and health. *Individual differences, stress, and health psychology*: Springer; 1988. p. 109-28.
112. Chan CW, Molassiotis A, Yam BM, Chan S, Lam CS. Traveling through the Cancer Trajectory: Social Support perceived by Women with Gynecological Cancer in Hong Kong. *Cancer Nursing*. 2001;24(5):387-94.
113. Siegel K, Schrimshaw EW, Pretter S. Stress-related growth among women living with HIV/AIDS: Examination of an explanatory model. *Journal of behavioral medicine*. 2005;28(5):403-14.
114. Barskova T, Oesterreich R. Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: a systematic review. *Disability and rehabilitation*. 2009;31(21):1709-33.
115. Prati G, Pietrantonio L. Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*. 2009;14(5):364-88.
116. Evers AW, Kraaimaat FW, van Lankveld W, Jongen PJ, Jacobs JW, Bijlsma JW. Beyond unfavorable thinking: the illness cognition questionnaire for chronic diseases. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2001;69(6):1026.
117. Engelkemeyer SM, Marwit SJ. Posttraumatic growth in bereaved parents. *J Trauma Stress*. 2008;21(3):344-6.

118. Urcuyo KR, Boyers AE, Carver CS, Antoni MH. Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology & Health*. 2005;20(2):175-92.
119. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International journal of behavioral medicine*. 1997;4(1):92-100.
120. Frazier P, Conlon A, Glaser T. Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2001;69(6):1048.
121. Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2009;54(5):283-91.
122. Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG, McMillan J. A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of traumatic stress*. 2000;13(3):521-7.
123. Shaw A, Joseph S, Linley PA. Religion, spirituality, and posttraumatic growth: A systematic review. *Mental Health, Religion & Culture*. 2005;8(1):1-11.
124. Bianchini V, Giusti L, Salza A, Cofini V, Cifone MG, Casacchia M, et al. Moderate Depression Promotes Posttraumatic Growth (Ptg): A Young Population Survey 2 Years after the 2009 L'Aquila Earthquake. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*. 2017;13:10-9.
125. McMillen JC, Cook CL. The positive by-products of spinal cord injury and their correlates. *Rehabilitation Psychology*. 2003;48(2):77.
126. Jaarsma TA, Pool G, Sanderman R, Ranchor AV. Psychometric properties of the Dutch version of the posttraumatic growth inventory among cancer patients. *Psycho-Oncology*. 2006;15(10):911-20.
127. Jantien Vrijmoet-Wiersma C, van Klink JM, Kolk AM, Koopman HM, Ball LM, Maarten Egeler R. Assessment of parental psychological stress in pediatric cancer: A review. *Journal of Pediatric Psychology*. 2008;33(7):694-706.

128. Ruf M, Büchi S, Moergeli H, Zwahlen RA, Jenewein J. Positive personal changes in the aftermath of head and neck cancer diagnosis: a qualitative study in patients and their spouses. *Head & neck*. 2009;31(4):513-20.
129. Thornton AA, Perez MA. Posttraumatic growth in prostate cancer survivors and their partners. *Psycho-Oncology*. 2006;15(4):285-96.
130. Xu W, Fu Z, He L, Schoebi D, Wang J. Growing in times of grief: attachment modulates bereaved adults' posttraumatic growth after losing a family member to cancer. *Psychiatry research*. 2015;230(1):108-15.
131. Kim MY. [Factors Influencing Posttraumatic Growth in Fathers of Chronically ill Children]. *J Korean Acad Nurs*. 2015;45(6):890-9.
132. Cadell S. Trauma and growth in Canadian carers. *AIDS care*. 2003;15(5):639-48.
133. Mo PK, Lau JT, Yu X, Gu J. The role of social support on resilience, posttraumatic growth, hopelessness, and depression among children of HIV-infected parents in mainland China. *AIDS Care*. 2014;26(12):1526-33.
134. Li Y, Xing A, Chen X, Lou F, Cao F. Posttraumatic growth and parental bonding in young adults of parents with physical disabilities: testing mediation model of resilience. *Psychol Health Med*. 2017:1-7.
135. Zhang W, Yan TT, Barriball KL, While AE, Liu XH. Post-traumatic growth in mothers of children with autism: A phenomenological study. *Autism*. 2015;19(1):29-37.
136. Phelps KW, McCammon SL, Wuensch KL, Golden JA. Enrichment, stress, and growth from parenting an individual with an autism spectrum disorder. *Journal of intellectual & developmental disability*. 2009;34(2):133-41.
137. Moore MM, Cerel J, Jobes DA. Fruits of trauma? Posttraumatic growth among suicide-bereaved parents. *Crisis*. 2015;36(4):241-8.
138. Sanders A, Szymanski K. Siblings of people diagnosed with a mental disorder and posttraumatic growth. *Community Ment Health J*. 2013;49(5):554-9.

139. Zerach G, Shalev TB. The relations between violence exposure, posttraumatic stress symptoms, secondary traumatization, vicarious post traumatic growth and illness attribution among psychiatric nurses. *Archives of psychiatric nursing*. 2015;29(3):135-42.
140. Eradamlar N, Küçüktüfekçi AH, Balaban ÖD, Şenyaşar K, editors. Posttraumatic growth in caregivers of bipolar affective disorder patients and related factors. *European Neuropsychopharmacology*; 2015: Elsevier Science Bv Po Box 211, 1000 Ae Amsterdam, Netherlands.
141. Özlü A, Yıldız M, Aker T. Şizofreni hastalarına bakım verenlerde travma sonrası gelişim ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2010;11:89-94.
142. Cormio C, Romito F, Giotto F, Mattioli V. Post-traumatic Growth in the Italian Experience of Long-term Disease-free Cancer Survivors. *Stress Health*. 2015;31(3):189-96.
143. Andreasen NC, Flaum M, Swayze VW, Tyrrell G, Arndt S. Positive and negative symptoms in schizophrenia: A critical reappraisal. *Archives of General Psychiatry*. 1990;47(7):615-21.
144. Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C, Özmen E. Pozitif semptomları değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. *Düşünen Adam*. 1991;4:20-4.
145. Şahap Erkoç OA, Cem Ataklı, Erdoğan Özmen. Negatif semptomları değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 1991;4:14-5.
146. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale. *The British journal of psychiatry*. 1993.
147. Aydemir Ö, Esen Danacı A, Deveci A, İçelli İ. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2000;37(1):82-6.
148. 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. *The British Journal of Psychiatry*. 1990;157(6):853-9.
149. Yaprak Erakay S, Gülseren Ş. Şizofreni tanılı hastalarda Sosyal İşlevsellik Ölçeği Türkçe Formu'nun geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması. Bahar Sempozyumları VI, Kongre Özet Kitabı. 2002:134-5.
150. Lingjaerde O, Ahlfors U, Bech P, Dencker S, Elgen K. The UKU side effect rating scale: A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and a cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1987;76(s334):1-100.
151. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*. 1988;52(1):30-41.
152. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12(1):17-25.
153. Worthington Jr EL, Wade NG, Hight TL, Ripley JS, McCullough ME, Berry JW, ve ark. The Religious Commitment Inventory--10: Development, refinement, and validation of a brief scale for research and counseling. *Journal of Counseling Psychology*. 2003;50(1):84.
154. Ahmet A, ALTUNDAĞ Y, TURAN M. Dini Bağlılık Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi-Journal of the Human and Social Science Researches*. 2014;4(2):367-75.
155. Kagan M, Gulec M, Boysan M, Cavus H. Hierarchical Factor Structure of the Turkish Version of the Posttraumatic Growth Inventory in a normal population. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2012;11(5):617-24.
156. DATA D. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders: American Psychiatric Press, Washington; 1997.
157. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için yapılandırılmış klinik görüşme, klinik versiyon. Ankara: Hekimler yayın birliği. 1999.

158. Cormio C, Romito F, Viscanti G, Turaccio M, Lorusso V, Mattioli V. Psychological well-being and posttraumatic growth in caregivers of cancer patients. *Frontiers in psychology*. 2014;5.
159. Rand KL, Cripe LD, Monahan PO, Tong Y, Schmidt K, Rawl SM. Illness appraisal, religious coping, and psychological responses in men with advanced cancer. *Support Care Cancer*. 2012;20(8):1719-28.
160. Ghafouri SF, Ghanbari S, Fallahzadeh H, Shokri O. The Relation Between Marital Adjustment and Posttraumatic Growth in Infertile Couples: The Mediatory Role of Religious Coping Strategies. *J Reprod Infertil*. 2016;17(4):221-9.
161. Schaefer JA, Moos RH. Life crises and personal growth. 1992.
162. Hill EM, Watkins K. Women with Ovarian Cancer: Examining the Role of Social Support and Rumination in Posttraumatic Growth, Psychological Distress, and Psychological Well-being. *J Clin Psychol Med Settings*. 2017.
163. Schubert CF, Schmidt U, Rosner R. Posttraumatic Growth in Populations with Posttraumatic Stress Disorder-A Systematic Review on Growth-Related Psychological Constructs and Biological Variables. *Clin Psychol Psychother*. 2016;23(6):469-86.

EKLER

EK-1: Sosyodemografik Veri Formu

(Hastalar için)
SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU

Adı Soyadı (Tarih:...../...../.....)			
Hastaya Ulaşılabilecek Telefon:			
Yaş:			
Medeni Hal:			
Evde Kimlerle Yaşıyorsunuz?			
Eğitim Durumu (Yıl):			
Mesleği:			
Gelir düzeyi:	Düşük	Orta	Yüksek
Şizofreni Tanısını Aldığı Tarih:			

Ek medikal hastalığınız var mı?	Hayır	Evet
		Açıklayınız (örn; hipertansiyon, diyabet...)
Daha önce tanı konmuş ruhsal hastalığınız var mı?	Hayır	Evet
		Açıklayınız (depresyon, kaygı bozukluğu, uykusuzluk...)

Halen düzenli olarak kullandığınız bütün ilaçların isimleri:

EK-2: Sosyodemografik Veri Formu

(Bakım verenler için)

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Adı Soyadı (Tarih:...../...../.....) Hastaya yakınlığı			
Ulaşılabilecek Telefon:			
Yaş:			
Medeni Hal:			
Evde Kimlerle Yaşıyorsunuz?			
Eğitim Durumu (Yıl):			
Mesleği:			
Gelir düzeyi:	Düşük	Orta	Yüksek

Ek medikal hastalığınız var mı?	Hayır	Evet
		Açıklayınız (örn; hipertansiyon, diyabet...)
Daha önce tanı konmuş ruhsal hastalığınız var mı?	Hayır	Evet
		Açıklayınız (depresyon, kaygı bozukluğu, uykusuzluk...)

Halen düzenli olarak kullandığınız bütün ilaçların isimleri:

Şu anda yaşadığınız herhangi bir psikososyal stresör:	Yok	
	Partnerle problemler	
	Aile problemleri	
	İşile ilgili problemler	
	Ekonomik problemler	
	Fiziksel sağlığı ile ilgili problemler	
	Cinsel problemler	
	Diğer, belirtiniz.....	

Yakınınıza ne kadar süredir siz bakım veriyorsunuz? (yıl olarak belirtiniz)

Başka bakım verdiğiniz kişi/kişiler var mı?

EK-3: (SANS / NBDÖ) Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği

(SANS / NBDÖ) NEGATİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Hasta Adı:.....		Tarih:.....		Vizit:.....		Değerlendiren:.....	
0= Yok		1= Şüpheli		2= Hafif		3= Orta	
4= Belirgin		5= Şiddetli					
DUYGULANIMSAL DÜZLEŞME VEYA KÜNTLEŞME				AVOLUTION – APATİ / İRADESİZLİK / İLGİSİZLİK İnişiyatif veya Hedefin Olmaması			
1. Değişmeyen Yüz İfadesi Hastanın yüzü cansız görünür ve konuşmasının duygusal içeriğine bağlı olarak beklenenden daha az değişir.				0 1 2 3 4 5			
2. Kendiliğinden Hareketlerde Azalma Hastanın kendiliğinden hareketleri çok azalmıştır veya hiç yoktur. Konumunu değiştirmez, ekstremitelemlerini oynamaz.				0 1 2 3 4 5			
3. Anlamlı Jestlerin Yokluğu veya Azalması Hasta fikirlerini ifade etmede bir yardımcı olarak vücut konumunu değiştirmez ve el jestlerini kullanmaz.				0 1 2 3 4 5			
4. Zayıf Göz İlişkisi Hasta göz ilişkisinden kaçınır ve konuşması esnasında bile boşluğa dalgın dalgın bakar.				0 1 2 3 4 5			
5. Duygulanımsal Yanıtsızlık Hasta uyarıldığında gülmez veya gülümsemez.				0 1 2 3 4 5			
6. Uygunsuz Duygulanım Hastanın duygulanımı basit bir biçimde düz veya küntleşmiş olmaktan daha çok uygunsuz veya uyumsuzdur.				0 1 2 3 4 5			
7. Sesteki Esnekliğin Eksikliği Hasta normal sesle ilgili vurgu kalıplarını kullanmada başarısızdır ve genellikle monoton bir biçimde konuşur.				0 1 2 3 4 5			
8. Duygulanımsal Düzleşmenin Bütünsel Derecelendirilmesi Bu derecelendirilme, özellikle yanıtsızlık, göz ilişkisi, yüz ifadesi ve sesteki esneklik başta olmak üzere belirtilerin ayrıntılı şiddeti üstüne yoğunlaşmalıdır.				0 1 2 3 4 5			
9. Konuşma Yoksulluğu Hastanın sorulara yanıtları miktar olarak kısıtlıdır; kısa somut ve özensiz olma eğilimi gösterir.				0 1 2 3 4 5			
10. Konuşma İçeriğinin Yoksulluğu Hastanın yanıtları miktar olarak yeterlidir; fakat muğlak, aşırı somut veya aşırı genelleme eğilimindedir ve çok az bilgi aktarır.				0 1 2 3 4 5			
11. Blokaj Hasta, kendiliğinden veya konuştuğu konu hatırlatıldığında, düşünce dizisinin kesintiye uğradığını ifade eder.				0 1 2 3 4 5			
12. Yanıt Süresinde Uzama duyar. Bu konu hatırlatıldığında, hastanın sorunun farkında olduğu görülür.				0 1 2 3 4 5			
13. Alogiyanın Bütünsel Derecelendirilmesi Alogiyanın çekirdek özellikleri, konuşma ve düşünce içeriğinin yoksulluğudur.				0 1 2 3 4 5			
14. Öz bakımı ve Temizlik Hastanın elbiseleri dökük saçık yada kirli olabilir, saçları yağlanmış, kendisi temizlenmemeye bağlı kokuyor olabilir.				0 1 2 3 4 5			
15. İş veya Okulda Sebatsızlık Hastanın iş arama ve sürdürmede, okul ödevlerini tamamlamada, evi temizlemede güçlükleri vardır. Eğer hasta hastanede yatıyorsa, örneğin toplu oyun oynama gibi koşu etkinliklerini sürdürmez.				0 1 2 3 4 5			
16. Fiziksel Anergia (Hareketsizlik) Hasta fiziksel olarak hareketsiz olma eğilimindedir. Saatlerce oturabilir ve hiçbir kendiliğinden hareket göstermez.				0 1 2 3 4 5			
17. İradesizlik/İlgisizliğin Bütünsel Derecelendirilmesi Eğer özellikle belirgin ise, asıl ağırlık bir veya iki önemli belirtiyeye verilmelidir.				0 1 2 3 4 5			
18. Oyalanıcı İlgisi ve Etkinlikler Hastanın ilgileri çok az veya hiç yoktur. Bu ilgilerin hem niteliği hem de niceliği dikkate alınmalıdır.				0 1 2 3 4 5			
19. Cinsel İlgisi ve Etkinlik Hasta cinsel ilgi ve etkinlikte bir azalma gösterebilir veya etkin olduğunda da zevk almada bir azalma vardır.				0 1 2 3 4 5			
20. Yakınlık ve Dostluk Kurma Yeteneği Hasta, özellikle karşı cins ve ailesiyle başta olmak üzere yakın ve dostça ilişkiler kurmada bir yetersizlik sergiler.				0 1 2 3 4 5			
21. Arkadaş ve Akranlar ile İlişkiler zamanını yalnız geçirmeyi tercih eder.				0 1 2 3 4 5			
22. Anhedoni - Sosyalitenin Bütünsel Derecelendirilmesi Bu derecelendirme hastanın yaşı, aile durumu vb. durumları da hesaba katarak ayrıntılı şiddeti yansıtmalıdır.				0 1 2 3 4 5			
23. Sosyal Dikkatsizlik Hasta ilgisiz görünür. Uyuşturucu madde etkisindeymişçesine bir görünüm içindedir.				0 1 2 3 4 5			
24. Zihinsel Durum Testleri Esnasında Dikkatsizlik 7 (yedi) rakamıyla yapılan seri testleri (en az beş çıkarma işlemli olmalı) ve 'Dünya' kelimesini geriye doğru harf harf okuma testi				0 1 2 3 4 5			
25. Dikkatin Bütünsel Derecelendirilmesi Bu derecelendirilme, klinik olarak ve testler açısından hastanın ayrıntılı yoğunlaşmasını değerlendirmelidir				0 1 2 3 4 5			

PUANLAMA:

EK-4: (SAPS / PBDÖ) Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği

(SAPS / PBDÖ) POZİTİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0= Yok 1= Şüpheli 2= Hafif 3= Orta 4= Belirgin 5= Şiddetli

Hasta Adı: Tarih: Vizit: Değerlendiren:

VARSANILAR	0 1 2 3 4 5	19. Düşünce Çekilmesi	0 1 2 3 4 5
1. İşitme Varsanıları		Hasta, düşüncelerinin kafasından alındığına inanır.	
Hasta başkalarının duymadığı sesler, gürültüler veya başka sesler duyduğunu bildirir.			
2. Yorumlayıcı Sesler	0 1 2 3 4 5	20. Hezeyanların Bütünsel Derecelendirilmesi	0 1 2 3 4 5
Hasta, davranış ve düşüncelerini yorumlayan sesler duyduğunu bildirir.		Bu derecelendirilme hezeyanların süresi, ısrarlılığı ve hastanın yaşamına olan etkisi gözönüne alınarak yapılmalıdır.	
3. Kendi Aralarında Konuşan Sesler	0 1 2 3 4 5	GARİP (BİZAR) DAVRANIŞ	0 1 2 3 4 5
Hasta iki veya daha fazla kişinin aralarında konuştuklarını duyduğunu bildirir.		21. Giyim ve Görünüş	
4. Somatik veya Dokunma Varsanıları	0 1 2 3 4 5	Hasta olağandışı tarzda giyinir veya diğer garip şeylerle görünüşünü değiştirir.	
Hasta, vücudunda acayip fizik duyumsamalar olduğunu bildirir.		22. Sosyal ve Cinsel Davranış	0 1 2 3 4 5
5. Koku Varsanıları	0 1 2 3 4 5	Hasta, olağan sosyal normlara göre, uygunsuz şeyler yapabilir. Örn. Ortalıkta mastürbasyon yapma	
Hasta, başkalarının fark etmediği olağan dışı kokular duyduğunu bildirir.		23. Saldırgan ve Taşkın Davranış	0 1 2 3 4 5
6. Görme Varsanıları	0 1 2 3 4 5	Hasta, sıklıkla önceden tahmin edilemeyen saldırgan ve taşkın davranışlar gösterebilir.	
Hasta, gerçekte var olmayan şekil veya insanları görür.		24. Tekrarlayıcı veya Basmakalıp (Stereotipik) Davranış	0 1 2 3 4 5
7. Varsanıların Bütünsel Derecelendirilmesi	0 1 2 3 4 5	Hareketler veya merasimler geliştirebilir.	
Bu Derecelendirme varsanın süresi, şiddeti ve hastanın yaşamına olan etkisi göz önüne alınarak yapılmalıdır.		25. Garip Davranışın Bütünsel Derecelendirilmesi	0 1 2 3 4 5
HEZEYANLAR	0 1 2 3 4 5	Bu derecelendirme, davranış tipi ve sosyal normlardan sapma miktarının yansıtılmalıdır.	
8. Kötülük Görme Hezeyanları		POZİTİF FORMAL DÜŞÜNCE BOZUKLUĞU	0 1 2 3 4 5
Hasta, kendine yönelik komplo hazırlandığına veya bir yolunun bulunup kendine kötülük yapılacağına inanır.		26. Düşüncenin Raydan Çıkması (Derailment)	
9. Kıskançlık Hezeyanları	0 1 2 3 4 5	Fikirlerin bir diziden diğerine dolaylı bağlantılı veya bağlantısız olarak kayıp gittiği konuşma şekli.	
Hasta eşinin bir başkası ile ilişkisi olduğunu düşünür.		27. Teğetleme (Tangentiality)	0 1 2 3 4 5
10. Suçluluk ve Günahkarlık Hezeyanları	0 1 2 3 4 5	Dolaylı veya konu dışı tarzda sorulara yanıt verme.	
Hasta bazı kötü günahlar veya affedilemez suçlar işlediğine inanır.		28. Dikişsizlik (Kelime Salatası, Şizofazi)	0 1 2 3 4 5
11. Büyüklük Hezeyanları	0 1 2 3 4 5	Zaman zaman esas olarak anlaşılmayan konuşma şekli	
Hasta, özel güç veya yeteneklerinin varlığına inanır.		29. Mantık Dışılık	0 1 2 3 4 5
12. Dinsel Hezeyanlar	0 1 2 3 4 5	Mantıklı olarak izlenemeyen sonuçlar çıkarılan konuşma şekli	
Hasta, dinsel nitelikli yanlış inançları ile aşırı uğraşır.		30. Çevresel Konuşma (Circumstantiality)	0 1 2 3 4 5
13. Somatik Hezeyanlar	0 1 2 3 4 5	Hedef Düşünceye ulaşması çok dolambaçlı olan ve gecekken konuşma şekli.	
Hasta, her nasılsa vücudunun hasta, anormal veya değişmiş olduğuna inanır.		31. Basıncılı Konuşmalar	0 1 2 3 4 5
14. Alınma Düşünceleri ve Hezeyanları	0 1 2 3 4 5	Hastanın konuşması hızlı ve durdurulması güçtür. Konuşma miktarı normalden çok fazladır.	
Hasta, önemsiz işaret veya olayları üzerine alır veya özel anlamlar çıkarır.		32. Çelinebilir Konuşma (Distractible Speech)	0 1 2 3 4 5
15. Kontrol Edilme Hezeyanları	0 1 2 3 4 5	Hasta konuşma akımını kesintiye uğratan yakın uyarınlara çelinebilir.	
Hasta, duygularının ve karakterinin bazı dış güçlerce kontrol edildiğini hisseder.		33. Klang Çağırışım	0 1 2 3 4 5
16. Düşünce Okunması Hezeyanları	0 1 2 3 4 5	Kelime seçimine anlamsal ilişkilerden çok seslerin yön verdiği konuşma şekli.	
Hasta insanların düşüncelerini okuyabildiği veya düşüncelerini bildiğini hisseder.		34. Pozitif Formal Düşünce Bozukluğunun Bütünsel Derecelendirilmesi	0 1 2 3 4 5
17. Düşünce Yayınlanması	0 1 2 3 4 5	Bu bütünsel derecelendirilme, anormallığı ve kişinin ilişki kurma yeteneği etkileme derecesini yansıtmalıdır.	
Hasta, düşüncelerinin yayımlandığını hisseder, böylece kendisi veya diğerleri bunları duyabilir.			
18. Düşünce Sokulması	0 1 2 3 4 5		
Hasta, düşüncelerinin kendisine ait olmadığını, dışarıdan aklına sokulduğuna inanır.			

EK-5: Uyku Yan Etki Değerlendirme Ölçeği

UKU YAN ETKİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

1. RUHSAL YAN ETKİLER	0	1	2	3	9	Nedensel İlişki*		
						1	2	3
1.1. Konsantrasyon sorunları	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.2. Kuvvetsizlik / Halsizlik / Kolay yorulma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.3. Uyku hali / Sedasyon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.4. Unutkanlık	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.5. Depresyon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.6. Gerginlik / İç huzursuzluğu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.7. Uyku Süresinde Uzama	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.8. Uyku Süresinde Azalma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.9. Rüya Görmede Artma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.10. Duygusal Kayıtsızlık	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. NÖROLOJİK YAN ETKİLER								
2.1. Distoni	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.2. Rijidite	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.3. Hipokinezi / Akinezi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.4. Hiperkinezi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.5. Tremor	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.6. Akatizi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.7. Epileptik Nöbetler	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.8. Paresteziler	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. OTONOMİK YAN ETKİLER								
3.1. Akomodasyon Bozuklukları	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.2. Artmış Salivasyon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.3. Azalmış Salivasyon (Ağızda Kuruluk)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.4. Bulantı / Kusma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.5. İshal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.6. Kabızlık	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.7. İşeme Sorunları	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.8. Poliüri / Polidipsi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.9. Ortostatik Baş Dönmesi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.10. Çarpıntı / Taşikardi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.11. Terlemede Artış	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

*Nedensel İlişki

1- Muhtemel değil

2- Mümkün

3- Muhtemel

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

4. DİĞER YAN ETKİLER	0	1	2	3	9	Nedensel İlişki*		
						1	2	3
4.1. Döküntü	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
a- Morbiliform ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b- Petesi ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c- Ürtiker ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d- Psöriatik ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e- Sınıflandırılmayan ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.2. Kaşıntı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.3. Fotosensitivite	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.4. Pigmentasyonda Artış	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.5. Kilo Artışı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.6. Kilo Kaybı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.7. Menoraji	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.8. Amenore	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.9. Galaktore	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.10. Jinekomasti	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.11. Cinsel İstekte Artma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.12. Cinsel İstekte Azalma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.13. Ereksiyon Bozukluğu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.14. Ejekülasyon Bozukluğu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
a- Prematür ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b- Geç ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.15. Orgazm Sorunları	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.16. Vajende Kuruluk	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.17. Baş Ağrısı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
a- Gerilim baş ağrısı ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b- Migren ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c- Diğer ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.18. Fiziksel Bağımlılık	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.19. Psikolojik Bağımlılık	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

*Nedensel İlişki 1- Muhtemel değil 2- Mümkün 3- Muhtemel

5. YAN ETKİLERİN HASTANIN GÜNLÜK PERFORMANSINI ETKİLEMESİNİN GENEL DEĞERLENDİRİLMESİ

- ☐ 0 Yan etki yok
☐ 1 Hastanın performansını etkilemeyen hafif yan etkiler
☐ 2 Hastanın performansını orta derecede etkileyen yan etkiler
☐ 3 Hastanın performansını belirgin derecede etkileyen yan etkiler

6. DEĞERLENDİRMEYİ YAPAN

- ☐ 1 Hasta ☐ 2 Doktor

7. SONUÇ

- ☐ 0 Herhangi birşey yapılmaması.
☐ 1 Hastanın daha sık değerlendirilmesi, ilaç dozunda daha sık değişiklik yapılmaması ve/veya yan etkilerin ara sıra ilaçla tedavisi.
☐ 2 İlaç dozunun azaltılması ve/veya yan etkilerin ilaçlarla sürekli tedavisi.
☐ 3 İlacın kesilmesi veya diğer bir ilaçla tedaviye devam edilmesi.

EK-6: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

Görüşmeci: İlk soruları yazıldığı gibi sorun. Takdir hakkı için izleme ipuçlarını ya da belirleyicileri kullanın. Aksi belirtilmedikçe zaman sınırı son iki haftadır.

Not: 9. ve son madde tüm görüşme boyunca yapılan gözlemlere dayanır.

CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

1) Depresyon: Son iki hafta boyunca ruh halinizi nasıl tanımlarsınız? Yeterince neşelenebiliyor muydunuz, yoksa son zamanlarda aşırı çökkün ya da üzüntülü müydünüz? Son iki hafta içinde, her gün ne kadar sıklıkta kendinizi [KENDİ KELİMELERİ] hissediyorsunuz? Gün boyu?

0. Yok
1. Hafif: Sorulduğunda biraz üzüntü ya da güvensizlik ifade eder
2. Orta: Son iki hafta boyunca zamanın neredeyse yarısında süren belirgin çökkün duygudurum: her gün var
3. Şiddetli: Her gün zamanın yarısından fazlasında süren, olağan motor ve toplumsal işlevselliği etkileyen belirgin çökkün duygudurum

2) Umutsuzluk: Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz? Sizin için herhangi bir gelecek var mı? Yoksa yaşam oldukça umutsuz mu görünüyor? Kendinizi koyuverdiniz mi yoksa hala çaba göstermek için neden var mı?

0. Yok
1. Hafif: Son iki hafta boyunca bazı zamanlar umutsuzluğa kapılmış ama hala gelecek için belli düzeyde umut taşıyor
2. Orta: Son iki hafta boyunca ısrarlı, orta düzeyde umutsuzluk duygusu. İşlerin daha iyiye gidebileceği konusunda ikna edilebiliyor
3. Şiddetli: İsrarlı ve sıkıntı veren umutsuzluk duygusu

3) Değersizlik duygusu: Başka insanlarla karşılaştığınızda, kendinizi nasıl görüyorsunuz? Kendinizi başka insanlardan daha mı iyi, daha mı kötü, yoksa yaklaşık aynı düzeyde mi görüyorsunuz? Kendinizi başkalarından aşağıda ya da hatta değersiz mi hissediyorsunuz?

0. Yok
1. Hafif: Kısmen aşağılık duygusu var; değersizlik duygusu düzeyine ulaşmıyor
2. Orta: Kişi kendini değersiz hissediyor; ama zamanın yarısından azında
3. Şiddetli: Kişi zamanın yarısından fazlasında kendini değersiz hissediyor. Öyle olmadığı konusunda ikna edilebiliyor

4) Suçlulukla İlgili Alınma Düşünceleri: Bir konuda itham edildiğiniz ya da hatta haksız yere suçlandığınız duygusuna kapıldınız mı? Hangi konuda? (Doğrulanabilir itham ya da suçlamaları dahil etmeyin. Suçluluk sanılarını dışlayın)

0. Yok
1. Hafif: Kişi zamanın yarısından azında kendini itham altında hisseder ama suçlu hissetmez
2. Orta: İtham altında olduğuna dair ısrarlı duygular ve/veya ara sıra suçlu olduğuna dair duygular
3. Şiddetli: Suçlu olduğuna dair ısrarlı duygular. İkna edilmeye çalışılınca, öyle olmadığını kabul eder

5) Patolojik Suçluluk: Geçmişte yapmış olabileceğiniz önemsiz şeylerden dolayı kendinizi kabahatli bulma eğiliminde misiniz? Bu konuyla bu derecede uğraşmayı hakkettiğinizi düşünüyor musunuz?

0. Yok
1. Hafif: Kişi bazen bazı küçük kabahatler konusunda olması gerekenden fazla suçluluk duyar, ama bu, zamanın yarısından azını alır
2. Orta: Kişi çoğu zaman (zamanın yarısından fazlasında) önemini abarttığı geçmiş eylemleri konusunda suçluluk duyar
3. Şiddetli: Kişi çoğu zaman kötü giden her şey için, hatta kendi hatası olmasa bile kendini kabahatli hisseder

6) Sabah Depresyonu: Son iki hafta boyunca, kendinizi çökkün hissederken, bu çökkünlüğün günün belli bir zamanında daha kötüleştiğini fark ettiniz mi?

0. Yok: Depresyon yok
1. Hafif: Depresyon var ama gün içi değişkenlik yok
2. Orta: Depresyonun sabahları kötüleştiği kendiliğinden belirtilir
3. Şiddetli: Sabahları belirgin biçimde daha kötü olan ve işlevselliğin bozulduğu depresyon akşamları düzelir

- 7) Erken Uyanma: Sabahları normalden daha mı erken uyanıyorsunuz? Bu, haftada kaç kez oluyor?
0. Yok: Erken uyanma yok
 1. Hafif: Ara sıra (en çok haftada iki kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor
 2. Orta: Çoğunlukla (en çok haftada beş kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor
 3. Şiddetli: Her gün uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor
- 8) Özkıym: Hayatın yaşamaya değer olmadığını hissediyor musunuz? Yaşamınıza son vermek hiç içinizden geçti mi? Kendinize ne yapabileceğinizi düşündünüz? Gerçekten denediniz mi?
0. Yok
 1. Hafif: Sıklıkla keşke ölmüş olsaydım biçiminde düşünceler ya da ara sıra özkıym düşünceleri
 2. Orta: Üzerinde uğraşılmış özkıym tasarısı ama girişimde bulunmamıştır
 3. Şiddetli: Açıkça ölümle sonuçlanmak üzere hazırlanmış özkıym girişimi (örn.: şans eseri fark edilme ya da etkisiz yöntem)
- 9) Gözlenen Depresyon: Tüm görüşme boyunca görüşmecinin gözlemlerine dayanır. Görüşmede uygun anlarda sorulan “Kendinizi ağlamaklı hissediyor musunuz?” sorusu bu gözlem için gerekli bilgiyi sağlayabilir.
0. Yok
 1. Hafif: Görüşmenin belirgin olarak yansız konuşmalarını içeren bölümlerinde bile kişi üzgün ya da kederli görünmektedir
 2. Orta: Kişi görüşme boyunca sıkın, tekdüze bir ses tonuyla üzgün ve kederli görünmektedir ve bazen ağlar ya da ağlamaklı olur
 3. Şiddetli: Kişi sıkıntı veren konularda boğulacak gibi olur, sıklıkla derin iç çeker ve açıkça ağlar, ya da kişi ısrarlı olarak ıstıraptan donakalmış durumdadır ancak görüşmeci depresyonun varolduğundan emindir.

EK-7: Sosyal İşlevsellik Ölçeği

SOSYAL İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ Hasta Yakını Formu

İSİM: _____

Bu ölçek hastalanmasından bu yana yakınınızın ne durumda olduğunu anlamamıza yardımcı olacaktır.

Ölçeğin doldurulması yaklaşık 20 dakika sürer. (Doldurmaya başlamadan önce lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız.)

1. Yakınınız sizinle birlikte mi yaşıyor?

Cevap: _____

1. Yanıtınız hayır ise yakınınız ne zaman ayrıldı?

Cevap: _____

2. Yakınınızla düzenli olarak görüşüyor musunuz?

Cevap: _____

	Ç	KAİ	ÖSE	BZD	B-y	B-p	İ / M
Ham puan							
Dönüştürülmüş puan							

SOSYAL UĞRAŞI / SOSYAL ÇEKİLME

1. Her gün kaçta kalkıyor?

Sabah 9'dan önce

Sabah 9 ile 11 arası

Sabah 11 ile öğleden sonra 1 arası

Hafta içi ortalama _____

Öğleden sonra 1'den geç

Hafta sonu ortalama _____

(eğer farklıysa)

2. Günün kaç saatini yalnız geçiriyor?

örn. odada tek başına,
tek başına dolaşarak,
radyo dinleyerek ya da televizyon izleyerek v.b.

Lütfen kutulardan birini işaretleyin:

Tek başına geçirdiği saatler

0-3 Tek başına geçirdiği süre çok az. ☐

3-6 Zamanın bir kısmı. ☐

6-9 Zamanın önemli bir kısmı. ☐

9-12 Zamanın büyük bir kısmı. ☐

12 Hemen hemen zamanın hepsi. ☐

3. Evde ne kadar sıklıkla bir sohbeti başlatıyor?

Hemen hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık

☐ ☐ ☐ ☐

4. Evden ne sıklıkla çıkıyor? (herhangi bir nedenle)

Hemen hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık

☐ ☐ ☐ ☐

5. Yabancıların varlığına nasıl tepki gösterir?

Onlardan kaçınma ☐

Huzursuz olma ☐

Onları kabul etme ☐

Onlardan hoşlanma ☐

KİŞİLERARASI İŞLEVSELLİK

1. Şu anda kaç arkadaşı var?
(düzenli olarak görüştüğü, birlikte etkinliklerde bulunduğu v.b.)

2. Karşı cinsten bir arkadaşı var mı? (eğer evli değilse)

Evet / Hayır

3. Anlamlı veya mantıklı konuşmayı ne sıklıkla başarıyor?
Lütfen kutuyu işaretleyiniz

Hemen hemen hiç

☐

Nadiren

☐

Bazen

☐

Sık sık

☐

4. Şu sıralar insanlarla konuşmak yakınınıza ne kadar zor ya da ne kadar kolay geliyor?

Çok kolay

☐

Oldukça kolay

☐

Orta

☐

Oldukça zor

☐

Çok zor

☐

SOSYAL ETKİNLİKLER

Son üç ay içinde yakınınızın aşağıdaki etkinliklerin her birine ne sıklıkta katıldığını göstermek üzere uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Sinema				
Tiyatro / konser				
Kapalı salon sporunu izleme (örneğin; masa tenisi)				
Açık alan sporunu izleme(örneğin; futbol)				
Sanat galerisi / müze				
Sergi				
İlgi duyulan yerleri gezme				
Toplantı, konuşma v.b				
Gece okulu				
Akrabaları evlerinde ziyaret etme				
Akrabaların ziyarete gelmesi				
Arkadaşlarını ziyaret etme (erkek / kız arkadaşı dahil)				
Arkadaşları tarafından ziyaret edilme (erkek / kız arkadaşı dahil)				
Partiler				
Resmi toplantılar				
Disko v.b.				
Gece kulübü / sosyal kulüp				
Kapalı salon sporu yapmak				
Açık alan sporu yapmak				
Kulüp / dernek				
Kahve / cafe'lere gitme				
Dışarıda yemek yemek				
Dini etkinliklere katılmak				

BOŞ ZAMANLARI DEĞERLENDİRME

Lütfen son üç ay içinde yakınınızın aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığını belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Müzik aleti çalma				
Dikiş-nakış, örgü				
Bahçe işleri				
Okuma				
Televizyon izleme				
Teyp ya da radyo dinleme				
Yemek pişirme				
Kendi başına yapılan etkinlikler (maket uçak yapma v.b.)				
Tamir işleri (araba, bisiklet, ev v.b.)				
Yürüyüş, dolaşma				
Araba kullanma / bisiklete binme (hobi olarak)				
Yüzme				
Hobi (örneğin; koleksiyon yapma)				
Alışveriş yapma				
Sanatsal etkinlikler (resim yapma, el sanatları v.b.)				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ - YETKİNLİK

Lütfen son üç ay içinde yakınınızın aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığını belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz:

	Yeterli	Yardım gerekir	Yapamaz	Bilinmiyor
Toplu ulaşım				
Parayı doğru biçimde değerlendirme				
Parasının hesabını yapma				
Kendisi için yemek pişirme				
Haftalık alışveriş				
İş arama				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
Kişisel temizlik				
Yıkanma, düzenli olma v.b.				
Dükkanlardan alışveriş yapma				
Evden tek başına çıkma				
Kendisi için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ - PERFORMANS

Lütfen son üç ay içinde yakınınızın aşağıdakilerden her birini ne sıklıkta yaptığını belirtmek için işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Alışveriş yapma (yardım almadan)				
Bulaşık yıkama, yerleştirme v.b.				
Düzenli olarak yıkanma, banyo yapma v.b.				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
İş arama (eğer işsizseniz)				
Gıda alışverişi yapma				
Yemek hazırlama ve pişirme				
Evden tek başına ayrılma				
Otobüs, tren v.b. binme				
Para harcama				
Parasının hesabını yapma				
Kendisi için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

İŞ / MESLEK

Düzenli bir işi var mı? (Rehabilitasyon ya da yeniden eğitim kursları dahil)

Evet / Hayır (altını çiziniz)

1. EĞER YANITINIZ EVETSE: Ne tür bir iş?-----

Haftada kaç saat çalışıyor?-----

Ne zamandır bu işte çalışıyor?-----

2. EĞER YANITINIZ HAYIRSA:

En son ne zaman bir işte çalıştı?-----

Ne tür bir işti?-----

Haftada kaç saat çalışırdı?-----

Özürlü olduğuna ilişkin bir belge verildi mi?

EVET / HAYIR (altını çiziniz)

Ayaktan tedavi için hastaneye gidiyor mu?

EVET / HAYIR (altını çiziniz)

Herhangi bir işte çalışabileceğini düşünüyor musunuz?

* Kesinlikle evet / Zorlanır / Kesinlikle hayır

Ne sıklıkla yeni iş bulma girişiminde bulunuyor? (örneğin; İş ve İşçi Bulma Kurumu'na başvurma, gazete ilanlarına bakma)

* Hemen hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık

EK-8: Algılanan Çok Yönlü Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional scale of Perceived Social Support)

**ALGILANAN ÇOK YÖNLÜ SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ
(MULTIDIMENSIONAL SCALE OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT)**

Aşağıda 12 cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1 den 7ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söyleneni sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birinde bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

1. İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

2. Sevinç ve kederimi paylaşabileceğim özel bir insan var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

5. Beni gerçekten rahatlatan bir insan var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

10. Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insanım.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

11. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

EK-9: Dinsel Bağlılık Ölçeği

DİNSEL BAĞLILIK ÖLÇEĞİ

Aşağıda bazı durumlar verilmiştir. Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koyunuz. Her sorunun karşısında bulunan; (1) Benim için hiç doğru değil (2) Benim için doğru değil (3) Benim için kısmen doğru (4) Benim için doğru (5) Benim için tamamen doğru anlamına gelmektedir.						
1	Çoğunlukla dini inancım ile ilgili dergi ve kitaplar okurum.	1	2	3	4	5
2	Dini organizasyonlara maddi katkıda bulunurum.	1	2	3	4	5
3	Dini inanç anlayışımı geliştirmek için zaman harcarım.	1	2	3	4	5
4	Din benim için çok önemlidir, çünkü yaşamın anlamıyla ilgili birçok sorunun cevabını orada bulurum.	1	2	3	4	5
5	Dini inançlarım yaşama yönelik bakış açımın temelini oluşturur.	1	2	3	4	5
6	Din kardeşlerimle zaman geçirmekten keyif alırım.	1	2	3	4	5
7	Dini inançlar yaşamımı derinden etkiler.	1	2	3	4	5
8	Dini konularla ilgili uzun süre düşünmek benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
9	Dini organizasyonlarda çalışmaktan zevk alırım.	1	2	3	4	5
10	Çevremdeki dini grupları iyi bilirim ve onların kararlarını etkilerim.	1	2	3	4	5

EK-10: Travma Sonrası Büyüme Ölçeği

Travma Sonrası Büyüme Ölçeği

Sizden öğrenmek istediğimiz, yaşamınızda önemli yer tutan travmatik yaşam olaylarının, hayatınızda ne ölçüde pozitif değişikliklere sebep olduğudur. Geçmişte yaşadığınız krizden/krizlerden sonra yaşamınızda ve düşüncelerinizde meydana gelen değişimleri lütfen aşağıda verilen puanlama ölçütlerine göre 0 ve 5 arasında değerlendiriniz.

0	1	2	3	4	5
Stresli olay(lar) sonucu bu değişimi hiçbir şekilde yaşamadım.	Çok az bir düzeyde	Bir miktar	Orta düzeyde	Oldukça fazla	Stresli olay(lar) sonucu bu değişimi çok büyük ölçüde yaşadım.

- Yaşamda önem verdiğim şeylerin öncelik sırası değişti. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Kendi hayatıma verdiğim değerde büyük bir artış oldu. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Yeni ilgi alanları keşfettim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Kendime güven hissinde artış oldu. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Manevi konuları daha iyi anlamaya başladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Başım sıkıştığında insanlara güvenebileceğimi daha iyi anladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Yaşamım için yeni bir yön belirledim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Kendimi diğer insanlarla çok daha yakın hissetmeye başladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Duygularımı ifade etmeye daha çok istekliyim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Zorlukları göğüsleyebileceğimi daha iyi anladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Yaşamımda daha iyi şeyler yapabiliyorum. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Her şeyi olduğu gibi, daha çok kabullenebiliyorum. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Her günümü daha iyi değerlendirebiliyorum. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Daha önce var olmayan yeni olanaklara kavuştum. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Diğer insanlara karşı daha şefkatliyim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- İlişkilerime daha çok emek sarf etmeye başladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Değişmesi gereken şeyleri değiştirebilmek için daha çok çaba harcıyorum. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Daha güçlü bir inanca sahibim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Düşündüğümde çok daha güçlü olduğumu keşfettim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- İnsanların ne kadar mükemmel olabildiklerine dair çok şey öğrendim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
- Başkalarına ihtiyaç duyuyor olmayı daha çok kabullendim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)