

Şizofreni hastalarına bakım verenlerde travma sonrası gelişim ve ilişkili etkenler*

Aslı ÖZLÜ,¹ Mustafa YILDIZ,² Tamer AKER³

ÖZET

Amaç: Şizofreni hastalarına bakım vermenin olumsuz etkileriyle ilgili çok çalışma olmasına karşın, bakım verenlerde olabilecek olumlu değişimlerle ilgili çalışmalara rastlanmamıştır. Bu çalışmada şizofreni hastalarına bakım verenlerde travma sonrası gelişim ile sosyodemografik değişkenler, baş etme yolları ve sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmaya katılanlara Travma Sonrası Gelişim Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Baş Etme Yolları Ölçeği uygulanmıştır. Çalışmaya 71 erkek, 29 kadın olmak üzere toplam 100 kişi katılmıştır. Veriler ilişkisiz grup t testi ve ki-kare testi ile analiz edilmiştir. **Sonuç:** Bakım verenin yaşının genç olmasının, genç hastalara bakım vermenin, sosyal destek varlığının, problem odaklı başa çıkma stratejisini kullanmanın travma sonrası gelişim ile ilişkili değişkenler olduğu bulunmuştur. **Tartışma:** Yeterli sosyal desteklerin sağlanması, bakım verenlerin problem odaklı başa çıkma stratejileri yönünden eğitilmesi, şizofreni tedavisinde tamamlayıcı olabilir. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010; 11:89-94*)

Anahtar sözcükler: Travma sonrası gelişim, başa çıkma stratejileri, sosyal destek, bakım verenler, şizofreni

Posttraumatic growth and related factors in caregivers of schizophrenia patients

ABSTRACT

Objective: Despite the research on negative effects of schizophrenia, research examining positive changes experienced by caregivers is nonexistent. The study aims to investigate the relationship between posttraumatic growth and sociodemographic variables, coping strategies, social support in caregivers of patients with schizophrenia. **Methods:** The Posttraumatic Growth Inventory, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Ways of Coping Inventory were used. One hundred caregivers (71 women, 29 men) were participated into the study. The results were analyzed by unpaired t and chi square tests. **Results:** Younger age of the caregivers and patients, more social support and using problem solving strategies were significantly related to posttraumatic growth. **Discussion:** Providing sufficient social support and educating caregivers on problem solving strategies might be supportive in treatment of schizophrenia. (*Anatolian Journal of Psychiatry 2010; 11:89-94*)

Key words: posttraumatic growth, coping strategies, social support, caregivers, schizophrenia

* 43. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde (İstanbul, 2007) sunulmuştur.

¹ Uzm.Psk., ³Prof.Dr., Kocaeli Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, SBE Ruhsal Travma ve Afet Çalışmaları Birimi, Kocaeli

² Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Kocaeli

Yazışma adresi / Address for correspondence:

Uzm.Psk. Aslı ÖZLÜ, Kocaeli Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, SBE Ruhsal Travma ve Afet Çalışmaları Birimi, Kocaeli/Türkiye

E-mail: asliozlu@yahoo.com

GİRİŞ

Şizofreni, hasta birey kadar hastanın yakının-daki diğer insanları da etkiler. Bir ailenin çocuk-larının şizofreni hastası olduğunu öğrendiği andaki duyguları, bir kaza veya ciddi bir hastalık olduğu zamandakinden farklı değildir. Anne-babalar, hasta olan çocuklarıyla ilgili umutlarını ve beklentilerini yitirerek bunun yasını tutmaya başlayabilir. Bu adeta 'bitmeyen bir yas' süreci-dir.¹ Burada yası tutulan, doğum öncesinden başlayarak hayali kurulan ve sahip olunması beklenen sağlıklı çocuktur. Aile bu noktada, hayalini kurduğu sağlıklı çocuğun yasını tutup var olan çocukla ilgili yeni hayaller ve beklentiler oluşturacağı bir sürece girer. Bu süreç, her ailede farklılık gösteren bir zaman almakta, birçok ailede ise hiçbir zaman tamamlanamamaktadır.^{2,3}

Aileler hastalıkla karşılaştıkları ilk aşamada karmaşa yaşar. Yoğun bir şok ve şaşkınlık vardır. Daha sonra aşırı üzüntü, hayal kırıklığı, kaygı, yadsıma ve suçluluk gibi duyguların yoğun olarak yaşandığı tepkisel aşama gelir. Bunu çocuklarına nasıl yardımcı olacaklarını planladıkları ve durumla baş etmeye başladıkları uyum aşaması izler. Aileler bu aşamalardan geçerek kendi bilgi ve becerilerini geliştirmeye, kendileri ve çocukları için gelecekle ilgili planlar yapmaya başlar.^{4,5}

Şizofreni hastalarına bakım verenlerle yapılan çalışmalar incelendiğinde genellikle ailelerin yaşadığı yoğun stres, çökkünlük, aile sorunları^{6,7} gibi yaşanan sürecin olumsuz yönüne vurgu yapıldığı görülmektedir. Aile üyelerinin tüm olumsuzluklara karşı yaşamalarında yeni anlamlar bulmaları ya da farklı bir gelişim göstermeleri de olasıdır. Toplum yararına çalışmalara katılımlar örnek gelişmeler arasında sayılabilir.⁸

Travmatik bir yaşantının sonrasında, travmaya maruz kalan kişide, travma sonrası stres tepkileri ve travmatik olaya bağlı bozuklukların yanı sıra travma sonrası gelişim kavramıyla belirtilen bazı gelişmeler de beraberinde gelebilir. 'Travma sonrası gelişim' kavramı zorlayıcı yaşam olayları ile mücadele sonucunda gelişen pozitif yöndeki ruhsal değişiklikleri gösterir. Travma sonrası gelişim, travmatik bir olay ve onunla mücadele çabaları sonrasında ortaya çıkan olumlu bilişsel, duygusal, davranışsal dönüşümdür. Olumlu değişimler 'strese bağlı gelişim', 'travma sonrası büyüme' ve 'gelişme' gibi isimler almaktadır.⁹⁻¹³

Olumlu ruhsal değişim olgusunun ele alınması
Anatolian Journal of Psychiatry 2010; 11:89-94

1980'lerde başlamıştır. 1980'lerin ortalarından başlayarak araştırmacılar, travma sonrası gelişme konusunda yas, kronik hastalıklar, kanser, kalp krizi, trafik kazaları, yangın, tecavüz, cinsel istismar gibi çeşitli travmatik olaylara ilişkin çalışmalar yapmıştır. Travma sonrası gelişmeyi ölçme ve bu olgunun diğer değişkenlerle ilişkileri konusunda araştırmalar ise, 1990'larda başlamıştır.¹²

Travma sonrası gelişimin üç boyutta değişim anlamına geldiği bildirilmektedir: Kendilik algısında olumlu değişim (bilişsel süreçlerde değişim, kendini anlama, diğerkamlik, empati, özgüven ve öz yeterlilik alanlarında artma), kişilerarası ilişkilerde olumlu değişim (daha toleranslı olma, sosyal destek ağları, arkadaş, aile ile olumlu ilişkiler kurma, çevrenin daha olumlu olarak algılanması) ve yaşam felsefesinde değişim (anı yaşayabilme, yaşamın kıymetini anlama, yaşamına yeni bir yön çizme, manevi konularla daha fazla ilgilenme).¹²⁻¹⁵

Şizofreni hastalarının aile bireylerinde yaşanan olumsuz durumların yanı sıra, hangi olumlu gelişmelerin yaşandığı pek bilinmemektedir. Bu çalışmada şizofreni hastalarının bakımını üstlenmiş olanlarda travma sonrası gelişim ile demografik değişkenler, baş etme yolları ve sosyal destek arasındaki ilişki incelenmiştir.

YÖNTEM

Çalışmaya katılanlar

Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Çalışmaya katılanlar, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ayaktan ve yatarak tedavi gören şizofreni hastalarına bakım veren aile üyeleridir. Çalışma Kasım 2006-Mart 2007 tarihleri arasında 100 hasta yakını ile gerçekleştirildi. Hasta yakınları çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında aydınlatıldı ve imzalı onayları alındı.

Çalışmaya alınma ölçütleri: Hasta ile yaşıyor olmak, 18-65 yaşları arasında olmak, okuryazar olmak.

Çalışmaya alınmama ölçütleri: Görüşme yapmayı engelleyecek düzeyde herhangi bir bedensel ve ruhsal engelin olması, anlama ve dil sorunlarının bulunması.

Veri toplama araçları

Demografik Bilgi Formu: Hastaların ve hasta yakınlarının demografik ve klinik özelliklerini

değerlendirmek için çalışmacılar tarafından hazırlanmış bir formdur. Hasta yakınına yönelik hazırlanan form, hasta yakınının yaşını, cinsiyetini, medeni durumunu, evlilik süresini, toplam çocuk sayısını, eğitim durumunu, mesleğini, çalışma yaşantısını, ekonomik düzeyini, hasta ile yakınlık derecesini içermektedir. Hastanın demografik ve klinik özelliklerini içeren formda, hastanın yaşı, cinsiyeti, hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, saldırgan davranışı, intihar davranışı, adli sorunu, hastalık öncesi iş yaşamı, hastanın şimdiki iş yaşamı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü gibi bilgiler yer almıştır.

Travma Sonrası Gelişim Ölçeği: Travmatik olaylar sonrasında ortaya çıkan olumlu değişiklikleri ölçmeyi amaçlamaktadır. Tedeschi ve Calhoun tarafından geliştirilen Travma Sonrası Gelişim Ölçeği altılı Likert tipi (0=bu değişikliği yaşamadım; 6=bu değişikliği çok fazla yaşadım) 21 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin puan aralığı 0-105'tir. Alınan yüksek puan, kişinin travmatik yaşantı sonrasında yüksek düzeyde bir gelişme yaşadığını göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılığı 0.90 düzeyinde, test-tekrar test güvenilirliği için yapılan çalışmada, korelasyon katsayısı 0.71 olarak bildirilmektedir. Yapılan faktör analizinde 5 alt boyut saptanmıştır: Kişilerarası ilişkilerde olumluluk, kendiliğin algılanmasında değişiklikler, yaşamın değerini anlama, yeni seçeneklerin fark edilmesi, inanç sistemindeki gelişim. Bu çalışmada ölçeğin Kılıç tarafından yapılan Türkçe uyarlaması kullanılmıştır.³¹

Baş Etme Yolları Ölçeği: Baş etme yolları bireyin içsel ve dışsal stresli durumlar ile karşı karşıya geldiğinde kullandığı bilişsel ve davranışsal stratejileri tanımlar. Folkman ve Lazarus'un 1985 yılında geliştirdiği Baş Etme Yolları ölçeği, Güneş tarafından 1999 Marmara Depreminden sonra yapılan çalışmada kullanılmış ve faktör analizi sonucunda problem odaklı yaklaşım ($r=0.83$), kadercilik ($r=0.77$), çaresizlik ($r=0.73$) ve kaçınma yaklaşımı ($r=0.55$) olmak üzere dört

faktör saptanmıştır.¹⁶ Araştırmamızda bu çalışmadan elde edilen 42 maddelik Baş Etme Yolları Ölçeği kullanılmıştır. Kaçınma ve çaresiz yaklaşımı oluşturan maddeler ters puanlanarak tüm ölçeğin toplam puanı hesaplanmaktadır. Bu durumda, yükselen puanlar stresle baş etmenin iyi olduğu anlamına gelmektedir.

Algılanan Çok Yönlü Sosyal Destek Ölçeği: Algılanan Çok Yönlü Sosyal Destek Ölçeği üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, 12 maddeden oluşan kısa bir ölçektir.¹⁷ Her biri dört maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin üç grubu içerir. Bunlar aile, arkadaş ve özel bir insandır. Ölçeğin ve alt ölçeklerin iç tutarlılığı, test-tekrar test korelasyonları, geçerlilik korelasyonları yeterlidir.¹⁸ Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

Uygulama

Hasta yakınları ile yapılan görüşmeler, formların doldurulması yaklaşık 1-1.5 saatte tamamlandı. Hasta ile ilgili bilgiler hem hasta yakınlarından, hem de hasta dosyalarından alındı.

BULGULAR

Çalışma 100 şizofreni hasta bakıcısıyla gerçekleştirildi. Bakıcıların hemen hepsi aile üyesi ya da akraba idi (47'si anne, 20'si kardeş, 15'i baba, 12'si eş, 4'ü ikinci dereceden akraba, 2'si çocuk). Bakıcıların ölçeklerden aldıkları puanlar Tablo 1'de gösterilmiştir. Travma sonrası gelişim ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 55.35'tir. Bu ölçekten katılımcılar 5-100 arasında puan almıştır. Baş etme yolları ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 100.43'tür (aralık 85-116). Problem odaklı baş etme ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 42.82'dir (aralık 28-51). Kaderci yaklaşım alt ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 25.64'tür (aralık 17-30).

Tablo 1. Hasta yakınlarının (n=100) ölçeklerden aldıkları toplam puanlar

Ölçekler	Ort.±SS	Aralık
Travma Sonrası Gelişim Ölçeği	55.35±19.70	5-100
Baş Etme Yolları Ölçeği	100.43±7.56	85-116
Problem odaklı baş etme	42.82±4.31	28-51
Kaderci yaklaşım	25.64±3.10	17-30
Çaresizlik	19.71±3.35	10-27
Kaçınma	12.26±1.55	9-17
Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği	52.58±18.30	12-84

Tablo 2. Travma sonrası gelişim puanı düşük olanlarla (G-) yüksek olanlar (G+) arasındaki demografik farklılıklar

Değişken	G (-) Ort.	G (+) Ort.	p
Bakıcının yaşı	52.51	47.71	0.046
Bakıcının çocuk sayısı	2.87	2.41	0.244
Kişi başına düşen aylık gelir	289.14	299.56	0.708
Hastanın yaşı	35.36	31.28	0.035
Hastanede yatış sayısı	4.74	4.37	0.790
Hastalık süresi	13.76	12.01	0.282
İntihar girişimi sayısı	0.59	0.62	0.900
Bakıcının cinsiyeti (E/K)	16/31	13/40	0.295
Hastanın cinsiyeti (E/K)	34/13	37/16	0.781
Bakıma yardımcı (Var/Yok)	24/23	29/24	0.715
İntihar girişimi (Var/Yok)	17/30	18/35	0.817
Saldırgan davranış (Var/Yok)	35/12	43/10	0.422
Adli sorun (Var/Yok)	5/42	7/46	0.693
Hastanın önceki işi (Var/Yok)	34/13	39/14	0.889
Hastanın şimdiki işi (Var/Yok)	2/45	7/46	0.118
Ailede ruhsal bozukluk (Var/Yok)	35/12	31/22	0.092
Bakıcı (Evlili/Değil)	36/11	39/14	0.729
Bakıcının eğitimi (-8 / +11)	33/14	40/13	0.554
Bakıcı (Anne/Diğerleri)	20/26	27/27	0.458
Bakıcının işi (Var/Yok)	17/30	27/26	0.137

Tablo 3. Değişkenler arası bağıntı analizi

Pearson Korelasyon Katsayısı	p
Baş Etme Yolları Ölçeği	0.267 0.007
Kaçınma	-0.008 0.935
Çaresizlik	0.086 0.396
Kaderci yaklaşım	0.155 0.123
Problem Odaklı Baş Etme Ölç.	0.293 0.003
Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği	0.254 0.011

Çaresizlik alt ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 19.71'dir (aralık 10-27). Kaçınma alt ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 12.26'dır (aralık 9-17). Travma sonrası gelişim ölçeğinden alınan puanlar ortalamadan (ort.=55.35) düşük ve yüksek olmak üzere iki gruba ayrılarak grupların demografik özellikleri arasındaki farklar Tablo 2'de gösterilmiştir. Travma sonrası gelişim yüksek olan bakım verenlerle düşük olan bakım verenlerin yaşları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Genç bakım verenlerde (52.51), yaşlı bakım verenlere (47.71) göre gelişim daha yüksektir. Travma sonrası gelişimi yüksek bakım verenlerin hastalarının yaşı (31.28), travma sonrası gelişimi düşük bakım verenlerin hastalarının yaşı (35.36) arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Genç hastalara bakım verenler-
Anatolian Journal of Psychiatry 2010; 11:89-94

de gelişim daha yüksektir. Ölçek puanları arasındaki bağıntı analizi Tablo 3'te gösterilmiştir. Travma sonrası gelişim ile baş etme yolları toplam puanı ($r=0.267$, $p<0.01$), problem odaklı baş etme yolları ($r=0.293$, $p<0.01$), sosyal destek toplam puanı ($r=0.254$, $p<0.05$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

TARTIŞMA

Travma sonrası gelişim ile ilgili yapılan çeşitli çalışmalar^{16,19-22} olmakla birlikte, kronik bir hastalığı olan kişiye bakım verenlerin ruhsal gelişimi ile ilgili yapılan çalışmalar²³ az sayıdadır. Travma sonrası gelişim ile ilgili yapılan çalışmalarda ise, araştırmaya katılan kişilerin özellikleri, travmanın türü, kullanılan ölçekler gibi yöntemle ilişkin çeşitli farklılıklar bulunmaktadır.^{16,19-22}

Şizofreni hastalarına bakım verenlerde travma sonrası gelişim üzerine yapılan bu çalışmada ruhsal gelişim ile bakıcının ve hastanın yaşı arasında bir ilişki bulunmuştur. Genç bakıcılarda gelişim düzeyi daha yüksektir. Benzer şekilde genç hastaları olan bakıcıların da gelişim düzeyi daha yüksektir.

Şizofreni ailelerinde travma sonrası gelişimle ilgili bir çalışma bulunmamakla beraber, erken yaşta başlayan ve kronik gidiş gösteren otistik

çocukların ailelerinde yapılan bir çalışmada da²³ çalışmamıza benzer biçimde yaş değişkeninin travma sonrası gelişimle anlamlı olarak ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu durumu, umut ve tükenmişlik ekseninde değerlendirebiliriz. Genç olmak, gelişimi kolaylaştırabiliyor. Genç bakım verenler, geleceğe daha umutla bakabiliyor. Hastanın genç olması durumu ise, yıkıcılık ve yeti yitimi henüz kendini göstermediği için umudun korunmasını sağlıyor.

Travma sonrası gelişimi yüksek olan bakım verenlerde, gelişimi düşük olan bakım verenlere göre başa çıkma becerileri açısından da anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Problem odaklı başa çıkma ile travma sonrası gelişim arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Başa çıkma tarzlarının travma sonrası gelişimle ilişkisini inceleyen araştırmalar, problem odaklı başa çıkmanın travma sonrası gelişimle pozitif ilişkili değişkenler olduğunu ortaya koymuştur.^{16,19-21} Bu çalışmalar beyin kanseri, depresyon gibi travmatik olaylardan sonra yapılmıştır. Bir başka çalışmada, problem odaklı, iyimser ve kaderci yaklaşımların travma sonrası gelişimin önemli yordayıcısı olduğu gösterilmiştir.²² Genel olarak başa çıkma stratejilerini iyi kullanmanın ruhsal gelişimle ilişkili olduğu söylenebilir.

Sosyal desteğin yeterli ve olumlu olması kişileri travma sonrası ortaya çıkabilecek sorunlardan koruyucu bir etken olarak öne çıkmaktadır. Araştırmamızda, sosyal destek ile travma sonrası gelişim arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Sosyal desteğin travma sonrası gelişimin ilerlemesinde önemli bir rol oynadığı, duygularını paylaşmak, sosyal destek almakla travma sonrası gelişim arasında bir ilişkinin bulunmuş olması^{23,24-29} araştırmamızın bulgularını doğrulamaktadır. Cordova ve arkadaşları göğüs kanseri hastalarının arkadaşları ve aileleri ile yaptıkları çalışmada, bu olayı paylaşan kişilerde travma sonrası gelişimi daha yüksek bulmuştur.³⁰ Kılıç, sosyal desteğin gelişmeyi hızlandırdığını, ancak her tür sosyal desteğin aynı etkiyi yapmadığını, özellikle kişinin yaşadıklarını gelişmeye yol açabilecek bir olay olarak görmesini özendiren sosyal destek çevresinin gelişmeyi kolaylaştırdığını belirtmiştir.³¹

Çalışmanın sonuçları, şizofreni hastalarına bakım bireylerde travma sonrası gelişimin genç olma, yeterli sosyal desteklerin olması ve problem odaklı başa çıkma stratejileriyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, şizofreni gibi kronik ve yeti yitimiyle giden bir hastaya bakmak durumunda olan insanlarda ruhsal gelişmeyi canlı tutabilmenin olası olduğunu göstermektedir. Yeterli sosyal desteğin sağlanması, bakıcıların problem odaklı başa çıkma stratejileri yönünden eğitilmesi, ileri yaştaki bakıcılara bakım verme açısından yardımcı olunmasının, şizofreni tedavisinde tamamlayıcı etmenler olacağı ileri sürülebilir. Bakım verenlerle yapılan grup çalışmalarında, problem odaklı başa çıkma stratejilerinin daha çok işlenmesi, yaşam doyumlarının artırılması yönünde çalışmalar yapılmalıdır. Yanı sıra, sosyal desteğin 'yalnız değiliz' duygusunun bakım verenlerle yapılan grup çalışmalarında sağlayabileceği düşünülmektedir.

Şizofreni hastasına bakım verenlerle yapılan çalışmalarda hep onların yaşadıkları olumsuzluklara değil, olumlu gelişmelere de odaklanılmalıdır. Ruhsal ve toplumsal destek gruplarında travma sonrası gelişimi hızlandırıcı uygulamalara da yer verilmelidir. Oluşturulmuş destek gruplarında, kişiler hazır olduğunda travma sonrası gelişim kavramı hakkında bilgi verilmelidir. Ayrıca sorunlarıyla baş etmeyi öğrenmiş, ruhsal açıdan daha güçlü ve gelişmiş aile üyelerinin, diğer bakıcılara örnek oluşturarak, kendine yardım gruplarında ve çeşitli sivil örgütlenmelerde uygun birer model oluşturmaları sağlanabilir. Özellikle, olumlu değişimlerin görünür hale getirilmesinin bakım verenler için önemli ipuçları sağlayacağı ve sağaltım desteği için kullanılabilirliği düşünülmektedir. Elde edilen bilgilerin, şizofreni tedavisinde uygulanan program ve politikaların zenginleştirilmesine katkıda bulunacağı umulur.

Çalışmanın kısıtlılıkları

Çalışma kesitsel bir araştırma olarak tasarlandığı için, özel bir kontrol grubu seçilmemiştir. Bu durum bir kısıtlılık olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmadan elde edilen bulguların, diğer psikiyatrik hastalara bakım verenlerde de incelenmesinin, kontrollü çalışmalar yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Willick MS. *Schizophrenia: A parents perspective-mourning without end*. NC Andreasen (Ed.), *Schizophrenia: From Mind to Molecule*, Washington, DC, American Psychiatric Press,

1994, p.5-19.

2. Arıkan MK. *Şizofreni Anlamak*. Ankara, İmge Kitabevi, 1998.

3. Gülseren L. Şizofreni ve aile: Güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13:143-151.
4. Akkök F. Farklı özelliği olan çocuk anne babalarının yaşadıkları. N Karancı (Ed.), *Farklılıkla Yaşamak: Aile ve Toplumun Farklı Gereksinimleri Olan Bireylerle Birlikteliği*, Ankara, Türk Psikologlar Demeği Yayınları, 1997, p.9-21.
5. Cığerli Ö. Engelli Çocukların Anne Babalarının Sorunlarla Baş etmelerini Etkileyen Faktörler. *Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi*, Kocaeli, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2005.
6. Hirst M. Carer distress: a prospective, population-based study. *Soc Sci Med* 2005; 61:697-708.
7. Treasure J. Review: exploration of psychological and physical health differences between caregivers and non-caregivers. *Evid Based Ment Health* 2004; 7:7-28.
8. www.sizofrenigonulluleri.org
9. Joseph S, Linley PA, Haris GJ. Understanding positive change following trauma and adversity: structural clarification. *J Loss Trauma* 2005; 10:83-96.
10. Park CL, Cohen LH, Murch RL. Assessment and prediction of stress-related growth. *J Pers* 1996; 64:71-105.
11. Spiegel K, Schrimshaw EW. Perceiving benefits in adversity. Stress related growth in women living with HIV/AIDS. *Soc Sci Med* 2000; 51:1543-1554.
12. Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG. 1998. Posttraumatic growth: Conceptual issues. RG Tedeschi, CL Park, Calhoun LG (Eds.), *Posttraumatic Growth: Conceptual Issues: Positive Changes in the Aftermath of the Crisis*. New Jersey, Lawrence Erlbaum, 1998, p.1-23.
13. Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth inventory. Measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress* 1996; 9:455-471.
14. Calhoun LG, Tedeschi RG. Beyond recovery from trauma: Implications for clinical practice and research. *J Soc Issues* 1998; 54:357-371.
15. Taku K, Calhoun C, Tedeschi R. The role of rumination in the coexistence of distress and posttraumatic growth among bereaved Japanese University Students. *Death Studies* 2008; 32:428-444.
16. Güneş H. Gender Differences in Distress Levels, Coping Strategies, Stress Related 1999 Marmara Earthquake. Unpublished Master's Thesis, Ankara, Middle East Technical University, 2001.
17. Zimet GD, Dahlem MW, Zimet SG. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Ases* 1988; 52:30-41.
18. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlilik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12:17-25.
19. Karancı N. Travma sonrası gelişim ve yordayıcı faktörler. *Uluslararası Ruhsal Travma Toplantıları IV, Özet Kitabı*, İstanbul, 2005, s.121-122.
20. Karancı NA, Erkam A. Variables related to stress-related to growth among Turkish breast cancer patients. *Stress Health* 2007; 23:315-322.
21. Linley PA, Josep S. Positive change following trauma and adversity: A review. *J Trauma Stress* 2004; 17:11-21.
22. Karancı NA, Acartürk C. Post-traumatic growth among Marmara Earthquake survivors involved in disaster preparedness as volunteers. *Traumatology* 2005; 11:307-323.
23. Elçi Ö. Predictive Values of Social Support, Coping Styles and Stress Level in Posttraumatic Growth and Burnout Levels Among the Parents of Children with Autism. Unpublished Master's Thesis, Ankara, Middle East Technical University, 2004.
24. Cadell S, Regehr C, Hemsworth D. Factors contributing to posttraumatic growth: a proposed structural equation model. *Am J Orthopsychiatry* 2003; 73:279-287.
25. Cheryl H, Cryder MA, Ryan P, Kilmer PhD, Richard G, Tedeschi PhD, et al. An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. *Am J Orthopsychiatry* 2006; 76:65-69.
26. Dirik G, Karancı AN. Variables related to post-traumatic growth in Turkish rheumatoid arthritis patients. *J Clin Psychol Med Settings* 2008; 15:193-203.
27. Pittman JF, Llyod SA. Quality of life, social support, and stress. *J Marriage Fam* 1997; 50:53-67.
28. Powell S, Rosner R, Butollo W, Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth after war: A study with former refugees and displaced people in sarajevo. *J Clin Psychol* 2003; 59:71-83.
29. Weiss TZIPI. Correlates of posttraumatic growth husbands of breast cancer survivors. *Psycho-Oncology* 2004; 13:260-268.
30. Cordova M, Cunningham L, Carlson C, Andrykowski M. Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *H Psychol* 2001; 20:176-185.
31. Kılıç C. Depremzedelerde travma sonrası gelişimin yordayıcıları. *Uluslararası Travma Toplantıları IV, Özet Kitabı*, İstanbul, 2005, s.123-124.