



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ŞİZOFRENİ, BİPOLAR BOZUKLUK VE MADDE
KULLANIM BOZUKLUĞU TANISI OLAN
HASTALARIN YAKINLARININ AİLE YÜKÜ
AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Yalçın KAHYA

Antalya, 2020



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ŞİZOFRENİ, BİPOLAR BOZUKLUK VE MADDE
KULLANIM BOZUKLUĞU TANISI OLAN
HASTALARIN YAKINLARININ AİLE YÜKÜ
AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Yalçın KAHYA

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Burak KULAKSIZOĞLU

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir.”

Antalya, 2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi, deneyim ve becerilerini benden esirgemeyen başta tez danışmanım Doç. Dr. Burak KULAKSIZOĞLU olmak üzere, değerli hocalarım Doç. Dr. Mehmet ERYILMAZ, Prof. Dr. Özge DOĞANAVŞARGİL BAYSAL, Prof. Dr. Murat KULOĞLU, Dr. Öğr. Üyesi Buket CİNEMRE, Dr. Öğr. Üyesi Özmen METİN ve Öğr. Gör. Dr. Ali ERDOĞAN'a, Rotasyonlarım sürecinde yardımlarını benden esirgemeyen Doç. Dr. Esin ÖZATALAY, Dr. Öğr. Üyesi Arif ÖNDER, Prof. Dr. Ebru APAYDIN DOĞAN ve Doç. Dr. Ebru BARÇIN'a, aileme ve tüm çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Dr. Yalçın KAHYA

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR DİZİNİ	v
TABLO DİZİNİ.....	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. BAKIM VEREN VE AİLE YÜKÜ KAVRAMLARI	3
2.2. ŞİZOFRENİ VE AİLE YÜKÜ.....	6
2.3. BİPOLAR BOZUKLUK VE AİLE YÜKÜ	8
2.4. MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU VE AİLE YÜKÜ	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM	14
3.1. ÖRNEKLEMİN OLUŞTURULMASI.....	14
3.1.1. Hasta grupları ve bakımverenler için çalışmaya alınma kriterleri.....	14
3.1.2. Hasta grupları ve bakımverenler için çalışmadan dışlanma kriterleri.....	16
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	16
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	16
3.2.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)	17
3.2.3. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)	17
3.2.4. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)	17
3.2.5. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)	18
3.2.6. Zarit Bakım Veren Yük Ölçeği (ZBYÖ).....	18
3.2.7. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)	18
3.3. YÖNTEM	19
3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	20

4. BULGULAR	21
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	46
7. ÖZET.....	47
8. ABSTRACT	48
9. KAYNAKLAR	49
10. EKLER	
Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu.....	59
Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu	63
Ek 3. Young Mani Derecelendirme Ölçeği.....	65
Ek 4. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği	68
Ek 5. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği.....	72
Ek 6. Bağımlılık Profil indeksi	73
Ek 7. Aile Değerlendirme Ölçeği.....	77
Ek 8. Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçeği	79
Ek 9. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı	81

KISALTMALAR DİZİNİ

ADÖ	: Aile Değerlendirme Ölçeği
AMBAUM	: Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma Uygulama Merkezi
BAPİ	: Bağımlılık Profil İndeksi
BB	: Bipolar Bozukluk
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
HDDÖ	: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
IV	: İntravenöz
MKB	: Madde Kullanım Bozukluğu
PANSS	: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
YMDÖ	: Young Mani Derecelendirme Ölçeği
ZBYÖ	: Zarit Bakım Veren Yük Ölçeği

TABLO DİZİNİ

Tablo 4.1.	Hastaların bakım verenlerine ait sosyo-demografik özellikler	23
Tablo 4.2.	Hastalara ait sosyo-demografik özellikler	25
Tablo 4.3.	MKB, BB ve Şizofreni grubundaki hastaların diğer tanımlayıcı özellikleri	25
Tablo 4.4.	MKB grubuna ait diğer tanımlayıcı özellikler.....	26
Tablo 4.5.	ADÖ alt ölçeklerine ait puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması.....	27
Tablo 4.6.	ADÖ alt ölçeklerine ait puan ortalamalarının sağlıksızlığa doğru gidişin bir göstergesi olarak kabul edilen (>2) kesim değerine göre karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.7.	ZBYÖ toplam puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.8.	ZBYÖ toplam puan ortalamalarının yük şiddetine göre derecelendirilerek karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.9.	BAPİ toplam puanlarının sosyo-demografik özelliklere göre karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.10.	BAPİ toplam puanlarının hastalık süresi, hastanede yatış sayısı ve süresi ile korelasyonu	31
Tablo 4.11.	PANSS Pozitif, PANSS Negatif, PANSS Psikopatoloji ve PANSS Toplam puan ortalamalarının sosyo-demografik verilere göre karşılaştırılması	32
Tablo 4.12.	MKB grubuna bakım verenlerin ADÖ puan ortalamalarının sosyo-demografik verilere göre karşılaştırılması	33
Tablo 4.13.	BB hastalarına bakım verenlerin ADÖ puan ortalamalarının sosyo-demografik verilere göre karşılaştırılması	34

Tablo 4.14.	Şizofreni hastalarına bakım verenlerin ADÖ puan ortalamalarının sosyo-demografik verilere göre karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.15.	ZBYÖ toplam puan ortalamalarının her grup için sosyo-demografik verilere göre karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.16.	ZBYÖ ile ADÖ alt ölçek puanları arasındaki doğrusal ilişki (korelasyon).....	37
Tablo 4.17.	ZBYÖ ve ADÖ alt ölçek puanları ile BAPİ arasındaki doğrusal ilişki (korelasyon)	38
Tablo 4.18.	ZBYÖ ve ADÖ alt ölçek puanları ile Panss pozitif, Panss negatif, Panss psikopatoloji ve Panss toplam puanlar arasındaki doğrusal ilişki (korelasyon).....	40

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik ruhsal hastalıklar hastanın kendisi için önemli derecede yeti yitimine yol açarken bu durumdan hastanın bakım verenleri de önemli derecede etkilenmektedir.

Şizofreni hasta bireyi olduğu kadar yakın çevresini hatta içinde yaşadığı toplumun tümünü etkileyen bir hastalıktır (1). Şizofreninin ilerleyici ve yeti yitimine yol açan bir hastalık olması sebebiyle hastaların günlük yaşamda çevresindeki kişilerin bakım ve yardımına ihtiyacı artmaktadır. Hastalığın tedavisinin genellikle ayaktan takip ve ilaç tedavisi şeklinde olması hasta ailelerini hastaların bakımında birinci derecede sorumlu konuma getirmektedir. Şizofreni hastalarıyla ilgilenmek bakım verenler için psikolojik ve sosyokültürel yük haline gelebilmektedir (2).

Bipolar bozukluk (BB) tekrarlayan ataklarla karakterize kronik psikiyatrik bir hastalıktır. Hastalığın düzelme ve alevlenmelerle seyreden döngüsel gidişi, bireyi fiziksel ve duygusal açıdan etkilemekte, bireyin aile ile iletişimini ve günlük hayata uyumunu bozmaktadır. Hastalar ve bakım verenler, bakım esnasında pek çok sorunla baş etmek zorundadır. Bu süreçte bakım verenlerin yaşadıkları olumsuz deneyimler depresif, anksiyöz ve psikosomatik semptomlar yaşamalarına da neden olabilmektedir (3). Bu nedenle bakım verenlerin iyilik halleri, doğrudan kendilerini dolaylı olarak da hastaları etkilemektedir.

Bağımlılık hem bireysel davranış sorunu hem de sosyal koşulların yol açtığı toplumsal bir sorun olarak kabul edilmektedir. Bireyin kişisel özellikleri kadar, ailesiyle, diğer insanlarla ve toplumla ilişkisi, çevresel risk faktörleri gibi pek çok değişken bağımlılıkta etken rol oynamaktadır. Ailenin, madde bağımlılığının her aşamasında, kullanıma başlama, bağımlı olma, tedaviye başvuru, tedaviden yararlanma, tedavi sonrası süreçte olumlu veya olumsuz sonuç alma gibi birçok işlevi bulunmaktadır (4). Madde bağımlısı hastaların ailelerinde tıbbi ve psikiyatrik rahatsızlıklar, duygusal ve fiziksel istismar gibi durumlar sık görülmektedir (5).

Bakım veren yükü, bakım sunarken yaşanabilen fiziksel, psikolojik, finansal ve sosyal tepkileri ifade etmede kullanılır (6). Yük kavramı bakım verenler ve araştırmacılar tarafından farklı algılanabilir. Özellikle hasta yakınlarıyla görüşmede bu ifade bakım verilen kişinin reddi olarak algılanabilmektedir. Bakım veren kişiler bakımın kendileri üzerine olan etkilerini yönetmekte başarısız olabilmekte ve suçluluk, çaresizlik, öfke, korku gibi duygular yaşayabilmektedirler.

Ruhsal bozukluklarda tedavilerin toplum temelli olmaya başlaması, yataklı kurumlar dışında aile içinde geçirilen sürelerin artmasına ve ailelerin hastaların bakımında daha aktif rol üstlenmelerine neden olmuştur. Bu nedenle hastalığın seyrinin bakım verenlerin davranışlarına ve bakım verenlerin davranışlarının hastalık seyrine etkisi üzerine olan ilgi artmıştır. Birçok kronik psikiyatrik hastalıkta bakım veren yükü ölçeği kullanılarak bakım veren kişilerin yaşadığı stres değerlendirilmiştir. BB ve şizofreni hastalarında yine opioid ve alkol kullanım bozukluğu hastalarında bakım veren yükü karşılaştırılmıştır ancak BB, şizofreni ve madde kullanım bozukluğu (MKB) tanısı olan hastaların aile yükünün karşılaştırılması ile ilgili çalışma bulunmamaktadır.

Tez çalışması kapsamında BB, şizofreni ve MKB tanısı olan hastaların bakımverenlerinin aile yükü karşılaştırıldı. Hastaların hastalık durumları ve bakımverenlerin aile yükü-değerlendirildi.

Çalışma kapsamında hastaların bakımverenlerinin yüklerinin şiddetinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu değerlendirme sonucunda bakımverenlerin üstlendiği sorumlulukların saptanması ve bu sorumlulukların hafifletilmesine yönelik stratejilerin geliştirilmesi ve hayata geçirilmesi önem taşımaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. BAKIM VEREN VE AİLE YÜKÜ KAVRAMLARI

Bakım veren kavramı; hastanın bakımını sağlayan ve hastayı gözlemleyen, hasta bireye fiziksel, ruhsal, maddi ve sosyal destek sağlayan kişi olarak tanımlanmaktadır (7).

Kronik hastalıklarda bakım vericilik rolünü genellikle kadınlar üstlenmektedir. Bunun sebebi olarak toplumda ev işi ve aile ile ilgili özel alanların kadınların doğal işi olarak görülmesi gösterilmektedir. Bununla beraber kadınların günlük hayatta ilişki kurabilme becerilerinin yüksek olması kişilik özellikleri olarak duyarlı ve şefkatli olmaları da bu rolü üstlenmelerinin nedenleri arasında gösterilmektedir (8).

Yük kavramı “bakım verenin yüklendiği bakım sonucu oluşan aile ilişkilerinde bozulma, psikolojik stres, ekonomik ve sosyal problemler ve kontrolün kendinden ziyade hastada ve hastalıkta olduğunu hissetmek gibi olumsuz öznel ve nesnel sonuçlar” olarak tanımlanır. Bakım veren yükü ise, “bakım veren kişinin hasta bakımından kaynaklanan duygusal ve sosyal baskı, maddi yetersizlik ve fiziksel enerji harcama yükü birleşiminden oluşan psikolojik durum” olarak tanımlanır (9).

Yıllar içinde bakım veren yükü resmi kurumlarca da tanınmış ve önem görmeye başlamıştır. Tüm dünyada bakım verenlerin hastaların ve dolayısıyla toplumun yaşamına yaptıkları katkılar kabul edilmiştir. Bunun sonucunda da Amerikan Psikiyatri Birliği’nin şizofreni tedavi kılavuzlarına bakım veren yükü kavramı eklenmiştir (10).

Bakım verenin yükünü etkileyen durumlar arasında; hastalık süresi, bakım vermeye geçen süre, bakım veren ve bakım alan kişinin beraber yaşaması, ailenin psikososyal ve ekonomik düzeyi ve yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi gibi demografik değişkenler yer almaktadır (11).

Türkiye’de psikiyatri hastalarının büyük çoğunluğunun aileleriyle birlikte yaşadığı bu sebeple aile üyelerinin güçlükleri ve yüklerinin arttığı belirlenmiştir

(12). Bununla birlikte son yıllarda ülkemizde geniş ailelerin yerini çekirdek ailelerin aldığı ve aile yapısındaki küçülmenin ve bireyselleşmenin aile yükünü arttırdığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (13).

Thornicroft ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada erkek cinsiyette olan hastaların daha fazla bakım yüküne sebep olduğu saptanmıştır (14). Leal ve arkadaşları ise yaptıkları çalışmada cinsiyetin bakım yükü ile ilgisi olmadığını saptamışlardır. Leal ve arkadaşları aynı çalışmada yaş ve sosyal sınıfın bakım veren yüküne etki etmediğini, eğitim düzeyindeki artışın ise bakım yükünü azalttığını saptamışlardır (15) .

Lauber ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada genç yaşta rahatsızlığın daha fazla yüke neden olduğu saptanırken (16). Ostman ve arkadaşları ise bu durumun tersi yönde bulgular saptamış ve ileri yaşın daha fazla yüke neden olduğunu söylemişlerdir (17).

Hsiao ve arkadaşları şizofreni hastaları ve bakım verenleriyle yaptıkları çalışmada yaşlı, sabit bir işi olmayan, aylık geliri düşük olan, aile içi durumlarla baş etme stratejisi düşük olan bakım verenlerde daha fazla bakım yükü ve bakıcıların yaşam kalitesinde düşüklük saptamışlardır (18).

Uzun süre bakım verme bakım vericilerde fizyolojik ve psikolojik birçok sonuca neden olmaktadır. Hong Kong’da yapılan bir çalışmada bakım verenlerin yaşadıkları psikososyal problemlerin başında kaygı, sosyal izolasyon ve uyku problemleri gelmektedir (19). Depresyon, anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu gibi psikiyatrik rahatsızlıkların yanında myokard infarktüsü ve ülseratif kolit gibi kronik stresle ilişkili rahatsızlıklar da görülmektedir. Bakım vericilerin ruhsal açıdan yüklenmeleri hastaların rahatsızlıklarıyla daha fazla ilgilenererek ve rahatsızlık durumunu takip ederek bu durumu telafi etmeye çalıştıklarını göstermektedir. Duygusal aşırı müdahale sonucunda hastalar bazen tedavilerini bırakmakta ve olumsuz sonuçlar olmaktadır (20).

Bakım yükü değerlendirilirken bakım veren kişinin yaşam kalitesi ve kişilik özellikleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Şizofreni hastaları ve bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada bakım verenlerin yaşam kaliteleri düşük- orta

saptanmıştır ayrıca bakım verenlerin sağlık durumları ve sosyal hayattaki destekleri de yaşam kaliteleriyle orantılı olarak saptanmıştır (21).

Polonya’da yapılan bir çalışmada hastalık tanısından ziyade bakım verenlerin kişilik özelliklerinin aile yükünde daha önemli bir yer tuttuğu saptanmıştır (22).

Aile içi ilişkiler de bakım verme yükünde önemli yer tutmaktadır. Olumlu ve sağlıklı aile ilişkilerinin bakım yükünü azalttığı saptanmıştır (23).

Kronik hastalığa sahip kişilere bakımvermenin çoğu zaman olumsuz sonuçları olsa da hasta yakınları bu durumun bazı olumlu yönleri olduğunu belirtmişler ve “bakım veren yükü” yerine “bakım verme deneyimi” teriminin kullanılmasını önermişlerdir böylece “bakım veren yükü” teriminin yaratacağı olumsuz görüşün azalabileceğini düşünmüşlerdir (24).

Ruhsal hastalık tedavisinde hastaların yanında ailelere yönelik yapılan girişimler de tedavinin seyri için önemli bir yer tutmaktadır. Aileyle kurulan iletişim, aileye yönelik psikososyal yaklaşımlar ve psikoeğitim verilmesi tedavi iş birliğinin önemli parçalarıdır (25).

Kronik psikiyatrik hastalıklarda ilaç uyumunda güçlükler görülebilmektedir. İlaç tedavisinde değişiklik yapılması hastaların semptomlarında düzelme ve dolayısıyla bakım veren yükünde azalma sonucunu doğurabilir. Rhee ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise özellikle kronik hastalığa sahip olan kişilerde klinik semptomlarda düzelmenin aile yüküne etkisinin zayıf olduğu bu noktada aileye yönelik girişimlerin daha anlamlı olabileceği belirtilmiştir (26).

Koukia ve Madianos’ un yaptığı çalışmada psikososyal rehabilitasyonun aile yüküne etkisi araştırılmış ve rehabilitasyon sürecine dahil olan ailelerde yükün daha az olduğu saptanmıştır ayrıca bu girişimlerin hasta işlevselliğini arttırdığı böylece yükün azaldığı saptanmıştır (27).

2.2. ŞİZOFRENİ VE AİLE YÜKÜ

Şizofreni tüm hastalıklar içinde en çok yetiyitimine yol açanlar arasındadır ve aileyi önemli ölçüde etkileyen psikiyatrik bozukluklardandır. Şizofreni hastalarının yaşadığı damgalama ve ayrımcılık hastayı çevreden uzaklaştırırken aileyi de benzer şekilde etkiler ve ailenin de içe kapanmasına neden olur (28, 29).

Şizofreni hastalığının toplumdaki maddi yükü de yüksektir. Aile üyeleri hastalık sebebiyle işlerini aksatabilir, erken emekli olabilir, okul eğitim hayatlarının devamını sağlayamayabilir. Çin’de yapılan bir çalışmada ekonomik açıdan kötü durumda olan bölgelerde yaşayan şizofreni hastalarının günlük işlevlerinin kötü durumda olduğu, sürekli evde vakit geçirdikleri ve sağlık hizmetlerinden faydalanamadıkları belirlenmiştir. Bu hastalara ulaşıp sağlık hizmetlerinden faydalanmaları sağlanmış ve bunun sonucunda da hastaların klinik olarak daha iyi hale geldikleri, hasta yakınları açısından yüklerin azaldığı toplum açısından bakıldığında ekonomik maliyetin azaldığı saptanmıştır (30).

Şizofreni hastalarının aile üyelerinde depresyon, anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik bozuklukların yanı sıra kronik kalp hastalıkları, hipertansiyon gibi stresle tetiklenen hastalıklar da sık görülmektedir (31). Magana ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarının bakım verenlerinde %40 oranlarını bulan depresyon saptanmıştır bununla beraber bakım verenin genç yaşta olması, eğitim düzeyinin düşük olması ve hastanın semptomlarının fazla olmasının yükü ve bakım verenin depresyonunu arttırdığı saptanmıştır (32).

Çalışmalarda bakım yükünü etkileyen faktörlere bakıldığında bakım veren için hastaya yakınlık derecesi, yaşı, cinsiyeti, ek hastalıkları, ekonomik düzeyi, eğitim durumu, çalışma durumu, aile içi iletişim gibi parametreler hasta içinde yaş, cinsiyet, atak sıklığı, hastanede yatış sayısı, hastalık süresi, eğitim durumu gibi parametreler incelenmiştir (2, 33, 34).

Şizofreni hastalarının çoğu evlenmemiştir ve bir kurumda kalmıyorlarsa ya da yalnız yaşamıyorlarsa bakım veren rolünü ebeveynler üstlenebilir. Özellikle hastalığın atak dönemlerinde, tedavi ilaç uyumunun olmadığı dönemde hastayla yaşadığı çatışmalar öfke duygusuna sebep olabilir ve sonrasında suçluluk duyguları gelişebilir. Ebeveyn yaşlıysa ve ek hastalıkları varsa bakımda bir

yandan zorlanırken bir yandan kendisi vefat ederse hastayla kimin ilgileneceği konusunda endişeler yaşayabilir. Şizofreni hastası evliyse genelde bakım veren kişi eşi olur ve bu noktada rol karmaşası yaşanabilir. Eş bu noktada ailenin maddi sorumluluğunu bunun yanında evde çocuklar varsa çocukların sorumluluğunu üstlenmek durumunda kalabilir ve bu sorumluluk neticesinde kendisine zaman ayıramayan eşin yükü de artmış olur. Hastayla yaşayan kardeşlerde ve hastanın çocuğu varsa çocuklarında da hastalıkla ilgili endişeler ön plandadır. Genetik geçişin var olduğu da düşünülünce küçük yaşta olan hasta yakınları ileride kendisinin de hastalanacağı ile ilgili kaygı içinde olabilirler. Yapılan bir çalışmada hastaların küçük yaştaki yakınlarında iştah dengesizliği ve davranım problemleri saptanmıştır (35).

Hastalığın pozitif ve negatif belirtilerinin yükü nasıl etkilediği ile ilgili çalışmalar da bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda pozitif belirtilerin daha fazla yüke neden olduğu belirtilirken (36) çalışmaların bazılarında da benzer oranlar saptanmıştır (37). Başka bir çalışmada ise negatif belirtilerin aile yüküne daha fazla neden olduğu saptanmıştır (38). Saldırgan tutum ile ilgili yapılan çalışmada ise kişinin çevresine uyguladığı şiddetin kendisine uyguladığı şiddete göre daha az yüke neden olduğu saptanmıştır (39).

Şizofreni ataklarla giden bir hastalıktır her atak klinik açıdan olumsuz sonuçlar doğurur yük açısından yapılan çalışmalarda ise ilk atağın daha fazla yüke neden olduğu ile ilgili bulgular saptanmıştır (40, 41). Başka bir çalışmada ise hastalığın kronisite kazanmasının tek atağa göre daha fazla yüke neden olduğu saptanmıştır, aynı çalışmada bakım verenler açısından atak sayısının duygusal yük anlamında değişkenlik göstermediği söylenmiş bu durumun sebebi olarak da hastanın tek atağı olmasına rağmen bakım verenlerin hastayı yüksek riskli olarak değerlendirmesi gösterilmiştir (42). Bir çalışmada bakım yükünü belirleyen en önemli göstergeler olarak atak sıklığı, hastanede yatış sayısı ve pozitif belirtilerin varlığı öne sürülmüştür (43). Başka bir çalışmada bakım yükünü belirleyen en önemli göstergenin sosyal destek olduğu belirtilmiştir (44).

Şizofreni hastalarıyla görüşme yapılırken aileye yönelik girişimler yapmak tedavinin önemli bir parçasıdır. Aile değerlendirme görüşmeleri, aile toplantıları,

psikoeğitim, aile terapileri girişimlerden birkaçıdır. Bir metaanaliz çalışmasında bu girişimlerin hastalığın ataklarını ve hastanın hastanede kalış süresini azalttığı saptanmıştır (45).

Şizofreni hastalarında ilaç reddi sık görülen bir durumdur ve klinisyen sadece hastayla görüşme yaparsa bu durumun farkına varmayabilir. İlaç kullanımı hakkında mutlaka aileden de bilgi alınmalıdır. Antipsikotik ilaçlara karşı uyumsuzluk olduğu durumlarda ailenin anksiyete seviyelerinde ve bakım yüklerinde artış olduğu bildirilmiştir (46). Negatif belirtilerin hasta tarafından ifade edilmesi, klinisyen tarafından anlaşılması her zaman mümkün olmayabilir. Negatif belirtiler açısından aileyle ayrıntılı görüşmeler yapmak bakım veren yükünün azalmasına katkı sağlayabilir (47).

Aile değerlendirme görüşmelerinde aile için risk etkenleri saptanıp bu etkenlere yönelik müdahalelerde bulunulması gerekmektedir. Risk etkenleri arasında; aile içinde yaşanan travmatik olaylar, maddi problemler, aile içi çatışmalar, mükemmeliyetçi tutumlar gösterilebilir (48). Yakın bir zamanda İran'da yapılan bir çalışmada aile değerlendirme görüşmeleri sonucunda şizofreni hastalarının bakım verenlerinin hastalıkla başa çıkma stratejilerinin yetersiz olduğu saptanmıştır (49). Hasta tarafından uygulanan fiziksel şiddetin hastalığın erken döneminde hastalığın tam olarak ne olduğu bilmeyen bakım verenler için güvenlik tehdidi oluşturduğu saptanmıştır. Bu fiziksel şiddet karşısında bakım veren tarafından hastaya yönelik düşmanca ve eleştirel tutumlar sergilenebilmekte ve bu durum aile yükünü arttırılabilmektedir. Görüşmeler sırasında bakım verenin fiziksel açıdan güvenliliğini mutlaka öğrenmek ve bu duruma yönelik müdahalelerde bulunmak gerekmektedir (50). Aileye yönelik müdahaleler sonucunda ailenin dayanıklılığı ve hastalıkla başa çıkma gücü artmaktadır.

2.3. BİPOLAR BOZUKLUK VE AİLE YÜKÜ

BB ataklarla seyreden ve hasta ve yakınlarının günlük işlevlerini etkileyen kronik bir rahatsızlıktır. Hastalıktan sadece hastalar değil hastaya bakım verenler de olumsuz etkilenir. Hasta yakınları hastaya bakım verdikleri süreçte kendi işlerine odaklanamadıklarını ve maddi sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir (51).

Manik atak, karma atak ve depresif ataklarda aile yükü belirgin olarak artmaktadır. Hastalar ötimik durumda olsa bile aile yükü devam etmektedir. Hastaların davranışları, intihar düşünceleri ve sosyal anlamda izole olmaları hasta yakınlarını stres altında bırakmaktadır (52). Bu etkenlerle beraber ilaçlara bağlı yan etkiler, hastalığa bağlı kalıntı semptomlar ve atak sıklığı da aile yükünü arttırmaktadır (53). Ayrıca aile yükünün fazla olduğu durumlarda ilerleyen süreç için hastanın atak riskinin arttığı saptanmıştır (20).

Sosyodemografik özelliklerin bakım yüküne etkisinin incelendiği bir çalışmada bekar ve maddi düzeyi kötü olan bakım verenlerde aile yükü daha fazla saptanmıştır. Hastanın işlevselliğinin kötü olması, ataklarının hızlı döngülü olması ve çevresine şiddet uygulaması da aile yükünü arttırmıştır (54). Başka bir çalışmada bakım verenin cinsiyetinin kadın olması, eğitim seviyesi ve maddi gelirinin az olması yaşam kalitesinin azlığı ile doğru orantılı bulunmuştur (55). Bir metaanaliz çalışmasında BB hastalarının yaşam boyu depresif ataklarının manik atak ve karma atağa göre daha fazla olduğu ve bu sebeple depresif atakların daha fazla ekonomik yük ve bakıcı yüküne yol açtığı tespit edilmiştir (56).

Hasta eşleriyle yapılan bir çalışmada eşlerin bir kısmı hastalığı ilişki sonrası öğrendiklerini belirtmiş ilişki öncesi hastalık durumunu bilseler ilişkiye başlamayabileceklerini söylemişlerdir (51). Hasta yakınlarıyla yapılan başka bir çalışmada ise bakım verenlerin büyük bir kısmı hastalığın yarattığı yüke rağmen olumlu duygular içerisinde olduklarını ve hasta yakını olmaktan memnun olduklarını belirtmişlerdir (57).

BB'a sahip hasta yakınlarıyla yapılan bir çalışmada bakım verenlerin başa çıkma stratejilerinin düşük olduğu ve fiziksel ve ruhsal hastalıkların bu kişilerde sık görüldüğü saptanmıştır (53). Aileler atak sırasında ve tedaviye uyumsuzluk durumlarında çaresizlik duygusu içinde olduklarını belirtmiştir (58). Özellikle manik atak sırasında oluşan kaygı, korku durumu hastaya aşırı koruyucu, müdahaleci davranma ve aşırı duygu dışavurumu hastayla olan ilişkide olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Yüksek duygu dışavurumu olan aileler hastanın bazı davranışlarını bilerek yaptığını düşünebilir ve hastaya düşmanca tutum içinde olabilir (59). Yine duygu dışavurumu yüksek ailelerin olduğu ortamda yaşayan

hastaların ilaç uyumsuzluğu, atak sayısı ve hastanede yatış sayısı daha fazla bulunmuştur (60).

BB, şizofreni ve epilepsi hastalarının aile işlevlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada aile değerlendirme ölçeği kullanılmış ve alt ölçeklerden ‘iletişim’ ve ‘davranış kontrolü’ şizofreni hastalarında, ‘problem çözme’ ve ‘genel işlevler’ BB hastalarında sağlıklı olarak bulunmuştur (61).

İşlevsellik üzerine yapılan bir çalışmada BB hastalarında remisyon döneminde olmalarına rağmen psikososyal ve bilişsel işlevlerde azalma saptanmıştır (62).

Şizofreni ve BB hasta bakım verenlerinde yapılan bir çalışmada iki grubun da bakım veren yük şiddetleri ve hastalıkla başa çıkma stratejileri benzer bulunmuştur (63). Yine şizofreni ve BB hasta yakınlarıyla yapılan bir çalışmada bakım verene ait özelliklerin hastanın semptomlarından daha fazla bakım yükünü etkilediği saptanmıştır (64). BB hasta yakınlarının mizaçlarının incelendiği bir çalışmada hipertimik mizacın bakım yükünden koruduğu irritabl mizacın ise bakım yükünü arttırdığı saptanmıştır (65).

Ailelere yönelik müdahaleler tedavi için oldukça önemlidir. Psikoeğitim verilmesi, aile terapileri bu müdahaleler içinde yer alır. Aile odaklı terapiler hastalığın gidişatına olumlu yönde etki eder (66). İspanya’da yapılan bir çalışmada psikoeğitim toplantıları yapılmış ve katılan ailelerin yüklerinde azalma saptanmıştır (67). Hastaların çocukları da durumdan kötü etkilenmektedir ve bu sebeple yaşına ve özelliklerine uygun bir şekilde çocuklara psikoeğitim verilmelidir. Çocukları bilgilendirmek hastanın çocuğu ile ilişkisinde kendisini geri planda ve çaresiz hissetmesini engeller (68).

Son dönemde hastalıkla ilgili bilgiler edinilebilen çevrimiçi uygulamaların ve internet sitelerinin bakıcılar için olumlu etki yaptığına dair de çalışmalar bulunmaktadır (69, 70).

BB ataklarla giden ve remisyon dönemleri uzun seyredebilen bir rahatsızlık olduğu için aile yükü açısından yapılan çalışmalar azdır ancak remisyon döneminde bile yükün fazla olduğu tespit edildiği için aile yükünü azaltmaya yönelik programların daha fazla geliştirilmesi gerekmektedir. Özellikle

hastaların yaşlılık döneminde bakım ihtiyaçlarında değişiklik gözlenebilir ve yaşlılık döneminde rezidüel semptomlar ve semptomların bakıcılar üstüne etkisinin de klinisyenler tarafından araştırılması aile yükünü azaltmaya yardımcı olabilir (71).

2.4. MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU VE AİLE YÜKÜ

Madde bağımlılığı hem bireysel bir davranış sorunu hem de sosyal koşulların yol açtığı toplumsal bir sorun olarak kabul edilmektedir. Bireyin kişisel özellikleri, ailesiyle ve toplumla olan ilişkisi, çevresel risk faktörleri gibi pek çok değişken bağımlılıkta rol oynayan etkenlerdendir. Aile ve sosyal çevre, madde bağımlılığına yönelme nedenlerinden biri olarak görülse de daha çok koruyucu ve iyileştirici bir güç olarak kabul edilmektedir.

Ailenin madde bağımlılığının her aşamasında kullanıma başlama, bağımlı olmalı, tedavi ve sonrasında olumlu ve olumsuz bir çok işlevi vardır (4).

Ailede madde bağımlısı bireyin olması aile hayatının tüm yönlerini etkiler. Özellikle kişiler arası ve sosyal ilişkilerde bozulma, maddi problemler ailenin yükünü oldukça artırır bu sebeple MKB bir ‘aile hastalığı’ olarak kabul edilmektedir (72). Hastanın rahatsızlık sebebiyle çalışmaması gelir kaybı yaşaması ve madde satın almak için finansal desteği aileden sağlaması ailenin maddi yükünü daha da arttırmaktadır (73).

Madde kullanımı ailelerin fiziksel ve duygusal istismar, tıbbi ve psikiyatrik bozukluklar, tıbbi bakım hizmetlerinin daha fazla kullanımı gibi stresli yaşam olayları riskini arttırmaktadır (5). Amerika’da yapılan bir çalışmada MKB tanısı alan bireylerin ailelerinde tıbbi ve psikiyatrik rahatsızlıkların ve bu rahatsızlıklar sonucu meydana gelen tıbbi maliyetin yüksek olduğu saptanmış olup madde kullanımı olan bireylerin tedavi ve takibi sonucunda aile üyelerinin de tıbbi maliyetlerinin azaldığı görülmüştür (74).

Opioid ve alkol kullanan bireylerin bakım verenleriyle yapılan çalışmalarda kadın bakım verenlerde yük daha fazla saptanmıştır (75-77). Kadınlar aşağılanma, hayal kırıklığı, çaresizlik ve utanç hissi sebebiyle

yaşadıkları duygusal istismara karşılık çevrelerine sessiz bir duvar örmektedirler (78). Ayrıca bağımlı erkeklerin kadınların güvenlik hissini etkilediği ve kadınların ailedeki madde bağımlısı erkeklerden (genellikle eşleri) şiddet gördüğü belirtilmiştir (79). Ayrıca bu sorunların eşlerde psikiyatrik bozukluklarda artışa neden olduğu saptanmıştır (80).

Madde bağımlısı bireye bakım verenlerle yapılan bir çalışmada bakım verenlerin çoğunluğunun annelerden oluştuğu ve yüklerinin diğer aile üyelerine oranla daha yüksek olmasından ötürü yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir (81).

Kronik psikiyatrik rahatsızlıklarda MKB komorbiditesi oldukça yüksektir. Özellikle şizofreni ve BB hastalarında eşlik eden madde kullanımının aile yükünü daha da arttırdığı saptanmıştır. Şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada alkol madde bağımlılığı ek tanısı olan hastaların bakım yükünün olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu gösterilmiştir (82).

Alkol, opioid ve her ikisini beraber kullanan hasta grupları ve bakım verenlerinde yapılan bir çalışmada üç grupta da aile yükü orta veya şiddetli bulunmuştur. Özellikle aile rutininin bozulması, finansal yük ve ailenin boş zamanlarının verimli olmaması ön plana çıkmıştır. Aynı çalışmada kırsal bölgede yaşayan ve maddi geliri düşük olan kişilerde daha fazla yük olduğu saptanmıştır (83).

Opioid bağımlılarıyla yapılan bir çalışmada bağımlı bireylerin hastalık süresindeki uzamanın aile yükünde artışa ve bakım verenlerin yaşam kalitesinde azalmaya yol açtığı saptanmıştır (84).

Hindistan'da yapılan bir çalışmada intravenöz (İV) yolla madde kullanan hastalarda İV yolla kullanmayanlara göre daha fazla madde kullanım süresi ve aile yükü saptanmıştır (85). Vietnam'da İV yolla madde kullanan bireyler ve ailelerinin değerlendirildiği bir çalışmada madde kullanımı sebebiyle sosyal hayatta damgalanma sorunu yaşayan kişi ve ailelerin utanç duygularının ön planda olduğu aile içi çatışmalar ve negatif duyguların ailelerde depresif belirtilerde artışa ve bunun sonucunda aile yükünde artışa sebep olduğu saptanmıştır (86).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada MKB tanısı ile yatarak tedavi edilen kişilerin sosyal destek algısı ve aile işlevleri araştırılmıştır. Aile değerlendirme ölçeği (ADÖ)’nde tüm alt ölçeklerde (problem çözme, iletişim, roller, duygusal kontrol, gereken ilgi gösterme, davranış kontrolü, genel işlevler) aile işlevleri sağlıklı olarak bulunmuştur. Anne ve babanın eğitim düzeyinin düşük olmasının da aile işlevlerini kötüye götürdüğü saptanmıştır (87). Yine ailelerin yaşam kalitelerinin incelendiği bir çalışmada fiziksel,psikolojik, sözel şiddet ve ekonomik sorunların aileye önemli bir yük oluşturduğu ve yaşam kalitesini azalttığı ifade edilmiştir (88). Sosyal desteğin ise bakım yükünü azaltan bir etken olduğu belirtilmiştir (75, 89).

15-25 yaş arası madde kullanan gençlerde yapılan çalışmada sağlam bir baba figürünün olmayışı risk olarak ifade edilmiş, güçlü aile yapısının ve aktif ebeveyn rolünün önemi üzerinde durulmuştur (90).

Madde bağımlısı ebeveyne sahip olan kişilerde depresyon, anksiyete semptomlarında artışın yanı sıra hayatın ileri evrelerinde bağımlılık riskinde artış ve insan ilişkilerinde bozulma saptanmıştır (91, 92).

MKB’nda tedavinin bileşenleri olarak profesyonel hizmetlerin sürekliliği (değerlendirme, detoksifikasyon, rehabilitasyon, terapiler, ilaç tedavisi, izlem ve destek programları) oldukça önemlidir (93).

Ailelerin hastaları madde kullanımından korumak için hastalarla beraber tedavi gruplarına katılmasının nüksleri azalttığı saptanmıştır. Aileler ayrıca hastayla deneyimlerini konuşarak, kendi davranışlarını inceleyerek kendilerine de yardımcı olabilirler. Aileler öncelikle bakım verdikleri hastaları için tedavi gruplarına katılırken kendi destek ihtiyaçlarını da keşfedebilirler (94).

Bakım verenlerle yapılan başka bir çalışmada sağlık hizmetlerine erişim problemleri ve ailenin tedavi sürecine dahil edilmemesi bakım yükünü arttırmaktadır (95).

Ailelerin madde bağımlılığında oynadığı karmaşık rolü akılda tutmak önemlidir. Sağladıkları yardım, doğrudan bakım, finansal yardım ve hastalık semptomlarının yönetimi de dahil olmak üzere çok yönlüdür ve doğrudan hastaların tedaviye katılımına ve tedavide tutulmasına yardımcı olur (96).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEMİN OLUŞTURULMASI

Çalışma süresince Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği ve Akdeniz Üniversitesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma Uygulama Merkezine (AMBAUM) başvuran, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM-V) tanı kriterlerine göre en az 1 yıldır şizofreni, bipolar bozukluk, madde kullanım bozukluğu tanısı ile takip edilen ve her grup için çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan 50 hasta ve hastaların en az son 1 yıldır bakımverenliğini üstlenen yakınları (toplam 150 kişi) çalışmaya alındı. Hastalar ve bakımveren kişiler çalışma hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirildi, sözlü ve yazılı onayları alındı, “Bilgilendirilmiş Yazılı Onam Formu” imzalatıldı. Bilgilendirilmiş Yazılı Onam Formu ekte sunulmuştur (Ek 1).

3.1.1. Hasta grupları ve bakımverenler için çalışmaya alınma kriterleri :

Bipolar bozukluk hasta grubu için çalışmaya alınma kriterleri :

- DSM V tanı ölçütlerine göre en az 1 sene önce bipolar bozukluk tanısı almış olmak
- 18-65 yaş aralığında olmak
- Yazılı bilgilendirilmiş olur vermiş olmak
- En az ilkokul mezunu olmak
- Diğer Eksen-I psikiyatrik ek tanısının olmaması
- Eksen-II psikiyatrik ek tanısının olmaması
- Kognitif fonksiyonları etkileyecek herhangi bir nörolojik veya fizyolojik rahatsızlığı bulunmaması
- Alkol ve madde bağımlısı olmaması
- En az son üç aydır remisyonda olmak ve çalışma yapıldığı esnada Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) ≤ 5 , Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ≤ 7 olması

Şizofreni hasta grubu için çalışmaya alınma kriterleri :

- DSM V tanı ölçütlerine göre en az 1 sene önce şizofreni tanısı almış olmak
- 18-65 yaş aralığında olmak
- Yazılı bilgilendirilmiş olur vermiş olmak
- En az ilkokul mezunu olmak
- Diğer Eksen-I psikiyatrik ek tanısının olmaması
- Eksen-II psikiyatrik ek tanısının olmaması
- Kognitif fonksiyonları etkileyecek herhangi bir nörolojik veya fizyolojik rahatsızlığı bulunmaması
- Alkol ve madde bağımlısı olmaması

Madde kullanım bozukluğu hasta grubu için çalışmaya alınma kriterleri :

- DSM V tanı ölçütlerine göre en az 1 sene önce madde kullanım bozukluğu tanısı almış olmak
- 18-65 yaş aralığında olmak
- Yazılı bilgilendirilmiş olur vermiş olmak
- En az ilkokul mezunu olmak
- Diğer Eksen-I psikiyatrik ek tanısının olmaması
- Eksen-II psikiyatrik ek tanısının olmaması
- Kognitif fonksiyonları etkileyecek herhangi bir nörolojik veya fizyolojik rahatsızlığı bulunmaması
- Alkol kullanım bozukluğu olmaması

Bakımveren bireyler için çalışmaya alınma kriterleri :

- En az 1 senedir hastanın bakımını üstlenmiş olmak
- Yazılı bilgilendirilmiş olur vermiş olmak
- En az ilkokul mezunu olmak
- 18 yaşından büyük olmak
- Herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü olmaması
- Herhangi bir nedenle daha önce AMBAUM'a başvurmuş olmaması

3.1.2. Hasta grupları ve bakımverenler için çalışmadan dışlanma kriterleri

- Katılımcıların 18 yaşından küçük olması
- Katılımcıların zihinsel gelişim geriliğinin olması
- Katılımcıların testleri doldurma ve anlamada engeli olması
- Katılımcıların ciddi fiziksel veya nörolojik hastalığı olması
- BB ve Şizofreni hastaları için eşlik eden alkol yada madde kullanım bozukluğu olması
- MKB tanısı olan hastalar için komorbid psikiyatrik rahatsızlık olması veya eşlik eden alkol kullanım bozukluğu olması
- Bakım verenler için herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü olması ve daha önce herhangi bir nedenle AMBAUM'a başvurmuş olması
- 3 gruptaki hastaların hastalık tanılarının 1 seneden daha kısa öncesinde konulmuş olması ve bakım verenlerin hastalara 1 seneden daha kısa süredir bakım veriyor olması

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmanın özellikleri dikkate alınarak bireylerin sosyodemografik ve klinik özellikleri hakkında bilgi edinmek amacıyla çalışmacı tarafından oluşturulmuş bir formdur. Formda tüm hasta grupları için yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, hastalık süresi, hastanede yatış sayısı, toplam yatış süresi, Şizofreni ve BB hasta grupları için atak sayısı ve atak sıklığı, MKB hasta grubu için eroin, kokain, esrar kullanımı, adli olay öyküsü, bulaşıcı hastalık varlığı, bakım verenler için hastaya yakınlık derecesi, yaş, cinsiyet, medeni durum, aile tipi, çocuk sahibi olup olmaması, eğitim durumu, aylık gelir durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesinin olup olmaması, hastaya ne kadar süredir bakım verdiği, hastayla birlikte yaşayıp yaşamaması, bakıma destek olan başka kişilerin var olup olmaması, bakım verdiği başka birilerinin var olup olmaması gibi maddelere yer verilmiştir.

3.2.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

Kay ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (97). Otuz maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirmesi içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Görüşmeci tarafından değerlendirilen otuz psikiyatrik parametreden yedisi pozitif sendrom alt ölçeğine, yedisi negatif sendrom alt ölçeğine ve geri kalan on altısı genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Kostaoğlu ve arkadaşları tarafından 1999'da yapılmıştır (98).

3.2.3. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)

Bu ölçek, bağımlılık ile ilgili faktörleri ölçmek amacıyla Ögel ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (99). Toplamda 37 sorudan oluşmaktadır. Kişinin madde kullanım özellikleri (kullanılan maddeler ve kullanım sıklıkları), bağımlılık tanı ölçütleri, madde kullanmanın kişinin yaşamına etkisi, madde kullanma için şiddetli istek, madde kullanmayı bırakma motivasyonu olmak üzere 5 alt ölçeği bulunmaktadır. Bu 37 soru, 0'dan 4'e kadar olan Likert tipi ölçek üzerinden puanlanmaktadır.

3.2.4. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)

Depresyonun değerlendirilmesinde en yaygın olarak kullanılan ölçek Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğidir (100). Tanı koydurucu değildir; depresyonun şiddetini ölçmek, seyrini izlemek amacıyla kullanılır. 1960 yılında Hamilton tarafından hazırlanan özgün ölçek 17 maddelidir. Her madde için 0-4 arası puanlar verilir. En yüksek puan 53'tür. Williams daha sonra HDDÖ'nin değerlendiriciler arası güvenilirliğini geliştirmek üzere 21 maddelik yeni bir uyarlamasını geliştirdi (101). Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (102).

3.2.5. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)

Manik durumun şiddetini ve değişimini ölçmeye yönelik olarak Young ve arkadaşları tarafından hazırlanmıştır (103). 11 maddeden oluşan ve her biri beş şiddet derecesi ölçen, görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir. Bu maddelerin yedisi beşli Likert tipinde, diğer dördü dokuzlu Likert tipindedir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliliği Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (104).

3.2.6. Zarit Bakım Veren Yük Ölçeği (ZBYÖ)

Zarit ve arkadaşları tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir (6). Bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler ruhsal ve fiziksel sağlığa, sosyal ve duygusal yaşantılara, ekonomik duruma, kişilerarası ilişkilere yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçek ‘asla’, ‘nadiren’, ‘bazen’, ‘sık sık’ ya da ‘hemen her zaman’ şeklinde 1’den 5’e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Bakıcının verebileceği minimum puan 22, maksimum puan 110’ dur. Elde edilen puanlar; 22-46 arası ‘hafif yük’, 47-55 arası ‘orta derecede yük’, 56-110 arası ‘şiddetli yük’ şeklinde derecelendirilerek değerlendirilir. Ölçek, Özlü ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilerek geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (105).

3.2.7. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

Ailenin işlevlerini hangi alanlarda yerine getirdiği ya da getiremediğini ailelerin algılamalarına göre değerlendirmeyi sağlayan bir kendini bildirim ölçeğidir. ADÖ, ABD’ de Brown Üniversitesi ve Butler Hastanesi tarafından 1983 yılında geliştirilmiş olup (106) ülkemizdeki geçerlik ve güvenirliği I. Bulut tarafından 1990 yılında yapılmıştır (107). Toplam 60 madde ve yedi alt ölçekten

oluşmaktadır. Bunlar problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevlerdir. Seçenekler dört grupta toplanmıştır: aynen katılıyorum, büyük ölçüde katılıyorum, biraz katılıyorum, hiç katılmıyorum. Elde edilen puanlar her alt boyut için toplanarak ortalaması alınır. Böylece her bir aile üyesi için yedi alt ölçek puanı elde edilmiş olur. Kuramsal olarak 2 ayırt edici bir sayıdır ve 2' nin üzerindeki puan ortalamaları aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru gidişin bir göstergesi olarak kabul edilmiştir.

3.3. YÖNTEM

Çalışma için 24.07.2019 tarihinde 720 karar no ile Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alındı. Kişiler araştırma hakkında detaylı olarak bilgilendirilmiş olup her türlü kişisel bilginin gizli kalacağı, çalışmaya katılmaktan çalışmanın herhangi bir aşamasında vazgeçebileceği, çalışmaya katılmama ya da çalışmaya katılmaktan vazgeçme sebebiyle tedavi programında herhangi bir etkilenme olmayacağı kişilere anlatıldı ve gönüllü katılım belgesi imzalatıldı.

Çalışmaya katılacak şizofreni, BB ve MKB tanısı olan kişilerin herbiri ile toplamda bir kez psikiyatrik görüşme yapıldı. Sosyodemografik veri formu, şizofreni tanısı olan hastalar için Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), BB tanısı olan hastalar için Hamilton Depresyon Ölçeği (HDDÖ) ve Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ), MKB tanısı olan hastalar için Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) görüşmeci tarafından dolduruldu. Hastaların en az son 1 yıldır bakımverenliğini üstlenen kişilerle de birer kez psikiyatrik görüşme yapıldı. Sosyodemografik veri formu dolduruldu ayrıca bakım verenlere kendilerinin dolduracağı; Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) ve Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeği (ZBYÖ) verildi ve 3 farklı hastalığın bakım verenlerinin aile yükü karşılaştırılması yapıldı.

3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma, kategorik veriler sayı ve yüzde şeklinde ifade edilmiştir. Sürekli değişkenlerin gruplar arası analizinde Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiiliği Testi ile normallik analizleri yapılmıştır. Normal dağılıma uyan verilerin 3 grup ve üzeri analizlerinde Tek yönlü Varyans analizi (One way ANOVA Test), iki grup karşılaştırmalarında T Testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uymayan verilerin iki grup arasındaki karşılaştırmaları için Mann Whitney U Testi, üç grup ve üzerindeki karşılaştırmaları için Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırmasında ise Ki-Kare Testi kullanılmıştır. Ölçekler arası doğrusal ilişki Pearson Korelasyon Testi kullanılarak yapılmıştır. Analizler IBM SPSS (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı) versiyon 24.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde Şizofreni tanısı almış olan 50 hasta, BB tanısı almış olan 50 hasta, MKB tanısı almış olan 50 hasta ile hastalara bakım veren toplam 150 bireyin istatistiksel analizine yer verilmiştir. Şizofreni, BB, MKB ile takip edilen ve çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan hastalara bakım verenlerin yaş ortalaması MKB grubu (n=50) için $49,76 \pm 10,63$ yıl, BB grubu (n=50) için $47,50 \pm 14,03$ yıl, Şizofreni grubu (n=50) için $54,46 \pm 14,45$ yıl olarak bulunmuştur ($F=3,644$, $p=0.029$). Şizofreni grubunda bakım verenlerin %42,0'si 60 yaş ve üzerinde iken, MKB grubunda %64,0'ü, BB grubunda ise %54,0'ü 40-59 yaş aralığında idi. MKB grubunda bakım verenlerin ortalama $7,20 \pm 4,86$ yıldır, BB grubunda bakım verenlerin ortalama $9,60 \pm 9,68$ yıldır, Şizofreni grubunda bakım verenlerin ise ortalama $11,26 \pm 8,59$ yıldır hastalara bakım verdikleri belirlenmiştir ($F=3,264$, $p=0.041$). Toplamda bakım verenlerin %62,7'sini kadınların, %79,3'ünü ise evlilerin oluşturduğu tespit edilmiş olup, 3 bakım veren grubu arasında cinsiyet ve medeni durum yönünden anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). 3 bakımveren grubu arasında çocuk sayısı, eğitim düzeyi, aylık gelir düzeyi ve bakım verenin yakınlık durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır ($p<0.05$). MKB ve Şizofreni grubunda bakım verenlerin sırasıyla %96,0 ve %92,0'sinin en az 1 çocuğu varken, BB grubunda bakım verenlerin ise %74,0'ünün en az 1 çocuğu vardı ($p<0.05$). MKB ve Şizofreni grubunda bakım verenlerin sırasıyla %80,0 ve %54,0'ü ilköğretim mezunu iken, BB grubunda bakım verenlerin ise %44,0'ü ilköğretim mezunu idi ($p<0.05$). MKB grubundakilerin %46,0'sinin aylık gelir düzeyi < 2500 TL iken, Şizofreni grubundakilerin %66,0'sı, BB grubundakilerin ise %68,0'i 2500 - 5000 TL aylık gelir düzeyine sahipti ($p<0.05$). MKB ve Şizofreni grubunda bakım verenlerin sırasıyla %60,0 ve %42,0'sinin “anne” olduğu, BB grubunda bakım verenlerin ise %40,0'ının “eş” olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Toplamda bakım verenlerin %91,3'ünün çekirdek aile tipine sahip olduğu, %62,7'sinin çalışmadığı, %84,7'sinin ise hastayla birlikte yaşadığı tespit edilmiş olup, gruplar arasında aile tipi, çalışma durumu ve hastayla birlikte yaşama açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Gruplar arasında sosyal güvence ve bakım verdiği başka

birisinin varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır ($p<0.05$). BB grubunda bakım verenlerin tamamının (%100,0), Şizofreni grubunda bakım verenlerin %98,0'inin sosyal güvencesi varken, MKB grubunda bakım verenlerin ise %12,0'sinin sosyal güvencesi yoktu ($p<0.05$). MKB ve Şizofreni grubunda bakım verenlerin sırasıyla %20,0 ve %26,0'sının bakım verdiği başka birisi daha varken, BB grubunda bakım verenlerin ise %96,0'sının başka herhangi bir kişiye bakım vermediği tespit edildi ($p<0.05$). MKB grubunda bakımverenlerin günlük yaşamda %72,0'sine destek olan bir kişi varken, Şizofreni grubundakilerin %40,0'ına, BB grubundakilerin ise %48,0'ine destek olan bir kişi yoktu ($p>0.05$) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Hastaların bakım verenlerine ait sosyo-demografik özellikler

		MKB	BB	Şizofreni	Toplam	p
Yaş (n, %)	< 40 yaş 40-59 yaş ≥ 60 yaş	8 (%16,0) 32 (%64,0) 10 (%20,0)	12 (%24,0) 27 (%54,0) 11 (%22,0)	7 (%14,0) 22 (%44,0) 21 (%42,0)	27 (%18,0) 81 (%54,0) 42 (%28,0)	0.069*
Cinsiyet (n, %)	Kadın Erkek	35 (%70,0) 15 (%30,0)	27 (%54,0) 23 (%46,0)	32 (%64,0) 18 (%36,0)	94 (%62,7) 56 (%37,3)	0.248*
Medeni durum (n, %)	Evli Bekar Dul/Boşanmış	42 (%84,0) 0 (%0,0) 8 (%16,0)	38 (%76,0) 8 (%16,0) 4 (%8,0)	39 (%78,0) 6 (%12,0) 5 (%10,0)	119 (%79,3) 14 (%9,3) 17 (%11,3)	0.057*
Çocuk sayısı	0 ≥ 1	2 (%4,0) 48 (%96,0)	13 (%26,0) 37 (%74,0)	4 (%8,0) 46 (%92,0)	19 (%12,7) 131 (%87,3)	0.002*
Eğitim düzeyi	İlköğretim Lise Üniversite	40 (%80,0) 7 (%14,0) 3 (%6,0)	22 (%44,0) 12 (%24,0) 16 (%32,0)	27 (%54,0) 12 (%24,0) 11 (%22,0)	89 (%59,3) 31 (%20,7) 30 (%20,0)	0.003*
Aylık gelir düzeyi	< 2500 TL 2500-5000 TL > 5000 TL	23 (%46,0) 22 (%44,0) 5 (%10,0)	10 (%20,0) 33 (%66,0) 7 (%14,0)	10 (%20,0) 34 (%68,0) 6 (%12,0)	43 (%28,7) 89 (%59,3) 18 (%12,0)	0.025*
Bakım verenin yakınlık durumu	Anne Baba Eş Evlat Bakıcı Kardeş	30 (%60,0) 12 (%24,0) 4 (%8,0) 0 (%0,0) 0 (%0,0) 4 (%8,0)	11 (%22,0) 7 (%14,0) 20 (%40,0) 7 (%14,0) 0 (%0,0) 5 (%10,0)	21 (%42,0) 13 (%26,0) 6 (%12,0) 3 (%6,0) 1 (%2,0) 6 (%12,0)	62 (%41,3) 32 (%21,3) 30 (%20,0) 10 (%6,7) 1 (%0,7) 15 (%10,0)	<0.001*
Aile tipi (n, %)	Çekirdek Geniş Parçalanmış	45 (%90,0) 3 (%6,0) 2 (%4,0)	46 (%92,0) 2 (%4,0) 2 (%4,0)	46 (%92,0) 3 (%6,0) 1 (%2,0)	137 (%91,3) 8 (%5,3) 5 (%3,3)	0.956*
Çalışma durumu (n, %)	Çalışıyor Çalışırken ayrılmış Çalışmıyor	17 (%34,0) 3 (%6,0) 30 (%60,0)	20 (%40,0) 1 (%2,0) 29 (%58,0)	14 (%28,0) 1 (%2,0) 35 (%70,0)	51 (%34,0) 5 (%3,3) 94 (%62,7)	0.506*
Sosyal güvence	Var Yok	44 (%88,0) 6 (%12,0)	50 (%100,0) 0 (%0,0)	49 (%98,0) 1 (%2,0)	143 (%95,3) 7 (%4,7)	0.010*
Hastayla birlikte mi yaşıyor?	Evet Hayır	38 (%76,0) 12 (%24,0)	43 (%86,0) 7 (%14,0)	46 (%92,0) 4 (%8,0)	127 (%84,7) 23 (%15,3)	0.081*
Bakıma destek olan kişi var mı?	Var Yok	36 (%72,0) 14 (%28,0)	30 (%60,0) 20 (%40,0)	26 (%52,0) 24 (%48,0)	92 (%61,3) 58 (%38,7)	0.118*
Bakım verdiği başka birisi var mı?	Var Yok	10 (%20,0) 40 (%80,0)	2 (%4,0) 48 (%96,0)	13 (%26,0) 37 (%74,0)	25 (%16,7) 125 (%83,3)	0.011*
TOPLAM		50 (%100,0)	50 (%100,0)	50 (%100,0)	150 (%100,0)	
* Ki-kare Testi						

Hastaların yaş ortalaması MKB grubu (n=50) için $27,20 \pm 4,30$ yıl, BB grubu (n=50) için $41,46 \pm 14,42$ yıl, Şizofreni grubu (n=50) için $37,50 \pm 12,88$ yıl olarak bulunmuştur ($F=20,697$, $p<0.001$). (Posthoc Bonferroni testine göre MKB-BB için $p<0.001$, MKB-Şizofreni için $p<0.001$, Şizofreni-BB için $p=0.257$). Şizofreni hastalarının %46,0'sı BB hastalarının %54,0'ü 40 yaş ve üzerinde iken, MKB grubunda hastaların tamamı (%100,0) 40 yaş altında idi ($p<0.001$). MKB grubunda hastaların hastalık süresi $8,14 \pm 4,58$ yıl, hastanede yatış sayısı ortalama $2,32 \pm 2,13$ kez [median=2 (min=0-maks=8)] ve toplam yatış süresi $40,32 \pm 48,43$ gün iken, BB grubunda hastaların hastalık süresi $11,78 \pm 9,76$ yıl, hastanede yatış sayısı ortalama $2,06 \pm 2,00$ kez [median=1 (min=0-maks=10)] ve toplam yatış süresi $53,72 \pm 65,19$ gün, Şizofreni grubunda ise hastaların hastalık süresi $12,62 \pm 8,75$ yıl, hastanede yatış sayısı ortalama $2,74 \pm 3,57$ kez [median=2 (min=0-maks=20)] ve toplam yatış süresi $68,70 \pm 78,96$ gün (sırasıyla $p=0.068$, $p=0.755$, $p=0.088$). Gruplar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır ($p \leq 0.001$). MKB ve Şizofreni grubundaki hastaların sırasıyla %92,0 ve %64,0'ü erkek iken, BB grubundaki hastaların ise %54,0'ü kadındı ($p<0.001$). MKB ve Şizofreni grubundaki hastaların sırasıyla %74,0 ve %59,3'ü bekar iken, BB grubundaki hastaların ise %60,0'ı evli idi ($p<0.001$). BB ve Şizofreni grubundaki hastaların sırasıyla %60,0 ve %62,0'si lise ve üzeri eğitim düzeyine sahipken, MKB grubunda ise hastaların %62,0'si ilköğretim mezunu idi ($p=0.001$) (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Hastalara ait sosyo-demografik özellikler

		MKB	BB	Şizofreni	Toplam	p
Yaş (n, %)	< 40 yaş	50 (%100,0)	23 (%46,0)	27 (%54,0)	100 (%66,7)	<0.001*
	40-59 yaş	0 (%0,0)	20 (%40,0)	19 (%38,0)	39 (%26,0)	
	≥ 60 yaş	0 (%0,0)	7 (%14,0)	4 (%8,0)	11 (%7,3)	
Cinsiyet (n, %)	Kadın	4 (%8,0)	27 (%54,0)	18 (%36,0)	49 (%32,7)	<0.001*
	Erkek	46 (%92,0)	23 (%46,0)	32 (%64,0)	101 (%67,3)	
Medeni durum (n, %)	Evli	11 (%22,0)	30 (%60,0)	12 (%24,0)	53 (%35,3)	<0.001*
	Bekar	37 (%74,0)	18 (%36,0)	34 (%68,0)	89 (%59,3)	
	Dul/Boşanmış	2 (%4,0)	2 (%4,0)	4 (%8,0)	8 (%5,3)	
Eğitim düzeyi	İlköğretim	31 (%62,0)	20 (%40,0)	19 (%38,0)	70 (%46,7)	0.001*
	Lise	17 (%34,0)	11 (%22,0)	18 (%36,0)	46 (%30,7)	
	Üniversite	2 (%6,0)	19 (%38,0)	13 (%26,0)	34 (%22,6)	
TOPLAM		50 (%100,0)	50 (%100,0)	50 (%100,0)	150 (%100,0)	
* Ki-kare Testi						

MKB, BB ve Şizofreni grubundaki hastaların diğer tanımlayıcı özellikleri

BB ve şizofreni grubunun atak sayısı ortalaması $6,26 \pm 6,72$, atak sıklığı ortalaması ise $3,02 \pm 3,31$ yılda 1 idi [sırasıyla median değerler: median=5 (min=1-maks=40) ve median=4 (min=1-maks=25)]. MKB grubunun eroine başlama yaşı $19,74 \pm 3,65$ yıl, eroin dozu $1,95 \pm 1,14$ gram ve Eroin kullanım süresi $7,46 \pm 4,42$ yıldır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. MKB, BB ve Şizofreni grubundaki hastaların diğer tanımlayıcı özellikleri

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart sapma
Atak sayısı	100	1	40	6,26	6,72
Atak sıklığı	100	1	20	3,02	3,31
Eroin dozu(gram)	50	1	5	1,95	1,14
Eroin başlama yaşı	50	12	29	19,74	3,65
Eroin kullanım süresi (yıl)	50	1	17	7,46	4,42

MKB grubundaki hastaların %74,0'ü eroin tüketimini folyo ile yaparken, %46,0'sında kokain kullanımı, %68,0'inde esrar kullanımı, %48,0'inde adli olay öyküsü, %26,0'sında bulaşıcı hastalık mevcuttu (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. MKB grubuna ait diğer tanımlayıcı özellikler

	N	%
Eroin kullanımı (Folyo)	37	74,0
Eroin kullanımı (IV)	7	14,0
Eroin kullanımı (IV+ Folyo)	6	12,0
Kokain kullanımı (var)	23	46,0
Kokain kullanımı (yok)	27	54,0
Esrar kullanımı (var)	34	68,0
Esrar kullanımı (yok)	16	32,0
Adli olay(var)	24	48,0
Adli olay (yok)	26	52,0
Bulaşıcı hastalık (var)	13	26,0
Bulaşıcı hastalık (yok)	37	74,0
Toplam	50	100,0

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (ADÖ)

Bakım verenlere uygulanan (n=150) Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) alt ölçekleri (problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler)'ne ait puan ortalamaları gruplara göre karşılaştırıldığında; problem çözme puanlarının BB grubunda ($2,08 \pm 0,65$), Şizofreni grubuna göre ($1,76 \pm 0,54$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu, genel işlev puanının ise MKB grubunda ($2,09 \pm 0,56$), Şizofreni grubuna göre ($1,80 \pm 0,51$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Kuramsal olarak aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru gidişin bir göstergesi olarak kabul edilen (>2) puan ortalamalarının ise;

MKB grubu için “roller, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlev” alt ölçeklerinde, BB grubu için “problem çözme, roller ve gereken ilgiyi gösterebilme” alt ölçeklerinde, Şizofreni grubu için “roller, gereken ilgiyi gösterebilme ve davranış kontrolü” alt ölçeklerinde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5 ve Tablo 4.6).

Tablo 4.5. ADÖ alt ölçeklerine ait puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması

ADÖ Alt Ölçekleri	MKB	BB	Şizofreni	<i>p</i>
Problem Çözme	1,96±0,62	2,08±0,65*	1,76±0,54*	0.028*
İletişim	1,93±0,55	2,00±0,61	1,84±0,47	0.346*
Roller	2,24±0,49	2,14±0,51	2,09±0,50	0.317*
Duyusal Tepki Verebilme	1,97±0,65	1,88±0,64	1,92±0,61	0.779*
Gerekten İlgiyi Gösterebilme	2,58±0,47	2,40±0,43	2,50±0,47	0.161*
Davranış kontrolü	2,18±0,41	2,00±0,36	2,09±0,41	0.075*
Genel işlevler	2,09±0,56*	1,87±0,54	1,80±0,51*	0.024*
* Tek yönlü Varyans analizi (Post hoc:Bonferroni)				

Tablo 4.6. ADÖ alt ölçeklerine ait puan ortalamalarının sağlıksızlığa doğru gidişin bir göstergesi olarak kabul edilen (>2) kesim değerine göre karşılaştırılması

		MKB	BB	Şizofreni	Toplam	p
Problem Çözme (n, %)	Sağlıklı Sağlıksız	30 (%60,0) 20 (%40,0)	26 (%52,0) 24 (%48,0)	31 (%62,0) 19 (%38,0)	87 (%58,0) 63 (%42,0)	0.563*
İletişim (n, %)	Sağlıklı Sağlıksız	30 (%60,0) 20 (%40,0)	27 (%54,0) 23 (%46,0)	34 (%68,0) 16 (%32,0)	91 (%60,7) 59 (%39,3)	0.356*
Roller (n, %)	Sağlıklı Sağlıksız	17 (%34,0) 33 (%66,0)	24 (%48,0) 26 (%52,0)	25 (%50,0) 25 (%50,0)	66 (%44,0) 84 (%56,0)	0.214*
Duygusal Tepki Verebilme (n, %)	Sağlıklı Sağlıksız	30 (%60,0) 20 (%40,0)	32 (%64,0) 18 (%36,0)	34 (%68,0) 16 (%32,0)	96 (%64,0) 54 (%36,3)	0.707*
Gereken İlgiyi Gösterebilme (n, %)	Sağlıklı Sağlıksız	7 (%14,0) 43 (%86,0)	8 (%16,0) 42 (%84,0)	9 (%18,0) 41 (%82,0)	24 (%16,0) 126 (%84,0)	0.862*
Davranış kontrolü (n, %)	Sağlıklı Sağlıksız	21 (%42,0) 29 (%58,0)	31 (%62,0) 19 (%38,0)	26 (%52,0) 24 (%48,0)	78 (%52,0) 72 (%48,0)	0.135*
Genel işlevler (n, %)	Sağlıklı Sağlıksız	22 (%44,0) 28 (%56,0)	32 (%64,0) 18 (%36,0)	29 (%58,0) 21 (%42,0)	83 (%55,3) 67 (%44,7)	0.119*
TOPLAM		50 (%100,0)	50 (%100,0)	50 (%100,0)	150 (%100,0)	
* Ki-kare Testi						

ZARİT BAKIM VEREN YÜKÜ ÖLÇEĞİ (ZBYÖ)

Bakım verenlere uygulanan (n=150) Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçeğı (ZBYÖ) toplam puan ortalamaları gruplara göre karşılaştırıldığında; toplam puanların MKB grubunda (62,96±16,46), BB grubuna göre (54,26±15,44) ve Şizofreni grubuna göre (51,98±14,47) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu (BB ve Şizofreni arasında fark yok) saptanmıştır (**p=0.001**) (Posthoc Bonferroni testine göre MKB-BB için p=0.017, MKB-Şizofreni için p=0.002, Şizofreni-BB için p=1.000) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. ZBYÖ toplam puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması

	MKB	BB	Şizofreni	p
Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçeğı (ZBYÖ) toplam puan	62,96±16,46*	54,26±15,44	51,98±14,47	0.001*
* Tek yönlü Varyans analizi (Post hoc:Bonferroni)				

Elde edilen puanlar; 22-46 arası ‘hafif yük’, 47-55 arası ‘orta derecede yük’, 56-110 arası ‘şiddetli yük’ şeklinde derecelendirilerek karşılaştırıldığında ise; MKB grubunda bakım verenlerin %66,0 oranında şiddetli yüke sahip olduğu, buna karşın BB grubunda bakım verenlerin %42,0, Şizofreni grubunda bakım verenlerin ise sadece %34,0’ünün şiddetli yüke sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. ZBYÖ toplam puan ortalamalarının yük şiddetine göre derecelendirilerek karşılaştırılması

		MKB	BB	Şizofreni	Toplam	p
ZBYÖ yük derecelendirmesi (n,%)	Hafif	8 (%16,0)	18 (%36,0)	21 (%42,0)	47 (%31,3)	0.016 *
	Orta	9 (%18,0)	11 (%22,0)	12 (%24,0)	32 (%21,3)	
	Şiddetli	33 (%66,0)	21 (%42,0)	17 (%34,0)	71 (%47,3)	
TOPLAM		50 (%100,0)	50 (%100,0)	50 (%100,0)	150 (%100,0)	
* Ki-kare Testi						

BAĞIMLILIK PROFİL İNDEKSİ (BAPİ)

MKB tanısı olan hastalara (n=50) uygulanan Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) toplam puan ortalaması $6,94 \pm 1,34$ olarak bulunmuştur (%10 orta şiddette, %90 yüksek şiddette). BAPİ puanları arasında yaş, cinsiyet medeni durum ve eğitim düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. BAPİ toplam puanlarının sosyo-demografik özelliklere göre karşılaştırılması

		BAPİ toplam puan	p
Yaş	< 30 yaş	6,97±1,34	0.829*
	≥ 30 yaş	6,88±1,39	
Cinsiyet	Kadın	7,04±0,41	0.880*
	Erkek	6,93±1,40	
Medeni durum	Evli	6,64±1,53	0.656**
	Bekar	7,04±1,32	
	Dul/Boşanmış	6,65±0,66	
Eğitim düzeyi	İlköğretim	6,91±1,38	0.805**
	Lise	6,92±1,38	
	Üniversite	7,56±0,22	
Toplam		6,94±1,34	
* T Testi			
** Tek yönlü Varyans analizi (Post hoc:Bonferroni)			

BAPİ toplam puanları ile hastalık süresi, hastanede yatış sayısı ve süresi arasında pozitif yönde, önemsiz veya düşük orta derecede önemli, istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptandı (sırasıyla $p=0.046$, $r = 0.283$, $p=0.033$, $r = 0.302$, $p=0.043$, $r = 0.287$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. BAPİ toplam puanlarının hastalık süresi, hastanede yatış sayısı ve süresi ile korelasyonu

		BAPİ toplam puan	Hastalık süresi	Hastanede yatış sayısı	Hastanede yatış süresi
BAPİ toplam puan	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 50			
Hastalık süresi	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,283(*) ,046 50	1 50		
Hastanede yatış sayısı	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,302(*) ,033 50	,371(**) ,008 50	1 50	
Hastanede yatış süresi	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,287(*) ,043 50	,340(*) ,016 50	,913(**) ,000 50	1 50

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANSS)

Şizofreni hastalarına (n=50) uygulanan Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) puan ortalamaları sırasıyla PANSS Pozitif için 11,40±4,27, PANSS Negatif için 16,32±5,20, PANSS Psikopatoloji için 27,24±8,83 ve PANSS Toplam için 54,76±16,39 olarak bulunmuştur. PANSS puanları hiçbir kategoride yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmamıştır (p>0.05) PANSS Pozitif, PANSS Negatif, PANSS Psikopatoloji ve PANSS Toplam puanların hepsinde yaş arttıkça bir artış görüldüğü, evlilerde bekarlara ve boşanmış/dul'lara göre yüksek olduğu, ilköğretim mezunlarında lise ve üniversite mezunlarına göre yüksek olduğu, ancak aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. PANSS Pozitif, PANSS Negatif, PANSS Psikopatoloji ve PANSS Toplam puan ortalamalarının sosyo-demografik verilere göre karşılaştırılması.

		PANSS Pozitif	p	PANSS Negatif	p	PANSS Psikopatoloji	p	PANSS Toplam	p
		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss	
Yaş	< 40 yaş 40-59 yaş ≥ 60 yaş	10,77±3,47 11,84±5,09 13,50±5,19	0,427*	15,40±5,09 16,89±5,61 19,75±1,70	0,251*	25,37±8,24 28,68±9,65 33,00±6,00	0,183*	51,55±15,95 56,89±17,25 66,25±10,04	0,192*
Cinsiyet	Kadın Erkek	10,83±4,04 11,71±4,42	0,487**	16,38±4,46 16,28±5,64	0,945**	27,00±7,59 27,37±9,57	0,887**	53,66±14,85 55,37±17,39	0,728**
Medeni durum	Evli Bekar Dul/Boşanmış	11,75±4,30 11,52±4,35 9,25±3,86	0,579*	18,66±4,57 15,94±5,05 12,50±6,45	0,090*	28,16±6,78 27,58±9,35 21,50±9,67	0,400*	57,75±12,72 55,05±17,02 43,25±19,87	0,310*
Eğitim düzeyi	İlköğretim Lise Üniversite	11,73±5,27 11,16±3,53 11,23±3,83	0,912*	17,42±4,62 16,05±5,42 15,07±5,75	0,450*	29,94±8,34 24,50±6,42 27,07±11,50	0,173*	59,10±15,66 51,16±13,66 53,38±20,34	0,325*
* Tek yönlü Varyans analizi (Post hoc:Bonferroni)									
** T testi									

PANSS Pozitif puanları ile hastanede yatış sayısı arasında pozitif yönde, orta derecede kuvvetli, istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptandı ($p<0.001$, $r=0.559$).

PANSS Pozitif puanları ile hastanede yatış sayısı arasında pozitif yönde, düşük orta derecede kuvvetli, istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptandı ($p=0.017$, $r=0.337$).

PANSS Toplam puanları ile hastanede yatış sayısı arasında pozitif yönde, düşük orta derecede kuvvetli, istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptandı ($p=0.009$, $r=0.364$).

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (ADÖ)'NİN SOSYO-DEMOGRAFİK VE KLİNİK DEĞİŞKENLERLE KARŞILAŞTIRILMASI

MKB grubundaki bakım verenlerin Aile Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının; yaş, cinsiyet, aylık gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklar ortaya koymadığı ($p>0.05$), buna karşın iletişim puanlarının 10 yıl ve üzeri süre bakım verenlerde ($1,70\pm0,58$), 10 yıldan az bir süre bakım verenlere göre ($2,04\pm0,50$) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. MKB grubuna bakım verenlerin ADÖ puan ortalamalarının sosyo-demografik verilere göre karşılaştırılması

		Problem Çözme	<i>p</i>	İletişim	<i>p</i>	Roller	<i>p</i>	Duygusal Tepki Verebilme	<i>p</i>	Gereken İlgiyi Gösterebilme	<i>p</i>	Davranış kontrolü	<i>p</i>	Genel işlevler	<i>p</i>
		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss			
Yaş	< 40 yaş	1,79±0,62	0,477*	1,81±0,56	0,238*	1,95±0,51	0,196*	1,85±0,73	0,761*	2,44±0,41	0,659*	2,04±0,59	0,419*	1,87±0,65	0,481*
	40-59 yaş	2,04±0,59		2,02±0,50		2,29±0,46		2,02±0,61		2,62±0,49		2,23±0,38		2,12±0,54	
	≥ 60 yaş	1,85±0,71		1,71±0,65		2,30±0,52		1,90±0,74		2,58±0,46		2,12±0,31		2,17±0,56	
Cinsiyet	Kadın	1,99±0,59	0,684**	1,92±0,56	0,937**	2,24±0,51	0,946**	1,91±0,66	0,360**	2,59±0,49	0,891**	2,19±0,42	0,811**	2,11±0,56	0,725**
	Erkek	1,91±0,69		1,94±0,54		2,23±0,44		2,10±0,61		2,57±0,42		2,16±0,38		2,05±0,56	
Aylık gelir düzeyi (TL)	< 2500 TL	2,06±0,64	0,268*	2,01±0,59	0,479*	2,34±0,47	0,399*	2,07±0,65	0,247*	2,55±0,49	0,739*	2,25±0,41	0,408*	2,17±0,56	0,680*
	2500-5000 TL	1,81±0,54		1,88±0,52		2,17±0,51		1,96±0,67		2,57±0,44		2,09±0,40		2,02±0,62	
	> 5000 TL	2,20±0,78		1,71±0,48		2,09±0,51		1,53±0,38		2,74±0,55		2,24±0,41		2,03±0,17	
Hastaya bakım verdiği süre	< 10 yıl	2,05±0,56	0,161*	2,04±0,50	0,037*	2,29±0,47	0,339*	2,04±0,58	0,257*	2,55±0,46	0,517*	2,17±0,38	0,763*	2,13±0,52	0,431*
	10 yıl ve üzeri	1,79±0,70		1,70±0,58		2,14±0,51		1,82±0,76		2,64±0,50		2,20±0,46		2,00±0,63	
* Tek yönlü Varyans analizi (One way ANOVA Test) ** T Testi															

Bipolar bozukluk hastalarına bakım verenlerin Aile Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının; yaş, aylık gelir düzeyi ve hastaya bakım verilen süreye göre istatistiksel olarak anlamlı farklar ortaya koymadığı ($p>0.05$), buna karşın genel

işlev puanlarının kadınlarda ($2,02 \pm 0,59$), erkeklere göre ($1,69 \pm 0,43$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. BB hastalarına bakım verenlerin ADÖ puan ortalamalarının sosyo-demografik verilere göre karşılaştırılması

		Problem Çözme	p	İletişim	p	Roller	p	Duygusal Tepki Verebilme	p	Gereken İlgiyi Gösterebilme	p	Davranış kontrolü	p	Genel işlevler	p
		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss			
Yaş	< 40 yaş	2,18±0,65	0,050*	1,95±0,73	0,190*	2,03±0,59	0,551*	1,84±0,70	0,131*	2,35±0,43	0,664*	2,00±0,39	0,756*	1,81±0,61	0,232*
	40-59 yaş	2,21±0,66		2,13±0,54		2,21±0,54		2,02±0,64		2,46±0,45		2,02±0,37		1,97±0,55	
	≥ 60 yaş	1,66±0,47		1,73±0,59		2,09±0,32		1,56±0,50		2,33±0,41		1,92±0,33		1,68±0,40	
Cinsiyet	Kadın	2,19±0,73	0,196**	2,11±0,67	0,145**	2,23±0,54	0,189**	1,96±0,60	0,296**	2,41±0,50	0,870**	2,02±0,39	0,706**	2,02±0,59	0,031**
	Erkek	1,95±0,52		1,86±0,50		2,03±0,47		1,77±0,69		2,39±0,34		1,98±0,34		1,69±0,43	
Aylık gelir düzeyi (TL)	< 2500 TL	1,78±0,56	0,073*	1,83±0,70	0,257*	2,16±0,46	0,776*	1,70±0,58	0,401*	2,44±0,38	0,941*	2,08±0,43	0,500*	1,86±0,72	0,863*
	2500-5000 TL	2,23±0,64		2,10±0,58		2,16±0,52		1,96±0,62		2,40±0,44		2,00±0,34		1,89±0,49	
	> 5000 TL	1,80±0,64		1,76±0,58		2,01±0,58		1,71±0,83		2,36±0,50		1,87±0,41		1,77±0,57	
Hastaya bakım verdiği süre	< 10 yıl	2,05±0,71	0,632*	1,92±0,61	0,285*	2,11±0,54	0,673*	1,90±0,71	0,736*	2,43±0,47	0,626*	1,93±0,33	0,125*	1,86±0,55	0,828*
	10 yıl ve üzeri	2,14±0,56		2,11±0,60		2,18±0,47		1,84±0,55		2,37±0,36		2,10±0,40		1,89±0,55	
* Tek yönlü Varyans analizi (One way ANOVA Test)															

Şizofreni hastalarına bakım verenlerin Aile Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının; yaş ve aylık gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklar ortaya koymadığı ($p > 0,05$), buna karşın problem çözme puanlarının erkeklere göre ($1,97 \pm 0,54$), kadınlarda ($1,64 \pm 0,52$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Hastaya bakım verdiği süre 10 yıl ve üzeri olanlarda problem çözme, iletişim, duysusal tepki verebilme ve genel işlev puanlarının 10 yılın altındakilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin ADÖ puan ortalamalarının sosyo-demografik verilere göre karşılaştırılması

		Problem Çözme	<i>p</i>	İletişim	<i>p</i>	Roller	<i>p</i>	Duygusal Tepki Verebilm e	<i>p</i>	Gereken İlgii Göstereb ilme	<i>p</i>	Davranış kontrolü	<i>p</i>	Genel işlevler	<i>p</i>
		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss			
Yaş	< 40 yaş	1,76±0,52	0,803*	1,90±0,46	0,661*	2,09±0,50	0,991*	1,90±0,77	0,321*	2,40±0,54	0,836*	1,93±0,38	0,447*	1,67±0,40	0,562*
	40-59 yaş	1,70±0,53		1,77±0,39		2,08±0,53		1,78±0,55		2,53±0,52		2,16±0,43		1,89±0,54	
	≥ 60 yaş	1,81±0,58		1,89±0,55		2,10±0,50		2,07±0,60		2,51±0,41		2,07±0,39		1,75±0,52	
Cinsiyet	Kadın	1,64±0,52	0,039**	1,76±0,46	0,102**	2,01±0,48	0,130**	1,88±0,62	0,564**	2,55±0,52	0,332**	2,04±0,42	0,251**	1,71±0,50	0,117**
	Erkek	1,97±0,54		1,98±0,45		2,23±0,52		1,99±0,59		2,42±0,37		2,18±0,37		1,95±0,51	
Aylık gelir düzeyi (TL)	< 2500 TL	1,68±0,69	0,777*	1,82±0,63	0,919*	2,04±0,66	0,728*	1,98±0,79	0,815*	2,68±0,53	0,220*	2,04±0,48	0,617*	1,94±0,64	0,319*
	2500-5000 TL	1,74±0,50		1,83±0,42		2,10±0,45		1,93±0,55		2,47±0,46		2,12±0,40		1,75±0,47	
	> 5000 TL	2,00±0,53		1,88±0,51		2,07±0,55		1,77±0,69		2,42±0,45		2,03±0,37		1,86±0,57	
Hastaya bakım verdiği süre	< 10 yıl 10 yıl ve üzeri	1,49±0,47 1,97±0,51	0,002*	1,58±0,38 2,04±0,43	<0,001*	1,94±0,58 2,20±0,40	0,069*	1,71±0,58 2,08±0,59	0,036*	2,56±0,57 2,46±0,38	0,464*	1,97±0,47 2,19±0,33	0,065*	1,62±0,51 1,94±0,48	0,031*
* Tek yönlü Varyans analizi (One way ANOVA Test)															
** T Testi															

ZARİT BAKIM VEREN YÜKÜ ÖLÇEĞİ (ZBYÖ)'NİN SOSYO-DEMOGRAFİK VE KLİNİK DEĞİŞKENLERLE KARŞILAŞTIRILMASI

MKB hastalarına bakım verenlerin (n=50) Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçeğı (ZBYÖ) toplam puan ortalamalarının; 40-59 yaş grubundakilerde, kadınlarda, < 2500 TL aylık gelire sahip olanlarda, 10 yıl ve üzeri süre bakım verenlerde daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Bipolar bozukluk hastalarına bakım verenlerin (n=50) Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçeğı (ZBYÖ) toplam puan ortalamalarının; 40-59 yaş grubundakilerde, kadınlarda, 2500-5000 TL aylık gelire sahip olanlarda ve 10 yıl ve üzeri süre bakım verenlerde istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Şizofreni hastalarına bakım verenlerde (n=50) ise; Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçeğı (ZBYÖ) toplam puan ortalamalarının erkeklerde ($55,27\pm13,50$), kadınlara göre ($50,12\pm14,88$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. ZBYÖ toplam puan ortalamalarının her grup için sosyo-demografik verilere göre karşılaştırılması

		MKB grubu	<i>p</i>	BB grubu	<i>p</i>	Şizofreni grubu	<i>p</i>
		Ort.±Ss		Ort.±Ss		Ort.±Ss	
Yaş	< 40 yaş	53,50±17,37	0,207*	44,83±15,57	0,002*	55,00±11,94	0,772*
	40-59 yaş	65,03±17,76		60,88±13,03		52,40±14,32	
	≥ 60 yaş	63,90±7,60		48,27±13,97		50,52±15,80	
Cinsiyet	Kadın	65,71±17,97	0,070**	58,88±17,14	0,020**	50,12±14,88	0,231**
	Erkek	56,53±10,01		48,82±11,24		55,27±13,50	
Aylık gelir düzeyi (TL)	< 2500 TL	68,86±15,65	0,060*	50,70±18,56	0,005*	52,30±15,79	0,142*
	2500-5000 TL	57,68±16,04		58,54±13,74		50,00±13,42	
	> 5000 TL	59,00±15,70		39,14±5,78		62,66±15,87	
Hastaya bakım verdiği süre	< 10 yıl	59,75±14,48	0,161*	50,96±15,76	0,037*	51,22±13,25	0,339*
	10 yıl ve üzeri	69,17±18,65		59,20±13,88		52,57±15,58	
* Tek yönlü Varyans analizi (Post hoc:Bonferroni) ** T Testi							

Ölçekler arasındaki ilişkiler incelendiğinde; ZBYÖ ile ADÖ Problem çözme ve gereken ilgiyi gösterme alt ölçek puanları arasında pozitif yönde (düşük veya önemsiz derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptandı (sırasıyla $r=0.266$, $p=0.001$ ve $r=0.209$, $p=0.010$). ZBYÖ ile ADÖ iletişim, duygusal tepki verebilme ve davranış kontrolü alt ölçek puanları arasında pozitif yönde, düşük orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptandı (sırasıyla $r=0.387$, $p<0.001$, $r=0.317$, $p<0.001$ ve $r=0.318$, $p<0.001$). ZBYÖ ile ADÖ roller, ve genel işlevler alt ölçek puanları arasında pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptandı (sırasıyla $r=0.411$, $p<0.001$ ve $r=0.454$, $p<0.001$) (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. ZBYÖ ile ADÖ alt ölçek puanları arasındaki doğrusal ilişki (korelasyon)

		Probl em çözme	İletişi m	Roller	Duyg usal tepki verebi lme	Gerek en ilgiyi göster me	Davra nış kontr ölü	Genel işlevle r	ZB Y Ö
Problem çözme	Pearson Correlation Sig. (2- tailed) N	1 150							
İletişim	Pearson Correlation Sig. (2- tailed) N	,608(**) ,000 150	1						
Roller	Pearson Correlation Sig. (2- tailed) N	,428(**) ,000 150	,662(**) ,000 150	1					
Duygusal tepki verebilme	Pearson Correlation Sig. (2- tailed) N	,371(**) ,000 150	,678(**) ,000 150	,604(**) ,000 150	1				
Gereken ilgiyi gösterme	Pearson Correlation Sig. (2- tailed) N	-,269(**) ,001 150	,006 ,943 150	,218(**) ,007 150	,279(**) ,001 150	1			
Davranış kontrolü	Pearson Correlation Sig. (2- tailed) N	,309(**) ,000 150	,366(**) ,000 150	,509(**) ,000 150	,400(**) ,000 150	,194(*) ,018 150	1		
Genel işlevler	Pearson Correlation Sig. (2- tailed) N	,541(**) ,000 150	,724(**) ,000 150	,756(**) ,000 150	,686(**) ,000 150	,185(*) ,024 150	,486(**) ,000 150	1	
ZBYÖ	Pearson Correlation Sig. (2- tailed) N	,266(**) ,001 150	,387(**) ,000 150	,411(**) ,000 150	,317(**) ,000 150	,209(*) ,010 150	,318(**) ,000 150	,454(**) ,000 150	1

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ADÖ alt ölçekleri ile BAPİ toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ($p>0.05$). ZBYÖ ile BAPİ toplam puan arasında pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0.422$, $p=0.002$) (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. ZBYÖ ve ADÖ alt ölçek puanları ile BAPİ arasındaki doğrusal ilişki (korelasyon)

		Problem çözme	İletişim	Roller	Duygusal tepki verebilme	Gereken ilgiyi gösterme	Davranış kontrolü	Genel işlevler	ZBYÖ	BAPİ toplam puan
Problem çözme	Pearson Correlation	1								
	Sig. (2-tailed)									
	N	150								
İletişim	Pearson Correlation	,608(**)	1							
	Sig. (2-tailed)	,000								
	N	150	150							
Roller	Pearson Correlation	,428(**)	,662(**)	1						
	Sig. (2-tailed)	,000	,000							
	N	150	150	150						
Duygusal tepki verebilme	Pearson Correlation	,371(**)	,678(**)	,604(**)	1					
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000						
	N	150	150	150	150					
Gereken ilgiyi gösterme	Pearson Correlation	-,269(**)	,006	,218(**)	,279(**)	1				
	Sig. (2-tailed)	,001	,943	,007	,001					
	N	150	150	150	150	150				
Davranış kontrolü	Pearson Correlation	,309(**)	,366(**)	,509(**)	,400(**)	,194(*)	1			
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,018				
	N	150	150	150	150	150	150			
Genel işlevler	Pearson Correlation	,541(**)	,724(**)	,756(**)	,686(**)	,185(*)	,486(**)	1		
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,024	,000			
	N	150	150	150	150	150	150	150		
ZBYÖ	Pearson Correlation	,266(**)	,387(**)	,411(**)	,317(**)	,209(*)	,318(**)	,454(**)	1	
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,000	,000	,010	,000	,000		
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	
BAPİ toplam puan	Pearson Correlation	-,010	,006	,170	,085	,228	-,111	,120	,422(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,947	,970	,238	,555	,112	,442	,407	,002	
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ADÖ alt ölçekleri ve ZBYÖ ile Panss pozitif ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ($p>0.05$). Panss negatif ölçek puanları ile ADÖ problem çözme alt ölçek puanları arasında pozitif yönde, düşük veya önemsiz derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0.289$, $p=0.042$). Panss negatif ölçek puanları ile ZBYÖ toplam puanları arasında pozitif yönde, düşük orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0.319$, $p=0.024$). Panss psikopatoloji ölçek puanları ile ADÖ duygusal tepki verebilme alt ölçek puanları arasında pozitif yönde, düşük orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0.318$, $p=0.024$). Panss psikopatoloji ölçek puanları ile ADÖ davranış kontrolü alt ölçek puanları arasında pozitif yönde, düşük veya önemsiz derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0.290$, $p=0.041$). Panss psikopatoloji ölçek puanları ile ZBYÖ toplam puanları arasında pozitif yönde, düşük orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0.340$, $p=0.016$). Panss toplam puanları ile ADÖ duygusal tepki verebilme alt ölçek puanları arasında pozitif yönde, düşük orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0.338$, $p=0.016$). Panss toplam puanları ile ZBYÖ toplam puanları arasında pozitif yönde, düşük orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0.310$, $p=0.029$) (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. ZBYÖ ve ADÖ alt ölçek puanları ile Panss pozitif, Panss negatif, Panss psikopatoloji ve Panss toplam puanlar arasındaki doğrusal ilişki (korelasyon)

		Problem çözme	İletişim	Roller	Duygusal tepki verebilme	Gereken ilgiyi gösterme	Davranış kontrolü	Genel işlevler	ZBYÖ	Panss pozitif	Panss negatif	Panss psikopatoloji	Panss toplam
Problem çözme	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 150											
İletişim	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,608(*) ,000 150	1 150										
Roller	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,428(*) ,000 150	,662(*) ,000 150	1 150									
Duygusal tepki verebilme	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,371(*) ,000 150	,678(*) ,000 150	,604(*) ,000 150	1 150								
Gereken ilgiyi gösterme	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,269(*) ,001 150	,006 ,943 150	,218(*) ,007 150	,279(*) ,001 150	1 150							
Davranış kontrolü	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,309(*) ,000 150	,366(*) ,000 150	,509(*) ,000 150	,400(*) ,000 150	,194(*) ,018 150	1 150						
Genel işlevler	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,541(*) ,000 150	,724(*) ,000 150	,756(*) ,000 150	,686(*) ,000 150	,185(*) ,024 150	,486(*) ,000 150	1 150					
ZBYÖ	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,266(*) ,001 150	,387(*) ,000 150	,411(*) ,000 150	,317(*) ,000 150	,209(*) ,010 150	,318(*) ,000 150	,454(*) ,000 150	1 150				
Panss pozitif	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,061 ,675 50	,188 ,190 50	,020 ,889 50	,270 ,058 50	,010 ,946 50	,113 ,433 50	,091 ,528 50	,047 ,747 50	1 50			
Panss negatif	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,289(*) ,042 50	,174 ,228 50	,015 ,916 50	,266 ,061 50	,059 ,685 50	,053 ,713 50	,080 ,578 50	,319(*) ,024 50	,540(*) ,000 50	1 50		
Panss psikopatolo ji	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,119 ,411 50	,232 ,106 50	,118 ,416 50	,318(*) ,024 50	,094 ,517 50	,290(*) ,041 50	,110 ,448 50	,340(*) ,016 50	,718(*) ,000 50	,698(*) ,000 50	1 50	
Panss toplam	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,181 ,208 50	,236 ,098 50	,082 ,569 50	,338(*) ,016 50	,078 ,592 50	,212 ,139 50	,120 ,407 50	,310(*) ,029 50	,814(*) ,000 50	,837(*) ,000 50	,952(*) ,000 50	1 50

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

5. TARTIŞMA

MKB, BB ve Şizofreni sadece hastaları değil onlara bakım veren kişileri de etkileyen kronik psikiyatrik rahatsızlıklardır. Hastaların genellikle çalışmaması ve vakitlerini aileleri ile geçirmeleri, ailelerin hastalığın seyrini önemli derecede etkilemesi kronik hastalıklarda bakımverenlere yönelik çalışmaları arttırmıştır (12). Bakımveren yükü konusunda şizofreni ve diğer kronik hastalıkların karşılaştırılması yine şizofreni ve BB karşılaştırılması literatürde sık görülmektedir (63, 64). MKB ve bakım veren yükü konusundaki çalışmalar son yıllarda artış göstermektedir ve çalışmalar sıklıkla eroin – alkol, eroin kullanım yolu (iv-folyo) karşılaştırılması şeklinde yapılmıştır (83, 85). Literatür incelendiğinde ise 3 grubun aile yükü açısından karşılaştırıldığı bir çalışma bulunmamaktadır.

Çalışmamızda 3 grubun bakımveren yükü karşılaştırılmıştır. Sosyodemografik verilere bakıldığında tüm gruplarda evli olanların bekar olanlara göre, kadınların erkeklere göre bakımverenlik rolünü daha fazla üstlendiği saptanmıştır. Akın ve ark. yaptıkları çalışmada kronik hastalıklarda bakım vericilik rolünü genellikle kadınların üstlendiğini bunun sebebi olarak da toplumda ev işi ve aile ile ilgili özel alanların kadınların doğal işi olarak görülmesi gösterildiğini bildirmişlerdir (8). Çalışmamızda kadınların daha fazla bakımverenlik rolünü üstlenmeleri; ülkemizin sosyodemografik ve kültürel yapısı düşünüldüğünde evli kadınların toplumsal cinsiyet rolleri gereği daha fazla sorumluluk üstlenmelerinin hastalığı olan bir yakınına bakım verirken de devam ettiğini düşündürmektedir.

MKB grubunun ZBYÖ puanı BB ve Şizofreni grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. BB ve şizofreni grubu arasında anlamlı fark saptanmamıştır, daha önce yapılan bir çalışmada 100 BB tanılı hasta ve 100 şizofreni tanılı hastanın bakımveren yükü karşılaştırılmış ve her iki grup arasında bakımveren yükü açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (63). Çalışmamızın bulgusu bu literatür ile uyumludur.

MKB grubunda sıklıkla hastalara annelerin bakım verdiği ve kadın cinsiyette bakımveren yükünün arttığı saptanmıştır. Bu bulgular literatür ile uyumludur (75-77, 81). Ayrıca çalışmamıza alınan MKB hastalarının %92'sinin erkek olduğu ve diğer 2 gruba göre yaş ortalamasının küçük olduğu saptanmıştır. Ayrıca sıklıkla hastaların medeni durumlarının bekar olduğu saptanmıştır. Toplumumuzda aile bağlarının kuvvetli olduğu bilinmekte ve ebeveynlerle birlikte yaşama olasılığının yüksek olduğu düşünüldüğünde genç, bekar ve erkek hastalara annelerin bakımvermesi beklenen bir durum olabilir. Ayrıca madde bağımlısı kişilerin birçok yönden aileye getirmiş olduğu negatif sonuçlara rağmen ailedeki kadınların toplumsal rolleri gereği hastaları sahiplenmeleri kadınların aile yükünün artmasının sebebi olabilir.

MKB grubundaki hastaların hastalık süresi, BAPİ toplam puanları ve ZBYÖ toplam puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. Opioid bağımlılarıyla yapılan bir çalışmada bağımlı bireylerin hastalık süresindeki uzamanın aile yükünde artışa ve bakım verenlerin yaşam kalitesinde azalmaya yol açtığı saptanmıştır (84). Ancak çalışmaya alınan 3 grup incelendiğinde MKB olan grubun hastalık süresinin diğer 2 gruba göre daha az olduğu görülmüştür. Çalışmamızda MKB tanısı olan grubun hastalık süresinin diğer 2 gruba göre çok daha kısa olmasına rağmen aile yükünün diğer 2 gruba göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu düşünüldüğünde, MKB tanısı olan grubun hastalık süresi arttıkça bu anlamlı farkın daha fazla olabileceği ve MKB'nun ailelere çok ciddi yük getirebileceği düşünülmüştür.

Maddi problemler de aile yükünü arttırmaktadır. 3 hasta grubu da kronik nitelikte olup hastalığın ilerlemesi hastaların çalışamamasına neden olabilir. Shyangwa ve ark. yaptıkları çalışmada MKB tanısı olan hastaların rahatsızlık sebebiyle çalışamadıklarını ve madde satın almak için finansal desteği aileden sağlamaları nedeniyle ailenin maddi yükünün arttığını söylemişlerdir (73). MKB tanısı olan grupta diğer 2 gruptan farklı olarak hastaların madde kullanımı için finansal desteğe ihtiyaç duymaları aile yükünü daha fazla artırıyor olabilir. Ayrıca bakımverenlerin aylık gelirlerinin düşük olması da finansal yükü ve aile yükünü etkiler. Çalışmamızda MKB bakımveren grubunun aylık gelir düzeyi diğer 2 gruba göre anlamlı derecede düşük saptanmıştır ayrıca aylık gelir

düzeyinin düşüklüğünün bakım yükünü arttırdığı saptanmıştır. Bu bulgu da literatür ile uyumludur (83).

Şizofreni hastalarının bakımverenlerinin diğer 2 gruba göre yaş ortalamasının fazla olduğu ve hastaya bakımverme süresinin de daha uzun olduğu saptanmıştır. Hastaların hastalık süresi de diğer 2 gruba göre daha uzundur. Bakımverme süresinin uzunluğunun sebebi hastalık süresinin uzunluğundan kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızda şizofreni hastalarına sıklıkla annelerinin bakım verdiği ve hastaların büyük çoğunluğunun bekar olduğu saptanmıştır. Şizofreni hastalarının hastalıkları sebebiyle evlenmemeleri ve hastalığın neden olduğu yeti yitimi sebebiyle destek ihtiyacı içinde olmaları ebeveynlerinin bakım verme rolünü üstlenmelerine neden olabilir.

Çalışmamızda şizofreni hastalarına uygulanan PANSS ölçeğine bakıldığında, PANSS negatif ve psikopatoloji alt ölçek puanları, PANSS toplam puanları ile ZBYÖ toplam puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır. PANSS pozitif alt ölçek puanında ise ZBYÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Çalışmamızda negatif belirtilerin daha fazla bakımyüküne neden olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde bazı çalışmalar negatif belirtilerin bazı çalışmalar pozitif belirtilerin daha fazla bakım yüküne neden olduğunu belirtirken bazı çalışmalarda benzer oranlar saptanmıştır (36-38). Ayrıca çalışmamızda PANSS pozitif alt ölçek puanlarıyla hastanede yatış sayısı ve süresi arasında anlamlı bir korelasyon saptanırken PANSS negatif alt ölçek puanında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Pozitif belirtilerin hasta, bakımveren ve hekim tarafından hızlı bir şekilde farkedilmesi sonucunda pozitif belirtilere yönelik hızlı müdaheler yapılabilir. Özbakımda azalma, sosyal izolasyon, motivasyon kaybı, isteksizlik ve keyif alamama gibi negatif belirtiler hayatın birçok alanında işlev kaybına yol açmaktadır. Ayrıca negatif belirtilerin hekim ve hasta yakınları tarafından farkedilmesi ve hastalar tarafından ifade edilmesinin güç olmasının daha fazla aile yüküne neden olduğu düşünülmektedir.

BB grubunda eşlerin daha sıklıkla bakım verdiği saptanmıştır. Bununla birlikte çalışmaya alınan BB hastalarının evlilik oranları diğer 2 gruba göre daha

yüksek bulunmuştur. Bakımverenlerin genellikle eşlerin olma sebebi bu olabilir. BB hastalarına bakım verenlerin ZBYÖ toplam puan ortalamalarının kadınlarda ve maddi geliri az olan kişilerde istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu da literatür ile uyumludur (55). BB hasta eşleriyle yapılan başka bir çalışmada eşlerin bir kısmı hastalığı ilişki sonrası öğrendiklerini belirtmiş ilişki öncesi hastalık durumunu bilseler ilişkiye başlamayabileceklerini söylemişlerdir (51). BB'un ataklarla giden bir rahatsızlık olması sebebiyle atak dışı dönemlerde çevre tarafından farkedilmemesi, hastaların evlilik sürecinde eşlerini durumdan haberdar etmemeleri bu durumun sebebi olabilir.

Çalışmamıza ötimik durumdaki BB hastaları alınmıştır. Diğer 2 grupta ise iyilik hali aranmamıştır. Bu çalışmamızın kısıtlılığı olarak gösterilebilir. Ötimik durumdaki BB hastalarının aile yüküne az yol açması beklenebilir. İşlevsellik üzerine yapılan bir çalışmada BB hastalarında remisyon döneminde olmalarına rağmen psikososyal ve bilişsel işlevlerde azalma saptanmıştır (61). Yapılan başka bir çalışmada BB grubu için hastalığa bağlı kalıntı semptomların aile yükünü arttırdığı gözlenmiştir (53). Bu açıdan ötimik durumda bile olsalar kişilerin işlevsellik kaybı aile yükünü arttırabilir.

Bakım verenlere uygulanan ADÖ alt ölçekleri (problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler)'nde kuramsal olarak aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru gidişin bir göstergesi olarak kabul edilen (>2) puan ortalamalarının; MKB grubu için "roller, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler" alt ölçeklerinde, BB grubu için "problem çözme, roller ve gereken ilgiyi gösterebilme" alt ölçeklerinde, Şizofreni grubu için "roller, gereken ilgiyi gösterebilme ve davranış kontrolü" alt ölçeklerinde meydana geldiği saptanmıştır. Literatürde benzer sonuçlar bulunmaktadır (61).

Çalışmamızda ayrıca MKB grubunda sağlıksız olarak değerlendirilen 'roller ve genel işlevler' alt ölçeklerinin bakım yüküne en fazla etki eden ölçekler olduğu gösterilmiştir. Aile işlevlerinin sağlıklı olabilmesi için aile içinde belirlenmiş kurallar olması ve bunlara uyulması gerekir. Aile içinde alınacak

sorumlulukların aile bireyleri tarafından paylaşılması sorumlulukları tek bir kişinin sahiplenmesini engeller. Madde bağımlılığının bir ‘aile hastalığı’ olarak ifade edilmesi, bağımlı bireye karşı ebeveynlerin otorite sağlamasında güçlük yaşamaları ebeveynlerin aile içinde üstlenmiş olduğu rollerden uzaklaşmasına ve aile içinde kaosa neden olabilir. Aile içinde yaşanan bu rol karmaşası ve bunun getirdiği aile işlevlerindeki bozulma aile yükünün MKB grubunda daha fazla olmasına neden olabilir.

Aile içi ilişkiler ve bakım verenlerin kişilik özellikleri bakım verme yükünde önemli yer tutmaktadır. Şizofreni ve BB hasta yakınlarıyla yapılan çalışmada bakım verene ait özelliklerin hastanın semptomlarından daha fazla bakım yükünü etkilediği gösterilmiştir (64). Ayrıca başka bir çalışmada olumlu ve sağlıklı aile ilişkilerinin bakım yükünü azalttığı saptanmıştır (23). Hastalık sürecinde aile işlevlerinin ne derecede etkilendiğinin saptanması ve bu duruma yönelik müdahaleler aile yükünün azalmasına yardımcı olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni, BB ve MKB tanısı olan hastaların yakınlarının aile yüklerinin karşılaştırıldığı bu çalışmanın sonucunda; MKB tanısı olan hastaların bakım verenlerinin aile yükü diğer hastalık gruplarına göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Şizofreni ve BB grubu arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

MKB tanısı alan hastaların yakınlarında aile yükünün anlamlı derecede yüksek bulunması çalışmamızın önemli özelliklerinden biridir. Bu anlamda değerlendirildiğinde, MKB'nun şizofreni ve BB gibi kronik psikiyatrik hastalıklardan bile maddi ve manevi olarak daha ağır zorlanmalara ve yüke neden olduğu ve daha yıkıcı bir etki gösterdiğini düşünmekteyiz.

Kronik psikiyatrik rahatsızlıklarda hastalar yeti yitimi sebebiyle günlük hayatta yakınlarının desteğine ihtiyaç duymaktadır. Bu ihtiyaç durumu bakım verenlerin günlük yaşamını etkilemekte ve onlara sorumlulukların yanı sıra birçok zorluk getirmektedir.

Kronik psikiyatrik hastalıklarda sadece hastaların değil ailelerin de işlevselliği ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Ailelerin hastayla ilgilenirken yaşadıkları problemler kendilerinde psikiyatrik ve diğer tıbbi bozuklara yol açmakta ve bakım veren görevlerini yerine getirmekte zorlanmalarına sebep olmaktadır.

Aileleri tedavinin bir parçası olarak görüp aile ile görüşmeler yapmak, psikoeğitim verilmesi ve ailedeki sorunlara yönelik müdahaleler yapmak ailenin yükünü azaltmanın yanında hastalıklarda nüksü önlemektedir. Hastaların yanında ailelerin de psikiyatrik bozukluklar açısından değerlendirilmesi ve gerektiğinde tedavi edilmesi gerekliliğine inanmaktayız. Ayrıca bu müdahalelerin sonucunda ailenin dayanıklılığı ve hastalıklarla başa çıkma gücü artmaktadır.

Örneklem sayısı artırılarak yapılacak olan çalışmalar bu konunun daha iyi anlaşılmasına, yeni tedavi ve rehabilitasyon stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır. Kronik psikiyatrik hastalıklarda aile yüklerinin değerlendirilmesi ve bu konuya yönelik müdahalelerin yapılması için daha geniş kapsamlı prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. ÖZET

Amaç: Şizofreni, Bipolar Bozukluk (BB) ve Madde Kullanım Bozukluğu (MKB) tanısı olan hastaların yakınlarının aile yüklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya DSM-5 tanı kriterlerine göre MKB tanısı alan 50 hasta, şizofreni tanısı alan 50 hasta, BB tanısı alan 50 hasta ve hastaların en az 1 senedir bakımverenliğini üstlenen toplam 150 kişi alındı. Tüm katılımcılara yüz yüze soru cevap şeklinde araştırmacılar tarafından geliştirilmiş araştırmanın amacına uygun yarı yapılandırılmış Sosyodemografik Veri Formu ile birlikte, MKB tanısı olan hastalara Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ), şizofreni tanısı olan hastalara Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), BB tanısı olan hastalara Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği(YMDÖ), Hasta bakımverenlerine ise Zarit Bakım Veren Yük Ölçeği (ZBYÖ) ve Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) uygulandı. Veriler IBM SPSS (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı) Versiyon 24.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) ile analiz edildi.

Bulgular: Çalışmamızda MKB olan grubun bakımveren yük puanı BB ve şizofreni grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. BB ve şizofreni grubu arasında anlamlı fark saptanmamıştır. ADÖ alt ölçeklerine bakıldığında sağlıksız olarak değerlendirilen ortalamaların MKB grubu için “roller, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler” alt ölçeklerinde, BB grubu için “problem çözme, roller ve gereken ilgiyi gösterebilme” alt ölçeklerinde, şizofreni grubu için “roller, gereken ilgiyi gösterebilme ve davranış kontrolü” alt ölçeklerinde meydana geldiği saptanmıştır.

Sonuç: MKB, şizofreni ve BB aile yükünün yüksek olduğu hastalıklardır. Aile yüküne yol açan nedenlerin saptanması ve bu konuda müdahalelerin yapılması için daha fazla sayıda ve kapsamlı çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Madde Kullanım Bozukluğu, Şizofreni, Bipolar Bozukluk, Aile Yüğü

8. ABSTRACT

Objective: It was aimed to compare the family burden of patients who were diagnosed with Schizophrenia, Bipolar Disorder (BD) and Substance Use Disorder (SUD).

Method: The study included 50 patients diagnosed with SUD, 50 patients diagnosed with schizophrenia, 50 patients diagnosed with BD, according to DSM-5 diagnostic criteria, and a total of 150 caregivers of the patients for at least 1 year. All participants filled the semi-structured Sociodemographic Data Form developed by the researchers in the form of face-to-face questions and answers. Also, Addiction Profile Index (API) for patients diagnosed with SUD, Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for patients with schizophrenia, Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) and Young Mania Rating Scale (YMRS) for patients diagnosed with BD were applied. Zarit Caregiver Burden Scale (ZCAS) and Family Assessment Scale (FAD) were also administered to caregivers. Data of study were analyzed with IBM SPSS (Statistics Package Program for Social Sciences) Version 24.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA).

Results: In our study, the burden score of caregiver of the group with SUD was significantly higher than the BD and schizophrenia group. There was no significant difference between groups of BD and schizophrenia. According to the subscales of the FAD, averages which was considered as unhealthy were found in the "roles, showing the necessary attention, behavioral control and general functions" subscales for the group with SUD, in the "problem solving, roles and showing the required attention" subscales for the BD group, in the "roles, paying attention, and behavior control" subscales for schizophrenia group.

Discussion: SUD, schizophrenia and BD are diseases with high family burden. More comprehensive studies are needed to determine the causes of family burden and to make interventions in this regard.

Keywords: Substance Use Disorder, Schizophrenia, Bipolar Disorder, Family Burden

9. KAYNAKLAR

1. Arslantaş H, Sevinçok L, Uygur B, Balcı V, Adana F. Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Yapılan Psikoeğitimin Hastalardaki Klinik Gidiş ve Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu Düzeylerine Olan Etkisi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2009; 10(2):3–10.
2. Aydın A, Eker SS, Cangür Ş, Sarandöl A, Kırılı S. Şizofreni Hastalarında Bakım Veren Külfet Düzeyinin, Sosyodemografik Değişkenler ve Hastalığın Özellikleri ile İlişkisi. Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi 2009; 46.
3. Steele A, Maruyama N, Galyner I. Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: a review. J Affect Disord. 2010; 121(1-2):10-21.
4. Harrison PA, Asche SE. Adolescent Treatment for Substance Use Disorders: Outcomes and Outcome Predictors. J Child Adolesc Subst Abus. 2001; 11(2):1–17.
5. Bhowmick P, Tripathi BM, Jhingan HP, Pandey RM. Social support, coping resources and codependence in spouses of individuals with alcohol and drug dependence. Indian J Psychiatry 2001; 43(3):219–24.
6. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980; 20(6):649-655.
7. Williams CC, Mfofo-M'Carthy M. Care: giving, receiving and meaning in the context of mental illness. Psychiatry 2006; 69(1):26-46.
8. Akın A, Demirel S. Toplumsal Cinsiyet Kavramı Ve Sağlığa Etkileri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi Halk Sağlığı Özel Eki 2003; 25(4):73–83.
9. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A. Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in Latin American families of patients with schizophrenia. Qual Life Res. 2007; 16(5):739-747.
10. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, et al. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. Am J Psychiatry. 2004; 161(2 Suppl):1-56.

11. Schulze B, Rössler W. Ruhsal hastalıkta bakım verenin yükü: 2004-2005'te ölçümler, bulgular ve müdahalelerin gözden geçirilmesi. *Curr Opin Psychiatry*. 2006; 2, 47-58.
12. Arguvanlı S, Taşcı S. Bipolar bozukluklarda bakım verenlerin sorunları. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2013; 1(1), 21-30.
13. Gülseren L. Şizofreni ve aile: Güçlükler, yükler, duygular gereksinimler. *TPD* 2002; 13(2): 143-51.
14. Thornicroft G, Tansella M, Becker T, et al. The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophr Res*. 2004; 69(2-3):125-132.
15. Leal M, Sales R, Ibáñez E, Giner J, Leal C. Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo [Evaluation of the effect of a psychoeducational program on the burden in informal caregivers of patients with schizophrenia]. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008; 36(2):63-69.
16. Lauber C, Eichenberger A, Luginbühl P, Keller C, Rössler W. Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2003; 18(6):285-289.
17. Östman M. Family burden and participation in care: differences between relatives of patients admitted to psychiatric care for the first time and relatives of re-admitted patients. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 2004; 11(5), 608-613.
18. Hsiao CY, Lu HL, Tsai YF. Caregiver burden and health-related quality of life among primary family caregivers of individuals with schizophrenia: a cross-sectional study. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 2020.
19. Wan KF, Wong MMC. Stress and burden faced by family caregivers of people with schizophrenia and early psychosis in Hong Kong. *Intern Med J*. 2019 Mar 1; 49:9–15.
20. Perlick DA, Rosenheck RR, Clarkin JF, Raue P, Sirey J. Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2001; 189(1):31–7.

21. Lueboonthavatchai P, Lueboonthavatchai O. Quality of life and correlated health status and social support of schizophrenic patients' caregivers. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2006; 89, S13.
22. 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), 363-372.
23. Chou KR. Caregiver burden: A concept analysis. *J Pediatr Nurs* 2000; 15:398-407.
24. Samele C, Manning N. Level of caregiver burden among relatives of the mentally ill in South Verona. *European Psychiatry* 2000; 15(3), 196-204.
25. Gümüş AB. Şizofreni Hastalarının Ve Yakınlarının Sağlık Eğitimi Gereksinimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006; 7: 33–42.
26. Rhee TG, Rosenheck RA. Does improvement in symptoms and quality of life in chronic schizophrenia reduce family caregiver Burden? *Psychiatry Res.* 2019 Jan 1; 271:402–4.
27. Koukia E, Madianos MG. Is psychosocial rehabilitation of schizophrenic patients preventing family burden? A comparative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 2005; 12(4), 415-422.
28. Wong YLI, Kong D, Tu L, Frasso R. “My bitterness is deeper than the ocean”: Understanding internalized stigma from the perspectives of persons with schizophrenia and their family caregivers. *Int J Ment Health Syst.* 2018 Apr 3; 12(1).
29. Fitryasari R, Yusuf A, Nursalam, Tristiana RD, Nihayati HE. Family members' perspective of family Resilience's risk factors in taking care of schizophrenia patients. *Int J Nurs Sci* 2018 Jul 10; 5(3):255–61.
30. Xu L, Xu T, Tan W, Yan B, Wang D, Li H, et al. Household economic burden and outcomes of patients with schizophrenia after being unlocked and treated in rural China. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019; 29.
31. Sruamsiri R, Mori Y, Mahlich J. Productivity loss of caregivers of schizophrenia patients: a cross-sectional survey in Japan. *J Ment Heal.* 2018 Nov 2; 27(6):583–7.

32. Magaña SM, Ramírez García JI, Hernández MG, Cortez R. Psychological distress among latino family caregivers of adults with schizophrenia: the roles of burden and stigma. *Psychiatr Serv.* 2007; 58(3):378-384.
33. Ak M, Yavuz KF, Lapsekili N, Türkçapar MH. Kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ve bakım verenlerinin bakım yükü açısından değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2012; 25(4), 330-337.
34. Ukpong D. Şizofreni hastalarına bakım veren Nijeryalılar arasında yük ve ruhsal sıkıntı: Pozitif ve negatif semptomların rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2012; 23:40- 45.
35. Krautgartner M, Unger A, Göessler R, et al. Minderjährige Angehörige von Schizophrenie-Kranken: Belastungen und Unterstützungsbedarf [Minor relatives of schizophrenia patients: burden and needs]. *Neuropsychiatr.* 2007; 21(4):267-274.
36. Wolthaus JE, Dingemans PM, Schene AH, et al. Caregiver burden in recent-onset schizophrenia and spectrum disorders: the influence of symptoms and personality traits. *J Nerv Ment Dis.* 2002; 190(4):241-247.
37. Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De Rosa C, Maj M. Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 2006; 57(12):1784-1791.
38. Dyck DG, Short R, Vitaliano PP. Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosom Med.* 1999; 61(4):411-419.
39. Kjellin L, Ostman M. Relatives of psychiatric inpatients--do physical violence and suicide attempts of patients influence family burden and participation in care?. *Nord J Psychiatry.* 2005; 59(1):7-11.
40. Jungbauer J, Wittmund B, Dietrich S, Angermeyer MC. Subjective burden over 12 months in parents of patients with schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing* 2003; 17(3), 126-134.
41. Addington J, Coldham EL, Jones B, Ko T, Addington D. The first episode of psychosis: the experience of relatives. *Acta Psychiatr Scand.* 2003; 108(4):285-289.

42. Sagut P, Çetinkaya Duman Z. Comparison of Caregiver Burden in First Episode Versus Chronic Psychosis. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016 Dec 1;30(6):768–73.
43. Grandón P, Jenaro C, Lemos S. Primary caregivers of schizophrenia outpatients: burden and predictor variables. *Psychiatry Res*. 2008; 158(3):335-343.
44. Chien WT, Chan SW, Morrissey J. The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. *J Clin Nurs*. 2007; 16(6):1151-1161.
45. Ashcroft K, Kim E, Elefant E, Benson C, Carter JA. Meta-Analysis of Caregiver-Directed Psychosocial Interventions for Schizophrenia. *Community Ment Health J*. 2018 Oct 1;54(7):983–91.
46. Kretchy IA, Osafo J, Agyemang SA, Appiah B, Nonvignon J. Psychological burden and caregiver-reported non-adherence to psychotropic medications among patients with schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2018 Jan 1; 259:289–94.
47. Galderisi S, Mucci A, Buchanan RW, Arango C. Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions. *Lancet Psychiatry*. 2018; 5(8):664-677.
48. Weihs K, Fisher L, Baird M. Families, health, and behavior: A section of the commissioned report by the Committee on Health and Behavior: Research, Practice, and Policy Division of Neuroscience and Behavioral Health and Division of Health Promotion and Disease Prevention Institute of Medicine, National Academy of Sciences. *Families, Systems, & Health* 2002; 20(1), 7.
49. Rahmani F, Ranjbar F, Hosseinzadeh M, Razavi SS, Dickens GL, Vahidi M. Coping strategies of family caregivers of patients with schizophrenia in Iran: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Sci*. 2019 Apr 10; 6(2):148–53.
50. Smith LM, Onwumere J, Craig T, Kuipers E. Caregiver correlates of patient-initiated violence in early psychosis. *Psychiatry Res*. 2018 Dec 1;270:412–7.
51. Reinares M, Bonnín CM, Hidalgo-Mazzei D, Sánchez-Moreno J, Colom F, Vieta E. The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2016;43:47-57.

52. Pompili M. Impact of living with bipolar patients: Making sense of caregivers' burden. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1.
53. Perlick DA, Rosenheck RA, Miklowitz DJ, Kaczynski R, Link B, Ketter T, et al. Caregiver burden and health in bipolar disorder: A cluster analytic approach. *J Nerv Ment Dis*. 2008 Jun; 196(6):484–91.
54. Ayyıldız E, Gümüş AB. Examination of care burden and coping methods in caregivers of individuals diagnosed with bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Dergisi* 2019; 10(4).
55. Coban SA, Özkan B, Medik K, Saraç B. Bipolar bozukluğu olan bireyler ve bakımverenlerinin yaşam kalitesi. *Journal of Psychiatric Nursing* 2013; 4(2), 61-66.
56. Miller S, Dell'Oso B, Ketter TA. The prevalence and burden of bipolar depression. Vol. 169 *Journal of Affective Disorders* 2014; 3–11.
57. Grover S, Chakrabarti S, Aggarwal M, Avasthi A, Kulhara P, Sharma S, et al. Comparative study of the experience of caregiving in bipolar affective disorder and schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry* 2012; 58(6):614–22.
58. Bauer R, Gottfriedsen GU, Binder H, Dobmeier M, Cording C, Hajak G, et al. Burden of caregivers of patients with bipolar affective disorders. *Am J Orthopsychiatry*. 2011 Jan; 81(1):139–48.
59. Miklowitz DJ, Chung B. Family-Focused Therapy for Bipolar Disorder: Reflections on 30 Years of Research. *Fam Process*. 2016 Sep 1; 55(3):483–99.
60. Hooley JM. Expressed Emotion and Relapse of Psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol*. 2007 Apr; 3(1):329–52.
61. Ünal S, Kaya B, Çekem B, Özişik Hİ, Çakıl G, Kaya M. Şizofreni, İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu ve Epilepsi Hastalarında Aile İşlevlerinin Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15(4):291-299.
62. Kaya E, Aydemir Ö, Selçuki D. Remisyonadaki iki uçlu hastalarda kalıntı duygudurum belirtilerinin bilişsel ve toplumsal işlevsellik üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; (10):124-30.
63. Chadda RK, Singh TB, Ganguly KK. Caregiver burden and coping. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007 Nov; 42(11):923–30.

64. Hegde A, Chakrabarti S, Grover S. Caregiver distress in schizophrenia and mood disorders: the role of illness-related stressors and caregiver-related factors. *Nord J Psychiatry* 2019 Jan 2; 73(1):64–72.
65. İnanlı İ, Çalışkan AM, Tanrikulu AB, Çiftçi E, Yıldız MÇ, Yaşar SA, et al. Affective temperaments in caregiver of patients with bipolar disorder and their relation to caregiver burden. *J Affect Disord* 2020 Feb 1; 262:189–95.
66. Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath RL. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Sep 1; 60(9):904–12.
67. Vinacour CA, Rodríguez Méndez G, García R, Young B. Evolución de los niveles de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes bipolares que participaron de un taller de psicoeducación [Evolution of the levels of the caregiver burden in bipolar patients' family members who participated in a psychoeducational workshop]. *Vertex*. 2018; XXIX(140):288-298.
68. Vahip I, Kocadere M. İki Uçlu Duygudurum Bozuklukları Sağaltım Kılavuzu. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 2013.
69. Berk L, Berk M, Dodd S, Kelly C, Cvetkovski S, Jorm AF. Evaluation of the acceptability and usefulness of an information website for caregivers of people with bipolar disorder. *BMC Med*. 2013 Jul; 11(1).
70. Switsers L, Dauwe A, Vanhoudt A, Van Dyck H, Lombaerts K, Oldenburg JFE. Users' perspectives on mhealth self-management of bipolar disorder: Qualitative focus group study. *JMIR mHealth uHealth* 2018 May 1; 6(5).
71. Dols A, Thesing C, Wouters M, Theunissen J, Sonnenberg C, Comijs H, et al. Burden on caregivers of older patients with bipolar disorder. *Aging Ment Heal* 2018 May 4; 22(5):686–91.
72. O'Farrell TJ, Fals-Stewart W. Treatment models and methods: Family models. In: McCrady BS, Epstein EE editors. *AA comprehensive guidebook*. NYOUP 1999; pp. 287–305.
73. Shyangwa PM, Tripathi BM, Lal R. Family burden in opioid dependence syndrome in tertiary care centre. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2008; 47(171):113-119.

74. Weisner C, Parthasarathy S, Moore C, Mertens JR. Individuals receiving addiction treatment: Are medical costs of their family members reduced? *Addiction*. 2010 Jul; 105(7):1226–34.
75. Soares AJ, Ferreira G, Graça Pereira M. Depression, distress, burden and social support in caregivers of active versus abstinent addicts. *Addiction Research & Theory* 2016; 24(6), 483-489.
76. Vaishnavi R, Karthik MS, Balakrishnan R, Sathianathan R. Caregiver Burden in Alcohol Dependence Syndrome. *J Addict*. 2017; 2017:8934712.
77. Kaur A, Mahajan S, Deepti SS, Singh T. Assessment of role of burden in caregivers of substance abusers: a study done at Swami Vivekananda Drug De-addiction Centre, Govt. Medical College, Amritsar. *International Journal of Community Medicine and Public Health* 2018; 5(6), 2380.
78. Shankardass MK, Ranganathan S, Benegal V, Mittal S, Mani VS, Singh UN, et al. “Burden on women due to drug abuse by family members”. Report Submitted to Ministry of Social Justice and Empowerment and UNDCP R 2001.
79. Hosseinezhada F, Assadib S. Men’s Drug Addiction as a Threat to Women’s Sense of Security: A Qualitative Approach. *Addicta-The Turkish Journal On Addictions* 2015; 2(2), 46-60.
80. Ögel K. Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formunun (BAPİ-K) Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. 2015.
81. Cosentino SF, Vitorino LM, Bonfada MS, Perdonssini LGB, Souza MHN, Vianna LAC. “Factors associated with the quality of life of the family caregivers of drug addicted people”, *International Journal of Development Research* 2019; 09, 30159-30164.
82. Yazar MS, Depce AA, Balaban OD, Ipekcioglu D, Eradamlar N. [Impact of alcohol and substance use by patients with schizophrenia on burden, quality of life, anxiety and depression levels of primary caregivers]. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2017; 18(1): 5-12.
83. Mattoo SK, Nebhinani N, Anil Kumar BN, Basu D, Kulhara P. Family burden with substance dependence: A study from India. *Indian J Med Res* 2013 Apr; 137(4):704–11.

84. Cicek E, Demirel B, Ozturk HI, Kayhan F, Cicek IE, Eren I. Burden of care and quality of life in relatives of opioid dependent male subjects. *Psychiatria Danubina* 2015; 27(3), 0-277.
85. Nebhinani N, Anil B, Mattoo S, Basu D. Family burden in injecting versus noninjecting opioid users. *Ind Psychiatry J.* 2013; 22(2):138.
86. Li L, Tuan NA, Liang LJ, Lin C, Farmer SC, Flore M. Mental health and family relations among people who inject drugs and their family members in Vietnam. *Int J Drug Policy* 2013 Nov; 24(6):545–9.
87. Küçükşen K. Madde bağımlısı bireylerde aile işlevselliği ve sosyal destek algısı. *J Acad Soc Sci Stud.* 2016 Jan 1; 12(Number: 53):199–212.
88. Miranda FA, Simpson CA, Azevedo DM, Costa SS. The negative impact of the disturb of the use and abuse of the alcohol in the family coexistence. *Rev Eletr Enf [Internet]*, 2006; 8(2), 222-32.
89. Rospenda KM, Minich LM, Milner LA, Richman JA. Caregiver burden and alcohol use in a community sample. *J Addict Dis.* 2010; 29(3):314-324.
90. Yaman ÖM. Young Drug Addicts' Perceptions on Family Relations: The Case of Esenler-Bağcılar, Istanbul University, Master of Thesis I. 2014.
91. Bircan S, Erden G. Madde bağımlılığı: Aile ile ilgili olası risk faktörleri, algılanan ebeveyn kabul-reddi ve çocuk yetiştirme stilleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2011; 18(3) 211-222.
92. Küliş D, Engin E. Alkol Bağımlılığı Sorunu Olanların Çocuklarının Yaşamsal Rollerini Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. *Bağımlılık Dergisi* 2017; 18(3) 80-89.
93. National Institute on Drug Abuse (NIDA) NIH Pub No. 12-4180. Drug addiction treatment: a research-based guide. 2012.
94. Daley DC. Family and social aspects of substance use disorders and treatment. In: *Journal of Food and Drug Analysis.* Elsevier Taiwan LLC; 2013; pS73.
95. Duah A. Lived Experience of Caregivers of Relatives with Alcohol and Opiate Dependence (A phenomenological study) 2017.
96. Mannelli P. The burden of caring: Drug users & their families. *Indian J Med Res* 2013 Apr;137(4):636–8.

97. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987; 13(2):261-276.
98. Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999; 14(44) 23-32.
99. Ögel K, Evren C, Karadağ F, Gürol DT. Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2012; 23(4), 264-273.
100. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960; 23(1):56-62.
101. Williams JB. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry.* 1988; 45(8):742-747.
102. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar HM, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikofarmakoloji Dergisi* 1996; 4(4), 251-259.
103. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability validity and sensitivity. *BJP.* 1978; N-35.
104. Karadağ F, Oral ET, Aran YF, Erten E. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 13(2) 107-114.
105. Özlü A, Yıldız M, Aker T. Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Noropsikiyatri Arşivi* 2009; 46 38-42
106. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy* 1983; 9(2) 171-180.
107. Bulut İ. Aile değerlendirme ölçeği el kitabı, ankara: özgüzeliş matbaası 1990.

10. EKLER

Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın Adı: “Şizofreni, bipolar bozukluk ve madde kullanım bozukluğu tanısı olan hastaların aile yükü açısından karşılaştırılması “

b. Araştırmanın İçeriği:

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği ve Akdeniz Üniversitesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma Uygulama Merkezine (AMBAUM) başvuran, DSM-V tanı kriterlerine göre en az 1 yıldır şizofreni, bipolar bozukluk, madde kullanım bozukluğu tanısı ile takip edilen ve çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan hastalar araştırmaya alınmak üzere araştırma yürütücüsüne yönlendirilecektir. Hastalara araştırma anlatıldıktan sonra onam formu doldurulacaktır. Çalışmaya katılacak şizofreni, bipolar bozukluk ve madde kullanım bozukluğu tanısı olan 50 şer kişinin herbiri ile toplamda bir kez psikiyatrik görüşme yapılacaktır. Sosyodemografik veri formu, şizofreni tanısı olan hastalar için Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), bipolar bozukluk tanısı olan hastalar için Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) ve Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ), madde kullanım bozukluğu tanısı olan hastalar için Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) hekim tarafından doldurulacaktır. Hastaların en az son 1 yıldır bakımverenliğini üstlenen kişilerle de birer kez psikiyatrik görüşme yapılacaktır. Sosyodemografik veri formu, hekim tarafından doldurulacaktır. Ayrıca bakım verenlere kendilerinin dolduracağı ; Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) ve Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçeği (ZBYÖ) verilecek ve 3 farklı hastalığın bakım verenlerinin aile yükü karşılaştırılması yapılacaktır.

c. Araştırmanın Amacı:

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran şizofreni, bipolar bozukluk tanısı almış hastalar ile AMBAUM

polikliniğine başvuran madde kullanım bozukluğu tanısı almış hastaların bakım verenlerinin aile yükü açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

d. Araştırmanın Nedeni:

() Bilimsel araştırma

(x) Tez çalışması

e. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 9 ay

f. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 150 hasta, 150 bakımveren toplam 300 kişi.

g. Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler: Deneysel işlem yapılmayacaktır.

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Herhangi bir risk ya da zarar söz konusu değildir.

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Şizofreni, Bipolar Bozukluk ve Madde Kullanım Bozukluğu tanısı alan hastaların bakım verenlerinin aile yükü açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu değerlendirme sonucunda bakımverenlerin üstlendiği sorumlulukların saptanması ve bu sorumlulukların hafifletilmesine yönelik stratejilerin geliştirilmesi ve hayata geçirilmesi önem taşımaktadır.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Dr. Yalçın KAHYA

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm

dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Dr. Yalçın KAHYA tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri: Araştırmanın herhangi bir gideri yoktur

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

c. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

8. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

9. Gizlilik:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

10. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu

araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU

Bakım veren için

Hastaya yakınlık dereceniz

1. Anne 2. Baba 3. Eş 4. Evlat 5. Bakıcı 6. Kardeş

Yaşınız

Cinsiyetiniz: 1. Kadın 2. Erkek

Medeni Durumunuz: 1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış

Aile Tipi: 1. Çekirdek Aile 2. Geniş Aile 3. Parçalanmış Aile

Çocuğunuz Var mı ? 1. Var (sayısı....) 2. Yok

Eğitim Durumunuz: 1. İlköğretim 2. Lise 3. Üniversite

Aylık Gelir Durumunuz:.....

Çalışma Durumunuz:

1. Halen çalışıyorum 2. Çalışıyordum ayrıldım 3. Çalışmıyorum

Sosyal Güvence 1. Var 2. Yok

Hastanız ile birlikte mi yaşıyorsunuz ? 1. Evet 2. Hayır

Ne kadar süredir hastanıza bakım veriyorsunuz

Sizin dışınızda hastanızın bakımında size destek olan kişi / kişiler var mı ?

1. Var 2. Yok

Bakım verdiğiniz başka biri var mı ? 1. Var 2. Yok

Bakım verilen birey için

Yaş

Cinsiyet: 1. Kadın 2. Erkek

Medeni Durum : 1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış

Eğitim Durumunuz : 1. İlköğretim 2. Lise 3. Üniversite

Hastalık Süresi :

Hastanede Yatış Sayısı

Toplam Yatış Süresi

Şizofreni ve Bipolar Bozukluk hastaları için atak sayısı

atak sıklığı

Madde kullanım bozukluğu olan hastalar için

Kullandığı Madde					
Madde	Kullanım yolu	Sıklık	Dozu	Başlama yaşı	Kullanım süresi
Eroin					
Metadon					
Diğer opiatlar					
Kokain					
Uyarıcılar					
Hipnotik/sedatif					
Halusinojenler					
Uçucular					
Esrar					
Diğer					

Adli Olay 1. Var 2.Yok

Bulaşıcı Hastalık (HIV,HCV,HBV) 1. Var 2. Yok

Ek 3. Young Mani Derecelendirme Ölçeği

Orijinalinde son 48 saat, ancak son yıllarda yapılan pek çok çalışmada son bir hafta değerlendirmeye alınmaktadır. Hastanın söylediklerinden çok klinisyenin kanaati önemlidir. Bu çalışmada uygulanmadı ama katılınan bir geçerlik güvenilirlik çalışmasında 0-4 puanlı maddelerde klinisyen karar veremiyorsa (örneğin 2 mi, 3 mü gibi) daha büyük olan puanı vermesi, 0-8 puanlı maddelerde ise aradaki değeri alması (yani 2 mi, 4 mü karar verilemiyorsa 3 puan verilmesi gibi) önerilmiştir. Tanı koymak amacıyla değil, o anki manik durumun şiddetini belirlemek için kullanılır. Ölçekteki her bir üst basamağın kendinden önceki alt basamakları kapsadığı kabul edilir. 15- 30 dakikalık bir görüşme ile uygulanır. Hastanın kendi ifadelerine izin verilir. Görüşme anındaki değerlendirme dışında servis personeli ya da hasta ailesinden bilgi alınabilir.

YOUNG MANİ DERECLENDİRME ÖLÇEĞİ

1) Yükselmiş duygudurum

- 0. Yok
- 1. Hafifçe yüksek veya görüşme sırasında yüксеlebilen
- 2. Belirgin yükselme hissi; iyimserlik, kendine güven, neşelilik hali
- 3. Yükselmiş; yersiz şakacılık
- 4. Öforik; yersiz kahkahalar, şarkı söyleme

2) Hareket ve enerji artışı

- 0. Yok
- 1. Kendini enerjik hissetme
- 2. Canlılık; jestlerde artış
- 3. Artmış enerji; zaman zaman hiperaktivite, yatıştırılabilen huzursuzluk
- 4. Eksitasyon; sürekli ve yatıştırılamayan hiperaktivite

3) Cinsel ilgi

- 0. Artma yok
- 1. Hafif ya da olası artış
- 2. Sorulduğunda kişinin belirgin artış tanımlaması

3. Cinsel içerikli konuşma, cinsel konular üzerinde ayrıntılı durma, kişinin artmış cinselliğini kendiliğinden

belirtmesi

4. Hastalara tedavi ekibine ya da görüşmeciye yönelik aleni cinsel eylem

4) Uyku

0. Uykuda azalma tanımlamıyor

1. Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır

2. Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır

3. Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor

4. Uyku ihtiyacı olduğunu inkar ediyor

5) İritabilite

0. Yok

2. Kendisi arttığını belirtiyor

4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık atakları

6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor

8. Düşmanca. işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

6) Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok

2. Kendini konuşkan hissediyor

4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı

6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma

8. Basınçlı. durdurulamayan, sürekli konuşma

7) Düşünce yapı bozukluğu

0. Yok

1. Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış

2. Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yarışması

3. Fikir uçuşması; teğetsellik; takibinde zorluk; uyaklı konuşma; ekolali

4. Dikişsizlik; iletişim olanaksız

8) Düşünce içeriği

0. Normal
2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar
4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar
6. Büyüklük veya paranoid fikirler; alınma fikirleri
8. Sanrılar; varsanılar

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

0. Yok, işbirliğine yatkın
2. Alaycı, küçümseyici; savunmacı tutum içinde, zaman zaman sesini yükseltiyor
4. Tehdide varacak derecede talepkar
6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağırıyor; görüşmeyi sürdürmek güç
8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız

10) Dış görünüm

0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım
1. Hafif derecede dağınıklık
2. Özensiz giyim, saç bakımı ve giyimde orta derecede dağınıklık, gereğinden fazla giysilerin olması
3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj
4. Darmadağınıklık; süslü, tuhaf giysiler

11) İçgörü

0. İçgörüsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor
1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor
2. Davranışlarındaki değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor
3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor; ancak hastalığı reddediyor
4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor

Ek 4. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

HAMİLTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ

İsim: _____ **Tarih:** _____

1) Depresif ruh hali (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

0- Yok

1- Yalnızca soruları cevaplarken anlaşıyor.

2- Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.

3- Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşıyor.

4- Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.

2) Suçluluk duyguları

0- Yok

1- Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.

2- Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.

3- Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.

4- Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/ veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

3) İntihar

0- Yok

1- Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.

2- Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.

3- İntiharını düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.

4- İntihar girişiminde bulunmuş. (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

4) Uykuya dalamamak

0- Bu konuda zorluk çekmiyor.

1- Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.

2- Her gece uyuma güçlüğü çekiyor, gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5) Geceyarısı uyanmak

0- Herhangi bir sorunu yok.

1- Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.

2- Gece yarısı uyanıyor. (Herhangi bir neden olmaksızın yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir.)

6) Sabah erken uyanmak

0- Herhangi bir sorunu yok.

1- Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.

2- Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7) Çalışma ve aktiviteler

0- Herhangi bir sorunu yok.

1- Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.

2- Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlarındaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, müteredit olduğunu belirtiyor. (İşinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor.)

3- Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. (Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.)

4- Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. (Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.)

8) Reterdasyon (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

0- Düşünceleri ve konuşması normal.

1- Görüşme sırasında hafif reterdasyon hissediliyor.

2- Görüşme sırasında açıkça reterdasyon hissediliyor.

3- Görüşmeyi yapabilmek çok zor.

4- Tam stuporda.

9) Ajitasyon

0- Yok

1- Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.

2- Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

Psişik anksiyete

3- Herhangi bir sorunu yok.

4- Subjektif gerilim ve irritabilite.

5- Küçük şeylerden kaygı duyuyor.

6- Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.

7- Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

10) Somatik anksiyete

0- Yok

1- Hafif

2- İlmli

3- Şiddetli

4- Çok şiddetli

Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:

Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı

Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme.

11) Somatik semptomlar- Gastrointestinal

0- Yok

1- İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.

2- Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

12) Somatik semptomlar- Genel

0- Yok

1- Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.

2- Herhangi bir kesin şikayet 2 punla değerlendirilir.

13) Genital semptomlar (Libido kaybı, menstrüel bozukluklar vb.)

0- Yok

1- Hafif

2- Şiddetli

14) Hipokondriaklık

- 0- Yok
- 1- Kuruntulu.
- 2- Aklını sağlık konularına takmış durumda.
- 3- Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
- 4- Hipokondriak delüzyonlar.

15) Zayıflama (A ya da B'yi işaretleyiniz)

A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

- 0- Kilo kaybı yok.
- 1- Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı.
- 2- Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

- 3- Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
- 4- Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.

16) Durumu hakkında görüşü

- 0- Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
- 1- Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
- 2- Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Toplam HAM-D skoru:

Ek 5. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

Ad, Soyad:

Tarih:

Uygulayan doktor:

PANSS

Pozitif Belirtiler	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
P1 Sanrılar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P2 Düşünce dağınıklığı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P3 Varsanılar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P4 Taşkınlık	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P5 Büyüklük duyguları	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P6 Şüphecilik kötülük	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P7 Düşmanca tutum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Skor:							
Negatif Belirtiler	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
N1 Duygulanımda küntleşme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N2 Duygusal iç çekilme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N3 İlişki kurmada güçlük	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N4 Pasif biçimde kendini toplumdan çekme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N5 Soyut düşünme güçlüğü	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N6 Konuşmanın kendiliğinden ve akıcılığının kaybı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N7 Steriotipik düşünme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Skor:							
Genel Psikopatoloji	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
G1 Bedensel kaygı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G2 Anksiyete	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G3 Suçluluk duyguları	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G4 Gerginlik	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G5 Manyerizm	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G6 Depresyon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G7 Motor yavaşlama	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G8 İşbirliği kuramama	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G9 Olağandışı düşünce	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G10 Yönetim bozukluğu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G11 Dikkat azalması	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G12 Yargılama ve içgörü	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G13 İrade bozukluğu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G14 Dürtü kontrolsüzlüğü	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G15 Zihinsel aşırı uğraş	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G16 Aktif biçimde sosyal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Toplam skor:							Skor:

Ek 6. Bağımlılık Profil İndeksi



UYGULAYICI FORMU

Soruları sormadan önce eğer varsa açıklamaları yapın.

İtalik olan yazılar uygulayıcı için gerekli bilgileri içerir.

Sorularda yer alan [madde] sözcüğü kişinin cezaevinde bulunmadan önceki son dönemde içinde kullanmayı daha çok tercih ettiği maddeyi anlatmaktadır. Bu nedenle temel olarak kullandığı madde neyse, sorularda onu [madde] sözcüğü yerine koyunuz.

Örneğin...

“[Madde] kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi” yerine alkol içiyorsa “Alkol kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi” veya esrar içiyorsa “Esrar kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi” biçiminde okuyun.

Öncelikle yanıtın “hiçbir zaman” veya “neredeyse her zaman” seçeneğine uyup uymadığını kontrol edin. Eğer her ikisine de uymuyorsa o takdirde “bazen” seçeneğini işaretleyiniz. Yanıt “hayır” ise “hiçbir zaman” seçeneğini işaretleyiniz

A. Uygulayan görüşmecinin adı soyadı:

Tarih:

I Adınız soyadınız [.....]

II Doğum tarihiniz [.....]

III Cinsiyetiniz?

① Kadın ② Erkek

IV Eğitiminiz?

① Okur yazar ② İlkokulu bitirmiş ③ Ortaokulu bitirmiş ④ Liseyi bitirmiş ⑤ Üniversiteyi bitirmiş

V Medeni durumunuz?

① Evli ② Bekar ③ Ayrı ④ Boşanmış ⑤ Dul ⑥ Diğer

VI Çocuğunuz var mı?

① Evet ② Hayır

VII Daha önce herhangi bir psikiyatrik veya psikolojik tedavi gördünüz mü?

① Evet ② Hayır

→ Şimdi size bağımlılık yapan maddelerle ilgili bazı sorular soracağım.

Burada bulunmadan önceki son bir yılınızı düşünerek içinde aşağıdaki maddeleri kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz

Yanıt kartını gösterin

	Hiç veya ayda 3 kezden fazla değilse	Haftada 1-5 kez	Hemen hemen her gün
1 Ne sıklıkla alkol kullanıyordunuz?	①	①	②
2 Ne sıklıkla esrar (marihuana, joint, gubar vb) kullanıyordunuz?	①	①	②
3 Ne sıklıkla ecstasy (ekstazi) kullanıyordunuz?	①	①	②
4 Ne sıklıkla eroin kullanıyordunuz?	①	①	②
5 Ne sıklıkla kokain kullanıyordunuz?	①	①	②
6 Ne sıklıkla taş (krak kokain) kullanıyordunuz?	①	①	②
7 Ne sıklıkla rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar kullanıyordunuz?	①	①	②
8 Ne sıklıkla uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb) kullanıyordunuz?	①	①	②
9 Ne sıklıkla akineton, tantum, xanax vb gibi çeşitli haplar kullanıyordunuz?	①	①	②
10 Ne sıklıkla metamfetamin, ice gibi amfetamin türevleri kullanıyordunuz?	①	①	②
11 Ne sıklıkla LSD, GHB gibi maddeler kullanıyordunuz?	①	①	②

→ Şimdi sayacağım hangisi sizin tercih maddeniz? Yani asıl kullanmayı sevdiğiniz, o varsa başkasını kullanmak istemeyeceğiniz hangisi?

Yukarıda kullandığınızı söylediği maddeleri sayınız ve sorunuz

11b1 Alkol	☐	11b7 Rohipnol, rivotril (roş)	☐
11b2 Esrar (marihuana, joint, gubar vb)	☐	11b8 Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb)	☐
11b3 Ecstasy (ekstazi)	☐	11b9 Akineton, tantum, xanax gibi haplar	☐
11b4 Eroin	☐	11b10 Metamfetamin, ice gibi amfetamin türevleri	☐
11b5 Kokain	☐	11b11 LSD, GHB gibi maddeler	☐
11b6 Taş (krak kokain)	☐		

→ Şimdi soracağım sorulara yanıt verirken SON BİR YILI göz önüne alarak cevap veriniz. Yanıt kartını gösterin		Hiçbir zaman	Bazen	Nereyse her zaman
12	[Madde] etkisinde olduğunuz zamanlarda, ne sıklıkta film kopması, aşırı doz alma, kontrol kaybı gibi problemleri yaşıyordunuz? <i>Gerekirse açıklayın: Burada film kopması derken, [madde] etkisindeyken yaptıklarını, söylediklerini ... vs hatırlamadığınız zamanları kast ediyoruz.</i>	①	①	②
VIII	[Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz, eğer düşünüyorsanız, ne kadar zamandır? ① Benim için sorun değil ② 1 yıldan az ③ 1-2 yıldır ④ 3-4 yıldır ⑤ 5 yıl ve daha fazla			
13	Kullandığınız [maddenin] miktarı giderek arttı mı?	①	①	②
14	Aynı miktarda kullanmanıza rağmen, zaman içinde kullandığınız [maddenin] etkisinde azalma oldu mu?	①	①	②
15	Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde veya azalttığınızda uykusuzluk, terleme, sinirlilik, huzursuzluk, titreme gibi sorunlar ortaya çıktı mı?	①	①	②
16	Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde ortaya çıkabilecek sorunlardan çekindiğiniz için [madde] kullandığınız oldu mu?	①	①	②
17	Planladığınızdan daha fazla [madde] kullandığınız oldu mu? Örneğin az içmeyi düşünüp fazla içtiğiniz veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullandığınız oldu mu?	①	①	②
18	Kullandığınız [maddeyi] bırakmayı veya azaltmayı isteyip bunu başaramadığınız oldu mu?	①	①	②
19	[Maddeyi] bulmak, kullanmak veya ayılmak için fazla zaman harcadığınız oldu mu? <i>Gerekirse açıklayın: Ne kadar zamanını, [maddeyi] düşünerek ya da [madde] ile uğraşarak geçiriyordun?</i>	①	①	②
20	[Madde] kullandığınız için aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler gibi hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu?	①	①	②
21	[Madde] kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla?	①	①	②
22	[Madde] kullanmak eğitim/ iş hayatınızı olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla?	①	①	②
23	[Madde] kullanmak beden sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla?	①	①	②
24	[Madde] kullanmak ruhsal sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla?	①	①	②
25	[Madde] kullanmak sizi ekonomik açıdan olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla?	①	①	②

→ Şimdi soracağım sorulara yanıt verirken SON BİR YILI göz önüne alarak cevap veriniz.

Yanıt kartını gösterin

		Hiçbir zaman	Bazen	Neredeyse her zaman
26	[Madde] kullanmak arkadaş veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla?	①	①	②
27	[Madde] kullanmak beklenmedik problemler yaşamanıza yol açtı mı? Örneğin; kavga, kaza, istenmeyen cinsel ilişki, cinsel yolla bulaşan hastalık gibi sorunlar yaşadınız mı? Ne sıklıkla?	①	①	②
28	[Madde] kullanmak yasal sorunlar yaşamanıza neden oldu mu? Örneğin; ehliyeti kaptırmak, maddeyle yakalanmak, karakola düşmek gibi sorunlarınız oldu mu? Ne sıklıkla?	①	①	②
29	Gündüz saatlerinde de [madde] kullandığınız zamanlar oldu mu? Ne sıklıkla?	①	①	②
30	[Madde] kullanmayı istememenize rağmen yine de gidip [madde] kullandığınız zamanlar oldu mu? Ne sıklıkla?	①	①	②
31	Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla [madde] kullandığınızdan endişeleniyor muydu? Ne sıklıkla?	①	①	②
	→ Şimdi soracağım sorulara yanıt verirken SON BİR HAFTAYI göz önüne alarak cevap veriniz.	①	①	②
	Yanıt kartını gösterin			
32	[Madde] kullanmak ya da [madde] kullanmanın sizi iyi hissettireceği hakkında düşünüyor musunuz? Ne sıklıkta?	①	①	②
33	[Madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyor musunuz? Ne sıklıkta?	①	①	②
34	[Madde] ile karşılaştığınızda [madde] kullanmaya direnmek veya kullanmamak sizin için zor olur mu? Ne sıklıkta? Gerekirse açıklayın: [Madde] yakınınızda bulunduğu anda, mesela şu an burada olsa, [madde] kullanmaya direnmek sizin için zor olur mu? Ne sıklıkta?	①	①	②
35	[Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz? Ne sıklıkta?	①	①	②
36	[Madde] kullanmayı bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor musunuz? Ne sıklıkla?	①	①	②
37	[Madde] kullanmayı bırakmak veya azaltmak sizin için önemli mi?	①	①	②

Ek 7. Aile Değerlendirme Ölçeği

	Aynı katılıyor	Büyük ölçüde katılıyor	Biraz katılıyor	Hiç katılmıyorum
1. Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz. Çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	☐	☐	☐	☐
2. Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	☐	☐	☐	☐
3. Evde biri üzgün ise diğer aile üyeleri bunun nedenini bilir.	☐	☐	☐	☐
4. Bizim evde kişiler kendilerine verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	☐	☐	☐	☐
5. Evde birinin başı derde girdiğinde diğerleri bunu fazlası ile dert ederler.	☐	☐	☐	☐
6. Bir sıkıntı veya üzüntüyle karşılaştığımızda birbirimize destek oluruz.	☐	☐	☐	☐
7. Ailemizde acil bir durum olsa şaşırıp kalırız.	☐	☐	☐	☐
8. Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	☐	☐	☐	☐
9. Birbirimize karşı olan sevgi, şevkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	☐	☐	☐	☐
10. Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	☐	☐	☐	☐
11. Evde dertlerimizi, üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	☐	☐	☐	☐
12. Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.	☐	☐	☐	☐
13. Bizim evdekiler ancak onların hoşuna giden şey söylediğinizde sizi dinlerler.	☐	☐	☐	☐
14. Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	☐	☐	☐	☐
15. Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	☐	☐	☐	☐
16. Ailemiz üyeleri birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	☐	☐	☐	☐
17. Evde herkes başına buyruktur.	☐	☐	☐	☐
18. Bizim evde herkes söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	☐	☐	☐	☐
19. Ailede bazılarımız duygularımızı belli etmeyiz.	☐	☐	☐	☐
20. Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	☐	☐	☐	☐
21. Ailecek korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.	☐	☐	☐	☐
22. Sevgi, şevkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	☐	☐	☐	☐
23. Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	☐	☐	☐	☐
24. Ailemiz bir problemi çözdükten sonra bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	☐	☐	☐	☐
25. Bizim ailede herkes kendini düşünür.	☐	☐	☐	☐
26. Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	☐	☐	☐	☐
27. Evimizde banyo ve tuvalet (yüz numara) bir türlü temiz durmaz.	☐	☐	☐	☐
28. Aile içinde birbirimize sevgi göstermeyiz.	☐	☐	☐	☐
29. Evde herkes her istediğini birinin yüzüne söyleyebilir.	☐	☐	☐	☐
30. Ailemizde herbirimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	☐	☐	☐	☐

	Aynı katılıyor	Büyük ölçüde katılıyor	Biraz katılıyor	Hiç katılmıyorum
31. Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinmeyiz.	☐	☐	☐	☐
32. Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	☐	☐	☐	☐
33. Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.	☐	☐	☐	☐
34. Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	☐	☐	☐	☐
35. Evde genellikle söylediklerimizle söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	☐	☐	☐	☐
36. Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız.	☐	☐	☐	☐
37. Evde birbirimize ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacak ilgi gösteririz.	☐	☐	☐	☐
38. Ailemizde bir dert varsa kendi içimizde hallederiz.	☐	☐	☐	☐
39. Ailemizde sevgi, şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	☐	☐	☐	☐
40. Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	☐	☐	☐	☐
41. Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	☐	☐	☐	☐
42. Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterirler.	☐	☐	☐	☐
43. Evde birbirimize karşı açık sözlüyüz.	☐	☐	☐	☐
44. Ailemizde hiçbir kural yoktur.	☐	☐	☐	☐
45. Evde birinin bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendine hatırlatılması gerekir.	☐	☐	☐	☐
46. Aile içinde herhangi bir sorunun nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	☐	☐	☐	☐
47. Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.	☐	☐	☐	☐
48. Bizim evde aklınıza gelen herşey olabilir.	☐	☐	☐	☐
49. Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularınızı birbirimize ifade edebiliriz.	☐	☐	☐	☐
50. Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	☐	☐	☐	☐
51. Evde birbirimizle pek iyi geçinmeyiz.	☐	☐	☐	☐
52. Sinirlenince birbirimize küseriz.	☐	☐	☐	☐
53. Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	☐	☐	☐	☐
54. Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	☐	☐	☐	☐
55. Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler. Çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	☐	☐	☐	☐
56. Aile içinde birbirimize güveniriz.	☐	☐	☐	☐
57. Ağlamak istediğimizde birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	☐	☐	☐	☐
58. İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	☐	☐	☐	☐
59. Aile içinde birisi hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	☐	☐	☐	☐
60. Problemlerimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	☐	☐	☐	☐

Ek 8. Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçeğı

BAKIM VERME YÜĞÜ ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE ÇEVİRİSİ

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
2. Yakınına harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
3. Yakınına bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
7. Geleceğin yakınına getirebileceklerinden korkuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

12. Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

16. Yakınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

17. Yakınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

19. Yakınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

20. Yakınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

22. Yakınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?

0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

Ek 9. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı

**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2019
KARAR**

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Murat KULOĞLU	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şişirilmesi, biyoları bozukluk ve madde kullanımı bozukluğu tanısı olan hastaların aile yükü açısından karşılaştırılması	
DESTEKLEYİCİ		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 729	Tarih: 24.07.2019
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	



Dr. Öğr. Üyesi M. Levon ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı



Prof. Dr. Murat CANPOLAT
Üye



Prof. Dr. Arzu TABATABAİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı



Prof. Dr. Dilan İNAN
Üye (İstisna)



Prof. Dr. Veli YAZICI
Üye (İstisna)



Prof. Dr. Bilge KARSLI
Üye (İstisna)



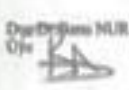
Prof. Dr. Oğuz ÖZGÜL
Üye



Doç. Dr. Çiğdem Öge BAYSAK
Üye



Doç. Dr. Dilek KIRPINAR KOROĞLU
Üye



Doç. Dr. İsmail NUR
Üye



Doç. Dr. Mehmet TÜRKAY
Üye



Dr. Ümit HÖKÜR
Üye (İstisna)



Turgut ALTUN
Üye



Av. Mustafa AKCEL
Üye