

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**SOSYAL DESTEK GRUPLARINDAN
YARDIM ALAN VE YARDIM ALMAYAN
ŞİZOFRENİ HASTALARI BAKIM
VERENLERİNDE YAŞAM KALİTESİ
YÜK VE TÜKENMİŞLİK
DEĞERLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. AHMET ÖZALP**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. M. ENDER TANER**

**ANKARA
MAYIS 2010**

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Prof. Dr. Erdal Işık, Prof. Dr. Behçet Coşar, Prof. Dr. Zehra Arıkan, Prof. Dr. Aslı Çepik Kuruoğlu, Prof. Dr. Nevzat Yüksel, Prof. Dr. Selçuk Candansayar, Doç. Dr. Selçuk Aslan, Doç. Dr. Burhanettin Kaya, Doç. Dr. Aslıhan Sayın ve her konuda yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Ender Taner'e,

Rotasyon eğitimlerimde bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım değerli Çocuk psikiyatrisi ve Nöroloji öğretim üyelerine, uzmanlık eğitimim süresince yanımda olan sevgili asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Dr. Ahmet Özalp

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Şizofreni	3
2.2. Klinik Belirtiler ve Bulgular	4
2.3. DSM-IV'e göre şizofreninin tanı ölçütleri	5
2.4. Gidiş ve Sonlanış	6
2.5. Şizofreni Ailelerinde Yaşam Kalitesi, Bakım Yüğü ve Tükenmişlik	7
2.5.1. Şizofreni Hastalarında Ailenin Rolü	7
2.5.2. Yaşam kalitesi	8
2.5.3. Bakım yüğü	10
2.5.4. Tükenmişlik	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM	14
3.1. Katılımcılar	14
3.1.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri	14
3.1.2. Araştırmaya Alınmama Kriterleri	15
3.2. Araştırmada Kullanılan Gereçler	15
3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	15
3.2.2. Kısa Form-36	15
3.2.3. Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğı	16
3.2.4. Maslach Tükenmişlik Ölçeğı	17
3.2.5. Klinik Genel İzlenim Ölçeğı	18
3.2.6. İstatistiksel Analiz	18

4. BULGULAR.....	19
5. TARTIŞMA	29
5.1. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Özellikleri	29
5.2. Yaşam Kalitesi	31
5.3. Bakım Yüğü	33
5.4. Tükenmişlik	34
5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler	35
6. SONUÇLAR	36
7. KAYNAKLAR	38
8. ÖZET	46
9. SUMMARY	48
EK-1 KISA FORM-36	
EK-2 ZARİT BAKIM YÜK ÖLÇEĞİ	
EK-3 MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ	

TABLÖLAR

Tablo-1 Bakım Verenin Yaşı ve Bakım Verme Özellikleri.....	19
Tablo-2 Bakım Verenin Cinsiyeti	19
Tablo-3 Bakım Verenin Medeni Durumu	20
Tablo-4 Bakım Verenin Eğitimi.....	20
Tablo-5 Bakım Verenlerde Kronik Fiziksel Hastalık	21
Tablo-6 Bakım Verende Psikiyatrik Hastalık	21
Tablo-7 Bakım Verenin Hastaya Yakınlık Derecesi	21
Tablo-8 Bakım Verenin Mesleği	22
Tablo-9 Bakımla Geçen Ortalama Süre (Saat).....	22
Tablo-10 Bakım Paylaşımı.....	23
Tablo-11 Bakım Verenlerde Klinik Genel İzlenim Ölçeği	23
Tablo-12 Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi	24
Tablo-13 KGİ Göre Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi	25
Tablo-14 Bakım Verenlerde Yük.....	26
Tablo-15 KGİ Göre Bakım Verenlerde Yük Puanları	26
Tablo-16 Bakım Verenlerde Tükenmişlik	27
Tablo-17 KGİ Göre Bakım Verenlerde Tükenmişlik	28

KISALTMALAR

KGİ:	Klinik Genel İzlenim Ölçeği
SDG (+):	Sosyal destek gruplarından yardım alan bakım verenler
SDG (-):	Sosyal destek gruplarından yardım almayan bakım verenler
DSM-IV:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

1. GİRİŞ

Şizofreni hastalığı, kişinin düşünce, algılama, duygulanım ve davranışlarını önemli ölçüde etkileyerek iş, sosyal ve özel yaşamında çeşitli düzeylerde sorunlara neden olur. Hastalık gerek başlangıcı, gerekse klinik görünümü ve seyir özellikleri yönünden heterojen bir görünüm sergiler. Şizofreni, genç yaşta başlayan ve kronik gidiş gösteren bir hastalık olduğu için, hastaların yaşam kalitesi ve psikososyal işlev görmelerine olumsuz yönde etki eder. Şizofrenisi olan birçok hasta hastalığın psikososyal işlev görmeyi bozması nedeniyle çalışamamakta, aile kuramamakta, bağımlı bir aile üyesi olarak yaşamaktadır. Çoğunlukta hastalık ergenliğin sonlarında, erişkinliğin başlarında başladığından hastalar genellikle uzun süre yakınlarına bağımlı kalmaktadırlar. Bu nedenle; şizofreni, hasta birey kadar hastanın yakınındaki (özellikle bakım vermekte olan) insanları da etkiler.

Hastanede kalış süresinin kısalıp tedavinin artık daha çok kurumlar dışında sürdürülmeye başlanması şizofrenisi olan birçok hasta için ailelerin birincil bakım verici konumuna gelmelerini sağlamıştır. Bu durum bir dizi sorunu beraberinde getirmiştir. Ancak çoğu kez hastalığın aile üzerindeki etkisi göz ardı edilmektedir. Oysa ki hasta için akrabalarıyla birlikte hastane dışında yaşamayı olanaklı kılan bir denge aynı zamanda ailenin yaşamını da kısıtlar (1, 2, 3).

Hastanın sorunları yanında hastaya ve hastalığa ilişkin tutumlarla başa çıkmada yaşanan güçlükler ailelerin bir araya gelerek destek grupları oluşturmalarına neden olmuştur. Bu tür organizasyonların en eskilerinden birisi 1972 yılında İngiltere’de kurulmuş olan Ulusal Şizofreni Derneği’dir. Bunun hemen

ardından ABD’de 1973 yılında Erişkin Şizofreniklerin Anne-babaları adı altında bir dernek kurulmuştur. Hasta yakınlarının oluşturdukları gruplar benzer sorunları olan insanların bir araya gelmelerini, dolayısıyla hastalığa ilişkin güçlüklerin daha açıkça konuşulabilmesini de sağlamaktadır. Böylece aile için yeniden bir sosyal yaşam kurulmuş olur. Destek gruplarının en önemli işlevlerinden birisi, hasta bir bireyle yaşarken karşılaşılan güçlüklerle başa çıkma konusunda deneyimi az üyelerin pratik öneriler alabilmeleridir. Hasta yakınları söz konusu durumlarla başa çıkma konusunda, genellikle deneme yanılma yoluyla olmak üzere, önemli oranda deneyim kazanmaktadırlar. İşe yarayacak bu tür önerileri sağaltım ekibinden almak güç olabilir (1, 4).

Karancı, ailelerin hem hastayla hem de kendi duygularıyla baş etmeye çalıştıklarını ve bu nedenle desteğe gereksinimleri olduğunu vurgulamıştır (5). Bu bağlamda sivil toplum örgütleri önem kazanmaktadır. Sosyal destek programlarının ve hasta yakınlarıyla işbirliğinin önemi başka yazarlarca da vurgulanmıştır (6, 7). Son yıllarda ülkemizde dernekleşme yolunda önemli adımlar atıldığı görülmüştür. İlk olarak İstanbul’da 1996 yılında bir dernek kurulmuş, bunu İzmir, Ankara ve Manisa’da kurulan dernekler izlemiştir (4).

Daha önce ülkemizde şizofreni dernekleri gibi sosyal destek gruplarının şizofreni hastalarına birincil bakım veren hasta yakınları üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışma bildiğimiz kadarıyla yapılmamıştır. Bu çalışmanın amacı, sosyal destek gruplarından yardım alan şizofreni hastalarının bakım veren yakınları ile sosyal destek gruplarından yardım almayan bakım veren yakınları arasındaki yaşam kalitesi, bakım yükü ve tükenmişlik değerlerinin karşılaştırılmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

Şizofreni, ruhsal durumun hemen tüm alanlarında belirti ve bulgular gösteren, genellikle gençlik yıllarında başlayan, gidiş ve sonlanışı hastadan hastaya ve süreç içinde değişen, henüz etiyolojisi tam olarak bilinmeyen ve önemli ölçüde yeti yitimine yol açan bir toplum sağlığı sorunudur (8). Şizofreni, bireyin düşünce, duygu, hareket, algılama sürecini etkiler. Bu hastalıkta; öğrenme, yargılama, çalışma beceri ve kişiler arası ilişkiler gibi zihinsel ve sosyal işlevlerin değişik alanlarında belirgin bozulma olabilmektedir (9). Hastalığın temel semptomları hastalar arasında yüksek oranda değişkenlik göstermektedir. Bu semptomlar; varsanılar, sanrılar, dezorganize konuşma ve davranış, uygunsuz duygulanım, bilişsel kayıplar, psikososyal işlevsellikte bozulmadır. Bir çok vaka da semptomların başlangıcı sinsidir, genellikle öncesinde gelişen sosyal geri çekilme, azalmış ilgi, kendine bakımda azalma, bilişsel bozulma, garip ve tuhaf davranışlarla karakterize prodromal evre görülür (10).

Şizofreninin sıklığı üzerine yapılan birçok araştırmanın sonuçları % 0.4-0.7 arasında değişmektedir. 15 yaşın üzerinde nüfus için sıklık % 0.3-1.2 arasında bildirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre de Avrupa ve Asya'da hastalık sıklığı % 0.85'dir (11, 12, 13).

Yaşam boyu hastalanma olasılığı %1 dolayındadır. A.B.D.'de yapılan geniş bir epidemiyolojik araştırmaya göre yaşam boyu yaygınlık oranı %0.6-1.9 arasında bulunmuştur. Ortalama % 1 olarak kabul edilen yaygınlık oranı, şizofreni yelpazesindeki başka hastalıklar da katılırsa % 5'e kadar çıkmaktadır (14).

Hastalığın başlangıcı erkeklerde en sık 15-25, kadınlarda 25-35 yaşlarındadır. Kadınlarda başlangıç yaşı ortalama olarak 3.4 yıl daha geç olarak saptanmıştır (17). Erkeklerde hastalık kadınlara göre daha erken yaşlarda başladığı gibi, daha kötü gidiş özellikleri gösterir (11, 15, 16, 18).

Araştırmalara göre anne-babadan biri hasta ise çocuklarda hastalık riski %12.5-13.8 arasındadır. Hem anne, hem baba hasta ise bu risk %35-46 arasındadır. Anne-baba sağlam, fakat çocuklardan biri hasta ise, kardeşlerde şizofreni riski %6.7-8.2'dir. Yakın akrabalar arasındaki hastalanma riski normal nüfustaki riskten 7-10 kat daha yüksektir. Akrabalık uzaklaştıkça bu oran düşmektedir. Bu veriler şizofrenide ailesel bir birikimin bulunduğunu göstermektedir (16, 19, 20, 21).

Yapılan ikiz ve evlat edinme çalışmalarında da şizofreni hastalarının biyolojik akrabalarında şizofreni yelpazesindeki bozuklukların daha yüksek oranda görüldükleri saptanmıştır (22).

2.2. Klinik Belirtiler ve Bulgular

Şizofreni için tanı koydurucu tek bir belirti yoktur; kişinin algılamasını, düşünmesini, duygularını, hareketlerini, dikkatini, yargılamasını etkileyen bir hastalıktır. Öğrenme, kendine bakım, çalışma, insan ilişkileri ve yaşam becerileri gibi birçok işlev alanında yetersizliklere neden olarak, iş ve toplumsal yaşamında sorunlara yol açabilir.

Konuşmada düzensizlik, dağınıklık, hızlanma, yavaşlama, bloklar, yoksullaşma, kalıplaşmış yinelemeler, konuşma yankılanması, hiç konuşmama, yeni sözcükler uydurma, anlamsız konuşmalar, sözcük, fikir ya da konuların ısrarla yinelenmesi gibi çok değişik belirtiler görülebilmektedir.

Şizofrenide klasik olarak bir duygu azalmasından ve küntlüğünden söz edilir. Olaylara duygusal tepkisi az ya da yoktur, hastalar vurdumduymaz, aldırılmaz, duygusuz gibi görünebilirler. Hastaların soğuk, ilişki kurulması güç olduğu sıklıkla görülür.

Son yıllarda şizofreni hastalarında nöropsikolojik testlerle yapılan araştırmalara dayanarak önemli bilişsel bozukluklar olduğuna ilişkin bulgular saptanmaktadır (23, 24).

Şizofrenide önemli algı bozuklukları olur. Dikkat çabuk dağılır. Çevredekiler ilgi azalır ve bu nedenle algılamada azalmış gibidir. Niteliksel olarak önemli algı bozuklukları varsanılar ve yanılsamalardır.

Düşünce içeriğinde sanrı en belirgin belirtidir. Sanrılar kişinin kültürel geçmişi ile açıklanamayan yanlış inanışlarıdır. Şizofrenide sanrılar genellikle düzensiz, dağınık, tutarsız ve acayıptir. Genellikle kötülük görme, kıskançlık, büyüklük, referans, suçluluk, dinsel sanrılar ve somatik sanrılara rastlanmaktadır (25).

2.3. DSM-IV'e göre şizofreninin tanı ölçütleri (7, 8)

A. Aktif psikoz dönemi (en az bir ay/tedavi edilmişse daha kısa bir süre).

Aşağıdakilerden en az ikisi vardır:

1. Sanrılar
2. Varsanılar
3. Konuşmada düzen bozukluğu (çağrışımlar dağınıklık/enkoherans)
4. Çok dağınık ya da katatonik davranış
5. Negatif belirtiler

Duygulanımda küntleşme

Aloji (konuşamazlık)

Avolisyon (istemsizlik)

Bunlardan iki ya da daha fazlasının hastada bulunması koşulu konmuştur. Bu belirtiler en az bir ay sürmüş olmalıdır. Ancak, eğer belirtiler sağaltımla bir aydan önce düzelmişse en az bir ay koşulu geçerli olmayabilir.

B. Toplumsal ve iş uyumunda bozukluk: Kişinin iş yaşamında ya da kişilerarası uyumunda bozukluk, dengesizlik vardır

C. Süre: Hastalık belirtileri en az altı ay sürmelidir ve bu altı ayın en az bir ayında A ölçütüne de uyulmalıdır.

D ve E ölçütlerine göre şizoaffektif ya da başka bir duygulanım bozukluğu bulunmamalıdır. Belirtiler bir ilaç/madde kullanmaya ya da fiziksel tıbbi bir duruma bağlı olmamalıdır.

F. Hastanın öyküsünde yaygın gelişimsel hastalık ya da otistik bozukluk varsa en az bir ay süre ile sanrılarının ve varsanılarının bulunması gerekir.

2.4. Gidiş ve Sonlanış

Çoğu zaman hastalığın başlangıç döneminde henüz açık psikotik belirtiler ortaya çıkmadan hastanın işlev düzeyinde bir gerileme olur. Bu dönemde bunaltı, uyku bozukluğu, çabuk sinirlenme, dikkatini odaklamada güçlük, halsizlik, kendinden beklenen işleri yapamama, kendine bakımın azalması gibi şizofreniye özgü olmayan belirtiler görülebilir. Bu durum bazen birkaç hafta ya da ay sürerken, çoğu zaman 2-5 yıl devam eder, ardından pozitif belirtilerin baskın olduğu bir psikotik tablo ortaya çıkar (17).

İlk psikotik belirtiler kimi zaman aniden, kimi zaman ise sinsi sinsi ortaya çıkar. Hastalık ilk psikozun ortaya çıkmasından sonraki 5-10 yıl içinde çoğu hastada zaman zaman açık pozitif belirtilerin görüldüğü alevlenmeler ve arada yatışmalarla gider. Yatışma dönemlerinde negatif belirtiler genellikle şiddetlenerek sürer. Bu 5-10 yıllık kritik dönemin sonunda, çoğu hastada, alevlenmeler olmaz ve işlev düzeyi fazla değişmez.

2.5. Şizofreni Ailelerinde Yaşam Kalitesi, Bakım Yüğü ve Tükenmişlik

2.5.1 Şizofreni Hastalarında Ailenin Rolü:

Şizofrenili hastaların bakımının hastaneden çok toplumda yürütülmesiyle birlikte ailelerin önemi daha da artmıştır. Çünkü uzun süreli bakım gerektiren şizofreni hastalarının bakım verenleri genellikle aileleridir. ABD’ de taburcu olan hastaların %60’tan çoğunun ailelerinin yanına döndüğü açıklanmaktadır (26). Ülkemizde de şizofreni hastalarının en büyük destek kaynaklarının ve bakım verenlerinin hastanın ailesi olduğu ve hastaların büyük çoğunluğunun ailesiyle birlikte yaşadığı açıklanmaktadır (4, 27, 28). Bakım veren kavramı, şizofrenide psikososyal rehabilitasyon kavramı içerisinde yer almaktadır. Bakım veren: ruhsal sağlık sorunu deneyimleyen bireye bakım, yardım, sosyal destek ve bilgi veren kişi olarak açıklanmaktadır. Bakım veren kişi hastanın bakımını yapmak ya da gözlemlemekten sorumludur (29, 30, 31). Birincil bakım veren ise bu sorumluluğu sürdürmekten birinci derece sorumlu olan kişidir ve şizofreni hastasının birincil bakım verenleri genellikle aile üyeleridir. Literatürde bakım veren tıbbi tedavi ile psikososyal iyileştirme sürecinde bir köprü olarak belirtilmektedir. Bakım veren bu tanımlamada sadece klinik süreçte bir pozisyonu değil aynı zamanda sosyal çevresi

giderek belirlenen bir kimlik halini almaktadır. Bu tanımlamadan da anlaşılacağı gibi bakım veren kişiler bir rolün sahibi olmaktadırlar. Kimlerin hangi koşullarda aile üyeliğinden hasta yakınlığına, oradan da bakım vericiliğe geçtikleri ve bu rollerin zaman içindeki dönüşümleri açıklanması gereken konular arasındadır (32).

Şizofreni ve aile etkileşimi iki yönlü bir ilişki olarak görülmektedir. Literatürde bu konuda yapılan çalışmalar hastalık süreci (etiyooloji, seyir ve sonlanım) üzerinde aile ilişkilerinin etkisini inceleyen çalışmalar ve şizofreninin hasta ailesi üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar olarak ikiye ayrılabilir. Her iki araştırma grubundan elde edilen verilerin yoğunluğu bu karşılıklı ilişkinin döngüsel nedensellik bağlamında ele alınması gerektiğini düşündürmektedir.

Şizofreni, hasta birey kadar hastanın yakınındaki insanları da etkiler. Düşünce, duygu ve davranışlardaki şiddetli bozulma ailenin bütün üyeleri tarafından hissedilir. Hastalığın aile bireyleri üzerindeki etkisi hastalığın hangi aşamada olduğuyla yakından ilişkilidir: İlk psikotik epizodunu geçiren bir hastanın ailesi şaşkınlık ve endişe içindeyken, yedinci kez hastaneye yatırılan bir hastanın aile üyeleri bıkkınlık yaşıyor olabilirler. Utanç ve suçluluk sık yaşanan duygulardır. Hasta üyenin çalışamaz duruma gelmesine bağlı gelir kaybı ve sağaltım masrafları nedeniyle güçlükler yaşanabilir (4).

2.5.2. Yaşam kalitesi:

Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi" olarak tanımlamıştır (33). Bu tanımlama içinde yaşam kalitesi, kişinin amaç, beklenti, ilgi ve standartlarından

oluşan konumunu, kültür ve değer sistemi içinde kavrayış biçimidir. Yaşam kalitesi, “kişisel tatmin”i ifade eder ve kişinin beden sağlığı, psikolojik durumu/iyilik hali, sosyal etkileşimleri, işlevselliğin yeterliliği, uyum yetisi, hayat görüşü, kişisel inançlarından karmaşık bir şekilde etkilenmektedir. Bir başka ifade ile yaşam kalitesi, kişinin öznel olarak farklı yaşam alanlarından aldığı doyum hissini, nesnel olarak ise sosyal işlevlerini, günlük etkinliklerini ve bedensel sağlığını içermektedir.

Yaşam kalitesi, kronik somatik hastalıkların tedavisinde uzun yıllardır gündemde olmakla beraber bu kavramın psikiyatride yer edinmesi nispeten yenidir. Toplumda yaşayan kronik ruh sağlığı bozuk hastalarda, yaşam kalitesi çalışmaları 1980’lerden sonra başlamıştır. (34, 35) ve 1980’li yıllarda toplum ruh sağlığı programlarında yaşam kalitesi kavramına ilişkin ilk değerlendirmelerin sonuçları elde edilmiştir. Ruhsal bozukluklarda yaşam kalitesi, konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde ilk olarak araştırma alanı bulmuş, bunu duygu durumu bozuklukları, anksiyete bozuklukları, ağır/süreğen bozukluklar izlemiştir (36). Şizofrenide yaşam kalitesi kavramı ise uzun süre hak ettiği yeri bulamamış ve ihmal edilmiştir.

Yaşam kalitesi kavramı, çok kapsamlı olarak değerlendirilmekle birlikte, Katschnig (2000) yaşam kalitesinin temel olarak üç boyut içerdiğini belirtmiştir. Bunlar: Bireyin kendisini iyi hissetme hali/yaşam doyumu, günlük yaşamdaki işlevselliği, kendine bakımı, sosyal rolleri, dış kaynaklar ve sosyal desteklerdir. Bigelow ve arkadaşları (1991) ruh sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesinde bir sonuç ölçütü olarak yaşam niteliği kavramını ele almışlardır (37). Bu modelde, bireyin sosyal talepleri, bireye sunulan fırsatlar/olanaklar ve yeti yitiminin restorasyonu üzerinde durmuşlardır. Lehman ve arkadaşları (1982) ağır ve kronik ruhsal hastalıklar için öne sürdükleri modelde kişisel özellikler ile yaşamın çeşitli

alanlarındaki öznel yaşam kalitesi belirteçleri ve nesnel yaşam kalitesi belirteçlerine önem vermişlerdir (38). Duygular ve beklentiler öznel göstergeleri oluştururken, işlev, uyum ve yaşam biçimi nesnel belirteçleri oluşturmaktadır.

Yaşam kalitesi kavramının hem öznel hem de nesnel boyutu vardır. “Kendini iyi hissetme”, ”yaşamdan doyum sağlama” ve “mutluluk” gibi ifadeler yaşam kalitesi kavramının öznel boyutunu oluşturur ve kişinin yaşamı hakkındaki duygularını, beklentilerinden etkilenmesini, önceki tecrübelerini ve mevcut şartların algısını göstermektedir. “Bağımsız yaşayabilme”, ”kişilerarası ilişkiler”, ”üretken olma” gibi ifadeler ise nesnel göstergeleri oluşturur ve sosyal fonksiyonel normları ve yaşam tarzını yansıtır. (36). Bağlantılı olarak, yaşam kalitesi tayininde, öznel (hastanın kendi değerlendirmesi) ve nesnel (uzman derecelendirmesi) değerlendirmeler kullanılır. Yaşam kalitesinde, hastaların öznel ve klinisyenin nesnel algılaması birbirinden oldukça farklıdır ve nesnel ve öznel değerlendirme arasındaki ilişki her zaman birbiriyle uyumlu değildir. (39, 40, 41, 42).

2.5.3. Bakım yükü:

Ailede ruhsal bir hastalığın varlığı hastalığa yanıt olarak bazı etkileşim biçimlerinin ortaya çıkmasına yol açar. Bu durum ailenin diğer üyelerinin hastalıkla başa çıkarken yük duygusu yaşamalarıyla sonuçlanır. Yük kavramı bazı yazarlarca nesnel yük (gelir kaybı, sosyal etkinliklerin kısıtlanması, ev ortamındaki gerginlik gibi) ve öznel yük (hastanın rahatsızlık verici davranışları ile ilişkili sıkıntı ve hastayla ilgili olarak yaşanan öznel sıkıntı düzeyi) olmak üzere iki grupta incelenmektedir (4, 43, 44).

Şizofrenide ailenin yükü ile ilgili çalışmalar gözden geçirildiğinde, bu çalışmaların belirti örüntüsü, sosyal işlevsellik gibi hastayla ilişkili ve sosyal destek, duygu ifadesi gibi ailenin diğer üyeleriyle ilişkili etmenleri araştırarak biçimde başlıca iki grupta kümelandikleri görülmektedir. Negatif belirtilerin ailenin yükünü öngörmede önemli olduğu, saldırgan veya psikotik davranışlardan çok öz bakım ve aktiviteyle ilişkili sorunların daha fazla yük getirdiği bildirilmiştir (4). Bloch ve arkadaşları (45) ise, hasta yakınları için en çok yük oluşturan iki grup davranış tanımlandığına dikkat çekmişlerdir. İlki, sosyal geri çekilme, yavaşlık, ilgi kaybı gibi negatif belirtilerle ilişkili olanlardır. İkinci grupta rahatsız edici, sosyal yönden utandırıcı ya da öngörülemez davranışlar yer almaktadır. Öznel yük duygusu hem pozitif hem de negatif belirtilerin şiddetiyle ilişkili bulunurken, nesnel yükün yalnızca negatif belirtilerin şiddetiyle ilişkili olduğu yönünde bulgular vardır (44). Bu durum, negatif belirtilerin pozitif belirtilere oranla rol işlevselliğini daha fazla etkilemeleriyle bağlantılı olabilir. Yanı sıra negatif belirtilerin kontrol edilemeyecek ya da değiştirilemeyecekmiş gibi algılanması da hasta yakınlarının fazladan sorumluluk almalarına bağlı olarak yükü arttırabilir. Hastalık şiddeti ve yeti yitimi fazla olduğunda yük artmaktadır. Klinik özelliklerle ailenin yükü arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada, pozitif belirtilerin, manik/düşmanca tutumların ve yeti yitiminin yükü arttırdığı bildirilmiştir (46).

Pickett ve ark. (47), şizofreni hastalarına bakım verenlerle yapılan çalışmada, kadın hastalara bakım verenlerin, erkek hastalara bakım verenlere göre ilişkiden daha memnun oldukları ve daha az sorun yaşadıklarını bildirmişlerdir. Daha genç evlat, daha yaşlı evlada göre ebeveynlerle daha çok çatışmakta ve ilişkiler ebeveyn tarafından daha negatif olarak değerlendirilmektedir. Güney Amerika'da

yapılan bir çalışmada ise yük ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkiye bakılmıştır. 41 şizofreni hastasının yakını ile yapılan bu çalışmada annelerde, yaşlı bakım verenlerde, düşük eğitim seviyesinde olanlarda, genç hastalara bakım verenlerde, çalışmayanlarda yük daha yüksek bulunmuştur (48). Sosyodemografik özelliklerin yanı sıra, bakım verenin yükünün diğer yordayıcıları arasında hastalık süresi, bakım vermeyle geçen süre, bakım veren ve bakım alan arasında ikamet durumu, damgalanma, ruh sağlığı uzmanları ile temas, hastanın kendisine ve başkalarına şiddet uygulaması yer almaktadır (49, 50). Argimon ve ark. (51), bakım verme yükünün sağlık hizmetlerinin kullanılmasını nasıl etkilediğini araştırmışlardır. Sağlık hizmetlerinin kullanılmasının yükün artmasından olumsuz etkilendiğini bulmuşlardır. Cassidy ve Junbauer'in (52) yaptığı çalışmalarda da, şizofreni hastasıyla ilgilenmenin bütün sorumluluğunu üzerine alan kişinin anne olduğu bulunmuştur. Birçok çalışmanın sonucuna bakıldığında annelerin yük skorlarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu durum annenin kilit kişi olması, hastanın tüm bakımını üstlenmesinden kaynaklanmaktadır.

Hastanın bakımı ve sağaltımı konusunda maddi yüklerin yanı sıra şizofrenisi olan hastaların aileleri gittikçe artan sosyal yalıtım yaşarlar, bu çoğu zaman sosyal ve boş zaman uğraşlarının sınırlandırılması anlamına gelir. Bazı çalışmalar, bu hastalığın bakım vereni önemli ölçüde kısıtladığını ve gelecek hakkında endişelendirdiğini göstermektedir (46, 52). Sosyal yalıtım, mali ve istihdam ile ilgili sorunlardan daha ağır bir yük olarak değerlendirilmiştir. Bu durumun şizofreni hastası ve ona bakan kişi arasındaki ilişkiyi daha da tahrip edebileceğini ve hastalıkla başa çıkabilme kaynaklarını azaltabileceğini öne sürmüştür.

2.5.4 Tükenmişlik:

Tükenmişlik, bilimsel yayınlara 1974 yılında Herbert J. Freudenberger'in klasikleşmiş makalesi olan "Personel Tükenmişliği" ile girmiştir (53). Bundan kısa bir süre sonra sosyal psikolog Christina Maslach, 1976 yılında bu kavramı açıklamak ve ölçmek amacı ile ilk defa bir dizi çalışma yapmıştır. "Personel Tükenmişliği", bireylerin işleri gereği karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşmaları, duygusal yönden kendilerini tükenmiş hissetmeleri, kişisel başarı ve yeterlilik duygularının azalması şeklinde ortaya çıkan, daha çok insanlarla yüz yüze ilişki gerektiren mesleklerde görülen bir olgudur. Maslach, tükenmişlik tanımını genişletmiş, daha geniş bir konu olan duyarsızlaşmanın bir bölümü olarak bu problemi ele almıştır. Duyarsızlaşmanın, bireylerin diğer insanlardan kopmaya başladıklarında, özellikle diğer insanlara yardımcı olmaya yönelik mesleklerde çalışanlarda, hizmet verdiklerine sanki insan değilmiş gibi davranan çalışanlarda görüldüğünü belirtmiştir. Duygun'a (54) göre, Maslach ve Jackson, yaptıkları araştırmalara dayanarak, tükenmişlikte 3 özellikten bahsetmektedirler; kendini psikolojik olarak işe vermede yetersizlik (duygusal tükenmişlik), hizmet verilen kişilere karşı olumsuz duygular besleme (duyarsızlaşma) ve kişinin kendini ve yaptığı işi olumsuz bir biçimde değerlendirme eğilimidir (kişisel başarı eksikliği). Genel olarak profesyonel alanda tanımlanan tükenmişlik kavramı son yıllarda bakım verenlerde tükenmişlik boyutunda da çalışılmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya şizofreni hastalarına birincil bakım veren 94 hasta yakını alınmıştır. Çalışmada sosyal destek grubu olarak Ankara ve İzmir'deki şizofreni derneklerine düzenli giden 34 hasta yakını ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda ayaktan takip edilen ve sosyal destek grupları ile ilişkisi olmayan 60 hasta yakını; yaşam kalitesi, bakım yükü ve tükenmişlik açısından karşılaştırılmıştır. Bu bölümde, katılımcıların demografik özellikleri, ölçeklerin özellikleri, ölçeklerin uygulanmasında izlenen yöntemler aktarılmaktadır.

3.1 Katılımcılar

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır. Bu çalışmanın olgu grubunu oluşturan bireyler sosyal destek grubu olarak Ankara ve İzmir'deki şizofreni derneklerine düzenli giden 34 şizofreni hastalarına birincil bakım veren hasta yakını ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda ayaktan takip edilip sosyal destek gruplarıyla ilişkisi olmayan 60 şizofreni hastalarına birincil bakım veren hasta yakını olmak üzere toplam 94 hasta yakınından oluşmaktadır. Çalışmaya alınan hasta yakınları çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında aydınlatılmış olup kendilerinden imzalı bilgilendirilmiş onay alınmıştır.

3.1.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

Hasta ile yaşıyor olmak.

Ağır psikiyatrik hastalığı bulunmamak.

Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak.

Okur-yazar olmak.

3.1.2. Araştırmaya Alınmama Kriterleri

Ölçeği uygulamaya engel bedensel ve ruhsal bir hastalığın olması.

3.2. Araştırmada Kullanılan Gereçler

- 1- Sosyodemografik Bilgi Formu
- 2- Kısa Form-36
- 3- Zarit Bakıcı Yük Ölçeği
- 4- Maslach Tükenmişlik Ölçeği
- 5- Klinik Genel İzlenim Ölçeği

3.2.1 Sosyodemografik Bilgi Formu: Hastaların demografik ve klinik özelliklerini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır.

3.2.2 Kısa Form-36

Ware ve Sherbourne tarafından 1992’de geliştirilmiştir. Türkçeye uyarlanması ve geçerlilik güvenirliği 1999’da Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

Kısa Form-36, yaşam kalitesini ölçmede yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Özellikle fiziksel hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilmiştir. Ancak sağlıklı deneklerde ve psikiyatrik hastalığı olanlarda da başarıyla kullanılmaktadır. Bir öz bildirim ölçeğidir. Fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık algısı, vital enerji, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık şeklinde sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile incelemektedir. Hastalar ölçeğin üzerine işaretleyerek yanıt verirler. Alt ölçeklerin puanları 0 ile 100

arasında değişmektedir ve yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir. Ölçeğin toplam puanının hesaplanması söz konusu değildir. Alt boyutların puanları bir dizi işlemle hesaplanır (55).

3.2.3 Zarit Bakıcı Yük Ölçeği

Zarit 1980’de yaşlılığa bağlı demans hastası yakınlarının bakım yükünü ölçmek için, 29 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeği geliştirmiştir. Bakıcılar tarafından sıklıkla bahsedilen sağlık, psikososyal iyilik hali, ekonomik kaynaklar, sosyal hayat ve hasta ile aralarındaki ilişki problemlerini kapsamaktadır (56). Bu ölçeğin İspanyol versiyonu Martin ve arkadaşları tarafından 1996’da geliştirilmiştir. 22 sorudan oluşmaktadır. Bu ölçek bakım vermenin fiziksel sağlık, akıl sağlığı, sosyal aktivite ve ekonomik kaynaklara negatif etkilerini içermektedir. 5’li likert tipi bir ölçek olup şiddet derecesi “Asla ” ve “Neredeyse her zaman” arasında derecelendirilmiştir. Toplam puan 22-110 arasında değişmektedir. İç tutarlılığı (alfa:0.91), test tekrar test (0.86), konverjan geçerlilik (0.63) olarak saptanmıştır (57).

Ölçeğin kültürümüze uyarlanması amacıyla yapılan geçerlilik güvenirlik çalışması 2007’de Özlü tarafından Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri AD Ruhsal Travma Yüksek Lisans tezi kapsamında yapılmıştır. İlk aşamasında, ölçekte yer alan maddeler hem araştırmacı hem bir yabancı dil uzmanı tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Geçerlilik ve güvenirlik çalışması için, Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin geçerliliğini sınamak amacıyla Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılmıştır. Bakıcıların yükü ile tükenmişlikleri arasında pozitif yönde ve anlamlı ilişki bulunmuştur ($r = 0.609$ $p < 0.05$). Güvenirlik çalışmasıyla iç tutarlılık katsayısı

(alfa:0.829) olarak tespit edilmiştir. Ölçek faktör analizi amacıyla 100 katılımcının aldığı puanlar üzerinden faktör analizi yapılmıştır. Analize alınan 22 maddenin 5 faktör altında toplandığı görülmektedir. Psikolojik gerginlik ve sosyal kısıtlama, sinirlilik, sosyal ilişkide kısıtlanma, ekonomik yük ve gelecek kaygıları, bağımlılık ile ölçeğin toplam puanı arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (58)

3.2.4 Maslach Tükenmişlik Ölçeği:

Maslach ve Burnout tarafından geliştirilmiştir. Toplam 22 maddeden oluşan ölçek, tükenmişliği 3 boyutta değerlendirmektedir. Duygusal tükenme boyutunda 9, düşük kişisel başarı boyutunda 8 ve duyarsızlaşma boyutunda ise 5 madde yer almaktadır.

Maslach Tükenmişlik Ölçeğinde puanlama sonucunda toplam puan ve alt ölçek puanları elde edilmektedir. Alt ölçek puanları, her madde için 0=hiçbir zaman, 4=her zaman olarak değerlendirilerek elde edilmektedir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinde yüksek, kişisel başarı alt ölçeğinden düşük puanlar tükenmişlik olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerindeki maddeler aynı şekilde, kişisel başarı alt ölçeğindeki maddeler bizim bu çalışmada yaptığımız gibi ters puanlanarak (0=her zaman, 4=hiçbir zaman) toplam puan elde edilebilmektedir.

Ergin (1992) tarafından Türkçeye çevrilen ölçeğin 235 kişilik bir grupta ön uygulaması yapılmış, bu gruptan elde edilen verilerin analizi sonucunda ölçekte bazı değişikliklere gidilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları ise Çam (1992) tarafından yapılmıştır. Güvenirlik katsayıları duygusal tükenme .84, duyarsızlaşma .-

78, kişisel başarı ise .72'dir. Geçerlik katsayıları ise; duygusal tükenme .46, duyarsızlaşma .79, kişisel başarı .85'dir.

3.2.5 Klinik Genel İzlenim Ölçeği

Guy ve arkadaşları (1976) tarafından klinik araştırmalar için, her yaşta görülen tüm psikiyatrik bozuklukların seyrini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Üç boyutlu ve psikiyatrik bozuklukları olan kişilerin sağaltıma yanıtlarını değerlendirmek amacıyla hekim tarafından yürütülen yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Görüşme sırasında doldurulur. Bu çalışmada aşağıda sözü edilen birinci boyut kullanılmıştır. İyileşme ve yan etki şiddeti alt boyutları kullanılmamıştır.

Klinik Genel İzlenim Ölçeği (KGI- 1. boyut): Toplam 7 değerlikli bir ölçektir. Psikiyatrik bozukluğu olan kişi, ölçeğin doldurulduğu sıradaki hastalık şiddetine göre 1 ile 7 puan arasında değerlendirilir: 1 = Normal, hasta değil; 2 = Sınırdaki ruhsal hastalık; 3 = Hafif derecede hasta; 4 = Orta derecede hasta; 5 = Belirgin derecede hasta; 6 = Şiddetli derecede hasta; 7 = En ağır derecede hasta (59).

3.2.6. İstatistiksel Analiz

Tüm istatistiksel değerlendirmeler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS-15, evaluation version) programı ile yapılmıştır. Kategorik veriler ki-kare testi, normal dağılıma uyan sayısal veriler bağımsız grup t testi normal dağılıma uymayan sayısal veriler Man-Whitney U test ile değerlendirilmiştir. Yapılan tüm analiz değerlendirmelerinde $p < 0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya sosyal destek grubu olarak şizofreni derneklerinden destek alan 34 ve destek almayan 60 olmak üzere toplam 94 şizofreni hastalarına birincil bakım veren hasta yakını alınmıştır.

4.1. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri

Tablo-1 Bakım Vereninin Yaşı ve Bakım Verme Özellikleri

	Grup	N	Ortalama	SS	p
Bakım Veren Yaşı	SDG (+)	34	58, 1765	11, 07952	p=0.099
	SDG (-)	60	54, 5000	9, 79882	
Bakım Yılı	SDG (+)	34	13, 8529	9, 35862	p=0.196
	SDG (-)	60	11, 4667	8, 05167	
Hastalık Süresi	SDG (+)	34	15, 3235	9, 35405	p=0.206
	SDG (-)	60	12, 8000	9, 14812	
Hastaneye Yatış Sayısı	SDG (+)	34	2, 6765	2, 12803	p=0.037
	SDG (-)	60	1, 7500	1, 97977	

Tablo-1’de görüldüğü gibi sosyal destek gruplarından yardım alan ve yardım almayan şizofreni hastaları bakım verenleri arasında yaş ortalaması, hastaya bakım verilen süre ve bakım verilen hastanın hastalık süresi açılarından istatistiksel olarak anlamlı fark yok, ancak hastaneye yatış sayısı açısından anlamlı fark vardır.

Tablo-2 Bakım Vereninin Cinsiyeti

	Grup		Toplam	
	SDG (+)	SDG (-)		
Kadın	23	42	65	p=0.812
Erkek	11	18	29	
Toplam	34	60	94	

Bakım verenlerin cinsiyetlerine baktığımızda sosyal destek gruplarından yardım alan şizofreni hastaları bakım verenlerinin 23'ü kadın 11'i erkektir, sosyal destek gruplarından yardım almayan şizofreni hastaları bakım verenlerinin 42'i kadın, 18'i erkektir ve derneklere giden ve gitmeyen bakım verenlerde cinsiyet açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo-3 Bakım Vereninin Medeni Durumu

	Grup		Toplam	
	SDG (+)	SDG (-)		
Bekar	7	8	15	p=0.362
Evli	27	52	79	
Toplam	34	60	94	

Bakım verenlerin medeni durumlarına baktığımızda sosyal destek gruplarından yardım alan ve yardım almayan şizofreni hastaları bakım verenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmamıştır.

Tablo-4 Bakım Vereninin Eğitimi

	Grup		Toplam	
	SDG (+)	SDG (-)		
İlköğretim/Lise	14	46	60	p=0.001
Yüksekokul/Üniv.	20	14	34	
Toplam	34	60	94	

Sosyal destek gruplarından yardım alan şizofreni hastaları bakım verenlerinin eğitim durumu sosyal destek gruplarından yardım almayan şizofreni hastaları bakım verenlerinden yüksek çıkmış olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo-5 Bakım Verenlerde Kronik Fiziksel Hastalık

	Grup		Toplam	
	SDG (+)	SDG (-)		
Yok	19	35	54	p=0.817
Var	15	25	40	
Toplam	34	60	94	

Şizofreni hastaları bakım verenlerinde kronik fiziksel hastalığa baktığımızda destek gruplarında yardım alanlar ve yardım almayanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo-6 Bakım Verende Psikiyatrik Hastalık

	Grup		Toplam	
	SDG (+)	SDG (-)		
Yok	29	53	82	p=0.674
Var	5	7	12	
Toplam	34	60	94	

Bakım verenlerde kronik psikiyatrik hastalık açısından şizofreni derneklerinden destek alanlar ve almayanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo-7 Bakım Vereninin Hastaya Yakınlık Derecesi

	Grup		Toplam
	SDG (+)	SDG (-)	
Eş	0	13	13
Anne	21	30	51
Baba	7	11	18
Diğer	6	6	12
Toplam	34	60	94

Bakım verenlerin hastaya yakınlık derecesine baktığımızda şizofreni derneklerine giden 34 bakım verenin 21'i anne, 7'si baba ve 6'sı diğer grubuna

giriyordu. Derneklere giden bakım verenler arasında hasta eşi yoktu. Şizofreni derneklerine gitmeyen 60 bakım verenin 13'ü eş, 30'ü anne, 11'i baba ve 6 diğer bakım verenler grubuna giriyordu.

Tablo-8 Bakım Vereninin Mesleği

	Grup		Toplam
	SDG (+)	SDG (-)	
Ev Hanımı	10	34	44
Memur	4	10	14
İşçi	0	2	2
Emekli	19	14	33
Öğrenci	1	0	1
Toplam	34	60	94

Bakım verenlerin mesleklerine baktığımızda şizofreni derneklerine giden 34 bakım verenin 10'u ev hanımı, 4'ü memur 19'ü emekli ve 1 tanesi öğrenciydi. Derneklere gitmeyenlerin 34'ü ev hanımı, 10'u memur, 2'si işçi, 14'ü emekli ve 1 tanesi öğrenciydi.

Tablo-9 Bakımla Geçen Ortalama Süre (Saat)

	Grup		Toplam	
	SDG (+)	SDG (-)		
<=6	21	34	25	p=0.629
>6	13	26	37	
Toplam	34	60	94	

Bakım verenlerde gün içinde bakımla geçen toplam süreye baktığımızda destek gruplarında yardım alan ve yardım akmayan şizofreni hastaları bakım verenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo-10 Bakım Paylaşımı

	Grup		Toplam	
	SDG (+)	SDG (-)		
Yok	13	36	49	p=0.042
Var	21	24	44	
Toplam	34	60	94	

Sosyal destek gruplarından yardım alan şizofreni hastaları bakım verenlerinde bakım paylaşımı sosyal destek gruplarından yardım almayan şizofreni hastaları bakım verenlerinden yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo-11 Bakım Verenlerde Klinik Genel İzlenim Ölçeği

	Grup		Toplam	
	SDG (+)	SDG (-)		
Sınırdan; Hafif	29	47	76	p=0.410
Orta; Belirgin	5	13	18	
Toplam	34	60	94	

Sosyal destek gruplarından yardım alan ve yardım almayan şizofreni hastaları bakım verenlerinin bakmakta oldukları hastanın klinik genel izlenim ölçeği Tablo-11’de gösterildiği gibi değerlendirildiğinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir.

4.2. Yaşam Kalitesi

4.2.1 Sosyal Destek Gruplarından Yardım Alan ve Yardım Almayan Şizofreni

Hastaları Bakım Verenlerinde Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo-12 Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi

Grup	N	Ortalama	SS	p
Genel Sağlık Algısı	SDG (+) 34	21, 1765	2, 57577	p=0, 005
	SDG (-) 60	19, 3333	3, 52553	
Fiziksel Sağlık	SDG (+) 34	25, 9706	3, 81770	p=0, 772
	SDG (-) 60	25, 7000	5, 13974	
Fiziksel Rol Güçlüğü	SDG (+) 34	7, 2647	1, 02422	p=0, 140
	SDG (-) 60	6, 8333	1, 78664	
Emosyonel Rol Güçlüğü	SDG (+) 34	5, 5588	, 74635	p=0, 042
	SDG (-) 60	5, 1167	1, 32884	
Sosyal Fonksiyon	SDG (+) 34	8, 8235	1, 40282	p=0, 000
	SDG (-) 60	7, 3833	1, 81418	
Ağrı	SDG (+) 34	10, 5294	2, 36432	p=0, 028
	SDG (-) 60	9, 2333	2, 86633	
Vital Enerji	SDG (+) 34	17, 0294	2, 88660	p=0, 000
	SDG (-) 60	12, 9167	3, 20112	
Mental Sağlık	SDG (+) 34	24, 9118	2, 22067	p=0, 000
	SDG (-) 60	21, 4500	4, 23234	

Tablo-12'yi değerlendirdiğimizde destek gruplarından yardım alan şizofreni hastaları bakım verenlerinde yaşam kalitesi ölçeğinin (SF-36) bütün alt ölçeklerinin ortalama puanlarının daha yüksek çıktığı görülmektedir. Bunlardan genel sağlık algısı, emosyonel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon, ağrı, vital enerji ve mental sağlık alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken fiziksel sağlık ve fiziksel rol güçlüğü alt ölçeklerinde anlamlı fark bulunmamıştır.

4.2.2 Bakım Verilen Hastanın Klinik Genel İzlenim Ölçeğine Göre Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo-13 KGİ Göre Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi

	KGİ	N	Ortalama	SS	p
Genel Sağlık	Sınırd-Hafif	76	20, 4211	3, 35962	p=0, 011
	Orta-Belirgin	18	18, 2222	2, 53344	
Fiziksel Sağlık	Sınırd-Hafif	76	26, 0658	4, 47314	p=0, 257
	Orta-Belirgin	18	24, 6667	5, 48795	
Fiziksel Rol Güçlüğü	Sınırd-Hafif	76	7, 0921	1, 49824	p=0, 192
	Orta-Belirgin	18	6, 5556	1, 78958	
Emosyonel Rol Güçlüğü	Sınırd-Hafif	76	5, 5526	, 90029	p=0, 001
	Orta-Belirgin	18	4, 1111	1, 45072	
Sosyal Fonksiyon	Sınırd-Hafif	76	8, 1974	1, 72062	p=0, 001
	Orta-Belirgin	18	6, 6667	1, 68034	
Ağrı	Sınırd-Hafif	76	9, 9474	2, 63765	p=0, 076
	Orta-Belirgin	18	8, 6667	3, 06786	
Vital Enerji	Sınırd-Hafif	76	14, 9079	3, 64848	p=0, 006
	Orta-Belirgin	18	12, 2778	2, 94669	
Mental Sağlık	Sınırd-Hafif	76	23, 2895	3, 68715	p=0, 003
	Orta-Belirgin	18	20, 2222	4, 35965	

Tablo-14'e baktığımızda KGİ'yi "Sınırd-Hafif" grubunda olan hastaların bakım verenlerinde yaşam kalitesi ölçeğinin (SF-36) bütün alt ölçeklerinin ortalama puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu fark genel sağlık, emosyonel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon, vital enerji ve mental sağlık alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı çıkmış, diğer alt ölçeklerde anlamlı çıkmamıştır.

4.3. Bakım Yüğü

4.3.1 Sosyal Destek Gruplarından Yardım Alan ve Yardım Almayan Şizofreni

Hastaları Bakım Verenlerinde Yüğü Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo-14 Bakım Verenlerde Yüğü

Grup		N	Ortalama	SS	p
Zarit Bakım Yüğü	SDG (+)	34	47, 4706	11, 90680	p=0, 000
	SDG (-)	60	59, 3167	13, 78342	

Sosyal destek gruplarından yardım alan şizofreni hastaları bakım verenlerinin Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğı ortalama puanı sosyal destek gruplarından yardım alamayan şizofreni hastaları bakım verenlerinin ortalama puanından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.

4.3.2 Bakım Verilen Hastanın Klinik Genel İzlemine Göre Yüğü Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo-15 KGİ Göre Bakım Verenlerde Yüğü Puanları

KGİ	N	Ortalama	SS	p
Zarit Bakım Sınırd-Hafif Yüğü	76	52, 5526	13, 81921	p=0, 000
Orta-Belirgin	18	65, 5000	11, 29940	

KGİ’i ‘‘Sınırd-Hafif’’ grubunda olan hastaların bakım verenlerinde Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğı ortalama puanı istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur.

4.4. Tükenmişlik

4.4.1. Sosyal Destek Gruplarından Yardım Alan ve Yardım Almayan Şizofreni Hastaları Bakım Verenlerinde Tükenmişlik Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo-16 Bakım Verenlerde Tükenmişlik

	Grup	N	Ortalama	SS	
Duygusal Tükenmişlik	SDG (+)	34	6, 3529	5, 23324	p=0, 000
	SDG (-)	60	12, 3500	5, 95698	
Duyarsızlaşma	SDG (+)	34	1, 6176	2, 01532	p=0, 000
	SDG (-)	60	3, 5500	2, 45933	
Düşük Kişisel Başarı	SDG (+)	34	9, 3235	4, 80354	p=0, 000
	SDG (-)	60	14, 5667	3, 59551	
Maslach Toplam	SDG (+)	34	17, 2647	9, 68069	p=0, 000
	SDG (-)	60	30, 4833	9, 94304	

Sosyal destek gruplarından yardım alan şizofreni hastaları bakım verenlerinde sosyal destek gruplarından yardım almayan şizofreni hastaları bakım verenlerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin toplam puan ve alt ölçek puanlarının hepsi düşük olup bu düşüklük istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

4.4.2. Bakım Verenlerde Bakım Verilen Hastanın Klinik Genel İzlenim Ölçeğine Göre Tükenmişlik Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo-17 KGI GÖRE Bakım Verenlerde Tükenmişlik

KGI		N	Ortalama	SS	p
Duygusal Tükenmişlik	Sınırd-Hafif	76	9, 2368	5, 78934	p=0, 003
	Orta-Belirgin	18	14, 1667	7, 31839	
Duyarsızlaşma	Sınırd-Hafif	76	2, 5526	2, 21145	p=0, 061
	Orta-Belirgin	18	4, 1111	3, 16021	
Düşük Kişisel Başarı	Sınırd-Hafif	76	12, 3289	4, 99437	p=0, 082
	Orta-Belirgin	18	14, 1111	3, 46221	
Maslach Toplam	Sınırd-Hafif	76	24, 1184	11, 10071	p=0, 006
	Orta-Belirgin	18	32, 3889	12, 07885	

KGI’i ‘‘Sınırd-Hafif’’ grubunda olan hastaların bakım verenlerinde Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin toplam puan ve duygusal tükenmişlik alt ölçeği ortalama puanları daha düşük olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı alt ölçek puanlarında fark İstatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmaya şizofreni hastalarına birincil bakım veren 94 hasta yakını alınmıştır. Çalışmada sosyal destek grubu olarak Ankara ve İzmir'deki şizofreni derneklerinden yardım alan 34 hasta yakını ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda ayaktan takip edilen ve sosyal destek gruplarından yardım almayan 60 hasta yakını; yaşam kalitesi, bakım yükü ve tükenmişlik değerleri açısından karşılaştırılmıştır.

5.1. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Özellikleri

Çalışmaya alınan şizofreni hastaları bakım verenlerinin yaş ortalamalarına baktığımızda sosyal destek gruplarından yardım alanların yaş ortalaması 58.2 ± 11.1 , yardım almayanların yaş ortalaması 54.5 ± 9.8 çıkmıştır. Yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Çalışmamızda bakım verenlerin bakmakta oldukları hastanın hastalık süresi ve bakımla geçen süreye (yıl olarak) baktığımızda sosyal destek gruplarından yardım alan ve yardım almayan şizofreni hastaları bakım verenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmamıştır. Ancak hastanın hastaneye yatış sayısına baktığımızda sosyal destek gruplarından yardım alan şizofreni hastaları bakım verenlerinin hastalarında sosyal destek gruplarından yardım almayan şizofreni hastaları bakım verenlerinin hastalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek çıktığı görülmüştür. Bu fark sosyal destek gruplarından yardım alan şizofreni hastaları bakım verenlerinin eğitim düzeylerinin daha yüksek ve dolayısıyla sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanıyor olmasından kaynaklanıyor olabilir (48).

Bakım verenin cinsiyetine baktığımızda sosyal destek gruplarından yardım alan şizofreni hastaları bakım verenleri ile sosyal destek gruplarından yardım almayan şizofreni hastaları bakım verenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Sosyal destek gruplarından yardım alan şizofreni hastaları bakım verenlerinin 23'ü kadın (%68), 11'i erkek (%32); sosyal destek gruplarından yardım almayan şizofreni hastaları bakım verenlerinin 42'si kadın (%70), 18'i erkek (%30) idi. Toplamda 65 (%69) kadın 29 (%31) erkek çalışmaya katılmıştır. Bu da literatürdeki bakım veren cinsiyet oranlarıyla uyumluydu (48).

Bakım verenin medeni durumuna bakıldığında sosyal destek gruplarından yardım alan şizofreni hastaları bakım verenlerinin 27'sinin (%80) evli ve 7'sinin (%20) bekar olduğu, sosyal destek gruplarından yardım almayan şizofreni hastaları bakım verenlerinin 52'sinin (%86) evli ve 8'inin (%14) bekar olduğu görülmüştür. Sosyal destek gruplarından yardım alan ve yardım almayan şizofreni hastaları bakım verenlerinin medeni durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Eğitim durumlarına baktığımızda sosyal destek gruplarından yardım alan şizofreni hastaları bakım verenlerinin 20'sinin (%59) yüksekokul/üniversite mezunu olduğu, sosyal destek gruplarından yardım almayan şizofreni hastaları bakım verenlerinin 14'ünün (%23) yüksekokul/üniversite olduğu görülmüştür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ve eğitim düzeyinin artmasıyla sosyal desteklerden yararlanma oranının arttığı şeklinde yorumlanabilir. Literatürdeki bulguların bu araştırmanın bulgularını desteklediği görülmektedir. Okur yazar, ilköğretim ve lise mezunu olan bakım verenlerde yüksekokul, üniversite ve üniversite üstü mezunu olan bakım verenlere göre yük daha yüksek bulunmuş ancak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. İlgili yazında da, düşük eğitimi olanlarda yükün daha yüksek

bulunması bu bulguyu desteklemektedir (48). Literatür ile uyumlu olarak bu çalışmada da bakım verenin eğitim düzeyi arttıkça yük düzeyinin azaldığı bulunmuştur (60, 61, 62). Bu sonuç, eğitim düzeyi yüksek bakım verenlerin hastalık hakkında daha fazla bilgi sahibi olmaları, baş etme becerilerinin daha iyi olması ile açıklanabileceği gibi tedavi olanaklarını daha iyi değerlendirebilmeleri ile de ilgili olabilir. Bununla beraber hastalık özelliklerinin iyi kavranması belirtilerin daha iyi tanınmasına ve alevlenmelerin erken fark edilmesine olanak sağlayarak erken müdahale şansını tanımakta ve dolayısıyla yük düzeyinin azalmasına yardımcı olabilir.

Çalışmamızda sosyal destek gruplarından yardım alan şizofreni hastaları bakım verenlerinin hastaları ile sosyal destek gruplarından yardım almayan şizofreni hastaları bakım verenlerinin hastaları Klinik Genel İzlenim Ölçeğine göre değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p=0.410$) çıkmamıştır. Bu durum her iki gruptaki hastaların hastalık şiddetleri açısından eşleşmiş olduğunu göstermekte olup bakım verenlerin yük, tükenmişlik ve yaşam kalitelerinin karşılaştırılmasında etkili olabilecek faktörlerden birinin kontrol altında olduğunu göstermektedir.

5.2 Yaşam Kalitesi

Çalışmamızda sosyal destek gruplarından yardım alan şizofreni hastaları bakım verenlerinde yaşam kalitesi ölçeğinin (SF-36) bütün alt ölçeklerinin ortalama puanlarının daha yüksek çıktığı görülmektedir. Bunlardan genel sağlık, emosyonel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon, ağrı, vital enerji ve mental sağlık alt ölçeklerinde

istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken fiziksel sağlık ve fiziksel rol güçlüğü alt ölçeklerinde anlamlı fark bulunmamıştır.

Literatüre baktığımızda da, iyi sosyal destek grubu bildirenlerde bakım verenin yaşam kalitesi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Şizofreni hastası bir üyesi olan Çinli ailelerin bakım verenleri ile yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, 12 seanslık 3 ay süreli karşılıklı destek grubunun etkinliği rutin aile destek servisleri ile karşılaştırılmıştır. karşılıklı destek grubuna katılan ailelerde azalan tükenmişlik seviyeleri ve artan yaşam kalitesi görülmüş ve bu değişimlerin kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla olduğu ifade edilmiştir. Bu da çalışmamızın bulgularıyla uyumluydu. Deney grubunda ayrıca 3 ay içinde tekrar hastaneye yatma süresinde kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma bildirilmiştir. Sonuç olarak yazarlar, karşılıklı destek gruplarının şizofreni hastası bir üyesi olan ailelerin bakım verenlerine yararlar sağlayabildiğini ve bu yararın rutin aile desteğinin ötesine geçtiğini belirtmişlerdir (63).

Şizofreni ve diğer psikotik hastalara bakım veren aile üyeleri ile yapılan destek gruplarının etkinliğini değerlendiren çalışmaların toplandığı bir gözden geçirmede yazarlar, yapılan destek gruplarının hasta ve hasta yakınlarının psikososyal iyilik halleri üzerine anlamlı olarak olumlu etkileri olduğu kontrollü çalışma sayısının az olduğunu ifade etmişlerdir. Batı ülkelerinde yürütülen deneysel olmayan bir kısım çalışmanın, 1 yıl süre ile grup katılımının yararlarını (hastalıkla ilgili bilginin artması, tükenmişlik ve strese azalma, artan başa çıkma becerileri ve yaşam kalitesi) bildirdiğini belirtmişlerdir. Bulgular bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Ancak bu çalışmaların çoğunda kontrolün olmadığı, sonuçları ölçen standardize ve geçerli enstrümanların kullanılmadığı ve uzun dönem sonuçların

izleminde eksiklik olduğu da ifade edilmiştir. Sonuç olarak, karşılıklı desteğin hem ciddi ruh hastalığı olan hastaların hem de yakınlarının uzun dönem psikososyal ve bakım müdahaleleri üzerine anlamlı etkileri olabileceği bildirilmiştir (64).

Hastaları Klinik Genel İzlenim Ölçeğine göre değerlendirdiğimizde “Sınırdan-Hafif” grubunda olan hastaların bakım verenlerinde yaşam kalitesi ölçeğinin (SF-36) bütün alt ölçeklerinin ortalama puanlarının “orta-belirgin” grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu fark genel sağlık, emosyonel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon, vital enerji ve mental sağlık alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlıyken diğer alt ölçeklerde anlamlı çıkmamıştır. Bu durum hastalık şiddetinin bakım verenlerde yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir.

5.3. Bakım Yüğü

Sosyal destek gruplarından yardım alan şizofreni hastaları bakım verenlerinin Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeği ortalama puanları sosyal destek gruplarından yardım alamayan şizofreni hastaları bakım verenlerinin ortalama puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Literatüre baktığımızda da, düşük sosyal destek bildirenlerde bakım verenin yüğü anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Magliano ve ark., şizofreni (n=709) veya uzun dönemli fiziksel hastalığı olan (n=709) hastaların ailelerinde bakım yüğü ve sosyal ağları karşılaştırmışlar ve şizofreni hastalarında daha fazla öznel yük yanında daha düşük sosyal destek ve acil durumlarda daha az destek olduğunu bulmuşlardır. Düşük sosyal destek bildirenlerde bakım verenin yüğü anlamlı olarak fazla bulunmuştur (65). Literatürdeki bulguların bu araştırmanın bulgularını desteklediği görülmektedir.

Klinik Genel İzlenim Ölçeğinde “Sınırdan-Hafif” grubunda olan hastaların bakım verenlerinin yükü, “Orta-Belirgin” grubunda olan hastaların bakım verenlerinden düşük çıkmış olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Şizofrenide ailenin yükü ile ilgili çalışmalar gözden geçirildiğinde, bu çalışmaların belirti örüntüsü, sosyal işlevsellik gibi hastayla ilişkili ve sosyal destek, duygu ifadesi gibi ailenin diğer üyeleri ile ilişkili etmenleri araştırarak biçimde başlıca iki grupta kümelenedikleri görülmektedir. Negatif belirtilerin ailenin yükünü öngörmede önemli olduğu, saldırgan ve psikotik davranışlardan çok öz bakım ve aktiviteyle ilişkili sorunların daha fazla yük getirdiği bildirilmiştir (4). Klinik özelliklerle ailenin yükü arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir başka çalışmada ise, pozitif belirtilerin, manik/düşmanca tutumların ve yeti yitiminin yükü arttırdığı bildirilmiştir (46).

5.4. Tükenmişlik

Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puan ve alt ölçek puanlarını incelediğimizde sosyal destek gruplarından yardım alan bakım verenlerdeki tükenmişlik düzeylerinin, sosyal destek gruplarından yardım almayan bakım verenlerdeki tükenmişlik düzeylerinden düşük çıkmıştır. Bu düşüklük istatistiksel olarak oldukça anlamlı bulunmuştur. Literatüre baktığımızda 2008 yılında Çin’de yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, 6 ay boyunca haftada iki kez olmak üzere 12 seans şizofreni hastalarına bakım verenlerle yapılan aile katılımlı karşılıklı destek grupları, standart psikiyatrik bakım ile karşılaştırılmıştır. Çalışmaya ayaktan şizofreni hastaları olan 76 aile katılmıştır. Sonuçta karşılıklı destek grubuna katılan ailelerin tükenmişlik ve işlevsellik açısından anlamlı olarak daha çok iyileşme sağladıkları bildirilmiştir (66). Yapılan başka bir çalışmada şizofreni hastalarına

bakım veren kişilere yapılan destek gruplarının etkileri incelenmiştir. Katılımcıların görüşme öncesi, sonrası ve 1 ay sonraki tükenmişlik durumları, depresyon durumları ve programa katılımı ile ilgili memnuniyetlerine bakılmış; destek gruplarına katılımın kontrol grubu ile kıyaslandığında şizofreni hastalarına bakım veren kişilere etkin olarak yardımcı olduğu gösterilmiştir (67). Literatürdeki şizofreni hastalarının bakım verenlerindeki tükenmişlik ile ilgili bulguların bu araştırmanın bulgularını desteklediği görülmektedir.

Klinik Genel İzlenim Ölçeğine göre değerlendirdiğimizde “Sınırdan-Hafif” grubunda olan hastaların bakım verenlerinde Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin toplam ve bütün alt ölçekleri ortalama puanlarının daha düşük olduğu görülmektedir. Bu fark duygusal tükenmişlik alt ölçeği ortalama puanı ve toplam puanda istatistiksel olarak anlamlı; duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı alt ölçekleri ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu durum hastalık şiddetinin bakım verenlerde tükenmişlik skorlarını olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir.

5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler

1. Kendini değerlendirme türü ölçeklerle katılımcının öznel değerlendirmesini almanın yarattığı sınırlılık bu araştırma için de geçerlidir.
2. Araştırmanın verilerini toplamak için kullanılan ölçekler araştırmacı tarafından birebir görüşmeler yapılarak doldurulmuştur. Bu noktada hasta yakınlarının bazıları sosyal beğeniye uygun yanıtlar verme çabası içine girmiş olabilir.
3. Bu araştırmanın örneklemini oluşturan şizofreni hastalarına bakım verenler 94 kişiden oluştuğu için, vaka sayımız bulguların genellenmesinde ve nedensellik bağı kurulmasında bir sınırlılığa yol açmıştır.

4. Bu araştırmada elde edilen bulguların, diğer psikiyatrik hastalıklara bakım verenlerde de incelenmesinde yarar vardır.
5. Kronik bakım gerektiren hastaların bakım veren yakınlarının sosyal destek gruplarına yönlendirilmesi hasta yakınlarına olumlu katkı sağlayabilir,
6. Şizofreni hastalarının bakım verenlerine yönelik oluşturulacak ve uygulanacak programların bakım verenlerin yaşam kalitesi, bakım yükü ve tükenmişliklerinin incelenmesi önerilmektedir.

6. SONUÇLAR

1. Sosyal destek gruplarından yardım alan şizofreni hastalarına bakım verenlerin eğitim seviyesi sosyal destek gruplarından yardım almayan şizofreni hastalarına bakım verenlerden anlamlı olarak yüksek çıkmıştır.
2. Sosyal destek gruplarından yardım alan şizofreni hastaları bakım verenlerinde yaşam kalitesi ölçeğinin (SF-36) bütün alt ölçeklerinin ortalama puanları daha yüksek çıkmıştır. Bunlardan genel sağlık algısı, emosyonel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon, ağrı, vital enerji ve mental sağlık alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken fiziksel sağlık ve fiziksel rol güçlüğü alt ölçeklerinde anlamlı fark bulunmamıştır.
3. Sosyal destek gruplarından yardım alan şizofreni hastalarına bakım verenlerin yük ve tükenmişlik düzeyleri daha düşük bulunmuştur.
4. Klinik Genel İzlenim Ölçeğine göre değerlendirdiğimizde daha ağır hastası olan şizofreni hastalarının bakım verenlerinde yaşam kalitesi puanları daha düşük yük ve tükenmişlik puanları daha yüksek bulunmuştur.

5. Çalışmamızda her ne kadar sosyal destek gruplarından yardım alan şizofreni hastaları bakım verenlerinde sosyal destek gruplarından destek almayan şizofreni hastaları bakım verenlerinden düşük yük ve tükenmişlik puanlar ve yüksek yaşam kalitesi puanları bulunmuş olsa da, gruplar arasındaki eğitim düzeyi ve bakım paylaşımı farklarının sosyal desteğe ulaşmadaki payı göz önüne alındığında doğrudan bir nedensellik bağı kurabilmek zordur. Ancak örneklem sayısı daha fazla tutularak ve diğer faktörler kontrol altında tutularak nedensellik bağına yönelik araştırmalar yapılabilir.

KAYNAKLAR

1. Lamb HR, Oliphant E (1978) Schizophrenia through the eyes of families. Hospital & Community Psychiatry, 29:803-806.
2. Gibbons JS, Horn SH, Powell JM ve ark. (1984) Schizophrenic patients and their families. A survey in a psychiatric service based on a DGH unit. Br J Psychiatry, 144:70-77.
3. Pakenham KI, Dadds MR (1987) Family care and schizophrenia: the effects of a supportive educational program on relatives personal and social adjustment. Aust N ZJ Psychiatry, 21:580-590.
4. Gülseren L. Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2002; 13 (2), 143-151.
5. Karancı N (1995) Caregivers of Turkish schizophrenic patients: casual attributions, burdens, and attitudes to help from the health professionals. Soc Psychiatry Epidemiol, 30:261-268.
6. Demirel Ü, Biber B, Alptekin K ve ark. (1997) Kronik psikiyatrik hastaların sosyal yaşama adaptasyonu ve ailelerine yönelik pilot çalışma. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Antalya, Bildiri Tam Metin Kitabı, s. 93-98.
7. Mete L(1998)Şizofreni:En uzak ülke.İstanbul, İletişim Yayıncılık AŞ, s.112-120.
8. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu E.C, Herken H. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. 1. Baskı, Sayfa:1-11 Ankara, 2007
9. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT:The Quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. Schizophr Bull 10(3):388, 389, 1984

10. Conley Robert R. , Kelly Deanna L. , Pharmacologic Treatment of Schizophrenia 2003.pg:13-20-21, 107-127, 209-217
11. Jablensky A (1993) The Epidemiology of Schizophrenia. Current Opinion in Psychiatry, 6:43-52.
12. Tsuang MT ve ark (1999) Schizophrenia and other psychotic disorders. The Harvard Guide to Psychiatry, 3. Baskı Editör: A.M. Nicholi. Cambridge, Ma: Belknap Press of Harvard University Press.
13. World Health Organization (1979) Schizophrenia. An international follow-up study. New York:John Wiley
14. Buchanan RW, Carpenter WT (2005) Concept of schizophrenia. Comprehensive Textbook of Psychiatry; Sadock BJ, Sadock VA (ed) Cilt I, 8. Baskı, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins sf: 1329-1345.
15. Andreasen NC, Black DW (2006) Introductory Textbook of Psychiatry, 4. Baskı. Washington DC American Psychiatric Press.
16. Leach A, Cherer S (1992) The Epidemiology of Schizophrenia. Current Opinion in Psychiatry, 5:20-24.
17. American Psychiatric Association (2000) Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders, 4. Baskı (DSM-IV-R) Washington DC American Psychiatric Association.
18. Hafner H, Heiden Wan Der ve ark (1998) Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia . Schizophrenia Bull. 24(1):99-113
19. Keshevan MS, Diwadkar VA, Montrose DM ve ark. (2005) Premorbid indicators and risk for schizophrenia. Schizophrenia Res. 45-57.

20. Kety SS ve Mathysse S (1988) Genetic and Biochemical Aspects of Schizophrenia. The New Harvard Guide to Modern Psychiatry.
21. Moldin SO, Gottesman II (1997) Genes, experience and chance in schizophrenia-positioning for the 21. Century. Schizophrenia Bull. 23(4):547-561.
22. Riley BP, Kendler KS (2005) Schizophrenia: Genetics. Comprehensive Textbook of Psychiatry; Sadock BJ, Sadock VA (ed) 8. Baskı, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
23. Andreasen NC, Paradiso S, O'Leary DS (1998) "Cognitive Dysmetria" as an integrative theory of schizophrenia: a dysfunction in cortical-subcortical circuitry? Schizophrenia Bull. 24, (2):203-218.
24. Carpenter WI, (1987) Approaches to knowledge and understanding of schizophrenia. Schizophrenia Bull. 13:1-8, Special Raport: Schizophrenia 1987
25. Öztürk O, Aylin U. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Cilt I, Sayfa: 242- 323 Ankara, 2008.
26. Addington D., Bouchard R.H., Goldberg J., Malla A. ve ar. Clinical Practice Guidelines Treatment of Schizophrenia. The Canadian Journal of Psychiatry. 2005; 50 (1), 1-55.
27. Yıldız M. Psikiyatrik Rehabilitasyonun Felsefesi. 3P Dergisi. 2000; 8(4), 11-15.
28. Yıldız M. Kocaeli Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD. Psikiyatrik Rehabilitasyon Birimi Gündüz Hastanesi Uygulaması: Bir İlk Deneme Değerlendirmesi. Psikiyatrik Rehabilitasyon Bilteni. 2005; 1 (1), 1-19.
29. Charmine C., Williams M.M., Magnus MM. Care: Giving, Receiving and Meaning in The Context of Mental İllnes. Psychiatry. 2006; 69 (1), 26-46.

30. Parker B.A. Living with Mental İllnes: The Family as Caregiver. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services. 1993; 31 (3), 19-21.
31. Cheng Y.C. Caregiver Burnout: A Critical Rewiev of The Literature. San Diego. Faculty of The California School of Professional Psychology at Alliant İnternational University. Degree Doctor of Psychology. 2005.
32. Kuşçu K. Rehabilitasyon Süreci ve Bakım Vericilik : Zedeleyen mi yoksa İyileyen mi?. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmokoloji Dergisi, 2000; 8, 30-34.
33. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, ve ark: Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. 3P Dergisi 1999;7(Ek 2):3-66.
34. Malm U, May PR, Dencker SJ. Evaluation of the quality of life of the schizophrenic outpatient: a checklist. Schizophr Bull 1981; 7: 477-487.
35. Lehman A.F. The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill. Eval Prog Plann 1983;6:143-151.
36. Katschnig H (1999) How useful is the concept of quality of life in psychiatry. Quality of Life in Mental Disorders, H Katschnig, H Freeman, N Sartorius (Ed), England, John Wiley&Sons, .3-16.
37. Bigelow DA, McFarland BH, Olson MM (1991) Quality of life community mental health program clients: Validating a measure. Community Ment Health J, 27:43-55.
38. Lehman AF, Ward NC, Linn LS Chronic mental patients: The quality of life issue. Am J Psychiatry 1982;139:1271-1276.
39. Carpinello B, Lai GL, Pariente CM, Carta MG, Rudas N. Symptoms, standards of living and subjective quality of life: a comparative study of schizophrenic and depressed out-patients. Acta Psychiatr Scand. 1997;96:235-41.

40. Skantze K, Malm U, Dencker SJ, May PR, Corrigan P. Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients. *Br J Psychiatry*. 1992;161:797-801.
41. Ritsner M, Kurs R. Quality of life outcomes in mental illness: schizophrenia, mood and anxiety disorders. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2003;3:89-99.
42. Angermeyer MC, Holzinger A, Kilian R, Matschinger H. Quality of life as defined by schizophrenic patients and psychiatrists. *Int J Soc Psychiatry*. 2001;47:34-42.
43. Özütek, SZ.: 2002. Şizofrenide Aile ve Hasta Arasındaki Etkileşiminin Hastalık Belirtileri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Uzmanlık Tezi. İstanbul.
44. Provencher, H.L., Mueser, K.T.: 1997 “Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with Schizophrenia” *Schizophrenia Research*, 26, 71-80.).
45. Bloch, S., Hafner, J., Harari v.d.: 1994 *The Family in Clinical Psychiatry*, New York, Oxford University Press Inc.;
46. Magliano, L., Fadden, G., Madianos, M. et al:1998 “Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the Biomed I study.” *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 405-415.
47. Pickett SA, Cook JA, Cohler BJ, Solomon ML.:1997. Positive parent/adult child relationships: impact of severe mental illness and caregiving burden. *American J. of Orthopsychiatry*. 67 (2): 220-230
48. Urizar AC, Maldonado JG.: 2006. Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*. 15: 719-724.

49. Kadri N, Manoudi F, Berrada S, Moussaoui D.:2004. Stigma impact on Moroccan families of patients with schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 49:625-629.
50. Schulze B, Rössler W.: 2006. Ruhsal hastalıkta bakım verenin yükü: 2004- 2005 'te ölçümler, bulgular ve müdahalelerin gözden geçirilmesi. *Current Opinion in Psychiatry Turkish Edition*. Vol 2 No:1.
51. Argimon JM, Limon E, Vila J, Cabezas C.:2005. Health related quality of life caregivers as a predictor of nursing home placement of patients with dementia.
52. Jungbauer J, Wittmund B, dietrich S, Angermeyer MC.: 2004. The disregarded caregivers : subjective burdens in spouses of schizophrenia patients. *Schizophr Bull* 30: 665-675.
53. Ergin C. Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkiye sağlık personeli normları. *3P Dergisi* 1996;4:28-33.
54. Duygun T, Sezgin N. Zihinsel engelli ve sağlıklı çocuk annelerinde stres belirtileri stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal desteğin tükenmişlik düzeyine olan etkisi. *Türk Psikol Derg* 2003;18:37-52
55. Editörler: Aydemir Ö, Köroğlu E. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2006: 346-53.
56. Zarit S, Reeve K, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *Gerontologist* 1980; 20:649–55.
57. Caqueo-Urizar A & Gutierrez-Maldonado J, Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Ouality of Life Research* 2006; 15: 719-24.
58. Özlü A. KOU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri AD Ruhsal Travma Yüksek Lisansı Tezi, Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerde Yük Ve Travma Sonrası Gelişim İle İlgili Özellikler, Danışman: Yıldız M, 2007 Kocaeli.

59. Guy W. Clinical Global Impression (CGI). In: Rush A.J, ed. Handbook of Psychiatric Measures, Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000: 100-102.
60. Cook J, Lefley H, Pickett S et al. Age and family among parents of offspring with severe mental illness. *Am J Orthopsychiatr* 1994; 64:435-47.
61. Czuchta D, McCay E. Help-Seeking for Parents of Individuals experiencing a First Episode of Schizophrenia. *Arch Psychiat Nurs* 2001; 15:159-70
62. Guarnaccia P, Parra P. Ethnicity, social status and families experiences of caring for mentally ill family member. *Community Mental Health J* 1996; 32:243-60.
63. Chien W-T, Norman I, Thompson D. R.: A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia 2004 *International Journal of Nursing Studies* 41 (2004) 637–649
64. Chien W-T, Norman I, Thompson D. R: The effectiveness and active ingredients of mutual support groups for family caregivers of people with psychotic disorders: A literature review 2009. *International Journal of Nursing Studies* 46 (2009) 1604–1623
65. Magliano L, Fiorilli A, De Rosa C et al.: 2005. Family burden in long term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. psysical disorders. *Soc.Sci Med.*, 61. 313-322
66. Chien W-T, Norman I, Thompson D. R.: Evaluation of a Peer-Led Mutual Support Group for Chinese Families of People with Schizophrenia 2008 *Am J Community Psychol* (2008) 42:122–134

67. Chien W-T, Norman I, Thompson D. R.: The effects of support groups on caregivers of patients with Schizophrenia, 2002. *International Journal of Nursing Studies* 41 (2004) 637–649

SOSYAL DESTEK GRUPLARINDAN YARDIM ALAN VE YARDIM ALMAYAN ŞİZOFRENİ HASTALARININ BAKIM VERENLERİNDE YAŞAM KALİTESİ YÜK VE TÜKENMİŞLİK DEĞERLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI ÖZET

Bu çalışmanın amacı, sosyal destek gruplarından yardım alan şizofreni hastalarına bakım verenler ile yardım almayan şizofreni hastalarına bakım verenler arasındaki yaşam kalitesi, bakım yükü ve tükenmişlik değerlerinin karşılaştırılmasıdır. Çalışmaya Ankara ve İzmir'deki şizofreni derneklerine düzenli giden 34 hasta yakını ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda ayaktan takip edilen ve sosyal destek grupları ile ilişkisi olmayan 60 hasta yakını alınmıştır. Katılımcılara sosyodemografik bilgi formunun yanı sıra, Kısa Form-36, Zarit Aile Yük Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Klinik Genel İzlenim Ölçeği uygulanmıştır.

Çalışmamızda sosyal destek gruplarından yardım alan bakım verenlerde yaşam kalitesi ölçeğinin (SF-36) bütün alt ölçeklerinin ortalama puanlarının daha yüksek çıktığı görülmüştür. Bunlardan genel sağlık algısı, emosyonel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon, ağrı, vital enerji ve mental sağlık alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken fiziksel sağlık ve fiziksel rol güçlüğü alt ölçeklerinde anlamlı fark bulunmamıştır. Ayrıca sosyal destek gruplarından yardım alan bakım verenlerin Zarit Bakım Yükü Ölçeği ortalama puanları ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin toplam puan ve alt ölçek puanlarının hepsinde sosyal destek gruplarından yardım almayan bakım verenlerin ortalama puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.

Sonuç olarak çalışmamızda sosyal destek gruplarından yardım alan şizofreni hastalarının birincil bakım veren yakınlarında yaşam kalitesi ortalama puanları yüksek, bakım yükü ve tükenmişlik düzeyleri ortalama puanları düşük çıkmıştır.

**A COMPARISON OF QUALITY OF LIFE, BURDEN AND
BURNOUT VALUES OF CAREGIVERS OF SCHIZOPRENIA
PATIENTS WHO TAKE AND WHO DON'T TAKE HELP FROM
SOCIAL SUPPORT GROUPS
SUMMARY**

The aim of this study is to compare quality of life, burden and burnout values of caregivers who take and who don't take help from social support groups. 34 patient relative who regularly visit the schizophrenia associations at Ankara and İzmir and 60 patient relative from outpatients of Gazi University, Faculty of Medicine Department of Psychiatry who don't have any relationship with a social support group are participated in this study. Short Form-36, Zarit Caregiver Burden Scale, Maslach Burnout Inventory, The Clinical Global Impression Scale and Socio-demographic information form is applied to all participants.

In the current study we observed that, average scores for all subscales of the quality of life scale (SF-36) of the caregivers who take help from social support group were higher compared to those who did not take social support; general health perception, emotional distress, social functioning, pain, vitality and mental health subscales reached statistically significant difference, whereas physical health and role-physical subscales did not reach statistical significance. Also Zarit Caregiver Burden Scale score and Maslach Burnout Inventory total score and subscale scores of caregivers who take help from social support groups were significantly lower than scores of caregivers who did not take help from social support groups.

As a result in our work it come out that average scores of quality of life of caregivers of schizophrenia patients who take help from social support groups were high and their average scores of care burden and burnout levels were low.