

**T.C.  
KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN BAKIM  
VEREN YAKINLARINDA TÜKENMİŞLİK SENDROMU VE  
SOSYAL İŞLEVSELLİK DÜZEYLERİ**

**M. TUGAY KAFADAR**

**UZMANLIK TEZİ**

**KIRIKKALE**

**2014**

**T.C.**  
**KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**

**BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN BAKIM VEREN**  
**YAKINLARINDA TÜKENMİŞLİK SENDROMU VE**  
**SOSYAL İŞLEVSELLİK DÜZEYLERİ**

**Dr. M. Tugay KAFADAR**

**UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**

**Yrd. Doç. Dr. Şadiye Visal BUTURAK**

**KIRIKKALE**  
**2014**

**T.C.**  
**KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI**

Psikiyatri Anabilim Dalı uzmanlık programı çerçevesinde yürütülmüş olan “Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Bakım Veren Yakınlarında Tükenmişlik Sendromu ve Sosyal İşlevsellik Düzeyleri” isimli bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 17.06.2014

Yrd. Doç. Dr. Şadiye Visal BUTURAK  
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Psikiyatri Anabilim Dalı  
Jüri başkanı

Doç. Dr. Orhan Murat KOÇAK  
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Psikiyatri Anabilim Dalı  
Üye

Doç. Dr. Cebail KISA  
S.B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği  
Üye

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sırasında her türlü bilgi ve becerisini paylaşan, her konuda desteğini esirgemeyen, tez danışmanım, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, Yard.Doç. Dr. Şadiye Visal BUTURAK ve tüm öğretim üyesi hocalarıma;

Tez aşamasında yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Cebail KISA ve Uzm. Dr. Mustafa DAĞLI'ya ;

Hayatım boyunca yanımda olan annem Ayşe KAFADAR, babam Şerif KAFADAR ve ablalarım Özlem KAYA, Özgür ÖZHAN'a ;  
Teşekkür ederim.

## ÖZET

**KAFADAR, M. Tugay, Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Bakım Veren Yakınlarında Tükenmişlik Sendromu ve Sosyal İşlevsellik Düzeyleri, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Kırıkkale 2014**

Bakım verenlerin kronik psikiyatrik bozuklukların seyri üzerindeki etkisi bilinmektedir. Bakım verenlerin psikiyatrik durumu tükenmişliği, sosyal işlevselliği genellikle göz ardı edilmektedir. Biz bu çalışmada ataklar arası dönemde bile hastanın işlevselliğini bozan bipolar affektif bozukluğu (BAB) olanların bakım verenlerde sosyal işlevselliği, tükenmişlik, anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerinde, hastalıkla ilgili faktörlerin etkilerini araştırmayı amaçladık.

Çalışmaya 101 bipolar bozukluk tanılı hasta ve her birinin 2 bakım vereni çalışmaya dahil edildi. Hastaların DSM-IV'e göre tanıları psikiyatrist tarafından SCID-I kullanılarak konuldu. Hastaların depresyon ve mani şiddetleri Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) ile değerlendirildi. Hastalıkla ilgili değişkenleri ve sosyodemografik verileri toplamak için SKIP-TURK formu kullanıldı. Bakım verenler için tarafımızca hazırlanan sosyodemografik veri formu kullanıldı. Bakım verenlerde tükenmişlik, sosyal işlevsellik, depresyon ve anksiyete düzeylerini değerlendirmek için sırasıyla mashlac tükenmişlik ölçeği (MTÖ), sosyal uyum kendini değerlendirme ölçeği (SUKDÖ), hastane anksiyete depresyon ölçeği (HADÖ) uygulandı.

SUKDÖ puanlarıyla bakım verenlerin eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptadık. MTÖ'de duygusal tükenmenin istatistiksel olarak kadınlarda daha fazla olduğu gözlenmiştir. MTÖ'ne göre duygusal tükenme ile hastane anksiyete depresyon ölçeğinin anksiyete alt ölçeği (HADA) ( $p<0.01$ ), hastane anksiyete depresyon ölçeğinin depresyon alt ölçeği (HADD) ( $p<0.01$ ), bakım süresi ( $p<0.01$ ), maslach tükenmişlik ölçeğinin duyarsızlaşma alt ölçeği (MÖD) ( $p<0.01$ ) ve tarafımızdan hazırlanan bakım vermenin subjektif zorlanma derecesi (ÖZZOR) ( $p<0.01$ ) arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Hastaneye yatış olup olmamasıyla bakım verenlerin HADA( $p=0.032$ ), HADD( $p=0.033$ ), MÖDT( $p=0.022$ ), ÖZZOR( $p=0.004$ ), düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. MÖD ile HADA ( $p<0.01$ ), MÖDT ( $p<0.01$ ), SUKD ( $p<0.01$ ), ve ÖZZOR ( $p<0.01$ ) arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Bipolar bozukluk bakım verenlerin sosyal işlevselliğini bozan, anksiyete ve depresyon düzeylerini arttıran, tükenmişliğe neden olan kronik psikiyatrik bozukluktur.

**Anahtar kelime:** bipolar affektif bozukluk, tükenmişlik, sosyal işlevsellik, bakım veren

## ABSTRACT

**KAFADAR, M. Tugay, Burnout Syndrome and Social Efficiency Levels of the Relatives who Provide Care for Patients with Bipolar Disorder, Kırıkkale University Medical Faculty Department of Psychiatry Dissertation, Kırıkkale 2014**

The impact of the care givers on the progress of the chronic psychiatric disorders is known. The psychiatric condition, burnout and social efficiency of the care givers are generally ignored. In this study we aimed to analyze the impacts of the patients with bipolar affective disorder (BAD), which ruins the efficiency of the patients even during mid-seizures, and the factors related with this disease, on the social efficiency, burnout, anxiety and depression levels of the care givers.

101 patients who are diagnosed with bipolar disorder and 2 care givers for each are included in the study. The diagnosis of the patients according to the DSM-IV is made through SCID-I used by the psychiatrist. The severity of depression and mania are assessed via Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) and Young Mania Rating Scale (YMRS). In order to collect variables and sociodemographic data related with the disease, SKIP-TURK form is used. A sociodemographic data form that we prepared is used on the care givers. In order to assess the burnout, social efficiency, depression and anxiety levels of the care givers, maslach burnout inventory (MBI), social adaptation self-evaluation scale (SASS) and hospital anxiety and depression scale (HADS) are used respectively.

We determined a statistically meaningful relationship between SASS points and education levels of the care givers. It is observed in MBI that emotional burnout is statistically more in women. According to MBI, there is a meaningful relationship between emotional burnout and the subscale of hospital anxiety and depression scale (HADS) ( $p < 0.01$ ), depression subscale of hospital anxiety depression scale (DSHADS) ( $p < 0.01$ ), period of care ( $p < 0.01$ ), depersonalization subscale of maslach burnout inventory (SMBI) ( $p < 0.01$ ) and subjective stress level of care giving (SSLCG) ( $p < 0.01$ ), which was prepared by us. A meaning relationship is found between being hospitalized or not and the HADS ( $p = 0.032$ ), DSHADS ( $p = 0.033$ ), MSDB ( $p = 0.022$ ), SSLCG ( $p = 0.004$ ) levels of the care givers. A meaningful relationship between MSD and HADS ( $p < 0.01$ ), MSDB ( $p < 0.01$ ), SASS ( $p < 0.01$ ), and SSLCG ( $p < 0.01$ ) is found.

Bipolar disorder is a chronic psychiatric disorder, which ruins the social efficiency, increases the anxiety and depression levels of the care givers and causes burnout.

**Key words:** bipolar affective disorder, burnout, social efficiency, caregiver

**İÇİNDEKİLER**

Onay sayfası	III
Teşekkür	IV
Özet	V
Abstrac	VI
İçindekiler	VII
Simgeler ve Kısaltmalar	IX
Tablolar	X
1. Giriş ve amaç	1
2. Genel bilgiler	3
2.1. Duygudurum Bozukluklarının Tarihsel Gelişimi	3
2.2. Bipolar Affektif Bozukluğun Tanımı	3
2.3. Etiyoloji	4
2.4. Epidemiyoloji	4
2.5. Demografik Veriler	5
2.5.1. Yaş	5
2.5.2. Cinsiyet	5
2.5.3. Başlangıç yaşı	5
2.6. Bipolar Affektif Bozukluğun Seyri	6
2.7. Tedaviye Uyum	8
2.8. Tükenmişlik Sendromu	8
2.8.1. Tanım	8
2.8.2. Tarihçe	9
2.8.3. Tükenmişlik ile ilgili kuramsal yaklaşımlar	9
2.8.4. Tükenmişlik sendromunun nedenleri	13
2.8.5. Tükenmişlik sendromunun belirtileri	14
2.8.6. Tükenmişliğin sonuçları	15
2.8.7. Tükenmişlikle başa çıkma yolları	16
2.9. Bakım Veren Tanımı	18

3. Gereç ve Yöntem	19
3.1.Örnekleme	
3.2. Bakım verenlerin çalışmaya alınma ölçütleri	19
3.3. Bakım verenlerin dışlama ölçütleri	19
3.4. Hastaların çalışmaya alınma ölçütleri	19
3.5. Araçlar	20
3.5.1. <i>Hasta izlem dosyası</i>	20
3.5.2. <i>Bakım verenlerin sosyo-demografik özellikler</i>	21
3.5.3. <i>Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ)</i>	21
3.5.4. <i>Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)</i>	21
3.5.5. <i>Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği</i>	22
3.5.6. <i>Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)</i>	22
3.5.7. <i>Young Mani Derecelendirme Ölçeği</i>	22
3.6. İstatistiksel Analiz	23
4. Bulgular	24
4.1. Sosyodemografik Veriler	24
4.2. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) puanları	26
4.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) puanları	29
4.4. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ) puanları	32
4.5. İntihar girişiminde bulunup bulunmamalarına göre karşılaştırma	34
5. Tartışma	36
6. Sonuç	44
kaynaklar	45
Ekler	58
Ek 1: UKU yan etki değerlendirme ölçeği	58
Ek 2: Sosyodemografik bilgi formu	60



## **SİMGELER VE KISALTMALAR**

BAB: bipolar affektif bozukluk

DB: duygudurum bozukluğu

HDDÖ :Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

HADÖ: hastane anksiyete depresyon ölçeği

HADA: hastane anksiyete depresyon ölçeğinin anksiyete alt ölçeği

HADD: hastane anksiyete depresyon ölçeğinin depresyon alt ölçeği

MTÖ: mashlac tükenmişlik ölçeği

MÖDT: maslach tükenmişlik ölçeğinin duygusal tükenme alt ölçeği

MÖKB: maslach tükenmişlik ölçeğinin kişisel başarı alt ölçeği

MÖD: maslach tükenmişlik ölçeğinin duyarsızlaşma alt ölçeği

ÖZZOR: tarafımızdan hazırlanan bakım vermenin subjektif zorlanma derecesi

SUKDÖ : sosyal uyum kendini değerlendirme ölçeği

YMDÖ :Young Mani Derecelendirme Ölçeği

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> Hasta ve bakım verenlerin yaşını, cinsiyetini, eğitimini ve ek hastalık durumlarını gösteren tablo	24
<b>Tablo 2:</b> Hastaların hastaneye yatışını, intihar girişimini, duygu-durumunu, tanısını ve medeni durumunu gösteren tablo.	25
<b>Tablo 3:</b> Hasta ve bakım verenlerin hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, bakım verme süresi ve atak sayılarını gösteren tablo.	25
<b>Tablo 4:</b> Bakım verenlerin hastalara olan yakınlık derecelerini gösteren tablo	26
<b>Tablo 5:</b> Yakınlık derecesi ile HADA, HADD, MÖDT, MÖKB, MÖD, SUKD, ÖZZOR puanlarının tek yönlü ANOVA ile karşılaştırmasına ait F ve p değerleri.	26
<b>Tablo 6:</b> Bakım verenlerin SUKDÖ puanlarının yakınlık derecesine göre, katılımcı sayısı, ortalama, standart sapma, %95 güven aralığı alt ve üst sınırları tablosu	27
<b>Tablo 7:</b> Yakın eğitim düzeyi ile HADA, HADD, MÖDT, MÖKB, MÖD, SUKD, ÖZZOR skorlarının tek yönlü ANOVA ile karşılaştırmasına ait F ve p değerleri tablosu.	28
<b>Tablo 8:</b> Bakım verenlerin SUKDÖ puanlarının eğitim durumuna göre, katılımcı sayısı, ortalama, standart sapma, %95 güven aralığı alt ve üst sınırları	28
<b>Tablo 9:</b> Bakım verenlerin cinsiyetleri ile HADA, HADD, MÖDT, MÖKB, MÖD, SUKD, ÖZZOR skorlarının Students T test ile karşılaştırmasına ait ortalama, standart sapma ve p değerleri.	29
<b>Tablo 10:</b> Bakım verenlerin bakım süresi, HADA, HADD, MÖDT, MÖKB, MÖD, SUKD, ÖZZOR skorlarının birbiriyle ilişki gücünü ve anlamlılık düzeyini Pearson korelasyon analizi kullanılarak yapılan tablo. (**=p<0.01, *=p<0.05)	30
<b>Tablo 11:</b> Hastaneye yatış olup olmaması ile HADA, HADD,	31

MÖDT, MÖKB, MÖD, SUKD, ÖZZOR skorlarının Students T testi ile karşılaştırmasına ait ortalama, standart sapma ve p değerleri tablosu

- Tablo 12:** Bakım veren cinsiyeti ile HADA, HADD, MÖDT, MÖKB, MÖD, SUKD, ÖZZOR skorlarının Students T test ile karşılaştırmasına ait ortalama, standart sapma ve p değerleri tablosu 33
- Tablo 13:** Bakım verenlerin HADD puanlarının eğitim durumuna göre, katılımcı sayısı, ortalama, standart sapma, %95 güven aralığı alt ve üst sınırları tablosu. 34
- Tablo 14:** Hastaların intihar girişiminde bulunmaları ile HADA, HADD, MÖDT, MÖKB, MÖD, SUKD, ÖZZOR skorlarının Students T test ile karşılaştırmasına ait ortalama, standart sapma ve p değerleri tablosu 34

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik ruhsal hastalığı olan hastaların yaşadıkları bilişsel kayıplar beraberinde işlevsel, sosyal ve finansal kayıplara da neden olabilmekte, bu ise hastaların yerine getirmeleri beklenen sosyal ve günlük işlevleri yerine getirmelerinde zorluğa yol açmaktadır. Sonuç olarak psikiyatrik bozukluğu olan hastalar bakım almak zorunda kalmaktadırlar (1). Kronik hastalıklara sahip kişilere bakım verme bakım verenin psikolojik, bedensel sağlık, sosyoekonomik durum gibi hayat kalitesini etkileyen bir süreçtir. Bakım verenin yaşadığı yük psikolojik problemler (depresyon, anksiyete), tükenmişlik, bedensel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon ve finansal problemler gibi sonuçlar ortaya çıkarabilir (2). Bakım verenlerin % 60.6' sı bakım vermelerinden dolayı kendilerine ayıracak zamanları olmadığını, %78.8'i yorgun hissettiklerini, % 84.9'u hastalarıyla iletişimde güçlükler yaşadıklarını, %56.9'u ise finansal güçlükler yaşadıklarını ifade etmişlerdir (3).

“Bakım veren yükü” terimi bakım verirken oluşabilen bedensel, psikolojik, sosyal veya ekonomik tepkileri ifade etmekte kullanılmaktadır (4). Montgomery ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada bakım verme yükü “nesnel yük” ve “öznel yük” olmak üzere iki boyutta incelenmiştir (5). Literatürde “*nesnel yük*” ifadesi sosyal aktivitelerin gerçekleştirilememesi, hastanın ekonomik bağımlılığı, hastalığın ekonomik etkileri, aile rutinlerinin bozulması, hastanın davranışlarını yönetmeye çalışma, ruh sağlığı sisteminin gerektirdiği zaman ve enerji, diğer aile üyelerinin gereksinimlerinin ihmal edilmesi, iş dünyası ile etkileşimin kesilmesi, uygun bir bakım ortamı bulamama şeklinde tarif edilmiştir (6, 7). Araştırmalarda “*öznel yük*” bakım vermenin ağırlığıyla bakım verenin duygularında ortaya çıkan değişiklikler, bu duruma karşı tutumlar ve duygusal tepkileri olarak tanımlamıştır. Yaşanan duygular keder, sıkıntı, utanma, suçluluk duygusu gibi duygusal yanıtlardır (6).

Bipolar affektif bozukluk (BAB) ataklarla seyreden, kişinin işlevselliğini belirgin derecede bozarak yeti yitimine neden olan kronik bir ruhsal hastalıktır. Bozukluğun döngüsel gidişi; bireyi fiziksel, duygusal açıdan etkilemekte, aile fonksiyonlarını, mesleki ve sosyal açıdan uyumunu bozmaktadır (8). BAB' ta remisyon döneminde bile birçok hastada rezidüel belirtilerin görülmesi fonksiyonel iyileşmenin

sendromal iyileşmeden daha zor olduğunu göstermektedir (9, 10, 11, 12). Öte yandan ataklarla seyreden aile içinde ve dışında kişinin yaşam kalitesini etkileyen kronik bir hastalık olan BAB' un aile bireylerini etkilemesi doğal bir sonuç olarak görülmektedir (13). Bu etki sadece atak döneminde değil hastalık durağan durumdayken bile olası atak riski nedeniyle aile bireylerinde görülebilmektedir (14). BAB olan kişilerin yakınlarının psikiyatrik bozukluk açısından genetik yatkınlıkları olduğu da bilinmektedir. Bu genetik yatkınlıkla beraber ailede BAB olan bir bireyin varlığı bakım veren aile bireylerinde strese, tükenmeye ve psikiyatrik bozukluğa neden olabilir. Bakım veren yakınları daha çok öznel tükenmişlik yaşamaktadır. Yapılan birçok çalışmada kronik hastalığı olanların bakım veren yakınlarında stres, depresyon ve diğer sağlık problemleri saptanmıştır (15, 16). BAB tanısı alan hastalara bakım verenler belirgin yük yaşayabilmekte (17); bu hastalığın dalgalı seyir göstermesi nedeniyle de bakım verenler diğer bozukluklarda görülenlerden daha farklı özellikte bir yük yaşayabilmektedir (18, 19). BAB' un ötimik dönemlerinde bile işlevsellikte azalma devam edebildiğinden (20) bu dönemde bile çoğu hasta bakım gerektirebilmektedir. Çoğu psikiyatri kliniklerinde BAB olan bireyin durumuna odaklanılmakta bakım verenlerin ruhsal durumları çoğu zaman göz ardı edilmektedir. Oysa bilinmektedir ki bakım verende psikiyatrik bir bozukluk, tükenmişlik ya da stres olması bakılan hastanın hastalığının seyrini kötü etkileyebilmektedir. Yakın zamanda bakım veren aile bireylerinin davranışlarının hastalığa neden olduğuyla ilgili inanç “hastalık hasta yakınlarında sıkıntıya neden olmaktadır” şeklinde değişmiştir (21). Bu nedenle son zamanlarda yapılan birçok çalışma kronik hastalığın bakım verenler ve aile bireyleri üzerine etkisini araştırmaya yönelik olmuştur.

Bu klinik çalışmada BAB olan bireylere bakım veren kişilerin “bakım verme yükü” ile bunun hastaların hastalıklarıyla ilişkili değişkenlerle olan etkileşimi araştırmak amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Duygudurum Bozukluklarının Tarihsel Gelişimi

Duygudurum bozuklukları (DB) mizaç, vejetatif ve psikomotor alanlarda bozulma ile karakterize bir grup psikiyatrik bozukluğu içerir. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) kitapçığının daha önceki baskılarında DB' ları "affektif bozukluklar" olarak tanımlanmıştır. Ancak günümüzde bu ifade genel anlamda DB terimi ile yer değiştirmiştir. Bu terim sürekli emosyonel durumu yansıtmaktadır. Aslında DB ayrı bozukluklar yerine belirtiler ve semptomlar kümesinden oluşan bir sendrom olarak daha iyi tanımlanabilir (22). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2004 yılındaki verilerine göre depresyon yeti yitimine neden olan hastalıklar arasında 3. sırada yer alırken 2020 yılında ilk sıralara taşınacağı bildirilmektedir (23). DB uzun yıllardır tanınmaktadır. Hipokrat (M.Ö 460-357) ilk kez sistematik olarak melankoliyi "kara safra" olarak adlandırmış; ümitsizlik, iştahsızlık, uykusuzluk, çabuk sinirlenme, huzursuzluk durumu olarak tanımlamıştır. Kapadokyalı Aretaeus (MS 150) ise melankoli ve mani arasındaki bağlantıyı açıkça betimlemiş olmasıyla bilinir ve "öforik mani"yi tanımlayan da yine Kapadokyalı Aretaeusdur. (24). Maninin melankoli ile ilişkisi Falret'in "*folie circulaire*" (döngüsel ruh hastalığı) (25) ve Boillarger'in "*folie a la double forme*" (çifte biçimli ruh hastalığı) (26) kavramlarıyla yeniden keşfedilmiştir. Hare'nin mani üzerine yaptığı çalışmalarda sağaltılmayan bir hastalık olarak görülen maninin prognozu daha iyi olan bir hastalık olduğu belirtilmiştir (27). Daha önce yapılan çalışmalar XIX. yüzyılın sonlarında Krapelin' in önünü açmış ve hastalığın boyutlarını toparlamasını sağlamıştır (28). Hastalığın durumlarını mizaç özelliklerinden başlayarak depresif, manik, karma, psikotik durumlara varan geniş bir çerçeveye içerisinde alarak bugün "manik-depresif bozukluk" dediğimiz durumu açıklamıştır (29).

### 2.2. Bipolar Affektif Bozukluğun Tanımı

BAB hastalık ve iyilik dönemleriyle giden yani ataklarla seyreden kişinin işlevselliğini belirgin derecede bozarak yeti yitimine neden olan bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (30). DSM-IV-TR kitapçığında BAB epizodları major depresif

epizod, manik epizod, karma epizod ve hipomanik epizod olarak tanımlanmıştır. BAB tip I ara ara normal duygudurum dönemlerinin yaşandığı depresyon ve mani ataklarının yinelenmeleriyle seyreden bir bozukluktur (31). BAB tip II ise depresyon ve duygudurumda yükselmenin daha az yaşandığı hipomani dönemleriyle seyreder.

### 2.3. Etiyoloji

Literatürde BAB etiyojisi henüz net olarak ortaya konamamış olmakla birlikte biyolojik ve psikososyal faktörler (enfeksiyöz ajanlar, doğum travmaları, nöroendokrin faktörler, çevresel etkenler, genetik yatkınlık, kullanılan ilaç ve maddeler” sorumlu tutulmuştur (32, 33). Öte yandan BAB psikiyatrik bozukluklar içinde genetik geçişin en sık görüldüğü bozukluklardan biridir (34). Çok sayıda aile ve ikiz çalışmaları bu bozukluğun kalıtsal yönünü ortaya koymuştur (35). Monozigot ikizlerde %40-70 olan birlikte hastalanma oranı dizigotlarda %10-20 bulunmuştur (34). Bu konuyla ilgili birçok gen üzerinde çalışma yapılmıştır. Ancak genetik geçiş şekli net bir biçimde tanımlanamamıştır. Birden fazla genin birlikte rol oynadığı düşünülmekte BAB’ un poligenik multifaktoriyel geçiş gösterdiği bildirilmektedir (36). BAB’ nun toplumdaki yaygınlığı %1 civarındayken bu hastaların birinci derece akrabalarında bu oran %3-9 arasında değişmektedir (35). BAB olan erişkinlerin akrabalarındaki BAB görülme sıklığı normal popülasyondan 8-10 kat daha yüksektir (37). Yapılan bir meta analizde normal popülasyona göre BAB olan ailelerin çocuklarında herhangi bir psikiyatrik hastalık yaşama riskinin 2.4 kat; duygudurum bozukluğu yaşama riskinin ise 4 kat arttığı saptanmıştır (38).

### 2.4. Epidemiyoloji

DB’ nun toplumda ve psikiyatri merkezlerinde en sık görülen psikiyatrik hastalıklardan biri olduğu düşünülmektedir. BAB prevalansı ile ilgili çalışmalar arasında belirgin farklılıklar vardır (39, 40). Birinci basamakta BAB’ un prevalansının yaklaşık olarak %0.7-%1.2 arasında değiştiği tahmin edilmektedir (40, 41). BAB prevalansı ile ilgili çalışmalar arasındaki farklılığının nedeni geçmişte BAB’ la ilgili klinik ve epidemiyolojik çalışmaların göz ardı edilmesi olabilir. Ancak günümüzde bu bozukluğa dikkat giderek artmaktadır. Yakın zamana kadar BAB’ un yaşam boyu prevalansının yaklaşık olarak %1 olduğu düşünülmekteydi. Son dönemde yapılan çalışmalarda BAB 2 tanısını da dahil ettiğimizde tüm BAB’ ların prevalansının en az %5 olduğu bildirilmektedir (22, 39, 42). Çalışmalar arasındaki farkın bir nedeni de

tanı koymak için DSM-IV-TR kitapçığında katı tanı kriterlerinin kullanılması ve tekrarlayıcı depresif ataklar yaşayan hastalarda hipomaninin tanınamaması olabilir (43, 44). Ulusal komorbidite anketi sonuçları, yakın zamanda BAB' ların yaşam boyu prevalanslarını BAB 1 için %1, BAB 2 için %1.1, eşik altı BAB için %2.4 olduğunu göstermişlerdir.

## **2.5. Demografik Veriler**

### **2.5.1. Yaş**

BAB' un başlangıç yaşı genellikle 20 yaş civarındadır. BAB olan erkeklerde hastalık kadınlara oranla 4-5 yaş daha erken başlamaktadır. BAB 1 ve BAB 2' nin başlangıç yaşları genellikle birbirine benzerdir ancak BAB 2 bozukluğu olanlarda başlangıç yaşı çok az miktarda daha büyük olma eğilimindedir (22). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada BAB' un başlangıç yaşı açısından 2 kez tavan yaptığı gösterilmiştir. Bu tavanlardan biri erken erişkinlik döneminde 15-24 yaş arasında ortaya çıkarken, ikinci tavan de 45-54 yaşları arasında olmaktadır (45).

### **2.5.2. Cinsiyet**

Tüm BAB tiplerinin kadın ve erkeklerde görülme sıklığı yaklaşık olarak eşittir (1:1). Hastalığın uzunlamasına seyrine bakıldığında kadınlarda daha sık depresif atak görülmektedir. Yakın zamanda yapılan çalışmalarda ise biseksüel erkeklerde DB' nun daha sık görüldüğü bildirilmektedir (22).

### **2.5.3. Başlangıç yaşı**

BAB 1'de başlangıç yaşı ile ilgili yapılan son çalışmalar üç grupta toplanmaktadır. Başlangıç yaşı ortalaması 17 olanlar erken başlangıçlı, 26 olanlar orta yaş başlangıçlı ve ortalaması 35-46 olanlar geç başlangıçlı olarak sınıflandırılmıştır (46, 47). BAB' ta yapılan çalışmalarda başlangıç yaşının %20-40' nın çocukluk çağına uzandığı (48) ve özellikle de 15-19 yaşları arasında başladığı gösterilmiştir (49). Ergen yaşta başlayanların genelde karma atak yaşamaları (50), ailelerinde daha fazla oranda affektif bozukluk görülmesi (51) ve lityuma zayıf yanıt vermeleri bu tipin BAB alt tipleri arasında en şiddetli olduğunun düşünülmesine yol açmıştır (52). BAB 1 ve BAB 2 bozukluğun başlangıç yaşı birbirine yakındır, fakat BAB 2 bozuklukta başlangıç yaşı biraz daha yüksek olmaya eğilimlidir (22). 50 yaşından sonra başlayan olguların oranı %10 olarak bildirilmektedir (47). İlk belirtilerin 60 yaşından sonra gözlenmesi hastalığın nörolojik (travma, neoplazmlar, multiple skleroz, epilepsi),



infeksiyöz, inflamatuvar nedenler gibi diğer tıbbi durumlara bağlı ortaya çıkma olasılığını artırmaktadır.

## **2.6. Bipolar Affektif Bozukluğun Seyri**

DSM-IV-TR kitapçığına göre BAB' ta görülebilen ataklar majör depresif atak, manik atak, karma atak ve hipomanik atak olarak belirtilmiştir (30). BAB doğal seyri değişkendir. Hastalar ilk manik ataklarını genellikle 21 yaşından önce yaşarlar ancak bazen bu ilk manik atak ergenlik yaşlarında veya 40 yaşından sonra da gözlemlenebilir (53). Erkeklerde mani için ortalama başlangıç yaşı 24.4 ve kadınlarda 24.8 olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda BAB hastalarının %69' una psikiyatriste ilk başvurularında tanı konamadığı bildirilmektedir (54). Diğer yandan eşlik eden komorbid hastalıkların fazla olması bu hastalara tanı konmasını güçleştiren en önemli etkenlerden biri olup BAB' ta ek hastalıkların varlığı tanı konmasını yaklaşık 10 yıl geciktirebilmektedir (35). Hastalarda ilk atak sıklıkla depresyonla başlamaktadır (22, 55). Atakların süresi dönemin türüne göre ve sağaltıma verilen yanıtla göre birkaç hafta ile birkaç ay arasında değişiklik gösterebilmektedir. Bir manik atak ortalama 5-10 hafta, BAB depresif atak 19 hafta, BAB karma atak ise 36 hafta sürebilmektedir (56). Karma ataklar, mani ataklarına göre daha uzun sürmektedir (57). Nitekim atak sayısı arttıkça döngü uzunluğunun (bir atağın başlangıcından sonraki atağın başlangıcına kadar geçen süre) kısalma eğilimi gösterdiği bildirilmiştir. Bu nedenle yaş ilerledikçe döngü uzunluğu da kısalmaktadır (56). Son yıllarda yapılan çalışmalarda hastalığın yinelemelerle seyretmesinin bilinenden çok daha yüksek olduğu ve duygudurum düzenleyici ilaçların daha düşük oranlarda atakların tekrarlamasını önlediği bildirilmektedir. Bir yılda atakların tekrarlama oranlarının %37-44 arasında, 5 yıl içinde ise bu oranın %87 olduğu söylenmektedir (58, 59, 60).

Hastalığın kötü gidişine yönelik öngörülerde bulunabilmek amacıyla literatürde birçok klinik özellik araştırılmış ve kötü seyri ile ilişkilendirilen faktörlerden bazıları şu şekilde sıralanmıştır: erkek cinsiyet, geçirilmiş atak sayısı, düşük sosyoekonomik düzey, kötü iş durumu, ırk, hastaneye yatış sayısı, toplam hastalık süresi, depresyon belirtilerinin süresi, bozukluğun depresif atakla başlaması, karma dönemleri olması, manik dönemler sırasında depresyon belirtilerinin olması, hastalık dönemleri arasında kalıntı belirtilerin bulunması, psikotik belirtilerin olması, duygudurumla uyumlu olmayan psikotik belirtilerin bulunması, alkol-madde kulla-

nım bozuklukları ek tanılarının olması (61). İleriye dönük yapılan bir takip çalışmasında klinik seyir ve sonlanımla ilgili en sağlam göstergenin geçmişte yaşanan dönem sayısı olduğu bildirilmiştir (61). Yapılan birçok çalışmada çok sayıda atak görülen ve belirtilerin sürekli olduğu hastalarda psikososyal işlevlerin kötü gittiği görülmüştür (62, 63). Ayrıca BAB' ta yaşam kalitesinin belirgin düzeyde düştüğü ve genel topluma oranla bu hastaların fiziksel ve sosyal işlevsellik alanlarında da belirgin kayıplar yaşadığı gösterilmiştir. İlâveten düzelme ve ataklarla giden bu hastalığın döngüsel seyri kişinin fiziksel, emosyonel, sosyal ve işlevsel iyilik halini; ailesel, mesleki ve sosyal uyumunu ve bir bütün olarak yaşam kalitesini bozduğu da tespit edilmiştir (64, 65). Uzun dönemli izleme çalışmaları manik hastaların üçte birinin iş başarısının düşük olduğu ve diğer işlev alanlarında da uyum bozuklukları sergiledikleri sonucunu vermektedir (62). Ancak bu ilişkinin daha karışık olduğu sanılmaktadır. Nitekim belirtiler yatışsa bile mesleki işlev düzeyi ve evlilik ilişkilerinde belirgin bozukluk olduğunu ve bu alanlardaki düzelmelerin çok daha geç ortaya çıktığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (66). Gitlin ve ark. BAB hastalarını sık aralıklarla izleyerek ataklar arasındaki belirtileri derecelendirdikleri çalışmalarında, bu dönemlerdeki belirti düzeylerinin psikososyal işlev düzeyi ile daha fazla ancak atak sayısı ile daha az ilişkili olduğunu bildirmektedirler (58). Yani sendromal düzeye ulaşmayan eşik altı belirtiler yine de psikososyal sonlanışı etkilemektedir.

Subklinik dalgalanmaların özgül tedavi stratejileri ile azaltılması sağlanabilirse, hastalığın uzun dönem sonlanışı olumlu olabilir (9).

BAB olan bireye bakım verenlerin yaşadıkları olumsuz deneyimler hastalara bakım vermelerini, rol ve aktivitelerini, sosyal işlevlerini etkilemekte ve ilâveten psikosomatik, anksiyöz ve depresif semptomlar yaşamalarına da neden olabilmektedir (67, 68). Mesleki ve sosyal uyumu bozan BAB' un bakım verenlerin de yaşam kalitesini azaltması, sosyal uyumlarını bozması, bu kişilerde fiziksel ve duygusal tükenmişliğe neden olması beklenebilir bir sonuçtur. Buradan yola çıkarak bakım verenlerin birinci derece akraba olması durumunda bu sonuçların daha da ağırlaşabileceği öne sürülebilir. Bu durum BAB' un genetik geçiş göstermesi ve BAB olanların birinci derece akrabalarında herhangi bir psikiyatrik bozukluğun daha fazla oranda görülüyor olmasıyla da açıklanabilir. Zaten genetik olarak psikiyatrik bir bozukluğa yat-

kın olan kişilerde daha şiddetli tükenmişlik, özelliklede duygusal tükenmişlik ve sosyal işlevsellikte bozukluk görülmesi de doğal bir sonuçtur.

## 2.7. Tedaviye Uyum

BAB yineleyici bir bozukluktur ve tedaviye uyumsuzluk klinik seyri olumsuz etkileyen faktörlerden biri olarak görülmektedir. Düzenli tedaviyle bile BAB I hastalarının % 7'si tam iyileşir, % 45'i birden fazla dönem geçirir ve % 40'ı süregenleşir (69). Bu nedenle bu hastalığın sağaltımında tedaviye uyum büyük önem taşımaktadır. Bireyin genellikle hayat boyu yaşamak zorunda kaldığı böyle bir bozukluk umutsuzluk ve çaresizlik duygularına yol açmakta ve çoğu zaman inkar düzeneği devreye girerek tedavinin aksamasına yol açmaktadır (70). İlaç yan etkileri, ilaçların üretkenliği azaltması ile ilgili ön yargılar, duyguların ilaçlar tarafından kontrol ediliyor olduğu düşüncesi, kendini iyi hissedip ilaca artık gereksinim duymama, kendi çabalarıyla bu hastalığı yenebileceği düşüncesi gibi faktörler ilaçla tedaviye uyumu ciddi düzeyde etkileyen faktörlerdendir (71). Genç yaşlarda tedaviye uyumsuzluk birçok çalışmanın ortak özelliğidir (72). BAB' ta tedaviye uyumsuzluk oranları yapılan çalışmalarda %20-66 arasında değişmektedir (73).

## 2.8. Tükenmişlik Sendromu

### 2.8.1. Tanım

Bu terim Herbert Freudenberger tarafından 1974 yılında ilk kez öne sürülmüş ve yoğun strese maruz kalan kişilerde başarısız olma, yıpranma, enerji ve güç kaybı veya karşılanamayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme olarak tanımlanmıştır (74). Tükenmişlik konusunda çalışmalara öncülük eden Maslach ve Jackson (1986)' a göre tükenmişlik durumu "*yorucu ve problemlili insanlarla yoğun olarak ilgilenenlerin duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı duygularının azalması biçiminde ortaya çıkan bir sendrom*" şeklinde açıklanmaktadır (75). Diğer yandan Pines, Aronson ve Kafry ise görüşlerini sadece çalışanlarla sınırlamadan biraz daha genişletilmiş bir tükenmişlik tanımı sunmuşlar ve tükenmişliği "*duygusal olarak talepkar olan durumlarda uzun dönemli ilişkinin neden olduğu fiziksel, duygusal ve zihinsel bir yorgunluk durumu*" şeklinde tanımlamışlardır (76). Cherniss'e göre ise tükenmişlik sendromunun süreci iş ile ilgili sıkıntılara karşı kişinin davranış ve tutumlarındaki olumsuz cevaplar ile başlamaktadır. Süreçte ilk olarak kişi kendi kaynaklarını ve donanımlarını kullanarak iş ortamındaki beklentilerin dengesizliğini

fark etmekte ve bu durum süreci ikinci aşamaya götürmektedir ki burada hızlı bir şekilde duygusal yorgunluk ve gerginlik yaşanmaktadır. Takip eden üçüncü aşama ise davranış ve tutumlarda değişimi içermekte ve böylece hizmet verilen kişiye mesafeli ve duygudan uzak yaklaşımlar sergilenmektedir. Cherniss' e göre bu durum çalışanın gelen istekler karşısında yaşayacağı duygusal sıkıntıyı önlemek için yaptığı bir savunma olup bu savunmada kişi ilgisiz, mesafeli ve alaycı bir tutumu tercih etmektedir (77).

### **2.8.2. Tarihçe**

Tükenmişlik kavramı yardım mesleklerinde gerçekleşen bir psikolojik durum olarak ilk kez şartlı tahliye memurları arasındaki 'personel tükenmişliğini' önlemek için yeni bir örgütsel yapı öneren Bradley (1969) tarafından kullanılmıştır. İlk ortaya çıkışı 1961 yılında ruhsal baskı ve hayal kırıklığına uğramış bir mimarın işinden ayrılması ve Afrika ormanlarına yerleşmesini konu alan bir tükenmişlik ile ilgili bir olguya dayanır. Buna rağmen literatürde tükenmişlik sendromunun fikir babasının yaygın bir biçimde Herbert Freudenberger olduğu ifade edilmektedir. Freudenberger 1974 yılında yayınladığı "personel tükenmişliği" isimli makalesinde bu sendromu detaylı bir biçimde tanımlamıştır. Diğer taraftan, neredeyse aynı dönemlerde Christina Maslach tesadüfen tükenmişlik terimini aynı biçimde kullanmış ve bu terime yönelik temel olarak sağlık mesleği çalışanları üzerinde çalışmalar yapmaya başlamıştır. Maslach ve çalışma arkadaşları bu terimi benimsediklerinde tükenmişliğin yeni bir psikolojik durum olduğunu keşfetmişlerdir (78).

### **2.8.3. Tükenmişlik ile ilgili kuramsal yaklaşımlar**

#### **Freudenberger 'ın Tükenmişlik Kavramı**

1980 yılında Freudenberger, Richelson ile beraber tükenmişlik kavramını tekrar ele almış ve kişinin kendisini bitirmesi, fiziksel ve zihinsel kaynaklarını tüketmesi, kişinin kendi kendine veya toplumun kişiye dayattığı bazı gerçekçi olmayan beklentilere ulaşmak için aşırı derecede çabalayarak kendini tüketmesi olarak tanımlamıştır (74).

#### **Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli**

Edelwich ve Brodsky' nin modeline göre ise tükenmişlik; çok aşırı iş yoğunluğu, yetersiz ücret, mesai saatlerinin fazla olması, hizmet verilen kişilerden takdir alamama, kişisel idealler ve var olan durum arasındaki büyük farklılıklar, bürokratik

bir takım zorlamalar sonucu ortaya çıkmaktadır (76). Edelwich ve Brodsky tükenmişliği birbirini izleyen ve belirlenebilir aşamalardan geçerek bir süreç sonunda ortaya çıktığını öne sürmüşler ve tükenmişliğin “şevk ve coşku, durgunluk, engellenme ve duygusuzlaşma (apati)” olmak üzere dört aşamada gerçekleştiğini belirtmişlerdir (79).

1.Evre: Şevk ve Coşku Evresi (Enthusiasm): Enerjide artış, aşırı bir umutluluk ve gerçekçi olmayan boyutlara varan mesleki beklentiler sergilenmektedir. Hizmet verilen insanlarla empati kurma, enerjiyi gereksiz biçimde harcama, işi yaşamın amacı olarak görme, işin kendisine her şeyi sağlayacağı beklentisi, bulunulan pozisyonun sorumluluklarını ve faaliyet alanlarını kestirememe gibi durumlar bu dönemde görülebilen tehlike belirtileridir.

2. Evre: Durağanlaşma Evresi (Stagnation): Bu evrede artık istek ve umut duyma halinde azalma olur. Kişi mesleğini uygularken karşılaştığı güçlüklerden, daha önce umursamadığı ya da inkar ettiği bazı noktalardan giderek rahatsız olmaya başlar. Sorgulanmaya başlanan durum ise işten başka bir şey yapmıyor olma durumudur. Zira kişinin mesleği kuramsal ve pratik tüm yönleri ile kişinin varoluşunu tamamen dolduramamıştır.

3. Evre: Engellenme Evresi (Frustration): Kişi yaptığı işteki etkinliğini, işin anlamını ve kendi değerleri açısından işin sonuçlarını sorgulamaya başlar. Bu engellenme sürdükçe kişi üç yol izleyebilmektedir. *Adaptif savunma* mekanizmalarını kullanan kişi içinde bulunduğu duruma göre bir denge kurarak tükenmişlikten çıkmaya çalışır. *Maladaptif savunma* kullanan kişi sorunu görmezden gelir ve kendisini işine daha da çok vererek çözüm arar. Durumdan kendini çekmede, kişi giderek mekanikleşir ve kendisini ruhen işine vermez.

4.Evre: Umursamazlık Evresi (Apathy): Bu aşamada duygusuzlaşmanın tipik belirtileri duygusal kopma, inançların tamamen yitirilmesi, umutsuzluk, işe geç gelme, hizmet verilenlerle görüşmeleri kısa kesme davranışlarıdır. Hizmet götürülen kişiye karşı bir ilgisizlik ve zamanla onları aşağılama oluşur. Dıştan bakıldığında bu kişiler katı, soğuk ve ilgisizdir.

#### *Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli*

Pearlman ve Hartman’a göre tükenmişlik kronik duygusal strese verilen ve üç bileşenden oluşan bir yanıttır. Bu bileşenler; duygusal ve/veya fiziksel tükenme, dü-

şük iş üretimi ve başkalarına karşı duyarsızlaşmayı içeren davranış boyutundaki reaksiyonlardır.

- Fiziksel semptomlar üzerinde odaklaşan fizyolojik boyut (fiziksel tükenme)
- Tutum ve duygular üzerinde odaklaşan duygusal-bilişsel boyut (duygusal tükenme)
- Semptomatik davranışlar üzerinde odaklaşan davranışsal boyut (duyarsızlaşma ve düşük iş verimi) (80).

#### Pines Modeli

Pines ve Aranson modelinde tükenmişlik “*bireyleri duygusal anlamda sürekli tüketen ortamların; bireyler üzerinde yol açtığı fiziksel, duygusal ve zihinsel bitkinlik durumu*” olarak tanımlanmaktadır. Pines’e göre iş yaşamlarından varoluşsal bir anlam elde etmeyi bekleyen idealist kişiler ilk olarak işe yüksek düzeyde bir güdülenme ve beklenti içerisinde başlarlar. Hata yaptıklarını (yanıldıklarını) ya da işlerinden bekledikleri varoluşsal anlamı elde edemeyeceklerini anladıklarında umutsuzluk, çaresizlik ve hatta tükenmişlik duygularına kapılırlar (81).

#### Cherniss Modeli

Bu model tükenmişliği, “*aşırı stres ya da doyumsuzluğa tepki ile işten geri çekilme*” olarak tanımlar. Cherniss Modeli tükenmişliği zamana yayılmış bir süreç olarak ele almaktadır. Bu modele göre tükenmişlik, iş stresine bir tepki olarak başlamaktadır ve psikolojik olarak işle ilişkiyi kesme ile sonlanan bir süreçtir. Hizmeti alana hastaya ilginin kaybını, artan hayal kırıklığını, kötümserliği, kaderciliği, işe motivasyonun, bağlılığın ve işteki gayretin azalmasını, ilgisizliği, iş arkadaşları ve hastalara kızgınlığı ve yaratıcılığın kaybını içeren bir durum olarak tanımlanmaktadır. Tükenmişlik, stresin yol açtığı kontrol altında tutulamayan durumlara karşı bireyin verdiği yanıttır. Yani aşırı stres ya da doyumsuzluğa tepki olarak işten geri çekilmedir (77).

#### Maslach Modeli

Günümüzde kabul gören en yaygın tükenmişlik tanımı Maslach ve arkadaşları tarafından yapılan ve tükenmişliği üç boyutlu olarak algılayan tanımdır. Bu tanımla oluşturulan üç boyut “duyarsızlaşma”, “duygusal tükenme” ve “kişisel başarıda azalma” olarak adlandırılmıştır (82). Bu üç boyuta ilişkin tükenmişliği ölçebilmek için

22 maddeden oluşan “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” geliştirilmiştir (82). Tükenmişliğin üç boyutuna ilişkin bilgiler aşağıda verilmiştir.

- Duygusal Tükenme (Emotional Exhaustion)

Tükenmişliğin bu boyutu daha çok insanlarla yoğun ve yüz yüze ilişkinin kaçınılmaz olduğu meslek çalışanlarında görülmektedir. Duygusal tükenme, tükenmişlik durumunun başlangıcı, merkezi ve en önemli bileşenidir. Maslach ve Jackson (1984) bu durumu, çalışanların yorgunluk ve duygusal yönden kendilerini aşırı yıpranmış hissetmelerindeki artış olarak tanımlamışlardır. Tükenmişliğin bu bileşeni, daha çok iş stresi ile ilgilidir. Duygusal yönden yoğun bir çalışma temposu içinde bulunan birey, kendisini zorlamakta ve diğer insanların duygusal talepleri altında ezilmektedir. Duygusal tükenme işte bu duruma bir tepki olarak ortaya çıkmaktadır. Yorgunluk hissi, bedensel belirtiler, huzursuzluk, kaza olasılığı, depresyon ve aşırı alkol alımı bu boyutta siktir. Literatürde duygusal tükenmenin ortaya çıkışında bireyin kendi yaşamında işin önemli bir yer tutmasının ve işle ilgili konuları boş zamanlarında da kendisine dert etmesinin önemli olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır. İlaveten duygusal tükenme düzeylerini iş doyumu, işin aile yaşamını olumsuz yönde etkilemesi, iş-yetenek uyumu, çalışma süresi ve iş değiştirme isteği gibi faktörlerin de etkilediğini belirten çalışmalar yapılmıştır (83, 84).

- Duyarsızlaşma: (Depersonalization)

Duyarsızlaşma terimi kişinin sorumlu olduğu kişilere karşı katı, mesafeli ve soğuk tutum ve davranışlarını ifade etmek için kullanılan bir terimdir. Çalışan kişi tükenme duygusu ile başa çıkabilmek için alaycı, katı ve mesafeli bir davranış içine girmektedir ve mesafeli davranış bu boyutun en önemli özelliğidir. Duyarsızlaşma mekanizması kişi tarafından tükenme ve düş kırıklığından koruma amacıyla geliştirilen bir mekanizmadır. Bu boyutta tükenme yavaş ve sinsice başlamakta olup ortaya çıkışı her ne kadar ani olsa da tükenme sürekli gelişen bir durum olmaktadır (85). Sonuçta duyarsızlaşma insanlara birer nesne gibi davranmayı ifade etmektedir ve uzaklaşmanın artmasıyla, diğerlerinin gereksinimlerine aldırış etmeyen bir tutum ve duygularına aldırılmama durumu meydana çıkmaktadır (86).

- Kişisel Başarı Eksikliği: (Personal Accomplishment)

Maslach modelinin üçüncü bileşeni kişisel başarı eksikliğidir. Kişisel başarı kişinin işindeki yeterlik ve başarı duygularını tanımlar. Kişisel başarısızlık ise kişinin

kendisini işinde yetersiz ve başarısız olarak değerlendirmesini ifade eder. Bu aşamada birey kişisel olarak başarısızlık duyguları ile doludur. Başkaları hakkında geliştirdiği olumsuz düşünce tarzı sonuçta kişinin kendisi hakkında negatif düşünmesine yol açar. Kişi bu düşünce ve yanlış davranışları ile kendisini suçlu hisseder ve kendisini kimsenin sevmediğine dair bir duygu geliştirir. Kısaca kişisel başarısızlık hissi düşük moral, kişiler arası anlaşmazlık, düşük üretkenlik, sorunlarla başa çıkmada yetersizlik, benlik saygısında azalma gibi belirtileri içerir (87).

#### **2.8.4. Tükenmişlik sendromunun nedenleri**

##### Çevresel Nedenler

Tükenmişlik sendromunun ortaya çıkışında başlıca çevresel nedenler şu şekilde sıralanabilir: Demokratik ve yapıcı olmayan bir eleştiri tarzının kullanılıyor olması, objektif ödüllendirme araçlarının olmaması, çalışanlara eleştiri ve ödüllendirme konusunda eşit davranılmaması, çalışanların mesleki gelecekleri konusunda kendilerini güvensiz hissetmesi, belirsizlik ve engellenme yaşıyor olmaları, zaman alıcı rutin bürokratik işlerin yoğun olması, çalışanların gereksinimlerini dikkate alan bir yönetim anlayışının bulunmaması, iş yükünün fazla olması, hep aynı hasta-müşteri türü ile çalışma, sürekli aynı işi yapma, sürekli ağır ve yavaş ilerleme gösteren hastalarla-müşterilerle çalışma, işin rutin olması, uzun çalışma saatlerinin olması çevresel faktörler arasında sayılabilir (90, 91).

##### Kişisel Nedenler

Maslach'a göre tükenmişlik her insanda ve her durumda oluşmaz. Bireyin kişisel örgütlenmesindeki değişiklikler genel yapıyı etkiler (92). Bazı kişiler olumsuz faktörlerin etkisini kişisel özellikleri sayesinde yok sayabilir veya bu koşullardan daha az etkilenebilirse de kimisi için algılanan olumsuzluk çok daha ciddi olabilir ve birey örgütsel faktörlerden gereğinden daha fazla etkilenebilir. Sonuçta tükenmişliğin ortaya çıkışında yaş, evlilik, çocuk sayısı, eğitim, kendini işe adama ve işine aşırı bağlanma, kişisel beklentilerin yüksek oluşu, bireyin ego gücü, A tipi kişilik özelliklerinin (dış kontrol odaklı olma, empati yeteneğinden ve duygusal kontrolden yoksun olma, gerçekçi olmayan beklenti düzeyine sahip olma, duygusal denge durumu, özel hayatta karşılaşılan psikososyal stres kaynakları gibi pek çok kişisel neden sayılabilir (93).

##### Stres faktörü



Stresin tükenmişlik sendromu gelişmesinde önemli rol oynadığı araştırmacıların büyük çoğunluğunca kabul görmektedir. Stres kavramı kişisel algılamaya bağlı öznel bir duygudur. Kimilerince kendini gösterebilme fırsatı olarak algılanabilecek bir olay, diğer kişiler tarafından içinden çıkılmaz bir problem olarak algılanabilir (88). Maslach ve Leiter, tükenmişlik olgusu üzerinde iş ortamı ile ilgili etmenlerin (çalışma şartları, yöneticilerin tutumu, kişi ve görev arasındaki uyum gibi) bireysel etmenlere oranla daha önemli olduğunu ve üzerinde çok daha fazla düşünülmesi gerektiğini savunmaktadır (89).

### **2.8.5. Tükenmişlik sendromunun belirtileri**

Tükenmişlik hizmeti veren bireyin sağlığını olumsuz etkilemekle birlikte verilen hizmetin niteliğinde ve niceliğinde bozulmaya da yol açmaktadır. Tükenmişlik durumu gelişmeden kısa bir süre önce genellikle stres yaratıcı olaylar gibi bazı çevresel koşullara rastlanır. Genellikle yaptıkları iş için heyecanın yitirilmesi, tatminsizlik ve yardım bekleyen hastalara karşı negatif bir davranış tutumu bu sürecin son basamağını oluşturabilir (94). Schaufeli ve Enzman, tükenmişlik sendromunun belirtilerini “duygusal belirtiler”, “bilişsel belirtiler”, “fiziksel belirtiler”, “davranışsal belirtiler” ve “motivasyonel belirtiler” olmak üzere beş kategoriye ayırmıştır (78).

#### *Duygusal Belirtiler*

- Endişe, hüznün, karamsarlık
- Duyguların anlık olarak değişmesi
- Kaygı ve gerginlik hissetme
- Duygularını kontrol edememe ve nedensiz ağlamalar
- Dinleme ve anlamaya kapalı olma
- Durgun, mesafeli ve duygudan uzak bir iletişim
- Mesleki açıdan, şiddetli derecede işten memnuniyetsizlik ve yetersizlik duygusu

#### *Bilişsel Belirtiler*

- Bilişsel yetilerde yavaşlama, dikkat eksikliği
- Unutkanlık, plansızlık
- Sık hata yapma
- Bağımlı ve sınırlı düşünce kapasitesi

- Kalıplaşmış düşünce tarzı
- Kişiler arası iletişim ve karar verme becerisinde azalmalar

#### *Fiziksel Belirtiler*

- Fiziksel yakınmalar: Baş ağrısı, kas ve eklem ağrıları, sinirlerde çekilmeler, yorgunluk ve sık hastalanma ve/ veya hastalanma endişeleri, sık fiziksel muayeneler, boğaz kurulukları, nefes daralmaları, kilo kayıpları, uyku ve cinsel problemler görülebilir.
- Psikosomatik yakınmalar: Kalp rahatsızlıkları, ülser, mide-barsak sistemi ile ilişkili rahatsızlıklar, solunum problemleri ve nefes almada güçlükler, şeker hastalığı ve astım belirtileri görülebilir.
- Fizyolojik tepkiler: Kalp çarpıntısı, hipertansiyon, serum kolesterol düzeyinde artma ve aşırı terlemeden dolayı deride duyu kaybı olabilir.

#### *Davranışsal Belirtiler*

- Aşırı hareketlilik
- Taşkınlıktan dolayı dikkati yoğunlaştırma güçlükleri
- Kararsızlık, sigara ve alkol kullanımında artışlar, dengesiz beslenme
- Sakarlık ve kaza yapma riskinin yükselmesi
- Öfkeli ve saldırgan davranışlar ile ani parlamalar

#### *Motivasyonel Belirtiler*

- İlgi, merak ve ideallerde azalma
- Hayal kırıklıkları ve şaşkınlıklar
- Sık sık memnuniyetsizliklerini dile getirme
- Yeni durumlar için cesaretsizlik
- Diğerlerinin ne düşündükleri ve ne yaptıklarına ilginin azalması
- Mesleki açıdan ise işe gelme konusunda isteksizlik

#### **2.8.6. Tükenmişliğin sonuçları**

Sonuç olarak tükenmişlik durumu sadece bu durumu yaşayanı değil aynı zamanda ilişkide bulunduğu herkesi de olumsuz etkileyebilen bir durumdur.

#### Tükenmişliğin iş hayatı üzerine etkileri

Maslach tükenmişliğin etkisinin en çok görüldüğü durumun kişinin iş performansındaki düşüş olduğunu ifade etmektedir. Bu düşüş daha ziyade kişinin niteli-

ğinde ve kalitesinde kendini gösterir. Tükenmişlik, işten ayrılma ve iş devamsızlığıyla ilişkilendirilmiştir. Ayrıca işine düzenli devam edenlerde de iş performansında azalmaya neden olmaktadır. İş memnuniyetini azaltmakta, hem kişinin hem de işyerinin verimini düşürmektedir. Tükenme yaşayan kişiler ayrıca iş arkadaşlarını da olumsuz etkileyebilmekte, kişisel çekişmeler oluşmakta ve bunlar da işleri olumsuz etkilemektedir (85).

#### Kişisel sonuçlar

Duygusal anlamda gelişen yorgunluk beraberinde fiziksel problemleri de ortaya çıkarmaktadır. Bu kişiler kendilerini yorgun, bitkin, boşlukta, yeni bir güne başlayacak enerjiden yoksun hissetmektedirler. Bu durumdaki kişilerin, uyku problemi çekmeye başladıkları sık olarak gözlenmektedir. Kronik yorgunluk ve gerginlik, kişiyi fiziksel ve psikolojik hastalıklara açık tutmaktadır. Tükenmişlik bireyin sadece fiziksel sağlığı ile ilgili değil, aynı zamanda ruh sağlığı ile de ilgilidir. Tükenmişlik, kişisel başarı duygusunda ve bireyin benlik saygısında azalmayı beraberinde getirir. Bazı araştırma bulguları, tükenmişliğin başlı başına ruhsal bir hastalık biçimi olduğu varsayımını desteklemektedir. Bununla beraber, tükenmişliğin ruhsal çöküntüye neden olabileceği daha kabul edilebilir bir yargı olarak düşünülmektedir (95). Tükenmişlik, alkol ve yasadışı uyuşturucu madde kullanımı ile ilişkili bulunmuştur. Birçok araştırma, kalp krizleri ve tükenmişlik arasındaki ilişkiyi belgelendirmektedir. Araştırmalar, bu tür çözümlerin aslında sorunu daha da şiddetlendirdiğini göstermektedir (96).

#### **2.8.7. Tükenmişlikle başa çıkma yolları**

Tükenme bir sendrom olarak ele alındığı için sadece tükenmişlik yaşayan kişiye yönelik müdahalelerle giderilebilecek bir sorun değildir. Tükenmişliği önlemek ve üstesinden gelmek için esas olan, problemin varlığını ve önemini kabul etmektir. Bu konuda geliştirilen yöntemlerin çoğu stres ile mücadele alanında elde edilen deneyimlere dayanmaktadır (97). Tükenmenin ne olduğunun ve belirtilerinin bilinmesi kişinin kendindeki durumu erkenden tanımasını ve çözüm aramaya yönelmesini sağlayacaktır (98). Çünkü yerleşik ve ilerlemiş bir tükenme tablosunun giderilmesi oldukça zor olmaktadır. Duygulara odaklı baş etme yöntemlerini daha fazla kullananlarda duygusal tükenme ve duyarsızlık yüksek, kişisel başarı ise düşüktür. Hedefe odaklı baş etme yöntemlerini kullananların da her üç tükenme boyutu ile ters orantılı

olmaları önemlidir (99). Tükenmişliği önleme ve üstesinden gelme yönünde yürütülecek çalışmalar, bireysel düzeyde ve örgütsel düzeyde yapılması gerekenler olarak belirtilebilir.

#### Bireysel Düzeyde Yapılması Gerekenler

En önemlisi kişinin tükenmişliği bilmesi ve kendi üzerindeki etkilerini anlamasıyla erken müdahaleye olanak sağlanabilir. Kişiler işle ilgili gerçekçi hedef ve beklentiler geliştirmelidir. İşe başlamadan önce birey yaptığı işin zorluklarını ve risklerini bilirse, karşılaşılabileceği sorunları önceden görerek önlem alması mümkün olacaktır. Bu nedenle bireylerin çalışmak istedikleri işe ilişkin talepleri ile ilgili pozisyona başvurmadan önce iş hayatına atılacağı örgütü de araştırmaları sürprizlerle karşılaşmaması açısından yarar sağlayacaktır (100). Kişi yaşamının iş dışındaki alanlarını geliştirmesi için teşvik edilmelidir. Hobileri olan, sosyal ilişkileri zengin kişiler tükenmeye karşı daha dayanıklıdırlar. Kişi tatil ve dinlenme olanaklarını mutlaka kullanmalıdır. Örneğin öğle tatilini çalışarak geçirmek, işlerini bitiremediği için izin kullanmamak doğru değildir. İş yerindeki rutin alışkanlıklarını bırakmak, monotonluğu azaltmak, örneğin her öğle tatilini aynı kişilerle aynı yerde geçirmek yerine değişik öğle tatili planları yapmak yararlı olabilir (91). Kişinin insan olarak sınırlılıkları olan bir birey olduğunu ve sorumluluklarının sınırlarını bilmesi, gereksiz ve kaldırmayacağı yüklerin altına girmesini önleyebilir. Kişi hizmet sunduğu kişilere ancak kendi sorumluluk sınırları içinde yardım edebileceğini, kurumun sınırlılıklarını kendisinin aşamayacağını, aşmasının da gerekmediğini, tüm sistemin sorunlarından değil ancak kendi yaptıklarından sorumlu olduğunu bilmelidir (101).

#### Örgütsel Düzeyde Yapılması Gerekenler

Yöneticiler çalışanlarına karşı açık olmalı, sıkıntılı bir durumda kendilerine başvurabileceklerinin mesajını sözel ve davranışsal olarak verebilmelidirler. Yöneticiler elemanlarından neler beklediklerini baştan belirtmeli, kendi verdikleri sözlere uymalı, elemanın sorumluluğunda olmayan konularla ilgili beklenti taşımamalı, elemanlarını gereksiz bürokratik işlerden uzak tutmalıdırlar. Elemanların gereksinim duyduğu sürekli eğitim olanaklarının sağlanması da karşılaşılan mesleki zorluklarla baş edilmesi açısından gereklidir. Sürekli aynı işi yapmak yerine rotasyonlar ile çalışmanın tükenmeyi önlediği bildirilmektedir. Yöneticiler elemanlarının rotasyon ile çalışmalarını ve değişik tipte gereksinimleri olan kişilere hizmet vermelerine izin veren

bir çalışma programı uygulamalıdır (98). Yöneticiler elemanlarını, üzerinde çalıştıkları konuda okumaları, bilimsel toplantılara katılmaları ve araştırmalar yapmaları konusunda desteklemelidirler. Yöneticiler zamanın ve şartların gereklerine göre izledikleri uygulamalarda değişiklikler yapabilmeli, artık gerekmeyen uygulamalardan vazgeçebilmeli, gerekli yeni yöntemleri uygulamaya sokabilmelidirler. Yöneticiler zaman zaman ekip içi sorunların tartışıldığı toplantılar düzenlemeli, ancak bu toplantılarda adil olmalı, uzayıp giden yararsız konuşmalara izin vermemeli ve elemanlarının bireysel sorunlarını tüm topluluğun önünde değil, özel konuşmalıdırlar (98).

### **2.9. Bakım Veren Tanımı**

Bakım veren kavramı: Ağır psikiyatrik hastalıktan etkilenen bireylere bakım ve destek veren aile bireyi ya da arkadaş gibi profesyonel olmayan, para ödenmeyen kişiler olarak tanımlanmaktadır.

### 3.GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1.Örnekleme

Bu çalışmanın yürütülebilmesi için Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan 01.07.2013 tarih ve 13-04 karar numarası ile etik onay alınmıştır.

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri polikliniğinin de izlenmekte olan ve yeni başvuran BAB spektrum bozukluğu olan 101 hasta ve bakım veren 202 yakını 15.07.2013 ile 15.02.2014 tarihleri arasında psikiyatrik görüşme öncesinde çalışmayla ilgili yazılı ve sözlü bilgilendirme yapılarak yazılı onamları alınmıştır. Duygudurum polikliniğine başvuran ve DSM- IV-TR kriterlerine göre tanı almış BAB bozukluğu olan kayıtlı 101 hasta ile 45- 60 dakika süren araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yapılmıştır. Hastalara araştırmacı tarafından yapılan DSM-IV Eksen I bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I) uygulanarak BAB tanısı tekrar değerlendirilmiş, aynı zamanda komorbid birinci eksen tanıları tespit edilmiştir. Hastaların Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği ile atakta olup olmadıkları saptanmıştır. Çalışmaya alınan her bir hastanın bakım veren 2 yakınına sosyodemografik bilgi formu kullanıldı, Mashlac Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ), Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) verilmiştir.

#### 3.2. Bakım verenlerin çalışmaya alınma ölçütleri

- 18-80 yaş arasında olması
- Daha önce BAB tanısı alan ve yeni tanı alan hastalara bakım verme pozisyonu barındıran 2 yakını
- Psikotik bozukluğu olmayan BAB tanısı almış hasta yakınları

#### 3.3. Bakım verenlerin dışlama ölçütleri

- 18 yaş altı ve 80 yaş üstü hastalar
- Okuma yazması olmayanlar
- Psikotik bozukluğu olanlar
- Bedensel hastalığı olanlar
- Son 3 ay içerisinde ağır stres yaşamış olanlar

### 3.4. Hastaların çalışmaya alınma ölçütleri

- Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri polikliniğinin de izlenmekte olan ve yeni başvuran BAB spektrum bozukluğu olan hastalar.

### 3.5. Araçlar

#### 3.5.1. Hasta izlem dosyası

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri polikliniğinin de BAB tanısı alan her hasta, Özerdem ve arkadaşları tarafından geliştirilen, BAB' ları izleminde kullanılan duygudurum bozuklukları hasta kayıt formu (SKIP-Türk formu) temelinde;

- Sosyo-demografik verileri
- İlk başvuru sırasındaki hastalık belirtileri
- En son atağı, remisyon süresi
- Yaşam çizelgesi
- Psikiyatrik ve fiziksel hastalık ek tanıları
- Travma öyküsü (fiziksel, ruhsal, cinsel, adli olay vb)
- Menstrüel siklus özellikleri
- İntihar öyküsü
- İlk epizota ait bilgiler (yaş, hastalık dönemi türü ve şiddeti, ortaya çıkartan olay, psikotik belirti varlığı, ilaç tedavisine yanıt süresi, faydalanılan ilaç)
- Duygudurum dengeleyici kullanımı öncesi hastalık seyrine ait bilgiler (dönem özellikleri, tam iyileşme olup olmaması, tedaviye yanıt v.b)
- Duygudurum dengeleyici kullanımı sonrası hastalık seyrine ait bilgiler
- Birinci ve ikinci derece akrabalarındaki psikiyatrik hastalık öyküleri
- SCID-I ve bazı durumlarda SCID-II ve DSM-IV'e göre eksen tanıları
- Günlük poliklinik izlemde ise CGI-BP (Clinical Global Impression for Bipolar Disorder)
- YMRS (Young Mania Rating Scale), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği,

- UKU (yan etki ölçeği), işlevsellik düzeyi, kullanılan ilaç dozları, kan ilaç düzeylerine ait kayıtlar gibi verileri içeren bir dosya aracılığıyla izlenmektedir. (EK 1)

### **3.5.2. Bakım verenlerin sosyo-demografik özellikler**

Tarafımızca hazırlanan sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, bakım verenin yardım alıp almadığı, hastaya yakınlığı, bakmakla yükümlü olduğu kişiler) ile ilgili sorular bulunmaktadır. (EK 2)

### **3.5.3. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ)**

Bosc ve ark tarafından 1997 yılında geliştirilen SUKDÖ (104) işlevselliği motivasyonlar, davranışlar, kendilik algıları, günlük yaşamdaki farklı ilgi alanlarını ve aldıkları tatminleri değerlendirmesi amacıyla birbirini tamamlayan sorulardan oluşmaktadır. Türkçe' ye uyarlaması, geçerliliği ve güvenilirliği Akkaya ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (105).

### **3.5.4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)**

Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiştir (82). Dilimize uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergin tarafından yapılmıştır (84). Maslach Tükenmişlik ölçeği her biri 5 basamaklı yanıt tipinden (0. hiçbir zaman, 1. çok nadir, 2. bazen, 3. çoğu zaman, 4. her zaman) oluşan 22 maddeden oluşmaktadır. Duygusal tükenme, kişisel başarı ve duyarsızlaşma olmak üzere üç alt skaladan oluşmaktadır. Bunlardan birincisi MTÖ'nin alt ölçeği olan duygusal tükenme (MÖDT) (emotional exhaustion) 9 soruyla ölçülen, ikincisi MTÖ'nin alt ölçeği olan duyarsızlaşma (MÖD) (depersonalization) 5 soruyla ölçülen ve sonuncusu MTÖ'nin alt ölçeği olan kişisel başarı (MÖKB) (personal accomplishment) 8 soruyla ölçülen alt boyuttur. Soru dağılımına bakıldığında; 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 ve 20. ifadeler duygusal tükenme, 5, 10, 11, 15 ve 22. ifadeler duyarsızlaşma, 4, 7, 9, 12, 17, 18,19 ve 21. sorular ise kişisel başarıyı ölçmektedir. Tükenmişlik, var veya yok şeklinde değerlendirilmekte. Buna göre; duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinden alınan yüksek puan ile kişisel başarı boyutundan alınan düşük puan, yüksek tükenmişlik düzeyini ifade eder. Duygusal tükenme değerlendirilirken formdaki 1, 2, 3, 6, 13, 14, 16, 20 numaralı soruların karşılığı olan puanları hesaplandı. Duyarsızlaşma (Yabancılaşma, Depersonalisation ) değerlendirilirken formdaki 5, 10, 11, 15, 22 numaralı



soruların karşılığı olarak belirtilen puanlar hesaplandı. Kişisel Başarı (Personal Accomplishment) değerlendirilirken formdaki 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 numaralı sorulara karşılık gelen puanları hesaplandı.

### **3.5.5. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği**

Zigmond ve Snaith (102) tarafından geliştirilen toplam 14 soru bulunduran 7'si anksiyeteyi, 7'si depresyonu değerlendiren ve hasta tarafından doldurulan dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği çalışması Ömer Aydemir, Taner Güvenir, Levent Küey ve Savaş Kültür tarafından yapılmıştır (103).

### **3.5.6. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)**

Depresyonun şiddetini ölçmek, seyrini izlemek, derecelendirmek için kullanılan en yaygın ölçeklerden birisidir (103). Tanı koyma aracı değildir. 1960 yılında Hamilton ve onun gözetiminde yapılandırılmış hale Williams (1978) tarafından dönüştürülmüştür (106). 17 maddeli olarak hazırlanmış ve somatik yakınmalara daha ağırlık vermektedir. Her soru için 0-4 arasında puanlanmaktadır. Türkçe ' ye uyarlaması, geçerliliği ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (103).

### **3.5.7. Young Mani Derecelendirme Ölçeği**

Young ve arkadaşları tarafından (107) 1978 yılında geliştirilmiştir. BAB' un manik atağını değerlendirmede yaygın kullanılan ölçeklerden birisidir. Türkçeye uyarlaması, geçerliliği ve güvenilirliği Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (108).

### **3.5.8. Öz Zorunluluk Değerlendirme Ölçeği**

“Bakım verenin bakım verme olayının öznel olarak hayatını ne kadar zorlaştırdığını anlamaya yönelik 5 basamaklı yanıt tipine uygun bir skala “sosyo-demografik bilgi formu” içerisinde oluşturulmuştur. Bu skalada “*bakım verici olmak hayatınızı ne kadar zorlaştırıyor?*” şeklinde soru sorulup cevap seçenek başlıkları aşağıdaki gibi düzenlenmiştir:

- Hiç 0
- Hafif 1
- Orta 2
- Ağır 3

- Çok ağır 4

Puanlama 0' dan başlayarak 4'e kadar değerlendirilmekte değer arttıkça bakım vermenin bakım verenin hayatını ne kadar zorlaştırdığını anlamaya çalışılmıştır.

### **3.6. İstatistiksel Analiz**

Araştırma verilerinin istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Program for Social Sciences) 21.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel sonuçların elde edilmesi için değerlerin frekansları, yüzdeleri, ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmıştır. İki gruba ait sürekli değişkenlerin ortalamaları arasındaki farkın değerlendirilmesi için Students T testi kullanılmıştır. T-testi uygulanmadan önce ortalama puanlar açısından her iki grubun homojen olup olmadığı ve varyanslarının eşit olup olmadığı F testi ile değerlendirilmiştir. Ölçek puanları arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde parametrik özellik gösteren değişkenler için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Parametrik olmayan değişkenlerde, sürekli değişkenlerin ortalamaları arasındaki farkı değerlendirmek için tek yönlü varyans analizi (One-Way Analysis of Variance (ANOVA)) ve post hoc değerlendirmede Bonferroni Düzeltme testi kullanılmıştır. Tüm istatistik değerlendirmeler iki uçludur ve  $p < 0.05$  olduğunda istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## 4.BULGULAR

### 4.1. Sosyodemografik Veriler

Çalışmaya 58 (%57.4) kadın ve 43 (%42.6) erkek hasta ve bunlara bakım veren 114 (%56.4) kadın ve 88 (%43.6) erkek bakıcı veya yakını alınmıştır. Hastaların ortalama yaşı  $39.46 \pm 12.87$  ve bakım verenlerin ortalama yaşı  $46.76 \pm 13.91$  olarak saptanmıştır.

33(%32.7) hasta ve 41 (%20.3) bakım veren kişide yaşam boyu ek psikiyatrik hastalık olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1)

**Tablo 1:** Hasta ve bakım verenlerin yaşını, cinsiyetini, eğitimini ve ek hastalık durumlarını gösteren tablo.

		Hasta (%)	Bakım Veren (%)
<b>Yaş</b>		$39.46 \pm 12.87$	$46.76 \pm 13.91$
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	58 (%57.4)	114 (%56.4)
	Erkek	43 (%42.6)	88 (%43.6)
<b>Eğitim Durumu</b>	Okur-Yazar	12 (%11.9)	8 (%4.0)
	İlkokul	19 (%18.8)	69 (%34.2)
	Ortaokul	9 (%8.9)	33 (%16.3)
	Lise	29 (%28.7)	52 (%25.7)
<b>Ek Hastalık</b>	Üniversite	32 (%31.7)	40 (%19.8)
	Yok	68 (%67.3)	161 (%79.7)
	Var	33 (%32.7)	41 (%20.3)

Çalışmaya dahil edilen hastaların 84 tanesi BAB 1 ve 17 tanesi BAB 2 tanısı almıştır. Bu hastalardan 62 (%61.4) tanesinin ötimik, 27 (%26.7) tanesinin depresif, 12 (%11.9) tanesi manik dönemde olduğu tespit edilmiştir. Hastaların 25 (%24.75) tanesinde bir veya daha fazla intihar girişimi öyküsü olduğu saptanmıştır. Hastaların ortalama atak sayısı  $9.90 \pm 9.21$  olarak bulunmuştur. 61 hastanın geçmişte bir veya daha fazla hastaneye yatışı olduğu görülmüştür (Tablo 2)

**Tablo 2:** Hastaların hastaneye yatışını, intihar girişimini, duygu-durumunu, tanısını ve medeni durumunu gösteren tablo.

		Hasta (%)
Hastaneye Yatış	Yok	40 (%39.6)
	Var	61 (%60.4)
İntihar Girişimi	Yok	76 (%75.24)
	Var	25 (%24.75)
Duygudurum	Ötimik	62 (%61.4)
	Depresif	27 (%26.7)
	Manik	12 (%11.9)
Tanı	Tip 1	84 (%83.2)
	Tip 2	17 (%16.8)
Medeni Durum	Bekar	36 (%35.6)
	Evli	55 (%54.5)
	Boşanmış	10 (%9.9)

Çalışmaya dahil edilen BAB hastalarında hastalığın başlangıç yaşı ortalama  $26.26 \pm 10.15$ , hastalık süresi  $13.29 \pm 9.81$  (yıl) olarak bulunmuştur. Bakım verenlerin ortalama bakım süresi ise  $10.33 \pm 7.47$  (yıl) olarak saptanmıştır. (Tablo 3)

**Tablo 3:** Hasta ve bakım verenlerin hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, bakım verme süresi ve atak sayılarını gösteren tablo.

	Hasta	Bakım veren
<b>Hastalık başlangıç yaşı</b>	$26,26 \pm 10,15$	-
<b>Hastalık süresi</b>	$13,29 \pm 9,81$	-
<b>Bakım verme süresi</b>	-	$10,33 \pm 7,47$

Çalışmaya alınan 202 bakım verenin hastalara olan yakınlık dereceleri tablo 4'te gösterilmiştir.

**Tablo 4:** Bakım verenlerin hastalara olan yakınlık derecelerini gösteren tablo

Yakınlık Derecesi	Sayı	Oran (%)
Eş	44	(%21.8)
Anne	57	(%28.2)
Baba	38	(%18.8)
Abla	13	(%6.4)
Ağabey	13	(%6.4)
Oğlu/Kızı	29	(%14.4)
Diğer	8	(%4.0)

#### 4.2. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) puanları

SUKDÖ puanları ve öz zorlanma puanları ile yakınlık derecesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır (SUKDÖ için  $p=0.012$ , ÖZZOR için  $p=0.002$ ) (Tablo 5). Yakınlık derecesine göre SUKDÖ puanları en küçükten en yükseğe doğru sırasıyla anne, baba, eş, çocuklar, kız kardeş ve erkek kardeşdir (Tablo 6). SUKDÖ puanları açısından anne ve erkek kardeş arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0.012$ ) (Tablo 5, Tablo 6). SUKDÖ puanlarıyla bakım verenlerin eğitim düzeyi arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Üniversite mezunu olanların SUKDÖ puanları ilkokul ve ortaokul mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 7). Yakınlık derecesi ile SUKDÖ ve ÖZZOR puanlarının tek yönlü ANOVA ile karşılaştırılmasında SUKDÖ puanları ve öz zorlanma puanları ile yakınlık derecesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki tespit edilmiştir (SUKD:  $p=0.012$ , ÖZZOR:  $p=0.002$ ) (Tablo 5).

**Tablo 5:** Yakınlık derecesi ile HADA, HADD, MÖDT, MÖKB, MÖD, SUKDÖ, ÖZZOR puanlarının tek yönlü ANOVA ile karşılaştırılmasına ait F ve p değerleri tablosu.

Serbestlik derecesi	F (6,195)	p	
<b>HADA</b>	(6,195)	1.805	0.100
<b>HADD</b>	(6,195)	1.943	0.076
<b>MÖDT</b>	(6,195)	2.031	0.063
<b>MÖKB</b>	(6,195)	0.412	0.870
<b>MÖD</b>	(6,195)	0.941	0.467
<b>SUKD</b>	(6,195)	2.797	<b>0.012</b>
<b>ÖZZOR</b>	(6,195)	3.556	<b>0.002</b>

HADA: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinin anksiyete alt ölçeği  
 HADD: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinin depresyon alt ölçeği  
 MÖDT: Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duygusal tükenme alt ölçeği  
 MÖKB: Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin kişisel başarı alt ölçeği  
 MÖD: Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duyarsızlaşma alt ölçeği  
 SUKDÖ: Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği  
 ÖZZOR: tarafımızdan hazırlanan bakım vermenin subjektif zorlanma derecesi

**Tablo 6:** Bakım verenlerin SUKDÖ puanlarının yakınlık derecesine göre, katılımcı sayısı, ortalama, standart sapma, %95 güven aralığı alt ve üst sınırları tablosu

	Yakınlık	Bakım veren	Ortalama	Standart	%95 Güven Aralığı	
	Derecesi	Sayısı		Sapma	Alt Sınır	Üst Sınır
<b>SUKDÖ</b>	Anne	57	37.59	7.99	35.47	39.71
	Baba	38	37.78	8.83	34.88	40.69
	Eş	44	38.65	6.66	36.63	40.68
	Oğlu/Kızı	29	39.13	8.13	36.04	42.23
	Abla	13	43.38	4.53	40.64	46.12
	Abi	13	45.30	7.16	40.97	49.64

SUKDÖ: Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği

SUKDÖ puanları açısından anne ve erkek kardeş arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.012$ ) (Tablo 5 ve Tablo 6).

Hasta yakınının eğitim düzeyi ile SUKDÖ puanlarının tek yönlü ANOVA ile karşılaştırmasında SUKDÖ puanlarıyla bakım verenlerin eğitim düzeyi arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Üniversite mezunu olanların SUKDÖ puanları ilkökul ve ortaokul mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek çıkmıştır ( $p<0.001$ ) (Tablo 7 ve Tablo 8)

**Tablo 7:** Yakın eğitim düzeyi ile HADA, HADD, MÖDT, MÖKB, MÖD, SUKD, ÖZZOR skorlarının tek yönlü ANOVA ile karşılaştırmasına ait F ve p değerleri tablosu.

	Serbestlik derecesi	F (4,197)	p
<b>HADA</b>	(4,197)	1.714	0.148
<b>HADD</b>	(4,197)	4.404	<b>0.002</b>
<b>MÖDT</b>	(4,197)	0.336	0.854
<b>MÖKB</b>	(4,197)	0.476	0.754
<b>MÖD</b>	(4,197)	0.414	0.799
<b>SUKD</b>	(4,197)	6.623	<b>0.000</b>
<b>ÖZZOR</b>	(4,197)	0.900	0.465

HADA: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinin anksiyete alt ölçeği

HADD: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinin depresyon alt ölçeği

MÖDT: Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duygusal tükenme alt ölçeği

MÖKB: Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin kişisel başarı alt ölçeği

MÖD: Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duyarsızlaşma alt ölçeği

SUKDÖ: Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği

ÖZZOR: tarafımızdan hazırlanan bakım vermenin subjektif zorlanma derecesi

**Tablo 8:** Bakım verenlerin SUKDÖ puanlarının eğitim durumuna göre, katılımcı sayısı, ortalama, standart sapma, %95 güven aralığı alt ve üst sınırları

	Eğitim Durumu	Bakımveren Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	95% Güven Aralığı	
					Alt Sınır	Üst Sınır
<b>SUKDÖ</b>	Okur Yazar	8	39.37	9.92	31.07	47.67
	İlkokul	69	36.46	7.72	34.60	38.32
	Ortaokul	33	37.72	8.11	34.85	40.60
	Lise	52	39.80	7.26	37.78	41.83
	Üniversite	40	43.97	6.68	41.83	46.11
	Toplam	202	39.13	7.98	38.02	40.24

SUKDÖ: Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği

### 4.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) puanları

MTÖ'nde kadınlarda duygusal tükenmenin anlamlı olarak erkeklerden daha fazla olduğu saptanmıştır ( $p=0.024$ ) (Tablo 9). Korelasyon analizinde bakım verenlerin hastalarla geçirdikleri süreyle duygusal tükenme arasında istatistiksel yönden anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duygusal tükenme alt ölçeği (MÖDT) puanları ile sırasıyla Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinin anksiyete alt ölçeği (HADA) ( $p<0.01$ ), Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinin depresyon alt ölçeği (HADD) ( $p<0.01$ ), bakım süresi ( $p<0.01$ ), Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duyarsızlaşma alt ölçeği (MÖD) ( $p<0.01$ ), bakım vermenin subjektif zorlanma derecesi (ÖZZOR) ( $p<0.01$ ) ve hastaneye yatış ( $p<0.022$ ) puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo10, Tablo11). Ayrıca MÖD puanları ile HADA ( $p<0.01$ ), MÖDT ( $p<0.01$ ), SUKDÖ ( $p<0.01$ ) ve ÖZZOR ( $p<0.01$ ) puanları arasında da anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo10). Bakım verenlerin cinsiyetleri ile MÖDT, MÖD, Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin kişisel başarı alt ölçeği (MÖKB) puanlarının Students T test ile karşılaştırılması sonrasında MTÖ'nin duygusal tükenme alt ölçeğinde kadınlarda duygusal tükenmenin anlamlı olarak erkeklerden daha fazla olduğu görülmüştür ( $p=0.024$ ) (Tablo 9).

**Tablo 9:** Bakım verenlerin cinsiyetleri ile HADA, HADD, MÖDT, MÖKB, MÖD, SUKD, ÖZZOR skorlarının Students T test ile karşılaştırmasına ait ortalama, standart sapma ve p değerleri.

	Bakım Veren	ORT $\pm$ SD	P
	<b>Cinsiyet</b>		
<b>HADA</b>	Kadın	9.03 $\pm$ 3.80	<b>0.004</b>
	Erkek	7.53 $\pm$ 3.43	
<b>HADD</b>	Kadın	8.10 $\pm$ 3.87	0.093
	Erkek	7.20 $\pm$ 3.61	
<b>MÖDT</b>	Kadın	13.62 $\pm$ 7.37	<b>0.024</b>
	Erkek	11.28 $\pm$ 7.06	
<b>MÖKB</b>	Kadın	21.23 $\pm$ 4.97	0.699
	Erkek	21.52 $\pm$ 5.50	
<b>MÖD</b>	Kadın	4.49 $\pm$ 3.38	0.885
	Erkek	4.42 $\pm$ 3.48	
<b>SUKD</b>	Kadın	38.54 $\pm$ 7.43	0.233
	Erkek	39.18 $\pm$ 9.54	

HADA: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinin anksiyete alt ölçeği



HADD: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinin depresyon alt ölçeği

MÖDT: Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duygusal tükenme alt ölçeği

MÖKB: Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin kişisel başarı alt ölçeği

MÖD: Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duyarsızlaşma alt ölçeği

SUKDÖ: Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği

ÖZZOR: tarafımızdan hazırlanan bakım vermenin subjektif zorlanma derecesi

Bakım verenlerin bakım süresi, MÖDT, MÖD, MÖKB, HADA, HADD, SUKDÖ, ÖZZOR skorlarının birbiriyle ilişki gücünü ve anlamlılık düzeyini değerlendirmek için kullanılan Pearson korelasyon analizinde bakım verenlerin hastalarla geçirdikleri süreyle MÖDT puanları arasında istatistiksel yönden anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0.01$ ). MÖDT puanları ile sırasıyla HADA ( $p<0.01$ ), HADD ( $p<0.01$ ), bakım süresi ( $p<0.01$ ), MÖD ( $p<0.01$ ) ve ÖZZOR ( $p<0.01$ ) puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Ayrıca MÖD puanları ile yine sırasıyla HADA ( $p<0.01$ ), SUKD ( $p<0.01$ ) ve ÖZZOR ( $p<0.01$ ) puanları arasında da anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo10).

**Tablo 10:** Bakım verenlerin bakım süresi, HADA, HADD, MÖDT, MÖKB, MÖD, SUKD, ÖZZOR skorlarının birbiriyle ilişki gücünü ve anlamlılık düzeyini Pearson korelasyon analizi kullanılarak yapılan tablo. (\*\*= $p<0.01$ , \*= $p<0.05$ )

		BAKIM SÜRESİ	HADA	HADD	MÖDT	MÖKB	MÖD	SUKD	ÖZZOR
<b>BAKIM SÜRESİ</b>	r	1	,211**	,228**	,433**	-,230**	,329**	-,206**	,400**
	p		0,003	0,001	0	0,001	0	0,003	0
<b>HADA</b>	r		1	,562**	,467**	-,143*	,414**	-,440**	,297**
	p			0	0	0,042	0	0	0
<b>HADD</b>	r			1	,481**	-,222**	,393**	-,479**	,323**
	p				0	0,001	0	0	0
<b>MÖDT</b>	r				1	-,363**	,664**	-,293**	,613**
	p					0	0	0	0
<b>MÖKB</b>	r					1	-,390**	,382**	-,256**
	p						0	0	0
<b>MÖD</b>	r						1	-,405**	,507**
	p							0	0
<b>SUKD</b>	r							1	-,279**
	p								0
<b>ÖZZOR</b>	r								1

HADA: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinin anksiyete alt ölçeği

HADD: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinin depresyon alt ölçeği

MÖDT: Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duygusal tükenme alt ölçeği

MÖKB: Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin kişisel başarı alt ölçeği

MÖD: Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duyarsızlaşma alt ölçeği

SUKDÖ: Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği

ÖZZOR: tarafımızdan hazırlanan bakım vermenin subjektif zorlanma derecesi

Hastaneye yatış olup olmaması ile MÖDT, MÖD, MÖKB puanlarının Students T testi ile karşılaştırılmasında MÖDT ile hastaneye yatış arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir ( $p=0.032$ ) (Tablo11).

**Tablo 11:** Hastaneye yatış olup olmaması ile HADA, HADD, MÖDT, MÖKB, MÖD, SUKD, ÖZZOR skorlarının Students T testi ile karşılaştırılmasına ait ortalama, standart sapma ve p değerleri tablosu

	Hastaneye Yatış	ORT $\pm$ SD	p
<b>HADA</b>	Yok	7.10 $\pm$ 3.49	<b>0.032</b>
	Var	8.70 $\pm$ 3.72	
<b>HADD</b>	Yok	6.55 $\pm$ 3.03	<b>0.033</b>
	Var	8.13 $\pm$ 3.90	
<b>MÖDT</b>	Yok	10.30 $\pm$ 6.92	<b>0.022</b>
	Var	13.83 $\pm$ 7.79	
<b>MÖKB</b>	Yok	21.60 $\pm$ 4.89	0.926
	Var	21.50 $\pm$ 4.85	
<b>MÖD</b>	Yok	3.60 $\pm$ 2.95	0.161
	Var	4.52 $\pm$ 3.37	
<b>SUKD</b>	Yok	39.25 $\pm$ 8.30	0.596
	Var	40.18 $\pm$ 8.79	
<b>ÖZZOR</b>	Yok	1.47 $\pm$ 1.19	<b>0.004</b>
	Var	2.19 $\pm$ 1.19	

HADA: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinin anksiyete alt ölçeği

HADD: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinin depresyon alt ölçeği

MÖDT: Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duygusal tükenme alt ölçeği

MÖKB: Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin kişisel başarı alt ölçeği

MÖD: Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duyarsızlaşma alt ölçeği

SUKDÖ: Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği

ÖZZOR: tarafımızdan hazırlanan bakım vermenin subjektif zorlanma derecesi

#### 4.4. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ) puanları

HADA puanları ile sırasıyla HADD ( $p<0.01$ ) ve SUKDÖ ( $p<0.01$ ) puanları arasında ve yine HADD puanları ile SUKDÖ puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0.01$ ) (Tablo 10). Kadınların HADA puanları erkeklere oranlara anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır ( $p=0.004$ ) (Tablo 9). Eğitim düzeyleri açısından değerlendirildiğinde bakım verenler içerisinde üniversite mezunu olanlarla ilkökul ve ortaokul mezunlarının HADD puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki saptanmıştır ( $p=0.002$ ) (Tablo 8).

Bakım verenlerin bakım süresi, HADA, HADD, MÖDT, MÖKB, MÖD, SUKDÖ ve ÖZZOR skorlarının birbiriyle ilişki gücünü ve anlamlılık düzeyini değerlendirmek için kullanılan Pearson Korelasyon analizi sonunda HADA puanları ile sırasıyla HADD ( $p<0.01$ ) ve SUKDÖ ( $p<0.01$ ) puanları arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Ayrıca HADD puanları ile SUKDÖ puanları arasında da anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0.01$ ) (Tablo10)

Bakım verenin cinsiyeti ile hastane HADA ve HADD puanlarının Students T testi ile karşılaştırılmasında kadınlarda anksiyete puanları erkeklerden anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ( $p=0.004$ ) (Tablo12).

**Tablo 12:** Bakım veren cinsiyeti ile HADA, HADD, MÖDT, MÖKB, MÖD, SUKDÖ, ÖZZOR skorlarının Students T test ile karşılaştırmasına ait ortalama, standart sapma ve p değerleri tablosu

	Bakım Veren	ORT $\pm$ SD	p
	<b>Cinsiyet</b>		
<b>HADA</b>	Kadın	9.03 $\pm$ 3.80	<b>0.004</b>
	Erkek	7.53 $\pm$ 3.43	
<b>HADD</b>	Kadın	8.10 $\pm$ 3.87	0.093
	Erkek	7.20 $\pm$ 3.61	
<b>MÖDT</b>	Kadın	13.62 $\pm$ 7.37	<b>0.024</b>
	Erkek	11.28 $\pm$ 7.06	
<b>MÖKB</b>	Kadın	21.23 $\pm$ 4.97	0.699
	Erkek	21.52 $\pm$ 5.50	
<b>MÖD</b>	Kadın	4.49 $\pm$ 3.38	0.885
	Erkek	4.42 $\pm$ 3.48	
<b>SUKDÖ</b>	Kadın	38.54 $\pm$ 7.43	0.233
	Erkek	39.18 $\pm$ 9.54	

HADA: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinin anksiyete alt ölçeği  
 HADD: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinin depresyon alt ölçeği  
 MÖDT: Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duygusal tükenme alt ölçeği  
 MÖKB: Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin kişisel başarı alt ölçeği  
 MÖD: Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duyarsızlaşma alt ölçeği  
 SUKDÖ: Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği  
 ÖZZOR: tarafımızdan hazırlanan bakım vermenin subjektif zorlanma derecesi  
 ORT $\pm$ SD: Ortalama ve standart sapma

Hasta yakınının eğitim düzeyi ile HADÖ' nin anksiyete ve depresyon alt ölçekleri puanlarının tek yönlü ANOVA ile karşılaştırması sonrasında eğitim düzeyleri açısından değerlendirildiğinde bakım verenler içerisinde üniversite mezunu olanlarla ilkokul ve ortaokul mezunu olanlara göre depresyon puanları arasında istatistiksel yönden anlamlı negatif ilişki saptanmıştır ( $p=0.002$ ) (Tablo 7, Tablo 13)

**Tablo 13:** Bakım verenlerin HADD puanlarının eğitim durumuna göre, katılımcı sayısı, ortalama, standart sapma, %95 güven aralığı alt ve üst sınırları tablosu.

	<b>Eğitim Durumu</b>	<b>Bakımveren Sayısı</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>	<b>95% Güven Aralığı</b>	
					<b>Alt Sınır</b>	<b>Üst Sınır</b>
HADD	Okur Yazar	8	7.50	5.34	3.03	11.96
	İlkokul	69	8.63	3.95	7.68	9.58
	Ortaokul	33	8.63	4.21	7.14	10.13
	Lise	52	7.38	3.05	6.53	8.23
	Üniversite	40	5.82	2.89	4.89	6.75
	Toplam	202	7.71	3.77	7.18	8.23

#### 4.5. İntihar girişiminde bulunup bulunmamalarına göre karşılaştırma

Hastaların intihar girişiminde bulunan ve bulunmayanlar ile bakım verenlerin HADA, HADD, MÖDT, MÖKB, MÖD, SUKDÖ, ÖZZOR skorlarının Student T testi ile karşılaştırmasında intihar girişiminde bulunan hastaların bakım verenlerinde

HADA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır (p=0.043) (Tablo14).

**Tablo 14:** Hastaların intihar girişiminde bulunmaları ile HADA, HADD, MÖDT, MÖKB, MÖD, SUKD, ÖZZOR skorlarının Students T test ile karşılaştırmasına ait ortalama, standart sapma ve p değerleri tablosu.

	Hasta İntihar Girişimi	ORT $\pm$ SD	p
<b>HADA</b>	Yok	8.07 $\pm$ 3.75	<b>0.043</b>
	Var	9.30 $\pm$ 3.45	
<b>HADD</b>	Yok	7.46 $\pm$ 3.65	0.107
	Var	8.46 $\pm$ 4.08	
<b>MÖDT</b>	Yok	12.42 $\pm$ 7.23	0.537
	Var	13.16 $\pm$ 7.59	
<b>MÖKB</b>	Yok	21.11 $\pm$ 5.02	0.248
	Var	22.10 $\pm$ 5.67	
<b>MÖD</b>	Yok	4.38 $\pm$ 3.29	0.602
	Var	4.68 $\pm$ 3.79	
<b>SUKD</b>	Yok	39.11 $\pm$ 7.43	0.962
	Var	39.18 $\pm$ 9.54	
<b>ÖZZOR</b>	Yok	1.97 $\pm$ 1.19	0.655
	Var	2.06 $\pm$ 1.16	
<b>ATAK</b>	Yok	9.05 $\pm$ 9.12	0.010
	Var	14.44 $\pm$ 13.27	
<b>YATIŞ</b>	Yok	1.10 $\pm$ 1.43	0.000
	Var	3.08 $\pm$ 3.04	

HADA: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinin anksiyete alt ölçeği

HADD: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinin depresyon alt ölçeği

MÖDT: Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duygusal tükenme alt ölçeği

MÖKB: Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin kişisel başarı alt ölçeği

MÖD: Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duyarsızlaşma alt ölçeği

SUKDÖ: Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği

ÖZZOR: tarafımızdan hazırlanan bakım vermenin subjektif zorlanma derecesi

## 5.TARTIŞMA

BAB yaşam kalitesini ve çalışma gücünü etkileyen, kronik yeti yitimine neden olan hastalıklardan biridir. BAB hastalarına bakım veren kişilerde hastalığın objektif ve subjektif tükenmişliğe, sosyal işlevlerde bozulmaya yol açması kaçınılmaz bir sonuçtur (19, 109). Ancak bakım veren kişilerdeki bu yeti yitimi çoğu zaman göz ardı edilmektedir. BAB' un bakım veren kişiler üzerindeki etkileri değişik yöntemler kullanan araştırmalarda gösterilmiştir (128). Bakım verenlerin problemlerle başa çıkma mekanizmaları ve hastayla iletişim biçimleri BAB olan hastalarda hastalığın seyrini etkileyen önemli faktörlerden biridir (110). Bu bulgularla bakım verenlerdeki yeti yitiminin tanımlanması, tanınması ve tedavisi konusunda daha fazla çalışma yapılmasının gerekli olduğu açıktır.

DB olan hastalara bakım verenlerin yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada, bakım verenlerin yaşam kalitesinin bozulduğu, bozulmanın nedeninin ruh sağlığı ve sosyal yaşamdaki bozulma nedeniyle olduğu belirlenmiştir (111). Birçok çalışmada BAB olan kişilerin yakın akrabalarının yaşam kalitelerinin bozulmasının emosyonel stres ve depresyonla ilişkili olduğu gösterilmiştir (111, 112, 113). Atak dönemlerinde hastalardaki davranış değişiklikleri (saldırgan davranış gibi), birlikte yaşadıkları bakım veren yakın akrabalarının ve bakıcılarının sosyal hayatını, maddi durumunu, kişiler arası ilişkilerini bozarak bakım verenlerde depresyon ve sosyal işlevselliğin bozulmasına neden olabilmektedir (114, 115). Bir başka nedende bakım veren yakınların hastalıkla ilgili faktörler nedeniyle damgalanma hissi yaşayabilmekte, benlik saygılarında azalma olabilmekte ve tüm bu nedenlerle bu kişiler kendilerini sosyal ortamlardan uzak tutabilmektedirler (116, 117). Bakım verenin anne, eş ya da baba olmasının daha fazla duygusal tükenmeye, sosyal uyumsuzluğa ve üzüntü yaşamaya neden olduğu bilinmektedir (118).

Bu çalışmada da, literatürdekine benzer şekilde, bakım verenlerin yakınlık derecesine göre SUKDÖ puanları en küçükten en yükseğe doğru sırasıyla anne, baba, eş, çocuklar, kız kardeş ve erkek kardeş olarak saptanmıştır. SUKDÖ puanları karşılaştırıldığında anne ve erkek kardeşin puanları arasında istatistiksel yönden anlamlı fark saptanmıştır. Bu sonuç da yakınlık derecesi arttıkça sosyal uyumun bakım verenlerde kötüleştiği bilgisini doğrulamaktadır. Yine çalışmamızda bakım verenlerin

eğitim düzeyi arttıkça SUKDÖ puanları da artmaktadır. Üniversite mezunu olanların SUKDÖ puanları ilkokul ve ortaokul mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Nitekim benzer şekilde Çoban ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da BAB olan hastaların bakım verenlerinde eğitim durumu azaldıkça yaşam kalitesinin bozulduğu saptanmıştır (119). Bu veri bizim çalışmamızın sonucuyla uyumludur. Diğer bir çalışmada ise bakım verenlerin sosyal aktivitelere katılımlarında belirgin bir düşüş gözlenmiş ve bu durumun bakım verme işinin bakım verenlerin psikolojik sağlıkları üzerindeki olumsuz etkilerinden kaynaklandığı düşünülmüştür (120). Çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça sosyal uyumun artmasının nedeni eğitim düzeyi yüksek olan kişilerde problem çözme becerilerinin, stresle başa çıkma yöntemlerinin daha gelişmiş olmasıyla ilişkili olabilir. Yine bir başka nedende eğitim düzeyi yüksek olan bakım verenlerinin hastalıkla ve tedavisiyle ilgili bilgilerinin daha fazla olmasıyla açıklanabilir (121). Ancak bu çalışmada bakım verenlerin bozuklukla ilgili bilgilerini ve problem çözme becerilerini değerlendirmedik. Bu da bu çalışmanın eksikliklerinden biridir.

Bu çalışmada SUKDÖ puanları ile HADÖ anksiyete puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Bunun nedeninin yukarıda da belirtildiği üzere hastaya bakım verenlerin yakınlarının damgalanma hissi ve bu his nedeniyle sosyal ortamlarda ortaya çıkan anksiyete ya da bu ortamlara girmeden önce damgalanmanın bakım verende yarattığı negatif düşünceler nedeniyle artan anksiyete ile ilişkili olabileceği düşünülebilir.

BAB olan hastalara uzun süreli bakım verme sağlık, sosyoekonomik durum, psikolojik durum gibi bakım verenin yaşam kalitesini etkileyen bir süreçtir. Bakım verenin yaşadığı yük tükenmişlik, depresyon, anksiyete, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon ve ekonomik güçlükler gibi sonuçlar doğurabildiği daha önce tartışılmıştır. Bakım verenlerin yaşadığı bu sıkıntıların psikolojik ve fizyolojik problemlerinin gelişimi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (1). Bu çalışmada bakım verenlerde MTÖ' nin alt ölçeği olan duygusal tükenme ile bakım verenlerin bakım verme süresi, anksiyete puanları, depresyon puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Mashlac zaten duygusal tükenmeyi tükenmişliğin ilk ve en önemli parçası olarak tanımlamıştır. Çalışmaya alınan bakım verenlerde duygusal tükenmede artış ile depresyon ve anksiyete puanlarındaki artış arasındaki ilişki bozukluğu bakım

verenlerde duygusal yükü artırdığına dair bilgileri desteklemektedir. Yine duygusal tükenme bakım verenlerin boş zamanlarında da bakım verme işiyle aşırı uğraş içinde olmaları şeklinde tanımlayan çalışmalarda mevcuttur (122). Yapılan bir derlemede bakım verenlerde anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (123). Bu çalışmada depresyon ve anksiyete puanları arttıkça duygusal tükenmenin de artması doğal bir sonuçtur. Diğer çalışmalarda BAB olanların bakım verenlerinde diğer bozuklukların bakım verenlerine göre değişik ve daha fazla oranda tükenmişlik olduğu bildirilmiştir (124). Yine başka bir çalışmada BAB olan hastaların bakım verenlerinin kendilerini daha gergin hissettikleri, günlük aktivitelerden keyif almadıkları, daha fazla depresif hissettikleri, zorluklarla baş etmekte yetersizlik hissettikleri (113) ve daha fazla duygusal dışa vurum yaşadıkları gösterilmiştir (9). Çalışmamızda duygusal tükenme alt ölçeği puanları ile bakım verenlerin bakım verme süresi, anksiyete puanları, depresyon puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olması bu verilerle açıklanabilir. Duygusal tükenme yaşayan bireylerde anksiyete ve depresyon skorlarının yüksek olması beklenebilecek bir sonuçtur. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada yüksek düzeyde tükenmişlik hisseden bakım verenlerde duygudurum ve anksiyete bozuklukları saptanmıştır (125). Bu da bizim verilerimizi desteklemektedir. Çalışmamızda duygusal tükenme ile bakım süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptadık. Bakım süresi arttıkça duygusal tükenme artmaktadır. Bakım verenlerin yaşı arttıkça tükenmişlik artmaktadır (17, 126). Nedeni uzun zamandır süren sorumluluk hissini ağırılığı ve bana bir şey olursa hastaya kim bakacak endişesi olabilir. Toplumun, ruhsal hastalığı olan kişilerin daha zayıf veya tehlikeli oldukları ile ilgili algısı bakım verenlerde tükenmişliği etkiliyor olabilir. Aileler genellikle yakınlarında ki sosyal destek kaynaklarından negatif tepkiler aldıkları için kendilerini anlayan ve koruyan sosyal ağlar arama konusunda seçici davranmaktadırlar (127). Bakım verenlerin yıllarca yakınlarının tepkileri sonrasında yaşadıkları damgalanma hissi bakım verme süresi arttıkça duygusal tükenmenin artmasını açıklayabilir.

Hasta yakınları ciddi bir ruhsal bozukluğu bulunan yakınından dolayı kayıp hissi ve bakım veren yaşı geliştirmektedir (128). Bazı çalışmalarda da kayıp hissi ve bakım veren yaşı yanında zamanla ortaya çıkan yetersizlik hissi de tükenmişliğe sebep olabilir (142). Pearlin and Schooler (1978) tarafından yeterlilik hissi bir başkası-



nın yaşamında ki değişiklikleri kontrol edebiliyor olması olarak tanımlanmıştır. Bazı yazarlarca da belirtildiği gibi yeterlilik bu boyutuyla bir stresle baş etme yöntemi olarak düşünülebilir (129). Otörler bir kişiyi kontrol etme hissinin tükenmişliğe daha az yol açtığını bildirmişlerdir. Bakım verenlerin hastalığı kontrol edemiyor oldukları hissi bir stres kaynağı olmaktadır (130). Rose ve ark. nın 2002 yılında yaptıkları çalışmada bakım verenlerin durumla ilgili süreçleri 3 basamakta açıklamışlar: 1)hastalığın tanı zamanında bu durumla yüzleşmek 2)hastalığı kontrol etme isteği 3)kendileri ve hasta için olasılıkları değerlendirme aşaması. Çalışmaların çoğunda başlangıç döneminde ki tükenmişliğin daha fazla olduğu belirtmektedir. Zamanla azaldığı söylene de bazı koşullarda tükenmişlik aynı şekilde devam etmektedir. Ailelerin yakınlarıyla ilgili duruma karşı geliştirdikleri yas ve kayıp hissi, ruhsal bozukluğun ciddiyeti ile ilgili algıları, hastanın şuan ve gelecekteki işlevselliğini değerlendirme yetenekleri ailenin mevcut durumu etkin bir şekilde ele alıp almamalarını belirlemektedir (117). Ailelerin hastalık tarafından tüketilmesi yeterlilik hissiyle ters orantılıdır yani tükenmişlik arttıkça yeterlilik hissi azalmaktadır (117). Bakım verme işi uzun zamana yayıldıkça bakım verende yeterlilik hissi azalmaktadır ve baş etme daha az etkin olmaktadır buda tükenmişliğin artmasına yol açmaktadır (131). BAB' un tekrarlayıcı doğası ve uzun yıllar sonrasında bile atak geçirme olasılığı bakım süresi arttıkça bakım verenlerde ki yas ve yetersizlik hissini artırıyor olabilir. Bu çalışmada bakım verenlerde ki yas ve yetersizlik hissi değerlendirilmemiş olsa da literatürdeki veriler bu sonucu desteklemektedir. Schulze ve ark, Kjellin ve ark yaptıkları çalışmalarda bakım veren yükünün belirleyicileri olarak; hastalık süresi, bakım vermeyle geçen süreyi tanımlamışlardır (132, 133). Bahsi geçen çalışmalarda saptanan veriler bizim sonuçlarımızı desteklemektedir. Biz çalışmamızda, bakım verenlerin çalışmaya alındıkları dönemde hastaların atak döneminde olup olmamasına göre tükenmişlik puanları arasında anlamlı fark saptamadık. Yapılan bir çok çalışmada atak dönemleriyle tükenmişlik arasında anlamlı ilişki olduğu ve olmadığı gösterilmiştir. Rose ve ark' nın yaptıkları çalışmada ataktan önceki iletişim düzeylerine bakmaksızın mani döneminde bakım verenle ilişkinin negatif olduğu gösterilmiştir. Ganguly ve ark(2010) bu negatif etkileşim sonucunda bakım verenin bazen kendisini bazen de hastayı öldürmeyi düşünebildiğini bildirmişlerdir (134). BAB' un ataklarla seyretmesi nedeniyle hastaların depresyon veya manik atağa kaymaları, bakım verenlerin

uyumunu bozmaktadır buda tükenmişlik sendromunu artırmaktadır. Şizofreni ve diğer mental bozukluklara göre BAB yakınlarının tükenmişliği dalgalı bir seyir izlemektedir (135). Vonderfort ve ark yaptıkları çalışmada yakınları ötimik olan bakım verenlerin daha düşük oranda, yakınları depresif ya da manik dönemde olan bakım verenlerin ise daha yüksek oranda tükenmişlik yaşadıklarını bildirmişlerdir (113). Bununla beraber Ogilvie ve ark. 2005 de yaptıkları çalışmada manik atak belirtilerinin bakım verici tükenmişliği üzerindeki etkilerini net olarak açıklayamamışlardır (19). Hastalardaki duygudurum değişikliği bakım verenlerde sosyal uyumu daha fazla bozmaktadır (136). Başkaları tarafından reddedilme; maniyle ilgili tükenmişliğe etki eden en önemli faktörlerden biridir (137). Targum ve ark.'nın 1981'de yaptıkları çalışmada bakım verenler %33 oranda manik dönemde %11 oranında depresif dönemde tükenmişliği en yüksek oranda yaşadıklarını bildirmişlerdir (137). Bununla beraber Perlick ve ark 1999 yılında yaptıkları araştırmada depresif dönemin mani dönemine göre daha fazla tükenmişliğe neden olduğunu göstermişlerdir (138). Tükenmişliğin depresif dönemlerle ilişkili olduğunu gösteren başka çalışmalarda mevcuttur (139). M. Reinares ve ark. yaptıkları çalışmada bakım verenlerde orta düzeyde bir tükenmişlik saptamışlardır. Tükenmişliğe en çok neden olan faktörlerin sırasıyla hastanın davranışlarıyla ilgili faktörler (hiperaktivite, irritabilite ve içe çekilme), hızlı döngülülük, son iki yıl içinde atak geçirme olduğunu bildirmişlerdir. Yine aynı çalışmada hastaların ötimik oldukları zamanlarda bile tükenmişliğin dikkate değer boyutlarda olduğu gösterilmiştir. İlaç vermekle yükümlü olan bakım verenlerde subjektif tükenmişliğin ilaç vermekle yükümlü olmayanlardan daha fazla olduğu söylenmiştir (140). Bu verilere zıt olarak Cakrabarti ve Gill yaptıkları çalışmada bakım verende tükenmişliğin hastaların atak döneminde olup olmamasıyla ilişkisi olmadığını bildirmişlerdir (141). Bu çalışmanın verileri bizim çalışmamızın sonuçlarıyla uyumludur. Bu sonucun nedeni çalışmamıza dahil edilen hastaların ortalama hastalık süresinin uzun olması olabilir.

Çalışmamızda duygusal tükenme ile HADÖ'nin depresyon alt ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır. Depresif belirtiler arttıkça duygusal tükenmenin artması literatürle uyumludur. Gülseren ve ark'nın yaptığı çalışmada psikiyatrik sıkıntılar yaşayan bakım verenlerin hastalıkla baş etmede zorluk çektikleri, daha fazla tükenmişlik hissi yaşadıkları saptanmıştır (142). Yine başka bir

çalışmada bakım verenlerdeki tükenmişlikle depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu tükenmişlik arttıkça depresyon belirti düzeylerinin de arttığı tespit edilmiştir (143). Çalışmamızda duygusal tükenme ile hastaneye yatış arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Hastaneye bir yada daha fazla yatan hastaların bakım verenlerinde duygusal tükenmenin daha şiddetli olması yukarıda bahsettiğimiz gibi bunların hastaneye hiç yatmamış hastaların bakım verenlerinden daha fazla damgalanma ve yetersizlik hissi yaşıyor olabilmeleri ile açıklanabilir. Çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde Perlick ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları çalışmada da hastaneye yatış ve bakım veren tükenmişliği arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Çalışmamızda duygusal tükenme puanlarını bakım veren kadınlarda istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek saptadık. Stephanie M ve ark.'nın yaptığı çalışmada da çalışmamıza benzer sonuçlar elde etmişler (144).

BAB' ta ataklar sırasında özellikle de manik atakta bakım veren ve hastalar arasındaki iletişim bozulabilmektedir. Özellikle manik dönemde birçok hastanın artmış agresyon nedeniyle sosyal uyumu bozulmaktadır(121). Yine hastaların yaklaşık %75' inde ataklar arası dönemde de fonksiyonel bozulma devam etmektedir (145). Atak dönemlerinde ve/veya ataklar arası dönemlerde ki fonksiyonel bozulma bakım veren kişilerin tükenmişlik yaşamalarına ve bu tükenmişlikle başa çıkmak için de duyarsızlaşma yaşamalarına neden olabilmektedir. Çalışmamızda Mashlac ölçeğinin duyarsızlaşma alt ölçeği puanları ile HADA, SUKDÖ ve duygusal tükenme puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Çalışmamıza dahil edilmiş bakım veren kişilerin duyarsızlaşma yaşıyor olmaları bu kişilerin “tükenme duygusu” ile veya “damgalanma duygusu” ile başa çıkma yöntemleri şeklinde yorumlanabilir. Yukarıda da bahsedildiği üzere zaten çalışmamızdaki bakım veren kişiler duygusal tükenmişlik yaşamaktadırlar. Ancak çalışmamızın kısıtlılıklarından biri bakım veren kişilerdeki “damgalanma hissi”ni değerlendirilmemiş olmasıdır. Literatürde bakım verenlerdeki damgalanma hissini tükenmişliğe neden olduğuna dair veriler göze çarpmaktadır (146, 147). Çalışmada MTÖ duyarsızlaşma alt ölçeğinde duyarsızlaşma arttıkça sosyal uyumun bozulduğu saptanmıştır. Mashlac duyarsızlaşmayı insanlara bir nesne gibi davranmak olarak tanımlamıştır (85). Bu nedenle duyarsızlaşma yaşayan bakım verenin sosyal uyumunun bozulması beklenebilecek bir sonuçtur.

Çalışmamızda BAB tip 2 bozukluğu olan hastalarının sayısının az olması nedeniyle sonuçlar BAB tip 1 ve tip BAB tip 2'yi aynı biçimde kapsayıcılık göstermektedir. On yedi tane BAB tip 2 hastasının her hasta için 2 yakını alındığında BAB tip 2 tanılı hasta yakını sayısı otuz dörde çıkmaktadır. Bu da yapılan istatistiklerin en azından hasta yakınlarının tükenmişliğiyle ilgili kısmında güvenilir sonuçlar olarak değerlendirilmesine olanak vermektedir. BAB tip 1 ve BAB tip 2 hastalarının yakınlarında tükenmişlik ölçeklerinin istatistiksel karşılaştırmasında anlamlı fark bulunmamıştır. Kuşkusuz bu çalışmada bu iki grubun bir biriyle aynı olması beklenemez. BAB tip 2, BAB tip 1'e göre daha az zorlayıcı klinik tablo oluşturan bir bozukluk olarak düşünülebilir. Dolayısıyla mutlaka hasta yakınlarında bakım verenlerinde farklılıklar da gözlenmesi beklenebilir. Gerçekten de SUKDÖ puanlarına bakıldığında bu açıdan bir farklılık söz konusudur. İlginç bir şekilde ve beklenenin tersine çalışmamız sonunda BAB tip 1 hastaya bakım veren kişilerin sosyal uyumlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Sonuçta bu ilginç bulguya dayanarak bu durumun detaylı bir şekilde açıklanmasına yönelik daha ileri çalışmalara ihtiyaç olduğu ileri sürülebilir.

Çalışmamızda eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde bakım verenler içerisinde üniversite mezunu olanların ilkokul ve ortaokul mezunu olanlara göre depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki olduğu yani eğitim düzeyi arttıkça depresyon belirtilerinin azaldığı saptanmıştır. Literatürde eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin stres durumlarıyla baş edebilmek için daha fazla bilişsel, işlevsel, ekonomik ve sosyal kaynaklara sahip oldukları belirtilmektedir (148). Eğitim düzeyi yüksek olan bakım veren kişilerin hastalık hakkında daha fazla bilgili olabilmeleri ve sosyal donanımlarının daha fazla olabilmesi nedeni ile ilkokul mezunu kişilere göre tükenmişlik, depresyon ve anksiyete düzeyleri düşük tespit edilebilir. Yen ve Lundeen (2006) ruhsal hastalığı olan bireylerin 55 adet bakım vericisi ile yaptığı bir çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan bakım vericilerde depresyon görülme oranının düşük olduğunu saptamışlardır (148).

Çalışmamızda öz zorlanma puanları ile duyarsızlaşma, duygusal tükenme puanları ve bakım süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır. Ailede BAB tanısı olan bir bireyin olması ve yaşam boyu devam eden atak riski bakım verenlerde depresif ve anksiyete belirtilerine neden oluyor olabilir. Bakım veren kişi-

lerde depresyon ve anksiyete belirtilerinin olmasının tükenmişliğe neden olabildiği literatürde gösterilmiştir (18, 149). Çalışmamızda da anksiyete düzeyleriyle duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma arasında, depresyon düzeyleriyle de duygusal tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmış olmasının nedeni yukarıdaki çalışma sonuçları ile açıklanabilir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşayan bir bireyin öz zorlanma yaşaması da beklenebilecek bir durumdur. Gerek atak döneminde gerekse ataklar arası dönemde bakım veren kişiler BAB olan bireylerle ilgili sürekli duygusal anlamda zorluklar yaşayabilmektedir. Bu nedenle bakım veren kişiler bakım verme işiyle ilgili öz zorlanma yaşıyor olabilirler ve belki bu öz zorlanma bu kişilerde duygusal tükenmeye ve duyarsızlaşmaya yol açıp sosyal uyumlarını bozuyor olabilir.

Çalışmamızda MÖKB puanları ile değerlendirdiğimiz diğer veriler arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Bunun nedeninin çalışmaya dahil edilmiş bakım veren kişilerin istatistiksel olarak önemli bir kısmının hastaların birinci derece yakınları olması olabilir. Birçok çalışmada BAB olan hastalarda ve birinci derece yakınlarında siklotimik ve hipertimik mizacın normal popülasyona göre daha fazla oranda görüldüğü gösterilmiştir. Bu durum bizim çalışmamızdaki kişisel başarı alt ölçeği ile ilgili sonuçları etkilemiş olabilir. Ancak çalışmamızda bakım verenlerin mizaç özelliklerini değerlendirmemiş olmamız çalışmanın kısıtlılığıdır. Bakım verenlerle psikiyatrik görüşme yapmamış olmamız, eksen I ve eksen II tanılarını da değerlendirmemiz çalışmamızın bir diğer eksikliğidir. Kontrol grubu almamamız da eksikliklerdendir.

## 6.SONUÇ

BAB sadece hastalarda değil bakım verenlerde de yeti yitimine neden olabilen kronik bir hastalıktır. Bu hastalık bakım verenlerde değişik derecelerde tükenmişliğe neden olmaktadır. Bu çalışmada da bakım verenlerde bozuklukla ilişkili faktörlere göre değişik derecede sosyal uyumda bozulma ve tükenmişlik saptanmıştır. Klinikte daha çok hastalık ve hastaların durumuyla ilgilenilmekte ve büyük oranda bakım verenler göz ardı edilmektedir. Literatürde bakım veren kişilerin hastalığın seyri, prognozu, tedaviye uyumu, relaps, hastaların sosyal işlevselliği üzerindeki etkileri net bir şekilde gösterilmiştir. Ancak birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de kronik mental hastalıklara bakım verenlere psikolojik destek ve tıbbi tedavi öneren bir kılavuz bulunmamaktadır. Yine diğer ülkelerdeki gibi bizim ülkemizde de hastalara bakım sağlayacak standardize edilmiş bir destek sistemi bulunmamaktadır. Bakım verme işini ülkemizde de büyük oranda hasta yakınları üstlenmektedir. Standardize bir sistemin bulunması, bakım verenlerdeki öznel ve nesnel tükenmişliği ve böylece hastaların sağlık sistemi üzerindeki yüklerini azaltabilir. Yine bakım verenlerin hastalıkla ve tedavisi ile ilgili standardize edilmiş tedavi programları çok fazla uygulanmamaktadır. Bu tür tedavi programlarının desteklenmesi bakım veren kişinin yükünü azaltabilir. Ancak yukarıda da bahsettiğimiz gibi bakım verenlerin psikolojik ve bedensel sağlığı klinisyenlerin dikkatini daha az çekmektedir. Bu konuyla ilgili daha fazla çalışma yapılarak klinisyenlerin dikkati bakım veren kişilerdeki tükenmişliğe çekilebilir. Sonuçta bu konu ile ilgili ulusal ruh sağlığı politikaları geliştirilmesi ve uygulanması hastalar, bakım verenler ve sağlık giderleri üzerinde olumlu etkiler yaratabilir ve bu nedenle de konuyla ilgili daha fazla sayıda çalışmalar yapılmasının gerekli olduğu aşıkardır.

## KAYNAKLAR

1. Saunders JC. Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues Ment Health Nurs* 2003; 24: 175-198.
2. Dunkin JJ, Anderson-Hanley C. Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology* 1998; 51: 53-60.
3. Larsen LS. Effectiveness of a counseling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1998; 36: 26-32.
4. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980; 20: 649-655.
5. Montgomery JRJ, Gonyea JG, Hooyman NR. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Fam Relat* 1985; 34: 19-26.
6. Sales E. Family burden and quality of life. *Qual Life Res* 2003; 12(Suppl 1): 33-41.
7. Webb C, Pfeiffer M, Mueser M, Gladis M, Mensch E, DeGirolamo J. Burden and well-being of caregivers for the severely mentally ill. The role of coping style and social support. *Schizophr Res* 1998; 34: 169-180.
8. Sierra P, Livianos L, Rojo L. Quality of life for patients with bipolar disorder: Relationship with clinical and demographic variables. *Bipolar Disord* 2005; 7: 159-165.
9. Fava GA. Subclinical symptoms in mood disorders: pathophysiological and therapeutic implications. *Psychol Med* 1999; 29: 47-61 .
10. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, Leon AC, Rice JA, Keller MB. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 530-537 .
11. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Endicott J, Maser JD, Solomon DA, Leon AC, Keller MB. A prospective investigation of the

- natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 261-269.
- 12.** Tohen M, Hennen J, Zarate CM, Baldessarini RJ, Strakowski SM, Stoll AL, Faedda GL, Suppes T, Gebre-Medhin P, Cohen BM. Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 220-228.
  - 13.** Morselli PL, Elgie R, Cesana BM. GAMIAN-Europe/BEAM survey II: cross-national analysis of unemployment, family history, treatment satisfaction and impact of the bipolar disorder on life style. *Bipolar Disord* 2004; 6: 487-497 .
  - 14.** Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Torrent C, Comes M, Goikolea JM, Benabarre A, Daban C, Sánchez- Moreno J. What really matters to bipolar patients' caregivers: sources of family burden. *J Affect Disord* 2006; 94: 157-163.
  - 15.** Brodaty H, Green A. Who cares for the carer? The often forgotten patient. *Aust Fam Physician* 2002; 31: 833-836 .
  - 16.** Lowery K, Mynt P, Aisbett J, Dixon T, O'Brien J, Ballard C. Depression in the carers of dementia sufferers: a comparison of the carers of patients suffering from dementia with Lewy bodies and the carers of patients with Alzheimer's disease. *J Affect Disord* 2000; 59: 61-65.
  - 17.** Cook JA, Lefley HP, Pickett SA. Age and family burden among parents of offspring with severe mental illness. *Amer J Orthopsychiat* 1994; 64: 435-47.
  - 18.** Perlick DA, Rosenheck R, Miklowitz DJ. STEP-BD Family Experience Collaborative Study Group. Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. *Bipolar Disord* 2007; 9: 262-273.
  - 19.** Ogilvie AD, Morant N, Goodwin GM. The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2005; 7: 25-32.
  - 20.** Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF. Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv* 2004; 55: 1029-1035.



21. Tantum D. Familial factors in psychiatric disorder. *Curr Opin Psychiatry* 1989; 2: 296-301 .
22. Kaplan&Sadock's comprehensive textbook of psychiatry / editors, Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock. – 8 th. Edition 2005 Lippincott Williams & Wilkins Chapter 13.2, page 1559-1575. Hagop S, Akiskal MD.
23. WHO. The Global Burden of Disease: 2004 Update (2008), p. 51.
24. Adams F. (Ed.) (1856) The Extant Works of Arateaus, the Coppadacion. Sydenham Society, London.
25. Falret JP. Memorie sur la folie circulaire. *Bulletin de I Academie de Medicine* 1854; 19: 382-415.
26. Baillarger J. De La Folie a double form. *Ann. Med. Psychol (Paris)* 1854; 6: 367-391.
27. Hare E. The two manias: a study of the evolution of the modem concept of mania . *Br J Psychiatry* 1981; 138:89-99.
28. Krapelin E. (1921) Manic Dpressive Insanthy and Paranoia. Livingstone, Ednburgh.
29. Akiskal H.S.(1996) The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM–IV.J.Clin. psychopharmacology, 16.
30. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000. Köroğlu E (Çeviri Ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007, 494-513 .
31. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı ( DSM-IV- TR ). Washington D.C, 2000'den çeviri editörü: Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2001.
32. Savaş AH, Yumru M. Bipolar (iki uçlu) bozuklukta genetik çalışmalar. *Türkiye Klinikleri Psiki-yatri* 2006; 2: 10-16.
33. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11. Basım, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. ğti., Ankara, 2008, 337-428. .
34. Bebbington P, Ramana R. The epidemiology of bipolar disorder. *Soc Psychiatry Epid* 1995; 30: 279-292.

35. Begeley CE, Annegers JF, Swann AC. The lifetime cost of bipolar disorder in the United States: an estimate based on incidence and course of illness. *Pharmacoeconomics* 2001; 19: 483-49.
36. Akiskal HS, Hantouche EG, Bourgeois ML, Azorin JM, Sechter D, Allilaire JF, Lancrenon S, Fraud JP, Chatenet-Duchene L. Gender, temperament and the clinical Picture in dysphoric mixed mania: findings from a French national study (EPIMAN). *J Affect. Disord* 1998; 50: 175-186
37. Neuman RJ1, Geller B, Rice JP, Todd RD Increased prevalence and earlier onset of mood disorders among relatives of prepubertal versus adult probands *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36: 466-473.
38. Lapalme MI, Hodgins S, LaRoche C. Children of parents with bipolar disorder: a metaanalysis of risk for mental disorders. *Can J Psychiatry*. 1997; 42: 623-631.
39. Rouillon et al., 2011a F. Rouillon, I. Gasquet, R.P. Garay, S. Lancrenon Screening for bipolar disorder in patients consulting general practitioners in France *Journal of Affective Disorders*, 130 (2011), pp. 492–495 .
40. M. Olfson, B. Fireman, M.M. Weissman, A.C. Leon, D.V. Sheehan, R.G. Kathol, C. Hoven, L. Farber Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice *American Journal of Psychiatry*, 154 (1997), pp. 1734–1740 .
41. C.V. Blacker, A.W. Clare The prevalence and treatment o depression in general practice *Psychopharmacology (Berl)*, 95 (Suppl) (1988), p. S14-17.
42. A.K. Das, M. Olfson, M.J. Gameroff, D.J. Pilowsky, C. Blanco, A. Feder, R. Gross, Y. Neria, R. Lantigua, S. Shea, M.M. Weissman Screening for bipolar disorder in a primary care practice *Journal of the American Medical Association*, 293 (2005), pp. 956–963
43. J. Angst, A. Gamma, F. Benazzi, V. Ajdacic, D. Eich, W. Rossler Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania *Journal of Affective Disorders*, 73 (2003), pp. 133–146.

44. H.S. Akiskal The emergence of the bipolar spectrum: validation along clinical-epidemiologic and familial-genetic lines *Psychopharmacology Bulletin*, 40 (2007), pp. 99–115.
45. Kroon JS, Wohlfarth TD, Dieleman J, Sutterland AL, Storosum JG, Denys D, de Haan L, Sturkenboom MC. Incidence rates and risk factors of bipolar disorder in the general population: a population-based cohort study. *Bipolar Disord.* 2013; 15: 306-313.
46. Carter TD, Mundo E, Parikh SV, Kennedy JL. Early age at onset as a risk factor for poor outcome of bipolar disorder. *J Psychiatr Res* 2003; 37: 297-303.
47. Bellivier F, Golmard JL, Rietschel M, Schulze TG, Malafosse A, Preisig M . Age at Onset in Bipolar I Affective Disorder: Fur Evidence for Three Subgroups. *Am J Psychiatry* 2003; 160:999-1001.
48. Joyce PR. Age of onset in bipolar affective disorder and misdiagnosis as schizophrenia. *Psychol Med*,(1984) 14:145-149.
49. Goodwin FK, Jamison KR (1990) *Manic-depressive illness*, New York, Oxford University Press.
50. Krasa NR, Tolbert HA. Adolescent bipolar disorder: anine - year experience. *J Affect Disord*, 30:175-184.
51. Sigurdsson E, Fombonne E, Sayal K. Neurodevelopmental antecedents of early-onset bipolar affective disorder. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 121-127.
52. Carlson GA, Bromet EJ, Sievers S () Phenomenology and outcome of subjects with early- and adult- onset psychotic mania. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 213-219.
53. Leboyer M, Henry C, Paillere-Martinot M-L, Bellivier F. Age at onset in bipolar affective disorders: a review. *Bipolar Disorders*, 2005; 7: 111-118.
54. Oral T. İki uçlu bozukluk. İstanbul: WPA serisi, CSA Medikal Yayın Ajansı, 2002: 441-503.
55. Angst J, Marneros A. Temperament and personality types in bipolar patients: ahistorical review. *Bipolar Disorders: 100 Years After Manic-depressive Insanity*. London, Kluwer Academic Publishers, s.175-199, 2000

56. Sachs GS. Bipolar mood disorder: practical strategies for acute and maintenance phase treatment. *J Clin Psychopharmacol.* 1996; 16: 32-47.
57. Akiskal HS, Lopez JJ, Sartorius N. İki Uçlu Bozukluk. (Çev.Ed:Timuçin O) John Wiley&Sons Ltd, s.174-175, 2002.
58. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1635-1640 .
59. O'Connell RA, Mayo JA, Flatlow L. Outcome of bipolar disorder on long term treatment with lithium. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 123-129.
60. Keller MB, Lavori PW, Coryell W. Bipolar I, a five-year prospective follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disorders* 1993; 181: 238-245.
61. Marneros A, Brieger P. İki uçlu bozuklukların prognozu: Gözden geçirme. İki Uçlu Bozukluk içinde. (Eds: Maj M, Akiskal HS, Lopez-Ibor J, Sartorius N) John Wiley& Sons Ltd, 2002; Sf.97-148.
62. Goldberg JF, Harrow M, Grossman LS. Course an outcome in bipolar affective disorder: A longitudinal follow-up study. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 379-384 .
63. Harrow M, Goldberg JF, Grossman LS. Outcome in manic disorders. A naturalistic follow-up study. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 665-671.
64. Arnold LM, Witzeman KA, Swank ML. Health- related quality of life using the SF-36 in patients with bipolar disorder compared with patients with chronic back pain and the general population. *J Affect Disord* 2000; 57: 235-239. .
65. Yatham LN, Lecrubier Y, Fieve RR. Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. *Bipolar Disord* 2004; 6: 379-385.
66. Coryell W, Scheftner W, Keller M. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 720-727.
67. Perlick DA, Miklowitz DJ, Link BG, Struening E. Perceived stigma and depression among caregivers of patients with bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 535 .
68. Steele A, Maruyama N, Galynker I. Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: A review. *J Affect Disord* 2010; 121: 10-21.

69. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8.baskı, Ankara:Güneş Kitabevi, 2007. .
70. Daviss WB, Coon H, Whitehead P, Ryan K, Burkley M, McMahon W. Predicting diabetic control from competence, adherence, adjustment, and psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 1629-1636.
71. Georgotas A. Evolution and concepts of depression and mania. A Georgotas, R Cancro, (eds): *Depression and Mania'de*, New York, Elsevier, 1988, s.3.
72. Warner LA, Silk K, Yeaton WH, Bargal D, Janssen J, Hill EM. Psychiatrists' and patients' views on drug information sources and medication compliance. *Hosp Com Psychiatry* 1994; 45(Suppl. 12): 1235-1237.
73. Adams J, Scott J. Predicting medication adherence in severe mental disorders. *Acta Psychiatrica Scand.* 2000; 101: 119-124.
74. Bauer J, Hafner S, Kachele H, Wirsching M, Dahlbender RW. The burn out syndrome and restoring mental health at the working place. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2003; 53: 213-222.
75. Maslach C, Jackson SE (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA Consulting Psychologist Press.
76. Pines A, Aronson E, Kafry D. (1981). *Burnout:From tedium to personal growth*. The Free Press, New York.
77. Cherniss C. (1980). *Professional Burnout in human service organizations*. Praeger pres, New York.
78. Schaufeli WB, Enzmann D. (1998). *The burnout companion to study & practice: A critical analysis*. London: Taylor & Francis.
79. Edelwich J, Brodsky A. *Burn-out Stages Disillusionment In The Helping Professions*, Newyork, Human Sciences Press,1980.
80. Perlman B, Hartman EA. *Burnout: Summary and Future Research*.*Human Relation*, 1982; 35: 283-305.
81. Pines AM, Nunes R. The relationship between career and couple burnout: Implications for career and couple counseling. *Journal of Employment Counseling* 2003; 40: 50-64.
82. Maslach C. The client role in staff burnout. *Journal of Social Issues* 1976; 34: 111-124.

- 83.** Schwab RL, Jackson SE, Schuler RS. Educator Burnout: Sources and Consequences. *Educational Research Quarterly* 1986; 10: 14-30.
- 84.** Ergin C. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Uyarlanması. 7. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, 1992; 143-154.
- 85.** Maslach C, Schaufeli WB, Leiter PM. Job burnout. *Annual of Psychology* 2001; 52: 397-422. .
- 86.** Çam O. Tükenmişlik Envanterinin Geçerlik Güvenirliğinin Araştırılması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları El Kitabı, 1991.
- 87.** Baysal A. Lise ve Dengi Okul Öğretmenlerinde Meslekte Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 1995.
- 88.** Hsu K, Marshall V. Prevalance of depression and distress on a large sample of Canadian residents, interns and fellows. *Ann. J. Psychiatry* 1980; 144: 1561-1566. .
- 89.** Maslach C, Leither MP. *The Truth about Burnout*. San Fransisco, Prentice-Hall, 1997: 74-76.
- 90.** Özgüven HD, Haran S. Tükenme. Sayıl Işık, editor. *Kriz ve krize müdahale*. Ankara:Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları; 2000.s.199-214. .
- 91.** Fawzy FI, Fawzy NW, Pasnau RO. Burnout in the health professionals. In: Judd FK, Burrows GD, Lipsitt DR (eds.). *Handbook of studies on general hospital psychiatry*.Amsterdam: Elsevier Science Publishers BV; 1991. p. 119-30.
- 92.** Maslach C. *Burnout: the cost of caring*. Cambridge: Malor, 2003.
- 93.** Torun A. *Stres ve Tükenmişlik*. İstanbul, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1997: 44.
- 94.** Butterfield PS. The stress of residency. A review of the literature. *Archive International Education* 1988; 148: 1428-1435.
- 95.** Maslach C, Zimbardo PG. *Burnout- The Cost of Caring*. New Jersey, Prentice Hall, 1982: 77-82.

- 96.** Angerer JM. Job burnout. *Journal of Employment Counselling* 2003; 40: 98-107.
- 97.** Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve başa çıkma yolları. Remzi Kitapevi 18.Baskı, 1998. .
- 98.** Slaby AE. *Handbook of psychiatric emergencies*. 4th ed. Connecticut: Appleton & Lange; 1994.
- 99.** Sears SF, Jr, Urizar GG, Jr, Evans GD. Examining a stress-coping model of burnout and depression in extension agents. *J Occup Health Psychol* 2000; 5: 56-62
- 100.** Arı GS, Bal EÇ. Tükenmişlik kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi. *Yönetim ve Ekonomi* 2008; 15: 131-148.
- 101.** Freudenberger HJ, Richelson G: Tükenmeye Rağmen Nasıl Yaşanabilir? Stresle Başa Çıkma Olumlu Bir Yaklaşım. *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*, 3.Basım 1998; 2.
- 102.** Zigmund AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-370. .
- 103.** Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirliliği *Türk Psikiyatri Dergisi* 1977; 8: 280-287.
- 104.** Bosc M, Dubini A, Polin V. Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *Eur Neuropsychopharmacol* 1997; 7 (Suppl 1): 57-70.
- 105.** Akkaya C, Sarandöl A, Esen Danacı A, Sivrioğlu Y, Kaya E, Kırılı S, Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği Türkçe formunun Geçerliliği ve Güvenirliliği . *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008; 19: 292-299.
- 106.** Williams BW. A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 45: 742-747.
- 107.** Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978; 133: 429-35 .
- 108.** Karadağ F, Oral ET, Yalçın FA, Erten E. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye’de Geçerlik ve Güvenirliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 13: 107-114.

109. Titus A, Beentjes R, Peter J, Goossens , Irina E. Poslawsky , Perspectives in Psychiatric Care. October 2012, Volume 48, Issue 4, pages 187–197.
110. Fisher L, Weihs K. Can addressing family relationships improve outcomes in chronic disease? Report of the National Working Group on Family-Based Interventions in Chronic Disease. *J Family Practice* 2000; 49: 561-566.
111. Zendjidian X, Richieri R, Adida M, Limousin S. Quality of life among caregivers of individuals with affective disorders. *J Affect Disord* 2012; 136: 660-665.
112. Baker JA. Bipolar disorders: An overview of current literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2001; 8: 437-441.
113. Goossens PJJ, Van Wijngaarden B, Knoppert-Van Der Klein EAM, Van Achterberg T. Family caregiving in bipolar disorder: Caregiver consequences, caregiver coping styles, and caregiver distress. *International Journal of Social Psychiatry* 2008; 54: 303-316.
114. Dore G, Romans SE. Impact of bipolar affective disorder on family and partners. *Journal of Affective Disorders* 2001; 67: 147-158.
115. Reinares M, Colom F, Sánchez-Moreno J. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: A randomized controlled trial. *Bipolar Disorders* 2008; 10: 511-519.
116. Van der Voort TY, Goosens PJ, Van der Biji JJ. Burden, coping and needs for support of caregivers for patients with bipolar disorder: A systematic review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007; 14: 679-687.
117. Rose LE, Mallinson RK, Walton-Moss B. Barriers to family care in psychiatric settings. *Journal of Nursing Scholarship* 2004; 36: 1-9.
118. Karancı AN, Inandılar H. Predictors of components of expressed emotion in major caregivers of Turkish patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 80-88. .
119. Çoban S., Özkan B., Medik K, Saraç B, Bipolar Bozukluğu Olan Bireyler ve Bakım verenlerinin Yaşam Kalitesi Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2013;4(2):61-66.



120. Samele C, Manning N. Level of caregiver burden among relatives of thementally ill in South VeronaEur Psychiatry 2000; 15: 196-204.
121. Elgie R, Morselli PL. Social functioning in bipolar patients: The perception and perspective of patients, relatives and advocacy organizations – a review. Bipolar Disorders 2007; 9: 144-157.
122. Rose LE, Mallinson RK, GersonMastery LD. Burden and Areas of Concern Among Family Caregivers of Mentally Ill Persons. Archives of Psychiatric Nursing 2006; 20: 41–51.
123. Steele A, Maruyama N, Galynker I. Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: A review. Journal of Affective Disorders 2009; 21: 10-21.
124. Ogilvie AD, Morant N, Goodwin GM. The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. Bipolar Disord. 2005; 7 (Suppl 1): 25-32.
125. Giovanna S, Karen J, Luana B, Jerônimo B, Ricardo T P, Pedro M, Flávio K, Ricardo A. Burden and related factors in caregivers of young adults presenting bipolar and unipolar mood disorder International Journal of Social Psychiatry.
126. Jones SL, Roth D, Jones PK. Effect of demographic and behavioral variables on burden of caregivers of chronic mentally ill persons. Psychiatric Services 1995; 46: 141-145.
127. Schulze B, Angermeyer MC. (). Subjective experiences of stigma: A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. Social Science & Medicine 2003; 56: 299-312.
128. Milliken PJ, Northcott HC(). Redefining parental identity: Caregiving and schizophrenia. Qualitative Health Research 2003; 13: 100-113.
129. Bibou-Nakou I, Kidaiou M, Bairactaris C. (). Psychosocial dimensions of family burden among two groups of carers looking after psychiatric patients. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1997; 32: 104-108.
130. Rose LE. Benefits and limitations of professional– family interactions. Archives of Psychiatric Nursing 1998; 12: 140-147.

131. Schumacher KL, Stewart BJ, Archbold PG. Conceptualization and measurement of doing family caregiving well. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 1998; 30: 63-69
132. Schulze B, Rossler W. Caregiver burden in mental illness: review of measurement, findings and interventions in 2004–2005. *Current Opinion in Psychiatry* 2005;18: 684-691.
133. 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: 7-1.
134. Ganguly KK, Chadda RK, Singh TB. Caregiver burden and coping in schizophrenia and bipolar disorder: A qualitative study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 2010; 13: 126-142.
135. Perlick DA, Rosenheck RA, Miklowitz DJ, Kaczynski R, Link B, Ketter T, Wisniewski S. Caregiver burden and health in bipolar disorder: A cluster analytic approach. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(6), 484–491.
136. Bauer R, Gottfriedsen GU, Binder H, Dobmeier M, Cording C, Hajak G, Spiessl H. Burden of caregivers of patients with bipolar affective disorders. *American Journal of Orthopsychiatry* 2011; 81. 139-148 .
137. Targum SD, Dibble ED, Davenport YB, Gershon ES. (). The family attitudes questionnaire: Patients' and spouses' views of bipolar illness. *Archives of General Psychiatry* 1981; 38: 562-568.
138. Perlick DA, Clarkin JF, Sirey J, Raue P, Greenfield S, Struening E, Rosenheck RA. Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder. *British Journal of Psychiatry* 1999; 175: 56-62.
139. Ostacher MJ, Nierenberg AA, Iosifescu DV, Eidelman P, Lund HG, Ametrano RM, Perlick DA. Correlates of subjective and objective burden among caregivers of patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2008; 118: 49-56.
140. Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-A A, Torrent C, Comes M, Goikolea JM, Benabarre A, Daban C, Sánchez J. What really matters to bipolar patients' caregivers: Sources of family burden *Journal of Affective Disorders* 2006; 94: 157.

141. Chakrabarti S, Gill S. Coping and its correlates among caregivers of patients with bipolar disorder: A preliminary study. *Bipolar Disorders* 2002; 4: 50-60.
142. Gülseren L, Cam B, Karakoç B, Yiğit T. The perceived burden of care and its correlates in schizophrenia. *Türk Psikiyatri Derg* 2010; 21: 203-12.
143. Tel H, Pınar E.Ş, Kronik Ruhsal Sorunlu Hastaların Primer Bakım Vericilerinde Tükenmişlik ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2013;4(3):145-152.
144. Moor S, Crowe M, Luty S, Carter J, Joyce PR. Effects of comorbidity and early age of onset in young people with Bipolar Disorder on self harming behaviour and suicide attempts *Journal of Affective Disorders* 2012; 136: 1212-1215.
145. Rea MM, Miklowitz DJ, Thompson MC. Family focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003; 71: 482-492.
146. Greenberg JS, Kim HW, Greenley MSSW. Factors associated with subjective burden in siblings of adults with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry* 1997; 67: 231-241.
147. Goossens TV. Burden, coping and needs for support of caregivers for patients with a bipolar disorder: a systematic review *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2007, 14, 679–687
148. Yen WJ, Lundeen S. The association between meaning of caregiving, perceived social support and level of depression of Taiwanese caregivers of mentally ill patients. *Int J Psychiatr Nurs Res* 2006; 12: 1378-1392.
149. Idsta M, Tambs K, Ask H. Mental disorder and family burden in spouses, *Journal of Affective Disorders* 2010; 122: S42–S72.

EK1

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

### UKU YAN ETKİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

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

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

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

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

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

#### 5. YAN ETKİLERİN HASTANIN GÜNLÜK PERFORMANSINI ETKİLEMESİNİN GENEL DEĞERLENDİRİLMESİ

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

#### 6. DEĞERLENDİRMEYİ YAPAN

- 1 Hasta  2 Doktor

#### 7. SONUÇ

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

## EK 2

**BAKIMVERENLERİN SOSYO- DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ**

- 1-DOĞUM TARİHİ: ..... / ..... / .....
- 2- CİNSİYET: . KADIN..... ERKEK.....
- 3-MEDENİ DURUM: EVLİ ..... BEKAR.....
- 4-ÖĞRENİM DURUMU: İLKOKUL..... ORTAOKUL .....
- LİSE..... YÜKSEK ..... YOK.....
- 5-HASTAYLA YAKINLIK DERECEŚİ: EŐİ..... ANNE.... BABA.....
- ABLA..... ABİ..... OĞLU/KIZI..... DİĞER:
- 6-AYNI EVDE YAŞAYAN KİŞİ SAYISI: BELİRTİZ .....
- 7-ALIŐKANLIKLAR:
- SİĞARA(..... adet/gün ..... yıl)
- ALKOL(tür/miktar/sıklık/süre.....)
- MADDE(tür/miktar/sıklık/süre.....)
- DİĞER(tür/miktar/sıklık/süre.....)
- 8-İŞ DURUMU:
- BELİRTİNİZ(.....)
- 9-BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLDUĞUNUZ KİŞİLER:
- BELİRTİNİZ(.....)
- 10-EKONOMİK DURUMUNUZ:
- ÇOK İYİ(5000TL VE ÜSTÜ)..... İYİ(3000TL- 5000TL ARASI).....
- ORTA(3000TL DEN AZ)..... KÖTÜ(ASGARİ ÜCRET).....
- ÇOK KÖTÜ(YARDIM İLE YAŞIYOR).....
- 11-DAHA ÖNCE BAKIM VERME DENEYİMİNİZ OLDUMU:
- KİME..... KAÇ YIL.....
- HASTALIĞI.....
- 12-BAKMAKLA YÜKÜMLÜ 18 YAŞ ALTI ÇOCUĞUNUZ VAR MI:
- VARSA KAÇTANE.....
- 13-BAKMAKLA SORUMLU OLDUĞUNUZ BAŞKA KİŞİLER VAR MI:
- VARSA KİMLER.....
- 14-PSİKİYATRİK TEDAVİ ALDINIZ MI:

- HAYIR..... EVET..... belirtiniz
- .....
- 15-FİZİKSEL SORUNUNUZ VAR MI:  
VARSA BELİRTİNİZ .....
- 16- BAKIMVERENLE HASTA AYNI EVDEMİ YAŞIYOR: EVET.....  
HAYIR.....
- 17-HASTA VE BAKIMVERENİN CİNSİYET FARKI: VAR.....  
YOK.....
- 18-HASTANIN HANGİ ŞİKAYETLERİ SİZİ DAHA ÇOK ETKİLİYOR:  
İLAÇ ALMAK İSTEMEMESİ..... ÇOK PARA  
HARCAMASI..... ÇOK KONUŞMASI.....  
UYKUSUZLUĞU..... SİNİRLİLİĞİ..... KONUŞMAMASI.....  
HASTANEYE GİTMEK İSTEMEMESİ..... HASTALIĞINI KABUL  
ETMEMESİ.....
- DİĞER VARSA BELİRTİNİZ.....
- 19-BAKIMVERİRKEN YARDIM ALIYOR MUSUNUZ:  
HAYIR..... EVET.....  
Belirtiniz.....
- 20-NEKADAR ZAMANDIR HASTAYLA İLGİLENİYORSUNUZ : belirtiniz  
.....
- 21-HASTA YILDA KAÇ ATAĞ GEÇİRİYOR: belirtiniz manik.....  
depresif.....
- 22-DOKTORA YA DA SAĞLIK PERSONELİNE ULAŞMAKTA ZORLUK  
YAŞIYOR MUSUNUZ:  
Belirtiniz.....
- 23-HASTAYA İSTEMEDEN DE OLSA FİZİKSEL ŞİDDET UYGULADINIZ  
MI:  
Belirtiniz.....
- 24- HASTAYA İSTEMEDEN DE OLSA SÖZEL ŞİDDET UYGULADINIZ MI:  
Belirtiniz.....
- 25-BAKIMVERİCİ OLMAK HAYATINIZI NEKADAR ZORLAŞTIRIYOR:  
HIÇ..... HAFİF..... ORTA..... AĞIR..... ÇOK  
AĞIR.....