



**T.C.  
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ  
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VEREN YAKINLARININ YÜKÜ,  
TÜKENMİŞLİK VE SOSYAL UYUM DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Süleyman ATAR  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI  
Doç. Dr. Mehmet Hanifi KOKAÇYA**

**HATAY – 2018**

**T.C.  
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ  
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VEREN YAKINLARININ YÜKÜ,  
TÜKENMİŞLİK VE SOSYAL UYUM DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Süleyman ATAR  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI  
Doç. Dr. Mehmet Hanifi KOKAÇYA**

**TEZ ONAY SAYFASI**  
T.C.  
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ  
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**Tez Adı: ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VEREN YAKINLARININ  
YÜKÜ, TÜKENMİŞLİK VE SOSYAL UYUM DÜZEYLERİNİN  
SAPTANMASI**

**Tezi Hazırlayanın Adı: Dr. Süleyman ATAR**

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza).....  
Prof. Dr. Yusuf ÖNLEN  
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının “Tıpta Uzmanlık” derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza).....  
Doç. Dr. Mustafa ARI  
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza).....  
Doç. Dr. Mehmet Hanifi KOKAÇYA  
Tez Danışmanı

**TEZ JÜRİSİ:**

1. Doç. Dr. Mustafa ARI
2. Doç. Dr. Mehmet Hanifi KOKAÇYA
3. Doç. Dr. Mahmut BULUT

### III. İÇİNDEKİLER

III. İÇİNDEKİLER .....	iii
IV. TABLO LİSTESİ.....	v
V. ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
VI. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ .....	viii
VII. TEŞEKKÜR .....	ix
VIII. ÖZET.....	x
IX. ABSTRACT.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1 Şizofreni .....	3
2.1.1 Tanım.....	3
2.1.2 Tarihçe .....	3
2.1.3 Epidemiyoloji .....	5
2.1.4 Etiyoloji .....	5
2.1.5 Patogenez.....	10
2.1.6 Tanı .....	15
2.1.7 Klinik Bulgular.....	18
2.1.8 Prognoz.....	21
2.1.9 Tedavi.....	22
2.2 Bakım Verme ve Bakım Veren Yükü .....	30
2.2.1 Tanım.....	30
2.2.2 Bakım Vermenin Bakım Vericiler Üzerindeki Etkileri.....	33
2.2.3 Psikiyatrik Bozukluklarda Bakım Veren Yükü .....	35
2.2.4 Şizofreni Hastalarında Bakım Veren Yükü .....	36
2.3 Tükenmişlik Sendromu.....	38
2.3.1 Tanım .....	38
2.3.2 Kuramsal Yaklaşımlar .....	39
2.3.3 Nedenleri.....	43
2.3.4 Belirtileri.....	45
2.3.5 Sonuçları.....	47
2.3.6 Başa Çıkma Yolları.....	48
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	50
3.1 Evren ve Örneklem.....	50
3.2 Veri Toplama Araçları.....	50

3.3 Araştırmanın Uygulanması.....	54
3.4 Araştırmanın Değişkenleri .....	55
3.5 Araştırmanın Takvimi .....	55
3.6 Verilerin Analizi.....	56
3.7 Araştırmanın Bütçesi .....	56
4. BULGULAR .....	57
5. TARTIŞMA .....	79
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER .....	92
7. KAYNAKLAR .....	95
8. EKLER.....	107
EK-A. Anket Formu.....	110
EK-B. Etik Kurul Onay Formu.....	118
9. ÖZGEÇMİŞ.....	121

#### IV. TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1</b> Schneiderian Belirtiler.....	31
<b>Tablo 2</b> Nesnel Yük Boyutları .....	43
<b>Tablo 3</b> Şizofreni Hastası Bir Bireyin Olduğu Ailelerde Yaşanan Sorunlar.....	46
<b>Tablo 4</b> Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Türkiye Sağlık Personeli Normlarına Göre Tükenmişlik Alt Boyutlarının Aldıkları Değer Aralıkları.....	63
<b>Tablo 5</b> Araştırmanın Takvimi .....	67
<b>Tablo 6</b> Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	68
<b>Tablo 7</b> Hastaya Bakım Verenlerin Alışkanlıkları ve Deneyimleri .....	70
<b>Tablo 8</b> Katılımcıların Yaş, Gelir ve Bakım Verme Süreleri.....	70
<b>Tablo 9</b> Bakım Verenlerin Hastalıkları, Şiddet Durumları ve Yaşam Güçlüğü ..	71
<b>Tablo 10</b> Hastaların yaş, hastalık başlangıç yaşları ve hastalık süreleri.....	72
<b>Tablo 11</b> Hastaların Alışkanlıkları, Özgeçmişleri ve Bazı Özellikleri.....	73
<b>Tablo 12</b> Hastaların PANSS, CGI Skorları ve Hastanede Yatış Sayıları.....	74
<b>Tablo 13</b> Katılımcıların Ölçek Skorları.....	74
<b>Tablo 14</b> Maslach Tükenmişlik Alt Ölçekleri Değerlendirmesi .....	74
<b>Tablo 15</b> Cinsiyete Göre Ölçeklerin Kıyaslanması .....	75
<b>Tablo 16</b> Medeni Duruma Göre Ölçeklerin Kıyaslanması .....	75
<b>Tablo 17</b> Yakınlık Derecesine Göre Ölçeklerin Kıyaslanması .....	76
<b>Tablo 18</b> Sigara Kullanımına Göre Ölçeklerin Kıyaslanması .....	76
<b>Tablo 19</b> Alkol Kullanımına Göre Ölçeklerin Kıyaslanması .....	77
<b>Tablo 20</b> Daha Önceki Bakım Verme Deneyimine Göre Ölçeklerin Kıyaslanması .....	77

<b>Tablo 21</b> Fiziksel Rahatsızlık Durumuna Göre Ölçeklerin Kıyaslanması .....	78
<b>Tablo 22</b> Hasta İle Aynı Evde Yaşama Durumuna Göre Ölçeklerin Kıyaslanması.....	78
<b>Tablo 23</b> Hasta İle Cinsiyet Farkı Durumuna Göre Ölçeklerin Kıyaslanması.....	79
<b>Tablo 24</b> Hastaya Sözel Şiddet Uygulama Durumuna Göre Ölçeklerin Kıyaslanması.....	80
<b>Tablo 25</b> Fiziksel Şiddet Uygulama Durumuna Göre Ölçeklerin Kıyaslanması..	80
<b>Tablo 26</b> Bakım Veren Olmanın Hayatı Etkileme Derecesine Göre Ölçeklerin Kıyaslanması.....	81
<b>Tablo 27</b> Yaş, Gelir ve Bakım Süresi ile Ölçek Korelasyonları .....	81
<b>Tablo 28</b> Hasta Cinsiyetine Göre Ölçeklerin Kıyaslanması.....	82
<b>Tablo 29</b> Hastanın Sigara Kullanma Durumuna Göre Ölçeklerin Kıyaslanması.....	82
<b>Tablo 30</b> Hastanın Alkol Kullanma Durumuna Göre Ölçeklerin Kıyaslanması...	83
<b>Tablo 31</b> Hastadaki Ek Rahatsızlık Durumuna Göre Ölçeklerin Kıyaslanması...	83
<b>Tablo 32</b> Hastanın İntihar Girişimi Durumuna Göre Ölçeklerin Kıyaslanması... 84	84
<b>Tablo 33</b> Hastanın Kendine Zarar Verme Durumuna Göre Ölçeklerin Kıyaslanması.....	85
<b>Tablo 34</b> Hastanın Başkasına Şiddet Uygulama Durumuna Göre Ölçeklerin Kıyaslanması.....	86
<b>Tablo 35</b> Yaş, Hastalığın Başlangıç Yaşı, Hastalık Süresi ile Ölçek Korelasyonları.....	86
<b>Tablo 36</b> PANSS ve CGI ile Ölçek Korelasyonları.....	87

## V. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Bakım Verenlerin Cinsiyet Dağılımı.....	69
Şekil 2. Bakım Verenlerin Öğrenim Durumu.....	69
Şekil 3. Bakım Veren Olmanın Hayatı Zorlaştırma Derecesi.....	72
Şekil 4. Hasta ile Aynı Evde Yaşama Durumuna Göre Ölçek Skorları.....	79
Şekil 5. PANSS-Duygusal Tükenme Korelasyon Grafiği.....	86
Şekil 6. PANSS-Duyarsızlaşma Korelasyon Grafiği.....	87
Şekil 7. PANSS-SUKDÖ Korelasyon Grafiği.....	87
Şekil 8. PANSS-Zarit Korelasyon Grafiği.....	88





## VI. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

<b>APA</b>	American Psychological Association
<b>CATIE</b>	Clinical Antipsychotic Trials of Effectiveness Interventions
<b>CGI</b>	Clinical Global İmpression
<b>COX</b>	Cyclooxygenase/Siklooksijenaz
<b>DSM</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>EPS</b>	Ekstra Primidal Sistem
<b>GABA</b>	Gama-aminobütirik Asit
<b>ICD</b>	International Classification of Diseases
<b>MKÜSUAH</b>	Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi
<b>MTÖ</b>	Maslach Tükenmişlik Ölçeği
<b>NMDA</b>	N-metil D-aspartat
<b>PANSS</b>	Positive and Negative Syndrom Scale
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences
<b>SUKDÖ</b>	Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği
<b>SSRI</b>	Selektif Serotonin Gerialım İnhibitörleri
<b>PGE2</b>	Prostoglandin E2
<b>5HT</b>	5-Hidroksi Triptamin

## VII. TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, zorda kaldığım zamanlarda yardımlarını esirgemeyen saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Mustafa Arı'ya, Doç. Dr. Mehmet Hanifi KOKAÇYA'ya teşekkür ederim.

Gerek asistanlık sürecinde gerekse araştırma çalışmam boyunca bana destek ve özverisini esirgemeyen, değerli hocam, tez danışmanım Doç. Dr. Mehmet Hanifi KOKAÇYA 'ya teşekkürü bir borç bilirim.

Uzmanlık eğitimim süresi boyunca iyi ve kötü günlerimizde birbirimize destek olup sırt sırta verdiğimiz asistan grubuma teşekkür ederim.

Belki de hayatımın en uzun ve en yorucu dönemi olan asistanlık eğitimi sürecinde desteklerini esirgemeyen Dr. Feyruz Atar' a, babam Cuma Atar' a, annem Fatma Atar' a, abim ve kardeşlerime sonsuz teşekkürler.

**Dr. Süleyman ATAR**  
**Hatay / 2018**

## VIII. ÖZET

### ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VEREN YAKINLARININ YÜKÜ, TÜKENMİŞLİK VE SOSYAL UYUM DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI

**Amaç:** Şizofreni hastalarına bakım verenlerde en sık görülen psikiyatrik bozukluklar arasında Tükenmişlik Sendromu ve Sosyal Uyum Bozukluğu sayılabilir. Bu çalışma ile Hatay’da bir üniversite hastanesine başvuran şizofreni hasta bakım verenlerinin bakıcı yükü, sosyal uyum ve tükenmişlik düzeylerini saptamak ve çeşitli sosyodemografik değişkenler ile ilişkisini araştırmak amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Kesitsel nitelikteki bu çalışma 2018 yılında Hatay’da yaşayan 18 yaş üzeri Şizofreni hastalarının bakım vericilerinde yapıldı. Çalışmaya 01 Kasım 2017-01 Şubat 2018 tarihleri arasında Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi (MKÜSUAH) Psikiyatri polikliniğine başvuran ve dahil edilme kriterlerini sağlayan DSM-5’e göre şizofreni tanısı almış tüm hastaların bakım verenleri çalışmaya alınmış olup 106 kişiye ulaşıldı. Katılımcılara uygulanacak anket araştırmacılar tarafından yapılandırılmış olup, Sosyodemografik veriler (bakım veren ve hasta olmak üzere), Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği bölümlerinden oluşan anket uygulanarak, bakıcı yükü, sosyal uyum ve tükenmişlik düzeyi değerlendirildi. Analizlerde Ki-Kare, Mann Whitney-U, Kruskal Wallis ve Spearman Korelasyon testleri kullanıldı ve  $p<0,05$  önemli kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan hastaların Pozitif ve Negatif Semptom Skala (PANNS) skoru ortalaması  $115,09\pm 11,28$  (Minimum:88-Maksimum:140), Klinik Global İzlem (CGI) skor ortalaması  $5,81\pm 0,73$  (Minimum:3-Maksimum:7) idi. Çalışmamızda duygusal tükenme  $23,99\pm 5,58$  (min-maks: 0-34), duyarsızlaşma  $11,46\pm 3,02$  (min-maks: 0-16), kişisel başarıda düşme  $21,49\pm 5,36$  (min-maks:0-32) olarak bulundu. Sosyal uyum kendini değerlendirme ölçeği skoru  $33,92\pm 8,28$ , Zarit skoru  $53,56\pm 10,28$  olarak bulundu. Bakım verenin ek fiziksel rahatsızlığı olması, hasta ile aynı evde yaşama, hastaya sözel şiddet uygulama, bakım veren yaşı, bakım ve hastalık süresi, hastanede yatış sayısı, PANSS ve CGI ile ölçek skorları arasında anlamlı ilişki bulundu ( $p<0,05$ ).

**Sonuçlar:** Şizofreni hastalarına bakım verenlerde bakıcı yükü ve tükenmişlik fazla, sosyal uyumları az olarak bulunmuştur. Bu durum bazı sosyodemografik ve klinik bulgularla ilişkilidir ve yaygınlığının saptanıp gerekli müdahalelerin yapılmaması hem hastalar açısından hem de bakım verenler açısından önemli sonuçlar doğuracaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Bakım veren yükü, Şizofreni, Tükenmişlik, Sosyal Uyum

## IX. ABSTRACT

### THE BURDEN CARETAKERS OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS IS BURNOUT AND DETERMINING SOCIAL ADAPTATION

**Aim:** Incidence of Burnout syndrome and Social Adaptation Disorder is almost highest in people that taking care of schizophrenia patients. In this study, to determine level of burnout and social adaptation and nursing burden of schizophrenia patient's nurse that apply an University hospital in Hatay and search relationship with various sociodemographics variables is intended.

**Methods:** This cross-sectional study is performed to caregiver of schizophrenia patients who lives in Hatay, in 2018. We participated 106 person that caregivers of patients that diagnosed schizophrenia according to the DSM-V and coherent inclusion criterias who applies MKUSURH Psychiatry Department. The survey that performed participants is made by researchers. Parts of survey are sociodemographic datas, Maslach Burnout Scale, Social Adaptation Self- Assessment Scale and Zarit Caregivers Burden Scale. We evaluated caregivers burden social adaptation and burnout level. Chi-square test, Mann Whitney U test Kruskal Wallis and Spearman Correlation Test are used and  $p < 0,05$  is considered significantly.

**Results:** PANSS score mean is  $115,09 \pm 11,28$  (Minimum 88-Maximum 140), CGI score mean is  $5,81 \pm 0,73$  (minimum:3-maximum:7) of participants. In study, scores of emotional burnout is  $23,99 \pm 5,88$  (min:0-max:34), Depersonalization is  $11,46 \pm 3,02$  (min:0-max:16), Fall in personal success is  $21,49 \pm 5,36$  (min:0-max:32). Social Adaptation Self- Assessment score is  $33,92 \pm 8,28$ , Zarit score is  $53,56 \pm 10,28$ . Relationships between PANSS, CGI, physical comorbidity of caregivers, live with patient at the same house, age of caregivers, duration of illness and nursing, duration of hospital stay and scales scores considered significantly. ( $p < 0,05$ )

**Conclusion:** We determined that in caregivers of schizophrenia patients caregiver burden and burnout level is high, social adaptation is low. This situation is associated with some sociodemographics and clinics and must be determine prevalence. If we dont interference this, it is gonna cause some important conclusions to patients and caregivers.

**Key words:** Caregiver burden, Schizophrenia, Burnout, Social Adaptation

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni bireyi olduğu kadar onun bakıcılığını üstlenen yakınlarını da ilgilendiren, ciddi yeti yitimine neden olan süreğen bir hastalıktır. Dünya Ruh Sağlığı Federasyonu (World Federation of Mental Health) süreğen hastalara bakım verenlerin yükünü küresel bir sorun olarak değerlendirmiş ve bu hastaların bakımının sürekli enerji, bilgi, eşduyum ve ekonomik güç gerektirdiğini ve günlük yaşamı fazlaca etkilediğini bildirmiştir. Bakım verenler işleri, aileleri ve hasta bakımı arasında bir denge sağlamaya çalışırken genellikle kendi bedensel ve ruhsal sağlıklarını ihmal etmek durumunda kalmaktadırlar (1).

Şizofreninin oluşturduğu bakıcı yükü çok boyutlu olarak değerlendirilmektedir. Ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin, yakınları üzerindeki olumsuz etkileri 1950'lerden beri araştırılmaya başlanmış, 1970'lerde 'bakıcı yükü' terimi kullanılmaya başlanmıştır. 1980'lerden sonra bu kavramın içeriği genişletilmiştir. Kabul gören 'bakıcı yükü' kavramı süreğen ruhsal hastalığı olan bir bireyin akrabalarının yaşadığı fiziksel, ruhsal, toplumsal, ekonomik sorunların tümünü içermektedir (2).

Bakım verenin yükünü etkileyen etmenler hasta ile ilgili olabileceği gibi hasta yakınının bizzat kendisi ile ilgili de olabilir. Dünya Ruh Sağlığı Federasyonu dünyadaki bakıcıların %80'ninin kadın olduğunu tahmin etmektedir. Bunlar hastanın eşi, annesi ya da kızı olabilir. Çalışmalar bakmakla yükümlü olduğu hastası olan kadınların böyle bir yükümlülüğü olmayanlara göre altı kat daha fazla çökkünlük ve kaygı belirtileri yaşadıklarını göstermiştir (1, 2). Çalışmalarda hastanın erkek olması, genç olması, hastalığının şiddeti, kültürel etmenler, damgalama, hastalığın suresi ve yeti yitimi gibi etmenlerin bakım veren yükü ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (3, 4). Ekonomik durum ile bakım veren yükünün ilişkisini araştıran çalışmalarda düşük sosyoekonomik düzeyin artmış bakıcı yükü ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (5). Ayrıca yükün belirlenmesinde bakım verenin yaşı, eğitim düzeyi, hasta ile birlikte geçirilen sürenin de önemi vurgulanmaktadır (6). Bazı çalışmalar bakım verenlerin

süreğen ruhsal hastalığı olan bir bireyin bakımında gerekli bilgi ve ustalığa sahip olmadığını göstermiş ve bu duruma müdahale amacı ile birçok ruhsal eğitim programı geliştirilmiştir (7, 8).

Bakım verilen şizofreni hastasının işlevselliği ve genel durumu da bakıcı yükünü etkileyebilmektedir. Şizofreninin gidişinin değerlendirilmesinde; hastalık belirtilerinin düzelmesi ile işlevselliğin aynı şey olmadığı ve işlevselliğin başlı başına bir kavram olarak incelenmesi gerektiği görüşü günümüzde kabul görmektedir (9). Hastaya ait belirti kümelerinin bakıcı yüküne etkisi konusunda ortak bir görüş henüz yerleşmemiştir. Hastanın işlevselliğinin hastalık yükü ile ilişkisini değerlendiren çalışmalarda işlevselliğin yük için önemli bir belirleyici olduğu ortaya konmuştur (10).

Daha önceki bazı çalışmalarda bakım verenlerin hastalık hakkındaki bilgi düzeylerinin bakıcı yükü ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Bazı kaynaklarda bakım verenlerin hastalık hakkında bilgi düzeyleri arttıkça bakıcı yükünün azalacağı öne sürülse de, hastalık hakkındaki bilgi düzeyleri arttıkça ailenin yükünün arttığını gösteren çalışmalar da vardır (11-13). Hastanın işlevselliğinin artırılması ile aile yükünün ilişkisini araştıran çalışmalar artan hasta işlevselliğinin bakıcı yükünü azalttığını göstermiştir (9).

Hasta ve hasta yakınlarına yönelik destek programlarının oluşturulması sürecinde yol haritası belirlenirken bakım veren yükü ile ilişki etmenlerin bilinmesi önemlidir. Böylece ağırlık verilmesi gereken öncelikli hedefler de ortaya konabilecektir.

Bu çalışmada hasta bakım verenlerinin bakıcı yükü, sosyal uyum düzeyleri, tükenmişlik düzeyleri ve bunların sosyodemografik özelliklerle ilişkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Şizofreni

#### 2.1.1 Tanım

Şizofreni toplumun % 1'inde görülen, sanrı ve varsanı gibi pozitif belirtiler; duygulanımda sığılaşma, sosyal içe çekilme, konuşma miktarında azalma ve düşünce içeriğinde fakirleşme gibi negatif belirtiler; dikkatte, bellekte, yürütücü işlevlerde bozulma gibi bilişsel belirtilerle giden; duygu, düşünce, algılama ve davranışı etkileyen; farklı klinik tablolarla ortaya çıkabilen bir ruh sağlığı sorunudur (14, 15).

#### 2.1.2 Tarihçe

Şizofreninin psikiyatrik bir hastalık olarak nispeten yeni kabul görmüş olmasına karşılık, milattan öncesine dayanan Hint, Çin ve Yunan kaynaklarında şizofrenik belirtiler gösteren ruhsal hastalıklar tanımlanmıştır (16, 17).

Ortaçağda şizofreni hastalarının lanetlenmiş olduğuna inanılmış ve hastalar ayrımcılığa tabi tutulmuştur. Aynı dönemlerde ise İslam Dünyası'nda ruh hastaları için Bağdat ve Kudüs gibi kentlerde yapılan hastanelerde bu hastaların tedavi ve bakımı sağlanmaktaydı (18).

Ergenlik döneminde başlayarak yıkımla giden bu ruhsal hastalık için ilk kez 1860 yılında Belçikalı psikiyatrist Morel, 'dementia precox' terimini; kullanmıştır (19). Kahlbaum 1863 yılında 'praphrenia hebetica' terimini, Hecker ise 1871'de 'hebefreni'yi kullanmıştır. 1871'de Laseque kötülük görme sanrılarını (delire de persecutions), ve yine Kahlbaum 1874'te 'katatoni'yi tanımlamıştır (19-21).

Modern anlamda hastalığın tanımını ilk yapan Kraepelin olarak kabul edilmektedir. Alman bir psikiyatrist olan Emil Kraepelin 1896'da hebefreni ve

katatoniye ek olarak basit ve paranoid tipleri eklemiş ve bunların büyük olasılıkla aynı metabolik kökenli bir hastalığın farklı görünüşleri olduğunu ileri sürerek hepsini “Dementia Praecox” (erken bunama) başlığı altında birleştirmiştir (19). Bunama olmayan hasta grubunu ise ‘paranoia’ olarak adlandırmıştır. Diğer bir grup hastayı da ataklarla seyreden ve ara dönemlerde işlevselliği normal olarak gözlemlemiş ve bu grubu da ‘manik depresif psikoz’ olarak tanımlamıştır (22, 23).

Eugen Bleuler ise 1911’de yayınladığı ‘Dementia Praecox ve Şizofreniler Grubu’ isimli kitabında bu hastalığın erken yaşta başlama ve bunama ile sonlanmasının şart olmadığına dikkat çekmiştir. ‘Dementia praecox’ yerine ilk olarak ‘şizofreni’ terimini kullanmıştır. Bu terim ile hastaların zihinlerindeki ve ruhsal hayatlarındaki yarılmaya dikkat çekmiştir. Aynı zamanda çağrışımlarda bozukluk, otizm, ambivalans ve duygulanımda bozukluk olarak hastalığın dört temel belirtisini (4A) tanımlamıştır. Çağrışımlarda bozukluğun tüm hastalarda ve her zaman bulunduğunu, hastalık için patognomonik bir bulgu olduğunu belirtmiştir (19). 1930’lara gelindiğinde ise, Kurt Schneider şizofreni için patognomonik olan ve günümüzde de önemli bir yer tutan ‘birinci sıra belirtileri’ tanımlamıştır. Bunlar düşünce çalınması, düşünce sokulması, düşünce yayınlanması, kendi düşüncelerinin yüksek sesle söylenmesi, kendi arasında tartışan sesler, yorum yapan sesler, bedenin dış güçler tarafından etkilenmesi gibi bir grup sanrı ve varsanılardan oluşmaktadır (19).

1950’li yıllarda ise Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan ICD (International Classification of Diseases, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması) ve APA (American Psychological Association) tarafından yayınlanan DSM (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırılması) kitabında şizofreni grubu hastalıklara yer verilmiştir. Günümüzde son olarak ICD 10 ve DSM 5 sınıflandırmasında yerini almıştır (24).



### 2.1.3 Epidemiyoloji

Şizofreninin toplumsal yaygınlığı; tanı ölçütleri zaman içinde değişmesine rağmen, dünya çapında belirgin farklılıklar göstermemektedir (25). Yaşam boyu prevalansı %0,5 ile %1,5 civarındadır (26). Coğrafi dağılım olarak tüm dünyada şizofreni, insidans ve prevelans değerleri benzerlik göstermektedir (21).

Şizofreni genellikle 45 yaşın altında ortaya çıkar (27). Başlangıç yaşı erkekler ve kadınlar arasında farklılık göstermektedir. Erkeklerde en sık 20-25 yaşları arasında, ikinci olarak da 30-35 yaşlarında izlenmekte iken, kadınlarda başlangıç yaşı erkeklere oranla ortalama 5 yıl daha geçtir. Bununla birlikte otuzlu yaşların ortalarına kadar erkeklerde daha sık gözlenirken, 40 yaşından sonra kadın erkek oranı kadınların lehine yükselmektedir (26, 28).

Cinsiyet farklılığı açısından bakıldığında ise erkeklerde %1.02, kadınlarda %1.05 oranında izlenmektedir (29, 30). Sosyoekonomik açıdan prevelanslar karşılaştırıldığında; sosyoekonomik durumu düşük olanlarda beş kat fazla görüldüğü belirtilmektedir (26, 29). Şizofreni hastalarının sıklıkla hiç evlenmediği, boşanma ve ayrı yaşama oranlarının ise arttığı gözlenmiştir. Yapılan izlem çalışmaları bekar olmanın erkeklerde 12-50 kat, kadınlarda ise 3-15 kat şizofreni gelişimiyle daha fazla ilişkili olduğunu göstermiştir. Hiç evlenmemiş şizofreni hastalarının premorbid işlevselliğinin daha bozuk olduğu, psikozun daha erken yaşta başladığı ve hastalığın daha kötü bir gidiş gösterdiği izlenmektedir (29, 31).

### 2.1.4 Etiyoloji

Şizofreninin tek bir etken nedeniyle değil çok sayıda etkenin bir araya gelmesi ile oluştuğu görüşü giderek yaygınlaşmaktadır. Son yıllarda özellikle gen ve çevre etkileşimi üzerinde durulmaktadır (32). Bu görüşe göre kişilerin şizofreni için genetik bir yatkınlığı olabilir, fakat bu yatkınlığa başka faktörler eklenmedikçe hastalık ortaya çıkmamaktadır. Mutasyon oluşumuna ya da gen ekspresyonunda

değişikliğe neden olan doğum komplikasyonları, beslenme gibi biyolojik ve daha az oranda psikolojik etkenleri kapsayan çevresel etkenler hastalığın ortaya çıkmasından sorumlu tutulmaktadır (27).

#### **2.1.4.1 Genetik**

Şizofrenide kalıtsal yatkınlığın önemli bir rolü olduğu gösterilmiştir. Bu durumu ispatlayan kanıtlar aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarından elde edilmiştir. Ailedeki şizofreni hasta sayısı ve akrabalık derecesi arttıkça hastalanma riski de artmaktadır (22). Normal toplumda şizofreni sıklığı %1 civarında iken, yapılan aile araştırmalarına göre anne ya da babadan birinin şizofreni hastası olması durumunda risk %13'e, anne ve babanın ikisinin birden şizofreni hastası olması durumunda ise risk %46'ya ulaşmaktadır.

Çift yumurta ikizlerinde şizofreni için risk %0-28, tek yumurta ikizlerinde ise risk %41-65 olarak bildirilmiştir (22). Yapılan evlat edinme çalışmalarında; öz anne babasında şizofreni olan, sağlıklı anne babanın yanına evlatlık verilmiş çocuklardaki şizofreni riski, öz anne babasında şizofreni olmayan sağlıklı anne babanın yanına evlatlık verilmiş çocuklardakinden daha fazla oranda bulunmuştur. Öte yandan öz anne babasında şizofreni olmayan ve evlatlık verildiği ailede şizofreni bulunan çocuklarda şizofreni riskinin artmadığı görülmüştür (33-35).

Şizofreni genetiği ile ilgili yapılan çalışmalar sonunda hastalıkla ilişkili çok sayıda gen bulunmuştur. Şizofreni gelişim risklerini değerlendirmek için yapılan genetik araştırmalar bağlantı (linkage) ve ilişkilendirme (assosiyasyon) araştırmalarıdır. Bağlantı araştırmalarında birden fazla üyesi şizofren hastası olan ailelerde hastalıkla ilişkili olabilecek genetik markerların bulunması amaçlanmaktadır. İlişkilendirme araştırmaları ise genetik marker lokusundaki bir allel sıklığının sağlam kişilerle karşılaştırılması esasına dayanır. Şizofreni bağlantı çalışmaları ile elde edilen bağlantı bölgeleri; 1q21-22, 6p21-22, 6p22-24, 8p21-22, 10p11-15, 13q14-32, 15q13-15, 22q11-13 olarak saptanmıştır. Bulunan aday genler ise başta NRG-1 olmak üzere; COMT, AKT1, DISC1, dysbindin, GRM3,

DAOA/G72, RGS4, CHRNA7, PIP5K, PRODH2, PCM1, PPP3CC, DTNBP1 gibi genlerdir (23, 36-38).

#### 2.1.4.2 Çevresel Etkenler

Çevresel etkenler gebe kalma, gebelik, doğum ve gelişim süresince maruz kalınan biyolojik, fiziksel ve psikososyal etkenleri içermektedir. Şizofreni sıklığının evlilerde, bekar ve dullara oranla daha düşük olarak bildirilmiştir (19). Sosyoekonomik düzeyi daha düşük olan kişilerde şizofreni prevalansının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu durumun iki nedeni olabileceği hipotezi öne sürülmüştür. İlki; alt sınıflardaki kişilerin gebelik ve doğum komplikasyonları, enfeksiyonlar gibi olumsuz yaşam koşulları sonunda şizofreniye yatkın hale gelmesi, ikincisi ise; şizofreni yatkınlık genlerini taşıyan ailelerde nesiller boyunca alt sınıflara kayma eğiliminin bulunduğu (16, 19).

Son yıllarda yapılan çalışmalar şehirde doğmanın/büyümenin şizofreni için gerçek bir çevresel risk etmeni olduğunu, şehirde doğan/büyüyen kişiler için şizofreni riskinin 2 ila 4 kat arttığını göstermektedir (39, 40). Hollanda ve İngiltere’de yapılmış olan araştırmalarda da şizofreni riskinin göçmenlerde 2-13 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (41).

Kış mevsiminde ve ilkbahar başlangıcında doğanlarda şizofreni riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (19). Şizofreni hastalarıyla yapılan görüşmeler sonunda bu kişilerin stresli yaşam olayları yaygınlığının daha sık olduğu gözlenmiştir (16, 19). Çocukluk çağı travmalarının da psikoz riskinde artma ile ilgili olduğu da ihtimal dahilindedir (40).

Yapılan araştırmalar şizofreni hastalarında esrar kullanım oranlarının %43-51 oranlarında olduğunu göstermiştir. Artmış esrar kullanımı şizofreni ortaya çıkma riskini artırmaktadır (42, 43).

### 2.1.4.3 Perinatal Komplikasyonlar

Prenatal ve perinatal komplikasyonlar (obstetrik komplikasyonlar) şizofreni tanımlı hastaların öykülerinde sağlıklı kontrollere ve hastaların sağlıklı kardeşlerine göre daha fazla bildirilmiştir ve bu nedenle bir risk etkeni olarak değerlendirilmektedir (44, 45). Kanama, diyabet, Rh uyuşmazlığı, preeklampsi gibi gebelik komplikasyonları, düşük doğum ağırlığı, baş çevresinin kısa olması, konjenital malformasyonlar gibi fetal gelişim bozuklukları ve son olarak doğum komplikasyonları (rahim atonisi, asfiksi, acil sezaryen uygulanması v.b gibi) etkenlerin şizofreni ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (27). Ayrıca annede gebelik döneminde influenza, rubella enfeksiyonunun, malnutrisyon, diabetes mellitus ve sigara içme öyküsünün çocukta şizofreni riskini arttırdığı belirtilmiştir (27).

İleri baba yaşı da bazı araştırmacılar tarafından risk etkenleri arasında sayılmıştır ve bunun germ hücrelerinde oluşan “de novo” mutasyonlarla ilişkili olabileceği düşünülmüştür (46).

Doğum ve gebelik komplikasyonları şizofrenide ailesel beyin ventriküler genişleme riskini öngörebilme ile ilişkili bulunmuştur (47). Doğum sırasında asfiksi öyküsünün şizofreni riskini artırdığı, doğum sırasında Apgar skorunun 0-3 arasında olmasının ise özellikle negatif belirtilerin belirgin olduğu şizofreni ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (48, 49). Fetal hipoksinin hastalarda ve kardeşlerinde kortekste iki taraflı olarak gri maddede azalma ve beyin omurilik sıvısında (BOS) artmayı yordadığı, bunun en çok temporal lobda belirgin olduğu gösterilmiştir (50).

Obstetrik komplikasyon öyküsü olan hastalarda hastalık başlangıç yaşı daha erken olmakta; komplikasyon miktarı arttıkça bu yaş daha da erkene kaymaktadır (51). Ayrıca bu hastalarda daha kronik bir seyir görülmektedir ve negatif belirtiler daha belirgin olmaktadır (50). Maternal ürogenital enfeksiyonlara maruz kalmanın konjenital santral sinir sistemi anomalileri için bir risk faktörü olup şizofreni ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (52).

Değişik ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmaların büyük bir kısmı gebelik sırasında maternal influenza maruziyetinin şizofreni gelişimi ile ilişkili

olduğunu göstermiştir (53). Anne karnında viral ve bakteriyel enfeksiyonlara maruz kalmanın bu enfeksiyonlara cevap olarak oluşan sitokinlerin salınımı ve ateş oluşumu ile beyin gelişimini etkilediği ve şizofreni patofizyolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir (54).

#### **2.1.4.4 Doğum Mevsimi**

Yapılan çalışmalarda şizofreni tanısı almış kişilerin daha çok kış veya ilkbahar aylarında doğmuş oldukları gösterilmiştir (27). Bunun nedeni olarak ise yılın bu dönemine özgü hava şartları, enfeksiyonlar, beslenme, ağır metaller gibi dış materyaller, maternal hormonlar ve doğum sonrası bebeğin gelişimini etkileyen faktörler sorumlu tutulmuştur (55). Kış aylarında doğmuş olmanın virüs epidemileri ile sık karşılaşma riskini artırdığı, geçirilmiş enfeksiyonların hastalığı başlatacak şekilde beyin dokularını enfekte etmesi ile veya maruz kalınan enfeksiyonlara karşı oluşan immün cevabın sonucu olarak meydana gelen beyin hasarının süregen bir enfeksiyon olmadan zamanla şizofreni gelişimine neden olduğu düşünülmektedir (32).

#### **2.1.4.5 Sosyal Etkenler**

Düşük sosyoekonomik düzeyin şizofreni ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Sosyoekonomik düzeyin düşük olmasının stresli yaşam olayları, enfeksiyon, doğum öncesi yetersiz bakım ile şizofreniye yatkınlık oluşturduğu ileri sürülmüştür (56). Diğer bir görüşe göre ise şizofreninin sosyal ve iş hayatını olumsuz olarak etkileyerek bu hastaların daha alt sosyoekonomik seviyelere kaymalarına neden olduğu kabul edilmektedir (56). Stres yatkınlık kuramı şizofreni için nörodinamik bir modeldir (57). Bu modele göre; özel bir yatkınlığı bulunan bireyin stresli bir çevresel etkiyle karşılaşması üzerine şizofreni belirtileri gelişmektedir. Yatkınlığın ya da stresin biyolojik veya çevresel olabileceği ya da her ikisinin bir arada bulunabileceği; biyolojik temelin ilaç kötüye kullanımı, psikososyal stres ve travma gibi epigenetik

faktörlerle de şekillenebileceği öne sürülmektedir (32, 58). Şizofreniye özgü bir yaşam olayı tariflenememekte ancak hastalığın nökslerinden önceki sürelerde ve akut şizofreni belirtilerinin başlamasından önce kişinin yaşadığı ağır stresli yaşam olaylarının varlığından bahsedilmektedir (59). Göç etmiş olmak, esrar kullanımı, sosyal desteğin azlığı, kentleşme ve evlenmemiş olmak şizofreni riskini artıran çevresel etkenler olarak düşünülmektedir (27, 60, 61).

Şizofreninin, güçlü bir genetik komponenti olduğu ve hastalığın nörogelişimsel bir patolojiden kaynaklandığı hipotezi, genlerin embriyonik nörogelişimi kontrol ettiği, fakat çevresel etkenlerin genotiple etkileşip nöropatoloji ve bilişsel defektlerle sonuçlandığı şeklinde açıklanabilir (47).

## **2.1.5 Patogenez**

### **2.1.5.1 Nörotransmitter Sistemleri**

**1. Dopamin:** Kendisi monoamin yapıda bir nörotransmitter olan dopamin uzun zamandır şizofreni hipotezinde rol oynamaktadır. Dopaminerjik sistem aktivitesini arttıran amfetamin, kokain, L-dopa ve metilfenidat gibi ilaçların bazı yönlerden şizofreniye benzer paranoid psikoz yaratabilmesi ve postsinaptik dopamin reseptörlerini bloke eden ilaçların şizofreni belirtilerini azaltabilmesi şizofrenide dopamin hipotezinin temelini oluşturmaktadır (29). Şizofreni hastalarında kortikal alanlarda dopamin azalması, subkortikal alanlarda ise dopamin artışından söz edilmektedir (29). Pozitif belirtilerden ventral tegmental alanlardan limbik sisteme uzanan mezolimbik yolaktaki dopaminerjik artış, negatif ve bilişsel belirtilerden ise ventral tegmental alandan prefrontal kortekse uzanan mezokortikal yolaktaki dopaminerjik yetersizlik sorumlu tutulmuştur(27, 29, 62). Dopaminerjik nöroanatomi beyinde beş adet yolaktan oluşmaktadır. Bu yollar hem hastalık semptomlarını açıklamada hem de antipsikotik ilaçların etki ve yan etki mekanizmasının anlaşılmasında önemli yer tutmaktadır.

**-nigrositriatal yolak;** ekstrapiramidal sinir sisteminin bir devamı olarak, substantia nigradan, corpus striatum'a uzanarak, motor işlevler üzerine etki eder.

Dopamin azalmasında rijidite, tremor, bradikinezi gibi bulgular ortaya çıkarken, dopamin fazlalığında ise diskinezi gibi hareket bozuklukları ortaya çıkar.

**-mezolimbik yolak;** limbik sistemin bir parçası olarak, ventral tegmentumdan, nucleus accumbense kadar uzanır. Bu yolak; ödül, haz ve bağımlılık yapıcı maddelerin etkileriyle ilişkilidir. Aşırı aktive olması durumunda şizofrenideki pozitif belirtiler olan sanrı ve varsanılar üzerinde rol oynar.

**-mezokortikal yolak;** ventral tegmentumdan başlayarak prefrontal kortekse uzanır ve bu yolakta azalmış dopamin aktivitesi, şizofrenideki kognitif ve affektif belirtileri üzerinde etkilidir.

**-tuberoinfundibuler yolak;** hipotalamustan önhipofize uzanır ve prolaktin salınımını kontrol eder, antipsikotik ilaçlarla tedavi sonrası D2 reseptörlerin bloke olmasıyla prolaktin seviyelerinin artmasına, bunun sonucunda galaktore, amenore ve cinsel fonksiyonlarda bozulma gibi etkilerin ortaya çıkmasına aracılık eder.

-son yolak ise ventral mezensefalon, hipotalamik nukleuslar, periaquaduktal gri cevher gibi pek çok alandan başlayarak talamusa uzanır, ancak işlevi henüz net olarak bilinmemektedir (27, 29, 63).

**2. Serotonin:** Serotonerjik halusinojenlerin algı bozuklukları, varsanılar, dikkatte azalma, duygudurum labilitesi ve formal düşünce bozukluğuna yol açması serotoninin şizofreni patofizyolojisindeki rolüne dikkat çekmektedir (56). Beyinde serotonerjik ve dopaminerjik sistemler anatomik ve fonksiyonel olarak yakın ilişki içerisindeyler. Serotonerjik sistemin dopaminerjik sistem üzerinde inhibitör rolü bulunmaktadır (64). Atipik antipsikotik ilaçların hem serotonin hem de dopamin üzerine antagonistik etkilerinin olması ve bu ilaçlarla yapılan şizofreni tedavisinin sadece D2 üzerinden etki eden tipik antipsikotik ilaçlardan üstün olması sonucunda serotonin ilgi odağı haline gelmiştir (27).

Şizofreni hastalarında prefrontal kortekste 5HT2A reseptör sayısında azalma olduğu bildirilmiştir. Ayrıca globus pallidus ve putamende serotonin yoğunluğunda artma da saptanmıştır (27).

**3. Glutamat:** Glutamatın N-metil D-aspartat (NMDA) reseptörünü bloke ederek etki gösteren fensiklidinin şizofreni benzeri klinik tabloya yol açması, glutamat sisteminin şizofrenideki rolüne dikkat çekmektedir. Çalışmalarda glutamaterjik disfonksiyon ve özellikle NMDA reseptör aracılı nöroiletim üzerinde durulmaktadır (27, 29, 62, 65).

Postmortem çalışmalarda, şizofreni hastalarında pre- ve postsinaptik glutamaterjik değişkenlerde anormallikler olduğu görülmüştür. Frontal kortikal alanlarda glutamat reseptörlerinde artış, prefrontal ve hipokampal bölgelerde glutamat etkinliğinde azalma, kortikal glutamat salıverilmesinde azalma, geri alımında ise artış olduğu gözlenmiştir (66).

**4. Gama-aminobütirik Asit (GABA):** Şizofrenide GABA azalmasının dopaminerjik hiperfonksiyona neden olması, prefrontal korteksteki GABA değişikliklerinin şizofreni etiyolojisinde rolü olduğunu düşündürmektedir. Şizofreni hastalarında prefrontal korteks GABA' erjik reseptör artışı GABA miktarındaki azalmayı kompanse etmeye çalışır (26). Şizofrenide kortikal GABA' erjik internöronlarda azalma, prefrontal kortekste GABA-A reseptör yoğunluğunda artma, hipokampusta GABA geri alım bölgelerinde ise azalma görülmüştür. GABA sentezinden sorumlu olan glutamik asit dekarboksilaz enziminin mRNA' sında da azalma tespit edilmiştir (67).

**5. Noradrenalin:** Noradrenalinin diğer nörotransmitter sistemleriyle birlikte şizofrenide rol aldığı düşünülmektedir. Şizofreni hastalarının bir kısmında özellikle paranoid belirtilerin baskın olduğu hastalarda beyin omurilik sıvısında noradrenalin düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür (29, 62). Noradrenerjik sistemdeki bozukluğun şizofreni hastalarında sık relapsa zemin hazırladığı görüşü de bildirilmektedir (68).

#### **2.1.5.2 Nörogelişimsel ve Nörodejeneratif Varsayım**

Bu varsayıma göre etiyolojik faktörler hastalığın başlamasından çok önce normal nöronal gelişimi etkilemekte ve belirli nöronlar ve/veya nöronal devrelerin



hasarlanması sonucu hastalık ortaya çıkmaktadır. Hasar gören nöronların hemen değil de bir süre sonra hastalığa yol açmaları şizofreniyi otizm, fragil X sendromu veya Down sendromu gibi diğer nörogelişimsel hastalıklardan farklı kılmaktadır (57).

Nörogelişimsel süreçteki anormalliklerin belli bir latent dönemden sonra, ergenlik ya da genç erişkinlik dönemlerinde dopamine aşırı duyarlılık gelişmesi, prefrontal kortekste bozulmuş dopamin işlevinin subkortikal dopamin aktivasyonunu artırması gibi patolojik olayları harekete geçirerek şizofreninin ortaya çıkmasına yol açabileceği düşünülmektedir (29, 62). Aynı zamanda anormal nöronal olgunlaşmanın (nöronal ve glial hücre göçü, dendritik ve aksonal dallanma ve budanma, programlı hücre ölümü) veya stres, travma, enfeksiyon ve madde kullanımı gibi diğer nedenlerin hastalığın başlamasında rol alabileceği düşünülmektedir (57). Çeşitli hayvan modellerinde beyin gelişimi sırasında oluşturulan değişikliklerin erişkin hayvanda psikozla ilişkili olduğu kabul edilen bozukluklara yol açtığı gösterilmiştir (69). Antioksidan mekanizmaların yetersizliği ve membran metabolizma bozukluklarının da nöronal yıkımda rol oynadığı düşünülmektedir (57).

### **2.1.5.3 Şizofreni ve İnflamasyon**

İmmün sistemin şizofreni patogeneziindeki rolü henüz tam olarak netlik kazanmamıştır. Son zamanlarda şizofrenide inflamatuvar cevabın aktive olduğu öne sürülmüş ve inflamasyonun birçok şizofreni hastasında belirlenen otoimmün hastalıklarla ilişkili olabileceği söylenmiştir. Şizofreni, mitojen uyarılı lenfosit proliferasyonu, total T ve T yardımcı hücre sayısında artış, serumda anti-beyin antikörlerin bulunması gibi çeşitli immün sistem anormallikleri ile ilişkili bulunmuştur. Sitokinlerin nöropsikiyatrik hastalıklardaki serum seviyeleri ve in vitro üretimleriyle ilgili çok sayıda bildirimler, bu moleküllerin bu tip hastalıkların patogeneziinde rol oynayabileceği fikrini gündeme getirmiştir (70). Şizofreni hastalarının periferik kan ve serebrospinal sıvılarında bulunan anormal seviyedeki proinflamatuvar sitokinleri ve onların reseptörleri bu hastalığın patogeneziinde immün sistemde aktivasyonun olabileceğini düşündürmektedir (71). Birçok enfeksiyon ajanının şizofreni riskini arttırdığı gösterilmiştir. Fakat henüz hangi enfeksiyon

ajanlarının hastalığa neden olduğu ya da psikoza ve diğer şizofreni semptomlarına nasıl yol açtığı belirlenememiştir. Sitokemokin sistemi ve onların reseptörlerinin merkezi sinir sistemi ile immün sistem arasındaki karşılıklı iletişimi sağlayan önemli bir sistemi kontrol ettikleri söylenmiştir (72). Birçok çalışmada, kemokin ve onların reseptörlerinin ekspresyonunun Multiple Skleroz, Alzheimer ve Parkinson gibi nöroinflamatuvar hastalıklarda artmış olduğu tespit edilmiştir (73, 74). Bu bulgular kemokinlerin, lökositlerin inflamasyon ve gelişim sırasında merkezi sinir sistemine geçişini kontrol etme yeteneğine sahip olduklarını göstermiştir ve hastalık aktivitesini gösteren biyobelirteçler olarak kullanılabilceği fikri ortaya atılmıştır.

Şizofreninin patofizyolojisinde inflamatuvar hipotezi destekleyen çalışmalarda; çocukluk çağında geçirilmiş santral sinir sistemi enfeksiyonlarında şizofreni riskinin beş kata kadar artmış olduğu görülmektedir. Hastalarda inflamatuvar mediatör olan prostoglandin E2'nin (PGE2) artmış serum düzeyi ve siklooksijenaz (COX) aktivitesinin artmış olduğu görülmektedir. Şizofreni hastalarının serum, plazma, beyin omurilik sıvısı ve postmortem beyin dokularında çeşitli proinflamatuvar sitokin seviyelerinin artmış bulunması, anti-inflamatuvar sitokinlerin (PGJ2 gibi) azalmış bulunması inflamasyonun hastalığın etiyolojisindeki rolüne dikkati çekmektedir. Ayrıca bazı antipsikotiklerin anti-sitokin etkileri olduğu gösterilmiştir. Pozitron emisyon tomografisi çalışmalarında hastalığın başlangıcının ilk beş yılında olan hastaların SSS'de gösterilmiş aktive olmuş mikroglial hücrelerin varlığı ve bu hücrelerin varlığının postmortem şizofreni hastalarında da gösterilmiş olması, şizofreni ve inflamasyonun ilişkisini düşündüren diğer bulgulardır (75, 76).

Şizofreni ve inflamasyonun ilişkisinden yola çıkarak non-steroid antiinflamatuvar ilaçların (selokoksib, asetilsalisilik asit vb) antipsikotiklere yardımcı olarak kullanıldığı birkaç randomize klinik çalışma bulunmaktadır. Ancak bu çalışmalarda klinik olarak stabil olan ve relaps ile başvuran hasta ayrımı yapılmadığı için sonuçların yorumu karmaşık hale gelmektedir (76).

## 2.1.6 Tanı

Şizofreni tanısı için herhangi bir laboratuvar testi bulunmadığından tanı, klinik olarak konmaktadır. Şizofreni tanısını koymak için Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından hazırlanan DSM tanı kriterleri dikkate alınmaktadır. Yakın zamana kadar DSM-4 TR tanı ölçütleri kullanılırken 2013 yılında Türkçe versiyonu basılan DSM-5 tanı kriterleri kitabının yayımlanmasıyla birlikte bazı yenilikler ve değişiklikler ortaya çıkmıştır.

Şizofreni DSM-5 kitapçığında ‘Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar’ başlığı altında yer almaktadır (24).

**A.** Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.

1. Sanrılar
2. Varsanılar
3. Darmadağın konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmas konuşma)
4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı
5. Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışmama).

**B.** Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır. (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda, ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).

**C.** Bu bozukluğun süre giden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk; ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca silik (negatif) belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde

sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşik altı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

**D.** Şizoaffektif bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da ikiüçlü (bipolar) bozukluk dışlanır, çünkü ya 1)açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak yeğın (majör) depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da 2)açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygu durum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin en az bir kesiminde bulunmuştur.

**E.** Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

**F.** Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı konur.

Varsa belirtiniz:

Aşağıdaki gidiş belirleyicileri, bu bozukluk ancak bir yıl sürdükten sonra ve tanısız gidiş ölçütüyle çelişmemeleri durumunda kullanılmak üzere tasarlanmıştır:

**İlk dönem, o sırada akut dönemde:** Bu bozukluğun tanımlayıcı tanısız belirti ve zaman ölçütünü karşılayan ilk ortaya çıkışıdır. Akut dönem, belirti ve tanı ölçütlerinin tam olarak karşılandığı zaman dilimidir.

**İlk dönem, o sırada tam olmayan bir yatışma gösteren:** Tam olmayan bir yatışma, önceki dönemden sonra görülen iyileşmenin sürdürüldüğü ve bu bozukluğun tanımlayıcı tanı ölçütlerinin yalnızca bir bölümünün tam olarak karşılandığı zaman dilimidir.

**İlk dönem, o sırada tam bir yatışma gösteren:** Tam bir yatışma, önceki dönemden sonra, bu bozukluğa özgü hiçbir belirtinin kalmadığı zaman dilimidir.

**Çoğul dönemler, o sırada akut dönemde:** En az iki dönem olmasından sonra çoğul dönemlerden söz edilebilir (ilk dönemden sonra bir yatışma ve en az bir kez depresme).

**Çoğul dönemler, o sırada tam olmayan bir yatışma gösteren**

**Çoğul dönemler, o sırada tam bir yatışma gösteren**

**Sürekli:** Bu bozukluğun tanı koydurucu belirti ölçütlerini tam olarak karşılayan belirtiler, hastalık sürecinin büyük bir kesiminde bulunur ve bu süreçte eşik altı evrelerinin süresi, genel hastalık sürecine göre çok kısadır.

**Belirlenmemiş**

Varsa belirtiniz:

**Katatoni ile giden**

**Kodlama notu:** Katatoni eş tanısının varlığını belirtmek için 293.89 (F06.1) şizofreniye eşlik eden katatoni ek kodunu kullanın.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Bu bozukluğun ağırlığı, sanrılar, varsanılar, darmadağın konuşma, olağandışı psikodevinsel davranışlar ve silik (negatif) belirtileri kapsayan birincil psikoz belirtilerinin nicel değerlendirilmesi ile ölçülür. Bu belirtilerden her biri, o sıradaki ağırlığına göre (son yedi gün içinde en ağır olmak üzere), 0'dan (belirti yok), 4'e (belirti var ve ağır) dek değişen, 5 değerli bir ölçek üzerinden ölçülebilir.

Not: Şizofreni tanısı, ağırlık belirleyicisi kullanılmadan da konabilir (24).

Daha az sıklıkla kullanılan ICD-10 tanı kriterleri ise şunlardır:

**A-** Düşünce yankılanması, düşünce sokulması ya da çekilmesi ve düşünce yayımlanması

Kontrol edilme, etkilenme ya da edilgenlik sanrıları (beden hareketlerini, özel düşünceleri, eylemleri ya da duyuları etkileyen); sanrılı algılama

Hastanın davranışlarını yorumlayan ya da kendi aralarında hastayı tartışan işitme varsanıları ya da bedenin belli bölgesinden gelen varsanısal sesler.

Tümü ile olanak dışı, kültüre uygun olmayan, süreklilik gösteren başka sanrılar. Örneğin dinsel/siyasal kimliğe ya da insanüstü güç ve yeteneklere sahip olma (hava durumunu denetleme, başka dünyalardan yabancılarla iletişim kurabilme gibi)

**B-** Herhangi bir türden inatçı varsanılar, bu varsanılar duygulanımla uyum göstermeyen gelip geçici ya da aşırı yüklü fikirlerle birlikte olmalı; ya da haftalarca, aylarca kesintisiz olarak her gün bulunmalıdır.

Düşünce akışında kopma ve başka düşünce sokulmaları, bunun sonucu oluşan çağrışımlarda dağınıklık (enکوherans), uygunsuz konuşma ya da neolojizm.

Katatonik davranış, örneğin eksitasyon, bedeni belli bir pozisyonda tutma, balmumu esnekliği, negativizm, mutizm ve stupor.

Negatif belirtiler, örneğin belirgin apati, konuşma azlığı, duygusal tepkilerde küntleşme ya da uygunsuzluk gibi; bu belirtiler genellikle sosyal çekilme ve sosyal performansın düşmesine yol açar; bu belirtiler depresyona ya da nöroleptik tedaviye bağlı değildir.

*Şizofreni tanısı koyabilmek için:*

A grubu belirtilerden en az 1 tanesi açıkça; eğer belirtiler açık değilse en az 2 tanesi ya da B grubu belirtilerden en az 2 tanesi; en az 1 aydır zamanın büyük kısmında sürmelidir (77).

### **Alt tipler**

DSM 5'e göre şizofreninin tüm alt tipleri kaldırılmış olup, ICD-10'a göre şizofreninin dokuz alt tipi yer almaktadır. Bunlar: paranoid, hebefrenik, ayrışmamış, katatonik, postşizofrenik, basit, kalıntı, başka ve belirlenmemiş şizofreni alt gruplarıdır (77).

### **2.1.7 Klinik Bulgular**

Şizofreni, çok çeşitli belirtiler gösteren bir hastalık olup; bu hastalık için tanı koydurucu bir klinik bulgu olmamakla beraber, şizofrenide görülen belirtiler de başka psikiyatrik ve nörolojik hastalıklarda da karşımıza çıkabilir (16, 78).

Şizofreni hastalarının, hastalık öncesi dönemde genellikle içe kapanık, sessiz, uyumlu, yalnız, garip kişiler olduğu, şizoid veya şizotipal kişilik özellikleri gösterdiği öğrenilmiştir. Hastalığın ilk belirtileri okul performansında düşme, isteksizlik, obsesif kompulsif davranışlar olabilmekle beraber, bu süreç aylar hatta yıllar boyunca devam edebilmektedir. Bazen de bunlara baş ağrısı, kas ağrısı ve halsizlik gibi bedensel yakınmalar da eşlik edebilir. Açık psikotik tabloya geçiş ise bazen tetikleyici bir etkenle, bazen de kendiliğinden olabilmektedir (19).

Şizofreni belirtileri ilk olarak Hughling Jackson tarafından ortaya atılmış olan pozitif ve negatif belirtiler olarak iki gruba ayrılabilir. Pozitif belirtiler, normalin dışına çıkan aşırılık, fazlalık olan belirtiler olup, bunlar; sanrılar, varsanılar, yapısal düşünce bozukluğudur (19, 22).

Negatif belirtiler ise normal fonksiyonların azalması ya da eksikliğiyle ortaya çıkan belirtilerdir. Bunlar ise zevk alamama, istek ve enerjide azalma, toplumdan çekilme, düşüncede fakirleşme, duygusal küntleşmedir (16, 22).

30 Nisan 1857'de İsviçre'de doğan şizofreni terimini tıp literatürüne sokan, Bleuler, şizofreninin etkilerini temel ve ikincil belirtiler olmak üzere iki kümeye ayırmıştır. Temel belirtiler 4a belirtileri olarak da bilinir. Şizofreni çözümlemesinin temeli olan iki önemli kavramın yaratıcısı da yine Bleuler'dir. Bu kavramlardan biri, kişinin genellikle garip fantezilere kapılarak gerçeklikle tüm bağlantısını kopardığı içe kapanma (Autism), öbürü ise birbirini tamamıyla dışlayan karşıtların ruhsal yapıda birlikte ve aynı anda var olması anlamındaki karşıtlar birliği ya da ruh karmaşasıdır (ambivalans). Diğer temel belirtiler ise assosiasyon ve affektivite'dir. Bleuler'e göre şizofreni belirtileri:

#### **A. Temel belirtiler**

1. Duygulanımda bozulma
2. Çağrışımlarda bozulma
3. Ambivalans
4. Otizm
5. Bilinç, oryantasyon ve bellekte temel bozulma olmaması

#### **B. İkincil belirtiler**

1. Düşünce içeriğinde sanrılar, kalıplaşmış, stereotipik düşünce ve uğraşlar
2. Hallüsinasyon ve illüzyonlar
3. Devinim bozuklukları; katatoni, katalepsi, balmumu esnekliği, negativizm, mimikler, telkine yatkınlık, yineleyici-kalıplaşmış hareketler

Kurt Schneider, 1930’larda şizofreni için hastalığa özgü olduğunu ileri sürdüğü birinci sıra belirtileri tanımlamıştır. Kraepelin ve Bleuler, disosiyatif ve avolusyonel süreçlere değinirken; Schneider biraz sanrı ve varsanların varlığı üzerinde durmuştur (**Tablo 1**). Bunlar; düşünce çekilmesi, düşünce sokulması, düşünce yayınlanması, kişinin kendisi hakkında konuşan ve davranışları ile ilgili yorum yapan sesler, düşüncenin, hareketin ve eylemin dışarıdan kontrol edilmesi gibi yaşantılardır. “Schneiderian Belirtiler” kavramı, DSM-3’e kadar özellikle İngiltere ve Almanya’da önemli izler bırakmıştır. Daha sonra gerçekleştirilen araştırmalar, Schneider’in birinci sıra belirtilerinin psikoaktif maddelerin veya genel tıbbi bir bozukluğun neden olduğu psikotik bozukluklarda ve psikotik özellikli duygu-durum bozukluklarında da görüldüğünü, dolayısıyla şizofreniye özgü olmadığını ortaya koymuştur. 2013’te yayımlanan DSM-5 Tanı Ölçütleri kitabında “Schneiderian Belirtilerin tanı koyma sürecindeki değeri azaltılmıştır (79).

**Tablo 1.** Schneiderian Belirtiler

<b>Birinci sıra belirtileri</b>	<b>İkinci sıra belirtileri</b>
Yorum yapar, durum bildirir şekilde işitsel varsanılar	Hallüsinasyonlar
Kendi arasında tartışan sesler şeklinde işitsel varsanılar	İllüzyonlar
Kendi fikirlerinin söylendiğini duyma şeklinde işitsel varsanılar	Hezeyanlar, referans düşünceler
Dış güçler tarafından bedenin etkilenmesi	Suisid ve homisid
Düşünce sokulma, düşünce çalınması ve düşüncenin etki altına alınması	Ekopraksi, ekolali
Düşüncelerin başkaları tarafından okunması ve yayılması	Negativizm
Olağan bir algının sanrısız algılanması	Depersonalizasyon
Duygu, irade ve dürtülerin dışarıdan etkilenme ve kontrol edilme duygusu	Manyerizm, stereotipi



### 2.1.8 Prognoz

Şizofreni genel olarak akut alevlenmeler ve kısmi remisyonlarla seyreden kronik gidişli bir hastalıktır. Her psikotik alevlenme hastada daha fazla bilişsel yıkıma neden olmaktadır. Bazen bu alevlenme dönemlerini depresif bir periyot takip edebilmektedir.

Şizofreni hastalarının ortalama %20-30'u normal hayatına devam edebilmektedir. Şizofren hastalarda ortalama yaşam süresi normal kişilere göre 10 yıl kadar azalmıştır (19, 21, 22).

#### **İyi prognoz belirteçleri:**

- Kadın cinsiyet
- Ailede şizofreni öyküsünün olmaması
- Ailede affektif hastalık olmaması
- Hastalığın geç yaşta başlaması
- Hastalık öncesi sosyal yaşamda iyi uyum
- Evli olma
- Ani ve pozitif belirtilerle başlaması
- Pozitif belirtilerin yoğun olması
- Psikotik alevlenme dönemlerinin az ve kısa olması
- Hastalığın ağır çevresel etkenler sonrasında başlaması
- Paranoid veya katatonik olması
- Kırsal kesimde yaşama
- Erken dönemde tedavi başlanması ve düzenli takip edilmesi
- Psikososyal desteğin iyi olması

#### **Kötü prognoz belirteçleri:**

- Erkek cinsiyet
- Ailede şizofreni öyküsünün olması
- Ailede affektif hastalık olması

- Aile duygu dışavurumun yüksek olması
- Hastalığın erken yaşta başlaması
- Hastalık öncesi şizoid ya da şizotipal kişilik özelliklerinin olması
- Bekar olma
- Hastalığın yavaş ve sinsi ortaya çıkması
- Hastanede yatış sayısının çok ve uzun süreli olması
- Kentsel ortamda yaşama
- Ek tanı olarak başka hastalıkların olması
- Psikososyal desteğin yetersiz olması

### **2.1.9 Tedavi**

Şizofreni hastalarının tedavisi için standart bir yöntem bulunmamaktadır. Her hasta ruhsal, biyolojik ve sosyal yönlerden değerlendirilerek, kişiye özgü tedavi planı düzenlenmelidir (19, 80). Şizofreni hastalarında tedaviye uyum en ciddi sorunlardan birisidir. Hastaların yarısının ilk tedavilerinden sonraki bir yıl içerisinde ilaç tedavisini bıraktıkları bilinmektedir. İlk tedaviden sonraki 2-5 yıl içerisinde de hastaların%80'inde hastalık yinelemektedir. Hastanın bireysel tedavisi için optimum antipsikotik seçimi, etkinlik ve tolerabilite açısından en uygun kombinasyonun değerlendirilmesini gerektirir (81).

Tüm hayat sürecine bakıldığında, hastalarda iyileşme düzeyleri değişkenlik gösterir. Bazı hastalarda ilk dönemden ölüme kadar ciddi psikotik bulgular devam ederken, bazılarında tam iyileşme ile sonlanan tek dönem olur. Bulgular için tipik gidiş belirgin psikozdan sonraki ilk 5 -10 yıl içinde en ağır seyretmesi ve sonraları kademeli iyileşmeler göstermesidir. Ancak, yalnız psikozun iyileşmesi tek iyileşme biçimi değildir, şizofrenide teorik olarak mevcut başka problemlerin (sosyal ve mesleki işlevsellik, yakın ilişkiler, bağımsız yaşama gibi) iyileşmesi de söz konusudur (15, 82). Şizofreni hastalarında psikotik atakları kontrol etme ve yeni oluşacak atakları önlemede esas yöntem farmakoterapidir (83).

İlk olarak 1952 yılında klorpromazinin tesadüfen keşfinden sonra diğer antipsikotikler de geliştirilmeye başlanmıştır. O dönemlerde nörolojik yan etkileri nedeniyle bu ilaçlar ‘nöroloptik ilaçlar’ olarak adlandırılırken, seksenli yıllardan sonra bulunan yeni antipsikotiklerde nörolojik yan etkilerin çok daha az görülmesiyle bu terim yerine ‘antipsikotik ilaçlar’ terimi kullanılmaya başlanmıştır (19, 84). Antipsikotik ilaçlar etki mekanizması ve yan etki profillerine göre tipik (konvansiyonel) ve atipik (yeni) antipsikotikler olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır (85).

### **Tipik antipsikotikler**

Tipik antipsikotiklerin en önemli farmakolojik özelliği dopamin-2 (D2) reseptör antagonizmasıdır. Bu ilaçlardan bazıları: klorpromazin, flupentiksol, flufenazin, haloperidol, pimozid, tiyoridazin, zuklopentiksol’dür.

Tipik antipsikotikler, esas olarak mezolimbik dopaminerjik yolda D2 reseptör blokajına neden olarak, bu yoldaki hiperaktiviteyi baskılar ve şizofreninin pozitif semptomları üzerinde etkili olurlar. Mezolimbik yoldaki D2 reseptörlerin blokajı aynı zamanda, ödül haz mekanizmasında da blokaja neden olarak apati, anhedoni, amotivasyon gibi şizofreninin negatif semptomlarına benzer belirtilere yol açar, bu belirtiler ‘sekonder negatif semptomlar’ olarak adlandırılır (86).

Nigrostriatal dopamin yolağında D2 blokajı; bu yoldaki aynı zamanda ekstrapiramidal sinir sisteminin de bir parçası olması nedeniyle Parkinson hastalığına benzeyen motor yan etkiler ortaya çıkar ve bu durum ‘ilaca bağlı parkinsonizm’ (ekstrapiramidal semptomlar, EPS) olarak tanımlanır. Eğer bu yoldaki D2 reseptör blokajı kronik olarak devam ettirilirse, bu reseptörlerde aşırı duyarlılık gelişir ve hiperkinetik bir hareket bozukluğu olan ‘tardif diskinezi’ oluşabilir.

Tipik antipsikotiklerin bloke ettiği bir diğer dopaminerjik yoldaki da tuberoinfundibuler yoldadır. Bu durum galaktore, amenore, hatta bazen infertiliteye de neden olabilen ‘hiperprolaktinemi’ tablosuna yol açabilir.

Tipik antipsikotik ilaçlar, dopamin 2 reseptör blokajına ek olarak muskarinik asetil kolin reseptörlerini de bloke ederek uyuşukluk, bulanık görme, ağız kuruluğu, konstipasyon gibi yan etkilere neden olabilmektedirler (86).

### **Atipik antipsikotikler**

Atipik antipsikotik ilaçlar, tipik antipsikotik ilaçlardan klinik olarak; daha az ekstrapiramidal sistem yan etkileri ve tardif diskinezi yapması ve negatif semptomlar üzerine daha etkili olması ile ayrılabilir. Atipik antipsikotiklerin şizofreni tedavisinde kullanımıyla beraber hastalık belirtilerinin şiddetiyle beraber, ilaç yan etkileri de azalmıştır (87). Ayrıca atipik antipsikotikler, D2 reseptörlerine tipik antipsikotikler kadar sıkı bağlanmadığından, reseptörlerden daha çabuk ayrılmaktadır. Bu da yan etki profillerinin daha ılımlı olmasına yardımcı olan bir faktördür.

Atipik antipsikotiklerden bazıları: risperidon, klozapin, olanzapin, paliperidon, aripiprazol, ketiyapin, ziprasidon, sertindol, amisülpirid gibi ilaçlardır.

Atipik antipsikotikler D2 antagonizması ile beraber serotonin-2A (5HT2A) antagonizmasına da yol açmaktadır. Postsinaptik 5HT2A reseptörleri uyarıldığında dopaminerjik nöronları inhibe ederek dopamin salınımını da azaltır. Dolayısıyla atipik antipsikotiklerin 5-HT2A antagonizması, dopamin salınımını uyararak, tipik antipsikotiklerden ayırımı sağlayan daha az EPS ve negatif semptomlar üzerine daha iyi etkili olmasını açıklar (85).

Bu ilaçlarla aynı zamanda 5-HT2A reseptörleri de bloke edildiği için serotonin prolaktin salınımını uyaramayacağından, hiperprolaktinemi de daha az görülür (16).

Atipik antipsikotiklerde bulunabilen bir diğer özellik ise 5-HT1A parsiyel agonist etkisidir. 5-HT1A otoreseptörleri dopamin salınımını hızlandırır, glutamat salınımını ise azaltır. Bu parsiyel agonist etki; prefrontal kortekste glutamat salınımını azaltarak, pozitif semtomlarda gerilemeye; dopamin salınımını artırarak, negatif semtomlarda ve bilişsel bozukluklarda düzelmeye; son olarak hipofizde ise dopamin salınımını artırarak, hiperprolaktinemi riskinde azalmaya neden olur (86).

Aripiprazol gibi bazı atipik antipsikotikler ise dopamin reseptörlerine parsiyel agonist olarak etki eder. Bu ilaçlar pozitif semptomlara etki ederken aynı zamanda da daha az ekstrapiramidal yan etki oluşturmaktadırlar.

Atipik antipsikotiklerin bu avantajlarının yanında, yan etkileri de bulunmaktadır. Bunlar; kilo alımı, obezite, dislipidemi, diyabet, kardiyovasküler hastalık ve erken ölüm riskinde artış olarak sıralanabilir (86).

### **Psikososyal Tedavi (Psikiyatrik Rehabilitasyon)**

Bu terimler ile “ruhsal toplumsal işlevselliği arttırmayı amaçlayan farmakolojik temelli olmayan yaklaşımlar” ifade edilmiştir (88). Türkçe yayınlarda “ruhsal iyileştirim” olarak da bulunmaktadır. Bu yaklaşımlar iki yüz yılı aşkın sosyal psikiyatri birikiminden miras alınmıştır. Psikiyatri alanını hedefleyen toplumsal hareketler ile yeniden gündeme gelmesi, uygulamada dönem dönem terk edildiğini göstermektedir (89).

### **İyileşme Modeli/ Hareketi**

Kraepelin'den beridir şizofrenide iyileşme nadir, hatta imkansız olarak değerlendirilmiştir (90). Belki bu pesimistik bakışın da katkısıyla yaygınlaşan, ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin şehir merkezlerinden uzak büyük ruh sağlığı hastanelerine kapatılmaları, istem dışı uygulamalar gibi geleneksel tedavi yöntemlerine karşı duran iyileşme modeli, ruhsal hastalıklar bakışı ve tedavi amaçlarını dönüştürmüştür (88). İyileşme kavramı genel olarak bir hastalıktan kurtulma ve tamamen iyi olma şeklinde algılanır. Ruhsal hastalığı olanlar ve onların yakınları ise iyileşmeyi hastalığa ve yeti yitimine uyum sağlayabilme, kendinin farkında olabilme ve güçlenme ile ilişkilendirmişlerdir (91).

İyileşme modelinin temelini ağır ruhsal hastalığı olan veya madde kullanım bozukluğu olan kişilerin üretken ve tatmin edici bir hayat sürdürebilecekleri inancı oluşturur. On dokuzuncu yüzyıldan itibaren var olan model, Adsız Alkolikler'in 1930'lu yıllarda “12 Basamak” adı verilen iyileşme programında kullanması ile tekrar 12 pratiğe kazandırılmıştır. İyileşme modeli, psikiyatrist Abraham Low'un fikirleri ile geliştirilmiş ve hizmet kullanıcıları tarafından yönlendirilmiştir (92).

Amacı anlamlı bir hayat sürmektir, hastalık yerine sağlığa odaklanır. Bireyler tedavide edilgen bir rol olan “hasta rolü” yerine “hizmet kullanıcısı” terimini benimsemişlerdir (88).

Tedavinin amacı olarak belirtilerde azalma kadar, işlevselliğin yani; iş ve eğitim etkinliklerinin, bağımsız yaşama ve sosyal ilişkiler kurabilmenin hedeflenmesine iyileşme hareketi katkıda bulunmuştur (93).

### **Stres Yatkinlık Modeli**

Stres, ruhsal hastalıkların meydana gelmesinde sorumlu tutulan etkenlerden biridir. Strese aracılık eden nörobiyolojik süreçler geçtiğimiz yirmi yılda önemli araştırma konuları olmuştur (94). Şizofreninin stres yatkinlık modeline göre, şizofreniye yatkinlık yaşamın erken dönemlerinde genetik ve çevresel faktörler tarafından belirlenerek kişiyi ruhsal ve biyolojik olarak incinebilir kılar. Şizofreni geliştikten sonra da, stresin etkisi hastalığın şiddetlenmesini tetikleyerek ortaya çıkar (95). Benzer şekilde, devrenin ters yönde işlemesi, yani biyolojik incinebilirlik açısından antipsikotik ilaçlar kullanılması ve psikoz oluşturabilecek maddelerden/ilaçlardan kaçınılması ile ruhsal incinebilirlik açısından stresin azaltılması, sosyal destek sağlanması ise hastalığın şiddetlenmesini ve hastane yatışlarını önleyecektir. Şizofrenide psikososyal tedavilerin geliştirilmesine bu yaklaşım hız kazandırmıştır (88).

### **Aile Müdahalesi**

Şizofreni tanısı olan her bireyin yakınlarına aile müdahalesi önerilmelidir. Etkinlik göstermesi için en azından üç aylık bir dönemde on oturum şeklinde yapılması önerilmektedir (7). Randomize kontrollü çalışmalarda, aile müdahalelerinin hastalık belirtilerini şiddetini ve hastane yatışlarını azalttığı, sosyal işlevselliği arttırdığı görülmüştür (92). Bu nedenle şiddetli belirtileri ve yüksek relaps riski olan kişilerde öncelikle tercih edilmesi önerilir. Müdahale iletişim becerileri, problem çözme ve psikoeğitim içermelidir; hastanın da programa dahil edilmesi gereklidir (93).

## **Bilişsel Davranışçı Terapi**

Antipsikotik ilaçlar ile semptomları gerilemeyen, eşlik eden anksiyete bozukluğu veya depresyon tanısı olan hastalara bilişsel davranışçı terapinin faydalı 13 olduğu düşünülmektedir. Bozukluğun her evresinde kullanılması mümkündür (93). Grup terapisi veya bireysel terapi olarak uygulanması mümkündür (7). Stres yatkınlık modeli bağlamında, hastalık belirtilerinin oluşturduğu stresi azaltarak relaps riskini azaltmaktadır (94).

## **Destekli İstihdam**

Çalışmak isteyen bütün hastalara önerilmektedir, henüz çalışmaya hazır olmayanlar mesleki eğitimlere yönlendirilebilir (7). Maliyet etkin bir yöntemdir (95). Destekli istihdam ile çalışma, hastalık belirtilerinde, özellikle depresif belirtilerde azalma ve işlevsellikte artmayı sağlamaktadır (96).

İş ve uğraş terapisi başlığı altında değerlendirildiğinde, yarışmalı bir işte çalışmak temel hedef iken, çeşitli sanat ve spor alanlarındaki meşguliyetler bu yoldaki ilk adımdır. Hastaların zamanı iyi geçirmelerini sağlar ve yetersizlik, işe yaramazlık düşüncelerini azaltır (97). Mazhar Osman Uzman da meşguliyetin şizofreni hastalarında olumlu etkileri olduğunu gözlemlemiştir: “El işleri, resim, musiki, satranç oyunu hastayı çok oylar. Akıl hastanesinde bu gibi işe alışanlar biraz salah bulup çıktığı vakit sokak ortasında kalmaz, bir işe yarar, bu da hastayı ümitsizlikle intihara ve dilencilige sevk etmez.” (98)

## **Bilişsel İyileştirim**

Şizofreni hastalarında, sağlıklı popülasyona göre sözel öğrenme, sözel akıcılık, yürütücü işlevler, dikkat gibi bilişsel işlev alanlarında bozulmalar saptanmıştır (99). Bilişsel bozuklukların varlığı ve şiddetlenmesi ile genel işlevsellik düzeyi azalır (100). Ayrıca bilişsel bozuklukların bulunması, hastaların beceri eğitimleri gibi psikososyal tedavilerden yararlanımı azalttığı görülmüştür (101).

Bilişsel iyileştirim yöntemleri bilgisayar eşliğinde veya kalem kağıt ile uygulanabilir. Haftada iki oturum şeklinde üç ile altı ay arası sürede devam edilmesi

yararlı bulunmuştur (82). Yapılan meta-analizlerde, bilişsel iyileştirme tedavisinin şizofreni hastalarının bilişsel ve psikososyal işlevselliğini arttırdığı; kapsamlı rehabilitasyon programları ile kombine edildiğinde ise daha başarılı sonuçlar alındığı görülmüştür (102, 103). Bilişsel bozukluklar nedeniyle süregelen sorunlar yaşayan şizofreni hastalarına bilişsel iyileştirme yöntemleri önerilmektedir (93).

### **Olgu Yönetimi**

1950'li ve 1960'lı yılların kurum dışılaştırma hareketinden sonra ağır ruhsal hastalığı olan kişilerin toplum içinde hizmet almaya başlaması ile bu kişilerin farklı psikiyatrik hizmetlere ulaşması ve bu hizmetleri uyum içinde kullanması gerektiği anlaşıldı. Yeni bir hizmet işlevinin gerekliliği, olgu yönetimi kavramını doğurdu (104).

Olgu yönetimi, sosyal psikiyatri ve toplum psikiyatrisi ile sosyal hizmet alanlarında kullanılan genel bir terimdir. Sınırlı kaynaklarla kişinin gereksinimine göre oluşturulan hizmetlerin eşgüdümünü, uyumunu sağlamayı tanımlamaktadır (105). Kişiyi biyopsikososyal bağlamda ele alarak, iyileşme veya hastalığa uyumu hedef alır (106). Ruh sağlığında olgu yönetimi, şizofreni gibi ağır ruhsal hastalıkları hedefler. Olgu yöneticisi, sosyal hizmet uzmanı, hemşire, uğraş terapisti veya psikiyatrist olabilir. Psikiyatristler nadiren olgu yöneticiliği yaparlar, çünkü genellikle multidisipliner rehabilitasyon ekibinin lideri ve konsültanı olarak sorumluluk alırlar (107).

Ruhsal hastalığın monitörizasyonu, oral yolla veya enjeksiyon yoluyla kullanılan ilaçların takibi, kan testlerinin ve tıbbi hastalıkların takibi, maluliyet tazminatlarından yararlanma, destekli istihdam, barınma sorunlarının çözümü, gerektiğinde hastane yatışı sağlanması gibi farklı alanlardan hizmet alma olanağı sağlar. Bu farklı ihtiyaçları ele alan bir dizi olgu yönetimi modeli tanımlanmıştır (108). Thonicroft, olgu yönetimi programlarının içeriklerini ve yöntemlerini belirtmeleri gerektiği, böylece diğer programlar ile karşılaştırılmasına, araştırılmasına olanak vereceği görüşündedir (105). Bu programlar standart olgu yönetimi, iyileştirme odaklı toplum tedavisi, yoğun kapsamlı bakım olarak üç temel bölüme ayrılabilir. Ancak uygulamada bu yöntemler arasındaki farklılıkların tespiti



oldukça güçtür (109). Hizmetin yoğunluğunu belirleyen etkenlerden biri olgu yöneticisine düşen olgu sayısıdır. Standart bakım için 1/25, yoğunlaştırılmış bakım için 1/10 oranı önerilmektedir (107).

Uygulanan yöntemlerden Yerinde Girişken Tedavi hastane yatışlarını azaltmada standart olgu yönetimine üstün bulunmuştur (110). Alt grubuna bakılmaksızın, olgu yönetiminin hastalık belirtilerini azaltarak, hastanın ve ailenin hizmet memnuniyetini, hastaların sosyal işlevselliklerini ve ruh sağlığı hizmetlerinin etkinliğini arttırdığı görülmüştür (111).

Liberman, olgu yöneticisinin hasta ile kurduğu ilişkiye ve destek sistemleri ile bağlantısına yaptığı vurgu nedeniyle, bu terimin yerine “kişisel destek uzmanı” teriminin kullanılmasının uygun olduğunu belirtmiştir. Bu yöntem için de “kişisel destek hizmeti” terimini önerir. Hastaların ve ailelerin “yönetilecek olgular” olmak istemediklerini öne sürer, bu terimin hiyerarşik, paternalistik ve damgalayıcı çağrışımları olduğunu gerekçe gösterir (112). Söylemin gücünün ve öneminin farkında olunarak, bu tezde okuyucuda kavram karmaşasına neden olmamak amacıyla yaygın olarak kullanılan “olgu yönetimi” terimi tekrar edilmiştir.

### **Toplumsal Beceri Eğitimi**

Toplumsal beceriler toplumsal algı, toplumsal biliş ve davranışsal ifade etme becerilerinden oluşur. Toplumsal algılama uyaranları uygun şekilde yorumlama ile olur, sözel veya sözel olmayan yüz ifadesi, ses tonu gibi ipuçlarını anlamlandırmaktır. Toplumsal biliş uyaranların değerlendirilerek uygun bir yanıtın planlanmasını gerektirir. Davranışsal ifade etme ise, etkili konuşma ve bedensel ifadeleri uygun şekilde kullanmayı içerir. Etkin toplumsal davranışın oluşumunda bu üç bileşen uyum içinde çalışır. Şizofrenide hastalık belirtilerinden kısmen bağımsız olarak toplumsal işlevler bozular. Bu durum antipsikotik ilaçlara dirençlidir. Psikososyal açıdan değerlendirildiğinde, hastaların yaşamın daha erken dönemlerinde toplumsal becerileri kazanamamış olmaları, damgalanma, sosyal izolasyon nedenleriyle toplumsal işlev bozukluklarının gelişmesi de mümkündür (5).

Toplumsal becerilerin öğretimi için yöntemler 1970’li yıllarda geliştirilmiştir. Bandura’nın Toplumsal Öğrenme Teorisi temel alınmıştır (113). Motor becerilerin öğretilmesine benzeyen teknikler uygulanır (5). Davranışçı yöntemler izlenerek, senaryo oluşturma ve rol oynama, ev ödevleri ile toplumsal becerileri geliştirmek amaçlanır (12).

Eğitim için geliştirilmiş programlardan hakkında en çok araştırma yapılmış olan Los Angeles Kaliforniya Üniversitesi’nin Toplumsal ve Bağımsız Yaşam Becerileri programıdır. Kolay kullanılabilir bir yöntemdir, paraprofesyoneller tarafından uygulanabilir (114).

NICE ve SIGN kılavuzları toplumsal beceri eğitiminin toplumsal işlevsellik ve negatif belirtilere etkili olduğunu, ancak pozitif belirtilere, hastane yatışlarına ve yinelemelere etkili olduğuna dair yeterli kanıt olmadığını belirtmekte, rutin olarak kullanımını vurgulamamaktadır (7). Ne var ki, belirtileri azaltmak ve yinelemeleri önlemek toplumsal beceri eğitiminin doğrudan değil, dolaylı hedefleridir. Eğitimin temel çıktısı sosyal işlevselliği arttırmak, bireylerin toplumsal durumlardaki öz yeterliliğini arttırmak üzerinedir. Toplumsal başarısızlıkların neden olduğu stresi azaltarak, hastalık belirtileri üzerinde dolaylı etki gösterir (5). Sosyal etkileşim durumlarında kaygı, gerginlik gibi güçlükler yaşayan hastalara öncelikle önerilmektedir (7).

## **2.2 Bakım Verme ve Bakım Veren Yükü**

### **2.2.1 Tanım**

İnsan yaşamının süresi son elli yılda belirgin biçimde uzamıştır. Hastalıkların sağkalım süreleri tıptaki gelişmelere paralel biçimde artmıştır. Bu yüz güldürücü sonuçlar beraberinde baş edilmesi gereken yeni sorunlar ortaya çıkarmışlardır. Bu gelişmelerin yanı sıra küreselleşme, endüstrileşme ve kırsal yaşamdan kentsel yaşama geçişin daha çok gündeme geldiği yirmi birinci yüzyılda aile birimleri

küçülmüş, ailelerde iş yaşamına dahil olan birey sayısı artmış ve kronik hastalıkla mücadele eden aile bireyinin bakımını üstlenebilecek fert sayısı azalmıştır (96, 97).

Bakım veren yükü kavramı bakım sunarken yaşanabilen fiziksel, psikososyal veya maddi tepkileri ifade etmede kullanılmaktadır. Bakım verme, zor ve bakım verene ağır yükler getiren bir süreçtir. Hastayı destekleyen ve genellikle en çok bakımı sağlayan anahtar kişi temel bakım verici olarak tanımlanmaktadır. Epidemiyolojik veriler, genellikle kadınlar ve en sıklıkla da annelerin kronik hastalıklarda temel bakım verenin olduğunu göstermektedir (3, 98, 99).

Bakım yükü herhangi bir kavramın basit tanımından farklı olarak çok karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu kavram sıklıkla bazıları için geniş anlam ifade eden bir kavramdır ve bazıları için ise çoğunlukla olumsuz ve kötümser bir kavramdır. Bakım sırasında memnuniyetin düşük seviyede olması duygusal sıkıntı, aile çatışmaları ve yaşam kalitesinden ödün vermeye yol açabilir. Sıklıkla bakım yükü ile ilgili araştırmalar bu kavramın etki ve sonuçlarını tanımlamışlardır. Ek olarak duygusal, psikososyal, fiziksel ve ekonomik etkiler bakım yükü kavramını ve sıklıkla da acı veren durumlar olan suçlanma, utanç, suçluluk hissi, kendini suçlama gibi kavramları da içermektedir. Çeşitli araştırmalar, kronik hastalıkların ailelerde psikolojik ve duygusal sıkıntı, fiziksel hastalık, ailenin parçalanması, sosyal ve seksüel ilişkilerde bozulma, sosyal aktivitelerin azalması ve ekonomik zorluklar yarattığını göstermiştir (3, 100-103).

Montgomery ve arkadaşları bakım verme yükünün iki boyutu olduğunu belirtmiş; bir boyutunu ev halkının ve bakım verenin yaşamının çeşitli yönlerindeki değişiklikleri veya aksaklıkları içine alan nesnel yük, diğer boyutunu ise bakım verenin bakım sunma yaşantısına yönelik davranışını veya duygusal tepkiyi içeren öznel yük olarak tanımlamışlardır (104). Nesnel yük ailenin yaşantısında hastanın hastalığının, aktivite kısıtlılıklarının, yardım ve görev tiplerinde harcanan zamanın ve sarf edilen finansal kaynakların sebep olduğu aksaklıklarla ilgilidir. Öznel yük duygusal durum, fiziksel durum, finansal ve çalışma ortamları gibi alanlarda aile bireyinin yaşadığı hissedilen gerginliğin miktarıyla ilgilidir. Özellikle öznel yükün

başarılı bir rehabilitasyon ve bakımın sürdürülmesinde önemli bir ölçüt olduğu düşünülmektedir (105).

### **Nesnel Yük**

Bakım verenin hastanın gereksinimlerini karşılamak için harcadığı zaman ve çaba olarak tanımlanmaktadır. Saptanmış olan nesnel yük boyutları **Tablo 2.**'de gösterilmiştir.

**Tablo 2.** Nesnel Yük Boyutları

---

Aile rutinlerinin bozulması
Davranışlarını yönetmeye çalışma
Hastanın ekonomik bağımlılığı
Hastalığın ekonomik etkileri
Hizmet veren kişilerle görüşmeler
Ruh sağlığı sisteminin gerektirdiği zaman ve enerji
Diğer aile üyelerinin gereksinimlerinin ihmal edilmesi
Sosyal aktivitelerin gerçekleştirilememesi
İş dünyası ile etkileşimin kesilmesi
Uygun bir bakım ortamı bulamama

---

Bakım verme işinin bakım vericinin yaşamına etkisi çok yaygın ve zarar verici boyutta olmaktadır. Bakım verme işinin oluşturduğu gereksinimler, kişinin diğer rolleri ile bakım rolleri arasında bir çatışma oluşturmaktadır. Bunlar, aile ilişkileri, aile rutinleri, eğlence, çalışma, sosyal aktiviteler, sosyal ilişkilerde değişimler kadar hastalığın ekonomik etkilerini de içermektedir. Rollerdeki bu değişimler hastalığın nesnel yükü olarak görülmektedir (101, 106).

### **Öznel Yük**

Kişinin yukarıda sıralanan nesnel yüklerle uğraşırken yaşadığı sıkıntılar olarak tanımlanmaktadır. Bazı araştırmacılar öznel yükü, bakım vericinin içinde bulunduğu

durum nedeniyle duygularında ortaya çıkan değişiklikler, bu duruma karşı tutumlar ve duygusal tepkileri olarak tanımlamışlardır. Genellikle hissedilen bu duygular keder, sıkıntı, utanma, suçluk duygusu gibi duygusal yanıtlardır. Bir hastaya bakım verme bu kadar geniş çaplı duygusal etkiler oluşturuyorsa çoğu yük ölçüm araçlarının nesnel ve öznel yükü kapsamayı amaçlayan pek çok madde içermesi şaşırtıcı değildir. Öznel yükün göstergeleri olan kaygı, stres, suçluluk duygusu gibi tepkiler bakım verme işinin sonucu olan depresyonun da göstergeleridir ve bu da yük skorlarına katkıda bulunmaktadır (101, 104).

### **2.2.2 Bakım Vermenin Bakım Vericiler Üzerindeki Etkileri**

Uzun süreli bakım verme sağlık, sosyoekonomik durum, psikolojik durum gibi yaşam kalitesinin göstergeleri olan alanları etkileyen bir süreçtir. Bakım verenin yaşadığı yük, depresyon, anksiyete, tükenmişlik, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon ve ekonomik güçlükler gibi sonuçlar doğurur. Bakım vermenin psikolojik ve fizyolojik problemlerin gelişimi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (107). Ayrıca bakım verenlerin bakım verme işinden dolayı sağlıklarının bozulabileceği bilinmektedir (108). Bakım verenlerin %60,6'sı bakım verme görevlerinden dolayı kendilerine ayıracak zamanları olmadığını, %78,8'u kendilerini yorgun hissettiklerini, % 84,9'u hasta ile iletişimde güçlükler yaşadıklarını, %56,9'u ise ekonomik güçlükler yaşadıklarını ifade etmişlerdir (108).

Depresyon bakım verme sürecinin ortaya çıkardığı, bakım verenlerin yaşam kalitelerini düşüren, işlevsel olarak kötüleşmelerine ve mortalitede artışa neden olan olumsuz sonuçlardan biridir (109). Duygusal ve fiziksel yük bakım verenlerin daha fazla anksiyete ve depresyon yaşamalarına, sağlıklarının bozulmasına, daha fazla doktora gitmelerine ve daha fazla psikotrop ilaç kullanmalarına neden olmaktadır. Bakım verenin depresyonuna katkıda bulunan faktörler bakım verenin hastanın eşi olması, bakım veren ile hastanın önceki ilişkileri, bakım verenin sağlık problemleri gibi durumlar olarak belirlemişlerdir (110). Anksiyete ve depresyonun bakım saati ile doğrudan, boş zaman aktiviteleri ve eğitim düzeyi ile tersine bir ilişkisi olduğu gösterilmiştir (111). Bakım veren kişinin depresyonu belirlenebilir ve tedavi edilirse

kişi bakım işini daha uzun süre ve başarı ile sürdürebilir. Uzun süre bakım sunmadan kaynaklanan gerginlik hem bakım veren hem de hastanın sağlığında olumsuz sonuçlar doğurur. Bakım yükünün ortaya çıkardığı olumsuz etkiler, kişiden kişiye değiştiği gibi, toplumlar arasında da değişiklik gösterir.

Bakım yükünün boyutları şu şekilde gruplandırılabilir;

1. Direk bakımla ilgili işler: Bu işler genellikle hastaların bakım ihtiyacı olduğunda hastaların gözlemi ile ölçülür. Çünkü hastanın bakım ihtiyacı hastalıkla birlikte değişkenlik gösterir ya da hastalığın evresine göre değişir.

2. Direk bakımla ilgili olmayan işler: Bu kategori ev halkının bakım verme dışındaki işlerinden oluşmaktadır. Bunlar hasta tarafından önceden idare edilen ve aile üyelerinin hastalıktan sonra devir aldıkları işlerdir.

3. Hastanın duygusal ihtiyaçları ile uğraşmak: Aile üyeleri kendilerini hastaların kaygılarıyla ve acılarıyla uğraşmaya adanmak zorunda hissedebilirler.

4. Diğer yaşam rollerinde bakım vermenin sonuçları: Hastaya bakım vermek bakım verenler için diğer yaşam rollerinin merkezinde yer alabilir. Bu durum bakım verenlerin bakım sorumlulukları nedeniyle kendilerinin doyumlu bir yaşam sürdürebilmeleri için gerekli ihtiyaçlarını ertelemelerine neden olabilir (6, 101).

**Tablo 3. Şizofreni Hastası Bir Bireyin Olduğu Ailelerde Yaşanan Sorunlar**

<b>Ailelerde yaşanan sorunlar</b>	<b>Ailede çatışma ve değişimlere neden olan durumlar</b>	<b>Şizofreni hastaları için belirlenen sorunlar</b>
Ailenin sosyal gezilerinde ve aktivitelerinde azalma	Tedavi planına uymama	Daha etkili ve daha iyi tolere edilebilir ilaçları kabul etmek
Aile üyeleri arasında kavgada, tartışmada ve anlaşmazlıklarda artma	Motivasyonsuzluk ve kendine bakımda azalma	Sürekli ilaç alımı konusunda sorumluluk sahibi olmak
Ailenin diğer üyelerinde depresyon	Madde kötüye kullanımı	Yüksek yaşam kalitesi ve işlevsellik
Ailenin diğer üyelerinde utanç	Aile dinamikleri ve genel/ortak baş etme stillerinde sorunlar	İş, ev ve sosyal destek için fırsat yaratmak
Ekonomik zorluklar	Yetersiz sosyal ve ekonomik destek	Damgalama, düşük benlik saygısı ve sosyal destek yetersizliği ile baş etmek
İş planlarının iptali veya ertelenmesi	Acil psikiyatrik bakım ve gerektiği zaman hastaneye yatırma	
Ailenin diğer üyelerinde benlik saygısında azalma ve özgüven kaybı	Bilgi ve destek yetersizliğine ilişkin sorunlar	
Ailenin diğer üyelerinin iş ve okul performansında azalma		
Alkol kullanımında artma		
Ailede parçalanma		

### 2.2.3 Psikiyatrik Bozukluklarda Bakım Veren Yükü

Ruhsal bozukluklarda tedavilerin toplum temelli olmaya başlaması, yataklı kurumlar dışında aile içinde geçirilen sürelerin uzamasına ve ailelerin hastaların bakımında daha aktif rol üstlenmelerine neden olmuştur. Bu nedenle hastalığın seyrinin bakım verenlerin davranışlarına ve bakım verenlerin davranışlarının hastalık seyrine etkisi üzerine olan ilgi artmıştır (103, 112-114).

Ağır psikiyatrik hastalığı olan bir kişi ile yaşayan aile üyelerinin bakım verme sorumluluğu sonucunda sosyal, ekonomik, duygusal durumundan ve yaşadığı çevreden kaynaklanan sorunlar ailenin yükü olarak değerlendirilebilir (115). Ruhsal bozukluğu olan karma bir grupta yaptıkları araştırmalarında, İdstad ve arkadaşları hastaların eşlerinin öznel iyi olma puanlarının anlamlı derecede daha düşük, anksiyete ve depresyon puanlarının daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (116). Bakım verenler için hastalığın ağır sonuçları olabilmektedir, örneğin bu yüzden evlilik ve uzun süreli ilişkilerde ayrılma oranının yüksek olduğu bildirilmektedir (117). Farklı psikiyatrik hastalıklara sahip bireylerin bakım verenlerinin yüklerinin karşılaştırılması, hastalık özelliklerinin de farklı olması nedeniyle mümkün olmayabilir. Örneğin bipolar bozukluk dönemsel ve döngüsel doğası gereği, bakım veren yükü zaman içinde şizofreniye göre daha fazla değişiklik gösterebilir.

#### **2.2.4 Şizofreni Hastalarında Bakım Veren Yükü**

Gelir kaybı, sosyal etkinliklerin kısıtlanması, ev ortamındaki sorunlar gibi nesnel yükler, hastanın rahatsızlık verici davranışları ve hastayla ilgili yaşanan öznel sorunlar hastaların klinik seyirlerini etkileyebilecek bakım sorunlarına neden olabilir (96, 118, 119). Magliano ve arkadaşları şizofreni hastalarının yakın çevrelerindeki insanların %83'üne finansal, duygusal ve günlük hayatla ilgili yükler getirdiklerini tespit edilmiştir (120). Önde gelen sorunlar arasında işe gidilemeyen gün sayısının fazla olması, hastalıkla ilgili masrafların fazla olması, sosyal faaliyetlere ayırabilecekleri boş zamanlarının yetersiz olması, artmış stres ve damgalanma algıları bulunmakla birlikte bakım verenlerde aynı zamanda kronik hastalıkların ve hastane başvurularının daha fazla olduğu bildirilmektedir (5, 120).

Yüke neden olan faktörlerle ilgili çalışmalar hastalığın farklı özelliklerine odaklanmışlardır. Pozitif belirtilerin yüke daha fazla sebep olduklarını bildiren çalışmaların yanısıra pozitif ve negatif belirtilerin birlikte yüke neden olduklarını bildiren çalışmalar da mevcuttur (121-123). Farklı bir sonuç olarak Dyck ve arkadaşlarına göre negatif belirtiler daha fazla yüke neden olabilmektedir (124). Hastaların davranış biçimlerinin de önemi büyüktür ve bakım veren yüküyle yakından ilgisi olmalıdır. Örneğin hastaların işlevselliklerinin, yaşam kalitelerinin ve



nörobilişsel işlevselliklerinin de hesaba katılması gereklidir. Sosyal olarak daha aktif, ev dışında da zaman geçirebilen, bilişsel kapasitesi yeterli olan ve üretken biçimde çalışabilen, kişiler arası ilişkilerinde başarılı ve bakım verenlerinden ihtiyaçları olabildiğince az olan kişilerin bakım verenlerine getirebilecekleri yük de doğal olarak daha az olacaktır. Benzer biçimde ruh sağlığı birimlerinden yararlanma ve bu birimlerden memnuniyet de önemli olabilir. CATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Effectiveness Interventions) çalışmasına katılan 1460 hastanın ve 623'ü Perlick ve arkadaşlarının yaptığı araştırmaya katılmayı kabul etmiştir (125). Hastalığın belirtilerinin bakım veren yükü açısından belirleyici olduğu ancak bazı özellikler arz ettiği bildirilmiştir. Buna göre bakım verenlerin etkilendikleri sorunlu davranışın pozitif belirtiler, bakım verenlerin işlevselliklerinin en çok etkilendiği faktörün negatif belirtiler ve kaynak gereksinimi ve günlük aktivitelerinin kesintiye uğramasının Maksimum nedeninin her iki belirti alanı olduğu tespit edilmiştir.

Toplumsal ve kültürel açıdan farklı yapıda ailelerde yük getirici bireylere karşı davranışlar da değişkenlik gösterebilmektedir. Bu nedenle farklı kültürel özellikleri olan toplumlarda hastalara karşı davranışlar da değişkenlik gösterebilmekte, ruh sağlığı hizmetlerinin niteliksel ve niceliksel özellikleri de bu durum üzerinde etkili olabilmektedir (6, 126, 127). Magaña ve arkadaşlarının Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan Meksika kökenli hastalar ve bakım verenleriyle yaptıkları çalışmalarında bakım verenlerin %40'ının depresyon yaşadıklarını tespit etmişlerdir (128). Ayrıca bakım verenin yaşının genç, eğitim düzeyinin düşük olması ve bakılan hastanın belirtilerinin şiddeti ile yük ve depresif belirtiler arasında ilişki olduğunu bildirmişlerdir.

Şizofreni hastalarına bakım verenlerin yaşam kaliteleri ile ilgili 1998 ve 2008 yılları arasında yayınlanmış 37 araştırma dahil edilerek yapılan sistematik bir derlemede bakım verenlerin stresle ilgili anksiyete ve depresyon gibi sağlık sorunları yaşadıkları, iş yaşamlarının etkilendiği, ev gereksinimlerinin ve ekonomik ihtiyaçların arttığı saptanmıştır (129). Ekonomik yükün özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki araştırmalarda daha fazla ön plana çıktığı tespit edilmiştir (5, 130, 131). Bakım vermenin ekonomik etkileri birçok yoldan olabilir. Bakım zorunluluklarını yerine getirebilmek için bakım verenler ücretli işlerinden izin alabilir veya tam mesai

çalışmamayı seçebilir, böylece işverenlerin normalde isteyeceği esnekliği göstermeyerek kendi potansiyellerini ekonomik/kariyer vb. alanlarında gösteremeyebilirler.

Türk Psikiyatri Dizini ve Türkiye Atıf Dizini indekslerinde yapılan taramalarda ülkemizde bu konuda yapılmış az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Aydın ve arkadaşlarının 50 şizofrenik hasta ile yaptıkları araştırmalarında bakım veren yük düzeylerinin hastanın yaşı, alevlenme ve hastanede yatarak tedavi görme sayıları ile ilişkili olduğu tespit edilmiş ancak literatürle uyumsuz biçimde belirtilerle ilişki tespit edilmediği bildirilmiştir (132). Gülseren ve arkadaşlarının 239 hasta ve yakınıyla yaptıkları araştırmalarına göre pozitif ve negatif belirtiler, işlevsellik puanları ve anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (133). Yazarlar ayrıca hastanın erkek, bakım verenin kadın olması, ekonomik sorunların varlığı, hastanın aynı zamanda süregelen bedensel bir hastalığının olması ve sosyal desteğin yetersiz olması arasında ilişki bulunduğunu bildirmişlerdir. Aslantaş ve Adana ise hastalıkla ilgili belirtilerin bakım yüküyle doğrusal bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (6). Özlü ve arkadaşları zaman içerisinde hasta yakınlarının hastalığı kabullenmeleri ve başa çıkma stratejileri kazanmaları ile yük algısında değişiklik olup olmadığını test ettikleri araştırmaları sonucunda, bakım verenin yaşının genç olması, genç hastalara bakım verme, sosyal destek varlığı, problem odaklı başa çıkma stratejisini kullanma durumlarında travma sonrası gelişimin daha iyi olduğunu tespit etmişlerdir (134).

## **2.3 Tükenmişlik Sendromu**

### **2.3.1 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 tanımlamıştır (135). Tükenmişlik konusunda çalışmalara öncülük eden Maslach ve Jackson'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 (136). 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 (137). 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 (138, 139).

### **2.3.2 Kuramsal Yaklaşımlar**

#### **1. Freudenberger’in 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 (135).

#### **2. 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 (137). 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 (140).

**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.

### **3. 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, düşük 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) (141).

### **4. 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 beledikleri varoluşsal anlamı elde edemeyeceklerini anladıklarında umutsuzluk, çaresizlik ve hatta tükenmişlik duygularına kapılırlar (142).

### **5. 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 (138).

## **6. Maslach Modeli**

Günümüzde kabul gören en yaygın tükenmişlik tanımı Maslach ve arkadaşları tarafından yapılan ve tükenmişliği üç boyutlu olarak algılayan tanımdır. Bu tanımı oluşturan üç boyut “duyarsızlaşma”, “duygusal tükenme” ve “kişisel başarıda azalma” olarak adlandırılmıştır (143). Bu üç boyuta ilişkin tükenmişliği ölçebilmek için 22 maddeden oluşan “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” geliştirilmiştir (143). Tükenmişliğin üç boyutuna ilişkin bilgiler aşağıda verilmiştir.

### **Duygusal Tükenme (Emotional Exhaustion)**

Tükenmişliğin bu boyutu daha çok insanlarla yoğun ve yüz yüze ilişkisinin 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 doyumunu, işin aile yaşamını olumsuz yönde etkilemesi, iş-yetenek uyumu, çalışma süresi ve iş değiştirme isteği gibi faktörlerin de etkilediğini belirten çalışmalar yapılmıştır (144, 145).

### **Duyarsızlaşma (Desensitization)**

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 sinsi başlamakta olup ortaya çıkışı her ne kadar ani olsa da tükenme sürekli gelişen bir durum olmaktadır (146, 147). Sonuçta duyarsızlaşma insanlara birer nesne gibi davranmayı ifade etmektedir ve uzaklaşmanın artmasıyla, diğerlerinin gereksinimlerine aldırış etmeyen bir tutum ve duygularına aldırma durumu meydana çıkmaktadır (147).

### **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 (148).

### **2.3.3 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 (149, 150).

### **Kişisel Nedenler**

Maslach'a göre tükenmişlik her insanda ve her durumda oluşmaz. Bireyin kişisel örgütlenmesindeki değişiklikler genel yapıyı etkiler (151). 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 (152).

### **Stres faktörü**

Stresin tükenmişlik sendromu gelişmesinde önemli rol oynadığı araştırmacıların büyük çoğunluğunca kabul görmektedir. Stres kavramı kişisel algılamaya bağlı öznel bir duyumdur. Kimilerince kendini gösterebilme fırsatı olarak algılanabilecek bir olay, diğer kişiler tarafından içinden çıkılmaz bir problem olarak algılanabilir (153). 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 (154).



### 2.3.4 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. Schaufeli ve Enzman, tükenmişlik sendromunun belirtilerini “duygusal belirtiler”, “bilişsel belirtiler”, “fiziksel belirtiler”, “davranışsal belirtiler” ve “motivasyonel belirtiler” olmak üzere beş kategoriye ayırmıştır (155).

#### **Duygusal Belirtiler**

- Endişe, hüzün, 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 (155).

### **2.3.5 Sonuçları**

#### **Tükenmişliğin iş hayatı üzerine etkileri**

Maslach tükenmişliğin etkisinin en çok görüldüğü durumun kişinin iş performansındaki düşüş olduğunu ifade etmektedir. Bu düşüş daha ziyade kişinin niteliğinde ve kalitesinde kendini gösterir. Tükenmişlik, işten ayrılma ve iş devamsızlığıyla ilişkilendirilmiştir (139). 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 (146).

#### **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 (139). 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. 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 (156).

### 2.3.6 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 (157). Tükenmenin ne olduğunun ve belirtilerinin bilinmesi kişinin kendindeki durumu erkenden tanımasını ve çözüm aramaya yönelmesini sağlayacaktır (158). 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 (159). Tükenmişliği önleme ve üstesinden gelme yönünde yürütülecek çalışmalar, bireysel düzeyde ve örgütsel düzeyde yapılması gerekenler olarak belirtilebilir.

#### **Bireysel Düzeyde Yapılması Gerekenler**

Kişinin tükenmişliği bilmesi ve kendi üzerindeki etkilerini anlaması erken müdahaleye olanak sağlayabilir. 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 (160). 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 (150). Kişinin insan olarak sınırlılıkları olan bir birey olduğunu ve sorumluluklarının sınırlarını bilmesi, gereksiz ve kaldıramayacağı 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 (161).

### **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 çalışmaları ve değişik tipte gereksinimleri olan kişilere hizmet vermelerine izin veren bir çalışma programı uygulamalıdırlar (158). 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 (158).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

Çalışmamız kesitsel nitelikte olup Hatay'da bulunan Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde (MKÜSUAH) yapılmıştır.

#### **3.1 Evren ve Örneklem**

Çalışmamıza, 01.11.2017-01.02.2018 tarihleri arasında MKÜSUAH Psikiyatri polikliniğine başvuran ve dahil edilme kriterlerini sağlayan DSM-5 tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı almış tüm hastaların bakım veren yakınları çalışmaya alınmış olup 106 kişiye ulaşıldı.

Onsekiz yaş üzerinde olan, en az bir yıldır hastaya bakım veren ve bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul edenler araştırmaya dahil edildi. Okuryazar olmayanlar, 18 yaşını doldurmamış olanlar, mental retardasyonu olanlar, demans gibi nörobilişsel bozukluğu bulunanlar, psikotik bozukluğu olanlar, madde veya alkol etkisinde olanlar çalışmaya dahil edilmedi.

#### **3.2 Veri Toplama Araçları**

Araştırmaya katılıp katılmamaya karar verilmesini sağlamak amacıyla geliştirilen, bir sayfalık araştırmanın konu, kapsam, önem ve çalışma şeklinin belirtildiği "Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur/Rıza Formu" kullanıldı. Anketler uygulanmadan önce 20 anketle pilot çalışma yapıldı. Anlaşılmayan, yanlış anlaşılan ve hatalı sorular gözden geçirilerek anket yeniden düzenlendi.

Dört bölümden oluşan anket formu araştırmacılar tarafından literatür bilgileri taranarak yapılandırıldı. Anketin birinci bölümü "Katılımcının ve Hastanın Sosyodemografik Özellikleri", ikinci bölümü "Maslach Tükenmişlik Ölçeği", üçüncü bölümü "Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği", dördüncü bölümü ise "Zarit Bakıcı Yük Ölçeği" olup toplamda 97 soru içermektedir.

**1. Sosyodemografik Özellikler:** Bakım veren ve hastaya sorulmak üzere araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanmış iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde bakım verenin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, toplam aylık geliri, sigara ve alkol kullanımı, daha önce bakım deneyiminin olup olmadığı araştırıldı. İkinci bölümde ise hastanın yaşı, cinsiyeti, hastalığın başlama yaşı, sigara ve alkol kullanımı, ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmadığı, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (Positive and Negative Syndrom Scale-PANSS) ve Klinik Global İzlenim Ölçeği (Clinical Global İmpression-CGI) skoru araştırıldı.

**2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği:** Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), Maslach ve Jackson tarafından 1981 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinal formunda 22 madde bulunmakta ve bu maddeler üç boyutta toplanmaktadır. Duygusal Tükenmişlik boyutunda 9, Kişisel Başarı boyutunda 8 ve Duyarsızlaşma boyutunda 5 madde bulunmaktadır. Her bir alt ölçek ayrı ayrı puanlanmaktadır. Duygusal Tükenmişlik ve Duyarsızlaşma alt ölçeklerinden yüksek puanlar ile Kişisel Başarı alt ölçeğinden alınan düşük puanlar, yüksek düzeyde tükenmişliğe işaret etmektedir (162).

Dilimize uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergin tarafından yapılmıştır (145). Uyarlamada 6 farklı meslek grubundan 235 kişilik örneklem grubuyla yapılan çalışmada özgün formda bulunan 7 basamaklı cevap seçeneklerinin Türk kültürüne uygun olmadığı görülmüş ve seçenek sayısı 5'e indirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formu için yapılan geçerlik çalışmaları üç faktörlü yapının kültürümüzde geçerli olduğunu ortaya koymuştur. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları Duygusal Tükenme için 0,83, Duyarsızlaşma için 0,65, Kişisel Başarı için 0,72; test tekrar test güvenilirlik katsayıları ise Duygusal Tükenme için 0,83, Duyarsızlaşma için 0,72 Kişisel Başarı için 0,67 ve olarak hesaplanmıştır (145).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği, toplam 22 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçek, 5 dereceli likert tipi yanıtlanır. Ölçekte yer alan ifadeler, şiddet derecelerine göre 0.

hiçbir zaman, 1. çok nadir, 2. bazen, 3. çoğu zaman, 4. her zaman seçeneklerinin seçilerek yanıtlanmasını gerektirir.

Duygusal Tükenme (Emotional Exhaustion) Skalası hesaplanırken formdaki 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 nolu soruların karşılığı olan sıklık puanları toplandı. Bu değerlerin kategorileri belirlenirken 30 ve üzeri yüksek düzey, 22-30 arası değerler orta düzey, 21 ve altı değerler ise düşük düzey olarak değerlendirildi.

Duyarsızlaşma (Yabancılaşma, Depersonalisation ) alt skalası için formdaki 5, 10, 11, 15, 22 nolu soruların karşılığı olarak belirtilen puanlar toplandı. Bulunan değer 13 ve üzeri ise yüksek, 10-12 arası orta, 9 ve altı ise düşük düzey olarak değerlendirildi.

Kişisel Başarı (Personal Accomplishment) alt skalası için formdaki 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 nolu sorulara karşılık gelen sıklık puanları toplandı. Elde edilen değer 0-23 arası ise yüksek, 24-26 arası ise orta, 27 ve üzeri ise düşük düzey olarak gruplandırıldı. Tablolardaki yüksek, orta ve düşük düzey grupları değerlendirilirken, karşılık gelen skalaya uygun olarak yukarıdaki değer aralıkları içerisinde oldukları anlaşılmalıdır. (**Tablo 4**)

**Tablo 4.** MTÖ'nin Türkiye Sağlık Personeli Normlarına Göre Tükenmişlik Alt Boyutlarının Aldıkları Değer Aralıkları

Tükenmişlik Alt Boyutları	Yüksek	Orta	Düşük
DT	$\geq 30$	22-29	$21 \geq$
DYS	$\geq 13$	10-12	$9 \geq$
KB	$23 \geq$	24-26	$\geq 27$

Tükenmişlik, var olan veya var olmayan bir olgu şeklinde değerlendirilmemekte, düşük, orta ve yüksek düzeyde tükenmişlikten söz edilebilmektedir. Buna göre; duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinden alınan yüksek puan ile kişisel başarı boyutundan alınan düşük puan, yüksek tükenmişlik düzeyini ifade eder (163).



**3. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği:** “Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği” (SUKDÖ) (Social Adaptation Self-evaluation Scale) Bosc ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen, klinik araştırma amaçlı olarak, sosyal işlevsellik düzeyini değerlendirmeyi amaçlayan bir ölçektir (164). SUKDÖ, 21-maddeli bir kendini değerlendirme ölçeğidir ve sosyal işlevselliğin dört ana alanını (İş, boş vakit, aile ve çevreyi düzene koyma ve onunla baş etme yeteneği) sorgulamaktadır. Ölçeği dolduranlar motivasyonlarının ve davranışlarının, kendilik algılarının, günlük yaşamlarında sahip oldukları farklı rollere ilgilerinin ve aldıkları tatminin değerlendirilebilmesi amacıyla birbirlerini tamamlayan sorulara yanıt vermektedirler.

SUKDÖ, kişiler tarafından yaklaşık 10-15 dakikada doldurulabilmektedir. SUKDÖ'nün geçerlik çalışması Fransa'da genel toplumdan 3400'den fazla kişi ve 496 depresyonu olan kişide yapılmıştır (164). 21 maddeden oluşan ölçeğin, 1. ve 2. maddelerinden biri meslek durumuna göre doldurulur ve her kişi toplam 0-3 aralığında değerlendirilen 20 maddeye cevap verir. Her bir maddenin puanı toplanarak toplam değere ulaşılır. Ölçeğin puan aralığı 0-60 arasındadır. Kişinin normal bir sosyal işlevselliğe sahip olması için en az 35 puan alması gerekli görülmektedir. Kişinin 25 puanın altında bir puan alması durumunda, sosyal işlevselliğinde sorun olduğu düşünülmektedir. Testin depresif belirtilerde meydana gelen değişikliklere hassas ve güvenilirliğinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması, geçerliliği ve güvenilirliği Akkaya ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur (165).

**4. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği:** Ölçek Zarit ve arkadaşları tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir (166). Bakım veren kişilerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Özlü ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye çevrilerek, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır ve iç tutarlılığı (Cronbach alfa değeri) 0,83 bulunmuştur (118). Ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, sınırlılık ve

kısıtlanmışlık, toplumsal ilişkilerde bozulma, ekonomik yük ve bağımlılık alt birimlerini içermektedir. Ölçeğin orijinal versiyonunda puanlama aralığı 22-110 arasındadır ve elde edilen puanlar 22-46 puan arasında ise “hafif yük”; 47-55 puan arasında ise “orta derecede yük”; 56-110 puan arasında ise “şiddetli yük” şeklinde değerlendirilmektedir (166). Ölçeğin Türkçe versiyonunda puanlama aralığı 19-95 arasında olup, ölçek puanının yüksek olması yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Kapsayıcı olması ve bakım gerektiren duruma özel olmaması alt birimlerinin geçerli olması gibi nedenlerle Zarit bakım veren yükü ölçeği diğer ölçeklere göre daha yaygın biçimde kullanılmaktadır (118).

### **3.3 Araştırmanın Uygulanması**

Araştırma; literatür taraması, anket formlarının oluşturulması, gerekli izinlerin alınması, ekip oluşturulması gibi ön hazırlıklar tamamlandıktan sonra yürütüldü. Araştırmanın yürütülmesinde Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı’ndan bir öğretim üyesi ve bir araştırma görevlisi doktor görev aldı. Araştırma etik kurul izini Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu’ndan alındı (Tarih/Sayı: 02.11.2017/06).

Araştırmanın uygulama aşamasında çalışmanın yapılabileceği uygun bir zaman dilimi ayarlandı. Katılımcılarla görüşme MKÜSUAH Psikiyatri polikliniğinde yapıldı.

Uygulama öncesi katılımcılara çalışma ile ilgili kısa bir bilgi verildi. Sonrasında çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerden onamları yazılı olarak alındı. Araştırmacılar tarafından hazırlanan anketler, yine araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniğiyle katılımcılara sorularak dolduruldu.

Anketler 01.11.2017-01.02.2018 tarihleri arasında toplam 106 kişiyle görüşülerek veri toplama tamamlandı.

### 3.4 Araştırmanın Değişkenleri

#### Bağımlı değişkenler

- Maslach ölçek skoru
- Sukdö skoru
- Zarit ölçek skoru

#### Bağımsız değişkenler

- |                                     |                                 |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| - Yaş                               | - Cinsiyet                      |
| - Medeni durum                      | - Öğrenim durumu                |
| - İş                                | - Yakınlık derecesi             |
| - Sigara kullanma                   | - Alkol kullanma                |
| - Daha önceki bakım vermen deneyimi | - Bakım verenle aynı evde yaşam |
| - Hasta ile cinsiyet farkı          | - Hasta ile ilgilenme süresi    |
| - Hastanın yaşı                     | - Hastanın cinsiyeti            |
| - Hastalığın başlangıç yaşı         | - PANSS skoru                   |
| - CGI Skoru                         | - İntihar girişimi              |
| - İlaçlarını düzenli alması         |                                 |

### 3.5 Araştırmanın Takvimi

Araştırmanın takvimi tarihsel süreç içerisinde aşağıda ayrıntılı olarak gösterilmiştir (**Tablo 5**).

**Tablo 5.** Araştırmanın Takvimi

Nisan-Ekim 2017	Literatür taraması Araştırmanın planlanması Anket formlarının oluşturulması
Kasım 2017-Ocak 2017	Verilerin toplanması Verilerin bilgisayara aktarılması
Şubat 2018	Verilerin analizi
Ocak-Mart 2018	Rapor Yazımı

### 3.6 Verilerin Analizi

Araştırma sonunda anket formu aracılığı ile elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versiyon 21.0 istatistik paket programına girildi. Verilerin kontrolleri ve analizleri aynı programda yapıldı. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler için frekans (%), ortalama değer, standart sapma, en yüksek ve en düşük değerler kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğuna bakmak için Shapiro Wilk ve Kolmogorov Smirnov Testleri kullanıldı. Veriler normal dağılıma uymadığı için analizlerde non-parametrik testler kullanıldı. Maslach Tükenmişlik ölçeği, SUKDÖ ve Zarit bakıcı yükünün sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılmasında, Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Spearman Korelasyon testleri kullanıldı. İstatistiksel analizlerde p değeri 0,05'den daha küçük değerler önemli olarak kabul edildi.

### 3.7 Araştırmanın Bütçesi

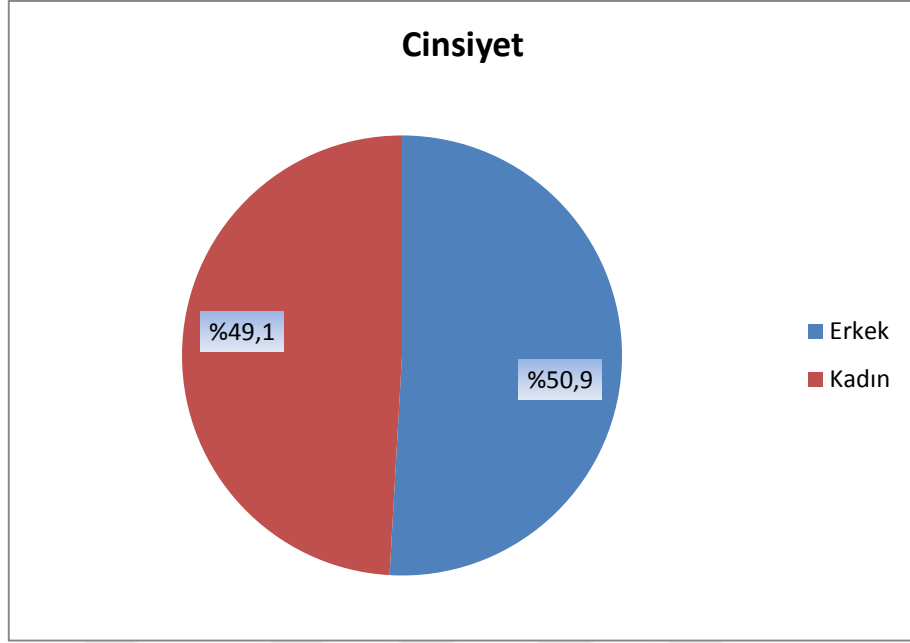
Araştırmanın finansmanı yardımcı araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

#### 4. BULGULAR

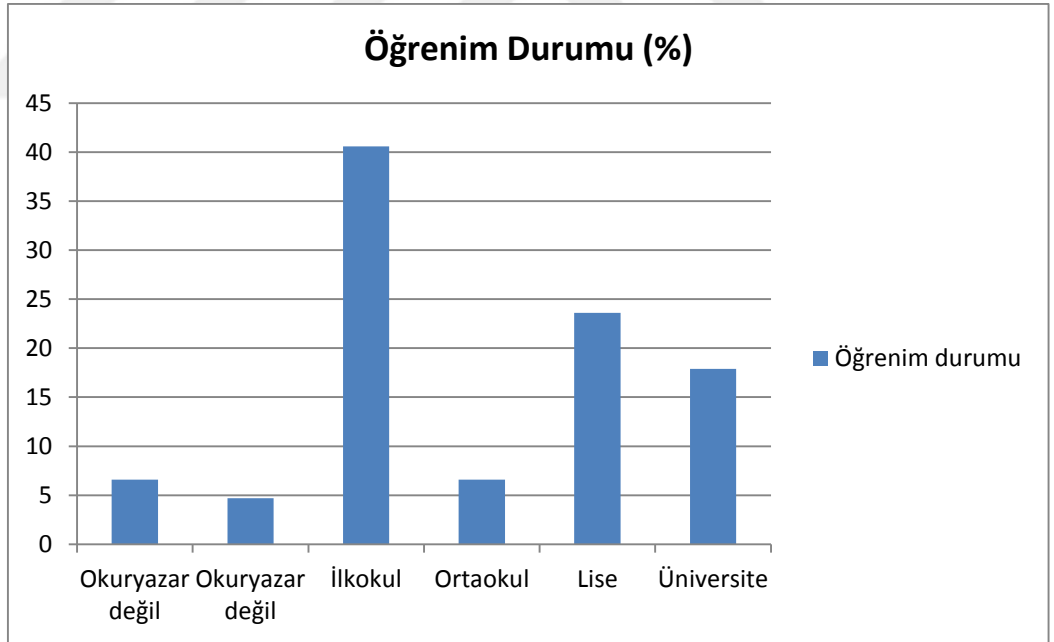
Çalışmaya alınan 106 kişinin %49,1'i (52 kişi) kadın diğerleri erkek olup %84,9'u (90 kişi) evli idi (**Tablo 6**) (**Şekil 1**). Hasta bakım verenlerinin %40,6'sı (43 kişi) ilkokul, %23,6'sı (25 kişi) lise, %17,9'u (19 kişi) üniversite mezunu idi (**Şekil 2**). Katılımcıların 37,7'si (40 kişi) ev hanımı, %20,8'i (22 kişi) işçi ve %10,4'ü (11 kişi) memur olup geri kalan kişiler diğer mesleklere mensup idi. Hastaya bakım verenlerin %47,2'si (50 kişi) eş-çocuk, %22,6'sı (24 kişi) anne-baba, %18,9'u kardeş idi.

**Tablo 6.** Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özellikleri

Değişken	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet	Kadın	52	49,1
	Erkek	54	50,9
Medeni Durum	Bekar	16	15,1
	Evli	90	84,9
Öğrenim	Okuryazar değil	7	6,6
	Okuryazar	5	4,7
	İlkokul	43	40,6
	Ortaokul	7	6,6
	Lise	25	23,6
	Üniversite	19	17,9
İş	Ev Hanımı	40	37,7
	İşçi	22	20,8
	Memur	11	10,4
	Emekli	11	10,4
	Esnaf	8	7,5
	Diğer (İşsiz, çiftçi, öğrenci)	14	13,2
Yakınlık Derecesi	Eş-çocuk	50	47,2
	Anne-baba	24	22,6
	Kardeş	20	18,9
	Akraba ve diğerleri	12	11,3



Şekil 1. Bakım Verenlerin Cinsiyet Dağılımı



Şekil 2. Bakım Verenlerin Öğrenim Durumu

Katılımcıların %31,1'i sigara, %13,2'si alkol kullanmakta idi (**Tablo 7**). Hastalara bakım verenlerin %27,4'ünün daha önce de bakım verme deneyimi var idi. Kişilerin %77,4'ü hasta ile aynı evde yaşamakta olduğunu, %27,4'ü evde başka bakıma muhtaç kişilerin olduğunu ifade etti. Katılımcıların %57,5'inin hasta ile cinsiyetleri farklı idi.

**Tablo 7.** Hastaya Bakım Verenlerin Alışkanlıkları ve Deneyimleri

Sigara kullanımı		Sayı	Yüzde
	Evet	33	31,1
	Hayır	73	68,9
Alkol kullanımı			
	Evet	14	13,2
	Hayır	92	86,8
Daha önce bakım verme deneyimi			
	Evet	29	27,4
	Hayır	77	72,6
Hasta ile aynı evde yaşama			
	Evet	82	77,4
	Hayır	24	22,6
Hasta ile cinsiyet farkı			
	Evet	61	57,5
	Hayır	45	42,5
Evde bakıma muhtaç başka yaşayan kişi			
	Evet	29	27,4
	Hayır	77	72,6

Katılımcıların yaş ortalaması  $46,58 \pm 14,83$  (Minimum:19-Maksimum:83), ortalama aylık gelirleri  $1604,95 \pm 924,92$  (Minimum:300-Maksimum:5000) TL idi (**Tablo 8**). Katılımcıların hastalara bakım verme süresi ortalama  $124,02 \pm 101,62$  (Minimum:12-Maksimum:420) ay olarak bulundu.

**Tablo 8.** Katılımcıların Yaş, Gelir ve Bakım Verme Süreleri

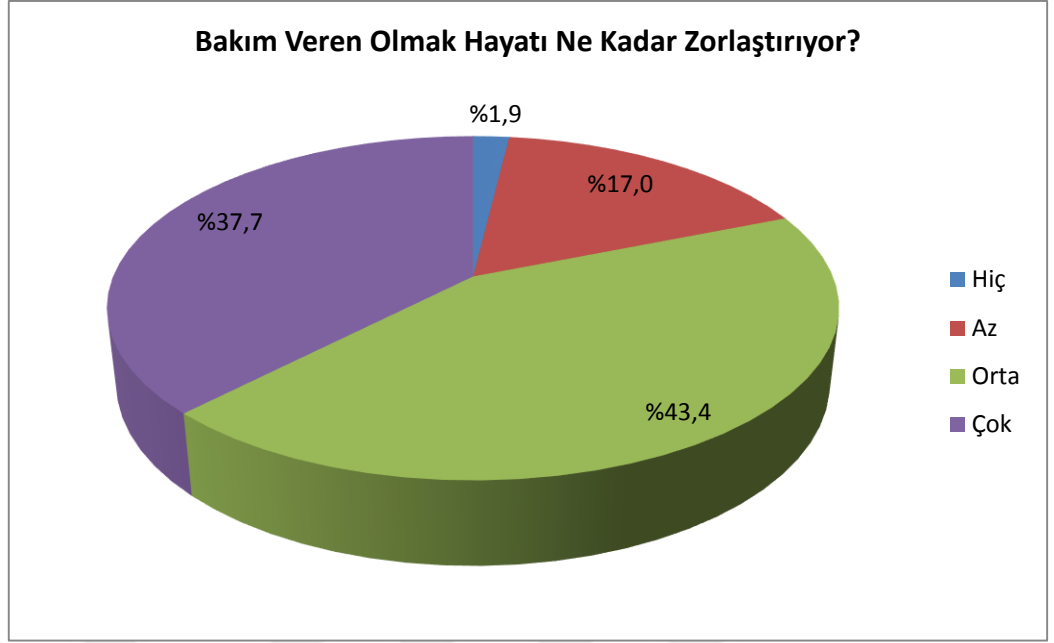
	Ortalama	Standart Sapma	Minimum-Maksimum
Yaş (yıl)	46,58	14,83	19-83
Gelir (TL)	1604	924	300-5000
Bakım Verme Süresi (ay)	124,02	101,62	12-420

Katılımcıların %13,2'si (14 kişi) psikiyatrik hastalık tanısı, %35,8'i (38 kişi) fiziksel hastalık tanısı almış idi (**Tablo 9**). Bakım verenlerin %59,4'ü istemeden de olsa hastaya sözel şiddet, %11,3'ü de fiziksel şiddet uygulamış idi. Katılımcıların %43,7'si bakım vermenin hayatlarını orta, %37,7'si çok, %17,0'ı ise az derecede zorlaştırdığını ifade etti (**Şekil 3**). Katılımcılardan intihar girişimi olan sadece bir kişi idi.

**Tablo 9.** Bakım Verenlerin Hastalıkları, Şiddet Durumları ve Yaşam Güçlüğü Değişken

Değişken	Sayı	Yüzde	
Psikiyatrik Hastalık Tanısı	Evet	14	13,2
	Hayır	92	86,8
Fiziksel Hastalık Tanısı	Evet	38	35,8
	Hayır	68	64,2
Hastaya Sözel Şiddet	Evet	63	59,4
	Hayır	43	40,6
Hastaya Fiziksel Şiddet	Evet	12	11,3
	Hayır	94	88,7
İntihar Girişimi	Evet	1	0,9
	Hayır	105	99,1
Bakım Veren Olmak Hayatı Ne Kadar Zorlaştırıyor	Hiç	2	1,9
	Az	18	17,0
	Orta	46	43,4
	Çok	40	37,7





**Şekil 3.** Bakım Veren Olmanın Hayatı Zorlaştırma Derecesi

Hastaların %32,1'i (34 kişi) kadın, %67,9'u (72 kişi) erkek idi. Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması  $39,58 \pm 11,30$  (Minimum:19-Maksimum:65) yıl, hastalıklarının başlangıç yaşı  $26,97 \pm 10,05$  (Minimum:7-Maksimum:55) yıl olup, ortalama  $12,61 \pm 9,25$  (Minimum:1-Maksimum:40) yıldır şizofreni tanısı almış oldukları tespit edildi (**Tablo 10**).

**Tablo 10.** Hastaların yaş, hastalık başlangıç yaşları ve hastalık süreleri

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum-Maksimum
Yaş (yıl)	39,58	11,30	19-65
Hastalık başlangıç yaşı	26,97	10,05	7-55
Hastalık süresi (yıl)	12,61	9,25	1-40

Hastaların %76,4'ü (81 kişi) ilaçlarını düzenli kullandığını ve %27'si ek hastalığı olduğunu ifade etti (**Tablo 11**). Çalışmaya alınanların %50,9'u (54 kişi)

sigara, %13,2'si (14 kişi) alkol kullanmaktaydı. Katılımcıların %46,2'sinin ailesinde de psikiyatrik hastalık öyküsü mevcut idi. Hastaların %46,2'sinin kendine zarar verdiği, %36,8'inin başkasına şiddet uyguladığı ve %23,6'sının intihar girişiminde bulunduğu belirlendi.

**Tablo 11.** Hastaların Alışkanlıkları, Özgeçmişleri ve Bazı Özellikleri

Değişken	Sayı	Yüzde	
İlaç kullanma düzenli mi	Evet	81	76,4
	Hayır	25	23,6
Ek hastalık	Var	27	25,5
	Yok	79	74,5
Sigara Kullanımı	Evet	54	50,9
	Hayır	52	49,1
Alkol Kullanımı	Evet	14	13,2
	Hayır	92	86,8
Kendine Zarar Verme	Evet	49	46,2
	Hayır	57	53,8
Başkasına Şiddet Uygulama	Evet	39	36,8
	Hayır	67	63,2
İntihar Girişimi	Evet	25	23,6
	Hayır	81	76,4

Hastaların PANSS skoru ortalaması  $115,09 \pm 11,28$  (Minimum:88-Maksimum:140), CGI skor ortalaması  $5,81 \pm 0,73$  (Minimum:3-Maksimum:7) olup, hastanede yatarak tedavi olma sayıları  $3,62 \pm 5,24$  (Minimum:0-Maksimum:40) idi (**Tablo 12**).

**Tablo 12.** Hastaların PANSS, CGI Skorları ve Hastanede Yatış Sayıları

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum-Maksimum
PANSS	115,09	11,28	88-140
CGI	5,81	0,73	3-7
Hastanede Yatış Sayısı	3,62	5,24	0-40

Hastalara bakım verenlerin Maslach tükenmişlik ölçeği, sosyal uyum kendini değerlendirme ölçeği ve zarit bakıcı yük ölçeğinden aldıkları skor ortalamaları **Tablo 13**'de özetlenmiştir.

**Tablo 13.** Katılımcıların Ölçek Skorları

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum-Maksimum
Maslach Tükenmişlik Ölçeği			
Duygusal Tükenme	23,99	5,58	15-38
Duyarsızlaşma	11,46	3,02	5-21
Kişisel Başarı	21,49	5,36	15-38
Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme	33,92	8,28	16-50
Zarit Bakıcı Yük Ölçeği	53,56	10,28	31-81

Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin alt ölçek bölümlerine göre değerlendirme sonuçları **Tablo 14**'de özetlenmiştir.

**Tablo 14.** Maslach Tükenmişlik Alt Ölçekleri Değerlendirmesi

	Yüksek		Orta		Düşük	
	n	%	n	%	n	%
Maslach Tükenmişlik Ölçeği						
Duygusal Tükenme	23	21,7	44	41,5	39	36,8
Duyarsızlaşma	44	41,5	37	34,9	25	23,6
Kişisel Başarı	82	77,4	12	11,3	12	11,3

Bakım verenin cinsiyetine göre ölçek skorlarını kıyasladığımızda, arada istatistiksel olarak önemli bir ilişki tespit edilemedi (**Tablo 15**).

**Tablo 15.** Cinsiyete Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

	Kadın	Erkek	p*
MTÖ			
Duygusal Tükenme	24,73±5,86	23,27±5,26	0,24
Duyarsızlaşma	11,34±3,34	11,57±2,70	0,82
Kişisel Başarı	20,75±4,80	22,20±5,80	0,18
SUKDÖ	33,33±8,26	34,48±8,33	0,21
ZARİT	53,75±10,81	53,37±9,85	0,58

\*Mann-Whitney U Testi

Medeni durum ile ölçek sonuçları arasındaki ilişkiyi karşılaştırdığımızda, bekar olanların kişisel başarı bölümündeki tükenmişliği ve sosyal uyum ölçek skorları daha yüksek idi ( $p<0,005$ ) (**Tablo 16**).

**Tablo 16.** Medeni Duruma Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

	Bekar	Evli	p*
MTÖ			
Duygusal Tükenme	22,50±6,05	24,25±5,50	0,30
Duyarsızlaşma	10,68±4,40	11,60±2,72	0,11
Kişisel Başarı	25,62±5,96	20,75±4,92	<b>&lt;0,001</b>
SUKDÖ	38,56±7,90	33,09±8,11	<b>0,007</b>
ZARİT	49,69±12,33	54,24±9,80	0,16

\*Mann-Whitney U Testi

Bakım verenle hastanın yakınlık derecesi ile ölçekler arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (**Tablo 17**).

**Tablo 17.** Yakınlık Derecesine Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

	Eş/çocuk	Anne/baba	Kardeş	Akraba/diğer	p*
MTÖ					
Duygusal Tükenme	24,5±5,9	24,0±6,1	22,8±4,9	23,6±4,2	0,79
Duyarsızlaşma	11,7±2,4	11,5±3,1	10,8±3,8	11,3±3,9	0,67
Kişisel Başarı	20,3±3,6	21,0±5,2	23,4±7,1	24,3±7,1	0,26
SUKDÖ	33,1±7,1	32,1±10,2	36,5±7,6	36,5±9,4	0,13
ZARİT	54,5±9,5	56,4±10,7	49,5±11,9	50,7±7,5	0,11

\*Kruskal Wallis Testi

Sigara kullanımı ile ölçek skorlarını karşılaştırdığımızda, arada istatistiksel olarak önemli bir ilişki tespit edilemedi (**Tablo 18**).

**Tablo 18.** Sigara Kullanımına Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

	Kullanan	Kullanmayan	p*
MTÖ			
Duygusal Tükenme	22,66±4,53	22,59±5,93	0,13
Duyarsızlaşma	11,00±3,10	11,67±3,00	0,24
Kişisel Başarı	22,88±6,79	20,86±4,48	0,47
SUKDÖ	36,15±6,50	32,90±8,83	0,06
ZARİT	51,27±8,73	54,59±10,81	0,10

\*Mann-Whitney U Testi

Alkol kullanımını ile ölçekler arasında önemli bir ilişki yok idi (**Tablo 19**).

**Tablo 19.** Alkol Kullanımına Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

	Kullanan	Kullanmayan	p*
MTÖ			
Duygusal Tükenme	23,64±5,07	24,04±5,68	0,85
Duyarsızlaşma	11,57±4,03	11,45±2,87	0,67
Kişisel Başarı	21,36±5,83	21,51±5,32	0,78
SUKDÖ	32,93±8,60	34,07±8,28	0,74
ZARİT	50,93±10,85	53,96±10,20	0,38

\*Mann-Whitney U Testi

Daha önceki bakım verme deneyimi ile ölçek skorlarının karşılaştırılması **Tablo 20**'de özetlenmiştir.

**Tablo 20.** Daha Önceki Bakım Verme Deneyimine Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

	Evet	Hayır	p*
MTÖ			
Duygusal Tükenme	24,75±5,96	23,70±5,45	0,402
Duyarsızlaşma	11,35±2,83	11,50±3,11	0,822
Kişisel Başarı	21,07±4,04	21,65±5,80	0,828
SUKDÖ	34,00±8,97	3,88±8,06	0,975
ZARİT	53,07±11,14	53,74±10,02	0,896

\*Mann-Whitney U Testi

Ek fiziksel rahatsızlığı olanların duygusal ve kişisel başarı bölümlerindeki tükenmişlik düzeyleri olmayanlara göre daha fazla idi ( $p<0,005$ ) (**Tablo 21**). Ek fiziksel rahatsızlığı olanların SUKDÖ skoru 29,98±8,00, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği skoru 56,63±9,74 iken, fiziksel rahatsızlığı olmayanların SUKDÖ skoru 36,16±7,60, Zarit skoru 51,84±10,25 olup aradaki fark önemli idi.

**Tablo 21.** Fiziksel Rahatsızlık Durumuna Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

	Evet	Hayır	p*
MTÖ			
Duygusal Tükenme	25,84±6,40	22,96±4,82	<b>0,034</b>
Duyarsızlaşma	12,23±2,01	11,03±3,40	0,062
Kişisel Başarı	19,18±2,93	22,78±5,96	<b>0,002</b>
SUKDÖ	29,98±8,00	36,16±7,60	<b>&lt;0,001</b>
ZARİT	56,63±9,74	51,84±10,25	<b>0,037</b>

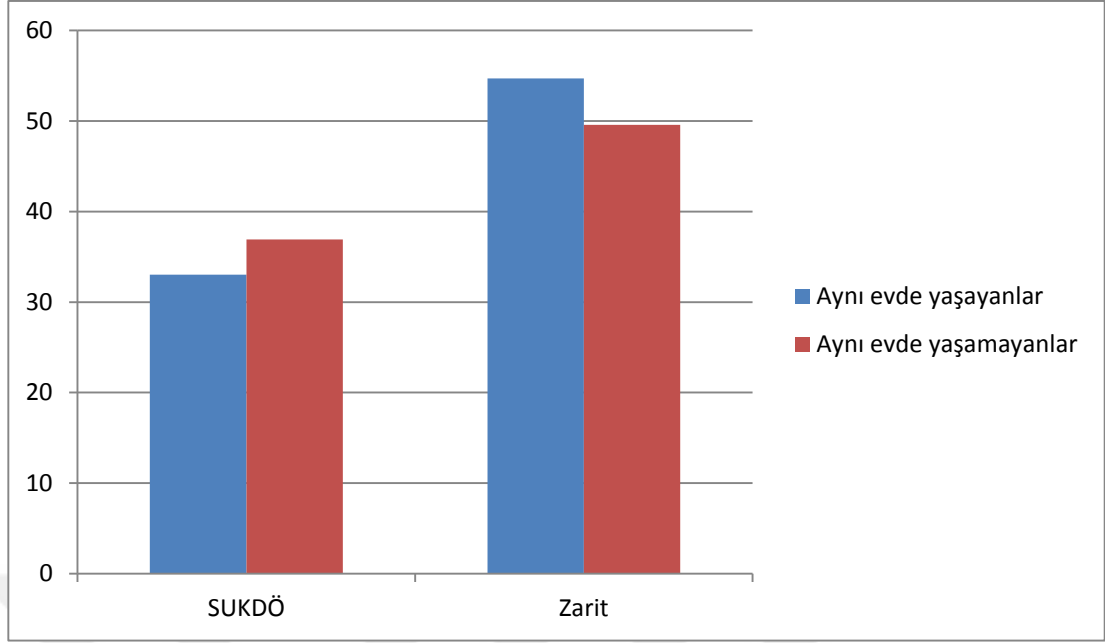
\*Mann-Whitney U Testi

Hasta ile aynı evde yaşayan bakım verenlerin duygusal tükenmişlik skorları 24,52±5,90 iken, aynı evde yaşamayanların 22,17±3,89 idi (p=0,07) (**Tablo 22**). Hasta ile aynı evde yaşayanların SUKDÖ skorları 33,04±8,26, Zarit skorları 54,72±10,50 iken, aynı evde yaşamayanlarda SUKDÖ skoru 36,92±7,77, Zarit skoru 49,58±8,56 olup aradaki farklar istatistiksel olarak önemli idi (p=0,02) (**Şekil 4**).

**Tablo 22.** Hasta İle Aynı Evde Yaşama Durumuna Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

	Evet	Hayır	p*
MTÖ			
Duygusal Tükenme	24,52±5,90	22,17±3,89	<b>0,07</b>
Duyarsızlaşma	11,58±2,93	11,04±3,35	0,52
Kişisel Başarı	21,15±5,05	22,62±6,29	0,52
SUKDÖ	33,04±8,26	36,92±7,77	<b>0,02</b>
ZARİT	54,72±10,50	49,58±8,56	<b>0,02</b>

\*Mann-Whitney U Testi



**Şekil 4.** Hasta ile Aynı Evde Yaşama Durumuna Göre Ölçek Skorları

Bakım verenle hasta arasında cinsiyet farkı olmasının ölçek skorlarını etkilemediği görüldü (**Tablo 23**).

**Tablo 23.** Hasta İle Cinsiyet Farkı Durumuna Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

		Cinsiyet Farkı		p*
		Var	Yok	
MTÖ	Duygusal Tükenme	23,67±5,77	24,42±5,35	0,47
	Duyarsızlaşma	11,15±3,23	11,89±2,70	0,21
	Kişisel Başarı	21,36±5,03	21,66±5,83	0,97
SUKDÖ		34,59±7,96	33,00±8,70	0,40
ZARİT		53,02±11,03	54,29±9,26	0,82

\*Mann-Whitney U Testi

Hastaya sözel şiddet uygulayan bakım verenlerin duygusal, duyarsızlaşma ve kişisel başarı bölümlerinde tükenmişlikleri daha fazla olup aradaki fark istatistiksel olarak önemli idi ( $p < 0,05$ ) (**Tablo 24**). Sözel şiddet uygulayanların SUKDÖ skorları  $31,84 \pm 8,14$ , Zarit skorları  $56,44 \pm 10,0$ , uygulamayanların SUKDÖ skorları ortalaması  $36,95 \pm 7,60$ , Zarit skor ortalaması  $49,33 \pm 9,17$  idi ( $p \leq 0,001$ ).



**Tablo 24.** Hastaya Sözel Şiddet Uygulama Durumuna Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

	Evet	Hayır	p*
MTÖ			
Duygusal Tükenme	25,60±5,60	21,63±4,70	<b>0,001</b>
Duyarsızlaşma	12,22±2,75	10,35±3,09	<b>0,004</b>
Kişisel Başarı	20,55±5,32	22,86±5,18	<b>0,002</b>
SUKDÖ	31,84±8,14	36,95±7,60	<b>0,001</b>
ZARİT	56,44±10,06	49,33±9,17	<b>&lt;0,001</b>

\*Mann-Whitney U Testi

Hastaya fiziksel şiddet uygulayan bakım verenlerin duygusal ve duyarsızlaşma bölümlerinde tükenmişlikleri daha fazla olup aradaki fark istatistiksel olarak önemli idi ( $p<0,05$ ) (**Tablo 25**). Fiziksel şiddet uygulayanların Zarit skor ortalaması  $61,67\pm 8,46$ , uygulamayanların  $52,52\pm 10,07$  idi ( $p=0,004$ ). Fiziksel şiddet ile SUKDÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilemedi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 25.** Fiziksel Şiddet Uygulama Durumuna Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

	Evet	Hayır	p*
MTÖ			
Duygusal Tükenme	27,50±4,03	23,54±5,61	<b>0,011</b>
Duyarsızlaşma	13,08±1,78	11,25±3,09	<b>0,033</b>
Kişisel Başarı	20,67±3,87	21,60±5,53	0,885
SUKDÖ	29,83±7,46	34,44±8,27	0,066
ZARİT	61,67±8,46	52,52±10,07	<b>0,004</b>

\*Mann-Whitney U Testi

Bakım veren olmanın hayatı etkileme derecesi arttıkça tüm tükenmişlik düzeyleri artmakta, sosyal uyum düzeyleri kötüleşmekte ve kişilerin bakım yükü artmakta idi ( $p<0,05$ ) (**Tablo 26**).

**Tablo 26.** Bakım Veren Olmanın Hayatı Etkileme Derecesine Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

	Hiç	Az	Orta	Çok	p*
MTÖ					
Duygusal Tükenme	--	19,0±3,2	22,9±4,2	27,8±5,2	<0,001
Duyarsızlaşma	8,5±0,7	9,5±2,5	11,1±2,8	12,9±2,8	<0,001
Kişisel Başarı	23,5±0,7	25,0±7,0	20,7±4,6	20,7±4,9	0,031
SUKDÖ	41,0±1,4	41,1±5,7	35,1±6,0	28,9±8,6	<0,001
ZARİT	38,0±4,2	44,8±6,6	51,3±8,9	60,8±8,1	<0,001

\*Kruskal Wallis Testi

Bakım verenin yaşı ile duyarsızlaşma bölümü hafif düzeyde pozitif, kişisel başarı orta düzeyde negatif, sosyal uyum orta düzeyde negatif, bakıcı yükü hafif düzeyde pozitif korele idi ( $p<0,05$ ) (**Tablo 27**).

Gelir ile duygusal tükenmişlik bölümü orta düzeyde negatif, duyarsızlaşma bölümü hafif düzeyde negatif, sosyal uyum orta düzeyde pozitif, bakıcı yükü orta düzeyde pozitif korele idi ( $p<0,05$ ).

Bakım süresi ile duygusal tükenmişlik bölümü orta düzeyde pozitif, duyarsızlaşma bölümü orta düzeyde pozitif, sosyal uyum orta düzeyde negatif, bakıcı yükü orta düzeyde pozitif korele idi ( $p<0,05$ ).

**Tablo 27.** Yaş, Gelir ve Bakım Süresi ile Ölçek Korelasyonları\*

		Duygusal	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı	SUKDÖ	ZARİT
Yaş	r**	0,18	<b>0,23</b>	<b>-0,31</b>	<b>-0,36</b>	<b>0,24</b>
	p	0,06	<b>0,02</b>	<b>0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,01</b>
Gelir	r	<b>-0,30</b>	<b>-0,20</b>	0,11	<b>0,40</b>	<b>0,27</b>
	p	<b>0,002</b>	<b>0,045</b>	0,26	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,006</b>
Bakım Süresi	r	<b>0,37</b>	<b>0,28</b>	-0,17	<b>-0,36</b>	<b>0,31</b>
	p	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,004</b>	0,09	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,001</b>

\*Spearman Korelasyon Testi \*\*Korelasyon Katsayısı

Hastanın cinsiyeti ile ölçek skorları arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki belirlenemedi ( $p>0,05$ ) (**Tablo 28**).

**Tablo 28.** Hasta Cinsiyetine Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

	Kadın	Erkek	p*
MTÖ			
Duygusal Tükenme	22,55±5,03	24,66±5,73	0,080
Duyarsızlaşma	10,73±2,98	11,80±3,00	0,113
Kişisel Başarı	21,32±5,23	21,57±5,45	0,721
SUKDÖ	35,12±8,45	33,35±8,20	0,212
ZARİT	51,88±9,15	54,35±10,75	0,197

\*Mann-Whitney U Testi

Hastanın sigara kullanımı ile ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yok idi ( $p>0,05$ ) (**Tablo 29**).

**Tablo 29.** Hastanın Sigara Kullanma Durumuna Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

	Kullanan	Kullanmayan	p*
MTÖ			
Duygusal Tükenme	24,00±5,27	23,98±5,94	0,874
Duyarsızlaşma	11,59±3,24	11,32±2,82	0,525
Kişisel Başarı	22,17±6,07	20,78±4,46	0,335
SUKDÖ	34,06±8,34	33,77±8,30	0,827
ZARİT	53,85±10,13	53,25±10,53	0,695

\*Mann-Whitney U Testi

Hastanın alkol kullanımı ile ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı görüldü ( $p>0,05$ ) (**Tablo 30**).

**Tablo 30.** Hastanın Alkol Kullanma Durumuna Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

	Kullanan	Kullanmayan	p*
MTÖ			
Duygusal Tükenme	24,14±6,06	23,96±5,55	0,993
Duyarsızlaşma	10,85±3,03	11,55±3,03	0,367
Kişisel Başarı	22,78±7,75	21,29±4,92	0,929
SUKDÖ	34,71±8,28	33,79±8,32	0,726
ZARİT	50,21±13,12	54,07±9,76	0,291

\*Mann-Whitney U Testi

Hastada ek rahatsızlık olması ile ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilemedi ( $p>0,05$ ) (**Tablo 31**).

**Tablo 31.** Hastadaki Ek Rahatsızlık Durumuna Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

	Var	Yok	p*
MTÖ			
Duygusal Tükenme	24,30±5,78	23,88±5,55	0,845
Duyarsızlaşma	11,11±3,33	11,58±2,92	0,801
Kişisel Başarı	20,62±4,82	21,78±5,53	0,342
SUKDÖ	32,59±7,23	34,37±8,60	0,243
ZARİT	55,96±9,87	52,73±10,35	0,241

\*Mann-Whitney U Testi

Hastalarında intihar girişimi olan bakım verenlerin duygusal tükenme bölümü skor ortalaması 25,84±5,15, intihar girişimi olmayanların ise 23,41±5,62 olup aradaki fark önemli idi ( $p=0,046$ ) (**Tablo 32**). Hastası intihar girişiminde bulunanların Zarit skor ortalaması 57,52±7,99 iken, intihar girişiminde bulunmayanların 52,33±10,06 idi ( $p=0,038$ ).

**Tablo 32.** Hastanın İntihar Girişimi Durumuna Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

	Var	Yok	p*
MTÖ			
Duygusal Tükenme	25,84±5,15	23,41±5,62	<b>0,046</b>
Duyarsızlaşma	12,40±2,84	11,17±3,04	0,124
Kişisel Başarı	22,44±6,19	21,19±5,08	0,374
SUKDÖ	34,76±8,08	33,65±8,37	0,655
ZARİT	57,52±7,99	52,33±10,06	<b>0,038</b>

\*Mann-Whitney U Testi

Kendisine zarar veren hastaların bakım verenlerinin duyarsızlaşma bölümünden aldığı skor 12,20±3,10 iken, diğerlerinde 10,82±2,84 olup aradaki fark istatistiksel olarak önemli idi (p=0,020) (**Tablo 33**). Hastaların kendisine zarar vermesiyle bakıcı yükü arasında da anlamlı ilişki tespit edildi (p=0,037).

**Tablo 33.** Hastanın Kendine Zarar Verme Durumuna Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

	Var	Yok	p*
MTÖ			
Duygusal Tükenme	24,87±5,20	23,22±5,84	0,104
Duyarsızlaşma	12,20±3,10	10,82±2,84	<b>0,020</b>
Kişisel Başarı	21,06±5,47	21,86±5,28	0,249
SUKDÖ	33,27±8,70	34,47±7,93	0,439
ZARİT	55,53±9,60	51,86±10,63	<b>0,037</b>

\*Mann-Whitney U Testi

Hastaların başkasına veya bakıcısına zarar vermeye ölçek skorlarını kıyasladığımızda duygusal tükenmeyle, duyarsızlaşma bölümüyle ve bakıcı yükü ölçeği ile arasında önemli ilişki var idi (p<0,005) (**Tablo 34**).

**Tablo 34.** Hastanın Başkasına Şiddet Uygulama Durumuna Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

	Var	Yok	p*
MTÖ			
Duygusal Tükenme	26,10±4,64	22,76±5,74	<b>0,001</b>
Duyarsızlaşma	12,59±3,24	10,80±2,70	<b>0,002</b>
Kişisel Başarı	21,33±6,03	21,58±4,97	0,366
SUKDÖ	32,13±9,16	34,96±7,60	0,123
ZARİT	57,36±10,20	51,34±9,75	<b>0,002</b>

\*Mann-Whitney U Testi

Hastalığın başlangıç ile duygusal tükenme arasında negatif yönde hafif korelasyon bulundu ( $p=0,043$ ) (**Tablo 35**). Hastalık süresi arttıkça duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve bakıcı yükü artmakta iken, sosyal uyum düzeyi azalmakta idi ( $p<0,05$ ). Hastane yatış süresi ile duygusal tükenme ve Zarit bakıcı yük ölçeği arasında hafif düzeyde pozitif korelasyon var idi ( $p<0,05$ ).

**Tablo 35.** Yaş, Hastalığın Başlangıç Yaşı, Hastalık Süresi ile Ölçek Korelasyonları\*

		Duygusal	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı	SUKDÖ	ZARİT
Yaş	r	0,092	0,158	-0,044	-0,190	0,157
	p	0,349	0,107	0,655	0,051	0,108
Başlangıç Yaşı	r	<b>-0,197</b>	-0,009	0,007	0,060	-0,096
	p	<b>0,043</b>	0,926	0,946	0,538	0,330
Hastalık Süresi	r	<b>0,367</b>	<b>0,253</b>	-0,081	<b>-0,304</b>	<b>0,321</b>
	p	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,009</b>	0,409	<b>0,002</b>	<b>0,001</b>
Hastaneye Yatış Sayısı	r	<b>0,202</b>	0,141	-0,047	-0,074	<b>0,192</b>
	p	<b>0,037</b>	0,149	0,630	0,449	<b>0,049</b>

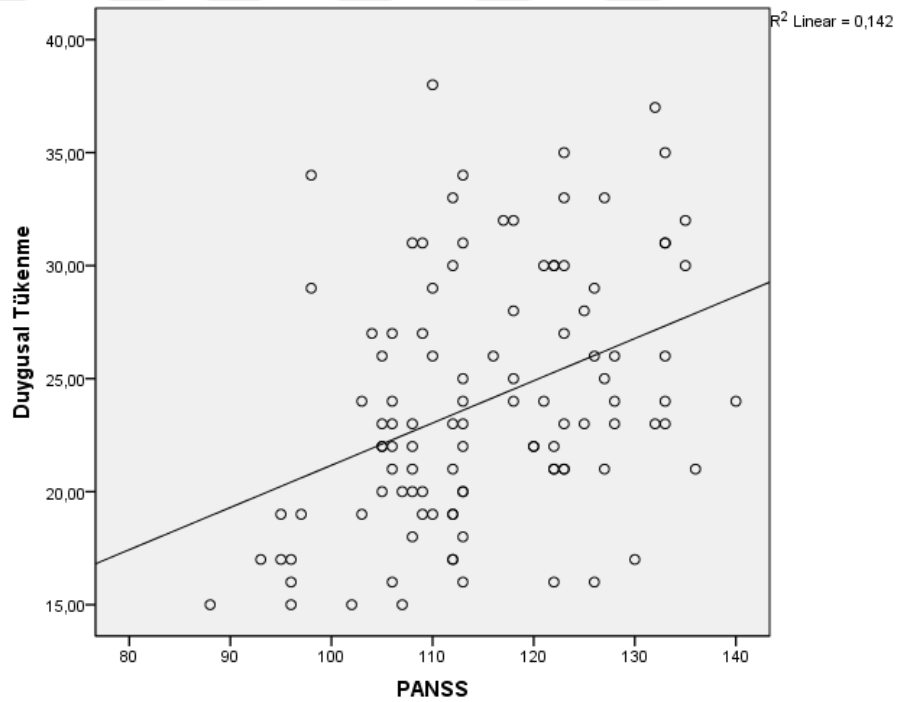
\*Spearman Korelasyon Testi

PANSS skoru ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve zarit bakıcı yükü arasında pozitif; sosyal uyum düzeyi negatif korelasyonsa sahipti ( $p < 0,05$ ) (**Tablo 36**) (**Şekil 5-6-7-8**). CGI skoru ile duygusal tükenme arasında hafif düzeyde pozitif korelasyon bulundu ( $p < 0,05$ ).

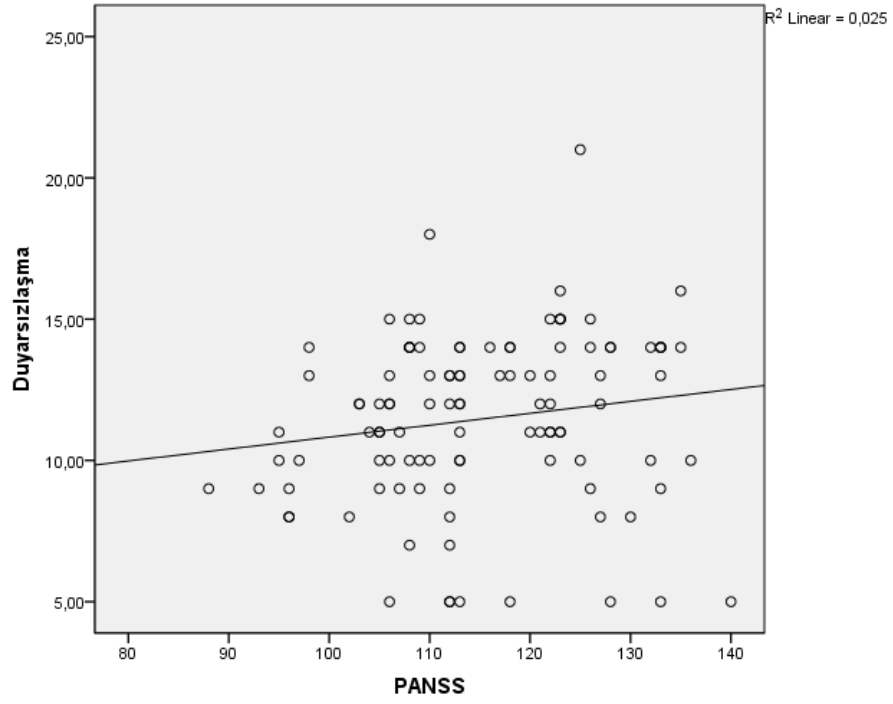
**Tablo 36.** PANSS ve CGI ile Ölçek Korelasyonları\*

		Duygusal	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı	SUKDÖ	ZARİT
PANSS	r	<b>0,392</b>	<b>0,225</b>	-0,075	<b>-0,199</b>	<b>0,371</b>
	p	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,020</b>	0,445	<b>0,041</b>	<b>&lt;0,001</b>
CGI	r	<b>0,240</b>	0,097	-0,027	-0,149	0,149
	p	<b>0,013</b>	0,323	0,782	0,128	0,129

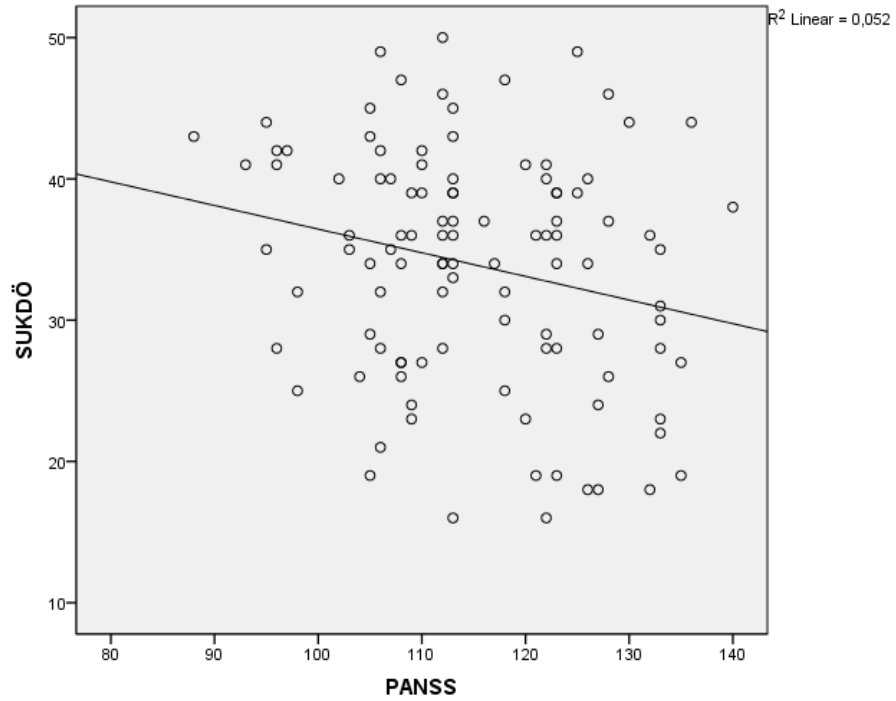
\*Spearman Korelasyon Testi



**Şekil 5.** PANSS-Duygusal Tükenme Korelasyon Grafiği

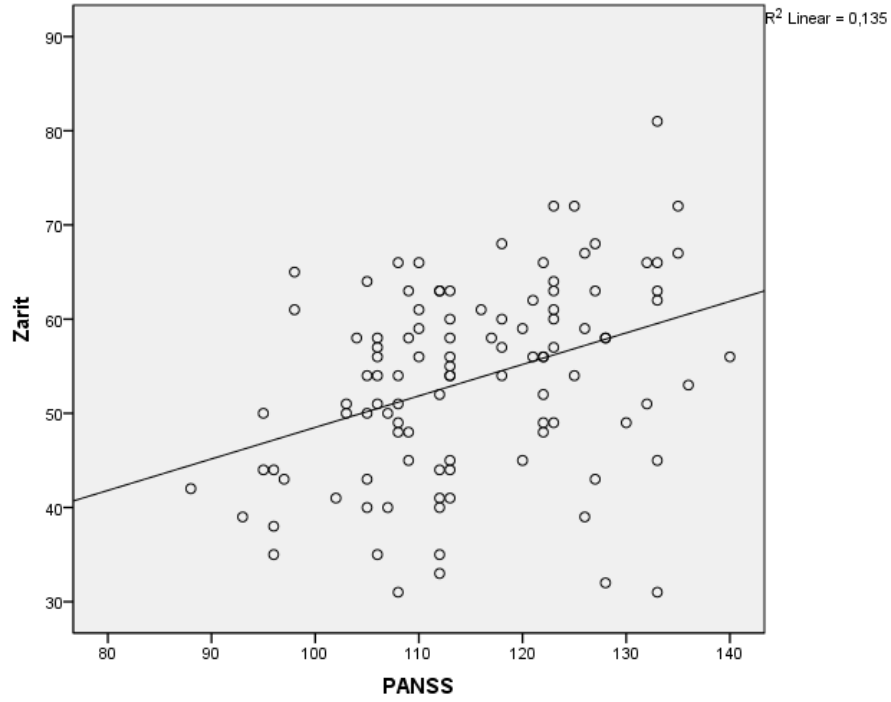


Şekil 6. PANSS-Duyarsızlaşma Korelasyon Grafiği



Şekil 7. PANSS-SUKDÖ Korelasyon Grafiği





**Şekil 8.** PANSS-Zarit Korelasyon Grafiği

Bulguları özetleyecek olursak;

- Bekar bakım verenlerde sosyal uyum daha fazla
- Ek fiziksel rahatsızlığı olan bakım verenlerde sosyal uyum az; bakıcı yükü, duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı tükenmişliği fazla
- Hasta ile aynı evde yaşayanlarda sosyal uyum az; bakıcı yükü, duygusal tükenmişlik fazla
- Hastasına sözel şiddet uygulayan bakım verenlerde sosyal uyum az; bakıcı yükü, duygusal-duyarsızlaşma-kişisel başarı tükenmişlikleri fazla
- Hastasına fiziksel şiddet uygulayan bakım verenlerde bakıcı yükü, duygusal ve duyarsızlaşma tükenmişlikleri fazla

- Bakım veren olmanın hayatı etkileme derecesi arttıkça tüm tükenmişlik düzeyleri artmakta, sosyal uyum düzeyleri kötüleşmekte ve kişilerin bakım yükü artmakta idi
- Bakım verenin yaşı arttıkça sosyal uyum azalmakta; bakıcı yükü, duyarsızlaşma ve kişisel başarı tükenmişliği artmakta
- Gelir arttıkça duygusal ve duyarsızlaşma tükenmişliği azalmakta; bakıcı yükü ve sosyal uyum artmakta
- Bakım süresi arttıkça sosyal uyum azalmakta; bakıcı yükü, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma tükenmişliği artmakta
- Hastasında intihar girişimi olanlarda duygusal tükenme ve bakıcı yükü daha fazla
- Hasta kendisine zarar veriyorsa bakım verenin yükü daha fazla
- Hasta bakıcısına ya da başkasına zarar veriyorsa bakıcı yükü, duygusal ve duyarsızlaşma tükenmişliği daha fazla
- Hastalık süresi arttıkça duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve bakıcı yükü artmakta iken, sosyal uyum düzeyi azalmakta idi
- Hastaneye yatış sayısı arttıkça bakıcı yükü artmakta
- PANSS arttıkça sosyal uyum azalmakta; bakıcı yükü, duygusal ve duyarsızlaşma tükenmişliği artmakta
- CGI arttıkça duygusal tükenme artmakta idi.

## 5. TARTIŞMA

Şizofreni her toplum ve her ülkede görülebilen, hastalık bulgusu ve seyri kişiye göre değişebilen kronik bir hastalıktır. Şizofreni kronik bir psikotik hastalık olduğu için, hastalık süresi uzun ve yıpratıcıdır (3). Hastalık nedeniyle ortaya çıkan problemlerin fazlalığı ve karmaşıklığı, çeşitli profesyonellerin birlikte çalışmasını gerektirir. Bu çalışma ekibinde başta hekim (psikiyatrist), psikolog, psikiyatri hemşiresi, fizyoterapist veya ergoterapist olmalıdır. Bu alanla ilgilenen tüm profesyoneller, hastanın olası müdahale ihtiyaçlarının belirlenmesi için geniş bir perspektifte değerlendirme yapar. Hem ülkemiz de hem de çeşitli başka ülkelerde şizofrenlerle ilgili yapılan çalışmalarda, şizofreni hastalığının, hasta kadar yakınının da hayatında bazı problemlere neden olabileceği gösterilmiştir. Çünkü şizofreni kişiyi fiziksel, emosyonel, kognitif ve ruhsal yönden etkileyen; kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman aktivitelerine katılımlarını bozan; sosyal, mesleki ve kültürel hayatlarını etkileyen bir hastalıktır (126). Bu hastalar günlük hayatlarında yaşantılarını devam ettirebilmek için bakım veren desteğine ihtiyaç duyarlar. Bu desteği de genellikle aile üyeleri vermektedir (167). Bunun için şizofreni tedavisinde bakım verene ve aileye yapılacak müdahalenin de bu alanda çalışan profesyoneller tarafından atlanılmaması gerekir.

Bu düşünce ile çalışmamızda şizofreni hastalarına bakım verenlerin yüklerinin sosyodemografik özelliklerle, tükenmişlik düzeyi ve sosyal uyumu ile arasındaki ilişki incelenmiştir.

Çalışmamızda hastalara bakım verenlerin %40,6'sı ilkokul, %23,6'sı lise, %17,9'u üniversite mezunu idi. Tel ve Pınar tarafından Sivas'ta yapılan çalışmada bakım verenlerin %47,6'sının ilkokul mezunu, %20,4'ünün lise mezunu, %10,7'sinin üniversite mezunu olduğu tespit edilmiş (168). Yazıcı ve ark. tarafından Sakarya'da yapılan şizofreni hastalarına bakım verenlerin yükleri ve nelerle bağlantılı olduğunu araştırdığı çalışmada bakım verenlerin eğitim yılı  $7,46 \pm 4,11$  yıl olarak bulunmuş (169).

Bu çalışmada bakım verenlerdeki cinsiyet dağılımı yarı yarıya bulunmuştur. Önceki çalışmalarda hastaların bakımını daha çok kadınların üstlendiği gösterilmiştir (6). Örneğin, Bileşik Krallıkta bakım verenlerin %58'inin kadın, Asya'daki çalışmalarda bakıcıların yaklaşık %70'inin kadın olduğu bildirilmiştir (170-172). Yapılan çalışmalarda, hastanın bakımından öncelikli sorumlu olan kişinin daha çok ailedeki kadın üyeler oldukları belirlenmiştir (3, 173). Yazıcı tarafından yapılan çalışmada da kadın bakım verenlerin çoğunlukta olduğu gösterilmiş (169). Gülseren ve ark. tarafından yapılan çalışmada hasta yakınlarının %60,7'si kadın, %39,3'ü erkek olarak bulunmuştur (133). Bu bilgi kadın bakıcıların ihtiyaçlarının anlaşılması ve desteklenmesinin sağlanması bakımından önemlidir. Çalışmamızda kadın ve erkek bakım verenlerin birbirine yakın sayıda çıkmasının nedenleri arasında hastalara, hastaneye getirme sürecinde erkek refakatçilerin daha fazla eşlik etmesi düşünülebilir. Diğer yandan böylesine zorlu ve yük oluşturan bir görevin erkekler tarafından da üstlenilmesin yolları aranmalıdır.

Katılımcıların 37,7'si ev hanımı, %20,8'i işçi ve %10,4'ü memur olup geri kalan kişiler diğer mesleklere mensup idi. Sivas'ta yapılan çalışmada bakım verenlerin %56,3'ü çalışmamakta imiş (168). İzmir ve Manisa'da yapılan çalışmada bakım verenlerin ilkokul mezunları (119 kişi, %44,1) ve çalışmayanlar (184 kişi, %68,1) çoğunluğu oluşturuyormuş, kadınların 127'si (%87,6) çalışmıyormuş (133). Bakım verenlerin çoğunluğunun kadın ve ev hanımı olması çalışmama oranının yüksek bulunmasında etken olabilir.

Yaptığımız çalışmada hastaya bakım verenlerin %47,2'si eş-çocuk, %22,6'sı anne-baba, %18,9'u kardeş idi. Şizofreni tedavisinin de genellikle ayaktan takip ve ilaç tedavisi ağırlıklı yapılması hasta ve aileleri hastaların bakımında birinci derecede sorumlu konuma getirmiştir. Bu durum ise şizofreni hastaları için ailelerin en önemli destek kaynağı olarak görülmesine ve ailelerin yük ve sorumluluklarının artmasına neden olmuştur (174, 175). Bir çalışmada bakım verenlerin hasta ile yakınlık derecesi %42,7'si eşi, %33,0'ı çocuğu, %18,4 kardeşi olarak belirlenmiştir (168). Gülseren ve ark. tarafından yapılan çalışmada %35,1'inin anne olduğu görülmüştür (133). Sakarya'da yapılan çalışmada hasta yakınlarının %53,4'ü hastanın anne veya

babası, %25'i kardeşi, %6,8'i hastanın çocuğu, %8,0'i hastanın eşi, %6,8'i 2. derece akrabalarından oluşuyormuş (169). Altun ve arkadaşları tarafından yapılmış bir araştırmada, bakım vericilerin % 78'inin kadın ve % 34'ünün eşlerine bakmakta olduğu bulunmuştur (176). Ülkemiz, Ortadoğu ülkeleri ve benzer kültürlerde yakın aile ve akrabalık bağlarından dolayı bakım verenlerin büyük çoğunluğu aile üyelerinden ve akrabalarından oluşmaktadır.

Bu çalışmada kişilerin %77,4'ü hasta ile aynı evde yaşamakta olduğunu, %27,4'ü evde başka bakıma muhtaç kişilerin olduğunu ifade etti. Toplumumuzda şizofreni tanılı bireylerin çoğunluğu ailesi ile birlikte yaşamaktadır (177). Sakarya'da yapılan bir çalışmada bakım verenler %80,6'sı hasta ile aynı evde yaşadığını ifade etmiştir (169). Bakım verenlerin büyük çoğunluğunun aile bireylerinden oluşması nedeniyle hastalık tanısı öncesi ve sonrasında aynı evde yaşama oranı ve gün içinde birlikte geçirilen süre miktarı genellikle oldukça yüksek oranda bulunmaktadır.

Katılımcıların hastalara bakım verme süresi ortalama 124,02±101,62 (Minimum:12-Maksimum:420) ay olarak bulundu. Bu bilgi, bakım verenlerin yaklaşık 10 sene gibi uzun süredir hastaları ile ilgilendiklerini ve hayatlarının büyük bir bölümünü onlara ayırdıklarını, dolayısıyla sosyal uyumlarının ve psikolojilerinin büyük oranda etkilenebileceğinin göstergesidir.

Yaptığımız çalışmada katılımcıların %13,2'si psikiyatrik hastalık tanısı, %35,8'i fiziksel hastalık tanısı almış idi. Duygusal ve fiziksel yük bakım verenlerin daha fazla anksiyete ve depresyon yaşamalarına, sağlıklarının bozulmasına, daha fazla hekim başvurularına ve daha fazla psikotrop ilaç kullanmalarına neden olmaktadır. Bakım verenin depresyonuna katkıda bulunan faktörler bakım verenin hastanın eşi olması, bakım veren ile hastanın önceki ilişkileri, bakım verenin sağlık problemleri gibi durumlar olarak belirlemişlerdir (110).

Çalışmamızda bakım verenlerin %59,4'ü istemeden de olsa hastaya sözel şiddet, %11,3'ü de fiziksel şiddet uygulamış idi. Karancı Türkiye'de hasta yakınlarının hastalığa ilişkin nedensel atıflarını, yüklerini ve sağlık personelinin beklentilerini araştırdığı çalışmasında, hasta yakınlarının aile yaşantılarında en sık

karşılaştıkları sorunların aile yaşantısındaki çatışmalar ve aksamalar olduğunu bildirmiştir (178). Ailenin hastalıktaki olası bir tekrarlama riskine yönelik endişelerinden dolayı can sıkıntısı ve kızgınlık hissi, hasta ile birlikte zaman geçirilirken baskın olabilir. Özellikle hasta ile vakit geçirme sırasında hastada davranışlarını kontrol edememe ile ortaya çıkan psikotik semptomlar ve şizofreniye atfedilen davranışlar görülüyorsa, ailede can sıkıntısı ve kızgınlık hissi daha da yoğun yaşanmaktadır. Kızgınlık ile ilgili hisler sıklıkla şizofreninin negatif semptomları olan apati, sosyal içe çekilme ve dürtüsellikle ilgilidir (3). Bakım verenlerle yapılan çalışmalarda, bu sürecin şiddetli geçimsizliklere yol açabileceği belirtilmektedir. Awad ve Voruganti'nin bildirdiğine göre bir çalışmada bakım yükü şiddetinin bir sonucu olarak, bakım veren ailede boşanma ve ayrılık ulusal ortalamasının üzerinde bulunmuştur (3).

Çalışmamıza alınan hastaların yaş ortalaması  $39,58 \pm 11,30$  (Minimum:19-Maksimum:65) yıl, hastalıklarının başlangıç yaşı  $26,97 \pm 10,05$  (Minimum:7-Maksimum:55) yıl olup, ortalama  $12,61 \pm 9,25$  (Minimum:1-Maksimum:40) yıldır şizofreni tanısı almış oldukları tespit edildi. Bir çalışmada hastaların %35,9'unun hastalık süresinin 11 yıl ve daha fazla olduğu belirlenmiş (168). Gülseren tarafından yapılan çalışmada hastaların yaş ortalaması  $40,8 \pm 12,2$ , ortalama hastalık süresi  $12,6 \pm 9,1$  yıl olarak bulunmuştur (133). Başka bir çalışmada hastaların yaş ortalaması  $39,27 \pm 11,70$ , hastalık süresi  $15,79 \pm 9,18$  olarak bulunmuştur (169). Çalışmamız literatür bilgileri ile uyumlu olup, şizofreninin çoğunlukla genç yaşlarda başlayan ve uzun yıllar devam eden bir hastalık olduğunu göstermektedir.

Yaptığımız çalışmada hastaların %76,4'ü ilaçlarını düzenli kullandığını ve %27'si ek hastalığı olduğunu ifade etti. Tel tarafından yapılan çalışmada hastaların %59,2'si ilaçlarını düzenli kullanmaktaymış (168). Hastane dışındaki dönemde hastaların %35-65'inin ya düzensiz ilaç kullandığı ya da hiç kullanmadığı belirtilmiştir. Halbuki tedavideki düzensizlikler atakların artmasına, hastalığın nüks etmesine, prognoz ve yaşam kalitesinin olumsuz olarak etkilenmesine neden olmaktadır (179, 180).

Hastaların %46,2'sinin kendine zarar verdiği, %36,8'inin başkasına şiddet uyguladığı ve %23,6'sının intihar girişiminde bulunduğu belirlendi. Şizofrenide intihar olasılığı her zaman var olan ve korkulan bir durumdur. Klinik semptomlara ikincil olarak gelişen depresyon ve işlevsellikte bozulma şizofrenide intihar riskini arttırmaktadır (179).

Çalışmamızda duygusal tükenme  $23,99\pm 5,58$  (min-maks: 0-34), duyarsızlaşma  $11,46\pm 3,02$  (min-maks: 0-16), kişisel başarıda düşme  $21,49\pm 5,36$  (min-maks:0-32) olarak bulundu. Sosyal uyum kendini değerlendirme ölçeği skoru  $33,92\pm 8,28$ , Zarit skoru  $53,56\pm 10,28$  olarak bulundu. Bir çalışmada duygusal tükenme  $11,76\pm 8,10$ , duyarsızlaşma  $4,31\pm 3,67$ , kişisel başarıda düşme  $10,94\pm 6,37$  olarak saptanmıştır (168). Maurin ve Boyd subjektif yükü hastanın rahatsızlığı sonucu aileye çıkan duygusal maliyet olarak tanımlamıştır (3). Ruh hastalığı olan olgularda bu maliyetler, kapana kısılmışlık hissi, ev içinde kapatılmış olma, diğerlerinden yalıtılma, diğerleri için sorumluluk hissetme ve diğerlerinin davranışlarına yönelik bakım veren tarafından hissedilen duygusal gerilim olarak ifade edilmektedir (3, 181, 182). Angermeyer ve ark. psikiyatrik hasta yakınlarında duygusal tükenme ve kişisel başarıda düşme puanlarının daha yüksek, Özlü ve ark. şizofreni hasta yakınında duygusal tükenme ve kişisel başarıda düşme puanlarının daha yüksek, Özel-Kızıl ve Yılmaz psikiyatrik hasta yakınlarında duygusal tükenme ve kişisel başarıda düşme puanlarının yüksek olduğunu bulmuştur (118, 183, 184). Kronik ruhsal sorunu olan bireylere bakmak stresli bir deneyim olmakla birlikte bakım verici için fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel boyutta önemli bir yük oluşturmaktadır (118, 183). Avcı ve Bayraktar çalışmalarında şizofreni hasta ailelerinin en fazla sosyal anlamda yük hissettiklerini belirtmişlerdir (185). Ruhsal bozukluğu olan karma bir grupta yaptıkları araştırmalarında, İdstad ve arkadaşları hastaların eşlerinin öznel iyi olma puanlarının anlamlı derecede daha düşük, anksiyete ve depresyon puanlarının daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (116). Elde ettiğimiz bulgular genel olarak literatür bilgileriyle uyumlu olup şizofreni hastalarına bakım verenlerde yük ve tükenmişlik oldukça fazla, sosyal uyum düzeyleri ise düşük düzeydeydi.

Çalışmamızda medeni durum ile ölçek sonuçları arasındaki ilişkiyi karşılaştırdığımızda, bekar olanların kişisel başarı bölümündeki tükenmişliği ve sosyal uyum ölçek skorları daha yüksek idi. Bekar bakım vericilerin genelde çocuklar veya akrabalar olduğu düşünüldüğünde, hastaya bakım verme haricinde ev dışında da kendilerine özel yaşamlarının varlığı onların sosyallik düzeyini artıran etkenler arasında olabileceği düşünülebilir.

Yaptığımız çalışmada bakım verenle hastanın yakınlık derecesi ile ölçekler arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Karancı ve Inandilar'ın (2002) çalışmasında şizofreni hastasına bakım veren bireylerin anne, baba ya da eş olmasının daha fazla duygusal tükenmeye ve daha fazla stres ve üzüntü yaşamaya neden olduğu belirtilmektedir (186). Kafadar tarafından Kırıkkale'de yapılan çalışmada, bakım verenlerin yakınlık derecesine göre SUKDÖ puanları minimumdan en yükseğe doğru sırasıyla anne, baba, eş, çocuklar, kız kardeş ve erkek kardeş olarak saptanmış (139). Bakım verenle hastanın yakınlık derecesi ile ölçekler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasının sebebi kültürümüzde aile bireyleri arasında hastaya yaklaşım konusunda fark olmaması, tüm aile bireylerinin hastayı benimsemesi olabilir.

Bu çalışmada bakım verenin psikiyatrik tanı alması ile ölçekler arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunamadı. Bir çalışmada bakım vericinin yaşadığı ruhsal sıkıntılar hastalıkla baş etmeyi zorlaştırdığı gibi bireylerin daha fazla tükenmişlik hissetmelerine neden olabileceği belirtilmektedir (119). Gülseren ve ark'nın yaptığı çalışmada psikiyatrik sıkıntılar yaşayan bakım verenlerin hastalıkla baş etmede zorluk çektikleri, daha fazla tükenmişlik hissi yaşadıkları saptanmıştır (187). Ek fiziksel rahatsızlığı olanların duygusal ve kişisel başarı bölümlerindeki tükenmişlik düzeyleri olmayanlara göre daha fazla idi. Ek fiziksel rahatsızlığı olanların SUKDÖ skoru  $29,98 \pm 8,00$ , Zarit Bakıcı Yük Ölçeği skoru  $56,63 \pm 9,74$  iken, fiziksel rahatsızlığı olmayanların SUKDÖ skoru  $36,16 \pm 7,60$ , Zarit skoru  $51,84 \pm 10,25$  olup aradaki fark önemli idi. Sağlıksız bakım verenlerin sağlıklı bakım verenlerden daha fazla yük algısına sahip oldukları bulunmuştur (188). Başka bir çalışmada bakım verenlerde sürekli doktor kontrolünü ya da ilaç kullanmayı gerektiren bedensel bir hastalığın varlığı yükü ilişkili bulunmuştur (133). Hasta üyenin çalışamaz duruma gelmesinin yol açtığı gelir kaybı ve sağaltım masrafları



aileler için zorlayıcı olabileceği gibi aile üyelerinin süreğen sağlık sorunları da ek bir stres etmeni olarak ailenin yükünü arttırabilir.

Bu çalışmada hasta ile aynı evde yaşayan bakım verenlerin duygusal tükenmişlik skorları daha yüksek bulundu. Hasta ile aynı evde yaşayanların SUKDÖ skorları  $33,04 \pm 8,26$ , Zarit skorları  $54,72 \pm 10,50$  iken, aynı evde yaşamayanlarda SUKDÖ skoru  $36,92 \pm 7,77$ , Zarit skoru  $49,58 \pm 8,56$  olup aradaki farklar istatistiksel olarak önemli idi. Sakarya’da yapılan çalışmada aynı evde yaşama süresi ile bakıcı yükü arasında pozitif korelasyon tespit edilmiş (169).

Çalışmamızda genel literatür bilgileriyle uyumlu olmasa da bakım verenin cinsiyeti ile bakım verenle hasta arasında cinsiyet farkı olması ile ölçek skorları arasında ilişki bulunamadı. Aydın ve ark. tarafından yapılan çalışmada da bakıcı cinsiyeti ile yük arasında ilişki saptanmamıştır (132). Gülseren ve ark. tarafından yapılan çalışmada hastanın erkek, bakım verenin kadın olması ile bakıcı yükü arasında ilişki bulunduğunu bildirmişlerdir (133). Barusch ve Spaid kadınların bakım sırasında subjektif tepkilerinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (189). Bakım vermedeki cinsiyet farklılığını bildiren bu çalışmada eşlerdeki subjektif yükün en önemli belirleyicisi olarak hastanın bilişsel ve davranışsal zorlukları olduğu bildirilmiştir. Kadın bakım verenler hastada sanrı sayısı veya davranışsal problemler arttığı zaman daha yüksek subjektif yük deneyimlediklerini; daha fazla psikolojik, kişisel ve fiziksel baş etme problemleri yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Hastaya sözel şiddet uygulayan bakım verenlerin duygusal, duyarsızlaşma ve kişisel başarı bölümlerinde tükenmişlikleri daha fazla olup aradaki fark istatistiksel olarak önemli idi. Sözel şiddet uygulayanların SUKDÖ skorları  $31,84 \pm 8,14$ , Zarit skorları  $56,44 \pm 10,0$ , uygulamayanların SUKDÖ skorları ortalaması  $36,95 \pm 7,60$ , Zarit skor ortalaması  $49,33 \pm 9,17$  idi ( $p \leq 0,001$ ). Hastaya fiziksel şiddet uygulayan bakım verenlerin duygusal ve duyarsızlaşma bölümlerinde tükenmişlikleri daha fazla olup aradaki fark istatistiksel olarak önemli idi. Fiziksel şiddet uygulayanların Zarit skor ortalaması  $61,67 \pm 8,46$ , uygulamayanların  $52,52 \pm 10,07$  idi. Fiziksel şiddet ile SUKDÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilemedi. Konuyla ilgili çalışmalar gözden geçirildiğinde, bu çalışmaların belirti örüntüsü, sosyal

işlevsellik gibi hastayla ilişkili ve sosyal destek, duygu dışavurumu gibi ailenin diğer üyeleriyle ilişkili etmenleri araştırarak biçimde başlıca iki grupta kümelendikleri görülmektedir: Negatif belirtilerin ailenin yükünü öngörmeye önemli olduğu, saldırgan ya da psikotik davranışlardan çok özbakım ve aktiviteyle ilişkili sorunların daha fazla yük getirdiği bildirilmiştir (124, 190).

Çalışmamızda bakım veren olmanın hayatı etkileme derecesi arttıkça tüm tükenmişlik düzeyleri artmakta, sosyal uyum düzeyleri kötüleşmekte ve kişilerin bakım yükü artmakta idi. Yaptığımız çalışma kesitsel çalışma olduğu için neden-sonuç ilişkisini net olarak tespit edilememektedir. Bu nedenle belki de bakıcı yükü ve tükenmişlik düzeyi fazla olanlar ile sosyal uyumları az olanlar hayatlarının daha fazla zor olduğunu söylemiş de olabilirler. Konunun net olarak anlaşılabilmesi için kohort araştırmaların yapılması ve neden-sonuç ilişkisinin ortaya koyulması gerekmektedir.

Çalışmamızda yaş ile duyarsızlaşma bölümü hafif düzeyde pozitif, kişisel başarı orta düzeyde negatif, sosyal uyum orta düzeyde negatif, bakıcı yükü hafif düzeyde pozitif korele idi. Tel tarafından yapılan çalışmada 36-45 yaş grubunda duygusal tükenme daha fazla, 18-25 yaş arasında daha az idi (168). Yapılan iki çalışmada da bakım verenlerin yaşı arttıkça tükenmişliğin arttığını göstermiştir (191, 192). Genç yaştaki bakım vericilerde duygusal tükenme puanının daha düşük olması henüz bu yaştaki kişilerin bakım verici rolünü tam olarak üstlenmemeleri, bakım vericinin genç olması, eğitim yaşantısının devam etmesi, başka sorumluluklarının olmaması ile açıklanabilir. Oysa ileri yaşlardaki bakım vericilerin ailenin geçimi ve bakımını sağlama, evin idaresi, sağlık problemleri ile baş etme gibi sorumlulukları olabilmektedir. Bu durumda daha ileri yaşlardaki bakım vericiler daha fazla tükenmişlik hissedebilir. Aydın ve arkadaşlarının 50 şizofrenik hasta ile yaptıkları araştırmada bakım veren yük düzeylerinin hastanın yaşı ile ilişkili olduğu tespit edilmiş (132). Yazıcı tarafından yapılan çalışmada da bakım verenin yaşı ile bakım yükü arasında ilişki olduğu gösterilmiş fakat hastanın yaşı ile yük arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır (169). Asya ülkelerinde yürütülen çalışmalarda bakıcıların yükü bakım verenin yaşı ile artarken, Meksika ve Amerika'da yaşla azalmaktadır (1). Burada kültürel etmenlerin önemli rol oynadığı ileri sürülebilir. Bizim çalışmamızda da Asya ülkelerine benzer şekilde bakıcı yükü bakım verenin yaşı ile birlikte artış

göstermiştir. Bizim gözlemimize göre yaşlı bakım verenler hastanın mevcut durumunu ve süregelen gidişini kabullenmiş görünmekteydiler ve daha çok kendilerinin ölümünden sonra hastalarının nasıl bir bakım alacağı konusunda kaygılıydılar.

Gelir ile duygusal tükenmişlik bölümü orta düzeyde negatif, duyarsızlaşma bölümü hafif düzeyde negatif, sosyal uyum orta düzeyde pozitif, bakıcı yükü orta düzeyde pozitif korele idi. Ekonomik durum ile bakım veren yükünün ilişkisini araştıran çalışmalarda düşük sosyoekonomik düzeyin artmış bakıcı yükü ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (5). Bir çalışmada ise kişi başına düşen gelir ile bakıcı yükü arasında ilişki bulunmuş (169). Düşük gelir düzeyine ait veriler, devletlerin bakım verenleri desteklemeye ait politikalarının gözden geçirilmesi gerektiğini gösterir. Dünyada birçok ülke şizofreni hastaları ve yakınlarına gerekli ekonomik desteği sağlamakta yetersiz kalmaktadır (1). Ancak fakirlik; hem artmış yük algısı hem de hastalığın takip ve tedavi sürecinde sağlık hizmetine erişim, sosyal ve kültürel diğer olanaklara erişim, temel ihtiyaçların karşılanması ve toplumla bütünleşme süreci gibi birçok alanda kısıtlılık anlamına gelebilmektedir (3).

Çalışmamızda bakım süresi ile duygusal tükenmişlik bölümü orta düzeyde pozitif, duyarsızlaşma bölümü orta düzeyde pozitif, sosyal uyum orta düzeyde negatif, bakıcı yükü orta düzeyde pozitif korele idi. Bir çalışmada bakım verenlerde MTÖ' nin alt ölçeği olan duygusal tükenme ile bakım verenlerin bakım verme süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmış olup bakım süresi arttıkça tükenme artmakta olduğu görülmüş (139). Bakım verme işi uzun zamana yayıldıkça bakım verende yeterlilik hissi azalmaktadır ve baş etme daha az etkin olmaktadır buda tükenmişliğin artmasına yol açmakta olduğu söylenmektedir (193). Uzun süreli bakım gerektiren durumlarda bakım verenlerin %40-70 arasında değişen oranlarda depresif belirtiler ve %50'sinin depresyon tanısı aldığı bildirilmektedir (194, 195).

Toplum merkezli bakıma geçilmesi ile birlikte psikiyatrik bozukluklara bağlı yeti yitimiyle yaşamak zorunda kalan bireyler aileleriyle birlikte yaşamaya zorunlu hale gelmişlerdir. Bu zorunluluk nedeniyle hastasının bakımıyla 24 saat ilgilenmek zorunda kalan bakım vericilerde bazı zorlanmalar ortaya çıkabilmektedir (103). Günümüzde hastane dışı tedavi olanakları yaygınlaştırılmaya çalışılmakta, bu

nedenle aile yükünü etkileyen etmenler ve bu yükü azaltmaya yönelik çalışmalar özlem kazanmaktadır. Hasta yakınlarının gereksinimlerinin belirlenmesi, sıkıntı çektikleri alanların belirlenmesi, toplumsal destek, hasta yakınlarına hastalıkla uygun biçimde başa çıkma konusunda eğitim verilmesi de aile üyelerinin yükünün azaltılmasına yardımcı olacaktır (196). Hastanın cinsiyeti ile ölçek skorları arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki belirlenemedi ( $p>0,05$ ). Aydın ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada bakım verenin ve hastanın cinsiyeti ile yük arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır (132). Yazıcı tarafından yapılan çalışma da cinsiyet ile yük arasında ilişki bulunamamış (169). Bir çalışmada hastanın cinsiyeti erkek ise aile üyelerinin daha fazla yük bildirdikleri görülmektedir (133). Literatürde bulunan iki çalışmada da erkek hastaların kendilerinden beklenen çalışma, aileye ekonomik yönden katkı sağlama gibi toplumsal rolleri üstlenememelerinin, aile üyelerinin daha fazla yük hissetmelerine neden olabileceği belirtilmiştir (3, 127).

Çalışmamızda bakım verenin ek rahatsızlığı ile bakıcı yükü arasında ilişki tespit edilmesine rağmen hastadaki ek rahatsızlık ile yük ve tükenmişlik arasında herhangi bir ilişki bulunamadı. Klinik özelliklerle ailenin yükü arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada yeti yitiminin yükü arttırdığı bildirilmiştir (197). Gülseren ve ark. hastanın aynı zamanda süregelen bedensel bir hastalığının olması ve sosyal desteğin yetersiz olması arasında ilişki bulunduğunu bildirmişlerdir (133).

Hastalarında intihar girişimi olan bakım verenlerin duygusal tükenme skor ortalaması  $25,84\pm 5,15$ , intihar girişimi olmayanların ise  $23,41\pm 5,62$  olup aradaki fark önemli idi. Hastası intihar girişiminde bulunanların Zarit skor ortalaması  $57,52\pm 7,99$  iken, intihar girişiminde bulunmayanların  $52,33\pm 10,06$  idi. Kendisine zarar veren hastaların bakım verenlerinin duyarsızlaşma bölümünden aldığı skor  $12,20\pm 3,10$  iken, diğerlerinde  $10,82\pm 2,84$  olup aradaki fark istatistiksel olarak önemli idi. Hastaların kendisine zarar vermesiyle bakıcı yükü arasında da anlamlı ilişki tespit edildi. Hastaların başkasına veya bakıcısına zarar vermeye ölçek skorlarını kıyasladığımızda duygusal tükenmeyle, duyarsızlaşma bölümüyle ve bakıcı yükü ölçeği ile arasında önemli ilişki var idi ( $p<0,005$ ). Gülseren ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hastadan şiddet görmeyle bakıcı yükü arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (133).

Yaptığımız çalışmada hastalığın başlangıç zamanı ile duygusal tükenme arasında negatif yönde hafif korelasyon bulundu. Hastalık süresi arttıkça duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve bakıcı yükü artmakta iken, sosyal uyum düzeyi azalmakta idi. Hastane yatış sayısı ile duygusal tükenme ve Zarit bakıcı yük ölçeği arasında hafif düzeyde pozitif korelasyon var idi. Bir çalışmada hastaların en son hastaneye yatış zamanına göre bakım vericilerde tükenmişliğin alt boyutlarından duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (168). Gülseren ve ark. şizofren hastaların bakım verenleri ile yaptığı çalışmada hastalık süresi ve hastanede yatma sayısı ile yük arasında pozitif bir ilişki olduğu, hastalık süresi ve hastanede yatma sayısı arttıkça bakıcı yükünün de arttığını saptamışlardır (133). Aydın ve arkadaşlarının 50 şizofrenik hasta ile yaptıkları araştırmada bakım veren yük düzeylerinin hastanın alevlenme ve hastanede yatarak tedavi görme sayıları ile ilişkili olduğu tespit edilmiş (132). Gibbons ve arkadaşları, ailenin yükünün zamanla azaldığını bildirmişlerdir (198). Lowyck ve arkadaşları, hastalık süresinin aile yükü üzerindeki etkisi konusunda tam bir görüş birliği olmamakla birlikte, aileye yönelik girişimlerin yükü azalttığına dikkat çekmişlerdir (199). Yazıcı ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise hastalık süresi ile bakım verenin yükü arasında ilişki bulunamamış fakat hastaneye yatış sayısı ile yük arasında pozitif korelasyon olduğu gösterilmiş (169). Çalışmamızın sonuçları genel olarak literatürle uyumlu olup hastalık süresi, bakım süresi ve hastanedeki yatış sayısı arttıkça bakım verenlerin yükü ve tükenmişlikleri anlamlı oranda artmak idi.

PANSS skoru ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve zarit bakıcı yükü arasında pozitif; sosyal uyum düzeyi negatif korelasyon sahipti. CGI skoru ile duygusal tükenme arasında hafif düzeyde pozitif korelasyon bulundu ( $p<0,05$ ). Şizofrenideki negatif belirtilerin ailenin yükünü öngörmeye önemli olduğu, özbakım ve aktiviteyle ilişkili sorunların ise daha fazla yük getirdiği bildirilmiştir (177, 200). Hasta yakınları için en çok yük oluşturan iki grup davranış tanımlandığına dikkat çekmişlerdir. İlki, sosyal geri çekilme, yavaşlık, ilgi kaybı gibi negatif belirtilerle ilişkili olanlardır. Bu tür davranışların özellikle hastanın tek sosyal bağlantı içinde olduğu akrabalarca tolere edilmesi güçtür. İkinci grupta rahatsız edici, sosyal yönden utandırıcı ya da öngörülemez davranışlar yer almaktadır (201). Öznel yük duygusu

hem pozitif hem de negatif belirtilerin şiddetiyle ilişkili bulunurken, nesnel yükün yalnızca negatif belirtilerin şiddetiyle ilişkili olduğu yönünde bulgular vardır (119, 202). Bu durum, negatif belirtilerin pozitif belirtilere oranla rol işlevselliğini daha fazla etkilemeleriyle bağlantılı olabilir. Yanı sıra negatif belirtilerin kontrol edilemeyecek ya da değiştirilemeyecekmiş gibi algılanması da hasta yakınlarının fazladan sorumluluk almalarına bağlı olarak yükü arttırabilir. Hastalık şiddeti ve yeti yitimi fazla olduğunda yük artmaktadır (119, 203). Klinik özelliklerle ailenin yükü arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada, pozitif belirtilerin, manik/düşmanca tutumların ve yeti yitiminin yükü arttırdığı bildirilmiştir (204). Pozitif belirtilerin yüke daha fazla sebep olduklarını bildiren çalışmaların yanısıra pozitif ve negatif belirtilerin birlikte yüke neden olduklarını bildiren çalışmalar da mevcuttur (121-123). Farklı bir sonuç olarak Dyck ve arkadaşlarına göre negatif belirtiler daha fazla yüke neden olabilmektedir (124). Gülseren ve arkadaşlarının 239 hasta ve yakınıyla yaptıkları araştırmalarına göre pozitif ve negatif belirtiler, işlevsellik puanları ve anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (133). Gibbons ve arkadaşları pozitif belirtilerin; Raj ve arkadaşları, Gopinath ve Chaturvedi negatif belirtilerin daha çok yük oluşturduğunu bulmuşlardır (190, 198, 205). Sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda ise aile yüküyle hem pozitif hem de negatif belirtiler arasında ilişki bulunmuştur (127, 202, 206). Yazıcı ve ark. tarafından yapılan çalışmada CGI ile bakıcı yükü arasında ilişki bulunamamış (169). Hastaların davranış biçimlerinin de önemi büyüktür ve bakım veren yüküyle yakından ilgisi olmalıdır. Örneğin hastaların işlevselliklerinin, yaşam kalitelerinin ve nörobilişsel işlevselliklerinin de hesaba katılması gereklidir. Sosyal olarak daha aktif, ev dışında da zaman geçirebilen, bilişsel kapasitesi yeterli olan ve üretken biçimde çalışabilen, kişiler arası ilişkilerinde başarılı ve bakım verenlerinden ihtiyaçları olabildiğince az olan kişilerin bakım verenlerine getirebilecekleri yük de doğal olarak daha az olacaktır. Benzer biçimde ruh sağlığı birimlerinden yararlanma ve bu birimlerden memnuniyet de önemli olabilir. Bu bulgular, hastalık belirtilerinin sağaltımla kontrol altına alınması ve hastalara yönelik rehabilitasyon çalışmalarının ailenin yükünü azaltmada yararlı olacağını desteklemektedir. Bunun yanı sıra, pozitif-negatif belirtilerin doğası ve bu belirtilerle başa çıkma yolları konusunda ailelere verilecek eğitimler de yükü azaltmada önemli girişimler olabilir. Aileler toplum temelli

sistemlerden memnun olsalar da, uzun vadeli çözüme, eğitime ve mali yardıma ihtiyaçları vardır (207).

Günümüzde hastaları daha çok hastane dışında sağaltma eğilimi ve hasta bakımındaki değişim göz önüne alındığında aile yükünü etkileyen etmenler ve yükü azaltmaya yönelik girişimlerin neler olduğuyla ilgili çalışmalar önem kazanmaktadır. Hastalık belirtilerinin kontrol altına alınması, hastaların sosyal işlevselliklerinin artırılması, hasta yakınlarının anksiyete-depresyon düzeylerini azaltmaya yönelik girişimler, sağlık personeli desteğini de içeren iyi bir sosyal destek, hasta yakınlarına hastalıkla uygun biçimde başa çıkma konusunda eğitim verilmesi aile üyelerinin yükünün azaltılmasına yardımcı olacaktır. Ailelere yönelik girişimler hastaneye yatış dönemiyle sınırlı kalmamalı, ailelerin hastalığın her aşamasında yardıma gereksinim duydukları unutulmamalıdır.

Bu araştırmanın poliklinikte izlenen hastalarla yürütülmüş kesitsel bir çalışma olması çalışmanın başlıca kısıtlılığıdır. Çalışmanın örnekleminin küçük olması da önemli bir kısıtlılıktır. Daha büyük bir örneklemin daha genellenebilir sonuçlar ortaya koyması beklenir.

Çalışmamız sonucunda hasta ile aynı evde yaşayanların, ek fiziksel rahatsızlığı olanların, ileri yaşın, bakım verme süresinin ve PANNS skorunun artmasının bakıcı yükünü ve tükenmişlik düzeyini artırdığı bulunmuştur.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bakım yükünün hem objektif hem de subjektif boyutunun ayrıntılı bir biçimde değerlendirilmesi gerekmektedir. Son 30 yıllık çalışmalar şizofreninin yüküyle baş etmede aileye destek sağlamanın olumlu etki yaptığını göstermiştir. Bakım yükü konusunun üç tarafı vardır. Bunlardan ilki hastadır. Şizofrenik bozukluğun hasta üzerindeki o dönemdeki etkisi, hastalığın belirti profili ve uzun dönemli etkisi bakım yükünün bir tarafını yani hasta tarafını oluşturur. İkinci taraf bakım verendir. Bakım verenlerin engellemelerle ve değişimlerle baş etme yeteneği yükü etkileyen önemli bir unsurdur. Üçüncü taraf ise, bakım veren ile aynı düzeyde önemli olan bakım verenin de yer aldığı çevre, toplum ve şartlarıdır. Toplum temelli aile destek grupları, kendine yardım organizasyonları, hastalık ve onun tedavisi hakkındaki bilgi paylaşımı ve hastalık yönetim programları düzenli olarak yapılırsa bile, şizofreni hastalığı bakım vereni, aileyi ve toplumu da ciddi bir şekilde etkilemektedir. Şizofreninin etyolojisi nedeniyle, mevcutlara ek olarak daha etkili önlemler ve tedavi yaklaşımları geliştirilmelidir. Bu yaklaşımlar içerisinde hastalığın en iyi biçimde tedavisini yapmak, uygun terapötik yaklaşımı sağlamak, sıkıntıyı hafifletmek, hastanın bağımsızlığını, işlevselliğini ve yaşam kalitesini arttırmak ve ailedeki ve bakım verendeki yükü hafifletmek yer almalıdır. Şizofreni hastalığının yönetimi konusunda kurumsal ve bireysel temeldeki çabalara karşın halen hem ülkemizde hem de yurtdışında ailelere yönelik hizmet sunumu dağınık ve yetersizdir.

Uyumlu stratejilerin olmaması ve kaynaklardaki yetersizlik bakım verenin yükünü arttırmaktadır. Yatan hasta yatak kapasitelerinin azaltılması ve hastaların kliniklerde daha az yatırılma eğiliminin olması bakım verenlere düşen sorumlulukları arttırmaktadır. Yönetim sürecinde aileleri ve bakım verenleri tedavi planına dahil etmeye gereksinim vardır. Ancak hastaya ve aileye özgü geliştirilmiş bakım yükünü kolaylaştıran tedavi planlarının anlamı vardır. Aile terapilerinin tedavi edici etkisine rağmen bu tarz programlar ve ailelere yol gösterici rehberler henüz tam olarak kullanılamamaktadır. Bu yaklaşımlar henüz tedavi planına entegre edilememişlerdir.



Bazı aileler diğer ailelere göre hastalığın yükü ile daha iyi baş edebilmektedirler. Literatürün çoğu bakım yükündeki negatif etkiye odaklanmıştır. Bakım yükü ile baş etmede pozitif bakış açısı etkili gibi görünmektedir. Bu anlamda bakım verenin kişilik karakteristikleri ve baş etme mekanizmaları belirlenmelidir. Bakım yükünde bakım verenin işlevsellik düzeyi, yaşam kalitesi ve memnuniyet durumu da etkilidir. Ayrıca bu süreçte kültürün ve etnik yapının da önemi vardır. Yük ile ilgili araştırmalar bakım yükü kavramını yalnızca anlamamıza değil, aile müdahaleleri için strateji belirlememize de katkı sağlayacaktır.

Ruh sağlığı çalışanlarına düşen görevlerden biri, bakım yükünün azaltılmasında etkili olan aileye yönelik müdahalelerin geliştirilmesinde araştırmalar planlamak olmalıdır. Ayrıca yükü azaltmada etkili aile müdahale yöntemlerinin ülke çapında kullanılabilmesi için psikiyatrik sağlık çalışanları yasal düzenlemelerde etkin rol almalı ve aile müdahalelerinin bütçe uygulamalarında ödemelerinin yapılabilmesi için araştırmalarıyla yasa yapıcılarına geri bildirimlerde bulunmalı ve psikiyatrik rehabilitasyon hizmetlerinin ülke politikası olarak yaygınlaşmasına yönelik ruh sağlığı hareketine katkı sağlamalıdır. Yapılacak araştırmalar ile psikiyatrik sağlık çalışanları, bakım verenlerin bakım yükü ile ilgili olarak bakım sırasında neler deneyimlediklerini bulabilirler. Hem bakım verenlerin hem de hastaların tedavi planlarına katılımlarını sağlayabilir ve bakım sürecinin değerlendirmesini yapabilirler.

Sonuç olarak; şizofrenili hastalar ve aileleri hastalığın tedavisi, seyri sırasında duygusal, sosyal, ekonomik birçok sorunla karşılaşmakta ve bu sorunlarla baş etmede desteklenmeye, işbirliğine gereksinim duymaktadırlar. Şizofreni tanılı bireylerin tedavileri prensip olarak ülkemizde de toplum temelli olmaya başlamıştır. Son zamanlarda yaygınlaşan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri sayesinde, hastaların yataklı servislerde yatmadan, günlük hayatları devam ederken tedavilerinin sürdürülmesi amaçlanmaktadır. Bu süreç içinde ailenin rolü çok önemlidir. Bakım sağlayan kişilerin yaşayabilecekleri sorunlar konusunda önceden ilgilendirilmeleri, baş etme stratejileri geliştirmeleri önemlidir. Aile üyelerinin hastalığın her aşamasında yardıma gereksinim duydukları unutulmamalıdır. Biz ruh sağlığı çalışanlarına düşen görev ise tedavinin yanı sıra, hastalar ve yakınlarının,

karşılaşabilecekleri sorunlar konusunda bilgilenmelerini sağlamak ve doğru yaklaşım ve davranışların geliştirilebilmesi için yönlendirmek olmalıdır. Hastalık belirtilerinin kontrol altına alınması, hastaların sosyal işlevselliklerinin artırılması, hasta yakınlarına hastalıkla uygun biçimde başa çıkma konusunda eğitim verilmesi aile üyelerinin yükünün azaltılmasına yardımcı olacaktır. Bu konudaki araştırmalar gittikçe önem kazanmaktadır ve sağlanacak bilgiler hastalar ve yakınları için doğru yaklaşımların geliştirilebilmesi açısından yol gösterici olacaktır.



## 7. KAYNAKLAR

1. Chan SW-C. Global Perspective Of Burden Of Family Caregivers For Persons With Schizophrenia. *Archives Of Psychiatric Nursing*. 2011;25(5):339-49.
2. Health Wfom. *Caring For The Caregiver: Why Your Mental Health Matters When You Are Caring For Others*. WFMH Woodbridge, VA; 2010.
3. Awad AG, Voruganti LN. The Burden Of Schizophrenia On Caregivers. *Pharmacoeconomics*. 2008;26(2):149-62.
4. Jagannathan A, Thirthalli J, Hamza A, Nagendra H, Gangadhar B. Predictors Of Family Caregiver Burden In Schizophrenia: Study From An In-Patient Tertiary Care Hospital In India. *Asian Journal Of Psychiatry*. 2014;8:94-8.
5. Ohaeri JU. Caregiver Burden And Psychotic Patients' Perception Of Social Support In A Nigerian Setting. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 2001;36(2):86-93.
6. Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(2).
7. Cassidy E, Hill S, O'callaghan E. Efficacy Of A Psychoeducational Intervention In Improving Relatives' Knowledge About Schizophrenia And Reducing Rehospitalisation. *European Psychiatry*. 2001;16(8):446-50.
8. Sherman MD. Rehab Rounds: The Support And Family Education (SAFE) Program: Mental Health Facts For Families. *Psychiatric Services*. 2003;54(1):35-7.
9. Lasebikan V, Ayinde O. Effects Of Psychopathology, Functioning And Anti-Psychotic Medication Adherence On Caregivers' Burden In Schizophrenia. *Indian Journal Of Psychological Medicine*. 2013;35(2):135.
10. Rabinowitz J, Berardo CG, Bugarski-Kirola D, Marder S. Association Of Prominent Positive And Prominent Negative Symptoms And Functional Health, Well-Being, Healthcare-Related Quality Of Life And Family Burden: A CATIE Analysis. *Schizophrenia Research*. 2013;150(2):339-42.
11. Fallahi Khoshknab M, Sheikhona M, Rahgouy A, Rahgozar M, Sodagari F. The Effects Of Group Psychoeducational Programme On Family Burden In Caregivers Of Iranian Patients With Schizophrenia. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*. 2014;21(5):438-46.
12. Nuntika Thavichachart M, Lueboonthavatchai P. Effects Of Psycho-Educational Program On Knowledge And Attitude Upon Schizophrenia Of Schizophrenic Patients' Caregivers. *J Med Assoc Thai*. 2007;90(6):1199-204.
13. Sefasi A, Crumlish N, Samalani P, Kinsella A, O'Callaghan E, Chilale H. A Little Knowledge: Caregiver Burden In Schizophrenia In Malawi. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 2008;43(2):160-4.
14. A E. Şizofreninintemel Nörobiyolojisi-Psikofarmakoloji. 1. Baskı. Ankara. 2010;354.
15. Taş C. Şizofreni Hastalarında Dürtüsellik Ve Uyku Bozukluğu Arasındaki İlişki. 2015.
16. K. O. Şizofreni Hastalarında Elektrokonvulsif Tedavinin Bazı Dikkat Testleri Üzerine Etkileri [Recidency]. Malatya: İnönü Üniversitesi; 2016.

17. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H. Şizofreni Ve Diğer Psikotik Bozukluklar. 1. Baskı Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 2007:500.
18. Soygür H. CS. Damgalama Ve Ruh Sağlığı: Tarihsel Süreç İçinde Bir Bakış In: O T, Editor. Stigma: Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar Ve Damgalama. İzmir: Meta Basım; 2007. P. 41-59.
19. Kültür S. Vml. Şizofreni. In: Güleç C. KE, Editor. Psikiyatri Temel Kitabı. 2 Ed. Ankara: HYB Basım Yayın; 2007. P. 184-204.
20. Semiz Ü.B. CME. Elektrokonvülf Tedavi. In: M Ç, Editor. Araştırma Ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri-Şizofreni. 1. 4 Ed2009. P. 1269-98.
21. Sadock B, Sadock V. Klinik Psikiyatri (2. Baskı). Ankara: Güneş Kitabevi. 2005.
22. Öztürk M, Uluşahin A. Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları [Mental Health And Disorders]. Ankara, Turkey: Nobel. 2008.
23. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Comprehensive Textbook Of Psychiatry 7th Ed. Philadelphia: Williams And Wilkins. 2000.
24. Birliği AP. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. E Köroğlu (Çev) Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2013;158.
25. Şizofreni IEG. 1. Baskı. Ankara, Format Matbaacılık. 2006.
26. Işık E, Taner E, Işık U. Güncel Klinik Psikiyatri. Organon Yayınevi, Ankara. 2008:81-115.
27. Köroğlu E GC. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007.
28. Nasrallah H, Smeltzer D. The Patient With Schizophrenia. Pennsylvania: Handbooks In Health Care Co. 2003.
29. Işık E. Güncel Şizofreni: Erdal Işık; 2006.
30. Hafner H. Gender Differences In Schizophrenia. Psychoneuroendocrinology. 2003;28 Suppl 2:17-54.
31. Robbins LN RD. Psychiatric Disorders In America. Newyork: Thefreepres; 1991.
32. Van Os J, Interactions Enosnftsog-E. Schizophrenia Aetiology: Do Gene-Environment Interactions Hold The Key? Schizophrenia Research. 2008;102(1-3):21-6.
33. Ingraham LJ, Kety SS. Adoption Studies Of Schizophrenia. American Journal Of Medical Genetics Part A. 2000;97(1):18-22.
34. Waldo MC, Adler LE, Leonard S, Olincy A, Ross RG, Harris JG, Et Al. Familial Transmission Of Risk Factors In The First-Degree Relatives Of Schizophrenic People. Biological Psychiatry. 2000;47(3):231-9.
35. Kety SS. Schizophrenic Illness In The Families Of Schizophrenic Adoptees: Findings From The Danish National Sample. Schizophrenia Bulletin. 1988;14(2):217.
36. Lewis CM, Levinson DF, Wise LH, Delisi LE, Straub RE, Hovatta I, Et Al. Genome Scan Meta-Analysis Of Schizophrenia And Bipolar Disorder, Part II: Schizophrenia. The American Journal Of Human Genetics. 2003;73(1):34-48.
37. Levinson DF, Levinson MD, Segurado R, Lewis CM. Genome Scan Meta-Analysis Of Schizophrenia And Bipolar Disorder, Part I: Methods And Power Analysis. The American Journal Of Human Genetics. 2003;73(1):17-33.
38. Levinson DF. Meta-Analysis In Psychiatric Genetics. Current Psychiatry Reports. 2005;7(2):143-52.

39. Bromet EJ, Dew MA, Eaton W. Epidemiology Of Psychosis With Special Reference To Schizophrenia. Textbook In Psychiatric Epidemiology. 1995;283-300.
40. Van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Vollebergh W. Prevalence Of Psychotic Disorder And Community Level Of Psychotic Symptoms: An Urban-Rural Comparison. Archives Of General Psychiatry. 2001;58(7):663-8.
41. Eaton W, Harrison G. Ethnic Disadvantage And Schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2000;102(S407):38-43.
42. Mcgrath J. Myths And Plain Truths About Schizophrenia Epidemiology–The NAPE Lecture 2004. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2005;111(1):4-11.
43. Mcgrath JJ. Variations In The Incidence Of Schizophrenia: Data Versus Dogma. Schizophrenia Bulletin. 2006;32(1):195-7.
44. Gedds JR, Verdoux H, Takei N, Lawrie SM, Murray RM. 711-Individual Patient Data Metaanalysis Of The Association Between Schizophrenia And Abnormalities Of Pregnancy And Labour. Schizophrenia Research. 1997;24(1):250.
45. Bersani G, Taddei I, Manuali G, Ramieri L, Venturi P, Osborn J, Et Al. Severity Of Obstetric Complications And Risk Of Adult Schizophrenia In Male Patients: A Case–Control Study. The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2003;14(1):35-8.
46. Dalman C, Allebeck P. Paternal Age And Schizophrenia: Further Support For An Association. American Journal Of Psychiatry. 2002;159(9):1591-2.
47. Tsuang M. Schizophrenia: Genes And Environment. Biological Psychiatry. 2000;47(3):210-20.
48. Dalman C, Thomas HV, David AS, Gentz J, Lewis G, Allebeck P. Signs Of Asphyxia At Birth And Risk Of Schizophrenia. The British Journal Of Psychiatry. 2001;179(5):403-8.
49. Kotlicka-Antczak M, Gmitrowicz A, Sobów TM, Rabe-Jabłońska J. Obstetric Complications And Apgar Score In Early-Onset Schizophrenic Patients With Prominent Positive And Prominent Negative Symptoms. Journal Of Psychiatric Research. 2001;35(4):249-57.
50. Cannon TD, Van Erp TG, Rosso IM, Huttunen M, Lönnqvist J, Pirkola T, Et Al. Fetal Hypoxia And Structural Brain Abnormalities In Schizophrenic Patients, Their Siblings, And Controls. Archives Of General Psychiatry. 2002;59(1):35-41.
51. Kelly BD, Feeney L, O’Callaghan E, Browne R, Byrne M, Mulryan N, Et Al. Obstetric Adversity And Age At First Presentation With Schizophrenia: Evidence Of A Dose-Response Relationship. American Journal Of Psychiatry. 2004;161(5):920-2.
52. Brown AS, Vinogradov S, Kremen WS, Poole JH, Bao Y, Kern D, Et Al. Association Of Maternal Genital And Reproductive Infections With Verbal Memory And Motor Deficits In Adult Schizophrenia. Psychiatry Research. 2011;188(2):179-86.
53. Grech A, Takei N, Murray RM. Maternal Exposure To Influenza And Paranoid Schizophrenia. Schizophrenia Research. 1997;26(2):121-5.
54. Boksa P, Luheshi GN. On The Use Of Animal Modeling To Study Maternal Infection During Pregnancy And Prenatal Cytokine Exposure As Risk Factors For Schizophrenia. Clinical Neuroscience Research. 2003;3(4):339-46.
55. Tochigi M, Okazaki Y, Kato N, Sasaki T. What Causes Seasonality Of Birth In Schizophrenia? Neuroscience Research. 2004;48(1):1-11.
56. Ertuğrul A. Şizofreni Etiyolojisi. Türkiye Klinikleri Journal Of Internal Medical Sciences. 2005;1(12):6-14.

57. Çetin M CM. Şizofrenin Tarihçesi. In: Ceylan E ÇM, Editor. Araştırma Ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Şizofreni-I. 4 Ed. İstanbul: Yerküre Tanıtım Ve Yayıncılık Hizmetleri; 2009. P. 83-6.
58. Arkonaç O. Psikotik Bozukluklar Ve Tedavileri: Nobel Tıp Kitabevi; 1996.
59. Bebbington P, Wilkins S, Jones P, Foerster A, Murray R, Toone B, Et Al. Life Events And Psychosis. Initial Results From The Camberwell Collaborative Psychosis Study. *The British Journal Of Psychiatry*. 1993;162(1):72-9.
60. Brown AS. The Environment And Susceptibility To Schizophrenia. *Progress In Neurobiology*. 2011;93(1):23-58.
61. Pedersen CB, Mortensen PB. Evidence Of A Dose-Response Relationship Between Urbanicity During Upbringing And Schizophrenia Risk. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(11):1039-46.
62. Birsöz S KT. *Current Diagnosis & Treatment In Psychiatry*. 1 Ed. Ankara: Güneş Kitabevi; 2003.
63. Stahl SM. *Psikoz Ve Şizofreni Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi*. 3 Ed. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık 2012.
64. Aricioğlu F. Şizofreni Nörobijolojisinde Gelişmeler. *Türkiye Klinikleri Journal Of Psychiatry Special Topics*. 2010;3(2):1-11.
65. Rosenheck R, Leslie D, Keefe R, Mcevoy J, Swartz M, Perkins D, Et Al. Barriers To Employment For People With Schizophrenia. *American Journal Of Psychiatry*. 2006;163(3):411-7.
66. Miyamoto S, Lamantia AS, Duncan GE, Sullivan P, Gilmore JH, Lieberman JA. Recent Advances In The Neurobiology Of Schizophrenia. *Molecular Interventions*. 2003;3(1):27.
67. Akbarian S, Kim JJ, Potkin SG, Hagman JO, Tafazzoli A, Bunney WE, Jr., Et Al. Gene Expression For Glutamic Acid Decarboxylase Is Reduced Without Loss Of Neurons In Prefrontal Cortex Of Schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(4):258-66.
68. Balcioglu I, Kökrek Z. Mi Li Ve Sizofreni.
69. Allin M, Murray R. Schizophrenia: A Neurodevelopmental Or Neurodegenerative Disorder? *Current Opinion In Psychiatry*. 2002;15(1):9-15.
70. Zhang XY, Zhou DF, Zhang PY, Wu GY, Cao LY, Shen YC. Elevated Interleukin-2, Interleukin-6 And Interleukin-8 Serum Levels In Neuroleptic-Free Schizophrenia: Association With Psychopathology. *Schizophrenia Research*. 2002;57(2):247-58.
71. Mundo E, Altamura A, Vismara S, Zanardini R, Bignotti S, Randazzo R, Et Al. MCP-1 Gene (SCYA2) And Schizophrenia: A Case-Control Association Study. *American Journal Of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2005;132(1):1-4.
72. Drexhage RC, Padmos RC, De Wit H, Versnel MA, Hooijkaas H, Van Der Lely A-J, Et Al. Patients With Schizophrenia Show Raised Serum Levels Of The Pro-Inflammatory Chemokine CCL2: Association With The Metabolic Syndrome In Patients? *Schizophrenia Research*. 2008;102(1):352-5.
73. Reale M, Iarlori C, Feliciani C, Gambi D. Peripheral Chemokine Receptors, Their Ligands, Cytokines And Alzheimer's Disease. *Journal Of Alzheimer's Disease*. 2008;14(2):147-59.

74. Reale M, Greig N, Kamal M. Peripheral Chemo-Cytokine Profiles In Alzheimer's And Parkinson's Diseases. Mini Reviews In Medicinal Chemistry. 2009;9(10):1229-41.
75. Martínez-Gras I, Pérez-Nievas BG, García-Bueno B, Madrigal JL, Andrés-Esteban E, Rodríguez-Jiménez R, Et Al. The Anti-Inflammatory Prostaglandin 15d-PGJ 2 And Its Nuclear Receptor Ppargamma Are Decreased In Schizophrenia. Schizophrenia Research. 2011;128(1):15-22.
76. Kirkpatrick B, Miller BJ. Inflammation And Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2013;39(6):1174-9.
77. Çevirenler: F. Çuhadaroğlu İK, G. Özgen, M.O. Öztürk, M. Rezaki, B. Uluğ. World Health Organization (1992) ICD-10 Classification Of Mental And Behavioral Disorders. Geneva: World Health Organization (Türkçesi: ICD-10 Ruhsal Ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması. Ankara: Türkiye Sinir Ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını; 1993.
78. N. TK. Şizofreni Hastalarında İçgörünün Yaşam Niteliği, Depresyon Ve Belirti Örüntüsü İle İlişkisi. İstanbul: Bakırköy Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi; 2003.
79. Ceylan M.E. ÇM. Araştırma Ve Uygulamada Biyolojik Psikiyatri. 3 Ed. İstanbul: Yerküre Tanıtım Ve Yayıncılık Hizmetleri AŞ; 2005.
80. Çetin M. Şizofreni Tedavisi: Geçmişi, Bugünü Ve Geleceği. Bulletin Of Clinical Psychopharmacology. 2015;25(2):95-9.
81. Tandon R, Jibson M. Efficacy Of Newer Generation Antipsychotics In The Treatment Of Schizophrenia. Psychoneuroendocrinology. 2003;28:9-26.
82. H. K. Synopsis Of Psychiatry. 2 Ed. İstanbul: Güneş Kitabevi; 2005.
83. Altamura AC, Bobo WV, Meltzer HY. Factors Affecting Outcome In Schizophrenia And Their Relevance For Psychopharmacological Treatment. International Clinical Psychopharmacology. 2007;22(5):249-67.
84. Weiden PJ. EPS Profiles: The Atypical Antipsychotics: Are Not All The Same. Journal Of Psychiatric Practice®. 2007;13(1):13-24.
85. Yağcıoğlu AEA. Şizofreni Tedavisi Ve Antipsikotik İlaçlar. Türkiye Klinikleri Journal Of Internal Medical Sciences. 2005;1(12):49-57.
86. Stahl SM. Antipsikotik İlaçlar. In: T.İ. GGU, Editor. Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi. 3 Ed. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2012. P. 327-451.
87. Lauriello J, Lenroot R, Bustillo JR. Maximizing The Synergy Between Pharmacotherapy And Psychosocial Therapies For Schizophrenia. Psychiatric Clinics Of North America. 2003;26(1):191-211.
88. Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial Treatments For Schizophrenia. Annual Review Of Clinical Psychology. 2013;9:465-97.
89. Mcquiston HL, Sowers WE, Ranz JM, Feldman JM. Handbook Of Community Psychiatry: Springer Science & Business Media; 2012.
90. Warner R. Recovery From Schizophrenia: Psychiatry And Political Economy: Routledge; 2013.
91. Hogan MF. New Freedom Commission Report: The President's New Freedom Commission: Recommendations To Transform Mental Health Care In America. Psychiatric Services. 2003;54(11):1467-74.
92. Sowers WE. Recovery And Person-Centered Care: Empowerment, Collaboration, And Integration. Handbook Of Community Psychiatry: Springer; 2012. P. 79-89.

93. Liberman RP, Kopelowicz A, Ventura J, Gutkind D. Operational Criteria And Factors Related To Recovery From Schizophrenia. *International Review Of Psychiatry*. 2002;14(4):256-72.
94. Pruessner M, Cullen AE, Aas M, Walker EF. The Neural Diathesis-Stress Model Of Schizophrenia Revisited: An Update On Recent Findings Considering Illness Stage And Neurobiological And Methodological Complexities. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2017;73:191-218.
95. Jones SR, Fernyhough C. A New Look At The Neural Diathesis–Stress Model Of Schizophrenia: The Primacy Of Social-Evaluative And Uncontrollable Situations. *Schizophrenia Bulletin*. 2006;33(5):1171-7.
96. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Caregiver Burden In Chronic Diseases. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches In Psychiatry*. 2011;3(3):513-52.
97. Organization WH. Ethical Choices In Long-Term Care: What Does Justice Require?: World Health Organization; 2002.
98. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Kavanagh DJ. Burden Of Care And General Health In Families Of Patients With Schizophrenia. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 2005;40(11):899-904.
99. Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J. Burden Of Care In Families Of Patients With Schizophrenia. *Quality Of Life Research*. 2006;15(4):719-24.
100. Schene A. Objective And Subjective Dimensions Of Family Burden. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 1990;25(6):289-97.
101. Sales E. Family Burden And Quality Of Life. *Quality Of Life Research*. 2003;12:33-41.
102. Hjärthag F, Helldin L, Karilampi U, Norlander T. Illness-Related Components For The Family Burden Of Relatives To Patients With Psychotic Illness. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 2010;45(2):275-83.
103. ARSLANTAŞ H. Psikiyatri Hastalarının Bakım Vericilerinde Yük Ve Baş Etme Stratejileri. *Turkiye Klinikleri Journal Of Psychiatric Nursing-Special Topics*. 2018;4(1):39-47.
104. Montgomery RJ, Gonyea JG, Hooyman NR. Caregiving And The Experience Of Subjective And Objective Burden. *Family Relations*. 1985:19-26.
105. Wicks MN, Milstead EJ, Hathaway DK, Cetingok M, Hickey JV, Currier H. Subjective Burden And Quality Of Life In Family Caregivers Of Patients With End Stage Renal Disease. *ANNA Journal*. 1997;24(5):527-39.
106. Webb C, Pfeiffer M, Mueser KT, Gladis M, Mensch E, Degirolamo J, Et Al. Burden And Well-Being Of Caregivers For The Severely Mentally Ill: The Role Of Coping Style And Social Support. *Schizophrenia Research*. 1998.
107. Dunkin JJ, Anderson-Hanley C. Dementia Caregiver Burden A Review Of The Literature And Guidelines For Assessment And Intervention. *Neurology*. 1998;51(1 Suppl 1):S53-S60.
108. Larsen LS. Effectiveness Of A Counseling Intervention To Assist Family Caregivers Of Chronically Ill Relatives. *Journal Of Psychosocial Nursing And Mental Health Services*. 1998;36(8):26-32.
109. Stommel M, Collins CE, Given BA. The Costs Of Family Contributions To The Care Of Persons With Dementia. *The Gerontologist*. 1994;34(2):199-205.
110. Schulz R, Beach SR. Caregiving As A Risk Factor For Mortality: The Caregiver Health Effects Study. *Jama*. 1999;282(23):2215-9.



111. Macneil G, Kosberg JI, Durkin DW, Dooley WK, Decoster J, Williamson GM. Caregiver Mental Health And Potentially Harmful Caregiving Behavior: The Central Role Of Caregiver Anger. *The Gerontologist*. 2009;50(1):76-86.
112. Reinares M, Vieta E, Colom F, Martinez-Aran A, Torrent C, Comes M, Et Al. Impact Of A Psychoeducational Family Intervention On Caregivers Of Stabilized Bipolar Patients. *Psychotherapy And Psychosomatics*. 2004;73(5):312-9.
113. Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Nuechterlein KH, Snyder KS, Mintz J. Family Factors And The Course Of Bipolar Affective Disorder. *Archives Of General Psychiatry*. 1988;45(3):225-31.
114. Yan LJ, Hammen C, Cohen AN, Daley SE, Henry RM. Expressed Emotion Versus Relationship Quality Variables In The Prediction Of Recurrence In Bipolar Patients. *Journal Of Affective Disorders*. 2004;83(2):199-206.
115. Atkinson JM, Coia DA. *Families Coping With Schizophrenia: A Practitioner's Guide To Family Groups*: John Wiley & Sons; 1995.
116. Istad M, Ask H, Tambs K. Mental Disorder And Caregiver Burden In Spouses: The Nord-Trøndelag Health Study. *BMC Public Health*. 2010;10(1):516.
117. Kessler RC, Walters EE, Forthofer MS. The Social Consequences Of Psychiatric Disorders, III: Probability Of Marital Stability. *American Journal Of Psychiatry*. 1998;155(8):1092-6.
118. Özlü A, Yıldız M, Aker T. Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni Hasta Yakınlarında Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. *Archives Of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*. 2009;46.
119. Gülseren L. Şizofreni Ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2002;13(2):143-51.
120. Magliano L, Marasco C, Fiorillo A, Malangone C, Guarneri M, Maj M. The Impact Of Professional And Social Network Support On The Burden Of Families Of Patients With Schizophrenia In Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002;106(4):291-8.
121. Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De Rosa C, Maj M. Special Section: A Memorial Tribute: Patient Functioning And Family Burden In A Controlled, Real-World Trial Of Family Psychoeducation For Schizophrenia. *Psychiatric Services*. 2006;57(12):1784-91.
122. Wolthaus JE, Dingemans PM, Schene AH, Linszen DH, Wiersma D, Van Den Bosch RJ, Et Al. Caregiver Burden In Recent-Onset Schizophrenia And Spectrum Disorders: The Influence Of Symptoms And Personality Traits. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*. 2002;190(4):241-7.
123. Wong DF. Stress Factors And Mental Health Of Carers With Relatives Suffering From Schizophrenia In Hong Kong: Implications For Culturally Sensitive Practices. *British Journal Of Social Work*. 2000;30(3):365-82.
124. Dyck DG, Short R, Vitaliano PP. Predictors Of Burden And Infectious Illness In Schizophrenia Caregivers. *Psychosomatic Medicine*. 1999;61(4):411-9.
125. Perlick DA, Rosenheck RA, Kaczynski R, Swartz MS, Cañive JM, Lieberman JA. Special Section On CATIE Baseline Data: Components And Correlates Of Family Burden In Schizophrenia. *Psychiatric Services*. 2006;57(8):1117-25.
126. Van Wijngaarden B, Schene A, Koeter M, Becker T, Knapp M, Knudsen HC, Et Al. People With Schizophrenia In Five Countries: Conceptual Similarities And

- Intercultural Differences In Family Caregiving. *Schizophrenia Bulletin*. 2003;29(3):573-86.
127. Roick C, Heider D, Bebbington PE, Angermeyer MC, Azorin J-M, Brugha TS, Et Al. Burden On Caregivers Of People With Schizophrenia: Comparison Between Germany And Britain. *The British Journal Of Psychiatry*. 2007;190(4):333-8.
128. Magaña SM, Ramírez García JI, Hernández MG, Cortez R. Psychological Distress Among Latino Family Caregivers Of Adults With Schizophrenia: The Roles Of Burden And Stigma. *Psychiatric Services*. 2007;58(3):378-84.
129. Caqueo-Úrizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C. Quality Of Life In Caregivers Of Patients With Schizophrenia: A Literature Review. *Health And Quality Of Life Outcomes*. 2009;7(1):84.
130. Bradley GM, Couchman D Psych GM, Perlesz A, Nguyen AT, Singh B, Riess C. Multiple-Family Group Treatment For English-And Vietnamese-Speaking Families Living With Schizophrenia. *Psychiatric Services*. 2006;57(4):521-30.
131. Kung W. The Illness, Stigma, Culture, Or Immigration? Burdens On Chinese American Caregivers Of Patients With Schizophrenia. *Families In Society: The Journal Of Contemporary Social Services*. 2003;84(4):547-57.
132. Aydın A, Eker Ss, Cangür Ş, Sarandöl A, Kirli S. Şizofreni Hastalarında Bakım Veren Külfet Düzeyinin, Sosyodemografik Değişkenler Ve Hastalığın Özellikleri Ile İlişkisi. *Archives Of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*. 2009;46.
133. Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı A, Çubukçuoğlu Z, Et Al. Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler. *Turk Psikiyatri Derg*. 2010;21:203-12.
134. Özlü A, Yıldız M, Aker T. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerde Travma Sonrası Gelişim Ve İlişkili Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2010;11:89-94.
135. Bauer J, Häfner S, Kächele H, Wirsching M, Dahlbender RW. The Burn-Out Syndrome And Restoring Mental Health At The Working Place. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. 2003;53(5):213-22.
136. Maslach C, Jackson S. MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual Research Edition. Palo Alto: University Of California. Consulting Psychologists Press; 1986.
137. Malakh-Pines A, Aronson E, Kafry D. Burnout: From Tedium To Personal Growth: Free Pr; 1981.
138. Cherniss C. Professional Burnout In Human Service Organizations: Praeger Publishers; 1980.
139. Kafadar MT. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Bakım Veren Yakınlarında Tükenmişlik Sendromu Ve Sosyal İşlevsellik Düzeyleri [Uzmanlık Tezi]. Kırıkkale: Kırıkkale Üniversitesi; 2014.
140. Edelwich J, Brodsky A. Burn-Out: Stages Of Disillusionment In The Helping Professions: Human Sciences Press New York; 1980.
141. Perlman B, Hartman EA. Burnout: Summary And Future Research. *Human Relations*. 1982;35(4):283-305.
142. Pines AM, Nunes R. The Relationship Between Career And Couple Burnout: Implications For Career And Couple Counseling. *Journal Of Employment Counseling*. 2003;40(2):50-64.
143. Maslach C. The Client Role In Staff Burn-Out. *Journal Of Social Issues*. 1978;34(4):111-24.

144. Schwab RL, Jackson SE, Schuler RS. Educator Burnout: Sources And Consequences. *Educational Research Quarterly*. 1986;10(3):14-30.
145. Ergin C. Doktor Ve Hemşirelerde Tükenmişlik Ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. VII Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. 1992;22:25.
146. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annual Review Of Psychology*. 2001;52(1):397-422.
147. Çam O. Tükenmişlik Envanterinin Geçerlik Ve Güvenirliğinin Araştırılması. VII Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları El Kitabı. 1992:155-66.
148. Baysal A. Lise Ve Dengi Okul Öğretmenlerinde Meslekte Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler. Yayınlanmamış Doktora Tezi. 1995.
149. Sayıl I, Berksun O, Palabıyıköğlü R, Devrimci-Özgüven H, Soykan Ç, Haran S. Kriz Ve Krize Müdahale. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama Ve Araştırma Merkezi Yayınları No. 2000;6.
150. Fawzy F, Fawzy N, Pasnau R. Burnout In The Health Professionals, "Handbook Of Studies On General Hospital Psychiatry, Editör: Judd FK, Burrows GD, Lipsitt DR. Elsevier Science Publishers BV, Amsterdam; 1991.
151. Maslach C. Burnout: The Cost Of Caring: ISHK; 1982.
152. A. T. Stres Ve Tükenmişlik. İstanbul: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1997.
153. Hsu K, Marshall V. Prevalence Of Depression And Distress In A Large Sample Of. *Am J Psychiatry*. 1987;144(12):1561-6.
154. Maslach C, Leiter MP. The Truth About Burnout. San Francisco: Jossey-Bass; 1997.
155. Schaufeli W, Enzmann D. The Burnout Companion To Study And Practice: A Critical Analysis: CRC Press; 1998.
156. Angerer JM. Job Burnout. *Journal Of Employment Counseling*. 2003;40(3):98-107.
157. Baltaş A, Stres BZ, Yolları BÇ. 18. Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi. 1998;47.
158. AE. S. Handbook Of Psychiatric Emergencies. 4 Ed: Connecticut: Appleton & Lange; 1994.
159. Sears Jr SF, Urizar Jr GG, Evans GD. Examining A Stress-Coping Model Of Burnout And Depression In Extension Agents. *Journal Of Occupational Health Psychology*. 2000;5(1):56.
160. ARI GS, Bal EÇ. Tükenmişlik Kavramı: Birey Ve Örgütler Açısından Önemi. *Yönetim Ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2008;15(1):131-48.
161. Freudenberger HJ, Richelson G. Tükenmeye Rağmen Nasıl Yaşanabilir. Stresle Başa Çıkma Olumlu Bir Yaklaşım. 1998.
162. Maslach C, Jackson S, Leiter M. Maslach Burnout Inventory (1986, ). Palo Alto California: Consulting Psychologist's Press Google Scholar. 1981.
163. Ergin C. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Türkiye Sağlık Personeli Normları. *3P Dergisi*. 1996;4(1):28-33.
164. Bosc M, Dubini A, Polin V. Development And Validation Of A Social Functioning Scale, The Social Adaptation Self-Evaluation Scale. *European Neuropsychopharmacology*. 1997;7(1):S57-S70.

165. Akkaya C, Sarandöl A, Danaci AE, Sivrioğlu EY, Kaya E, Kirli S. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) Türkçe Formunun Geçerlik Ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2008;19(3).
166. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives Of The Impaired Elderly: Correlates Of Feelings Of Burden. *The Gerontologist*. 1980;20(6):649-55.
167. Ukpong D. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Nijeryalılar Arasında Yük Ve Ruhsal Sıkıntı: Pozitif Ve Negatif Semptomların Rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2012;23(1).
168. Tel H, Ertekin Pinar Ş. Kronik Ruhsal Sorunlu Hastaların Primer Bakım Vericilerinde Tükenmişlik Ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Journal Of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Dernegi*. 2013;4(3).
169. Yazici E, Karabulut Ü, Yıldız M, Tekeş Sb, Inan E, Çakir U, Et Al. Burden On Caregivers Of Patients With Schizophrenia And Related Factors. *Nöro Psikiyatri Arşivi*. 2016;53(2):96.
170. Nolan M. Supporting Family Carers In The UK: Overview Of Issues And Challenges. *British Journal Of Nursing*. 2001;10(9):608-13.
171. Cheng L-Y, Chan S. Psychoeducation Program For Chinese Family Carers Of Members With Schizophrenia. *Western Journal Of Nursing Research*. 2005;27(5):583-99.
172. Chan SW-C, Yip B, Tso S, Cheng B-S, Tam W. Evaluation Of A Psychoeducation Program For Chinese Clients With Schizophrenia And Their Family Caregivers. *Patient Education And Counseling*. 2009;75(1):67-76.
173. Nasr T, Kausar R. Psychoeducation And The Family Burden In Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. *Annals Of General Psychiatry*. 2009;8(1):17.
174. Goldstein M. ABD'de Şizofreni Tedavisi Kapsamında Ruhsal-Eğitsel Aile Programları. N Şen (Çev), Şizofreni Yazıları 2000; 1: 20.26.
175. Yıldız M, Tural Ü, Kurdoğlu S, Önder ME. Şizofreni Rehabilitasyonunda Aile Ve Gönüllülerle Yürütülen Bir Kulüp-Ev Denemesi. 2003.
176. Altun İ. Hasta Yakınlarının Bakım Verme Rolünde Zorlanma Durumları, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. 1998:24-6.
177. Köroğlu A, Hocaoğlu Ç. Şizofreninin Aile Üzerine Olan Etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 7(3):170-5.
178. Karanci A. Caregivers Of Turkish Schizophrenic Patients: Causal Attributions, Burdens And Attitudes To Help From The Health Professionals. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 1995;30(6):261-8.
179. Babacan Gümüş A. Şizofrenide Hasta Ve Ailelerin Yaşadığı Güçlükler, Psikoeğitim Ve Hemşirelik. *Turkish Journal Of Research & Development In Nursing*. 2006;8.
180. Uzun Ö, Özşahin A, Battal S. Şizofren Hastaların Tedavilerini Sonlandırma Nedenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1997;8:190-7.
181. Schene AH, Van Wijngaarden B, Koeter MW. Family Caregivers In Schizophrenia: Domains And Distress. *Schizophrenia Bulletin*. 1998;24(4):609.
182. Reine G, Lancon C, Simeoni M, Duplan S, Auquier P. Caregiver Burden In Relatives Of Persons With Schizophrenia: An Overview Of Measure Instruments. *L'encéphale*. 2003;29(2):137-47.

183. Angermeyer MC, Bull N, Bernert S, Dietrich S, Kopf A. Burnout Of Caregivers: A Comparison Between Partners Of Psychiatric Patients And Nurses. *Archives Of Psychiatric Nursing*. 2006;20(4):158-65.
184. Ozel-Kizil E, Yilmaz A. P. 8. A. 005 Dimensions Of Burnout Syndrome In Caregivers Of Psychiatric Outpatients. *European Neuropsychopharmacology*. 2009;19:S696-S7.
185. Avcı A, Bayraktar N. Şizofren Hasta Ailelerinin Aile Yükünün Belirlenmesi. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Kitabı. 2004:771-2.
186. Karanci AN, Inandilar H. Predictors Of Components Of Expressed Emotion In Major Caregivers Of Turkish Patients With Schizophrenia. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 2002;37(2):80-8.
187. Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yigit T, Danaci AE, Çubukçuoğlu Z, Et Al. The Perceived Burden Of Care And Its Correlates In Schizophrenia. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2010;21(3):1.
188. Chou K-R. Caregiver Burden: A Concept Analysis. *Journal Of Pediatric Nursing*. 2000;15(6):398-407.
189. Barusch AS, Spaid WM. Gender Differences In Caregiving: Why Do Wives Report Greater Burden? *The Gerontologist*. 1989;29(5):667-76.
190. Gopinath P, Chaturvedi S. Distressing Behaviour Of Schizophrenics At Home. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1992;86(3):185-8.
191. Cook JA, Lefley HP, Pickett SA, Cohler BJ. Age And Family Burden Among Parents Of Offspring With Severe Mental Illness. *American Journal Of Orthopsychiatry*. 1994;64(3):435.
192. Jones SL, Roth D, Jones PK. Effect Of Demographic And Behavioral Variables On Burden Of Caregivers Of Chronic Mentally Ill Persons. *Psychiatric Services*. 1995.
193. Schumacher KL, Stewart BJ, Archbold PG. Conceptualization And Measurement Of Doing Family Caregiving Well. *Journal Of Nursing Scholarship*. 1998;30(1):63-70.
194. Bédard M, Koivuranta A, Stuckey A. Health Impact On Caregivers Of Providing Informal Care To A Cognitively Impaired Older Adult: Rural Versus Urban Settings. *Canadian Journal Of Rural Medicine*. 2004;9(1):15.
195. Nabors N, Seacat J, Rosenthal M. Predictors Of Caregiver Burden Following Traumatic Brain Injury. *Brain Injury*. 2002;16(12):1039-50.
196. Aydın O, Çökmüş FP, Balıkcı K, Aydın PÜ, Danaci AE. Şizofreni Hastalarının Bakım Verenlerinde Sosyal Anksiyete, Saldırganlık Ve Bağlanma Stilinin Hastalık Şiddeti Üzerine Etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2018;19(3):274-80.
197. Magliano L, Fadden G, Madianos M, De Almeida JC, Held T, Guarneri M, Et Al. Burden On The Families Of Patients With Schizophrenia: Results Of The BIOMED I Study. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 1998;33(9):405-12.
198. Gibbons J, Horn S, Powell J, Gibbons J. Schizophrenic Patients And Their Families. A Survey In A Psychiatric Service Based On A DGH Unit. *The British Journal Of Psychiatry*. 1984;144(1):70-7.
199. Lowyck Mdh, E Peeters, P Gilis, J Peuskens, B. Can We Identify The Factors Influencing The Burden On Family Members Of Patients With Schizophrenia? *International Journal Of Psychiatry In Clinical Practice*. 2001;5(2):89-96.

200. Dixon L, Adams C, Lucksted A. Update On Family Psychoeducation For Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2000;26(1):5.
201. Bloch S. *The Family In Clinical Psychiatry*: Oxford University Press, USA; 1994.
202. Provencher HL, Mueser KT. Positive And Negative Symptom Behaviors And Caregiver Burden In The Relatives Of Persons With Schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 1997;26(1):71-80.
203. Pereira MG, De Almeida J. The Repercussions Of Mental Disease In The Family. A Study Of The Family Members Of Psychotic Patients. *Acta Medica Portuguesa*. 1999;12(4-6):161-8.
204. Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, Aletti A, Belotti G, Bevilacqua P, Et Al. Family Burden In Schizophrenia: Effects Of Socio-Environmental And Clinical Variables And Family Intervention. *Epidemiology And Psychiatric Sciences*. 1998;7(3):178-87.
205. Raj L, Kulhara P, Avasthi A. Social Burden Of Positive And Negative Schizophrenia. *International Journal Of Social Psychiatry*. 1991;37(4):242-50.
206. Magliano L, Marasco C, Fiorillo A, Malangone C, Guarneri M, Maj M. Working Group Of The Italian National Study On Families Of Persons With Schizophrenia The Impact Of Professional And Social Network Support On The Burden Of Families Of Patients With Schizophrenia In Italy. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106(4):291-8.
207. Attepe Özden S, Tuncay T. The Experiences Of Turkish Families Caring For Individuals With Schizophrenia: A Qualitative Inquiry. *International Journal Of Social Psychiatry*. 2018:0020764018779090.

**ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VERENLERİN YÜKÜ, TÜKENMİŞLİK VE  
SOSYAL UYUM DÜZEYLERİ**

**ANKET FORMU**

**Sosyodemografik Özellikler**

**Bakım Veren Bölümü**

**1. Yaşınız?:.....**

**2. Cinsiyetiniz?**

1. Kadın 2. Erkek

**3. Medeni durumunuz nedir?**

1. Bekar 2. Evli

**4. Öğrenim durumunuz nedir?**

1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul  
4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite

**5. İşiniz nedir?**

1. İşsiz [ ] 2. Memur [ ] 3. İşçi [ ] 4. Çiftçi [ ]  
5. Emekli [ ] 6. Öğrenci [ ] 7. Ev hanımı [ ] 8. Esnaf [ ]

9. Diğer.....

**6. Hasta ile yakınlık dereceniz nedir?**

1. Eş/Çocuk 2. Anne/Baba 3. Kardeş 4. Akraba 5.  
Diğer

**7. Ortalama aylık geliriniz ne kadar?.....TL/ay**

**8. Sigara kullanıyor musunuz?**

1. Evet 2. Hayır

**9. Alkol kullanıyor musunuz?**

1. Evet 2. Hayır

**10. Daha önce bakım verme deneyiminiz oldu mu?**

1. Evet 2. Hayır

**11. Daha önce psikiyatrik hastalık tanısı aldınız mı?**

1. Evet 2. Hayır

**Tanı:.....**

**12. Fiziksel rahatsızlığınız var mı?**

1. Evet 2. Hayır

**Tanı:.....**

- 13. Bakım verenle aynı evde mi yaşıyorsunuz?**  
1. Evet 2. Hayır
- 14. Evde bakıma muhtaç başka yaşayan var mı?**  
1. Evet 2. Hayır
- 15. Hasta ile aranızda cinsiyet farkı var mı?**  
1. Evet 2. Hayır
- 16. Ne kadar zamandır hasta ile ilgileniyorsunuz?.....ay**
- 17. Hastaya istemeden de olsa sözel şiddet uyguladınız mı?**  
1. Evet 2. Hayır
- 18. Hastaya istemeden de olsa fiziksel şiddet uyguladınız mı?**  
1. Evet 2. Hayır
- 19. Bakım verici olmak hayatınızı ne kadar zorlaştırıyor?**  
1. Hiç 2. Az 3.Orta 4.Çok
- 20. İntihar girişiminiz oldu mu?**  
1. Evet 2. Hayır

### Hasta Bölümü

- 21. Hastanın yaşı:.....**
- 22. Hastanın cinsiyeti nedir?**  
1. Kadın 2. Erkek
- 23. Hastalığın başlangıç yaşı kaç?.....**
- 24. Ne zamandır hasta?.....yıl/ay**
- 25. PANSS Skoru?.....**
- 26. CGI skoru?.....**
- 27. Kaç kere hastanede yatarak tedavi oldu?.....**
- 28. İlaçlarını düzenli alıyor mu?**  
1. Evet 2. Hayır
- 29. Ek başka hastalığı var mı?**  
1. Evet 2. Hayır  
Tanı:.....
- 30. Sigara kullanıyor mu?**  
1. Evet 2. Hayır
- 31. Alkol kullanıyor mu?**  
1. Evet 2.Hayır
- 32. İntihar girişimi oldu mu?**  
1. Evet 2. Hayır
- 33. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?**  
1. Evet 2. Hayır
- 34. Hasta şimdiye kadar kendine zarar verdi mi?**  
1. Evet 2. Hayır
- 35. Hasta şimdiye kadar başkasına/size şiddet uyguladı mı?**  
1. Evet 2. Hayır



## Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak hangi sıklıkta hissettiğinizi size uyan seçeneğe işaret koyarak belirtiniz.	Hiçbir zaman	Yılda birkaç kez	Ayda birkaç kez	Haftada birkaç kez	Hergün
1. Hastamdan soğuduğumu hissediyorum.	1	2	3	4	5
2. Gün sonunda kendimi bitkin hissediyorum.	1	2	3	4	5
3. Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.	1	2	3	4	5
4. Hastamın pek çok şey hakkında neler hissettiğini anlayabilirim	1	2	3	4	5
5. Hastama sanki insane değilmiş gibi davrandığımı hissediyorum.	1	2	3	4	5
6. Bütün gün hastamla uğraşmak benim için gerçekten bir gerginliktir.	1	2	3	4	5
7. Hastamın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim.	1	2	3	4	5
8. Hastamın bakımının beni tükettiğini hissediyorum.	1	2	3	4	5
9. Yaptığım şeylerle hastamın yaşamını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum.	1	2	3	4	5
10. Hastamla birlikte olmaya başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum.	1	2	3	4	5
11. Hastamın bakımı beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum.	1	2	3	4	5
12. Kendimi çok enerjik hissediyorum.	1	2	3	4	5
13. Hastamın beni kısıtladığını düşünüyorum.					
14. Hastamın bakımı konusunda gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum.	1	2	3	4	5
15. Hastamın başına gelenler gerçekten umurumda değil.	1	2	3	4	5
16. Doğrudan hastamla ilgilenmek bende çok fazla strese neden oluyor.	1	2	3	4	5
17. Hastamla rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim.	1	2	3	4	5
18. Hastamla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum.	1	2	3	4	5
19. Hasta bakımına yönelik pek çok değerli işler başardım.	1	2	3	4	5
20. Kendimi çok çaresiz hissediyorum.	1	2	3	4	5
21. Hastamla ilgili duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim.	1	2	3	4	5
22. Hastamın bazı problemleri için beni suçladığını hissediyorum.	1	2	3	4	5

## Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği

**1. İşinize ilginiz nasıl?**

0. Hiç yok                      1.Az                      2.Orta                      3.Çok

**2. Ev işlerine ilginiz nasıl?**

0. Hiç yok                      1.Az                      2.Orta                      3.Çok

**3. İşinizi ya da ev işlerini yaparken:**

0. Hiç zevk almıyorum  
1. Az zevk alıyorum  
2. Orta düzeyde zevk alıyorum  
3. Çok zevk alıyorum

**4. Hobi ya da boş zaman etkinliklerine ilginiz var mı?**

0. Hiç yok                      1.Az                      2.Orta                      3.Çok

**5. Boş zamanlarınızın niteliği nasıl?**

0. Tatmin edici değil                      1.Fena değil                      2.İyi                      3.Çok iyi

**6. Aile fertlerinizle (eş, çocuklar, ebeveyn vb.) ne sıklıkla temas kurmaya çalışırsınız?**

0. Hiç                      1.Nadiren                      2.Sık                      3.Çok sık

**7. Aile içi ilişkilerinizin durumu nasıl?**

0. Tatmin edici değil                      1.Fena değil                      2.İyi                      3.Çok iyi

**8. Ailenizin dışında sosyal ilişkileriniz var mı?**

0. Hiç kimseyle yok  
1. Pek az insanla var  
2. Birkaç insanla var  
3. Birçok insanla var

**9. Başkalarıyla ilişki kurmaya ne kadar gayret edersiniz?**

0. Gayret etmem  
1. Orta derecede gayret ederim  
2. Gayret ederim

3. Çok gayret ederim

**10. Başkalarıyla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?**

0. Tatmin edici değil      1.Fena değil      2.İyi      3.Çok iyi

**11. Başkalarıyla ilişkinize ne kadar değer verirsiniz?**

0. Hiç değer vermem  
1. Çok az değer veririm  
2. Değer veririm  
3. Çok değer veririm

**12. Sosyal çevrenizdeki insanlar sizinle ne sıklıkla temas kurmaya çalışırlar?**

0.Hiç      1.Nadiren      2.Sık      3.Çok sık

**13. Sosyal kurallara, iyi davranışlara, nezakete vb. dikkat eder misiniz?**

0.Hiç      1.Nadiren      2.Sıklıkla      3.Her zaman

**14. Sosyal hayatın (cemiyet, toplantı ve benzerleri) ne ölçüde içindesiniz?**

0.Hiç      1.Az      2.Orta derecede  
3.Tamamen

**15. Çeşitli şeyleri, durumları ve insanları daha iyi anlamak için bilgi edinmekten ne kadar hoşlanırsınız?**

0. Hiç      1.Az      2.Orta      3.Çok

**16. Bilimsel, teknik ya da kültürel bilgiye ne kadar ilgi duyarsınız?**

0. Hiç      1.Az      2.Orta      3.Çok

**17. İnsanlara fikirlerinizi ifade etmekte ne sıklıkla güçlük çekersiniz?**

0. Her zaman zaman      1.Sıklıkla      2.Bazen      3.Hiçbir zaman

**18. Kendinizi çevrenizden ne sıklıkla reddedilmiş, dışlanmış hissedersiniz?**

0. Her zaman zaman      1.Sıklıkla      2.Bazen      3.Hiçbir zaman

**19. Fiziksel görünümünüzü ne kadar önemzersiniz?**

0. Hiç      1.Pek değil      2.Orta      3.Çok

**20. Geçim kaynaklarınızı ve gelirinizi idare etmekte ne kadar zorluk çekersiniz?**

0. Her zaman  
zaman

1.Sıklıkla

2.Bazen

3.Hiçbir

**21. Çevrenizi kendi istek ve ihtiyaçlarınıza göre düzenleyebileceğinizi hisseder misiniz?**

0. Hiç

1.Pek değil

2.Orta

3.Fazlasıyla



## Zarit Bakıcı Yük Ölçeği

Aşağıda insanların bir başka insanın bakımını üstlendiğinde kendini nasıl hissedebileceğini yansıtan ifadelerden oluşan bir liste yer almaktadır. Her ifadeden sonra sizin ne kadar sık böyle hissettiğinizi belirtin: Asla, nadiren, ara sıra, oldukça sık, neredeyse her zaman şeklinde. Yanlış ya da doğru cevap bulunmamaktadır.

	Asla	Nadiren	Ara Sıra	Oldukça Sık	Neredeyse Herzaman
1. Yakınınızla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
2. Yakınıza bakma ve aileniz ya da işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
3. Yakınınızla birlikteyken kızgınlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
4. Yakınınızın şu anda ailenin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
5. Yakınınızın geleceği ile ilgili korkularınız olur mu?	1	2	3	4	5
6. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
7. Yakınınızla birlikteyken kısıtlanmış hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
8. Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
9. Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
10. Yakınıza bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
11. Yakınınız nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?	1	2	3	4	5

12	Yakınınızın sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğini hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
13	Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınınıza bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
14	Yakınınız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
15	Yakınınızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?	1	2	3	4	5
16	Yakınınızla ilgili ne yapacağınız konusunda kararsızlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
17	Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
18	Yakınınızın bakımı ile ilgili olarak daha iyisini yapabiliyordim diye düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
19	Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınızın bakımı ile ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?	1	2	3	4	5

## 9. ÖZGEÇMİŞ

1987 yılında Hatay'ın Samandağ ilçesinde doğdu. İlköğretimi ve Yüksel Acun Anadolu Lisesini aynı yerde bitirdi. 2013 yılında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2014 yılında İstanbul Üniversitesiçapa Tıp Fakültesinde başladığı psikiyatri uzmanlık eğitimini 2018 yılında Mustafa Kema Üniversitesinde tamamladı.

