

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VEREN
YAKINLARINDA TÜKENMİŞLİK**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Ahmet KOKURCAN

**ANKARA
2013**

KABUL VE ONAY



TEŞEKKÜR

Tezimin gerçekleŐmesindeki yardım ve katkılarından dolayı tez hocam Prof. Dr. Ali Kemal GögüŐ'e,

Uzmanlık eğitimin süresince mesleki bilgi ve deneyimleriyle yetişmemde katkısı olan Ankara Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Engin Turan'a ve Ankara Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma,

Hiçbir zaman desteğini esirgemeyen anne ve babama, tüm dostlarıma en içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ahmet KOKURCAN

Ekim 2013

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	v
TABLOLAR DİZİNİ	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. ŞİZOFRENİ.....	3
2.1.1. Tarihçesi.....	3
2.1.2. Risk Etkenleri ve Etyolojisi	5
2.1.3. Kliniği	7
2.1.4. Tanı Ölçütleri.....	14
2.1.5. Gidiş ve Sonlanım.....	18
2.1.6. Tedavi	21
2.2. TÜKENMİŞLİK (BURNOUT).....	24
2.2.1. Tükenmişlik Kavramı	24
2.2.2. Tükenmişlik Belirtileri.....	27
2.2.3. Tükenmişliğin Bakım Verenlerde Değerlendirilmesi.....	29
2.2.3.1. Hastayla ilgili değişkenler.....	32
2.2.3.2. Bakım verenle ilgili değişkenler	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
3.1. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	36
3.2. İSTATİKSEL YÖNTEMLER.....	40
4. BULGULAR	41
4.1. DEMOGRAFİK VERİLER.....	41
4.1.1. Hastalara İlişkin Demografik Veriler	41
4.1.2. Bakım Verenlere İlişkin Demografik Veriler	43
4.2. DEĞİŞKENLERİN TÜKENMİŞLİĞE ETKİSİ.....	46
4.2.1. Hasta Değişkenlerinin Bakım Verenin Tükenmişliğine Etkisi.....	46
4.2.2. Bakım Veren Değişkenlerinin Bakım Verenin Tükenmişliğine Etkisi	48

4.3. TÜKENMİŞLİK ÜZERİNE ETKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	55
5. TARTIŞMA	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	66
ÖZET.....	70
SUMMARY	71
KAYNAKLAR	72
EKLER.....	78



SİMGELER VE KISALTMALAR

- ASDÖ** : Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
- DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- ICD** : Dünya Sağlık Örgütü Hastalıklar ve Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması
- MBI** : Maslach Tükenmişlik Ölçeği (Maslach Burnout Inventory)
- SANS** : Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)
- SAPS** : Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (Scale for the Assessment of Positive Symptoms)

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No:

Tablo 1.	Hastalara ait demografik veriler	41
Tablo 2.	Maslach tükenmişlik alt ölçeklerinin ortalama puanları.....	43
Tablo 3.	Bakım verenlere ait demografik veriler	44
Tablo 4.	Algılanan Sosyal Destek alt ölçeklerinin ortalama puanları.....	45
Tablo 5.	Hastaların cinsiyeti açısından bakım verenin tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması.....	46
Tablo 6.	Hastaların medeni durumu açısından bakım verenin tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması.....	46
Tablo 7.	Hastaların çalışma durumu açısından bakım verenin tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması.....	47
Tablo 8.	Bakım verenin cinsiyeti yönünden tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması.....	48
Tablo 9.	Bakım verenin eğitim durumu yönünden tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması.....	49
Tablo 10.	Bakım verenin medeni durum yönünden tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması.....	50
Tablo 11.	Bakım verenin çalışma durumu yönünden tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması.....	50
Tablo 12.	Bakım verenin gelir durumu yönünden tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması.....	51
Tablo 13.	Bakım verenin fiziksel hastalığı açısından tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması.....	51
Tablo 14.	Bakım verenin hastaya yakınlığı yönünden tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması.....	52
Tablo 15.	Bakım verenin bakım tercihi yönünden tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması.....	52
Tablo 16.	Bakım verenin yardımcısı olup olmaması yönünden tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması.....	53

Tablo 17. Bakım verenin “ailesel mi değil mi?” sorusuna verdiği cevap yönünden tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması.....	53
Tablo 18. Maslach tükenmişlik ölçeği için hasta değişkenlerine ait korelasyon tablosu	54
Tablo 19. Maslach tükenmişlik ölçeği için bakım veren değişkenlerine ait korelasyon tablosu	54
Tablo 20. Regresyon analizine dahil edilen değişkenler.....	56
Tablo 21. Lojistik Regresyon Analizi Tablosu	56



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni, geçen yüzyıldan beri ruh hekimliğini en çok uğraştıran, fakat bugün bile çeşitli yönleri tam aydınlatılmamış bir ruhsal bozukluktur. 19. yüzyıldan kalma bir etki ile halk arasında korku uyandıran bu hastalık genç yaşta başlayan, insanın kişiler arası ilişkilerden ve gerçeklerden uzaklaşarak kendine özgü bir içe kapanma (otizm) yaşadığı; düşünce, duygu ve davranışlarda önemli bozuklukların görüldüğü ağır bir ruhsal bozukluktur. Yüzyılı aşkın bir süredir yapılan bütün çalışmalara ve bilgilerimizin çok artmış olmasına karşın hastalığın adı ve tanımlanması üzerinde anlaşmazlıklar vardır. Günümüzde şizofreni tek bir hastalık türü olarak görülmemekte ve bir bozukluklar kümesi olarak değerlendirilmektedir (1).

Şizofreni her türlü toplumda en sık görülen ruhsal bozukluklardandır. Fakat gerçek sıklığı ve yaygınlığı üzerine veriler oldukça değişiktir. Şizofrenin ömür boyu görülme sıklığı genel nüfusta %1 kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre de Avrupa ve Asya'da hastalık prevalansı %0,85'tir. Her toplumda ve her türlü sosyoekonomik sınıfta görülmektedir. Görülme sıklığı erkekler ve kadınlarda eşittir, kadınlarda başlangıç yaşı (25-35), erkeklerdeki başlangıç yaşından (15-25) daha geç olmakta ve genellikle erkeklere göre daha iyi bir prognoz göstermektedir (2).

Tüm kronik hastalığı olanlara bakım verenlerde tükenmişlik görülürken şizofreni gibi pek çok bilişsel işlevi etkileyen bir hastalığı olanlara bakım verenlerde de tükenmişliğin sık görülmesi beklenir. Kronik fiziksel hastalığı olanlardakinin dışında psikiyatrik hastalığı olanlarda hastanın yeti yitimi, sosyal alanlardaki yetersizliği ailenin üzüntüsünü ve çaresizliğini arttırabilmektedir. Çaresiz hisseden aile de toplumdan uzaklaşmayı ve izole olmayı tercih edebilir.

Bakım verenlerde tükenmişlik, hasta bir üyeye yaşıyor olmaktan dolayı aile üyelerinin günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorluklar, hayatlarını etkileyen sorunlar ve olumsuz olaylar gibi hastalığın aile üzerindeki etkisini tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır.

Şizofrenide “Bakıcının tükenmişliği” kavramını öne çıkaran en önemli gelişme, 1950 yılında klorpromazinin keşfi ve ardından birçok antipsikotik ilacın kullanıma sunulması olmuştur. Depo hastaneler kapanırken hastaların tedavisinin toplum içinde sürdürülür hale gelmesiyle hasta yakınları çok da hazır olmadıkları birincil bakıcı rolünü üstlenmişlerdir.

Özellikle 1980’den sonra şizofrenide ailenin yükünü değerlendirmeye yönelik çeşitli ölçekler geliştirilmiş ve kullanılmaya başlanmıştır. Bu çalışmalarda hastalarla ve hastalıkla ilgili (cinsiyet, belirtiler, süre vb.) ve aileyle ilgili (başta çıkma biçimleri, aile üyelerinin ruhsal belirtileri/hastalıkları, psikiyatrik destek alıp almama, şizofreninin nedenine ilişkin inançları vb.) etmenlerin ailenin tükenmişliğini nasıl etkilediği araştırılmıştır. Bunun yanı sıra 1980’den sonra aile tükenmişliği yönünden kültürler arasında farklılık olup olmadığı ve ailenin tükenmişlik algısı da araştırılmıştır. Bu araştırmalar ilerleyen yıllarda da devam etmiştir. Yapılan araştırmalarla tükenmişlik konusundaki bilgi artmakla beraber tükenmişliği etkileyen değişkenlerin çok çeşitli olması nedeniyle kesin sonuçlar elde edilememiştir.

Bu bilgiler ışığında gelişmekte olan ülkelerde ruh sağlığı çalışanlarının azlığı, ruh sağlığına bütçeden ayrılan payın az olması, yeterince ruh sağlığı merkezi olmaması ve ruh sağlığı hizmetlerine ulaşım gibi zorluklar nedeniyle bakım verenlerin işi daha zordur. Ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması, hastalara olan damgalanmanın azaltılması hastaların ve bakım verenlerin işini kolaylaştıracaktır. Bakım verenlerin yaşadığı zorlukları değerlendirmek ve bakım verenlere yönelik ruh sağlığı hizmetlerinin sağlanması bu kişilerin sıkıntısını azaltacağı gibi hastaların tedavisini de kolaylaştıracaktır. Bakım verenlere yönelik çalışma sayısı sınırlı olup bu alanda yapılacak çalışmalar ile nasıl bir yöntem izleneceğinin ve hangi alanlar üzerine çalışılacağı belirlenmesi gerekmektedir.

Bu çalışmada şizofreni hastalarına bakım veren yakınlarının tükenmişliğini değerlendirmek, tükenmişlik üzerinde şizofreninin hangi belirtilerinin daha etkili olduğunu tespit etmeye çalışmak ve sosyal desteğin tükenmişlikle ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ŞİZOFRENİ

2.1.1. Tarihçesi

Eski Çağ Sanskrit yazılarında ve Hipokrat okuluna bağlı eski Yunan hekimlerinin yazılarında şizofrenik türde belirtiler gösteren ruh hastalarının tanımlandığı bildirilmektedir. Orta Çağ Avrupası'nda şeytana tutulmuş diye bilinen ruh hastalarının önemli bir bölümü kuşkusuz şizofrenisi olan hastalardı. 17. yüzyılda Wills'in, 18. yüzyılda Pinel'in bu hastalığı az çok tanıdıklarına ilişkin yazılar vardır. 18. yüzyılın başında İngiltere'de John Haslam ve George Man'ın gençlik çağında başlayan içe kapanma, düşünce bozukluğu ile giden ve bir ad veremedikleri iç kökenli (endojen) bozukluğun şizofreni olduğu düşünülebilir.

“Demans prekoks” (erken bunama) deyimini ilk olarak Morel 1860'da kullanmıştır. 1871'de Hecker hebefreniyi ve 1874'te Kahlbaum katatoniyi tanımladı. 1896'da tanınmış Alman ruh hekimi Emil Kraepelin bu hastalıklara paranoid ve basit tipleri de ekleyerek hepsini “demans prekoks” tanısı altında topladı. Kraepelin'le beraber mental hastalıkların sınıflandırılmasında yeni bir yaklaşım geliştirilmiş oldu. (duygudurum bozuklukları ve ve demans prekoks). Demans prekoksun (erken bunama) esasen bir beyin hastalığı olduğunu ve demansın (bunamanın) ileri yaşta gelişen diğer formlarından farklı olan bir çeşidi olduğunu düşünüyordu. Bu terime göre hastalıkta erken başlama ve bunama olması gerekmektedir. Ancak bu tarif, hastalığı erken başlama ve bunama gerektiren dar bir alanda sınırlamaktadır. Kraepelin'in bir başka önemli katkısı, günümüzün şizofreni kavramı içinde önemli bir yer tutan pozitif-negatif belirti ayrımının kavramsal çerçevesini hazırlamış olmasıdır (3).

Klinik görünümlerin ötesine geçerek söz konusu bozukluğa eşlik eden zihinsel süreçleri tanımlayan ilk araştırmacı Eugen Bleuler'dir. 1911'de İsviçreli Eugen Bleuler “Dementia Praecox ve Şizofreniler Grubu” adlı kitabında hastalığın erken yaşlarda başlamasının ve bunamayla sonuçlanmasının zorunlu olmadığını

göstermiştir. Bu hastalıkta hastanın ruhsal hayatındaki bölünmeye önem veren Bleuler, schizophrenia (şizofreni) terimini teklif etmiştir ve şizofreninin dört temel belirtisi olduğundan bahsetmiştir (1).

Bleuler tanı ölçütlerini düzenlerken hastalığın etkilerini birincil ve ikincil belirtiler olmak üzere iki kümeye ayırmıştır. Birincil belirtiler her şizofreni hastasında bulunması gereken belirtilerdir. İkincil belirtiler birincil belirtilerin üzerine eklenen belirtilerdir. İkincil belirtiler başka ruhsal hastalıklarda da görülebilmektedir. Bleuler'in belirtileri 4A belirtisi olarak geçer. Bu belirtiler duygulanımda (affekt) bozukluk, ambivalans, otizm (autism), çağrışımlarda (association) bozukluktur; bilinç, yönelim ve bellekte temel bir bozukluk yoktur. İkincil belirtiler ise varsanılar, yanılsmalar, sanrılar, hareket bozuklukları ve şizofrenide görülen diğer bozukluklardır. Bleuler çağrışım bozukluğuna özel bir yer vermiştir ve bunun patognomonik bir belirti olduğunu savunmuştur. Bleuler'e göre çağrışım bozukluğu tüm hastalarda vardır ve hastalığın her döneminde bulunmaktadır. Bu yaklaşım, uzun süre şizofreni konusundaki araştırma pratiğine ve klinik uygulamaya yön vermiş ve günümüze kadar uzanan bir tartışmanın çıkış noktası olmuştur (2).

Daha sonra Kurt Schneider'in ölçütleri şizofreni tanısında önem kazanmıştır. Schneider'in birincil ölçütleri ise bedensel edilgenlik, düşünce çalınması, düşünce sokulması, düşünce yayınlanması, sanrılarının olması, duygu, düşünce ve dürtülerin dış güçlerce etkilenip denetlendiği duygusu, genel olarak gerçeklikten uzaklaşma, farkındalık yetisini kaybetme ve işitme varsanıları olmasıdır. İşitme varsanılarını kendi düşüncelerinin yüksek sesle söylendiğini işitme, kendisine emir veren, yönlendiren sesler işitme ve kendisiyle kavga eden, tartışan sesler işitme olarak tariflemiştir (4).

1960'ların sonunda, Schneider'in birinci sıra belirtileri Avrupa'da yaygın kullanılırken Amerikalılar Bleuler'in şizofreni tanımına göre tanı koyuyorlardı. Ancak bir taraftan Bleuler'in çağrışım bozukluğu konusundaki düşüncelerinin yapılan çalışmalarda doğrulanmaması, öte yandan Amerikan psikiyatrisinde betimleyici düzeyle sınırlı bir tanı sınıflamasının benimsenmeye başlanması,

Schneider'in sanrı ve varsanılardan oluşan ölçütlerinin Amerikalılar tarafından da ön plana çıkarılmasına yol açtı (3).

1980'li yıllarla birlikte iki önemli gelişme oldu; DSM-III yayınlandı ve Amerikan Psikiyatri Birliği, şizofreni tanısı konusunda Andreasen'in makalelerinde anlatım bulan yeni yaklaşımı benimsedi. Bu yaklaşımla beraber Amerikan psikiyatrisinde Bleulerci yaklaşım yerini Kreapelinci yaklaşıma bıraktı. Bir başka deyişle, şizofreniye eşlik eden zihinsel süreçler konusundaki tartışmalı çıkarımlar ve düşünce bozukluğu, ambivalans gibi ortak tanımlanması güç kavramlar tanı ölçütleri dışında bırakılırken tanımlayıcı düzeyde sınırlı bir şizofreni kavramı öne çıkmış oldu.

2.1.2. Risk Etkenleri ve Etyolojisi

Birçok toplumsal ve biyolojik etkenin şizofreni riski ile ilişkileri araştırılmış ve bunların bir kısmının şizofreni riskini önemli derecede arttırdığı bulunmuştur. Aile çalışmaları anne ve babası sağlıklı olan çocuklarda yaşam boyu şizofreniye yakalanma riski %1'ken hem anne hem babasında şizofreni bulunan çocuklarda bu riskin %35'e çıktığını göstermiştir. Şizofreni tanısı almış kişiler arasında evlilerin oranı toplum ortalamasının altındadır. Tıpkı toplumsal sınıf için olduğu gibi burada da iki farklı görüş ileri sürülmektedir. Yalnız yaşamak şizofreniye yatkınlığı artırıyor olabilir ya da bu kişiler hastalık nedeniyle aile kurmakta güçlük çekmekte ve daha sık boşanmaktadır (4).

Yapılan bazı çalışmalar, daha sonra şizofreni tanısı alan kişilerin önemli bir bölümünün kış aylarında ya da ilkbahar başında doğmuş olduklarını göstermektedir. Bazı araştırmacılar, bu durumdan viral enfeksiyonların ve yılın bu dönemine özgü beslenme özelliklerinin sorumlu olabileceğini ileri sürmektedir. Sağlıklı bireyler ile karşılaştırıldığında şizofrenisi olan hastalarda daha yüksek oranda gebelik ve doğum komplikasyonları öyküsü bulunduğu saptanmıştır. Ancak bu konudaki çalışmaların tümü geriye dönük öykü alma şeklinde yapılmış çalışmalardır.

Yakın zamanda yapılan araştırmalar gebeliğin ikinci trimesterinde karşılaşılan viral enfeksiyonların şizofreni geliştirebilme riskini yükseltebileceğini göstermiştir. şizofreni toplumsal alt sınıflarda daha yüksek oranda görölmektedir. Bu durum iki farklı yaklaşımla açıklanmaktadır. Birinci yaklaşıma göre alt sınıflar, enfeksiyonlar, doğum öncesi bakımın yetersizliği ve strese karşı toplumsal desteklerin yetersiz olması gibi olumsuz koşullar nedeniyle şizofreniye yatkın hale gelmektedir. İkinci yaklaşımsa genetik yapılarında şizofreniye yatkınlık taşıyan ailelerde, kuşaklar boyunca, alt sınıflara doğru bir kayma olduğunu ileri sürmektedir.

Yakın dönemde göç etmiş kişilerde şizofreni daha sık görölmektedir. Ancak göçmenliğin yarattığı sorunların doğrudan şizofreniye yol açtığı gösterilebilmiş değildir. Ayrıca bu kişilerin zaten var olan ruhsal sorunları nedeniyle ailelerini terk etmeye yatkın oldukları da ileri sürölmektedir. şizofreni tanısı almış kişilerle yapılan görüşmelerde başlarından geçen stres yaratan olayların sıklığının toplum ortalamasının üzerinde olduğu görölmektedir. Ancak bu durum söz konusu olumsuz yaşantıların sağlıklı kişilerde şizofreniye yol açtığı anlamına gelmez. Büyük olasılıkla bu tür sorunlar yalnızca yatkınlığı olan kişilerde şizofreniye yol açmaktadır. Stres-diatez modeline göre, gerek kişiyi şizofreniye yatkın kılan nedenler ve gerekse bardağı taşıran son damla etkisi yapan stres etkeni biyolojik ya da çevresel kökenli olabilmektedir (3).

Günümüzde şizofreni konusunda çalışan araştırmacılar arasında şizofreninin çok sayıda etkenin bir araya gelmesi ile oluşan bir hastalık olduğu konusunda görüş birliği oluşmuştur. Bu görüşe göre bireylerin şizofreni için genetik bir yatkınlık taşıması söz konusu olabilir, ancak bu yatkınlık başka etkenler işe karışmadığı sürece ortaya çıkmamaktadır. Bu etkenlerin çoğu mutasyon oluşumu ya da gen ekspresyonu üzerinden etki gösterebilen çevresel etkenlerdir. Çevresel etkenler derken psikolojik etkenlerden çok doğum komplikasyonları ya da beslenme gibi biyolojik etkenler söz konusu edilmektedir. Bugün şizofreni nörobiyolojisi ile ilgili çalışmalar genetik, anatomi, nöron işlevleri, nöropatoloji, elektrofizyoloji, nörokimya, nörofarmakoloji ve gelişimsel nörolojiyi de içerecek biçimde çok yönlü olarak sürmektedir (2).

Postmortem incelemelerde şizofreni tanılı hastaların piramidal hücre yoğunluklarında normalden sapmalar olduğu gösterilmiş ve söz konusu olgunun hücre göçü sırasında meydana geldiği ileri sürülmüştür. Bir başka varsayım, hücrelerin ve sinapsların daha ileri bir zihinsel bütünlüğüne doğru değişimleri sırasında bazı anormalliklerin ortaya çıkmasıdır. Bu varsayıma göre, yıllar içinde, bazı sinir hücrelerini ve sinapsları devre dışı bırakacak şekilde budanma süreci işlemektedir. Bu süreç sırasında meydana gelen sapmalar daha sonra şizofreniye yol açabilecek olan yatkınlığın nedenleri arasında görülmektedir. Söz konusu gelişimsel bozukluğun olası nedenleri araştırılmış ve bunlardan üçü ön plana çıkmıştır: genetik yatkınlık, gebelik ve doğum komplikasyonları.

2.1.3. Kliniği

Dayandığı belirtilerin başka birçok fonksiyonel ve organik beyin bozukluğunda görülmesi nedeniyle, şizofreni tanısı belirtilerin karakteristik olarak kümelenmesine ve diğer bozuklukların dışlanmasına dayanmaktadır. Bu nedenle tanı koyarken ayrıntılı bir hastalık öyküsü alınmalı ve fizik hastalık ya da maddenin neden olduğu psikotik bozukluğun dışlanması için fizik muayene ve laboratuvar incelemeleri yapılmalıdır. Ayrıca hastalık belirtilerinin zaman içinde değişkenlik gösterebileceği göz önünde bulundurulmalı ve kişinin eğitim düzeyi, entelektüel yetileri ve ait olduğu kültürün özellikleri değerlendirilmelidir. Şizofreni belirtilerinin farklı şekillerde sınıflaması mevcut olmakla beraber belirtilerin üç alt grupta kümelendikleri görülmektedir: gerçeği değerlendirme, psikomotor retardasyon, dezorganizasyon. Her belirti kümesinin altında farklı bir nöroanatomik ağın yattığı biçimindeki görüş, beyin kan akımı araştırmalarıyla desteklenmiştir (4).

Şizofreni tanılı hastaların öyküsü incelendiğinde hastalık öncesinde tipik olarak şizoid ya da şizotipal kişilik özellikleri gösterdikleri; sessiz, içe dönük ve edilgen oldukları öğrenilir. Geriye dönerek incelendiğinde bu kişilerin bir bölümü, erken çocukluk döneminde aşırı utangaç, ilişki kurulması zor, duygusal olarak kısıtlı ve künttür. Stresler karşısında kolay incinebilir yapıya sahiptirler. Motor beceriksizlik olabilir. Bazı alanlarda beklenmedik biçimde becerikli iken görünüşte daha az

karmaşık bazı işlerde ise beceriksiz olabilirler. Genellikle boyun eğici, çatışmadan ve sürtüşmeden kaçınan bir çocuk olarak tanımlanır. Çocukluk ve ergenlik döneminde ya çok az arkadaşları vardır ya da hiç yoktur. Sosyal etkinliklere ve takım oyunlarına katılmaktan çekinirler. Okul performansında düşüklük ilk belirtilerden biri olabilir. Hastalık başlangıcında obsesif kompulsif belirtiler olabilir (3).

Hastalık öncesinde yukarıdakine benzer prodromal belirtiler sıklıkla görülür ancak her olguda olmayabilir. Tanı koyulana kadar bu belirtilerin birçoğu kişilik özelliği olarak kabul görmüş olabilir, tanı konmasının ardından geriye dönülüp bakıldığında bunların prodromal belirtiler olduğu anlaşılır. Hastalığın ilk belirtileri sosyal içe çekilme, küskünlük ve aile üyeleriyle duygusal ilişki kurmada bir isteksizlik şeklinde ortaya çıkabilir. Hastanın ailesi ve çevresi değiştiğini, işte ve sosyal yaşamda işlevselliğinin bozulduğunu fark edebilirler. Kişisel bakıma ilgisizlik ya da aksine aşırı düşkünlük görülebilir. Bu davranış değişiklikleri altındaki kişi kendini şaşkın, amaçsız ve giderek artan bir tuhafılık içinde hisseder. Önceden önem taşıyan değerler, duygular ve algılar birbirinden ayrılmış gibidir ve bunların geçerliliği konusunda doğrulama ve onay gerekmektedir. Beden duyuları alışılmadık dışında ve korkutucu olarak algılanabilir. Bedenin sınırları ve uzaydaki konumu kişi tarafından bozulmuş olarak değerlendirilebilir. Bu dönemde felsefe ya da mistik konulara karşı ilgi artışı olabilir. Bunların dışında belirgin tuhaf davranışlar, duygulanımda anormallikler, alışılmadık konuşma biçimi, bizar düşünceler ve acayip algı yaşantıları prodromal belirtiler arasında sayılabilir. Açık psikotik tabloya geçiş hemen her zaman fark edilmeden gerçekleşir ancak bazen ortaya çıkarıcı belirgin bir etken olabilir. İlk psikotik atak sıklıkla durumsal ya da çevresel bir değişiklik ile ilişkili olarak ortaya çıkar (5).

Şizofreniye özgü tipik bir görünüm tanımlanmasa bile genelde bu kişilerin tuhaf görünüş ve davranışları dikkati çeker. Toplumsal ve kültürel kalıpların dışında alışılmadık görünüşleri olabilir. Giyinişleri gelişigüzel ve uygunsuz olabilir. Yineleyici hareketler ya da ritüeller geliştirebilirler. Sıklıkla bu hareketlere sembolik bazı anlamlar verir; bunların başkalarını etkilediğini ya da kendisini etkilenmekten koruduğunu düşünürler. Beklenmedik biçimde saldırgan ve ajite davranabilir; insanları tehdit edip onlara zara vermeye çalışabilirler. Görüşme yapılırken iletişim

kurmakta zorluk yaşanabilir, bazı hastalarda ise tuhaf ve alışılmadık bir ilişki kurma biçimi dikkati çeker.

Bilinç ve yönelimde genellikle bir sorun olmaz. Ancak bazı hastalar, düşünce bozukluğuna bağlı olarak, yönelimi sınamak için sorulan sorulara yersiz ya da saçma yanıtlar verebilirler. Algılama ve düşünce bozukluklarına bağlı olarak dikkatin yoğunlaştırılmasında yetersizlik görülebilir. İlgil azlığı ve dikkat yetersizliğinden kaynaklanan bir bellek bozukluğu olabilir. Şizofrenide görülen düşünce bozuklukları, düşünce süreci ve düşünce içeriği bozuklukları şeklinde iki alt başlıkta değerlendirilebilir.

Düşünce süreci bozukluğu (Yapısal düşünce bozukluğu): Yapılan çalışmalar düşünce süreci bozukluğu olarak adlandırılan belirtilerin iki grupta kümelendiğini göstermektedir: Negatif yapısal düşünce bozukluğu ve pozitif yapısal düşünce bozukluğu. Negatif yapısal düşünce bozukluğu konuşma ve konuşma içeriğinin yoksullaşması ile belirlidir. Spontan konuşma miktarı kısıtlıdır. Kişi, somut ve kısa yanıtlar verir. Özellikle kronik şizofrenide görülen bu belirtiler zevk alamama ve toplumsal izolasyon ile birlikte bulunma eğilimindedir. Konuşma içeriğinin yoksullaşması ise yanıtlar uzun olsa dahi taşıdıkları bilgi miktarının az olması manasına gelir. Konuşulan dil belirsiz, sıklıkla aşırı soyut ya da aşırı somut ve yineleyici olabilir. Kişi, birkaç sözcükle verilebilecek yanıtları gereksiz yere uzatabilir (4).

Pozitif yapısal düşünce bozukluğu ise daha çok akut olgularda ve dezorganize olgularda görülür. Bu belirtiler farklı şekillerde ortaya çıkabilir. Baskılı konuşma olabilir. Baskılı konuşma hastanın spontan konuşmasının toplumsal olarak kabul edilen ortalamanın üzerine çıkması ve kişinin sözünü kesip araya girmenin mümkün olmaması anlamına gelmektedir. Daha ileri durumlarda, dinleyen kimse olmasa bile, hasta şiddetli bir basınçla konuşmayı sürdürebilir. Raydan çıkma olabilir. Bunun anlamı ise hastanın bir fikirden bununla kısmen ilişkili ya da tümüyle ilişkisiz bir fikre atlamasıdır. Zaman zaman tamamen anlaşılmayan bir konuşma olabilir; bu da sözcük salatası ya da enkoherans olarak adlandırılır (3).

Diğer yapısal düşünce bozuklukları ise mantıksızlık, klang çağrışım, konuşmada bloklar olması, neolojizm, ekolali ve perseverasyondur. Klang çağrışım, sözcük seçimini anlamlı kavramsal ilişkilerden çok seslerin yönlendirdiği konuşma anlamına gelir. Neolojizm, tümüyle yeni ve anlamsız sözcükler üretilmesidir. Ekolali, kişinin karşısındakinin kullandığı sözcük ve kalıpları yinelemesidir. Perseverasyon ise hastanın sözcük, fikir ya da konuları ısrarlı şekilde yinelemesidir.

Düşünce içeriği bozukluğunun en önemlisi sanrılardır. Sanrı kişinin mantıklı açıklamayla değiştirilemeyen, kültürel geçmişiyle açıklanamayacak, düşünce bozukluğudur. Çok farklı alanlarda olabilir. En sık referansiyel ve kötülük görme sanrıları olur. Referansiyel sanrıları olan kişi, önemsiz işaretler, ifadeler ya da olaylarla ona imada bulunulduğuna ya da bunların onlarla ilgili özel anlamlar taşıdığına inanır. Bazen de hasta gazetede okuduğu yazıları ya da televizyonda izlediği yorumları kendine yönelik özel mesajlar olarak kabul eder. Kötülük görme sanrısı olan kişi, kendine karşı komplo hazırlandığına ya da bir şekilde kötülük göreceğine inanır. Sık rastlanan kötülük görme sanrılarında örnekler arasında kişinin izlendiği, mektuplarının açıldığı, evine dinleme aygıtı yerleştirildiği, telefonlarının dinlendiği şeklindeki sanrılar sayılabilir. Kıskançlık sanrıları, suçluluk sanrıları ve büyüklük sanrıları olabilir. Schneideryan belirtiler olan kontrol edilme, zihin okunması, düşünce yayınlanması, düşünce sokulması gibi sanrılar olabilir.

Şizofreni hastasının soyut düşünme yetisi ileri derecede bozulmuş olabilir. Düşünceler arasındaki soyutlamaları ayırt etme yeteneği sınırlanmıştır ve soyut kavramlar somut bir biçimde yorumlanabilir. Simge ve soyutlamalara ilişkin aşırı zihinsel uğraş ve bunları işleme yeteneğinin yitilmesi görülebilir. Şizofrenide önemli bozukluklardan biri gerçeği değerlendirme yetisinin bozulmasıdır. Bu formal düşünce bozukluğu olarak da isimlendirilir. Bu, hastanın nesnel dış dünyada olup bitenle kişinin iç dünyasında meydana gelenleri birbirinden ayırt edebilme yetisinin bozulması anlamına gelir.

Şizofrenide algı bozuklukları da sıklıkla yer alır. Şizofrenide en sık işitsel varsanılar görülür. Kişinin davranışları hakkında yorum yapan sesler, kendi arasında konuşan veya yorum yapan sesler en sık rastlanan işitsel varsanılardır. Somatik ya da görsel

varsanılar olabilmekle birlikte nadirdir. Duygulanımda da önemli bozulmalar olur. Duygulanımda düzleşme ya da küntleşme sık görülür. Donuk ve üzerinde konuşulan konunun duygusal içeriğiyle değişmeyen bir yüz ifadesi, spontan hareket ve jestlerde azalma, zayıf göz ilişkisi, yeri geldiğinde gülümseme ya da gülmeyi başaramama ve monoton bir tarzda normal ses vurgularını kullanmadan konuşma duygulanımda düzleşme ya da küntleşme belirtileri olarak kabul edilmektedir (2).

Duygulanım düz ya da künt olmasının dışında duygudurumla uyumsuz ya da uygunsuz olabilir. Ciddi ya da üzüntülü bir konuda konuşurken gülümseme görülebilir. Hastalarda zevk verici etkinliklere karşı ilgi kaybı ya da bu etkinliklere katıldığında hoşlanma duygusu yaşayamama sıklıkla görülür. Birçok hasta ailesi ve arkadaşlarıyla birlikte olmak için çaba harcamamakta ve genellikle yalnız kalmayı tercih etmektedir (3).

Hastalarda enerji ve motivasyon kaybı da sıklıkla bulunur. En sık ağır ilgisizlik, istekli eylemin azlığı (avölüsyon) ve toplumdaki çekilme şeklinde görülür. Bununla beraber bazı hastalarda kendine komut verildiğinde hemen yerine getirme vardır. Bu da otomatik boyun eğme olarak adlandırılır. Hastalarda hareket bozuklukları çok çeşitlidir. Ağır durgunluk ve ilgisizlikten aşırı kamçılanma, taşkınlık durumuna dek değişik derecelerde niceliksel bozukluklar olabileceği gibi önemli niteliksel hareket bozuklukları da görülebilir. Garip yüz, göz hareketleri (manyerizm), kalıplaşmış yineleyici el, kol, beden hareketleri (stereotipi), koridorda amaçsızca yürüme, bazen de tike benzer hareketler olabilir.

Bazen eksitasyon tabloları ve saldırganlık olabilir. Bu tablolar psikotik alevlenme döneminde olabileceği gibi sosyal bir olay sonrası da başlayabilir. Hasta katatoni tablosu içine girebilir; yani belli bir surumda donmuş gibi kalabilir. Katatoni durumunda bir hasta birden atak ve taşkın davranışlar (katatonik eksitasyon) gösterebilir. Antipsikotik kullanımıyla beraber azalan ama halen nadiren görülen çırılçıplak soyunma, dışkıını, idrarını ortaya bırakma gibi ağır belirtiler olabilir.

Bazı hastalarda iştahta azalma ve kilo kaybı görülese bile antipsikotik kullanan hastaların birçoğu ilaç yan etkisiyle kilo almaktadır. Şizofrenide uykusuzluk sıklıkla görülür. Özellikle belirtilerin alevlendiği dönemlerde uykusuzluk daha belirgin olur.

Uyku sorunları daha çok ilaç kullanmayan hastalarda görülür, en sık uykuya dalma güçlüğü ve sık uyanma şeklinde görülür (1).

Belirtilerin bir başka sınıflama şekli de pozitif ve negatif belirtiler olarak sınıflandırılmasıdır. Bu şekilde sınıflama ilk olarak bazı nörolojik sendromlardaki belirtiler için Hughling Jackson tarafından ortaya atılmıştır, psikiyatri pratiğinde de giderek yaygınlaşmıştır. Pozitif belirtiler normalin dışında fazlalık, aşırılık ve sapmalar olarak ortaya çıkan belirtilerken negatif belirtiler ise normal işlevlerde azalma, eksiklik ya da yokluk belirtileridir. Bu tanımlamaya göre şizofreni belirtilerinden sanrılar, varsanılar, düşünce ve davranışlarda dağınıklık belirtileri pozitif belirtilerdir. Negatif belirtiler ise duygusal tepkilerde azalma ya da küntlük, düşünce ya da konuşmada fakirleşme (aloji), istemli eylemlerde azlık (avolüsyon), toplumdan çekilme gibi belirtilerdir. Negatif belirtiler kimi zaman pozitif belirtilere, ilaç yan etkilerine ya da çökkünlüğe ikincil olarak ortaya çıkabilir. Toplumdan çekilmeye bağlı uyaran yoksunluğu ile artabilir (1).

Şizofreninin aktif döneminde, relapslarda ya da akut başlayan durumlarda pozitif belirtiler; remisyon dönemlerinde ise negatif belirtiler baskındır. Negatif belirtilerin baskın olduğu hastalarda ventriküllerde genişlemenin olduğu, prefrontal işlevleri değerlendiren nöropsikolojik testlerde bozuklukların daha çok görüldüğü, ilaçlardan daha az yararlandığı bazı çalışmalarda gösterilmiştir (6).

Maryland Üniversitesi Psikiyatri Araştırma merkezinden Carpenter ve arkadaşları negatif belirtilerin bir kesiminin hastalığın etkisine ve ilaçlara bağlı olarak ortaya çıkan geçici ikincil negatif belirtiler olduğunu vurgulayarak şizofrenide daha başlangıçta temelde var olan “birincil eksiklik (defisit) sendromu”nu tanımlamışlar ve hastalığın gerçek psikopatolojisini açıklayabilmek için birincil eksiklik sendromunu ikincil eksi belirtilerden ayırt etmek gerektiğini savunmuşlardır (7).

Bilindiği gibi antipsikotikler pozitif belirtilerin azaltılmasında oldukça etkili iken hastaların büyük çoğunluğunda negatif belirtilerde değişiklik yapmamakta hatta bunları arttırabilmekte yani negatif belirtilere neden olabilmektedir. Bu nedenle “birincil eksiklik (defisit) sendromu”nun tanınması hem şizofrenideki temel patolojinin aydınlatılması hem tedavi açısından önem kazanmaktadır. Gene bu

nedenle son yıllarda negatif belirtilere de etkisi olduğu öne sürülen yeni ilaçların sayısı artmıştır. İkincil negatif belirtiler genellikle uzun süren bir hastalığın yarattığı yeti yitimine, çökkünlük belirtilerine ya da antipsikotiklerin yan etkilerine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Bunlar kötülük görme sanrılarına bağlı olarak toplumdan kaçınma, hastalığın uzun sürmesine bağlı olarak çaresizlik duyguları ve başka çökkünlük belirtileri, ilaçlara bağlı olarak ortaya çıkabilen güçsüzlük, hareket kısıtlılığı, reflekslerde zayıflama ve dikkatin eksilmesi gibi belirtilerdir (8-9).

Birincil eksiklik sendromunda temel olarak şunlar bulunur: duygulanımda kısıtlanma, duygusal tepkilerde azalma, konuşmada fakirleşme (aloji), istekli eylem azlığı (avolüsyon), toplumdan izole olma ve günlük etkinliklerden zevk alamama (anhedoni). Hastalık sürecinde klinik olarak birincil negatif belirtileri ikincil negatif belirtilerden ayırt edebilmek zordur (10).

Şizofreni kliniğinde önemli bir değerlendirme konusu da hastanın özkıyım ve ölüm riskidir. Şizofreni hastalarında ölüm oranı toplum ortalamalarından 2-4 kat yüksektir. En önemli ölüm nedeni özkıyımdır. Batı ülkelerinde şizofreni hastalarının %10'unun özkıyım sonucu öldüğü bilinmektedir. Bu oranlar toplum ortalamasının yirmi kat üzerindedir. Şizofreni hastalarında kazalara, enfeksiyonlara, kalp-damar ve solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümler de genel toplumdan daha yüksek oranlarda görülmektedir.

Şizofreni hastalarının %20-50'sinin özkıyım girişiminde bulunduğu bilinmektedir. Gelişmiş ülkelerde şizofreni hastalarındaki özkıyım oranı az gelişmiş ülkelere göre daha yüksektir. Şizofrenide özkıyım hastalığın akut dönemlerinde, hiç beklenmedik anda, birden olabilir; özkıyım eyleminin acayip, anlaşılması güç yöntem ve biçimlerde yapıldığı sık görülür. Bazen çaresizliğinin farkına varan, ağır negatif belirtileri ve yeti yitimi olan kronik hastalar planlayarak kendini öldürebilirler. Akut alevlenmelerde ağır kötülük görme sanrıları, emir varsanları (kendini öldür, kendini öldürmezsen biz öldüreceğiz gibi komut veren sesler) ile paranoid şizofrenisi olan kimi hastalar yoğun bir panik içinde ölüme kaçarcasına kendilerine kıyabilirler. Şizofreni hastalarını özkıyıma yönlendiren diğer önemli etkenler arasında madde kullanımı ve eşlik eden çökkünlük döneminin olması sayılabilir.

Şizofreni hastalığı olan erkeklerde özkıyım nedeniyle ölme riski kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Şizofrenide özkıyım riskini arttıran başka etkenler genç yaş (hastalığın başlangıç döneminde olma); hastalığın şiddetli olması; bekar olma; işsiz, yalnız ve çaresizlik içinde olmak ve önemli bir yitimin bulunmasıdır (11).

Şizofreni hastalarının ortalama yaşam süresi birçok çalışmada normal popülasyona göre daha kısa bulunmuştur. Bu çalışmalardan birinde Hannerz ve arkadaşlarının 2001 yılında yayınlanan bir çalışmasında genel popülasyona göre yaşam beklentisinin 30 yaş grubundaki erkek hastalarda 8 yıl, kadın hastalarda 10 yıl daha kısa olduğu gösterilmiştir (12). Şizofreni hastalarında başlıca ölüm nedenleri arasında obezite, diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar gelmektedir. Bunlar antipsikotik ilaçların yan etkilerine bağlı olabileceği gibi şizofreninin bu hastalıklara yatkınlık yarattığı da düşünülmektedir. Respiratuar hastalık, madde bağımlılığı (sigara da dahil olmak üzere) gibi nedenler diğer ölüm nedenleri arasında yer almaktadır (2).

2.1.4. Tanı Ölçütleri

Şu anda şizofreni tanı ölçütleri olarak DSM-IV TR ölçütleri kullanılmaktadır. Mayıs 2013'te DSM-V yayınlanmıştır ama klinik uygulamada henüz ağırlık kazanmamıştır. Bu nedenle DSM-IV kriterlerini öncelikle gözden geçirip daha sonra DSM-V'teki değişiklikleri inceleyeceğiz. DSM-IV'e göre ölçütler aşağıdaki gibidir:

A. Karakteristik belirtiler: Bir aylık dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden ikisinin bulunması

1. Sanrılar
2. Varsanılar
3. Karmakarışık (dezorganize) konuşma
4. İleri derecede dezorganize davranış
5. Negatif belirtiler

Not: Hezeyanlar bizar (acayip) ise veya varsanılar kişinin davranış veya düşünceleri üzerine sürekli olarak yorum yapmakta olan seslerden veya iki ve/veya fazla sesin birbirleriyle konuşmalarından oluşuyorsa, A tanı ölçütünden sadece bir semptomun bulunması yeterlidir.

B. Toplumsal /mesleki işlev bozukluğu: İş, kişilerarası ilişkiler veya kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir veya birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından itibaren bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır. (Hastalık çocukluk veya ergenlik dönemine uzanıyorsa kişiler arası ilişkilerde, eğitimle ilgili veya mesleki başarıda beklenen düzeye erişilememiştir.)

C. Süre: Bu bozukluğun süregiden belirtileri en az 6 ay süreyle kalıcı olur. Bu 6 aylık süre, en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A tanı ölçütünü karşılayan belirtileri kapsamalıdır; prodromal veya rezidüel belirtilerin bulunduğu dönemleri içerebilir. Bu bozukluğun belirtileri prodromal veya rezidüel dönemlerde sadece negatif belirtilerle veya A tanı ölçütünde sıralanan iki veya daha fazla belirtinin daha hafif biçimleriyle kendini gösterebilir.

D. Şizoaffektif bozukluk ve duygudurum bozukluğunun dışlanması: Şizoaffektif bozukluk ve psikotik belirtili duygudurum bozukluğu dışlanmıştır. Aktif evre belirtileri ile birlikte major depresif, manik veya karma epizodlar ortaya çıkmamıştır veya aktif evre belirtileri sırasında duygudurum epizodları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.

E. Madde kullanımının / genel tıbbi durumun dışlanması: Bu bozukluk bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine (kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) veya genel tıbbi duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

F. Yaygın Gelişimsel Bozukluklarla Olan İlişkisi: Otistik bozukluk veya diğer bir yaygın gelişimsel bozukluk öyküsü varsa ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin sanrı veya varsanı da mevcutsa şizofreni ek tanısı konulabilir (13).

DSM-4 TR sınıflamasına göre şizofreni beş alt tür içermektedir:

1. Paranoid şizofreni: Bazen dine aşırı düşkünlük, metafizik, felsefi veya cinsel uğraşlar görülür. Rahatsızlığı kabul etmez, belirtileri gizlemeye çalışır, sanrıları yüzünden savunmaya geçer ve toplumdaki uzaklaşır. Düşünce bozuklukları baskındır. Kötülük görme, büyüklük, etkilenme sanrıları, alınganlık, şüphencilik bu grupta sık görülen düşünce bozukluklarıdır. Başlangıcı genellikle yavaş olur ve daha geç yaşadadır.

a) Bir veya birden fazla sanrı veya sıklıkla işitme varsanılarının bulunması.

b) Dezorganize konuşma, dezorganize veya katatonik davranış, donuk veya uygunsuz duygulanım bulunmaması.

2. Dezorganize (Hebefrenik) şizofreni: Düşünce ve hareket bozuklukları baskındır. Kişilikte dağınıklık ve yıkım hızlıdır. Hasta kendi özel dünyasında yaşar. Davranışlar ilkel ve çocuksudur. Kısa zamanda duygusal tepkilerde oynamalar (labilité), yüzeysellik, uygunsuzluk, kelime uydurma (neolojizm), tutarsız sanrılar, yineleyici basmakalıp konuşmalar ve varsanılar başlar. Başlangıcı genç yaşta akut ve pozitif belirtilerle olmaktadır. DSM ölçütlerinde dezorganize, ICD ölçütlerinde ise hebefrenik şizofreni olarak geçer.

a) Aşağıdakilerden hepsi belirgindir:

1. Dezorganize konuşma

2. Dezorganize davranış

3. Donuk veya uygunsuz duygulanım

b) Katatonik şizofreni için tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

3. Katatonik şizofreni: Hareket bozuklukları baskındır. Dış çevre ile ilişkisini kesmiş gibi görünse de çevrede olup bitenleri tanımakta ve kaydetmektedir. Hastalar belli bir duruşta uzun süre kalır ve dışarıdan gelen tepkilere cevap vermez (donakalma); katatonik dalgınlık, katatonik taşkınlık, karşıtçılık gibi

belirtiler görülmektedir. Başlangıcı genellikle 15-25 yaş arasında ve aniden olmaktadır.

- 1) Katalepsi (balmumu esnekliği) veya stupor
 - 2) Aşırı motor aktivite (amaçsız ve dış uyaranlardan etkilenmeyen)
 - 3) Aşırı negativizm (hareket ettirmeye yönelik bütün yönergelere amaçsız bir direnç gösterme veya hareket ettirmeye yönelik girişimlere karşı rijid postürü sürdürme veya mutizm (konuşmama) olması
 - 4) Postür alma, basmakalıp hareketler, belirgin mannerizmler (acayip hareketler) veya belirgin grimasın (yüz ifadeleri) olması ile belirlendiği üzere istemli davranışlarda acayıplıkların olması
 - 5) Ekolali veya ekopraksi
4. Ayrışmamış (Diferansiye Olmamış) şizofreni: Paranoid, dezorganize ve katatonik tür ayrışmamıştır, belirtiler iç içedir.
5. Kalıntı (Rezidüel) şizofreni: Daha çok negatif belirtilerin baskın olduğu kronik şizofreni türüdür. Değişmeye karşı istek ve ilgi azdır. Duygusal küntlük, vurdumduymazlık, girişim ve eylem azlığı, toplumdan kopukluk, düşüncede somutlaşma ve fakirleşme, kendine iyi bakmama gibi negatif belirtiler gözlenir. Bir veya birkaç aktif şizofreni atağından sonra başlamaktadır.
- a) Belirgin sanrılar, varsanılar, dezorganize konuşma ve ileri derecede dezorganize veya katatonik davranışın olmaması
 - b) Negatif belirtilerin veya A tanı ölçütündeki iki veya daha fazla belirtinin daha hafif biçiminin varlığı ile belirlendiği üzere bu bozukluğun sürdüğüne ilişkin deliller vardır.

DSM-IV TR'deki A ölçütleri karşılanmıştır ancak paranoid, dezorganize, katatonik şizofreni tanı ölçütleri tam olarak karşılanmaz (13).

DSM-V'e baktığımızda A ölçütünde değişiklik olduğu ama diğer ölçütlerin değişmediği dikkati çekmektedir. A ölçütünde not kısmında yazan Schneidaryan belirtilerden birinin yeterli olması koşulu kaldırılmıştır. Bu da şizofreni ile dissosiyatif bozukluk ayırıcı tanısı için yararlı bir gelişmedir; çünkü yorumda bulunan ve yönlendiren işitsel varsanılara dissosiyatif bozukluklarda da sıklıkla rastlanmaktadır. Şizofreninin klasik alt tipleri olarak bilinen DSM-IV'te yer alan hebefrenik, paranoid, katatonik, ayrışmamış ve rezidüel tipler kaldırılmaktadır. Bu değişikliğin nedenleri olarak bu alttiplerin az kullanılması ve bu alttiplerin varlığını düşündüren çalışmaların yöntem açısından zayıf yanları gösterilmektedir. DSM-V'te şizofreni ile ilgili başka değişiklik olmamıştır.

Diğer bir sınıflama olan ICD-10 sınıflama sisteminde ise DSM-IV'teki bu türlere ek olarak iki alt tür daha vardır:

Şizofreni sonrası depresyon: (Postpsikotik depresyon) Şizofreni atağının ardından hasta çok belirgin çökkünlüğe girebilir. Daha çok negatif belirtiler bulunmakla birlikte pozitif belirtiler de gözlenir. Kalıntı şizofreniden ayırmak zor olabilir. Ayırıcı tanı için hasta öyküsü önemlidir.

Basit şizofreni: Sinsi ve yavaş başlayan ve daha çok negatif belirtilerin baskın olduğu şizofreni türüdür. Genellikle sanrılar, varsanılar, hareket bozuklukları görülmez. Kalıntı şizofreniden ayırımı öykü ile yapılır (14).

2.1.5. Gidiş ve Sonlanım

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

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

Şizofreni çok değişik gidiş ve sonlanış özellikleri gösteren kronik bir bozukluktur. Hastalığın uzun süreli gidiş ve sonlanışını değerlendirebilmek için genellikle şu ölçütler kullanılır: hastalığın belirtileri, iş uyumu, toplumsal uyumu, yaşam niteliği, hastaneye yatış sayısı ve süresi, bilişsel yetiler, genel sağlık durumu, özkıyım eğilimi.

Sinsi ve yavaş başlayıp yıllarca böyle sürüp giderken alevli hastalık nöbetleri ortaya çıkabilir. Bu nöbetler kendiliğinden ya da tedaviyle yatıştır. Bundan sonra yine çok yavaş ilerleyen ve daha çok negatif belirtilerin baskın olduğu kalıntı (rezidüel) şizofreni türüne dönüşebilir. Kimilerinde hastalığın erken döneminde olduğu gibi çok renkli pozitif belirtilerle ağır psikotik tablo ortaya çıkar ve haftalarca, aylarca sürebilir. Bu dönem düzeldikten sonra görece uzun süre iyi uyum dönemi olabilir ya da durum giderek negatif belirtilerin baskın olduğu kalıntı şizofreniye dönüşebilir. Kimilerinde pozitif belirtiler yıllarca sürebilir. Kimilerinde remisyonlar, relapslar ile hastalık yıllarca sürebilir. Kimi hastalar ise remisyon girer ve uzun süre remisyon hali devam eder.

Hastaneye yatarak tedavi görmüş hastaların, sürekli ilaç kullanmış olsalar bile, yaklaşık %35-40'ı ilk yıl içinde ikinci bir psikoz dönemi geçirirler. Relaps (nüks) sayısı arttıkça hastalığın kronikleşmesi olasılığı artar (15). Hastalığın gidişi ve sonlanışını önceden kestirmek hemen hemen olanaksızdır. En az bir yıl izlemedikçe gidiş ve sonlanış hakkında kesin bir şey söylemek aldatıcı olur.

Yıllarca ağır şizofrenik bozukluk gösterenler arasında normale yakın sosyal ve iş uyumu yapabilecek denli iyileşmeler az değildir. İzleme çalışmaları şizofreni hastalarının en az %30-40'ının orta ve iyi derecede düzeldiklerini, aile, iş ve sosyal uyum yapabildiklerini göstermektedir (16).

Kesin olmamakla beraber gidiş ve sonlanış göstergeleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:

Olumlu gidiş göstergeleri:

- Kadın olma
- Ailede şizofreni öyküsünün bulunmaması
- Hastalığın geç başlaması
- Hastalık öncesinde toplum, iş ve cinsel yaşamda göreceli olarak iyi uyum
- Evli olma
- Yüksek zeka düzeyi
- Başlangıcın aniden renkli pozitif belirtilerle gelişmesi
- Sanrı ve varsanların baskın olması
- Alevli hastalık dönemlerinin az sayıda ve kısa süreli olması
- Hastalığın ortaya çıkmasında ağır çevresel stres etkenlerinin fazlalığı
- Hastalığın türünün katatonik veya paranoid olması
- Kırsal kesimde yaşama
- Aile ortamının düzenli, duygu dışı vurumunun düşük olması
- Tedaviye erken dönemde başlanan ve düzenli devam eden durumlar
- Gelişmekte olan ülkelerde yaşama (bu ülkelerde şizofreni prognozu gelişmiş ülkelere göre daha iyidir.)

Olumsuz gidiş göstergeleri:

- Erkek olma
- Hastalığın erken yaşta başlaması
- Hastalık öncesi kişiliğin şizoid veya şizotipal oluşu
- Belirtilerin sinsi ve yavaş ortaya çıkışı
- Hastaneye yatma sayısının çok, yatma sürelerinin uzun, iyileşme sürelerinin kısa olması
- Negatif belirtilerin baskın olması
- Dağınık düşünce ve davranışların fazla olması
- Başka tür hastalıkların ek tanı olarak bulunması
- Ailede şizofreniye kalıtsal yüklülüğün fazla olması

- Aile ortamının bozuk olması, aile ve toplum içinde denge bozukluğu belirtilerinin ve duygu dışı vurumunun (expressed emotions) yüksek olması
- Minimal anatomik bozuklukların bulunması
- Kötü premorbid işlevsellik
- Saldırganlık
- Affektif semptomatolojinin olmaması
- Sık Nüks
- Yumuşak nörolojik belirtilerin bulunması
- Hastanın kendisinden, ailenin ve çevrenin hastadan beklentilerinin yüksek olması ve hastaya aşırı baskı uygulamaları (4)

Ailedeki duygu dışı vurumunun (expressed emotion) yüksek olması ile şizofreni hastalığının gidişinin kötüleştiği ve gelişmekte olan ülkelerde hastalık gidişinin daha olumlu bulunduğu bilinmektedir. “Uluslararası Şizofreni İzleme Çalışması” sonuçlarına göre de az gelişmiş ülkelerde şizofreni hastalığının gidiş ve sonlanması gelişmiş ülkelere göre daha iyidir. Bu iki bulgunun ortak bir açıklaması yapılabilir. Toplumda, ailede ve hastanın kendisinde beklenti düzeyi yüksek olduğu oranda hastalığın gidişi ve sonlanması kötüleşmektedir. Yüksek duygu dışı vurumu gösteren ailelerde; gelişmiş toplum kesimlerindeki aile ve hastalarda beklenti düzeylerinin yüksek olduğu kabul edilebilir. Örneğin üst sosyokültürel ailelerde yetişmiş, yüksek eğitim görmüş hastalarda toplum ve ailenin hastadan ve hastanın kendisinden uyum ve başarı beklentisi yüksek olmaktadır. Buna karşılık hastalık doğal gidişiyle derin uyum bozukluğuna yol açacak niteliktedir. Beklenti düzeyi düşürülmedikçe hasta ve ailesi büyük stres altında kalmaya devam edecektir. Bu da hastalığın gidişini ve sonlanışını olumsuz etkileyebilecektir (1).

2.1.6. Tedavi

Şizofreninin kesin tedavisi bulunamamıştır. Tedavinin esası belirtilerin düzeltilmesine yöneliktir. Belirtiler tedavi edilerek akut krizlerin tekrar ortaya çıkmasını engellemek ve kişinin psikososyal işlevselliğini arttırmak amaçlanır. Bu amaçla ilaç tedavileri ve psikososyal tedaviler kullanılır (2).

Akut kriz dönemlerinde zorunlu olmak üzere şizofrenide ilaç tedavisi başta gelen tedavi yöntemidir, ilaç tedavisinde antipsikotikler kullanılmaktadır.. Antipsikotik ilaçlar ilk olarak 1950'lerde klorpromazinin keşfi ile kullanıma girmiş ve şizofreni tedavisinde dönüm noktası olmuştur. Antipsikotik kullanılmadığında hastalığın kronikleşme riski artar. Antipsikotiklerin özellikle pozitif belirtileri yatıştırdığı bilinmektedir, negatif belirtilere etkisi ise kısıtlıdır. Antipsikotiklere yanıt, duyarlılık ve ilaçların etki süreleri de hastadan hastaya farklılıklar göstermektedir.

Tedavide hasta ağızdan ilaç alabilirse ve ilaç kullanma konusunda anlaşılırsa oral yoldan bir antipsikotik ilaç başlanır. Hasta ağızdan ilaç almayı istemiyorsa ya da ilaç kullanacağına güvenilmiyorsa intramusküler depo ilaçlar kullanılabilir. Antipsikotik ilaçlar temel olarak birinci kuşak ve ikinci kuşak olmak üzere ikiye ayrılır. Birinci kuşak antipsikotiklerin temel etkileri beyinde mezolimbik bölgede dopamin (D2) reseptörlerine yüksek afiniteleri ile olmaktadır. İkinci kuşak antipsikotiklerin ise D2 reseptörlerinin yanı sıra serotonerjik reseptörlere yüksek afinite göstermesi etki mekanizmalarında rol oynamaktadır.

Hastalığın heterojen olması ve genellikle kronik seyretmesi nedeniyle ilaçların ne zaman kesileceği veya kesilmeyeceği konusu tartışılmakla beraber ilaç kesilmesinden sonra ataklar görülmesi nedeniyle uzun süreli ilaç tedavisi önerilmektedir. Uzun süre antipsikotik tedavinin çeşitli yan etkileri olmaktadır. Yan etkilerden en önemlilerinden biri ekstrapiramidal yan etkilerdir. Ekstrapiramidal yan etkiler özellikle yüksek potensli birinci kuşak antipsikotiklerle ortaya çıkarken diğer antipsikotiklerle de ortaya çıkabilir. Akut distoni ekstrapiramidal belirtilerin erken başlayanlarındandır. Birinci kuşak antipsikotiklerle %10 oranında akut distoni görülebilmektedir. Akut distonide en çok yüz, göz, boyun, dil ve sırt kaslarında kasılmalar olur. Distoni genellikle ani başlangıçlı ve ağrılıdır. Özellikle genç hastalarda görülen akut distoninin %90'ı antipsikotik ilaç başlandıktan ilk üç gün sonra ortaya çıkar (4).

Antipsikotik ilaçların neden olduğu ekstrapiramidal yan etkilerden en sık görülenlerinden biri akatizidir. Akut akatizi ilaç başlandıktan sonraki 6 saat ile 2 hafta arasına ortaya çıkabilir. Akatizide yerinde duramama, uzun süre oturamama,

ileri geri dolaşma olabileceği gibi en sık akatizi belirtisi subjektif sıkıntı hissidir. Diğer bir yan etki parkinsonizm olup bu yan etkinin olup olmadığının muayenesi kontrollerde yapılmalıdır. Parkinsonizm, tremor, kas katılığı (rijidite), bradikinezi, maske yüz, tek düze konuşma şeklinde ortaya çıkabilir. Diskinezi diğer yan etkilere kıyasla daha seyrek görülen fakat tedavisinin zorluğu ve kalıcı olabilmesi nedeniyle daha ciddi bir yan etkidir. Diskinezide ağız, dudak ve dil kaslarında istemsiz hareketler görülür. Yüz kasılmaları, göz kırpmaları, yanak, dudak, çene, dil hareketleri gibi diskinetik belirtiler olabilir. Uzun süreli antipsikotik kullananlarda geç dönemde kol, bacak, boyun ve gövdede istemsiz, hızlı ya da yavaş anormal hareketler, koreoatetoz benzer kıpırdamalar ve atmalar görülebilir; bunlar da geç distoni olarak adlandırılır (3).

Antipsikotiklerin kullanımı sırasında nadir görülen ama yaşamsal önemi olan bir yan etki malign nöroleptik sendromdur (MNS). Daha çok intramusküler depo antipsikotik kullananlarda görülmektedir ama diğer antipsikotiklerle de görülebilir. Yüksek ateş, rijidite ve otonom disregülasyon bulguları (yüksek kan basıncı, taşikardi) sık görülür. Bunun yanı sıra bilinç bulanıklığı, terleme, tremor, enkontinans, yüksek serum kreatin fosfokinaz düzeyi ve lökositoz görülebilir, karaciğer fonksiyon testlerinde bozulmalar olabilir.

Antipsikotiklerin diğer yan etkileri arasında sedasyon, psikomotor retardasyon olabilir. Bazı antipsikotikler başta klorpromazin ve klozapin olmak üzere epilepsi eşliğini düşürebilir. Antikolinergik yan etkiler sık görülür. Düşük potensli birinci kuşak antipsikotiklerle daha sık görülür. Periferik ve santral antikolinergik yan etkiler olabilir. Periferik antikolinergik yan etkiler arasında ağız kuruluğu, midriyazis, görme bulanıklığı, taşikardi, kabızlık, idrar yapmada zorluk, ejakülasyon gecikmesi ya da ereksiyon güclüğü yer alır. Santral antikolinergik yan etkilerden bellek bozukluğu daha sık görülmekle beraber konfüzyon ve deliryum ise daha az görülmektedir. Kardiyovasküler yan etkilerden ortostatik hipotansiyon ve EKG'de QT aralığında uzama görülebilir. Düzenli aralıklarla tansiyon ve EKG takibi önemlidir.

Şizofreni tedavisinde ilaç tedavisi ile beraber çok büyük ilerleme olmakla beraber şizofreni tedavisinin sadece ilaç tedavisinden ibaret olmadığı da açıktır. 1950'den

beri ilaçlar birçok hastada remisyona sağlarken birçok hastada da kesin bir iyileşme sağlayamamıştır. Düzenli ilaç tedavisine rağmen hastalıkta nüksler olabilmektedir. Bu nedenle psikososyal yaklaşımların da tedavide kullanılması gerekmektedir.

Psikososyal tedaviler hastanın ve ailenin beklentilerini düşürmek, hastayı desteklemek ve ailenin yükünü azaltmak için gereklidir. Ağır yeti yitimi gösteren kronik hastalarda öğrenme ilkelerini kullanan psikolojik ve sosyal beceriler kazandırmaya yönelik eğitim programları önem kazanmaktadır. Bu eğitim programlarında dikkat toplama, anlatabilme, basit işler görme, insan ilişkilerini geliştirme amacı ile basit becerilerden karmaşık becerilere doğru arttırılan öğrenim uygulamaları yaptırılmaktadır (3).

Psikoterapi birincil tedavi yöntemi olmamakla beraber ilaç tedavileriyle beraber uygulanması tedavide çok önemli olacaktır. Şizofreni hastası bir yandan insan ilişkilerine gereksinim duyar bir yandan da insan ilişkilerinden çok korkar. Bu gereksinim korku ikilemi nedeniyle insan ilişkilerini geliştiremez, böylece insan ilişkileri şizofreni hastası için ambivalan bir duygudurum oluşturur. Böyle uzun süreli bir bocalama içinde olan hastanın güvenilir ve sürekliliği olan bir kişiye veya kişilere ihtiyacı vardır. Psikoterapi eğitimi almış ve bu konuda deneyimli kişilerin hastayla düzenli görüşmesi ve uygun psikoterapi yöntemini uygulaması tedavide çok önemli olacaktır. Bu nedenle de şizofrenide psikoterapinin ve psikoterapötik yaklaşımın önemi büyüktür (1).

2.2. TÜKENMİŞLİK (BURNOUT)

2.2.1. Tükenmişlik Kavramı

Kavramsal olarak tükenmişlik bilimsel yayınlara 1974 yılında Herbert J. Freudenberger'in klasikleşmiş makalesi olan "Personel Tükenmişliği" ile girmiştir. Bundan kısa bir süre sonra sosyal psikolog Christina Maslach, 1976 yılında bu kavramı açıklamak ve ölçmek amacı ile ilk defa bir dizi çalışma yapmıştır (17).

“Personel Tükenmişliği”, bireylerin işleri gereği karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşmaları, duygusal yönden kendilerini tükenmiş hissetmeleri ve kişisel başarı ve yeterlilik duygularının azalması şeklinde ortaya çıkan daha çok insanlarla yüz yüze ilişki gerektiren mesleklerde görülen bir olgudur. Tükenmişliğin yıpranmaktan (wearing down) farklı olduğu gösterilmiştir. Aynı şekilde tükenmişliğin iş doyumsuzluğu ile de aynı şey olmadığına dikkat çekmek gerekir (18).

Farklı tükenmişlik tanımları içerisinde Pines ve Aranson tükenmişliği “uzun süren, duygusal olarak zorlayıcı durumların yol açtığı fiziksel, duygusal ve zihinsel bir yorgunluk durumu” olarak tanımlarken Freudenberg ve North (1986) tükenmişliği uzun bir süre görülen stres ve enerji harcamasının sonucunda yavaş yavaş oluşan bir durum olarak görmekte ve tükenmişliğin kişinin enerjisini, başa çıkma mekanizmalarını ve içsel kaynaklarını tüketen, kişinin kendisine yüklediği ya da aile, iş, arkadaşlar, sevgili, değerler sistemi ve toplum tarafından yüklenen aşırı talepler sonucunda oluştuğunu ileri sürmektedir. Freudenberg ve North’a göre tükenmişlik, aşırı stres yükünün eşlik ettiği bir duygudurum olup kişinin motivasyonunu, tutumlarını ve davranışlarını etkilemektedir (19).

Freudenberg, tıbbi kliniklerde yapmış olduğu çalışmalar sırasında gönüllülerin birçoğunun yaklaşık bir yıl büyük bir heyecanla çalıştıklarını ama daha sonraları işlerinin ani bir şekilde bıraktıklarını görmüştür. Bu gönüllülerin birçoğu engellenmişlik, kötümserlik ve depresyon gibi yaşadıkları karışık duyguları tanımlamak amacı ile alışılmış bir tabirle “tükenmişlik” terimini kullanmışlardır.

Maslach, tükenmişlik tanımını genişletmiş, daha geniş bir konu olan duyarsızlaşmanın bir bölümü olarak bu problemi ele almıştır. Duyarsızlaşmanın, bireylerin diğer insanlardan kopmaya başladıklarında özellikle diğer insanlara yardımcı olmaya yönelik mesleklerde çalışanlarda hizmet verdiklerine sanki insan değilmiş gibi davranan çalışanlarda görüldüğünü belirtmiştir (19).

Maslach, kopmanın işbirliği içinde olmama ve hizmet verdiklerinin ihtiyaçlarını yok saymanın fiziksel ve duygusal istismara yol açabilen ciddi bir durum haline gelebildiğini belirtmektedir.

Maslach'ın ilk araştırmasının amacı, tükenmişlik sendromunun sosyal ve psikolojik boyutlarını keşfetmektir. İlk örnekleme, sosyal çalışmacılar, doktorlar, psikiyatristler, klinik psikologlar, avukatlar, çocuk bakım görevlileri, polis memurları, psikiyatri hemşireleri, hapisane personeli, öğretmenler, danışmanlar ve bakanlar gibi değişik meslek mensuplarından oluşmuştur ve tükenmişliğin yaşanmasında bireysel farklılıkların değerlendirildiği bir ölçek geliştirmiştir.

Bizim hasta yakınlarında görülen tükenmişlik olarak adlandırdığımız kavram, hasta bir üyeye yaşıyor olmaktan dolayı aile üyelerinin günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorluklar, hayatlarını etkileyen sorunlar ve olumsuz olaylar gibi hastalığın aile üzerindeki etkisini tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır (20).

Tüm kronik hastalığı olanlara bakım verenlerde tükenmişlik görülürken şizofreni gibi pek çok bilişsel işlevi etkileyen bir hastalığı olanlara bakım verenlerde de tükenmişliğin sık görülmesi beklenir. “Bakıcının tükenmişliği” kavramını öne çıkaran en önemli gelişme, 1950 yılında klorpromazinin keşfi ve ardından birçok antipsikotik ilacın kullanıma sunulması olmuştur. Depo hastaneler kapanırken hastaların tedavisinin toplum içinde sürdürülür hale gelmesiyle hasta yakınları çok da hazır olmadıkları birincil bakıcı rolünü üstlenmişlerdir (20).

Ruh sağlığı çalışanlarıyla ailelerin ilişkilerine önemli ölçüde zarar veren ve ailelerin yükünü arttıran etmenlerden biri de aileyi şizofreni hastalığının önemli bir nedeni olarak kabul eden görüş olmuştur. Frieda Fromm-Reichman şizofrenojenik anne kavramını ortaya atmış, Bateson, Bowen, Lidz, Wynne ve Laing gibi araştırmacılar şizofreniye neden olduğunu ileri sürdükleri çeşitli aile yapıları ve iletişim biçimleri tanımlamışlardır. Az sayıda klinik gözleme dayanan bu kuramlar ailelerin yükünü daha da arttırmıştır (21). İzleyen yıllarda aileyi hastalığın nedeni olarak gören bakış açısı yerini ailenin tutumunun hastalığın seyrini nasıl etkilediğine ilişkin çalışmalara bırakmıştır (22).

Şizofreni hastalarının bakım verenlerinde tükenmişlik ile ailenin duygusal tepkileri arasında ilişki gören Brown ve arkadaşları, 1962 yılında duygu dışavurumu kavramını geliştirmişlerdir (22). Duygu dışı vurumunun yüksek olması ailenin hastalığa verdiği tepkilerin abartılı olması anlamına gelir. Duygu dışı vurumunun

(expressed emotions) yüksek ya da düşük olması da şizofreni hastalığının prognozunda önemli bir etken olarak kabul edilir. Yüksek duygu dışı vurumu gösteren aileler daha eleştirici, hastaya düşkün ve hastaya çok müdahale eden ailelerdir. Yüksek duygu dışı vurumu gösteren ailelerde hastalığın yinelenme hızı ve sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Bu ailelerle yapılan psikolojik eğitim ve destekleyici psikoterapi çalışmaları ile duygu dışı vurumunun azaltılabildiği oranda hastalığın yinelenme sıklığı ve hızı azalmaktadır. Şizofreni hastası olan aileye düzenli eğitimin ve aile tükenmişliğini azaltma girişimlerinin ilaçların düzenli sürdürülmesinde ve yinelenmelerin azaltılmasında önemli olduğu anlaşılmaktadır (1).

Duygu dışı vurumu düzeyi ile hastadan beklentilerin düzeyi arasında yakın ilişki vardır. Beklentiler yükseldikçe ve hastalar bunları karşılayamadıkça özellikle aile içinde ve hastanın kendinde hayal kırıklıklarına bağlı öfke ve üzüntü tepkileri daha şiddetli olacaktır. Bu durumdaki hasta beklentileri karşılayacak ilgiyi, isteği ve bilişsel yetileri hastalığı nedeniyle gösteremedikçe aile içinde karşılaşacağı duygu dışı vurumu şiddeti artacaktır. Bu da hastalığın prognozunu olumsuz etkileyecektir. Bu beklentileri gerçekçi düzeye indirmek için aileye ve hastaya rehberlik yapmak, öneriler getirmek gerekir. Tükenmişliğin erken bir depresmeyi öngörmede duygu dışı vurumunun ölçümüne göre daha değerli olduğuna ilişkin görüşler vardır (20).

2.2.2. Tükenmişlik Belirtileri

Maslach ve Jackson (1986) yaptıkları araştırmalara dayanarak tükenmişlikte 3 özellikten bahsetmektedir: kendini işe vermede yetersizlik(duygusal tükenmişlik), hizmet verilen kişilere karşı olumsuz duygular besleme(duyarsızlaşma) ve kişinin kendini ve yaptığı işi olumsuz bir biçimde değerlendirme eğilimidir(kişisel başarı eksikliği) (19).

Duygusal tükenme (emotional exhaustion) kişilerin yorgunluk ve duygusal yönden kendilerinin aşırı yıpranmış hissetmeleri gibi duygularındaki artış olarak tanımlanmaktadır.

Duyarsızlaşma (depersonalization), başkalarına karşı olumsuz ve alaycı tutumları ifade etmektedir.

Kişisel başarı ise kişinin kendini olumsuz değerlendirmesi ve kişisel başarıya (personal accomplishment) noksanlığı olarak tanımlanmaktadır (18).

Bu özellikleri gösteren kişilerde görülen belirtiler dört kategoride toplanabilir (19):

- a) Duygusal belirtiler: Depresyon, düşük öz saygı, şüphe, yalıtılmışlık duygusu, öfke, kötümserlik, mutsuzluk, anksiyete, unutkanlık ve kafa karışıklığı
- b) Davranışsal belirtiler: İlaç ve alkol kullanımı, aşırı tepki verme, sabırsızlık, öfke patlamaları, rahat olamama, kurallar karşısında esnek olamama, evlilik/aile çatışmaları, yüzeysel iletişim kurma ve intihar girişimleri
- c) Somatik belirtiler: Yorgunluk, uykusuzluk, migren, baş ağrısı, ülser, sırt ve boyun ağrısı, kilo kaybı, nefes daralması, üriner sistem problemleri, sık hastalanma ve konsantrasyon bozuklukları
- d) Savunma belirtileri: İnkâr etme, suçlama, mantığa bürünme, yansıtma ve yer değiştirme

Tükenmişlik nedenleri insanın idealleri ile ilişkili olmaktadır. Tükenmiş kişi bağlandığı bir yaşam tarzı ya da ilişkiden beklediklerini elde edememesine bağlı bir yorgunluk ve hayal kırıklığı içindedir. Eğer insanın beklentileri olabileceklerin çok üzerinde ve kişi kendi kafasındaki bu amaca ulaşmaya ısrar ediyorsa huzursuzluk ve sıkıntı duyacak, yoğun çatışmalar yaşayacaktır. Bunun kaçınılmaz sonucu ise öz kaynaklarını, yaşam enerjisinin ve işlev görme yeteneğinin tükenmesi olmaktadır (19).

Tükenmişlik konusundaki çalışmaların büyük bir çoğunluğunda mesleki tükenmişliğin ele alınmasına karşılık mesleki tükenmişlikteki bazı özelliklerin aile, kadın ve ebeveynlerin yaşadıkları tükenmişlikle benzer olarak görülmesinden hareketle bazı araştırmacılar tükenmişlik araştırmalarını ailelerin, kadınların ve ebeveynlerin yaşadıkları tükenmişliği incelemeye yönelik olarak yapmışlardır.

Tükenmişlik, bireysel olarak tanımlanabilmesinin yanı sıra aile gibi daha geniş bir boyutta da ele alınabilmektedir. Aile tükenmişliği, aile üyelerinin birlikteliğinin bozulması ve üyeleri duygusal olarak tüketen bazı krizlerin, travmatik olayların işlevi olarak aile üyelerinin uyum içinde birlikte çalışmayı reddetmesi olarak tanımlanmaktadır. Aile tükenmişliği, ailenin yaşam idealleri ile karşılıksız sevgi ve destek verilen yer olarak aileyle ve aile bireyleri arasındaki etkileşimlerle ilgili olmakta, stres yaratan problemleri çözmede aile üyelerinin işbirliği içinde çalışmada başarısız olması sonucunda oluşabilmektedir. Freudenberger'in orjinal kavramlaştırması ile tutarlı olarak aile tükenmişliği, aile üyelerinin beklenen ödülleri elde etmede başarısız olması sonucunda oluşan nihai yorgunluk ve engellenmişlik halidir (19).

Bakım verenlerde tükenmişlik ise, hasta bir üyeye yaşıyor olmaktan dolayı aile üyelerinin günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorluklar, hayatlarını etkileyen sorunlar ve olumsuz olaylar gibi hastalığın aile üzerindeki etkisini tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır.

2.2.3. Tükenmişliğin Bakım Verenlerde Değerlendirilmesi

Kronik hastalığı olanların yakınlarında özellikle bakım verenlerinde tükenmişlik sık görülmektedir. Psikiyatrik hastalıklar gibi kronik seyirli hastalıklarda bakım verenlerin etkilenmemesi olası olmamakla beraber bakım verenlerde tükenmişlik oranları da yüksek olmaktadır. Kronik fiziksel hastalığı olanlardakinin dışında psikiyatrik hastalığı olanlarda hastanın yeti yitimi, sosyal alanlardaki yetersizliği ailenin üzüntüsünü ve çaresizliğini arttırabilmektedir. Çaresiz hisseden aile de toplumdaki uzaklaşmayı ve izole olmayı tercih edebilir. Fiziksel hastalıkları olanların bakım verenlerinde ise izole olma ya da toplumdaki uzaklaşmayı seçme yerine toplumdaki yardım arayışında olma daha sık gözlenmektedir. Bu da fiziksel hastalık ve psikiyatrik hastalıklardaki bakım veren tükenmişliğini etkilemektedir.

Birçok psikiyatrik hastalık kronik olmakta ve bu hastaların bakım verenlerinde tükenmişlik sık görülmektedir. Psikiyatrik hastalıklarda ailenin tükenmişliğinin

araştırıldığı çalışmalara bakıldığında başlangıçta karma hasta gruplarıyla çalışıldığı görülmektedir. Şizofreni, Alzheimer ve bipolar bozukluk başta olmak üzere birçok psikiyatrik hastalıkla ilgili tükenmişlik çalışmaları vardır.

Bakım verenler için bakım verme ve tükenmişliğin yaşandığı süreçte başlangıç noktası şizofreni tanısının konulması karşısındaki tutumlarıdır. Bazı hastalar ve aile üyeleri için yeterli bir uzman tarafından şizofreni tanısı konulmaması bir rahatlayış, bir tür kurtuluştur. Tanı konulan hastaların yakınları ise bir bozukluğun meydana geldiğini fark etmişler, olan biteni örtmeye ya da yadsımaya çalışarak çok üzgün, korkmuş ya da öfkeli görünmemeye çalışarak pek çok enerji tüketmişlerdir. Her şeyi yadsıma huyu olmayan kişiler ise konulan tanıyı işittikleri sırada zaten durumun farkındadırlar. Bununla birlikte insanları en çok ürküten yanı, hastalığın, kişinin sosyoekonomik statüsüne, eğitim düzeyine, genel sağlık ve sağlamlık durumuna, moral karakterine veya başka herhangi bir etkene bakmadan herhangi bir kimsenin basına gelebilmesidir.

Bütün bu belirsizlikler kendilerine hastaya konulan tanıyı haber vereceğimiz kişiler için ürkütücü şeylerdir, bundan ötürü tanıdan uzak durmayı tercih ederler. Hangi nedenle olursa olsun insanların uzak durması hem şizofreni hastaları için hem de onlara bakıp gözeten aileleri ve arkadaşları için hem de eninde sonunda hasta ile aralarına uzaklık koyanlar için talihsiz bir tepkidir. Çevrenin hastadan uzaklaşması, belki de çalışıyor durumda olan hastanın eve kapanmış olması ailenin başa çıkması gereken ağır bir psikolojik stres olarak aileyi zorlar (23).

Genel olarak hastalık ani başladığında aile sistemini ve ilişkileri etkileyen bir kriz durumu yaşanır. Fiziksel ve duygusal yaşantılar, hastanın kaybindan korkmak, ailedeki rollerin değişmesi ve yeniden düzenlenmesi, ekonomik zorluklar beraberinde gelir. Şizofreni hastaların kendileri yanı sıra bakımlarını üstlenen aile üyelerini hatta uzak çevrelerini etkileyen bir bozukluktur. Uzun dönemde davranış değişikliklerinin yol açtığı belirgin güçlükler, bunların doğurduğu sosyal sonuçlar, ekonomik güçlükler, kişisel ve evlilik sorunları ortaya çıkar.

Tanıyı öğrendikten sonra başlayan süreç, hastaya primer bakımı kimin vereceği sorusunun cevaplandırıldığı süreçtir. Primer bakım sorumlusu, bir başka deyişle asıl

bakıcı genellikle hastanın eşi, erişkin çocuklardan biri veya çoğu kez kızı ya da gelini, ücret karşılığı çalışan bir yardımcı ya da bir hastabakıcıdır. Bazen bu kişilerin bakım isini paylaştıkları da olur. Primer bakım veren, hastanın her gün sürekli olarak asıl bakımını sağlayan kişi olabileceği gibi bakımı sağlayacak düzenlemeyi yapan ve bakım işinin görülüşünü düzenleyen ve bu düzenin işlemlerinden sorumlu olan kişi de olabilir.

Bu iş bakıcıların yaşamlarını hem fiziksel hem de duygusal bakımdan tümüyle işgal eden bir süreçtir. Bu süreci farklı yaşayan bireyler olduğu bildirilmektedir. Kendisini talihsiz, kuşatılmış olarak hisseden bireyler olabileceği gibi, bazı bakıcılar için ise bu dönem doyurucu hatta heyecan verici olabilir. Bakım işi eslerden birinin öteki eşe sağlamakta olduğu normal bakımın bir parçası olarak değerlendirilebilirken, geçmişte yaşanan sağlık sorunları hatırlanarak “şimdi sıra bende” hissi ile görev, yerine getirilmekte olabilir. Çocuklar için ise annesinin veya babasının sıkıntılı zamanında kendisine gereksinim duyduğunu hisseden çocuk ile annesi veya babası arasındaki ilişkinin yenilenmesine veya var olan ilişkinin geliştirilmesine de yarayabilir (24).

Şizofrenide tükenmişlik çalışmaları 1950-1970 yılları arası sınırlı sayıda ve genellikle vaka düzeyinde olmuştur. İlk çalışma 1955 yılında yapılmış olup psikotik hastanın yakınlarında ne gibi etkiler olabileceğiyle ilgilidir (25). 1961’deki çalışmada şizofreni hastalarının yakınlarında %55 civarında rahatsızlık hissi ve sınırlanma saptanmıştır. Bu çalışmada beklenmedik sonuç ise ailelerin %2’si gibi düşük bir kısmında yüksek stres bulunmasıdır (26). Birçok çalışmada ise bakım verenlerin stres düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür.

Grad ve Sainsbury’nin 3’lü likert ölçek kullanarak tükenmişlik düzeyini belirlediği çalışma tükenmişliğin kantitatif ölçümü açısından önemli olmuştur (27). Hoenig ve Hamilton’un çalışmasında tükenmişlik subjektif ve objektif olarak değerlendirilmiş ve bu ayrım tükenmişlik çalışmalarının bazılarında kullanılmaya devam edilmiştir (28).

1980’e kadar şizofrenide ailenin tükenmişliğini araştıran çalışmalarda özgül görüşme ya da ölçüm araçlarının kullanılmadığı ya da nadiren kullanıldığı görülmektedir.

1980'den sonra şizofrenide ailenin yükünü değerlendirmeye yönelik çeşitli ölçekler geliştirilmiş ve kullanılmaya başlanmıştır. Bu çalışmalarda hastalarla ve hastalıkla ilgili (cinsiyet, belirtiler, süre vb.) ve aileyle ilgili (baş çıkma biçimleri, aile üyelerinin ruhsal belirtileri/hastalıkları, psikiyatrik destek alıp almama, şizofreninin nedenine ilişkin inançları vb.) etmenlerin ailenin tükenmişliğini nasıl etkilediği araştırılmıştır. Bunun yanı sıra 1980'den sonra aile tükenmişliği yönünden kültürler arasında farklılık olup olmadığı ve ailenin tükenmişlik algısı da araştırılmıştır (29).

Bu araştırmalar ilerleyen yıllarda da devam etmiştir. Yapılan araştırmalarla tükenmişlik konusundaki bilgi artmakla beraber tükenmişliği etkileyen değişkenlerin çok çeşitli olması nedeniyle kesin sonuçlar elde edilememiştir. Tükenmişliği etkileyen değişkenleri belirlemek amacıyla en sık kullanılan yöntem değişkenleri hastayla ilgili olanlar ve bakım verenle ilgili olanlar diye ayırıp araştırmak olmuştur.

2.2.3.1. Hastayla ilgili değişkenler

Önemli değişkenlerden biri cinsiyettir. Hastanın erkek olmasının bakım veren tükenmişliğini arttırdığına dair çalışmalar bulunmakla beraber bazı çalışmalarda cinsiyetin tükenmişliğe etkisi bulunamamıştır (21, 27, 30). Scazufca'nın çalışmasında erkek hastaların yakınlarında işlevsellikte bozulmanın daha sık görüldüğü bulunmuştur (31). Bu, erkek şizofreni hastalarının eksitasyonlarının fazla olmasına ve daha şiddetli tepki vermelerine bağlanmıştır. Cinsiyet ve tükenmişlik ilişkisi net olmamakla beraber uzunlamasına çalışmalarla bu ilişki daha iyi anlaşılabilir.

İkinci bir değişken ise etnisitedir. İlk tükenmişlik çalışmalarında göz önünde bulundurulmamış etnisitenin ileriki yıllarda tükenmişlik üzerine etkisi araştırılmıştır. Çalışmalardan birinde beyaz ırktan bakım verenlerin Afrikalı Amerikan bakım verenlere göre daha fazla tükenmişlik yaşadığı ve reddedici tutum sergilediği bulunmuştur (32). Başka bir çalışmada ise Hispanik bakım verenlerin sosyal olarak daha az etkilendikleri ve gelecekleri için daha ümitli oldukları görülmüştür (33-34). Başka bir çalışmada ise eğitim seviyeleri eşitlendiğinde Afrikalı Amerikan bakım

verenlerin yıkıcı psikotik belirtilere daha az toleranslı olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada Avrupalı Amerikan bakım verenlerin üretim kaybına daha az toleranslı olduğu saptanmıştır (35).

Duygu dışavurumuna bakıldığında ise beyaz ırktaki bakım verenlerin Latin bakım verenlere göre daha fazla duygu dışavurumu gösterdiği bulunmuştur (36). Başka bir çalışmada ise beyaz ırktan bakım verenlerin apati gibi “kişilik özelliği veya istemli davranış olarak görülen” belirtileri eleştirdiği; Latin ailelerin ise yıkıcı ve anormal (özellikle utandırıcı buldukları) davranışları eleştirdiği saptanmıştır (37).

Bakım veren tükenmişliği ve etnisite çalışmalarının nerdeyse tamamı gelişmiş ülkelerde yapılmıştır. Son zamanlarda Şili’de yapılmış bir çalışmada bakım verenlerin en az gelişmiş ülkelerdeki kadar tükenmişlik yaşadığı ve tükenmişliğin birçok olumsuz sosyal etkisi olduğu görülmüştür (38). Yani kültürel faktörler ve etnisite bakım verenin tükenmişliğinde ve tükenmişlik algısında önemli rol oynamaktadır. Bu ilişkiyi daha iyi değerlendirebilmek için iyi planlanmış uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır.

Önemli değişkenlerden biri ise hastalık belirtileridir. Hastalık belirtilerinden hangisinin tükenmişlik üzerine en çok etki ettiği bilinmemektedir. Bazı çalışmalara göre pozitif belirtiler bazılarında ise negatif belirtiler tükenmişlik üzerine daha etkilidir. Woltraus’un çalışmasında pozitif belirtilerin; Dyck’in çalışmasında negatif belirtilerin tükenmişlik üzerinde daha etkili olduğu bulunmuştur (39-40). Magliano’nun ve Schene’nin çalışmalarında olduğu gibi birçok çalışmada da hem pozitif hem negatif belirtilerin tükenmişlik üzerinde etkili olduğu görülmüştür (41-42).

1997’de Provencher ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 70 şizofreni hastası ve bakım vereni çalışmaya dahil edilmiştir. Tükenmişlik objektif ve subjektif olarak ikiye ayrılmış. Negatif belirtilerin tükenmişliği anlamlı olarak daha fazla arttırdığı bulunmuştur. Yorumda ise pozitif belirtilerin medikal tedaviyle kontrol altına alınabildiği ama negatif belirtilerin kontrolünün zor olduğu anlatılmıştır. Bunun da bakım verenlerde çaresizliğe yol açtığı ve tükenmişliği arttırdığı belirtilmiştir. Bu çalışmadaki önemli bir bulgu da belirti şiddetinin fazlalığının tükenmişliği arttırmış

olmasıdır. Bu pek çok çalışmada gösterilmiştir ve tükenmişlik üzerine etkisi iyi bilinen bir değişkendir (43).

Başka çalışmalarda da bu ilişki yani belirti şiddeti ve sayısı artmasıyla tükenmişliğin artması ilişkisi gösterilmiştir. 1996'da Schizophrenia Research'te yayınlanmış makalede buna örnektir (44).

Hastalık süresi, remisyonda kalma süresi gibi değişkenlerin tükenmişlik üzerine etkisi bazı çalışmalarda araştırılmıştır. Lowyck ve arkadaşlarının 2001'de yaptığı çalışmada hastalık süresinin aile tükenmişliği üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış, bununla birlikte aileye yönelik profesyonel yardım ve sosyal desteğin tükenmişliği azalttığına dikkat çekmişlerdir (45). Başka bir çalışmada ise 5 yıllık izlem yapılan hastalarda remisyonda kalma süresi ile tükenmişliğin azaldığı gösterilmiştir (46).

Hastanın demografik verileri ve tükenmişlik ilişkisi bazı çalışmalarda araştırılmış olup sonuçlar çelişkilidir. Son çalışmalardan birinde hastaların düzenli işi olmasının bakım verenlerin iyilik halini arttırdığı gösterilmiştir. Bu araştırma bakım veren organizasyonlarındaki kişilerle yapıldığı için yanlılık dikkate alınmalıdır (47).

Şizofrenide önemli belirtilerden olan bilişsel belirtilerin tükenmişliğe etkisi ise çalışılmamıştır.

2.2.3.2. Bakım verenle ilgili değişkenler

Bakım süresi, hastayla geçirilen süre, maddi durum, yardımcı bakım verenin olup olmadığı gibi birçok faktör bakım verenin tükenmişliğinde etkili olmaktadır. Bakım verenin kendisinin fiziksel ya da psikiyatrik hastalığının olup olmaması da hastanın tükenmişliğini etkileyebilmektedir. Bu değişkenlerden bazılarının etkisini çalışmak daha kolayken bazılarının etkisini çalışmak zor olmaktadır. Bu değişkenler çok iyi çalışılmamış olup etkilerini kesin belirlemek de mümkün değildir; aslında birçok etmen birlikte tükenmişlik üzerine etki yapmaktadır.

Bakım verenlerin sosyal desteği tükenmişlik üzerine etkisi iyi bilinen ve üzerinde en çok çalışılan bakım veren değişkenidir. Sosyal desteğin etkisi farklı çalışmalarda farklı şekillerde araştırılmıştır. Bunlardan birinde, 2002’de İtalya’da Magliano ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, İtalya’nın üç bölgesindeki şizofreni hasta yakınlarının tükenmişliği karşılaştırılmıştır. Bu çalışmaya 709 kişi alınmış ve hastalara ve yakınlarına profesyonel destek sağlandığında tükenmişliğin azaldığı görülmüştür. Tükenmişlik hastaların işlevsellik kaybı, manik ile hostilite belirtileri ve ailenin sosyal desteği ile ilişkili bulunmuştur (48).

Caqueo-Urizar ve arkadaşları 2009’da şizofrenide aile üyelerinin yaşam kalitesiyle ilgili bir gözden geçirme çalışması yapmıştır. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yeterli destek alamama, aile yaşamının bozulması, hastalığın gidişi gibi çeşitli etmenlerin aile üyelerinin ruhsal sıkıntılarını arttırarak yaşam kalitelerini bozduğunu; gelişmekte olan ülkelerde ise özellikle ekonomik yükün aile üyelerinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceğini bildirmişlerdir (49).

2012’de Almanya’da Möller ve arkadaşlarının yayınladıkları çalışmada hastalara bakım veren 102 kişi değerlendirilmiştir. Tükenmişlik objektif ve subjektif tükenmişlik, bilişsel ve duygusal iyilik hali, psikolojik stres ve subjektif yaşam kalitesi ile değerlendirilmiştir. Tükenmişliği arttıracak etmenler olarak hastalık şiddeti, kişisel farklılıklar ve bakım verenlerin destekleri değerlendirilmiştir. Hasta yakınlarına psikososyal destek verilmesinin tükenmişliği azalttığı bu çalışmada da gösterilmiştir. Bununla beraber hasta yakınlarının iyilik halini ve subjektif yaşam kalitesini belirleyen en önemli etmenin nörotiklik düzeyleri olduğu bulunmuştur. Yukarıda da belirtildiği gibi bu araştırma bakım veren organizasyonlarındaki kişilerle yapıldığı için taraf tutma dikkate alınmalıdır (47).

2012’de Etiyopya’da yayınlanan 5 yıllık izlem çalışmasında hasta yakınlarının tükenmişliğiyle ilgili etmenler belirlenmeye çalışılmıştır. Bu çalışmada da tükenmişlikle ilişkili farklı değişkenler bulunmakla beraber sosyal desteğin azalmış olması da tükenmişliği arttıran bir etmen olarak bulunmuştur (46).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın örnekleme, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran ya da Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Anabilim Dalı Erkek ve Kadın Psikoz Servislerinde tedavi gören hastalar ve yakınları arasından seçilmiştir. Örnekleme dahil edilmesi düşünülen ve dahil edilme ölçütlerine uygun bulunan hastalar ve hasta yakınları çalışma hakkında bilgilendirildikten ve gönüllü onam formları alındıktan sonra çalışmaya dahil olmuştur.

Denekler DSM-IV-TR 'e göre en az 2 yıldır Şizofreni tanısı olan 76 hasta ve bu hastalara en az 1 yıl süreyle bakım veren 76 hasta yakınından oluşmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara ve hasta yakınlarına bilgilendirilmiş olur formunu imzalamalarının ardından araştırmacı tarafından düzenlenmiş yapılandırılmış bir anket formu uygulanarak sosyodemografik veriler sorgulanmıştır. Bu anket formu ektedir. Daha sonra hastalara SAPS, SANS ölçekleri; bakım verenlere ise MBI ve ASDÖ uygulanmıştır. Bu ölçekler tek seansta (20-30 dakika) uygulanmıştır.

Uygulanan sosyodemografik veri formu ve ölçekler ile hastaların pozitif ve negatif belirti düzeyleri, hasta yakınlarının sosyal desteği, hasta yakınlarının tükenmişlikleri ve bunların birbirleriyle ilişkileri değerlendirilmiştir.

3.1. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (Scale for the Assessment of Positive Symptoms- SAPS)

Hastada şizofreninin pozitif belirtilerinin düzeyini, dağılımını ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılmaktadır. Görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir. Toplam 4 alt ölçek ve 34 madde içermektedir. Bu alt ölçekler varsanılar, sanrılar, garip

davranış ve yapısal düşünce bozukluğudur. Ayrıca 35. madde olarak uygunsuz duygulanım da değerlendirilmektedir.

Her madde klinisyen tarafından “0= Belirti yok” ile “5= Şiddetli” arasında derecelendirilerek puanlanır. Alt ölçekler için ayrı toplam puanlar ve tüm ölçek için toplam puan hesaplanır. Ölçeğin toplam puanı 0-170 arasında değişmektedir.

Andreasen tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Erkoç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (50).

Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (Scale for the Assessment of Negative Symptoms- SANS)

Hastada şizofreninin negatif belirtilerinin düzeyini, dağılımını ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılmaktadır. Görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir. Toplam 5 alt ölçek ve 25 madde içermektedir. Bu alt ölçekler duygulanımda küntleşme, aloji, enerji ve isteğin azalması, zevk alamama ve toplumsal çekilme, dikkati değerlendirmektedir. Ayrıca 35. madde olarak uygunsuz duygulanım da değerlendirilmektedir.

Her madde klinisyen tarafından “0= Belirti yok” ile “5= Şiddetli” arasında derecelendirilerek puanlanır. Alt ölçekler için ayrı toplam puanlar ve tüm ölçek için toplam puan hesaplanır. Ölçeğin toplam puanı 0-125 arasında değişmektedir.

Andreasen tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Erkoç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Gerek SAPS gerekse SANS Türkçe formları için geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında kesme puanı hesaplanmamıştır. Şizofrenide Remisyon Çalışma Grubu ise hastalığın semptomatik remisyonunu SAPS ve SANS skorlarının her biri için 6 aydan uzun süreyle 2 veya altında olması biçiminde tanımlamışlardır (51).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (Maslach Burnout Inventory: MBI)

Yaklaşık 30 yıldır tükenmişliğin yapısal özellikleri, nedenleri, ölçme araçları ve tükenmişlik durumundaki bireylere yardım edici yöntemlerin araştırılması

konularında pek çok çalışma yapılmıştır. Tükenmişlik alanındaki söz konusu çalışmalar bu alanın öncülerinden Maslach ve Jackson'ın geliştirdikleri ölçek ve kuramsal yaklaşımdan büyük ölçüde etkilenmiştir. Kısaca MBI olarak anılan “Maslach Burnout Inventory”, bu alanda en çok kullanılan ölçme aracı niteliğini korumaktadır. Bu ölçek yapısal geçerlik yönünden pek çok araştırmada inceleme konusu olmuş ve kavramın tanımlanmasında yer alan 3 boyutun (duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı noksanlığı) tükenmişliğin temel bileşenleri olduğu fikri desteklenmiştir. Bu üç boyut arasında en önemlisinin duygusal tükenmişlik olduğu, diğerlerinin buna eşlik eden boyutlar olduğunu öne süren araştırmacılar vardır. MBI, genellikle tanı amacıyla kullanılan bir ölçek değildir. Ancak yine de bu alana duyulan ilgi, bazı araştırmacıları bu ölçeği tanı amaçlı olarak kullanmaya yöneltmektedir.

Toplam 22 maddeden oluşan bu ölçek, tükenmişliği 3 boyutta değerlendirmektedir. Duygusal tükenmişlik boyutunda 9 (1,2,3,6,8,13,14,16,20), kişisel başarı boyutunda 8 (4,7,9,12,17,18,19,21) ve duyarsızlaşma boyutunda ise 5 (5,10,11,15,22) madde yer almaktadır.

Maslach tükenmişlik ölçeğinde puanlama her alt ölçek için ayrı ayrı yapılmaktadır. Alt ölçek puanları her madde için “hiçbir zaman 0”, “her zaman 6” olarak değerlendirilerek elde edilmektedir. Ölçeğin duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinden yüksek, kişisel başarı alt ölçeğinden düşük puanlar alınması tükenmişlik olarak kabul edilmektedir. Her 3 alt ölçekten alınan ortalama puanlar ise orta düzeyde tükenmişliği göstermektedir. Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkçeye uyarlanması Ergin (1992) tarafından yapılmıştır. 6 farklı meslekten (doktor, hemşire, öğretmen, avukat, polis ve memurlar) 235 kişilik örneklem grubu üzerinde gerçekleştirilen bu çalışma sırasında özgün formunda 6 seçenekli olan cevap seçeneklerinin Türk kültürüne uygun olmadığı görülmüş ve seçenek sayısı 5'e indirilmiştir. Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkçe formunun geçerliliği, faktör yapısının incelenmesi yolu ile yapılmış olup özgün formunda yer alan 3 faktör elde edilmiştir. Maslach tükenmişlik ölçeğinin, cronbach alfa iç tutarlılık ve test güvenilirlik yöntemleri ile tekrar hesaplanan güvenilirliğinin Türk örnekleminde oldukça yüksek ve özgün çalışmadaki güvenilirlik katsayılarına benzer olduğu

saptanmıştır. Ölçeğin Türk uyarlamasında yer alan maddeler “hiçbir zaman 0”, “her zaman 4” olacak şekilde puanlanmaktadır (52).

Maslach tükenmişlik ölçeğinin alt ölçeklerinden elde edilen puanlar için kesme değeri olmadığından tükenme var ya da yok biçiminde bir ayırım yapılamamaktadır. Buna rağmen “tükenme var” diyebilmek için verilen cevapların duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma için en az “çoğu zaman”, kişisel başarı için en çok “çok nadir” şeklinde olabileceği ve dolayısıyla bir kesme puanının elde edilebileceğini söyleyen araştırmacılar vardır.

Pelsma, Roland, Tollefson, Wigington’ın (1989) Maslach tükenmişlik ölçeğinin anneler örnekleminde geçerliliğini inceledikleri araştırmalarında yaptıklarına benzer biçimde, Ergin (1992) tarafından ölçeğin Türkçeye uyarlanan formunda yer alan “işim gereği karşılaştığım kişiler” ve “iş” ifadesi, Duygun tarafından yapılan “zihinsel engelli ve sağlıklı çocuk annelerinde stres belirtileri, stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal desteğin tükenmişlik düzeyine etkisi” başlıklı çalışmada araştırmacı tarafından gerekli görülen yerlerde “çocuğum”, “çocuğumun bakımı” şeklinde değiştirilmiş ve aynı çalışmada ölçeğin geçerlik çalışması da yapılmıştır. Benzer uygulama daha sonra psikiyatri hastalarına bakım verenlerin tükenmişliğini değerlendirmek için uygulanmış ve ifadeler “hastam” şeklinde değiştirilmiştir. Bu araştırmada da aynı değişiklik yapılmıştır.

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ)

Zimet ve arkadaşları tarafından 1988’de geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği 2001’de Eker ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. ASDÖ toplam 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 gruba içerir. Bunlar; aile, arkadaş ve özel bir insandır (diğer). Her madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. 3,4,8,11. maddeler aile desteğini; 6,7,9,12. maddeler arkadaş desteğini; 1,2,5,10. maddeler diğer desteğini gösteren maddelerdir. Bu çalışmada, her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmiş ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmiştir. Her alt ölçeğin puanı 0-28 arasında; toplam

puansa 0-84 arasında değişmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (53).

3.2. İSTATİKSEL YÖNTEMLER

Veriler SPSS 17 paket programı ile değerlendirildi. Ölçeklerden elde edilen puanlar, hasta ve bakım verenlerin değişkenleri göz önüne alınarak yapılan gruplamalar yönüyle karşılaştırıldı. Gruplar arası farkların analizi için Student's t Testi ve Tek yönlü Varyans Analizi (Tek Yönlü ANOVA) kullanıldı ve p değeri 0.05'in altında bulunan farklar anlamlı kabul edildi.

Hasta ve bakım verenlere ait değişkenlerin birbirleriyle olan bağıntılarını ve aralarındaki neden-sonuç ilişkilerini gözleyebilmek için "Pearson Korelasyon Analizi" ve "Lojistik Regresyon Analiz"inden yararlandı. p değeri 0.05'in altında bulunan analiz sonuçları anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. DEMOGRAFİK VERİLER

4.1.1. Hastalara İlişkin Demografik Veriler

Çalışmaya 76 hasta ve bakım vereni alınmıştır. Bu hastaların 28'i kadın, 48'i erkektir. Kadınların yaş ortalaması 45.5 ± 12.4 ; erkeklerin yaş ortalaması 41.0 ± 11.6 'dır. Tüm grubun yaş ortalaması ise 42.6 ± 12.0 'dır. Kadınların ortalama hastalık süresi 15.7 ± 9.7 ; erkeklerin hastalık süresi 15.5 ± 8.6 yıldır. Ortalama hastalık süresi 15.6 ± 8.9 yıldır.

Hastaların çalışma durumlarına bakıldığında 15'i aktif çalışırken 8'i emekli, 6'sı malulen emekli; 47'si ise çalışmıyordu. Hastaların 20'si evli, 8'i dul veya boşanmış; 48'i ise hiç evlenmemiştir.

Tablo 1. Hastalara ait demografik veriler

Değişkenler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	28	36
Erkek	48	64
Medeni Durumu		
Bekar	48	63
Evli	20	26
Dul/Boşanmış	8	11
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	47	62
Çalışmıyor	15	20
Emekli	8	11
Malulen emekli	6	7

Pozitif belirtileri değerlendiren SAPS ölçeğinde alınan ortalama puan 20.3 ± 14.3 'tür. Alt ölçeklerden alınan puanlar ise varsanı ortalama puanı 2.3 ± 4.4 ; sanrı ortalama puanı 6.8 ± 7.1 ; garip davranış ortalama puanı 8.8 ± 4.9 ; yapısal düşünce bozukluğu ortalama puanı 2.2 ± 5.5 ; uygunsuz duygulanım ortalama puanı ise 0.3 ± 1.8 'dir.

Kadınların SAPS toplam puanı 23.5, erkeklerin SAPS toplam puanı 18.5 olup aralarındaki fark istatistiksel anlamlıdır ($p < 0.05$).

SAPS ölçeği varsanı alt ölçeğinden kadınların aldığı ortalama puan 3.3 ± 5.3 , erkeklerin aldığı ortalama puan 1.8 ± 3.7 olup aralarındaki fark istatistiksel anlamlıdır ($p < 0.05$).

SAPS ölçeği sanrı alt ölçeğinden kadınların aldığı ortalama puan 6.3 ± 5.8 , aldığı ortalama puan 7.1 ± 7.7 olup aralarındaki fark istatistiksel anlamlı değildir.

SAPS ölçeği yapısal düşünce bozukluğu alt ölçeğinden kadınların aldığı ortalama puan 4.1 ± 3.8 , erkeklerin aldığı ortalama puan 1.0 ± 1.1 olup aralarındaki fark istatistiksel anlamlıdır ($p < 0.01$).

Kadınların SANS toplam puanı 42.8 ± 23.0 , erkeklerin SANS toplam puanı 38.1 ± 17.4 olup aralarındaki fark istatistiksel anlamlı değildir.

SANS ölçeği duygulanım alt ölçeğinden kadınların aldığı ortalama puan 10.5 ± 8.7 , erkeklerin aldığı ortalama puan 9.7 ± 6.6 olup aralarındaki fark istatistiksel anlamlı değildir.

SANS ölçeği aloji alt ölçeğinden kadınların aldığı ortalama puan 5.0 ± 4.9 , erkeklerin aldığı ortalama puan 3.7 ± 3.9 olup aralarındaki fark istatistiksel anlamlı değildir.

SANS ölçeği enerji azalması alt ölçeğinden kadınların aldığı ortalama puan 10.1 ± 5.2 , erkeklerin aldığı ortalama puan 8.6 ± 3.5 olup aralarındaki fark istatistiksel anlamlı değildir.

SANS ölçeği zevk alamama alt ölçeğinden kadınların aldığı ortalama puan 14.7 ± 5.2 , erkeklerin aldığı ortalama puan 14.3 ± 4.2 olup aralarındaki fark istatistiksel anlamlı değildir.

SANS ölçeği dikkat alt ölçeğinden kadınların aldığı ortalama puan 2.5 ± 3.5 , erkeklerin aldığı ortalama puan 1.7 ± 3.1 olup aralarındaki fark istatistiksel anlamlı değildir.

Tablo 2. Maslach tükenmişlik alt ölçeklerinin ortalama puanları

Değişken	Ortalama	Std. Sapma	Min.	Maks.	Sayı
Maslach Tükenmişlik	14,55	8,15	0	35	76
Maslach Duyarsızlaşma	5,00	3,39	0	14	76
Maslach Kişisel Başarı	21,22	6,01	1	32	76

4.1.2. Bakım Verenlere İlişkin Demografik Veriler

Bakım verenlerin 51'i kadın, 25'i erkektir. Yakınlık derecelerine bakıldığında 18'inin hastanın eşi, 36'sının çocuğu veya gelini, 15'inin kardeşi, 7'sinin ise anne/babası olduğu görülmektedir. Yaş ortalaması 50.6 ± 13.7 'dir. eğitim durumlarında bakım verenlerin 7'si okur/yazar değil, 40'ı ilköğretim mezunu, 16'sı lise mezunu, 13'ü üniversite mezunudur. 58'i evli, 10'u bekar, 8'i dul veya boşanmıştır. Ortalama çocuk sayısı 2.0'dır. Bakım verenlerin 39'u çalışmıyorken 16'sı emekli, 2'si öğrenci, 19'u ise halen çalışmaktadır. Gelir düzeylerinin değerlendirmeleri istenen hasta yakınlarının 4'ü "iyi geçiniyoruz" derken 52'si "idare ediyoruz", 20'si ise "kötü geçiniyoruz" olarak ifade etmiştir. Evde yaşayan kişi sayısı ortalama 3.3 ± 1.0 'dir. Bakım verenlerin sadece 2'si evde başka bakıma muhtaç olan bireyin de bulunduğunu belirtmiştir. Bakım verenlerin hasta ile birlikte yaşadıkları zaman ortalama 23.9 ± 11.9 yıl olarak tespit edilmiştir.

56 bakım veren kendisinde herhangi bir fiziksel hastalık olmadığını söylerken 20'sinde herhangi bir fiziksel hastalık vardır. Bakım verenlerin 70'i daha önce

psikiyatrik hastalık için tedavi almadığını belirtirken 7'si ise psikiyatrik tedavi aldığını belirtmiştir. 7 kişinin 3'ü depresyon, 2'si anksiyete bozukluğu, 1'i şizofreni, 1'i ise alkol bağımlılığı tedavisi almıştır ya da almaktadır. Bakım verenlerin 70'i hastalarının evde bakılmasını tercih ederken 6'sının tercihi ise bakım evleridir. Bakım verenlerin 55'inin herhangi bir yardımcısı yokken 21'inin bir yardımcısı vardır. 53 bakım veren hastalığın ailesel kalıtım özelliğinin olmayacağını düşünürken 23'ü ise ailesel kalıtımın hastalık üzerinde etkisi olduğunu düşünmektedir.

Tablo 3. Bakım verenlere ait demografik veriler

Değişkenler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	51	67
Erkek	25	33
Medeni Durumu		
Bekar	10	63
Evli	58	26
Dul/Boşanmış	8	11
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	19	62
Çalışmıyor	39	20
Emekli	16	11
Öğrenci	2	7
Eğitim Durumu		
Okur/yazar değil	7	10
İlköğrenim	40	53
Lise	16	20
Üniversite	13	17
Gelir Durumu		
Zor geçiniyoruz	20	26
İdare ediyoruz	52	68
İyi geçiniyoruz	4	6
Fiziksel hastalık		
Var	21	28
Yok	55	72

Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	39	51
Çalışıyor	19	25
Emekli	16	21
Öğrenci	2	3
Bakım verenin yakınlığı		
Eşi	18	25
Çocuğu/gelini	36	47
Anne/Baba	7	8
Kardeşi	15	20
Bakım yeri neresi olmalı?		
Evde	70	92
Bakım evinde	6	8
Başka bir yardımcı var mı?		
Yok	55	72
Var	21	28
Hastalığın ailesel olma durumu		
Evet	23	30
Hayır	53	70

Tablo 4. Algılanan Sosyal Destek alt ölçeklerinin ortalama puanları

Değişken	Ortalama	Std. Sapma	Min.	Maks.	Sayı
Aile	17.7	7.2	4	28	76
Arkadaş	12.9	7.8	4	28	76
Diğer	12.6	7.3	4	28	76

Bakım verenlerin algılanan sosyal destek ölçeğinden aldığı puanlar Tablo 3.2’de yazılmış olup aile desteği puanları diğer puanlardan ortalama olarak fazladır. Aile desteği ortalama puanı 17.7 ± 7.2 , arkadaş desteği ortalama puanı 12.9 ± 7.8 , diğer destek puanı ise 12.6 ± 7.3 ’tür.

4.2. DEĞİŞKENLERİN TÜKENMİŞLİĞE ETKİSİ

4.2.1. Hasta Değişkenlerinin Bakım Vereninin Tükenmişliğine Etkisi

Hastaların cinsiyeti ve bakım verenlerin tükenmişliği arasındaki durum incelendiğinde hastaları kadın olan bakım verenlerin tükenmişlik skorlarıyla hastaları erkek olan bakım verenlerin tükenmişlik skorları arasında tüm alt ölçekler yönünden fark saptanmamıştır.

Tablo 5. Hastaların cinsiyeti açısından bakım vereninin tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Etkenler	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS
Kadın	14.68 ± 9.06	4.75 ± 3.66	20.93 ± 6.20
Erkek	14.48 ± 7.68	5.15 ± 3.25	21.40 ± 5.95
	p>0.05	p>0.05	p>0.05

Student's t testi

Hastanın yaşı ve hastalık süresi ile bakım vereninin tükenmişliği arasında anlamlı ilişki yoktur (p>0.05). (Bkz. Tablo 18).

Hastalar medeni durumu, çalışma durumu yönünden karşılaştırıldığında bakım verenlerin tükenmişlik puanları arasında anlamlı fark gözlenmemiştir (p>0.05).

Tablo 6. Hastaların medeni durumu açısından bakım vereninin tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Etkenler	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS
Bekar	14.44 ± 8.59	4.79 ± 3.31	21.48 ± 6.40
Evli	14.70 ± 7.87	5.35 ± 3.50	20.80 ± 5.04
Dul/boşanmış	14.88 ± 7.08	5.38 ± 3.96	20.75 ± 6.45
	p>0.05	p>0.05	p>0.05

Tek Yönlü ANOVA

Tablo 7. Hastaların çalışma durumu açısından bakım verenin tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Etkenler	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS
Çalışıyor	11.80 ± 6.40	5.40 ± 3.89	21.80 ± 5.86
Çalışmıyor	16.06 ± 8.84	5.02 ± 2.23	20.96 ± 6.28
Emekli	14.13 ± 5.89	5.75 ± 4.03	21.50 ± 2.98
Malulen emekli	14.55 ± 8.16	2.83 ± 2.14	21.50 ± 8.29
	p>0.05	p>0.05	p>0.05

Tek Yönlü ANOVA

Tablo-18'de hastaların pozitif ve negatif belirtilerinin şiddeti ile bakım verenlerin tükenmişliği arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon tablosu vardır. Bu tabloya göre hastaların toplam SAPS skoru ile tükenmişlik alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki/fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

SAPS alt ölçekleri olan SAPS varsanı, SAPS sanrı, SAPS garip davranış, SAPS yapısal düşünce bozukluğu, SAPS uygunsuz duygulanım ile tükenmişlik alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki/fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların SANS toplam skoru ile duygusal tükenmişlik puanı arasında pozitif, kişisel başarı puanı arasında ise negatif korelasyon vardır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 18). Yani negatif belirti puanı yüksek olan hastaların bakım verenlerinde duygusal tükenmişlik puanları yüksek, kişisel başarı puanları ise düşüktür. SANS toplam puanı ile duyarsızlaşma puanı arasında ise anlamlı ilişki/fark saptanmamıştır.

SANS alt ölçeklerinden SANS zevk almama ile tükenmişlik alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki/fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

SANS alt ölçeklerinden SANS duygulanım ile kişisel başarı puanları arasında negatif korelasyon bulunmaktadır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 18). Diğer alt ölçeklerle tükenmişlik puanları arasında ise anlamlı ilişki/fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

SANS dikkat alt ölçeği ile tükenmişlik alt ölçeği arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır ($p<0.01$) (Bkz. Tablo 18). Yani hastanın dikkat sorunları arttıkça bakım verenin tükenmişliği artıyor gibi görünmektedir. SANS dikkat puanı ile diğer tükenmişlik alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki/fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

SANS aloji puanı ile duygusal tükenmişlik puanı arasında pozitif, kişisel başarı puanı arasında ise negatif korelasyon bulunmaktadır ($p<0.01$, $p<0.05$). SANS aloji puanı ile diğer tükenmişlik alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki/fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

SANS enerji azalması puanı ile duygusal tükenmişlik puanı arasında pozitif, kişisel başarı puanı arasında ise negatif korelasyon bulunmaktadır ($p<0.05$, $p<0.05$) (Bkz. Tablo 18). SANS enerji azalması puanı ile diğer tükenmişlik alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki/fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

4.2.2. Bakım Veren Değişkenlerinin Bakım Verenin Tükenmişliğine Etkisi

Bakım verenin cinsiyetine göre tükenmişlik alt ölçek puanlarının anlamlı şekilde değişmediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 8. Bakım verenin cinsiyeti yönünden tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Etkenler	Ortalama \pm SS	Ortalama \pm SS	Ortalama \pm SS
Kadın	14.47 \pm 7.54	5.06 \pm 3.55	21.55 \pm 5.94
Erkek	14.72 \pm 9.47	4.88 \pm 3.11	20.56 \pm 6.21
	$p>0.05$	$p>0.05$	$p>0.05$

Student's t testi

Bakım verenin yaşı ile tükenmişlik arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 19).

Eğitim seviyesi ile tüklenmişlik alt ölçeklerinin ilişkisine bakıldığında eğitim seviyesi ile kişisel başarı puanı arasında korelasyon olduğu ($p<0.05$); diğer alt ölçekler ile korelasyon olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Post-hoc Bonferroni analizinde kişisel başarı alt ölçeğinde okur-yazar olmayanların ilköğrenim ve lise mezunlarına göre daha yüksek puan aldığı ve aralarındaki farkın istatikselsel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Okur- yazar olmayanlarla üniversite mezunları arasında ise kişisel başarı açısından fark bulunmamaktadır. Kişisel başarı puanlarının ilköğrenim ve lisede daha düşük algılanması eğitimle kendini değerlendirmenin daha gerçekçi olmasıyla yorumlanabilir.

Tablo 9. Bakım verenin eğitim durumu yönünden tüklenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
	Tüklenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Etkenler	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS
Okur/yazar değil	20.71 ± 3.95	7.71 ± 3.55	14.29 ± 7.23
İlköğrenim	13.48 ± 7.80	4.68 ± 3.61	21.83 ± 4.74
Lise	13.19 ± 8.34	4.44 ± 2.60	24.06 ± 5.12
Üniversite	16.23 ± 9.59	5.23 ± 3.09	19.62 ± 7.15
	$p>0.05$	$p>0.05$	$p<0.05$

Tek Yönlü ANOVA

Medeni durum ile tüklenmişlik alt ölçeklerinin ilişkisine bakıldığında dul/boşanmış olanların evli olanlara göre daha yüksek duygusal tüklenmişlik ve duyarsızlaşma puanları olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Medeni durum ile kişisel başarı puanı arasında ise korelasyon saptanmamıştır ($p>0.05$). Bekarlarla diğer medeni durumdakiler arasında tüklenmişlik açısından anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 10. Bakım verenin medeni durum yönünden tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Etkenler	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS
Evli	13.64 ± 7.85	4.66 ± 3.29	21.67 ± 5.85
Bekar	14.20 ± 9.18	4.50 ± 2.91	22.00 ± 4.45
Dul/boşanmış	21.63 ± 6.28	8.13 ± 3.48	17.00 ± 7.76
	p<0.05	p<0.05	p>0.05

Tek Yönlü ANOVA

Bakım verenin çalışma durumuna göre yapılan gruplandırmada tükenmişlik puanları arasında anlamlı fark/ilişki saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 11. Bakım verenin çalışma durumu yönünden tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Etkenler	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS
Çalışmıyor	14.36 ± 7.40	5.03 ± 3.56	20.92 ± 6.18
Çalışıyor	16.26 ± 9.39	5.37 ± 4.09	19.74 ± 6.96
Emekli	13.88 ± 8.79	4.56 ± 2.10	23.50 ± 4.10
Öğrenci	7.50 ± 0.71	4.50 ± 3.54	23.00 ± 1.41
	p<0.05	p<0.05	p>0.05

Tek Yönlü ANOVA

Gelir düzeyi ile tükenmişlik puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında “idare ediyoruz” diyenlerin “zor geçiniyoruz” diyenlere göre kişisel başarı puanları istatistiksel olarak daha yüksek olarak bulunmuştur (p<0.05). “zor geçiniyoruz” diyen grubun duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları da diğer gruplardan yüksek olmakla beraber istatistiksel olarak bu fark anlamlı değildir (p>0.05).

Tablo 12. Bakım verenin gelir durumu yönünden tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Etkenler	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS
“Zor geçiniyoruz”	17.80 ± 9.73	6.15 ± 3.48	17.65 ± 7.44
“İdare ediyoruz”	13.71 ± 7.30	4.69 ± 3.34	22.63 ± 4.94
“İyi geçiniyoruz”	9.25 ± 6.30	3.25 ± 2.63	20.75 ± 4.11
	p<0.05	p<0.05	p>0.05

Tek Yönlü ANOVA

Evde yaşayan kişi sayısı ile tükenmişlik alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 19).

Hasta ile bakım verenin birlikte yaşama süresi ile tükenmişlik alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 19).

Bakım verenin fiziksel hastalığı varlığı ya da yokluğu tükenmişlik puanları yönünden anlamlı fark oluşturmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 13. Bakım verenin fiziksel hastalığı açısından tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Etkenler	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS
Fiziksel hastalık yok	13.75 ± 8.03	4.91 ± 3.46	21.75 ± 5.83
Fiziksel hastalık var	16.80 ± 8.31	5.25 ± 3.29	19.75 ± 6.42
	p>0.05	p>0.05	p>0.05

Student's t testi

Bakım verenlerin hastalarına yakınlık derecesi, tükenmişlik alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında anlamlı fark meydana getirmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 14. Bakım verenin hastaya yakınlığı yönünden tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Etkenler	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS
Eşi	17.00 ± 7.67	5.94 ± 3.44	20.78 ± 4.85
Çocuğu/gelini	13.61 ± 8.43	5.00 ± 3.45	21.19 ± 6.81
Kardeşi	15.33 ± 8.31	4.00 ± 2.95	21.07 ± 5.12
Anne/Baba	12.00 ± 7.87	4.83 ± 4.31	21.50 ± 6.57
	p>0.05	p>0.05	p>0.05

Tek Yönlü ANOVA

Hastalarının bakım evlerinde bakılmasını tercih eden yakınlarda evde bakımı tercih eden bireylere göre duygusal tükenmişlik puanı anlamlı oranda yüksek, kişisel başarı puanı ise anlamlı olarak düşüktür ($p<0.05$, $p<0.05$). Duyarsızlaşma puanı hastanın bakımevinde bakılmasını tercih edenlerde daha yüksek olmakla beraber aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 15. Bakım verenin bakım tercihi yönünden tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Etkenler	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS
“Evde bakımı tercih ederim”	13.87 ± 7.86	4.87 ± 3.43	21.70 ± 5.59
“Bakım evini tercih ederim”	22.50 ± 8.07	6.50 ± 2.59	15.67 ± 8.36
	p<0.05	p>0.05	p<0.05

Student's t testi

Bakım verenlerin yardımcısı olanlarda duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları daha düşük, kişisel başarı puanları daha yüksek olmakla beraber aradaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 16. Bakım verenin yardımcısı olup olmaması yönünden tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Etkenler	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS
Yardımcı birisi yok	15.47 ± 7.65	5.42 ± 3.51	20.95 ± 6.35
Yardımcı birisi var	12.48 ± 7.97	3.90 ± 2.88	21.95 ± 5.07
	p>0.05	p>0.05	p>0.05

Student's t testi

Hastalığın “ailesel” olduğunu düşünmeyenlerde duyarsızlaşma puanları “ailesel” olduğunu düşünenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Benzeri durum diğer alt ölçeklerde gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 17. Bakım verenin “ailesel mi değil mi?” sorusuna verdiği cevap yönünden tükenmişlik skorlarının karşılaştırılması

MASLACH			
	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Etkenler	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS
“ailesel değil”	15.45 ± 8.15	5.55 ± 3.59	20.58 ± 6.62
“ailesel”	12.14 ± 9.12	3.74 ± 2.53	22.70 ± 4.04
	p>0.05	p<0.05	p>0.05

Student's t testi

Tablo 18. Maslach tükenmişlik ölçeği için hasta değişkenlerine ait korelasyon tablosu

Değişkenler	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Yaş	r=0.117	r=-0.100	r=0.070
Hastalık süresi	r=0.184	r=-0.094	r=0.035
SAPS toplam puan	r=0.057	r=-0.014	r=-0.138
SANS toplam puan	r=0.282*	r=-0.193	r=-0.275*
SAPS varsanı	r=0.111	r=0.068	r=-0.141
SAPS sanrı	r=-0.117	r=-0.052	r=-0.077
SAPS garip davranış	r=0.171	r=0.125	r=-0.236
SAPS yapısal düşünce bzk	r=0.098	r=-0.073	r=-0.008
SAPS uygunsuz duygulanım	r=-0.087	r=0.086	r=0.169
SANS duygulanım	r=0.171	r=0.211	r=-0.262*
SANS aloji	r=0.242*	r=0.155	r=-0.314**
SANS enerji azalması	r=0.263*	r=0.126	r=-0.264*
SANS zevk almama	r=0.202	r=0.149	r=-0.099
SANS dikkat	r=0.344**	r=0.095	r=-0.143

Pearson Korelasyon Analizi
p <0.05 *, p <0.01 **

Tablo 19. Maslach tükenmişlik ölçeği için bakım veren değişkenlerine ait korelasyon tablosu

Değişkenler	Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Yaş	r=0.225	r=0.152	r=-0.065
Birlikte yaşama süresi	r=0.146	r=0.176	r=-0.092
Bakım verenin çocuk sayısı	r=0.097	r=0.161	r=-0.163
Evde yaşayan kişi sayısı	r=0.092	r=0.060	r=-0.055
ASDÖ toplam puan	r=-0.449**	r=-0.475**	r=0.357**
ASDÖ aile puanı	r=-0.351**	r=-0.456**	r=0.284*
ASDÖ arkadaş puanı	r=-0.420**	r=-0.376**	r=0.329**
ASDÖ diğer puanı	r=-0.357**	r=-0.369**	r=0.285*

Pearson Korelasyon Analizi p <0.05 *, p <0.01 **

Bakım veren değişkenlerinden algılanan sosyal destek ve tükenmişlik arasındaki korelasyon Tablo-19'da yer almaktadır. Bu tabloya göre hastaların sosyal destek puanları aile desteği, arkadaş desteği, diğer destek ve toplam destek olarak hesaplanmıştır.

ASDÖ toplam puanı ile duygusal tükenmişlik ve duyarsızlık arasında negatif, kişisel başarı puanı arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır ($p < 0.01$, $p < 0.01$, $p < 0.01$). Yani hastaların sosyal destekleri arttığında ya da sosyal desteklerini fazla algıladıklarında duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşmaları azalmaktadır. Bu kişisel başarı algılamasında da geçerlidir; sosyal destek arttıkça kişisel başarı daha yüksek görülmektedir (Bkz. Tablo 19).

ASDÖ aile puanı ile duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma arasında negatif, kişisel başarı puanı arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır ($p < 0.01$, $p < 0.01$, $p < 0.05$) (Bkz. Tablo 19).

ASDÖ arkadaş puanı ile duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma arasında negatif, kişisel başarı puanı arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır ($p < 0.01$, $p < 0.01$, $p < 0.01$) (Bkz. Tablo 19).

ASDÖ diğer puanı ile duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma arasında negatif, kişisel başarı puanı arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır ($p < 0.01$, $p < 0.01$, $p < 0.05$) (Bkz. Tablo 19).

4.3. TÜKENMİŞLİK ÜZERİNE ETKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hastaların ve bakım verenlerin değişkenleri ile bakım veren tükenmişliğinin ilişkisine bakıldığında birçok demografik veri tükenmişliği etkiliyor gibi görünmektedir. Diğer bir yandan hastalık süresi, birlikte yaşama süresi gibi tükenmişlik üzerine etkili olabilecek faktörler bu çalışmada etkili bulunmamıştır. Hastalık belirtilerinden pozitif belirtiler de tükenmişlik üzerinde anlamlı fark oluşturmamıştır.

Negatif belirtiler ise tükenmişliğin alt ölçekleri olan duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı üzerinde etkili gibi görünmektedir. Diğer yandan bakım veren tükenmişliğinde etkili görünen diğer faktör bakım verenin sosyal destek algısıdır.

Demografik verilerin etkisi çok çeşitli olduğu için ve kontrol edebilmek güç olduğu için regresyon analizinde demografik verileri dahil etmedik. Hem negatif semptomların hem de sosyal desteğin bakım veren tükenmişliği üzerine etkili olduğu bilinmekle beraber bu çalışmada istatistiksel olarak en etkili faktörü belirlemek amacıyla regresyon analizi yapıldı.

Korelasyon analizinde tükenmişlik üzerine etkisi olan SANS toplam puanı, aile desteği puanı, arkadaş desteği puanı, diğer destek puanını regresyon analizine dahil ettik. Bu değişkenler bağımsız değişken, Maslach alt ölçeklerinden duygusal tükenmişlik ise bağımlı değişken kabul edilerek regresyon analizi yapıldı.

Tablo 20. Regresyon analizine dahil edilen değişkenler

	Ortalama	Standart deviasyon
Maslach duygusal tükenmişlik	14.55	8.16
ASDÖ aile	17.68	7.18
ASDÖ arkadaş	12.86	7.81
ASDÖ diğer	12.62	7.31
SANS toplam puan	49.84	26.39

Lojistik regresyon analizi sonucunda ASDÖ arkadaş puanının diğer değişkenlere göre duygusal tükenmişlikte daha etkili olduğu saptanmıştır.

Tablo 21. Lojistik Regresyon Analizi Tablosu

	β	t	p
ASDÖ aile	-0.202	-1.725	0.089
ASDÖ arkadaş	-0.420	-3.976	p<0.01 **
ASDÖ diğer	-0.110	-0.710	0.480
SANS toplam puan	0.161	1.484	0.142

Lojistik Regresyon Analizi, p <0.05 *, p <0.01 **

5. TARTIŞMA

Şizofreni erken erişkinlikte başlayarak ileri derecede yeti kaybına yol açan, yaşam boyu yaklaşık %1 prevalansa sahip bir hastalıktır. Klinik tablo sanrılar, varsanılar, davranış bozuklukları ve çeşitli nörobilişsel bozuklukları kapsamaktadır (54). Şizofreni gibi ağır sosyal güçlülere yol açan bir hastalıkta bakım verenlerde tükenmişlik oranları da yüksek olmaktadır.

Araştırmanın örnekleme, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran ya da Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Anabilim Dalı Erkek ve Kadın Psikoz Servislerinde tedavi gören hastalar ve yakınları arasından seçilmiştir. Şizofreni hastalarına bakım veren yakınlarının tükenmişliğini değerlendirmek, tükenmişlik üzerinde şizofreninin hangi belirtilerinin daha etkili olduğunu tespit etmeye çalışmak ve sosyal desteğin tükenmişlikle ilişkisini araştırmak amaçlanmıştır.

Tükenmişlik bilimsel yayınlara 1974 yılında Herbert J. Freudenberger'in klasikleşmiş makalesi olan "Personel Tükenmişliği" ile girmiştir. Bundan kısa bir süre sonra sosyal psikolog Christina Maslach, 1976 yılında bu kavramı açıklamak ve ölçmek amacı ile ilk defa bir dizi çalışma yapmıştır (17).

Farklı tükenmişlik tanımları içerisinde Pines ve Aranson tükenmişliği "uzun süren, duygusal olarak zorlayıcı durumların yol açtığı fiziksel, duygusal ve zihinsel bir yorgunluk durumu" olarak tanımlarken Freudenberger ve North (1986) tükenmişliği uzun bir süre görülen stres ve enerji harcamasının sonucunda yavaş yavaş oluşan bir durum olarak görmekte ve tükenmişliğin kişinin enerjisini, başa çıkma mekanizmalarını ve içsel kaynaklarını tüketen, kişinin kendisine yüklediği ya da aile, iş, arkadaşlar, sevgili, değerler sistemi ve toplum tarafından yüklenen aşırı talepler sonucunda oluştuğunu ileri sürmektedir. Freudenberger ve North'a göre tükenmişlik, aşırı stres yükünün eşlik ettiği bir duygudurum olup kişinin motivasyonunu, tutumlarını ve davranışlarını etkilemektedir (19).

Maslach ve Jackson(1986) yaptıkları araştırmalara dayanarak tükenmişlikte 3 özellikten bahsetmektedir: kendini işe vermede yetersizlik (duygusal tükenmişlik), hizmet verilen kişilere karşı olumsuz duygular besleme(duyarsızlaşma) ve kişinin kendini ve yaptığı işi olumsuz bir biçimde değerlendirme eğilimidir(kişisel başarı eksikliği) (19).

Tükenmişlik konusundaki çalışmaların büyük bir çoğunluğunda mesleki tükenmişliğin ele alınmasına karşılık mesleki tükenmişlikteki bazı özelliklerin aile, kadın ve ebeveynlerin yaşadıkları tükenmişlikle benzer olarak görölmesinden hareketle bazı araştırmacılar tükenmişlik araştırmalarını ailelerin, kadınların ve ebeveynlerin yaşadıkları tükenmişliği incelemeye yönelik olarak yapmışlardır.

Bu araştırmanın amacı da, hastaya bakım veren yakınlarının en fazla tükenmişlik bildirmelerine neden olan semptom kümelerinin belirlenmesi ve bu belirtilere uygun müdahalelerin uygulanmasını sağlamaya yönelik ipuçlarının elde edilmesidir.

Çalışmaya 76 hasta ve bakım veren alınmıştır. Tanı ve gidiş süresince bakım verenin tükenmişliğini etkileyen değişkenler incelendiğinde tanının konması ile sürecin başladığı bilinir. Hastalığın insanları en çok ürküten yanı bildiğimiz kadarıyla hastalığın kişinin sosyoekonomik statüsüne, eğitim düzeyine, genel sağlık ve sağlıklı durumuna, ahlaki karakterine veya başka herhangi bir etmene bakmadan herhangi birinin başına gelebilmesidir. Bu durum başlı başına bakım verenin anksiyetesini arttıracak ve kronik anksiyete tükenmişliğe neden olabilecektir. Tanı aşamasında bakım verenlerin klinisyenlere en çok sordukları sorulardan biri de hastalığın ailesel geçişli olup olmadığıdır. Bakım verenlerden 23'ü ailesel geçiş olabileceğini düşünmektedir. Hastalığın "ailesel" olduğunu düşünmeyenlerde duyarsızlaşma puanları "ailesel" olduğunu düşünenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Benzeri durum diğer alt ölçeklerde gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Tanıyı öğrendikten sonra başlayan süreç ise hastaya primer bakım verenin kim olacağı sorusunun cevaplandığı süreçtir. Primer bakım veren genellikle hastanın eşi, erişkin çocuklarından biri, çoğu kez kızı ya da gelini veya ücret karşılığı çalışan bir yardımcı olabilmektedir. Çalışmamızda 76 hastanın 36'sı çocuğu veya gelini

tarafından, 18'i eşi tarafından, 15'i kardeşi tarafından, 7'si anne/babası tarafından bakım verilmektedir. Bu durum çalışmalarda primer bakım verenin genelde eşi veya kızı/gelini olduğu görüşünü destekler. Bizim çalışmada 15 (%20) hastanın kardeşi tarafından bakım verilmesi diğer çalışmalardaki orana göre yüksektir.

Önceki çalışmalarda şizofreni bakım verenlerinde tükenmişlik yüksek saptanmıştır (55). Bu çalışmada da özellikle duygusal tükenmişlik puanları yüksek bulunmuştur. Maslach ölçeğinin kesme puanı olmaması nedeniyle kaç kişide tükenmişlik olduğunu söylemek olası değilken ortalama duygusal tükenmişlik puanı 14.55 ± 8.15 bulunmuştur. Daha önce şizofreni tükenmişlik çalışmalarında Maslach ölçeği kullanılmadığından diğer çalışmalarla bu sonuçları karşılaştırmak mümkün değildir. Maslach duyarsızlaşma puanı ise 5.00 ± 3.39 'dur. Maslach duygusal tükenmişlik puanının yüksek olmasına rağmen duyarsızlaşma puanının düşük olması dikkat çekicidir. Bunun nedeni bakım verenlerin tükenmişliğe rağmen bakım vermeye kendilerini zorlamaları ya da bakım vermeye kendilerini adanmaları olabilir. Diğer bir olasılık da duyarsızlaşmaya rağmen bunu testte belirtmekten kaçınmış olabilirler. Kişisel başarı puanı ortalaması ise 21.22 ± 6.01 'dir. Kişisel başarı puanının yüksek olması bakım verenlerin kendilerini yeterli hissetmeleri nedeniyle olabileceği gibi testte yetersizliklerini ifade etmek istememeleri nedeniyle de olabilir.

Bu araştırmada hastanın yaşı ve hastalık süresi ile bakım verenin tükenmişliği arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Daha önceki çalışmalar arasında da bu değişkenlerle tükenmişlik arasında net bir ilişki bulunamamıştır (45). Hastanın cinsiyeti ve bakım veren tükenmişliği arasında ilişki bulunamamış olsak da bazı çalışmalarda erkek hastası olan bakım verenlerin kadın hastası olan bakım verenler göre daha fazla tükenmişlik yaşadığı bildirilmiştir (31). Hastaların medeni durum ve çalışma durumu yönünden yapılan karşılaştırmalarında bakım verenlerin tükenmişlik puanları arasında anlamlı fark gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Hastaların toplam SAPS skoru ile tükenmişlik alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki/fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Daha önceki çalışmaların bir kısmında pozitif belirtilerle tükenmişlik arasında ilişki varken bir kısmında ilişki bulunamamıştır. Pozitif belirtiler medikal tedaviyle yatıştırılabildiğinden tükenmişlik üzerine etkisinin

daha az olması anlaşılabilir bir durumdur. SAPS alt ölçekleri olan SAPS varsanı, SAPS sanrı, SAPS garip davranış, SAPS yapısal düşünce bozukluğu, SAPS uygunsuz duygulanım ile tükenmişlik alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki/fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Negatif belirtilerin tükenmişlik üzerine etkisi ise anlamlı bulunmuştur. Hastaların SANS toplam skoru ile duygusal tükenmişlik puanı arasında pozitif, kişisel başarı puanı arasında ise negatif korelasyon vardır ($p<0.05$) Yani negatif belirti puanı yüksek olan hastaların bakım verenlerinde duygusal tükenmişlik puanları yüksek, kişisel başarı puanları ise düşüktür. Avolüsyon, aloji, apati gibi negatif belirtilerin tedaviye daha dirençli olduğu ve bakım verenleri daha çok rahatsız ettiği ile ilgili çalışmalar vardır (47). Bildiğimiz gibi antipsikotikler pozitif belirtileri yatıştırmakta başarıyla negatif belirtiler üzerine etkileri ise sınırlıdır. Negatif belirtilerin tükenmişliği arttırması bizim için beklenen bir bulgudur. Negatif semptomlar tükenmişliği etkileyen önemli değişkenlerden biridir. SANS toplam puanı ile duyarsızlaşma puanı arasında ise anlamlı ilişki/fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Yine SANS alt ölçeklerinden bazıları ile tükenmişlik alt ölçekleri arasında ilişki saptanmıştır. SANS duygulanım alt ölçeği ile kişisel başarı puanları arasında negatif korelasyon bulunmaktadır ($p<0.05$). SANS dikkat alt ölçeği ile tükenmişlik alt ölçeği arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır ($p<0.01$). Yani hastanın dikkat sorunları arttıkça bakım verenin tükenmişliği artıyor gibi görünmektedir. SANS aloji puanı ile duygusal tükenmişlik puanı arasında pozitif, kişisel başarı puanı arasında ise negatif korelasyon bulunmaktadır ($p<0.01$, $p<0.05$). SANS enerji azalması puanı ile duygusal tükenmişlik puanı arasında pozitif, kişisel başarı puanı arasında ise negatif korelasyon bulunmaktadır ($p<0.05$, $p<0.05$).

Bakım verenlerin cinsiyeti ve yaşı da tükenmişlik düzeyini etkileyebilmektedir. Bazı çalışmalarda kadın bakım verenlerin daha çok tükenmişlik yaşadığı bulunmuş olsa da bu konuda netlik yoktur (56). Genç yaştaki bakım verenlerin daha çok tükenmişlik yaşadığını belirten çalışmalar olsa da bu konuda da netlik yoktur. Bizim çalışmada ise bakım veren yaş ve cinsiyeti ile tükenmişlik arasında ilişki bulunamamıştır.

Daha önce çalışılmamış bir değişken ise eğitim seviyesidir. Eğitim seviyesi ile tükenmişlik alt ölçeklerinin ilişkisine bakıldığında eğitim seviyesi ile kişisel başarı puanı arasında korelasyon olduğu ($p<0.05$); diğer alt ölçekler ile korelasyon olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Post-hoc Bonferroni analizinde kişisel başarı alt ölçeğinde okur-yazar olmayanların ilköğrenim ve lise mezunlarına göre daha yüksek puan aldığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Okur-yazar olmayanlarla üniversite mezunları arasında ise kişisel başarı açısından fark bulunmamaktadır. Kişisel başarı puanlarının ilköğrenim ve lisede daha düşük algılanması eğitimle kendini değerlendirmenin daha gerçekçi olmasıyla yorumlanabilir.

Medeni durum ile tükenmişlik alt ölçeklerinin ilişkisine bakıldığında dul/boşanmış olanların evli olanlara göre daha yüksek duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Birçok tükenmişlik çalışmasında dul/boşanmış olanların daha yüksek tükenmişlik puanları aldığı bilinmektedir. Bu kişinin sosyal desteği ile ya da yakın bir ilişkisi olmasının sağladığı destekle açıklanabilir. Boşanmış olmanın getirdiği sosyal yük de tükenmişliği artırıyor olabilir. Bekarlarla diğer medeni durumdakiler arasında tükenmişlik açısından anlamlı ilişki/fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Bakım verenin çalışma durumuna göre yapılan gruplandırmada tükenmişlik puanları arasında anlamlı fark/ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Gelir düzeyi ile tükenmişlik puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında “idare ediyoruz” diyenlerin “zor geçiniyoruz” diyenlere göre kişisel başarı puanları istatistiksel olarak daha yüksek olarak bulunmuştur ($p<0.05$). Bu da maddi durumun getirdiği zorluğun tükenmişlik üzerine olumsuz etkisi ile açıklanabilir. “zor geçiniyoruz” diyen grubun duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları da diğer gruplardan yüksek olmakla beraber istatistiksel olarak bu fark anlamlı değildir ($p>0.05$).

Evde yaşayan kişi sayısı ile tükenmişlik alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$). Hasta ile bakım verenin birlikte yaşama süresi ile tükenmişlik alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$). Bazı çalışmalarda bakım süresi ile

tükenmişlik puanları arasında ilişki bulunmuş olsa da bazı çalışmalarda da bulunamamıştır.

Bakım verenin fiziksel hastalığı varlığı ya da yokluğu tükenmişlik puanları yönünden anlamlı fark oluşturmamaktadır ($p>0.05$). Bazı çalışmalarda kişinin kendi hastalığının olması bakım veren yükünü artırıyor sonucu çıkmışsa da bizim araştırmada bu sonuca ulaşılmamıştır. Bakım verenlerin hastalarına yakınlık derecesi ise tükenmişlik alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında anlamlı fark meydana getirmemiştir ($p>0.05$).

Hastalarının bakım evlerinde bakılmasını tercih eden yakınlarında evde bakımı tercih eden bireylere göre duygusal tükenmişlik puanı anlamlı oranda yüksek, kişisel başarı puanı ise anlamlı olarak düşüktür ($p<0.05$, $p<0.05$). Duyarsızlaşma puanı hastanın bakımevinde bakılmasını tercih edenlerde daha yüksek olmakla beraber aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmamıştır ($p>0.05$). Bakım vermektan tükenmişliği yüksek olanlar, hastalarına bakmaktan bıkmış durumda ve onların bakımevinde bakılmasını tercih etmekteler şeklinde yorumlanabilir.

Bakım verenlerin yardımcısı olanlarda duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları daha düşük, kişisel başarı puanları daha yüksek olmakla beraber aradaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$). Bu da yardımcısı olmanın kişinin yalnız hissetmesini azalttığı ve iş paylaşımının kişiyi daha az yorduğu biçiminde yorumlanabilir. Hastalığın “ailesel” olduğunu düşünmeyenlerde duyarsızlaşma puanları “ailesel” olduğunu düşünenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Benzeri durum diğer alt ölçeklerde gözlenmemiştir ($p>0.05$).

ASDÖ toplam puanı ile duygusal tükenmişlik ve duyarsızlık arasında negatif, kişisel başarı puanı arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır ($p <0.01$, $p <0.01$, $p <0.01$). Yani hastaların sosyal destekleri arttığında ya da sosyal desteklerini fazla algıladıklarında duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşmaları azalmaktadır. Bu kişisel başarı algılamasında da geçerlidir; sosyal destek arttıkça kişisel başarı daha yüksek görülmektedir.

ASDÖ aile puanı ile duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma arasında negatif, kişisel başarı puanı arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır ($p < 0.01$, $p < 0.01$, $p < 0.05$) ASDÖ arkadaş puanı ile duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma arasında negatif, kişisel başarı puanı arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır ($p < 0.01$, $p < 0.01$, $p < 0.01$) ASDÖ diğer puanı ile duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma arasında negatif, kişisel başarı puanı arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır ($p < 0.01$, $p < 0.01$, $p < 0.05$)

Algılanan sosyal destek bakım veren tükenmişliğinde önemli bir değişken gibi durmaktadır. Sosyal destek algısı yüksek olan bakım verenler anlamlı düzeyde daha düşük duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları almıştır. Bakım verenin sosyal desteğinin tükenmişlik üzerinde önemli bir belirleyici olduğu daha önceki çalışmalarda da gösterilmiştir (56). Bakım verenler için sosyal destek sağlanması, hastanelerde destekleyici terapilerin uygulanması bakım veren tükenmişliğini azaltabilir. Bunun için yurtdışında uygulanan programlar olmakla beraber ülkemizde bakım verenler için olanaklar kısıtlıdır.

Öncelikle psikiyatrik muayenelerde bakım verenler de göz önünde bulundurulmalı, şikayetleri olup olmadığı sorulmalıdır. Hatta mümkünse bakım verenler de psikiyatrik açıdan değerlendirilmelidir. Ülkemizde zaman kısıtlılığı nedeniyle bunları yapmak her zaman mümkün olmayabilir. Tükenmişlik açısından aile müdahaleleri ile çalışmalar yurtdışında bulunmaktadır. Bunlardan birinde aile müdahalesinin aile ortamının düzelmesindeki faydalarından genel bir şekilde bahsedilmekte ama bakım veren tükenmişliğinde spesifik bir düzelmeden bahsedilmemektedir (57).

Aile müdahalelerinin olması ailelerin kaygısını azaltacak ve belki de gerçek olmayan korkularını gerçekçi seviyeye çekecektir. Aileleri bilgilendirme toplantılarının yapılması ailelerin hastalıkla ilgili kaygılarını azaltabilir. Yine ülkemizde de örnekleri bulunan bakım verenler için sosyal aktivitelerin uygulanması hasta yakınlarının birbiriyle paylaşımını arttırabilir; hasta yakınlarının bazı şeyleri konuşabiliyor olması sıkıntılarını azaltabilir (47).

Grup terapileri bakım verenler için önemli olabilir. Yukarıda da belirtildiği üzere grup terapileri ailelerin hastalıkla ilgili kaygılarını azaltmada ve hastaların yalnız

hissetmemelerinde fayda sağlayabilir. Destekleyici terapiler de bireysel veya grup terapisi şeklinde uygulanabilir. Bu terapilerin bakım verenler üzerinde ne düzeyde etkili olduğu ve nasıl uygulanacağı konusu çalışmalarda yeterince çalışılmamıştır. Gelecek çalışmalarda bunun aydınlatılması bakım verenlerin tükenmişliğinin azaltılmasında önemli olacaktır (47).

Hastaların ve bakım verenlerin değişkenleri ile bakım veren tükenmişliğinin ilişkisine bakıldığında birçok demografik veri tükenmişliği etkiliyor gibi görünmektedir. Bunların bir kısmı istatistiksel olarak etkili gözükse de bir kısmı tükenmişlik üzerine gerçekten etkilidir. Bu çalışmada tükenmişlik üzerine en etkili değişkenler sosyal destek algısı ve hastanın negatif belirtileri olarak bulunmuştur.

Demografik verilerin etkisi çok çeşitli olduğu için ve kontrol edebilmek güç olduğu için regresyon analizinde demografik verileri dahil etmedik. Hem negatif semptomların hem de sosyal desteğin bakım veren tükenmişliği üzerine etkili olduğu bilinmekle beraber bu çalışmada istatistiksel olarak en etkili faktörü belirlemek amacıyla regresyon analizi yapıldı. Korelasyon analizinde tükenmişlik üzerine etkisi olan SANS toplam puanı, aile desteği puanı, arkadaş desteği puanı, diğer destek puanını regresyon analizine dahil ettik. Bu değişkenler bağımsız değişken, Maslach alt ölçeklerinden duygusal tükenmişlik ise bağımlı değişken kabul edilerek regresyon analizi yapıldı. Lojistik regresyon analizi sonucunda ASDÖ arkadaş puanının diğer değişkenlere göre duygusal tükenmişlikte daha etkili olduğu saptanmıştır. Bu sonuç istatistiksel bir anlam ifade etmenin yanında kişinin sosyal desteğinin tükenmişlik üzerinde ne kadar önemli olduğunu gösteren bir bulgudur. Arkadaş desteğinin en önemli etmen olarak çıkması ise kişinin ailesi dışında arkadaşlarının desteğinin de ayrı bir öneme sahip olduğunu göstermektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları:

Çalışmamıza 76 hasta alınmıştır. Literatürde benzer hasta sayılarıyla yapılmış yayınlar bulunmakla birlikte olgu sayısının az olması çalışmanın kısıtlılıklarındandır.

Çalışmamız kesitsel özellik taşımaktadır. Hastaların ve bakım verenlerin takibi, bakım verenlere yapılacak müdahalelerin değerlendirilmesi ile yapılacak uzunlamasına çalışmalar daha ayrıntılı sonuçlar sağlayabilecektir.

Hastaların psikiyatrik tanıları olup olmadığı sözel olarak sorulmasına rağmen ölçeklerle depresyon ve anksiyete skorlarının belirlenmemesi bir kısıtlılıktır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde daha önceki bölümde ayrıntılı biçimde ele alınan bulgular ve bu bulgular doğrultusunda yapılacak araştırmalara yön verici öneriler özetlenmektedir.

Bulgular:

1. Hasta parametreleri ile bakım verenlerin tükenmişliği arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik yapılan analizlerde; hastanın yaşı, cinsiyeti ve hastalık süresi ile Maslach alt ölçekleri arasında anlamlı ilişkinin olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).
2. Hastanın medeni durumu ve çalışma durumu ile Maslach alt ölçekleri arasında anlamlı ilişkinin olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).
3. Hastaların pozitif belirtilerini ölçen SAPS ölçeği toplam puanı ve Maslach alt ölçekleri arasında anlamlı ilişkinin olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). SAPS alt ölçekleri puanı ve Maslach alt ölçekleri arasında anlamlı ilişkinin olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).
4. Hastaların SANS toplam skoru ile duygusal tükenmişlik puanı arasında pozitif, kişisel başarı puanı arasında ise negatif korelasyon vardır ($p<0.05$) SANS toplam puanı ile duyarsızlaşma puanı arasında ise anlamlı ilişki/fark saptanmamıştır ($p>0.05$).
5. SANS alt ölçeklerinden SANS zevk almama ile tükenmişlik alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki/fark saptanmamıştır ($p>0.05$). SANS alt ölçeklerinden SANS duygulanım ile kişisel başarı puanları arasında negatif korelasyon bulunmaktadır ($p<0.05$) SANS dikkat alt ölçeği ile tükenmişlik alt ölçeği arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır ($p<0.01$) SANS aloji puanı ile duygusal tükenmişlik puanı arasında pozitif, kişisel başarı puanı arasında ise negatif korelasyon bulunmaktadır ($p<0.01$, $p<0.05$). SANS enerji azalması puanı ile duygusal tükenmişlik puanı arasında pozitif, kişisel başarı puanı arasında ise negatif korelasyon bulunmaktadır ($p<0.05$, $p<0.05$)

6. Bakım veren parametreleri ile bakım verenlerin tükenmişliği arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik yapılan analizlerde; bakım verenin yaşı ve cinsiyeti ile Maslach alt ölçekleri arasında anlamlı ilişkinin olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Eğitim seviyesi ile tükenmişlik alt ölçeklerinin ilişkisine bakıldığında eğitim seviyesi ile kişisel başarı puanı arasında korelasyon olduğu ($p<0.05$); diğer alt ölçekler ile korelasyon olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Post-hoc Bonferroni analizinde kişisel başarı alt ölçeğinde okur-yazar olmayanların ilköğrenim ve lise mezunlarına göre daha yüksek puan aldığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Okur- yazar olmayanlarla üniversite mezunları arasında ise kişisel başarı açısından fark bulunmamaktadır.
7. Medeni durum ile tükenmişlik alt ölçeklerinin ilişkisine bakıldığında dul/boşanmış olanların evli olanlara göre daha yüksek duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Medeni durum ile kişisel başarı puanı arasında ise korelasyon saptanmamıştır ($p>0.05$). Bekarlarla diğer medeni durumdakiler arasında tükenmişlik açısından anlamlı ilişki saptanmamıştır.
8. Bakım verenin çalışma durumuna göre yapılan grupta tükenmişlik puanları arasında anlamlı fark/ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Gelir düzeyi ile tükenmişlik puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında “idare ediyoruz” diyenlerin “zor geçiniyoruz” diyenlere göre kişisel başarı puanları istatistiksel olarak daha yüksek olarak bulunmuştur ($p<0.05$). “zor geçiniyoruz” diyen grubun duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları da diğer gruplardan yüksek olmakla beraber istatistiksel olarak bu fark anlamlı değildir ($p>0.05$).
9. Evde yaşayan kişi sayısı, hasta ile bakım verenin birlikte yaşama süresi, bakım verenin fiziksel hastalığı varlığı ya da yokluğu ve bakım verenlerin hastalarına yakınlık derecesi ile Maslach alt ölçekleri arasında anlamlı ilişkinin olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).
10. Hastalarının bakım evlerinde bakılmasını tercih eden yakınlarda evde bakımı tercih eden bireylere göre duygusal tükenmişlik puanı anlamlı oranda yüksek, kişisel başarı puanı ise anlamlı olarak düşüktür ($p<0.05$, $p<0.05$). Duyarsızlaşma puanı hastanın bakımevinde bakılmasını tercih edenlerde daha

yüksek olmakla beraber aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmamıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin yardımcısı olanlarda duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları daha düşük, kişisel başarı puanları daha yüksek olmakla beraber aradaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$).

11. Hastalığın “ailesel” olduğunu düşünmeyenlerde duyarsızlaşma puanları “ailesel” olduğunu düşünenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Benzeri durum diğer alt ölçeklerde gözlenmemiştir ($p>0.05$).
12. ASDÖ toplam puanı ile duygusal tükenmişlik ve duyarsızlık arasında negatif, kişisel başarı puanı arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır ($p <0.01$, $p <0.01$, $p <0.01$). ASDÖ aile puanı ile duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma arasında negatif, kişisel başarı puanı arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır ($p <0.01$, $p <0.01$, $p <0.05$) ASDÖ arkadaş puanı ile duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma arasında negatif, kişisel başarı puanı arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır ($p <0.01$, $p <0.01$, $p <0.01$) ASDÖ diğer puanı ile duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma arasında negatif, kişisel başarı puanı arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır ($p <0.01$, $p <0.01$, $p <0.05$).
13. Demografik verilerin etkisi çok çeşitli olduğu için ve kontrol edebilmek güç olduğu için regresyon analizinde demografik verileri dahil etmedik. Hem negatif semptomların hem de sosyal desteğin bakım veren tükenmişliği üzerine etkili olduğu bilinmekle beraber bu çalışmada istatistiksel olarak en etkili faktörü belirlemek amacıyla regresyon analizi yapıldı. Korelasyon analizinde tükenmişlik üzerine etkisi olan SANS toplam puanı, aile desteği puanı, arkadaş desteği puanı, diğer destek puanını regresyon analizine dahil ettik. Bu değişkenler bağımsız değişken, Maslach alt ölçeklerinden duygusal tükenmişlik ise bağımlı değişken kabul edilerek regresyon analizi yapıldı. Lojistik regresyon analizi sonucunda ASDÖ arkadaş puanının diğer değişkenlere göre duygusal tükenmişlikte daha etkili olduğu saptanmıştır.

Öneriler:

1. Şizofreni hastalarında Türkiye’de ilk kez kullanılan Maslach tükenmişlik ölçeğinin bu yöndeki kullanımının artmasının, bakım verenlerin tükenmişlik

yaşantıları ile hastaların semptom kümeleri arasındaki ilişkinin sonraki çalışmalarda belirlenmesinin önemli olduğu dűřünölmektedir.

2. Bakım verene yönelik adımlar tartışılırken alternatiflerin birey tükendikten sonra değil, tükenmenin engellenmesi için profilaktik olarak kullanılması gerekmektedir. Hastanın bakım verenin tükenmesine neden olan semptomlarını tanımak ve tedavi etmek konusunda bu konuda uzmanlaşmış yeterli klinisyenin olmaması bakım verenlerin ve ailenin bu semptomların tedavi edilebilir olduğundan habersiz olmalarına yol açmaktadır. Oysaki farmakolojik olmayan ve farmakolojik tedavi yaklaşımlarının hekimler tarafından bilinmesi ve bu konuda hasta yakınlarının bilgilendirilmesini vurgulamak önemli olacaktır.
3. şizofreni hastalarının belirtilerini azaltmak ve sosyal işlevselliğini arttırmak için birçok farklı yöntemi toplu halde uygulamak gerekmektedir. Bu konudaki yöntemleri daha iyi anlayabilmek için daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç vardır. Hastaların erken dönemde terapilere veya rehabilitasyon programlarına alınması hastanın işlevselliğinin artırılması için büyük önem taşımaktadır.
4. Bu alanda yapılacak çalışmaların kültürler arası, hastalığın davranış ve psikolojik semptomlarının değerlendirilmesi ve uzunlamasına çalışmalarla seyirlerinin ve topluma, çevreye, aileye ve bakım verenlere etkilerinin araştırılmasını kapsamaları önerilmektedir.
5. Türkiye’de hasta ve bakım verenlere yönelik bu tür çalışmaların artması ve şizofreni Dernekleri gibi sosyal destek grupları ile işbirliğinin sağlanması, Avrupa ve Amerika’da olduğu gibi gündüz rehabilitasyon ve destek merkezlerinin açılmasının hasta yakınlarının hissettiği tükenmişliği azaltacağı izlenimi edinilmektedir. Bu konuda psikiyatristlerin, aile hekimlerinin, psikologların, sosyal hizmet uzmanlarının, rehabilitasyon merkezi personelinin, aile üyelerinin ve gönüllülerin içinde olduğu ekibin işbirliği içerisinde çalışması hem hissedilen yükü azaltacak hem de hastalara daha etkin bir fayda sağlayacaktır.

ÖZET

Amaç: Şizofreni hastalarına bakım veren yakınlarının tükenmişliğini değerlendirmek, tükenmişlik üzerinde şizofreninin hangi belirtilerinin daha etkili olduğunu tespit etmeye çalışmak ve sosyal desteğin tükenmişlikle ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini DSM-IV-TR 'e göre en az 2 yıldır Şizofreni tanısı olan 76 hasta ve bu hastalara en az 1 yıl süreyle bakım veren 76 hasta yakınından oluşmaktadır. Hastalara araştırmacı tarafından düzenlenmiş sosyodemografik veri formu ile hastalık belirtilerinin düzeyini belirlemek amacıyla SAPS, SANS ölçekleri uygulanmıştır. Bakım verenlere ise tükenmişlik düzeyini belirlemek için Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve sosyal destek düzeyini araştırmak için Algılanan Sosyal Destek Ölçeği uygulanmıştır. Sonuçlar, gruplar arası fark, korelasyon ve lojistik regresyon analizleri ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmanın sonucuna göre şizofreni hastalarına bakım veren yakınlarının tükenmişliğinin bakım verenlerin sosyal desteği ve hastaların negatif belirtilerinin şiddeti ile ilişkili olduğu sonucu bulunmuştur.

Hastalık süresi, hastayla geçirilen süre, hasta ve bakım veren cinsiyeti ve hastanın pozitif belirtilerinin bakım veren tükenmişliği ile anlamlı ilişkisi bulunamamıştır.

Tartışma: Bakım verenlerin tükenmişliğini arttıran semptom kümelerinin tanınmasına ve müdahale edilmesine yönelik etkin yöntemlerin geliştirilmesi gerekmektedir.

SUMMARY

Aim: The aim of the study is to evaluate burnout of the schizophrenia patients' burnout and to determine possible relationship between symptomatology, perceived social support and the burnout profile of their primary caregivers.

Method: Subjects included in the study are 76 schizophrenia patients at least two years (according to DSM-IV-TR criteria) and their caregivers who cared at least one year. Sociodemographic form arranged by researcher, Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS), Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) to evaluate severity of symptoms were applied to the patients. Maslach Burnout Inventory for caregivers (MBI) to evaluate burnout and Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSP) to evaluate social support were applied to the caregivers of the patients.

Collected data were analysed via Student's t-Test, One-Way ANOVA, Pearson's Correlation Analysis and Logistic Regression Analysis.

Findings: The burnout profile of the caregivers highly correlates with perceived social support of the caregivers and correlates with negative symptoms of the patients. The burnout profile of the caregivers were not correlated with duration of illness, time spent with the patient, gender of the patient and the caregiver and positive symptoms of the patients.

Discussion: Appropriate approaches should be held for identifying and intervening the symptomatic features that may exacerbate the burnout process.

KAYNAKLAR

1. Öztürk MO, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Cilt 1, 11. Basım, 2008, Ankara
2. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Eight Edition Volume 1, 2004, New York
3. Köroğlu E, Güleç C, Psikiyatri Temel Kitabı, 2. Baskı, 2007
4. Kaplan and Sadock's Synopsis of Pschiatry Tenth Edition, 2007, New York
5. Kaplan and Sadock's Klinik Psikiyatri El Kitabı, 4. Baskı, 2009, Ankara
6. Andreasen NC, Black DW, Introductory Textbook of Psychiatry, 4. Baskı, 2006, Washington
7. Amador XF, Kirkpatrick B ve ark. (1999) Stability of diagnosis of deficit syndrome in schizophrenia. Am J Psychiatry, 156(4):637-639
8. Buchanan RW, Breier A ve ark. (1998) Positive and negative symptom response to clozapine in schizophrenic patients with and without deficit syndrome. Am J Psychiatry, 155(5):751-760
9. Buchanan RW, Buckley PF ve ark. (1998) Schizophreniz research: a biennium progress. Schizophrenia Bull. 24:501-518
10. Peralta V, Cuesta MJ ve ark. (2000) Differentiating primary from secondary negative symptoms in schizophrenia: a study of neuroleptic-naive patients before and after treatment. Am J Psychiatry 157(9): 1461-1466
11. American Psychiatric Association (2000) Practise Guidelines for the treatment of Psychiatric disorders, Compendium 2000. Washington DC: American Psychiatric Assosiation
12. Hannerz H, Borga P, Borritz M. Life expectancies for individuals with psychiatric diagnoses. Public Health 2001;115:328-337

13. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR) Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2000
14. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992.
15. Wiersma D ve ark. (1998) Natural course of schizophrenic disorders: A 15 year follow-up of a Dutch Incidence Cohort. Schiz Bull. 24(1):75-85
16. Lieberman JA, Sobel SN(1993) Predictors of Treatment Response and Course of Schizophrenia. Current Option in Psychiatry 6:63-69
17. Yılmaz A. Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Yakınlarında Tükenmişlik ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi,2003, Ankara
18. Ergin C: Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlanması. Ankara VII. Ulusal Psikoloji Kongresi, Ek-2, 1993.
19. Tolga Duygun: Zihinsel engelli ve sağlıklı çocuk annelerinde stres belirtileri stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal desteğin tükenmişlik düzeyine olan etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara-2001
20. Platt S (1985) Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. Psychol Med, 15:383-393.
21. Barrowclough C, Tarrrier N (1992) Families of schizophrenic patients. Cognitive behavioural intervention. London, Chapman & Hall.
22. Bebbington P, Kuipers L (1994) The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. Psychol Med, 24:707-718.
23. Ell K. Social networks, social support and coping with serious illness: The family connection. Soc Sci Med 1996;42:173-83

24. Yılmaz A, Turan E. Burnout in caregivers of alzheimer patients, factors leading to burnout and coping ways: scientific letter *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2007, 27:445-454
25. Clausen JA, Yarrow MR. The impact of mental illness on the family. *J Soc Issues* 1955; 11: 3-64
26. Mandelbrote BM, Folkard S. Some problems and needs of schizophrenics in relation to a developing psychiatric community service. *Compr Psychiatry* 1961; 2: 317-28
27. Grad J, Sainsbury P. Mental illness and the family. *Lancet* 1963; I: 544-7
28. Hoenig J, Hamilton MW. The schizophrenia patient in the community and his effect on the household. *Int J Soc Psychiatry* 1966; 12: 165-76
29. Almberg B, Grafström M, Winblad B: Major strain and coping strategies reported by family members. *Journal of Advanced Nursing*, 26:683-691,1997.
30. Mors O, Sorensen LV, Therkilden ML. Distress in the relatives of psychiatric patients admitted for the first time. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85: 507-11
31. Scazufca M, Kuipers E. Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia *Br J Psychiatry*. 1996 May;168(5):580-7.
32. Rosenfarb IS, Bellack AS, Aziz N. A sociocultural stress, appraisal and coping model of schizophrenia burden and family attitudes towards patients with schizophrenia. *J Abn Psychol* 2006; 115: 157-65
33. Jenkins J. Ethnopsychiatric conceptions of schizophrenia illness: the problem with nervios within Mexican American families. *Cult Med Psychiatry* 1988; 12: 301-29
34. Jenkins J. Subjective experiences of persistent schizophrenia and depression among U.S. Latinos and Euro-Americans. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 20-5

35. Tessler RC, Fisher GA, Gamache GM. Dilemmas of kinship: mental illness and the modern American family. Amherst (MA): Amherst Social and Demographic Research Institute, University of Massachusetts, 1990
36. Karno M, Jenkins JH, de la Selva A, et al. Expressed emotion and schizophrenic outcome among Mexican Americans. *J Nerv Ment Dis* 1987; 175: 143-51
37. Jenkins JH, Karno M. The meaning of expressed emotion: theoretical issues raised by cross-cultural research. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 9-21
38. Gutierrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Kavanagh DJ. Burden of car and general health in families of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2005; 40: 899-904
39. Woltraus JED, Dingemans PMAJ, Scheme AH. Caregiver burden in recent-onset schizophrenia and spectrum disorders: the influence of symptoms and personality traits. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 241-7
40. Dyck DG, Short R, Vitaliano PP. Predictors of burden and infection illness in schizophrenia caregivers. *Psychosomatic Med* 1999; 61: 411-9
41. Magliano L, Marasco C, Fiorillo A ve ark. (2002) The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatr Scand*, 106: 291-298.
42. Schene AH, Wijnagaarden B, Koeter MWJ. Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. *Schizophr Bull* 1998; 4: 609-18
43. Provencher HL, Mueser KT (1997) Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophr Res*, 26:71-80
44. Levene JE, Lancee WJ, Seeman MV (1996) The perceived family burden scale: measurement and validation. *Schizophr Res*, 22: 151-157.

45. Lowyck B, M de Hert, Peeters E ve ark. (2001) Can we identify the factors influencing the burden on family members of patients with schizophrenia ? *Int J Psychiatr Clin Prac*, 5: 89-96.
46. Shibre T, Medhin G, Teferra S, Wakwoya A, Berhanu E, Abdulahi A, Alem A, Fekadu A. (2012) Predictors of carer-burden in schizophrenia: a five-year follow-up study in Butajira, Ethiopia. *Ethiop Med J*. 50(2):125-33.
47. Möller-Leimkühler AM, Wiesheu A. (2012) Caregiver burden in chronic mental illness: the role of patient and caregiver characteristics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience*, 262(2):157-66.
48. Magliano L, Fiorillo A, Malangona C. Family burden in schizophrenia: effects of socio-environmental and clinical variables and family interventions. *Epidemiol Psichiatr Soc* 1998; 7: 178-87
49. Caqueo-Urizar A, Gutierrez-Moldonado J, Miranda-Castillo C (2009) Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7:84.
50. Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C, Özmen E: Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. *Düşünen Adam* 1991; 4: 20-24. Özgün makale: Andreasen NC: Methods for assessing positive and negative symptoms. *Mod Probl Pharmacopsychiatry* 1990; 24: 73-88
51. Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C, Özmen E: Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. *Düşünen Adam* 1991; 4: 16-19. Özgün makale: Andreasen NC: Methods for assessing positive and negative symptoms. *Mod. Probl Pharmacopsychiatry* 1990; 24: 73-88
52. Çapri B, Tükenmişlik Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2006,2(1):62-77. Özgün makale: Maslach, C. ve Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113. Psikiyatride kullanılmaya başlanması: Angermeyer, M.C., Bull, N., Bernert, S., Dietrich, S.

& Kopf, A. (2006). Burnout of Caregivers: A Comparison between Partners of Psychiatric Patients and Nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(4), 158-165. ("recipient" referred to the "the patient" and "job" referred to the "caregiving" similar to the manner performed in the study of Angermeyer et al. [2006].

53. Eker D, Arkar H, Yıldız H: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001;12(1):17-25. Özgün makale: Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG ve ark. (1988) The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*, 52:30-41.
54. Freedman R. Schizophrenia. *N Engl J Med* 2003; 349: 1738-1749
55. Panayiotopoulos C, Pavlakis A, Apostolou M.. Family burden of schizophrenic patients and the welfare system; the case of Cyprus. *Int J Ment Health Syst*. 2013 May 2;7(1):13)
56. Gülseren L, Cam B, Karakoç B The perceived burden of care and its correlates in schizophrenia *Turk Psikiyatri Derg*. 2010 Fall;21(3):203-12.
57. Greenberg PE, Kessler RC The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *J Clin Psychiatry*. 2003 Dec;64(12):1465-75.

EKLER

HASTALAR İÇİN DEMOGRAFİK VERİLER

Cinsiyet:

Yaş:

Eğitim:

Okur-yazar değil() İlköğrenim() Lise() Üniversite ve üstü()

Medeni durum:

Evli() Bekar() Dul/Boşanmış()

Çalışma durumu:

Çalışıyor() Çalışmıyor() Emekli() Malulen emekli

Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği(SAPS)

0: Yok 1: Şüpheli 2: Hafif 3: Orta 4: Belirgin 5: Şiddetli

VARSANILAR

- 1.İşitsel varsanılar 0 1 2 3 4 5
- 2.Yorum yapan sesler 0 1 2 3 4 5
- 3.Aralarında konuşan sesler 0 1 2 3 4 5
- 4.Somatik ya da dokunsal varsanılar 0 1 2 3 4 5
- 5.Koku varsanıları 0 1 2 3 4 5
- 6.Görsel varsanılar 0 1 2 3 4 5
- 7.Global olarak varsanılar 0 1 2 3 4 5

SANRILAR

- 8.Kötülük görme varsanıları 0 1 2 3 4 5
- 9.Kıskançlık sanrıları 0 1 2 3 4 5
- 10.Suçluluk ya da günahkarlık sanrıları 0 1 2 3 4 5
- 11.Büyüklik sanrıları 0 1 2 3 4 5
- 12.Dinsel sanrılar 0 1 2 3 4 5
- 13.Somatik sanrılar 0 1 2 3 4 5
- 14.Referans sanrıları 0 1 2 3 4 5
- 15.Kontrol edilme sanrıları 0 1 2 3 4 5
- 16.Düşünce okunması sanrıları 0 1 2 3 4 5
- 17.Düşünce yayınlanması 0 1 2 3 4 5
- 18.Düşünce sokulması 0 1 2 3 4 5
- 19.Düşünce çekilmesi 0 1 2 3 4 5
- 20.Global olarak sanrılar 0 1 2 3 4 5

GARİP DAVRANIŞ

- 21.Giyim ve görünüm 0 1 2 3 4 5
- 22.Toplumsal ve cinsel davranış 0 1 2 3 4 5
- 23.Saldırgan ve taşkın davranış 0 1 2 3 4 5
- 24.Yineleyici ya da stereotipik davranış 0 1 2 3 4 5
- 25.Global olarak garip davranış 0 1 2 3 4 5

POZİTİF YAPISAL DÜŞÜNCE BOZUKLUĞU

- 26.Raydan çıkma 0 1 2 3 4 5
- 27.Teğetsellik 0 1 2 3 4 5
- 28.Enkoherans 0 1 2 3 4 5
- 29.Mantıksızlık 0 1 2 3 4 5
- 30.Çevresel konuşma 0 1 2 3 4 5
- 31.Baskılı konuşma 0 1 2 3 4 5
- 32.Çelinebilir konuşma 0 1 2 3 4 5
- 33.Klang çağrışım 0 1 2 3 4 5
- 34.Global olarak yapısal düşünce bozukluğu 0 1 2 3 4 5

UYGUNSUZ DUYGULANIM

- 35.Uygunsuz duygulanım 0 1 2 3 4 5

NEGATİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ(SANS)

0: Yok 1: Şüpheli 2: Hafif 3: Orta 4: Belirgin 5: Şiddetli

DUYGULANIMDA DÜZLEŞME YA DA KÜNTLEŞME

1. Değişmeyen yüz ifadesi 0 1 2 3 4 5
2. Kendiliğinden hareketlerde azalma 0 1 2 3 4 5
3. Jestlerde azalma 0 1 2 3 4 5
4. Zayıf göz ilişkisi 0 1 2 3 4 5
5. Duygusal tepkisizlik 0 1 2 3 4 5
6. Sesle vurgulamada yetersizlik 0 1 2 3 4 5
7. Duygulanımda düzleşmenin global değerlendirmesi 0 1 2 3 4 5

ALOJİ

8. Konuşmanın yoksulluğu 0 1 2 3 4 5
9. Konuşma içeriğinin yoksulluğu 0 1 2 3 4 5
10. Bloklar 0 1 2 3 4 5
11. Yanıttan önce bekleme süresinin uzaması 0 1 2 3 4 5
12. Alojinin global değerlendirmesi 0 1 2 3 4 5

ENERJİ VE İSTEĞİN AZALMASI

13. Kendine bakım ve temizlik 0 1 2 3 4 5
14. İş ya da okulda sebatsızlık 0 1 2 3 4 5
15. Fizik enerjinin azalması 0 1 2 3 4 5
16. Enerji ve isteğin azalmasının global değerlendirmesi 0 1 2 3 4 5

ZEVK ALMAMA VE TOPLUMSAL ÇEKİLME

17.Eğlenceye yönelik ilgi ve etkinlikler 0 1 2 3 4 5

18.Cinsel etkinlik 0 1 2 3 4 5

19.Yakınlık duygusu ve yakınlıkta yetersizlik 0 1 2 3 4 5

20.Arkadaş ve akranlarla ilişkiler 0 1 2 3 4 5

21.Zevk almama ve toplumsal çekilmenin global 0 1 2 3 4 5

değerlendirmesi

DİKKAT

22.Sosyal dikkatsizlik 0 1 2 3 4 5

23.Mental durum değerlendirmesi sırasında dikkatsizlik 0 1 2 3 4 5

24.Dikkatin global olarak değerlendirilmesi 0 1 2 3 4 5

BAKIM VERENLER İÇİN DEMOGRAFİK VERİLER

Cinsiyet:

Yaş:

Eğitim:

Okur-yazar değil() İlköğrenim() Lise() Üniversite ve üstü()

Medeni durum:

Evli() Bekar() Dul/Boşanmış

Çocuk sayısı:

Mesleği:

Gelir düzeyi:

Zor geçiniyoruz() İdare ediyoruz() İyi geçiniyoruz()

Evde kaç kişi yaşıyor?

Evde bakıma muhtaç başka birey var mı?

Var() Yok()

Kaç senedir hastayla birlikte yaşıyorsunuz?

Hastanızın yakınlık derecesi:

Eşi() Çocuğu() Diğer()

Herhangi bir fiziksel ya da ruhsal hastalığınız var mı?

Var() Yok()

Yakınınız evde mi bir bakım evinde mi daha iyi bakılır?

Evde() Bakım evinde()

Evde bakım için size yardımcı olan var mı?

Var() Yok() Bakıcı()

Şizofreni hastalığının ailesel olabileceğini düşünüyor musunuz?

Evet() Hayır()

Maslach Tükenmişlik Ölçeği(MBI)

Sizden istenen her bir ifadenin örneklediği durumu ne kadar sıklıkla yaşadığınızı uygun yanıt aralığına çarpı(X) işareti koyarak belirtmenizdir.

MADDELER:

1.Hastamdan soğuduğumu hissediyorum.

Hiçbir zaman() Çok nadir() Bazen() Çoğu zaman() Her zaman()

2.Gün sonunda kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.

Hiçbir zaman() Çok nadir() Bazen() Çoğu zaman() Her zaman()

3.Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.

Hiçbir zaman() Çok nadir() Bazen() Çoğu zaman() Her zaman()

4.Hastamın ne hissettiğini hemen anlarım.

Hiçbir zaman() Çok nadir() Bazen() Çoğu zaman() Her zaman()

5.Hastama sanki insan değilmiş gibi davrandığımı fark ediyorum.

Hiçbir zaman() Çok nadir() Bazen() Çoğu zaman() Her zaman()

6.Bütün gün hastamla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.

Hiçbir zaman() Çok nadir() Bazen() Çoğu zaman() Her zaman()

7.Hastamın sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.

Hiçbir zaman() Çok nadir() Bazen() Çoğu zaman() Her zaman()

8.Hastamın bakımına yönelik yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.

Hiçbir zaman() Çok nadir() Bazen() Çoğu zaman() Her zaman()

9.Yaptığım şeylerle hastamın yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.

Hiçbir zaman() Çok nadir() Bazen() Çoğu zaman() Her zaman()

10.Hastamla birlikte olmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.

Hiçbir zaman() Çok nadir() Bazen() Çoğu zaman() Her zaman()

11.Hastamın bakımının beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.

Hiçbir zaman() Çok nadir() Bazen() Çoğu zaman() Her zaman()

12.Çok şeyler yapabilecek güçteyim.

Hiçbir zaman() Çok nadir() Bazen() Çoğu zaman() Her zaman()

13.Hastamın beni kısıtladığını düşünüyorum.

14.Hastamın bakımı konusunda çok fazla çalıştığımı hissediyorum.

Hiçbir zaman() Çok nadir() Bazen() Çoğu zaman() Her zaman()

15.Hastama ne olduğu umrumda değil.

Hiçbir zaman() Çok nadir() Bazen() Çoğu zaman() Her zaman()

16.Doğrudan doğruya hastamla ilgilenmek bende çok fazla stres yaratıyor.

Hiçbir zaman() Çok nadir() Bazen() Çoğu zaman() Her zaman()

17.Hastamla aramda rahat bir hava yaratırım.

Hiçbir zaman() Çok nadir() Bazen() Çoğu zaman() Her zaman()

18.Hastamla birlikte olduktan sonra kendimi canlanmış hissedirim.

Hiçbir zaman() Çok nadir() Bazen() Çoğu zaman() Her zaman()

19.Hastamın bakımına yönelik birçok kayda değer başarı elde ettim.

Hiçbir zaman() Çok nadir() Bazen() Çoğu zaman() Her zaman()

20.Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.

Hiçbir zaman() Çok nadir() Bazen() Çoğu zaman() Her zaman()

21.Hastamla ilgili duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.

Hiçbir zaman() Çok nadir() Bazen() Çoğu zaman() Her zaman()

22.Hastamın bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandığımı hissediyorum.

Hiçbir zaman() Çok nadir() Bazen() Çoğu zaman() Her zaman()

16- ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (ASDÖ)

Orijinal Kaynak: Zimet ve ark. 1988, Türkçesi; **Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması:** Eker ve ark. 2001

YÖNERGE: Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle HAYIR	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle EVET
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle HAYIR	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle EVET
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle HAYIR	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle EVET
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle HAYIR	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle EVET
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle HAYIR	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle EVET
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle HAYIR	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle EVET
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle HAYIR	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle EVET
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle HAYIR	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle EVET
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle HAYIR	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle EVET
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle HAYIR	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle EVET
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle HAYIR	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle EVET
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle HAYIR	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle EVET
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------