



Orjinal Makale

Şizofreni hastalarının genel sosyal işlevsellik düzeyi ve hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükü

Yunus Kaya,¹ Fatma Öz²

¹Siirt Üniversitesi, Sağlık Yüksek Okulu, Hemşirelik Bölümü, Siirt

²Yakın Doğu Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kıbrıs

Özet

Amaç: Bu çalışma, şizofreni hastalarının genel sosyal işlevsellik düzeylerini ve hastalara bakım veren kişilerin bakım yükünü belirlemeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, Ankara ilindeki hastanelerin psikiyatri polikliniklerinde tedavi gören şizofreni hastalarının primer bakım verenleri ile yürütülmüştür. Çalışmanın evreni, psikiyatri polikliniklerinde ayakta tedavi gören şizofreni hastalarına primer bakım veren 130 kişiden oluşmuştur. Çalışma, Ocak–Temmuz 2013 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veriler hasta ve bakım veren sosyodemografik özellikler formu, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği ve Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Bu çalışma, hem bakım veren yükü (55.80 ± 15.90) hem de hastaların genel sosyal işlevsellik düzeylerinin (49.96 ± 16.34) orta seviyede olduğunu ve bu iki sonuç arasında orta seviyede negatif bir korelasyon olduğunu göstermiştir ($r = -0.67$, $p < 0.001$).

Sonuç: Bu sonuçlar ışığında, psikiyatri hemşirelerinin bakım verenlerin yükünü azaltmak için psikososyal girişimler planlaması ve hastaların genel sosyal işlevsellik düzeylerini geliştirmek üzere psikososyal beceri eğitimlerinin uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Bakım verme; bakım veren yükü; genel sosyal işlevsellik; şizofreni.

Genellikle genç yaşlarda başlayan ve kronik bir ruhsal bozukluk olan şizofreni, gerçeklikten ve alışlagelen kişilerarası ilişkilerden kopma, günlük yaşamdan çekilerek kendini izole etme ve algıların, düşüncelerin ve davranışların bozulması dâhil olmak üzere birçok semptom barındırır.^[1-4] Şizofreni hastalığının doğasından ve pozitif semptomlarından kaynaklanan sorunlar nedeniyle hastaların işlevselliğinde, kişisel bakımında ve mesleki, sosyal ve akademik yaşamlarında büyük bir düşüş gerçekleşebilir.^[3,5] Genel sosyal işlevsellikte yaşanan sorunlar, hastaların kişilerarası ilişkilerinde tutarlı davranışlar sergileme, sosyal ve mesleki sorumluluklarını yerine getirme ve tıbbi tedavilerine uyum gösterme konusunda zorluk yaşamalarına neden olmaktadır.^[6-8] Dolayısıyla şizofreni, hastaların bağımsız yaşamalarını engellemekte ve yaşam doyumlarını azaltmaktadır. Bu nedenle şizofreni has-

ları günlük yaşamlarında önemli bir desteğe ihtiyaç duymaktadır.^[7,9]

Ailenin bir birim olduğu düşünüldüğünde şizofreni hastasının yaşadığı sorunlar genellikle üyesi olduğu aileyi de kaçınılmaz olarak etkilemektedir. Hastalığın neden olduğu bozukluklar nedeniyle hastanın desteklenmesi ve bakımını üstlenen aile üyeleri de birtakım zorluklar yaşamaktadır. Şizofreni hastalarının bazı yeteneklerini yitirmesi ailenin günlük rutininin ve aile üyelerinin rollerinin ve sorumluluklarının değişmesine neden olmaktadır. Sağlıklı ailelerin bile belirli zamanlarda yaşadıkları sorunlarla etkili bir şekilde başa çıkmada zorluk yaşadığı dikkate alındığında, aile üyelerinden biri ruhsal bozukluğa sahip olduğunda sorunlarla başa çıkmada daha fazla zorluk yaşandığı görülmektedir.^[8,10,11] Bu ailelerin karşılaşılabileceği zorluklara



Konu hakkında bilinenler nedir?

• Kronik bir hastalık olan şizofreni yalnızca yetersizliğe değil işlevselliğin önemli ölçüde azalmasına da sebep olmaktadır. Hasta yakınları genellikle bakım veren rolünü üstlenmek durumunda kaldığından hastaların semptomları arttıkça ve işlevselliği azaldıkça hasta yakınlarının bakım yükleri de kaçınılmaz olarak artmaktadır.

Bu yazının bilinenlere katkısı nedir?

• Çalışmanın sonuçları, hastaların genel sosyal işlevselliğindeki bozulmanın bakım verenlerin yükünün artmasına neden olduğunu göstermiştir. Ayrıca, bakım verenlerin ve hastaların belirli kişisel özelliklerinin bakım verenlerin yükünü etkilediğini ortaya koymuştur.

Uygulamaya katkısı nedir?

• Ruh sağlığı uzmanlarının, özellikle ruh sağlığı hemşirelerinin, hastalar ve bakım verenleri ile çalışırken hastalar ve bakım verenlerin psikososyal becerilerini geliştirmeye yönelik eğitimler ve hastaların genel sosyal işlevselliğini iyileştirmeye yönelik uygulamalar planlanması gerekmektedir. Bakım verenlere psikoeğitimin verilmesi onların hastalık ile ilgili daha fazla bilgi sahibi olmasını, bakım veren rolüne hazırlanmalarını ve başa çıkma becerileri geliştirmelerini sağlar, bu da bakım yükünün azalmasına yardımcı olur.

yönelik genel bir farkındalık mevcut olsa da bakım vermeye ilişkin sorumluluklar göz önüne alındığında bu kişiler beklemedikleri duygusal, psikolojik, fiziksel ve ekonomik zorluklar yaşayabilmekte ve bu da ailenin işlevselliğinde bozulmalara yol açabilmektedir.^[12-17]

Pozitif veya negatif semptomların şiddeti; hastanede yatma, doktor kontrolüne gitme, ilaç tedavisi ve düşük işlevsellik şizofreni hastalarına yönelik bakım veren yükünü artıran faktörler arasındadır. Ancak şizofreni hastalarına bakım veren kişilerin yaşadığı bakım yükünü etkileyen en önemli problemler genel işlevsellikte ortaya çıkan sorunlar, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesi, sosyal işlevselliğin bozulması ve hastaların eğitim ve mesleki yaşamlarındaki karşılaştıkları zorluklardır. Bu nedenle bu çalışma, şizofreni hastalarının genel sosyal işlevsellik düzeyinin bakım veren yükü üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem**Amaç**

Bu çalışma, özellikle şizofreni hastalarının genel sosyal işlevsellik düzeylerini, hastalara primer bakım veren kişilerin bakım yüklerini ve bu iki olgu arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Çalışmanın Tasarımı ve Örneklem

Tanımlayıcı olarak tasarlanan bu çalışma, Ankara ilinde bulunan hastanelerin psikiyatri polikliniklerinde ayakta tedavi gören şizofreni hastalarının primer bakım verenleri ile yürütülmüştür. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için güç analizi kullanılmıştır. Anket sorularının anlaşılır olup olmadığını test etmek için 30 primer bakım veren ile pilot çalışma yürütülmüştür. Bu ön çalışmadan alınan veriler, SPSS 20.0 istatistik programı (Statistical Package for Social Sciences) kullanılarak analiz

edilmiştir. Bu analiz sonucunda, şizofreni hastaları için Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği (ZBYÖ) arasındaki korelasyonun $r=-0.60$ olduğu varsayıldığında ve $d=0.15$ hata payı ile korelasyon tahmini yapıldığında Tıp 1 hata ve $1-\beta=0.75$ güç ile çalışma örnekleminin 130 katılımcıdan oluşması gerektiği görülmüştür. Bu nedenle bu çalışma, psikiyatri polikliniklerinde ayakta tedavi gören şizofreni hastalarına primer bakım veren 130 kişi ile yürütülmüştür. Bu çalışma Ocak-Temmuz 2013 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmaya katılan 130 primer bakım verenden hastaların sosyodemografik bilgilerini sunmaları ve genel sosyal işlevsellik düzeylerini değerlendirmeleri istenmiş ve böylece çalışmanın verileri toplanmıştır.

Çalışmaya dâhil edilme kriterleri şunlardır: (1) primer bakım alan hasta, DSM-IV şizofreni tanı kriterlerini karşılamalıdır; (2) bakım veren kişi, hastanın primer bakım vereni olmalıdır; (3) primer bakım veren hasta yakını en az 18 yaşında olmalıdır; (4) primer bakım veren, Türkçeyi akıcı bir şekilde konuşmalı ve okuryazar olmalıdır; (5) hasta en az bir yıl önce şizofreni tanısı almış olmalıdır; (6) primer bakım veren kişinin herhangi bir psikiyatrik ve/veya ruhsal bozukluğu olmamalıdır ve (7) primer bakım veren, çalışmaya gönüllü olarak katılmalı ve yazılı onay vermelidir.

Veri Toplama Araçları

Veriler, hasta ve bakım veren sosyodemografik özellikler formu, ZBYÖ ve ŞİLÖ kullanılarak toplanmıştır. Bu üç veri toplama aracı da bakım verenler tarafından doldurulmuştur.

Hasta ve Bakım Veren Sosyodemografik Özellikler Formu:

Bu form, hastaların ve bakım verenlerin sosyodemografik ve kişisel bilgilerinin toplanması amacıyla ilgili literatürün taranması sonucunda geliştirilmiştir.^[6,18-20]

Zarit Bakıcı Yük Ölçeği: 22 maddeden oluşan ZBYÖ, Zarit ve ark. (1980)^[21] tarafından demans hastalarının bakım verenleri için geliştirilmiştir. Ölçek daha sonra şizofreni hastalarının bakım verenlerinin yaşadığı yükü değerlendirmek için kullanılmıştır. Cronbach Alfa değeri, orijinal ZBYÖ için 0.90 ve ölçeğin Türkçe versiyonu için 0.83 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise ZBYÖ ölçeği için Cronbach Alfa değeri 0.89 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özlü ve ark.^[22] (2009) tarafından yapılmış ve faktör yükü 0.50'den düşük olan 3 madde çıkarılarak ölçeğin madde sayısı 19'a indirilmiştir. Ölçek aşağıdaki alt ölçeklerden oluşmaktadır: 'Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması', 'Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık', 'Sosyal İlişkilerde Bozulma', 'Ekonomik Yük' ve 'Bağımlılık'. Ölçek maddelerine verilen yanıtlar, 1 (asla) ve 5 (neredeyse her zaman) olmak üzere 5'li Likert tipinde puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 95, en düşük puan ise 19'dur. Yüksek puanlar, yüksek bakım yükü düzeyleri anlamına gelmektedir.

Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği: Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği, Şizofrenide İşlevsel İyileşme Gözlem Grubu uzmanlarının da yardımıyla Llorca ve ark.^[23] (2009) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, 1 (yok) ve 5 (mükemmel derecede var) olmak üzere 5'li Likert tipindeki 19 mad-

deden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerliliği Emiroğlu ve ark.^[24] (2009) tarafından onaylanmıştır. Cronbach Alfa değeri, ŞİLÖ'nün orijinal versiyonu için 0,90, Türkçe versiyonu için ise 0,89 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,94 olarak bulunmuştur. Ölçek, hasta yakınlarının bakım verdikleri hastaların son bir ay içerisindeki işlevsellik düzeyini değerlendirmesini gerektirmektedir. Her bir maddede, 1 en düşük işlevsellik düzeyi ve 5 "ideal" işlevsellik düzeyi olmak üzere beş adet değerlendirme düzeyi bulunmaktadır. Ölçekte, 'Sosyal İşlevsellik', 'Sağlık ve Tedavi', 'Günlük Yaşam Becerileri' ve 'Mesleki İşlevsellik' olmak üzere dört alt ölçek bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 95, en düşük puan ise 19'dur. Yüksek puanlar daha yüksek genel sosyal işlevsellik düzeyi anlamına gelmektedir.

Yöntem

Çalışmaya başlamadan önce ilgili kurumlardan yazılı onay alınmıştır. Psikiyatri polikliniklerinde bulunan bakım verenlere çalışmanın içeriği açıklandıktan sonra bakım verenlerden yazılı onay vermeleri istenmiştir. Veri toplama araçları, katılımcılara araştırmacının gözetimi altında dağıtılmış ve her bir katılımcının formları doldurması yaklaşık 25 dakika sürmüştür.

Veri Analizi

Veriler kodlandıktan sonra SPSS 20.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ortalama ve yüzde değerleri ile gösterilmiştir. Veri setinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Shapiro-Wilks testi kullanılmıştır. Bu test sonucunda verilerin normal dağılım gösterdiği görülmüştür. Parametrik analizlerde iki grup arasındaki farklılıkların belirlenmesi için t-testleri ve birden fazla grup arasındaki farklılıkların belirlenmesi için Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. Değişkenler arasında anlamlı farklılıklar bulunduğu takdirde bu anlamlı etkiye neden olan grubun belirlenebilmesi için Tukey post hoc testi uygulanmıştır. ŞİLÖ ve ZBYÖ ölçeklerinden alınan puanlar arasındaki ilişkinin belirlenmesi için ise Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Etik Onay

Çalışmaya başlamadan önce ilgili kurumlardan gerekli izinler alınmıştır. Ayrıca Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin (Referans: LUT 12/169) alınmıştır.

Bulgular

ŞİLÖ ve ZBYÖ ölçeklerinden alınan toplam puanlar ve alt ölçek puanları Tablo 1'de gösterilmiştir. Primer bakım verenler tarafından sağlanan verilere göre hastaların ortalama toplam ŞİLÖ puanı 49.96 ± 16.34 olarak bulunmuştur. ŞİLÖ'den alınan ortalama puanlar Sosyal İşlevsellik alt ölçeği için 17.66 ± 6.37 , Sağlık ve Tedavi alt ölçeği için 11.90 ± 4.10 , Günlük Yaşam Becerileri alt ölçeği için 15.90 ± 5.84 ve Mesleki

Tablo 1. ŞİLÖ ve ZBYÖ ortalama puanları

	Ort.±SS	Min.–Maks.
ŞİLÖ		
Sosyal işlevsellik	17.66±6.37	7–35
Sağlık ve tedavi	11.90±4.10	4–20
Günlük yaşam becerileri	15.90±5.84	6–28
Mesleki işlevsellik	4.49±1.88	2–10
Toplam puan	49.96±16.34	20–87
ZBYÖ		
Ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması	19.65±7.63	7–35
Sinirlilik ve kısıtlanmışlık	9.07±2.91	3–15
Toplumsal ilişkilerde bozulma	6.86±3.45	3–15
Ekonomik yük	13.03±3.70	4–20
Bağımlılık	7.17±2.36	2–10
Toplam puan	55.80±15.90	21–89

ŞİLÖ: Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği; ZBYÖ: Zarit Bakıcı Yük Ölçeği; Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma; Min.: Minimum; Maks.: Maksimum.

İşlevsellik alt ölçeği için 4.49 ± 1.88 'dir. Bakım verenlerin toplam ZBYÖ puanı 55.80 ± 15.90 olarak bulunmuştur. ZBYÖ ölçeğinden alınan ortalama puanlar Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması alt ölçeği için 19.65 ± 7.63 , Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık alt ölçeği için 9.07 ± 2.91 , Toplumsal İlişkilerde Bozulma alt ölçeği için 6.86 ± 3.45 , Ekonomik Yük alt ölçeği için 13.03 ± 3.70 ve Bağımlılık alt ölçeği için 7.17 ± 2.36 olarak bulunmuştur.

ŞİLÖ ve ZBYÖ'den alınan ortalama puanlar, sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılmış ve anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen istatistiksel analiz sonuçları Tablo 2 ve Tablo 3'te sunulmuştur.

ZBYÖ'nün Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması alt ölçeğinden alınan puanlar arasında hastanın yaşı ve çalışma durumu, bakım verenlerin medeni durumu ve aylık geliri ve her gün hasta ile geçirilen zaman değişkenleri açısından anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). ZBYÖ'nün Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık alt ölçeğinden alınan puanlar arasında hastanın madde kullanma durumu, bakım verenlerin yaşı ve aylık geliri ve her gün hasta ile geçirilen zaman değişkenleri açısından anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). ZBYÖ'nün Toplumsal İlişkilerde Bozulma alt ölçeğinden alınan puanlar arasında hastanın eğitim durumu, ilaç tedavisinin düzenli olup olmadığı, doktor kontrollerinin düzenli olup olmadığı, bakım verenlerin hasta ile ilişkisi, aylık geliri ve her gün hasta ile geçirilen zaman değişkenleri açısından anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). ZBYÖ'nün Ekonomik Yük alt ölçeğinden alınan puanlar arasında hastanın yaşı ve çalışma durumu, ilaç tedavisinin düzenli olup olmadığı, bakım verenlerin çalışma durumu ve aylık geliri ve her gün hasta ile geçirilen zaman değişkenleri açısından anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). ZBYÖ'nün Bağımlılık alt ölçeğinden alınan puanlar arasında bakım verenlerin aylık geliri ve her gün hasta ile ge-

Tablo 2. Hasta ve bakım veren özelliklerine göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği ortalama puanları

Hasta özellikleri (n=130)	Zarit Bakıcı Yük Ölçeği					
	Toplam puan	Ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması	Sinirlilik ve kısıtlanmışlık	Toplumsal ilişkilerde bozulma	Ekonomik yük	Bağımlılık
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Yaş						
18-29 ^a (n=35)	60.65±14.74	22.91±6.80	9.80±2.27	6.88±3.22	14.17±3.06	6.88±2.41
30-41 ^b (n=44)	56.38±14.56	19.45±7.43	8.97±2.64	7.00±3.33	13.68±3.40	7.27±2.32
42-53 ^c (n=34)	53.44±15.39	18.11±7.27	8.76±3.02	7.11±3.56	12.23±3.52	7.20±2.08
54+ ^d (n=17)	49.00±20.13	16.52±8.63	8.47±3.53	5.94±4.08	10.58±4.74	7.47±2.98
İstatistiksel analiz*	F=2.47 p=0.065	F=3.779 p=0.012	F=1.112 p=0.347	F=0.484 p=0.694	F=4.953 p=0.003	F=0.285 p=0.836
*Tukey HSD Testi		a>c, a>d			d<a, d<b	
Eğitim durumu						
Okur-yazar değil ^a (n=5)	64.00±20.79	22.40±9.93	11.40±3.78	9.40±4.50	13.00±2.23	7.80±2.28
İlkokul ^b (n=25)	57.76±19.74	19.96±8.19	9.40±3.35	7.92±3.85	13.60±4.51	6.88±2.90
Ortaokul ^b (n=10)	54.00±14.82	18.70±7.94	8.40±3.40	6.40±2.63	13.90±3.17	6.60±2.01
Lise ^d (n=61)	56.80±15.28	20.37±7.52	9.14±2.85	6.91±3.41	13.11±3.51	7.24±2.34
Üniversite ^e (n=29)	51.20±12.56	17.72±6.94	8.48±2.16	5.55±2.83	12.06±3.72	7.37±2.07
İstatistiksel analiz*	F=1.129 p=0.346	F=0.807 p=0.523	F=1.328 p=0.263	F=2.466 p=0.048	F=0.775 p=0.544	F=0.393 p=0.813
*Tukey HSD Testi				e<a		
Çalışma durumu						
Çalışıyor ^a (n=21)	53.66±13.98	18.95±6.52	9.19±2.61	6.42±2.67	12.38±3.42	6.71±2.02
Çalışmıyor ^b (n=90)	58.38±15.13	20.83±7.55	9.30±2.88	7.27±3.47	13.65±3.35	7.32±2.25
Emekli ^c (n=19)	45.89±17.93	14.84±7.47	7.89±3.22	5.36±3.75	10.78±4.69	7.00±3.16
İstatistiksel analiz*	F=5.412 p=0.006	F=5.268 p=0.006	F=1.865 p=0.159	F=2.667 p=0.073	F=5.418 p=0.006	F=0.622 p=0.539
*Tukey HSD Testi	b>c	b>c			b>c	
Hastalık süresi (yıl)						
1-3 ^a (n=16)	57.12±13.39	21.18±7.35	9.18±2.66	6.06±3.17	14.06±3.45	6.62±2.06
4-6 ^b (n=18)	56.44±17.67	18.05±8.59	9.22±3.15	7.61±4.07	14.72±3.17	6.83±2.70
7-9 ^c (n=15)	57.93±16.67	21.80±7.30	9.33±2.87	6.73±3.19	12.93±3.15	7.13±2.35
10-12 ^d (n=22)	58.09±15.57	20.22±7.48	9.59±2.85	7.63±3.23	13.04±3.52	7.59±2.13
13-15 ^e (n=21)	58.00±13.78	21.14±6.98	9.19±2.99	6.71±3.37	13.61±3.35	7.33±2.45
16+ ^f (n=38)	51.55±17.11	17.76±7.71	8.50±3.01	6.52±3.57	11.50±4.13	7.26±2.47
İstatistiksel analiz*	F=0.789 p=0.559	F=1.184 p=0.321	F=0.467 p=0.800	F=0.638 p=0.671	F=2.543 p=0.032	F=0.405 p=0.844
*Tukey HSD Testi					f<b	
İlaç tedavisi						
Düzenli ^a (n=95)	53.62±15.59	19.03±7.37	8.82±2.87	6.23±3.18	12.53±3.82	7.00±2.50
Düzensiz ^b (n=22)	57.46±14.87	19.38±8.16	9.23±2.97	7.07±3.72	14.23±2.83	7.53±2.25
Nadiren ^c (n=13)	64.22±15.52	22.50±8.09	10.09±2.95	9.45±3.30	14.45±3.21	7.72±1.66
İstatistiksel analiz*	F=4.254 p=0.016	F=1.80 p=0.157	F=1.733 p=0.181	F=8.764 p=0.000	F=3.255 p=0.042	F=1.014 p=0.366
*Tukey HSD Testi	a<c			a<c	a<c	
Doktor kontrolü						
Düzenli (n=118)	55.10±15.77	19.45±7.58	8.96±2.87	6.64±3.29	12.94±3.75	7.09±2.41
Düzensiz (n=12)	62.66±16.19	21.58±8.10	10.16±3.18	9.00±4.34	13.91±3.20	8.00±1.70
İstatistiksel analiz	t=-1.545 p=0.895	t=-0.919 p=0.885	t=-1.363 p=0.971	t=-2.290 p=0.046	t=-0.868 p=0.312	t=-1.269 p=0.088
Madde bağımlılığı						
Evet (n=70)	57.45±17.13	20.32±7.96	9.14±3.16	7.07±3.51	13.47±3.80	7.44±2.40
Hayır (n=60)	53.86±14.24	18.86±7.20	9.00±2.61	6.61±3.38	12.51±3.54	6.86±2.29
İstatistiksel analiz	t=1.286 p=0.039	t=1.090 p=0.282	t=0.277 p=0.035	t=0.748 p=0.813	t=1.470 p=0.207	t=1.390 p=0.743

Tablo 2. Hasta ve bakım veren özelliklerine göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği ortalama puanları (devamı)

Bakım veren özellikleri (n=130)	Zarit Bakıcı Yük Ölçeği					
	Toplam Puan	Ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması	Sinirlilik ve kısıtlanmışlık	Toplumsal ilişkilerde bozulma	Ekonomik yük	Bağımlılık
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Yaş						
20-34 ^a (n=15)	61.66±17.28	22.20±8.07	10.26±2.89	8.86±4.68	13.86±3.60	6.46±2.16
35-49 ^b (n=43)	58.55±15.95	20.39±7.60	9.60±2.98	7.58±3.37	13.48±3.52	7.48±2.30
50-64 ^c (n=51)	54.68±15.56	19.52±7.67	8.82±3.01	6.27±2.86	13.00±3.86	7.05±2.63
65+ ^d (n=21)	48.66±13.54	16.61±6.72	7.76±1.99	5.38±3.10	11.57±3.59	7.33±1.90
İstatistiksel analiz*	F=2.706 p=0.048	F=1.839 p=0.143	F=2.985 p=0.034	F=4.420 p=0.005	F=1.579 p=0.198	F=0.769 p=0.513
*Tukey HSD Testi				a>c, a>d		
Medeni durum						
Evlili (n=99)	54.51±16.31	18.93±7.89	8.88±3.02	6.61±3.30	12.82±3.68	7.24±2.41
Bekâr (n=31)	59.90±14.00	21.93±6.30	9.67±2.48	7.64±3.81	13.67±3.75	6.96±2.22
İstatistiksel analiz	t=-1.657 p=0.240	t=-1.923 p=0.033	t=-1.317 p=0.251	t=-1.455 p=0.214	t=-1.114 p=0.831	t=0.563 p=0.576
Hasta ile ilişkisi						
Ebeveyn (n=8)	56.87±18.69	20.87±8.54	9.87±2.85	8.62±3.77	11.37±3.77	6.12±2.35
Çocuk (n=69)	56.08±13.88	20.26±7.33	8.97±2.57	6.20±2.79	13.44±3.15	7.20±2.22
Eş (n=27)	53.00±19.47	18.22±8.34	8.96±3.68	7.40±4.01	11.66±4.03	6.74±2.83
Kardeş (n=22)	59.54±15.61	19.95±6.99	9.40±3.04	8.18±4.01	14.27±4.10	7.72±2.14
Diğer (n=4)	47.00±20.44	14.75±10.21	8.25±3.20	3.75±1.50	5.56±2.78	8.75±1.89
İstatistiksel analiz	F=0.831 p=0.508	F=0.815 p=0.518	F=0.328 p=0.859	F=3.133 p=0.017	F=2.421 p=0.052	F=1.385 p=0.243
Çalışma durumu						
Çalışıyor ^a (n=37)	53.24±15.41	18.29±6.78	8.59±2.93	6.94±3.29	12.81±4.24	6.59±2.53
Çalışmıyor ^b (n=59)	60.03±16.63	21.52±8.09	9.86±2.97	7.35±3.68	13.66±3.54	7.62±2.30
Emekli ^c (n=34)	51.23±13.51	17.88±7.11	8.23±2.48	12.17±3.25	12.17±3.25	7.02±2.18
İstatistiksel analiz*	F=4.163 p=0.018	F=3.397 p=0.037	F=4.280 p=0.016	F=1.933 p=0.149	F=1.843 p=0.163	F=2.304 p=0.104
*Tukey HSD Testi	b>c	b>c	b>c			
Aylık gelir						
Yüksek ^a (n=47)	43.90±14.33	14.27±6.00	7.27±2.90	4.63±2.33	10.36±3.47	7.36±2.87
Orta ^b (n=72)	52.58±14.79	18.81±7.43	8.59±2.59	6.25±3.02	12.25±3.62	6.66±2.36
Düşük ^c (n=11)	63.51±14.70	22.19±7.45	10.23±3.02	8.31±3.75	14.85±3.09	7.91±2.07
İstatistiksel analiz*	F=11.746 p=0.000	F=6.232 p=0.003	F=7.457 p=0.001	F=8.499 p=0.000	F=11.795 p=0.000	F=4.200 p=0.017
*Tukey HSD Testi	c>a, c>b	c>a, c>b	c>a, c>b	c>a, c>b	c>a, c>b	c>b
Her gün hasta ile geçirilen zaman (saat)						
1-6 ^a (n=41)	50.60±15.62	17.00±7.24	8.31±2.82	6.43±3.04	12.56±4.03	6.29±2.44
7-12 ^b (n=44)	55.25±14.70	19.54±7.11	8.75±2.91	6.75±3.49	12.88±3.43	7.31±2.17
13-18 ^c (n=13)	59.15±16.95	22.53±8.40	9.46±2.81	6.61±4.57	12.92±3.66	7.61±2.46
19-24 ^d (n=32)	61.84±15.74	22.03±7.64	10.34±2.76	7.65±3.40	13.87±3.67	7.93±2.21
İstatistiksel analiz*	F=3.383 p=0.020	F=3.503 p=0.017	F=3.377 p=0.021	F=0.805 p=0.494	F=0.794 p=0.499	F=3.397 p=0.020
*Tukey HSD Testi	a<d	a<c	a<d			a<d

çirilen zaman değişkenleri açısından anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür (p<0.05). Son olarak, ZBYÖ'den alınan toplam puanlar arasında hastanın madde kullanma durumu, bakım verenlerin yaşı, çalışma durumu ve aylık geliri ve her gün hasta

ile geçirilen zaman değişkenleri açısından anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür (p<0.05).

ZBYÖ'den veya herhangi bir alt ölçeğinden alınan puanlar arasında hastanın cinsiyeti ve medeni durumu, bakım verenlerin

Tablo 3. Hasta özelliklerine göre Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği ortalama puanları

Hasta özellikleri (n=130)	Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği				
	Toplam puan	Sosyal işlevsellik	Sağlık ve tedavi	Günlük yaşam becerileri	Mesleki işlevsellik
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Eğitim durumu					
Okur-yazar değil ^a (n=5)	35.00±11.76	13.80±4.49	6.80±3.11	11.00±3.80	3.40±1.34
İlkokul ^b (n=25)	49.20±22.25	17.56±8.55	11.32±4.96	15.72±7.39	4.60±2.44
Ortaokul ^b (n=10)	47.30±12.14	16.50±4.76	12.30±2.58	13.50±4.64	5.00±2.21
Lise ^d (n=61)	49.59±15.51	17.90±6.31	11.83±3.94	15.44±5.45	4.40±1.80
Üniversite ^e (n=29)	54.89±12.41	18.34±4.98	13.27±3.56	18.68±4.77	4.58±1.47
İstatistiksel analiz*	F=1.844	F=0.642	F=3.080	F=3.268	F=0.659
	p=0.125	p=0.634	p=0.019	p=0.014	p=0.622
*Tukey HSD Testi			e>a	e>a	
Çalışma durumu					
Çalışıyor ^a (n=21)	57.61±14.08	20.19±6.13	13.38±3.58	18.52±4.77	5.52±1.86
Çalışmıyor ^b (n=90)	46.33±15.66	16.51±6.04	11.33±4.18	14.37±5.48	4.11±1.74
Emekli ^c (n=19)	58.68±16.29	20.36±6.80	12.94±3.83	20.21±5.60	5.15±2.06
İstatistiksel analiz*	F=8.017	F=5.149	F=2.925	F=12.127	F=6.681
	p=0.001	p=0.007	p=0.057	p=0.000	p=0.002
*Tukey HSD Testi	a>b, c>b	a>b, c>b		a>b, c>b	a>b
İlaç tedavisi					
Düzenli ^a (n=95)	52.56±17.27	18.53±6.86	12.65±4.26	16.90±6.07	4.75±1.94
Düzensiz ^b (n=22)	48.07±13.35	18.25±5.02	10.07±3.14	14.76±5.40	4.69±1.84
Nadiren ^c (n=13)	39.81±7.82	14.63±3.51	9.72±2.62	12.22±2.84	3.22±0.97
İstatistiksel analiz*	F=5.959	F=3.111	F=6.459	F=6.508	F=6.444
	p=0.003	p=0.048	p=0.002	p=0.002	p=0.002
*Tukey HSD Testi	a>c	a>c	a>c	a>c	a>c
Doktor kontrolü					
Düzenli (n=118)	50.83±16.48	17.94±6.52	12.20±4.09	16.14±5.86	4.55±1.87
Düzensiz (n=12)	41.33±12.31	15.00±3.78	8.91±2.99	13.50±5.23	3.91±2.02
İstatistiksel analiz	t=1.940	t=1.531	t=2.705	t=1.501	t=1.109
	p=0.152	p=0.047	p=0.116	p=0.413	p=0.707
Madde bağımlılığı					
Evet (n=70)	48.60±15.97	17.31±6.33	11.81±3.77	15.22±5.73	4.24±1.86
Hayır (n=60)	51.55±16.75	18.08±6.43	12.00±4.49	16.68±5.92	4.78±1.89
İstatistiksel analiz	t=-1.026	t=-0.685	t=-0.256	t=-1.421	t=-1.637
	p=0.949	p=0.705	p=0.030	p=0.598	p=0.675

cinsiyeti ve eğitim durumu, bakım verme süresi ve bakım verme sırasında ekonomik zorluklar yaşama değişkenleri açısından anlamlı farklılıklar olmadığı görülmüştür (p<0.05).

ŞİLÖ ölçeğinde, Sosyal İşlevsellik alt ölçeğinden alınan puanlar arasında hastanın çalışma durumu, ilaç tedavisinin düzenli olup olmadığı ve doktor kontrollerinin düzenli olup olmadığı değişkenleri açısından anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür (p<0.05). Sağlık ve Tedavi alt ölçeğinden alınan puanlar arasında hastanın eğitim düzeyi, ilaç tedavisi düzeni ve madde kullanımı değişkenleri açısından anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Günlük Yaşam Becerileri alt ölçeğinden

alınan puanlar arasında hastanın eğitim düzeyi ve çalışma durumu ve ilaç tedavisi düzeni değişkenleri açısından anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür (p<0.05). Mesleki İşlevsellik alt ölçeğinden alınan puanlar arasında hastanın çalışma durumu ve ilaç tedavisinin düzenli olup olmadığı değişkenleri açısından anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür (p<0.05). Son olarak, ŞİLÖ'den alınan toplam puanlar arasında hastanın çalışma durumu ve ilaç tedavisi düzeni değişkenleri açısından anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

ŞİLÖ'den veya herhangi bir alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında hastanın yaşı, cinsiyeti ve medeni durumu ve

hastalık süresi değişkenleri açısından anlamlı farklılıklar olmadığı görülmüştür ($p < 0.05$).

Şizofreni hastalarının toplam ŞİLÖ puanı ile bakım verenlerin toplam ZBYÖ puanı arasında orta seviyede negatif bir ilişki saptanmıştır ($r = -0.67$, $p < 0.001$).

Tartışma

Bu bölümde, bakım verenlerin ZBYÖ'den aldıkları puanların farklı değişkenlere göre dağılımı ve hastaların sosyodemografik ve hastalık özelliklerinin genel sosyal işlevsellikleri üzerindeki etkileri, ilgili literatür ışığında ele alınmıştır.

Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bakım Veren Yükü

ZBYÖ'den alınabilecek en düşük puan 19, en yüksek puan ise 95'tir. Bu ölçek için herhangi bir kesme noktası bulunmamaktadır. Bu çalışmada bakım verenlerin toplam ortalama yük puanı 55.80 ± 15.90 olarak bulunmuştur. Bu sonuç, bakım verenlerin aldıkları yük puanlarının ortalamasının üzerinde olduğunu göstermektedir. Diğer bir deyişle, bakım verenlerin yaşadığı yük orta seviyededir.

Daha genç yaşlardaki hastalara bakım veren katılımcıların aldıkları yük puanlarının daha yaşlı hastalara bakım verenlerin aldıkları puanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun sebebi, hastalık yeni başladığında bakım verenlerin hastalık hakkında yeterince bilgi sahibi olmaması, hastanın kendi rollerini ve sorumluluklarını yerine getirebilmesine yönelik beklentilerinin hala geçmiş deneyimleri ile aynı çizgide olması ve hastaların bu beklentileri karşılayamaması olabilir. Benzer çalışmalarda, görece daha genç hastalara bakım veren bireyler genç hasta ile daha fazla vakit geçirmeleri gerektiğinden yüklerinin daha fazla olduğunu belirtmiştir.^[20,25,26] Ancak, Türkiye'de yürütülen bir çalışma hastanın yaşı arttıkça bakım veren yükünün de arttığını göstermiştir.^[18]

Bu çalışmada, bakım verenlerin yük puanları arasında hastanın cinsiyeti açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Literatürde bu bulguyu destekleyen bazı çalışmalar mevcuttur.^[18-20] Ancak diğer bazı çalışmalar, erkek hastalar sosyal rollerini yerine getiremedikleri için bu hastalara bakım veren kişilerin bakım yükünün arttığını göstermiştir.^[6,27]

Bu çalışmada, bakım verenlerin yük puanları arasında hastanın medeni durumu açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgu, hastaların bekâr veya evli olmasının bakım verenlerin algıladığı yük açısından herhangi bir fark oluşturmadığını göstermektedir. Literatürde bulunan çeşitli çalışmaların sonuçları bu bulguyu desteklemektedir.^[13,18,19]

Üniversite mezunu hastalara bakım veren bireylerin aldığı yük puanlarının, eğitim düzeyi daha düşük hastalara bakım veren bireylere göre anlamlı ölçüde daha düşük olduğu görülmüştür. Bunun nedeninin üniversite mezunlarının daha iyi işlevsellik göstermesi olduğu düşünülmektedir. Başka bir çalışmada, üniversite mezunlarının daha iyi işlevsellik gösterdiği ve bakım

verenlerin yükünün daha az olduğu belirtilmiştir,^[28] ancak diğer çalışmalar bakım verenlerin yük düzeyleri arasında hastaların eğitim düzeyi açısından anlamlı bir farklılık olmadığını göstermiştir.^[19,20]

Emekli hastalara bakım veren bireylerin aldığı yük puanlarının çalışmayan hastalara bakım veren bireylere göre anlamlı ölçüde daha düşük olduğu görülmüştür. Bunun sebebi, emekli hastaların görece daha yaşlı ve düzenli bir gelir sahibi olmaları ve muhtemelen uzun bir süre boyunca hasta oldukları için hastalıkla nasıl başa çıkacaklarını öğrenmiş olmaları olabilir. Bu çalışmanın sonuçları daha detaylı bir şekilde incelendiğinde çalışmayan hastalara bakım veren bireylerin, herhangi bir ekonomik geliri olmadığı için yüklerinin daha fazla olduğunu göstermektedir.^[27,29] Ancak diğer çalışmalar, bakım veren yükleri arasında hastanın çalışma durumu açısından anlamlı bir farklılık olmadığını belirtmiştir.^[19,20]

Hastalık süresi en az 16 yıl olan hastalara bakım veren bireylerin aldığı yük puanlarının hastalık süresi daha kısa olan hastalara bakım veren bireylerin yük puanlarından anlamlı ölçüde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu durum, zaman içerisinde ailelerin hastalığın seyrini kabul etmeleri ve beklentilerini daha gerçekçi bir şekilde yeniden şekillendirmeleri ile açıklanabilir. Igberase ve ark.^[29] (2012) hastalık ilerledikçe ve bakım süresi uzadıkça bakım veren yükünün azaldığını belirtmiştir. Bu bulgu, çalışmamızın bulgularını desteklemektedir. Ancak Talwar ve Matheiken^[30] (2010), hastalık süresi uzadıkça bakım veren yükünün arttığını bildirmiştir. Ayrıca bakım veren yükünün hastalık süresine göre farklılık göstermediğini bildiren çalışmalar mevcuttur.^[31,32]

İlaç tedavisi ve doktor kontrolleri düzenli olan hastalara bakım veren bireylerin aldıkları bakım yükü puanlarının, tedaviye uymayan hastalara bakım veren bireylerin puanlarına göre anlamlı ölçüde düşük olduğu görülmüştür. Bunun sebebi, ilaç tedavisi ve doktor kontrolleri düzenli olan hastaların tedaviye daha iyi uyum sağlamaları, hastaneye yatış sürelerinin daha kısa olması ve böylece daha iyi işlevsellik göstermeleri olabilir. Ancak başka bir çalışmada bakım veren yükünün, hastaların tedaviye uyumuna göre farklılık göstermediği bildirilmiştir.^[20]

Madde kullanan hastalara bakım veren bireylerin aldığı yük puanlarının madde kullanmayan hastalara bakım veren bireylere göre anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu görülmüştür. Şizofreni hastaları arasında madde kullananların, özellikle sigara içenlerin sayısının yüksek olduğu düşünüldüğünde bu bulgu oldukça önemlidir. Sigara içen, esrar ve keyif veren uyuşturucular gibi diğer maddeleri kullanan hastalara bakım veren bireyler, bu maddelerin kullanımından kaynaklanan sorunların yanı sıra ekonomik sorunlarla da baş etmek zorundadır.

Daha yaşlı bakım verenlerin yük puanlarının daha genç bakım verenlerin puanlarından anlamlı ölçüde daha düşük olduğu görülmüştür. Bakım verenin yaşı arttıkça bakım yükünün azalması, hem bakım verenlerin hastalığa karşı daha toleranslı olması hem de ebeveyn olan bakım verenlerin bakım verme sorumluluklarını içselleştirdikten sonra kendilerini hastaya bakmakla yükümlü hissetmeleri ile açıklanabilir. Bazı çalışma-

larda da bakım verenin yaşı arttıkça bakım yükünün azaldığı bildirilmiştir.^[26,33,34] Ancak bazı çalışmalar bunun tersini öne sürmüştür.^[19,31,35]

Bakım yükü düzeylerinde bakım verenin cinsiyetine göre anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Literatürde bakım verenlerin çoğunluğunun kadın olduğu ve kadınların, üstlendikleri diğer birçok rolün yanı sıra bakım veren rolünü de üstlendiklerinde yüklerinin daha ağır olduğu belirtilmiştir.^[6,26,33,35] Ancak birçok erkek bakım veren olduğunu ve bakım veren rolü geleneksel olarak üstlendikleri bir rol olmadığından bakım vermenin erkeklere daha fazla yük getirdiğini gösteren çalışmalar da mevcuttur.^[19,29]

Bekâr bakım verenlerin aldığı yük puanlarının, evli bakım verenlere göre anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun nedeni, bekâr bakım verenlerin hastalık ile tek başlarına baş etmeleri ve diğer tüm sorumlulukları tek başlarına üstlenmeleri gerekmesi ve evli bakım verenlerin genellikle sahip olduğu sosyal desteği bulamamaları olabilir. Ohaeri^[36] (2001), çalışmasında bekâr veya dul bakım verenlerin aile rutininde daha fazla bozulma olduğu ve bu kişilerin ekonomik zorlukları daha sık yaşadığı, bunun da bakım yükünü artırdığını bildirmiştir. Ancak diğer çalışmalar, bakım verenin medeni durumunun bakım yükü üzerinde hiçbir etkisi olmadığını göstermiştir.^[18-20,37]

Bakım veren bireyin hastanın çocuğu olması durumunda bakım yükü puanlarının anlamlı ölçüde yüksek olduğu görülmüştür. Lim ve Ahn^[38] (2003), bu çalışmanın bulguları ile benzer bulgular elde etmiştir. Bunun sebebi, bakım verenin hastanın çocuğu olması nedeniyle genç yaştaki bakım verenlerin hastaya karşı tolerans düzeylerinin düşük olması ve kendi sorumluluklarını yerine getirmede zorluklar yaşamaları olabilir. Bazı çalışmalar, bakım verenlerin çoğunluğunun hastaların annesi olduğunu ve bu kişilerin bakım yüklerinin daha fazla olduğunu ortaya koymuştur.^[6,13,26,39] Diğer bir çalışma, bakım verenlerin hasta ile ilişkisinin bakım yükü düzeyi üzerinde önemli bir etkisi olduğunu göstermiştir.^[31]

Bakım verenlerin eğitim düzeylerinin bakım yükü puanları üzerinde hiçbir etkisi olmadığı tespit edilmiştir. Literatürde bu bulguyu destekleyen benzer çalışmalar bulunmaktadır.^[31,32] Ancak, diğer çalışmalar bakım verenin eğitim düzeyi arttıkça bakım yükü düzeyinin azaldığını bildirmiştir.^[18,19,26,29]

Emekli bakım verenlerin bakım yükü puanlarının, çalışmayan bakım verenlerin puanlarından anlamlı ölçüde daha düşük olduğu görülmüştür. Bunun sebebinin emekli bireylerin tedavi ve ilaç masraflarını karşılayabilecekleri düzenli bir gelire ve sağlık sigortasına sahip olmaları olabileceği düşünülmektedir. Chien ve ark.^[31] (2007) tarafından yürütülen çalışma da bu bulguyu desteklemektedir.

Yüksek aylık gelire sahip bakım verenlerin bakım yükü puanlarının, düşük aylık gelire sahip bakım verenlere göre anlamlı ölçüde daha düşük olduğu görülmüştür. Bunun sebebi, yüksek gelire sahip bakım verenlerin hastaların gereksinimlerini ve tedavi masraflarını nispeten daha kolay karşılayabilmesi olabilir. Literatürde bu bulguyu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır.^[6,30]

Bu çalışmada bakım verme süresinin, bakım yükü puanları

üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı belirlenmiştir. Ancak Igberase ve ark.^[29] (2012), bakım verme süresi uzadıkça bakım yükü düzeyinin de arttığını ortaya koymuştur. Bu bulgu, bakım verme süresi uzadıkça genel işlevsellik azaldığından yaşamsal görevlerini yerine getiremeyen hastalara bakım vermenin zorluğunu ortaya koyduğu için oldukça önemlidir. Literatürdeki bazı çalışmalar benzer sonuçlar göstermiş,^[27,32,40] bazı çalışmalar ise bunun tersini bildirmiştir.^[41]

Aile eğitimlerine ve ilgili dernek ve yardımlaşma kuruluşlarına katılan bakım verenlerin ortalama bakım yükü puanlarının anlamlı ölçüde düşük olduğu görülmüştür. Aile eğitimlerine katılan bakım verenler, hastalığı nasıl daha iyi kavrayabileceklerini ve hastaya nasıl yaklaşacaklarını öğrenmekte ve aynı zorlukları yaşayan kişilerle bir araya gelerek ve onlarla bilgi/deneyim paylaşımında bulunarak sosyal destek alabilmektedir. Böylece bakım yükleri azalmaktadır. Literatürde de hastalığı daha iyi anlamının ve sosyal desteğin, bakım verenlerin yüklerini azaltabileceği bildirilmektedir.^[6,31,42,43]

Şizofreni Hastalarının Genel Sosyal İşlevsellik Düzeylerinin Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı

Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği'nden alınabilecek en düşük puan 19, en yüksek puan ise 95'tir. Bu ölçek için herhangi bir kesme noktası bulunmamaktadır. Bu çalışmada, hastaların toplam ortalama genel sosyal işlevsel iyileşme puanı 49.96 ± 16.34 olarak bulunmuştur. Bu değer ortalamanın üstündedir; bu da hastaların sosyal işlevsel iyileşme düzeyinin orta seviyede olduğunu göstermektedir. Ancak Coşkun ve Altun^[44] (2018), şizofreni hastalarının işlevsel iyileşme düzeylerinin düşük olduğunu bildirmiştir.

Genel sosyal işlevsellik puanları arasında hastanın yaşı, cinsiyeti ve medeni durumu açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgu, Tatlıdil^[45] (2008) tarafından bildirilen bulgular ile uyumludur. Browne ve ark.^[46] (1996) ise şizofreni hastalarının yaşam kalitesi üzerine yürüttükleri çalışmada hastaların yaşı arttıkça yaşam kalitelerinin düştüğünü belirtmiştir. Hastaların cinsiyeti ile işlevsellik puanları arasında herhangi bir ilişki bulunmadığını gösteren çalışmaların yanı sıra^[47,48] kadın hastaların işlevsellik puanlarının erkek hastalara göre daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur.^[28,49-51] Ayrıca bazı çalışmalar, evli hastaların bekâr veya dul hastalara göre daha yüksek işlevsellik puanları aldığını ve yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir.^[48,49,52]

Üniversite mezunlarının genel işlevsellik puanlarının eğitim düzeyi daha düşük olan hastalara göre anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeni, hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe belirli sosyal beceriler geliştirmeleri ve işlevsellik düzeylerinin yükselmesi olabilir. Farklı çalışmalar, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha az olumsuz belirtileri gösterdiğini ve işlevsellik puanlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir.^[50,51,53,54]

Çalışan veya emekli hastaların genel sosyal işlevsellik puanlarının çalışmayan hastalara göre anlamlı ölçüde daha yüksek

olduğu görülmüştür. Bu bulgu, hastanın sosyal hayata aktif katılımının genel sosyal işlevsellik düzeylerini olumlu yönde etkilediğine işaret etmektedir. Diğer çalışmalar, çalışan hastaların işlevsellik düzeylerinin çalışmayanlara göre daha yüksek olduğunu ve çalışmayan hastaların daha fazla negatif belirti gösterdiğini ortaya koymuştur.^[48,49,51,55]

İlaçlarını düzenli kullanan ve klinik randevularına düzenli bir şekilde giden hastaların genel sosyal işlevsellik puanlarının anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun sebebi, tedaviye uyum gösteren hastaların daha az pozitif belirti göstermesi ve günlük yaşama daha fazla uyum sağlaması olabilir. Anlar ve ark.^[56] (2009), ilaçlarını düzenli kullanan ve planlı klinik ziyaretlerine düzenli olarak giden hastaların daha iyi işlevsellik gösterdiğini bildirmiştir. Madde kullanan hastaların genel sosyal işlevsellik puanlarının madde kullanan hastalara göre anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Şizofreni hastalarının genel sosyal işlevsellik puanları ile bakım verenlerin bakım yükü puanları arasında orta seviyede negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu bulguya göre, hastanın işlevsellik düzeyi arttıkça bakım verenlerinin yaşadığı bakım yükü düzeyi azalmaktadır. Hastaların işlevsellik düzeyi arttıkça kendi sorumluluklarını daha iyi yerine getirebildikleri ve tedavilerine daha aktif bir şekilde katıldıkları, böylece bakım verenlerin yükünün önemli ölçüde azaldığı düşünülmektedir. Literatürdeki birçok çalışma bu bulguyu desteklemektedir.^[25,57-60]

Sonuç

Şizofreni, yalnızca hastaları değil hastaların tüm ailesini de etkileyen ruhsal bir bozukluktur. Bu nedenle şizofreni, bakım veren rolünü üstlenen bireylerin yaşadığı yük algısını büyük ölçüde etkileyebilir. Bu bakımdan ruh sağlığı hemşireleri, özellikle bakım verenlerin risk altında olduğunu göz önünde bulundurarak ve ruh sağlığında oynadıkları koruyucu rolün bir parçası olarak ailelerin ve bakım verenlerin bu hastalıkla başa çıkmaları için gerekli uygulamaları benimsemelerine ve kullanmalarına yardımcı olması açısından önemli bir yere sahiptir. Ruh sağlığı hemşireleri her bir ailenin yaşadığı zorlukları tamamen fark edebilmeli, bu zorlukları değerlendirebilmeli ve bu ailelere gerekli tüm bilgileri verebilmelidir. Bakım verenler, hastalık hakkında bilgi sahibi oldukça kendilerini hastalık konusunda bilgisiz hissetme olasılıkları azalır ve kendilerini daha az suçlu hissederler; bu da kendi başa çıkma stratejilerini oluşturmalarına yardımcı olur ve bakım yükünü azaltır. Hastaların işlevselliğinin artması, bakım verenlerinin yükünü azaltacaktır. Bu nedenle ruh sağlığı hemşirelerinin, bu konuda psikososyal ve psikolojik beceri eğitim ve uygulama oturumlarını planlaması gerekmektedir.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma, yalnızca Ankara ilinde yer alan ve psikiyatri kliniği bulunan hastanelerde ve Şizofreni Hastaları ve Bakım Verenleri Derneği'nde yürütülmüştür. Bu nedenle bu çalışmadan elde edilen sonuçlar genellenemez.

Çıkar çatışması: Bildirilmemiştir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazarlık katkıları: Konsept – Y.K., F.Ö.; Dizayn – Y.K., F.Ö.; Denetim – Y.K., F.Ö.; Finansman – Y.K., F.Ö.; Veri toplama veya işleme – Y.K.; Analiz ve yorumlama – Y.K.; Literatür arama – Y.K.; Yazan – Y.K., F.Ö.; Kritik revizyon – Y.K., F.Ö.

Kaynaklar

1. Kaplan HI, Sadock BJ. Klinik psikiyatri. In: Abay E, editor. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2004.
2. Moller MD, Murphy MF. Neurobiological responses and schizophrenia and psychotic disorders. In: Stuart GW, Laraia MT, editors. Principles and practice of psychiatric nursing. 7nd edition. St. Louis: Mosby Inc; 2001. p. 402–37.
3. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları I. 13th edition. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2015.
4. Townsend MC. Essentials of psychiatric mental health nursing. 6th edition. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2014.
5. Bellack AS, Morrison RL, Wixtedand JT, Mueser KT. An analysis of social competence in schizophrenia. Br J Psychiatry 1990;156:809–18.
6. Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, et al. The perceived burden of care and its correlates in schizophrenia. Türk Psikiyatri Derg 2010;21 203–12.
7. Schene AH, van Wijngaarden B, Koeter MW. Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. Schizophr Bull 1998;24:609–18.
8. Shives LR. Basic concepts of psychiatric-mental health nursing. 8th edition. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2012.
9. Hoffman RL, Mitchell AM. Caregiver burden: historical development. Nurs Forum 1998;33:5–11.
10. Cain A. Families and family therapy. In: Robinson L, editor. Psychiatric nursing as a human experience. 2nd edition. London: W.B. Saunders Company; 1977. p.260–2.
11. Gorman LM, Raines ML, Sultan DF. Psychosocial nursing for general patient care. 2nd edition. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2002.
12. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers. Pharmacoeconomics 2008;26:149–62.
13. Caqueo-Urizar A, Gutierrez-Maldonado J. Burden of care in families of patients with schizophrenia. Qual Life Res 2006;15:719–24.
14. Doornbos MM. Family caregivers and the mental health care system: reality and dreams. Arch Psychiatr Nurs 2002;16:39–46.
15. Knock J, Kline E, Schiffman J, Maynard S, et al. Burdens and difficulties experienced by caregivers of children and adolescents with schizophrenia-spectrum disorders: a qualitative study. Early Interv Psychiatry 2011;5:349–54.
16. Moller-Leimkuhler AM, Wiesheu A. Caregiver burden in chronic mental illness: the role of patient and caregiver characteristics. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2012; 262: 157–66.
17. Rexhaj S, Jose AE, Golay P, Favrod J. Perceptions of schizophrenia and coping styles in caregivers: comparison between In-

- dia and Switzerland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2016; 23: 585-94.
18. Aydın A, Eker SS, Cangür Ş, Sarandöl A, et al. Şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin, sosyo demografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009;46:10-4.
 19. Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Ferrer-García M, Penalosa-Salazar C, et al. Attitudes and burden in relatives of patients with schizophrenia in a middle income country. *BMC Fam Pract* 2011;12:1-11.
 20. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Kavanagh DJ. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:899-904.
 21. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980;20:649-55.
 22. Özlü A, Yıldız M, Aker T. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği'nin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009;46:38-42.
 23. Llorca PM, Lancon C, Loncrenon S, Bayle FJ, et al. The "Functional Remission of General Schizophrenia" (FROGS) scale: development and validation of a new questionnaire. *Schizophr Res* 2009;113:218-25.
 24. Emiroğlu B, Karadayı G, Aydemir Ö, Üçok A. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009;46:15-24.
 25. Hanzawa S, Tanaka G, Inadomi H, Urata N, et al. Burden and coping strategies in mother of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008;62:256-63.
 26. Li J, Lambert CE, Lambert VA. Predictors of family caregivers' burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the people's Republic of China. *Nurs Health Sci* 2007;9:192-8.
 27. Roick C, Heider D, Bebbington PE, Angermeyer MC, et al. Burden on caregivers of people with schizophrenia: comparison between Germany and Britain. *Br J Psychiatry* 2007;190:333-8.
 28. Usall J, Araya S, Ochoa S, Busquets E, et al. Gender differences in a sample of schizophrenic outpatients. *Compr Psychiatry* 2001;42:301-5.
 29. Igberase OO, Morakinyo O, Lawani AO, James BO, et al. Burden of care among relatives of patients with schizophrenia in Mid-western Nigeria. *Int J Soc Psychiatry* 2012;58:131-7.
 30. Talwar P, Matheiken ST. Caregivers in schizophrenia: A cross cultural perspective. *Indian J Psychol Med* 2010;32:29-33.
 31. Chien WT, Chan SW, Morrissey J. The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. *J Clin Nurs* 2007;16:1151-61.
 32. Koukia E, Madianos MG. Is psychosocial rehabilitation of schizophrenic patients preventing family burden? A comparative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005;12:415-22.
 33. Hsiao CY, Tsai YF. Caregiver burden and satisfaction in families of individuals with schizophrenia. *Nurs Res* 2014;63:260-9.
 34. Magliano L, Fadden G, Madianos M, de Almeida JM, et al. Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:405-12.
 35. Flyckt L, Fatouros-Bergman H, Koernig T. Determinants of subjective and objective burden of informal caregiving of patients with psychotic disorders. *Int J Soc Psychiatry* 2015;61:684-92.
 36. Ohaeri JU. Caregiver burden and psychotic patients' perception of social support in Nigerian setting. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:86-93.
 37. Zhou Y, Ning Y, Rosenheck R, Sun B, et al. Effect of living with patients on caregiver burden of individual with schizophrenia in China. *Psychiatry Res* 2016;245:230-7.
 38. Lim YM, Ahn YH. Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. *Appl Nurs Res* 2003;16:110-7.
 39. Mantovani LM, Ferretjans R, Marcal IM, Oliveira AM, et al. Family burden in schizophrenia: the influence of age of onset and negative symptoms. *Trends Psychiatry Psychother* 2016;38:96-9.
 40. Lauber C, Eichenberger A, Luginbühl P, Keller C, et al. Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2003;18:285-9.
 41. Hernandez M, Barrio C, Yamada AM. Hope and burden among Latino families of adults with schizophrenia. *Fam Process* 2013;52:697-708.
 42. Asher L, Fekadu A, Hanlon C, Mideksa G, et al. Development of a community-based rehabilitation intervention for people with schizophrenia in Ethiopia. *PLoS One* 2015;10:e0143572.
 43. Fallahi Khoshknab M, Sheikhona M, Rahgouy A, Rahgozar M, et al. The effects of group psychoeducational programme on family burden in caregivers of Iranian patients with schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014;21:438-46.
 44. Coşkun E, Şahin Altun Ö. The relationship between the hope levels of patients with schizophrenia and functional recovery. *Arch Psychiatr Nurs* 2018;32:98-102.
 45. Tatlıdil E. Şizofreni tanılı hastalarda semptomatolojinin sosyal işlevsellik üzerine etkisi. [Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi] Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008.
 46. Browne S, Roe M, Lane A, Gervin M, et al. Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:118-24.
 47. Addington J, Addington D. Neurocognitive and social functioning in schizophrenia: a 2.5-year follow-up study. *Schizophr Res* 2000;44:47-56.
 48. Erol A, Keleş Ünal E, Tunç Aydın E, Mete L. Predictors of social functioning in schizophrenia. *Turk Psikiyatri Derg* 2009;20:313-21.
 49. Iffland JR, Lockhofen D, Gruppe H, Gallhofer B, et al. Validation of the German version of the Social Functioning Scale (SFS) for schizophrenia. *PLoS One* 2015;10(4):e0121807.
 50. Chang WC, Chu AOK, Kwong VWY, Wong CSM, et al. Patterns and predictors of trajectories for social and occupational functioning in patients presenting with first-episode non-affective psychosis: A three-year follow-up study. *Schizophr Res* 2018 Jan 27. pii: S0920-9964(18)30043-4.
 51. Pelayo-Teran JM, Gajardo-Galon V, Gomez-Revuelta M, Ortiz-

- Garcia de la Foz V, et al. Duration of active psychosis and functional outcomes in first-episode non-affective psychosis. *Eur Psychiatry* 2018;52:29–37.
52. Norman RMG, Malla AK, McLean T, Voruganti LP, et al. The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general well being and the Quality of Life Scale. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:303–9.
53. Xiang YT, Shum D, Chiu HFK, Tang WK, et al. Association of demographic characteristics, symptomatology, retrospective and prospective memory, executive functioning and intelligence with social functioning in schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 2010;44:1112–7.
54. Velthorst E, Reichenberg A, Kapara O, Goldberg S, et al. Developmental trajectories of impaired community functioning in schizophrenia. *JAMA Psychiatry* 2016;73:48–55.
55. McGurka SR, Meltzer HY. The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia. *Schizophr Res* 2000;45:175–84.
56. Anlar L, Doğan S, Doğan O. Sivas'ta bir psikiyatri kliniğinden taburcu olan hastaların ruhsal durumları, işlevsellik düzeyleri ve ilgili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009;10:293–300.
57. Gómez-de-Regil L, Kwapil TR, Barrantes-Vidal N. Predictors of expressed emotion, burden and quality of life in relatives of Mexican patients with psychosis. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014;21:170–9.
58. Hjarthag F, Heldin L, Karilampi U, Norlander T. Illness-related components for the family burden of relatives to patients with psychotic illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45:275–83.
59. Jungbauer J, Wittmund B, Dietrich S, Angermeyer MC. Subjective burden over 12 months in parents of patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2003;17:126–34.
60. Perlick DA, Rosenheck RA, Kaczynski R, Swartz MS, et al. Components and correlates of family burden in schizophrenia. *Psychiatric Services* 2006;57:1117–25.