

Şizofreni Hastalarında Bakım Veren Külfet Düzeyinin, Sosyodemografik Değişkenler ve Hastalığın Özellikleri ile İlişkisi

The Association of the Level of Caregiver Burden with the Sociodemographic Variables and the Characteristics of the Disorder in Schizophrenic Patients

Ayşegül AYDIN, Salih Saygın EKER, Şengül CANGÜR*, Aslı SARANDÖL, Selçuk KIRLI

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Bursa

*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada şizofreni hastalarının bakım verenlerindeki külfet düzeyinin, klinik ve sosyodemografik veriler ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntemler: Çalışma kapsamına Uludağ Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Psikoz polikliniğinde takibi süren, DSM-IV-TR'ye göre şizofreni tanılı olgularını karşılayan 50 hasta ve onların bakım verenleri alınmıştır. Hastalara Pozitif Negatif Sendrom Skalası (PANSS), bakım verenlere, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A), Beck Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Beck Anksiyete Değerlendirme Ölçeği ve Zarit Bakım veren Külfet Ölçeği (ZBKÖ) uygulanmıştır.

Bulgular: Bakım veren külfet düzeyinin hastanın yaşı ($p=0.007$, $r=0.376$), hastalığın alevlenme sayısı ($r=0.392$, $p=0.005$) ve hastaneye yatış sayısı ($r=0.281$, $p=0.048$) ile ilişkili olduğu, buna karşın PANSS, PANSS negatif ve PANSS pozitif puanları ile bakım verenlerin külfet düzeyleri arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır. Bakım verenin eğitim düzeyi arttıkça külfet düzeyinin azaldığı ($z=-2.373$, $p=0.018$), ancak bakım veren HAM-D ($r=0.442$, $p=0.001$) ve HAM-A ($r=0.434$, $p=0.002$) değerleri ile külfet düzeyleri arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Günlük bakım verme süresi ile bakım veren külfet düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmazken, bu sürenin artışı ile bakım verenin HAM-D ($r=0.327$, $p=0.02$) ve HAM-A ($r=0.461$, $p=0.001$) değerlerindeki artış arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Bakım verenin külfet düzeyi, yatış sayısı ve alevlenme sayısı ile yükselmesine rağmen pozitif ve negatif belirtilere göre değişim göstermemiştir. Bakım verenlerden eğitim düzeyi yüksek olanlarında külfet düzeyinin daha düşük olması, hastalık hakkında daha fazla bilgi sahibi olmaları ve tedavi olanaklarını daha iyi değerlendirebilmelerine bağlanmıştır. Günlük bakım verme sürelerinin artışı ile bakım verenin kendine ayırdığı zaman azalmakta, depresyon ve anksiyete belirtilerinde artış görülmektedir. Şizofreni tedavisinin sağlıklı sürdürülmesinde önemli rolü olan bakım verenlerin fiziksel, ruhsal ve ekonomik külfet altında olduğu açıktır. Bakım verenlerin hastalık ve süreci hakkında bilgilendirilmesi, gerektiğinde psikiyatrik destek verilmesi, psiko eğitim çalışmalarının yürütülmesi bakım veren yükünün yanı sıra hastalığın getirdiği engelliliği ve hastaneye yatış ve atak sıklığını da önemli ölçüde azaltacağı beklenebilir. (*Nöropsikiyatri Arşivi 2009; 46 Özel Sayı: 10-4*)

Anahtar kelimeler: Şizofreni, bakım veren, külfet

ABSTRACT

Objective: This study aimed to evaluate the level of caregiver burden and its relationship with the sociodemographic and clinical data of the schizophrenic patients

Methods: 50 patients who met the DSM-IV criteria for diagnosis of schizophrenia and their caregivers were enrolled into the study. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) was applied to the patients, while the Hamilton Depression Rating Scale, the Hamilton Anxiety Rating Scale, the Beck Depression Inventory, the Beck Anxiety Inventory and the Caregiver Burden Scale were applied to the caregivers.

Results: There were significant differences related to some variables. Caregiver burden was associated with patient age ($p=0.007$, $r=0.376$), number of previous episodes ($r=0.392$, $p=0.005$) and number of previous hospitalizations ($r=0.281$, $p=0.048$). The level of education of the caregivers was also found to be related to the caregiver burden ($z=-2.373$, $p=0.018$). However, PANSS scores were not associated with the caregiver burden. The caregiver burden was associated with the caregivers' anxiety and depression levels, ($r=0.434$, $p=0.002$) and ($r=0.442$, $p=0.001$), respectively. The daily duration of caregiving was correlated with the caregiver depression and anxiety, ($r=0.327$, $p=0.02$) and ($r=0.461$, $p=0.001$), respectively, while it was not significantly associated with the level of caregiver burden.

Conclusion: The number of previous episodes, hospitalizations and the age of the patient influence the caregiver burden. However, as the education level of caregivers increases, the burden level is likely to decrease. Though, the duration of time spent with the patient does not seem to affect the caregiver burden, it probably causes some psychological distress in caregivers. Therefore, caregivers should be monitored regularly for psychiatric disorders such as depression and anxiety. Some particular psychiatric interventions, as psychoeducational programs, may be helpful in reducing caregiver burden. (*Archives of Neuropsychiatry 2009; 46 Supplement: 10-4*)

Key words: Schizophrenia, caregiver, burden

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Ayşegül Aydın, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye
E-posta: psaysegul_sari@yahoo.com

© Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi, Galenos Yayıncılık tarafından basılmıştır. Her hakkı saklıdır. / © Archives of Neuropsychiatry, Published by Galenos Publishing. All rights reserved.

Giriş

Şizofreninin ilerleyici ve yıkıcı etkisi şizofreni hastalarına bakım vermeyi gerekli hale getirebilmektedir (1). Bakım verme işi de sıklıkla pek çok kronik ve engelliliğe yol açan hastalıkta olduğu gibi hastaların birinci derece akrabalarının üzerine düşmekle birlikte, zamanla bakım verme süreci bakım verenler için psikolojik ve sosyoekonomik külfet haline gelebilmektedir (2,3).

“Bakım veren külfeti” hasta bakımı sürecinde karşılaşılan fiziksel, duygusal ve ekonomik güçlüğün toplamı olarak tanımlanmıştır (4). Şizofreni hastalarının bakımını üstlenen kişilerin büyük bir çoğunluğunun fiziksel, psikolojik ve ekonomik külfet altında olduğu bilinmektedir (5). Bakım veren külfetindeki artış bakım verenin yaşam kalitesindeki azalma, fiziksel ve psikolojik sağlığında ve işlevselliğinde bozulma ile ilişkilendirilmiştir (3). Külfet düzeyinin gerek hastalığın ve hastanın gerekse bakım verenin özelliklerinden etkilendiği gösterilmiştir (6,7). Psikotik alevlenmelerin sıklığı ve şiddeti, hastaneye yatış sayısı, ilk atak yaşının erken olması gibi hastalığa ait özellikler ile külfet düzeyindeki artış arasında anlamlı ilişki bulan araştırmalar vardır (8-10). Birbirinden farklı olmadığını gösteren çalışmalar (11-13) olmakla beraber, bazı çalışmalar pozitif belirtilerin (10,14), bazıları da negatif belirtilerin külfet düzeyleri üzerine daha etkili olduğunu göstermektedir (15,16). Hasta ve hastaya ait özelliklerin yanı sıra hastayla olan yakınlık derecesi (9), hastayla gün içinde geçirilen sürenin miktarı (7), eğitim durumu (17,18), hastalık hakkında bilgi sahibi olma (19), bakım verenin yaşı (20) ve çalışma durumu (21) gibi bakım verene ait özelliklerin de bakım veren külfeti ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir. Külfetin, zamanla bakım verenlerin zamanla sağlık kuruluşlarına daha sık başvurmalarına, antidepresan ve trankilizanlar gibi psikotrop ilaçları genel topluma göre daha fazla kullanmalarına, hastaneye başvurma ve yatış sayılarının yükselmesine yol açtığı bilinmektedir (16,22,23).

Ülkemizde psikiyatri yatak sayısının son derece kısıtlı olması, şizofreni hastalarının sürekli yararlanabileceği gündüz hastaneleri gibi tesislerin bulunmaması bakımverme sürecinde bakım vereni ve bu süreçte yüklediği külfeti ön plana çıkartmaktadır. Bu konuda ülkemizde yapılmış çalışma sayısının son derece az olduğunu göz önünde bulundurarak bu çalışmada şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyi ile hastanın ve bakım verenin klinik ve sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki incelenmeye çalışılmıştır.

Yöntemler

Çalışma Grubu

Uludağ Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Psikoz Polikliniği'nde düzenli takip ve tedavileri sürdürülen, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'na (DSM-IV-TR)24 göre şizofreni tanısı konmuş, 18-65 yaş arası hastalar ile bunların bakım verenleri çalışmaya alınmıştır. Psikotik belirtileri remisyonda olmayan ve denetim altına alınmayan bedensel hastalığı olanlar değerlendirilmeye alınmamıştır. Çalışmaya katılan hasta ve bakım verenleri ile yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme yapılmıştır. Şizofreni polikliniği hasta değerlendirme formu ile sosyodemografik ve klinik bilgiler alınmıştır. Ayrıca hastalara Pozitif-Negatif Sendrom Skalası (PANSS) uygulanmıştır. Bakım verenlere Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D),

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A), Beck Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Beck Anksiyete Değerlendirme Ölçeği ve Zarit Bakım veren Külfet Ölçeği (ZBKÖ) uygulanmıştır. Düzenlenen bakım veren sosyodemografik bilgi formu ile sosyodemografik veriler toplanmıştır. Çalışmaya alınan hasta ve bakım verenlerinden yazılı onam alınmıştır. Hasta ve yakınları ile yapılan psikiyatrik görüşmeler ve ölçeklerin doldurulması aynı araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir.

Uygulanan Ölçekler

Hastalara Uygulanan Ölçekler

Pozitif Negatif Sendrom Skalası (PANSS): Şizofrenide pozitif ve negatif belirti dağılımı ve şiddetini ölçmek için kullanılır. Kay ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (25). 31 maddeden oluşur ve 1 ile 7 arasında şiddet değerlendirmesi vardır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kostakoğlu arkadaşları tarafından yapılmıştır (26).

Bakım Verenlere Uygulanan Ölçekler

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D): Her yaşta ki kişide klinik araştırma amaçlı depresyon düzeylerinin saptanması için Hamilton ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir ölçektir (27). Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (28).

Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A): Anksiyete düzeyini, belirti dağılımını ve şiddet değişimini ölçmek üzere Hamilton ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir ölçektir (29). Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (30).

Zarit Bakım veren Külfet Ölçeği (ZCBS): Zarit ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (31). Sosyal ve ekonomik açıdan bakım veren külfet derecesini belirlemek için yaygın olarak kullanılan bir değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanlama 22-110 arasında değişir.

Beck Depresyon Envanteri (Beck-D): Ölçeğin özgün formu Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (32) Türkçe'ye uyarlaması Hisli tarafından yapılmıştır (33,34). Beck Depresyon Envanteri formunda 21 belirti kategorisinin her biri için dört seçenek vardır. Hastadan uygulama günü de dahil son bir hafta içinde kişinin kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi istenir. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek oluşunu gösterir. On beş yaş üzerindeki kişilere uygulanabilir.

Beck Anksiyete Envanteri (Beck-A): Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (35). Türkçe'ye uyarlaması Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (36). Anksiyete düzeyini, belirti dağılımını ve şiddetini belirlemek için kullanılır. 21 soru içerir. Puanlama 0 ile 63 arasındadır. Sorular hasta tarafından cevaplanır. On beş yaş üzerindeki kişilere uygulanabilir.

İstatistiksel Değerlendirme

İstatistiksel değerlendirmeler SPSS 13 paket programında yapılmıştır. Çalışmamızda yer alan kategorik değişkenler için frekans değerleri elde edilirken, sürekli değişken niteliğindeki için ise tanımlayıcı istatistikler hesaplanmış ve değişkenlik ölçüsü ortalama±standart sapma şeklinde verilmiştir. Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleriyle ilgili değişkenlerin normal dağılım varsayımlarına uygun olup olmadığı araştırılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin derecesi ve yönünü saptamak için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır.

Sonuçlar

Çalışmaya 50 şizofreni hastası ve bakım verenleri alınmıştır. Bakım veren yaş aralığı 27-73, ortalaması 55.18 ± 11.28 olarak saptanmıştır. Çalışmadaki hastaların yaş aralığı 21-64, ortalaması 37.58 ± 9.42 olarak saptanmıştır. Hastalığın başlangıç yaşı, hastanın cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, saldırgan davranış göstermesi, özkıyım girişimi olup olmaması ile bakım veren külfet düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmazken, hastanın yaşı ile külfet düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=0.376$, $p=0.007$). Hastalığın alevlenme ($r=0.392$, $p=0.005$) ve hastaneye yatış sayısının ($r=0.281$, $p=0.048$) artması ile bakım veren külfet düzeyinin arttığı tespit edilmiştir. Toplam PANSS, PANSS negatif ve PANSS pozitif puanları ile bakım verenlerin külfet düzeyleri, HAM-D, HAM-A, Beck-D ve Beck-A puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Bakım verenin eğitim düzeyi yükseldikçe bakım veren külfet düzeyinin azaldığı gözlenirken ($z=-2.373$, $p=0.018$) bakım veren HAM-D ($r=0.442$, $p=0.001$) ve HAM-A ($r=0.434$, $p=0.002$) ile Beck-D ($z=0.669$, $p<0.001$) ve Beck-A ($z=0.541$, $p<0.001$) skorlarının artışı ile külfet düzeyleri arasında pozitif ilişki gözlenmiştir. Bununla beraber bakım verenin cinsiyeti, yaşı, hasta ile olan yakınlık derecesi, öncesine ait bakım verme deneyimi, herhangi bir bedensel hastalığının olup olmaması ve bakım verme biçimi (yardımlı- yardımsız) ile külfet düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Hastaya günlük bakım verme süresi ile bakım veren külfet düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmazken, bu sürenin artışı ile bakım verenin HAM-D ($r=0.327$, $p=0.02$), HAM-A ($r=0.461$, $p=0.001$), Beck-D ($r=0.446$, $p=0.001$) ve Beck-A ($r=0.502$, $p<0.001$) artış olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların sosyodemografik ve hastalık özellikleri Tablo 1'de, Tablo 2' de ise bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ve uygulanan ölçüklerin ortalama puanları verilmiştir.

Tartışma

Şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisinin incelenmesi sonucunda; i) hastalığın alevlenme ve hastaneye yatış sayılarının bakım veren külfetini arttırdığı, ii) bakım veren eğitim düzeyinin yükseldikçe külfet düzeyinin azaldığı, iii) bakım verenin depresyon ve anksiyete düzeyi ile külfet düzeyi arasında pozitif yönde ilişki olduğu, iv) gün içinde bakım verme süresi ile bakım verenin depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönde ilişki olduğu ancak külfet düzeyini etkilemediği tespit edilmiştir.

Bu çalışmada değerlendirilen hasta grubunun hastalık özelliklerinden alevlenme sayısı ve hastaneye yatış sayısının artışı ile bakım veren külfet düzeyinin arttığı tespit edilmiştir. Gutiérrez-Maldonado ve arkadaşları (6) yaptıkları çalışmada anlamlı ilişki saptamamakla beraber yapılan çalışmalar sık alevlenme yaşayan ya da sık hastane yatışı olan hastaların bakım veren külfetini arttırdığını göstermektedir (8,37). Bu anlamda elde ettiğimiz veriler literatür verisi ile uyumaktadır. Sık alevlenme ya da hastane yatışı ailenin alışlagelmiş düzeninin bozulması, ek maddi zorluklar getirmesi ve damgalanma gibi nedenlerden ötürü bakım ve-

ren külfetini arttırmış olabilir. Bu durum hastanın günlük işlerini yürütememesi, çevresi ile uyumunun azalması, kendisine ya da çevresine zarar vermesi ile sonuçlanabilir. Sonuçta gerek hastalığın doğası gerekse damgalanma bakım veren külfetini arttırmaktadır. Bunun yanı sıra gelişen hastane yatışları bakım vereni sosyal ve ekonomik yönden olumsuz etkileyerek külfeti arttırmaktadır. Ancak, çalışmamızda toplam PANSS değeri ile bakım veren külfet düzeyi ile arasında anlamlı ilişki bulunmaması, daha da ötesi bakım veren depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı ilişki olmaması ilginçtir. Bu, hastaların hastalık şiddetinin nispeten düşük olması ile ilişkili olabilir.

Pozitif ve negatif belirtilerin bakım veren külfeti üzerindeki etkisi bilinmekle beraber hangi belirti kümesinin bakım veren külfetini daha çok etkilediğine yönelik veriler çelişkilidir. Negatif belirti kümesinin pozitif belirti kümesine göre bakım veren külfetini daha çok arttırdığını gösteren veriler (15,16) olmakla beraber, tam tersini (10,14) ya da her ikisinin de etkili olduğunu gösteren veriler de mevcuttur (5,12). Bu çalışmada pozitif ve negatif belirtiler ile bakım veren külfeti arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Elde ettiğimiz bu bulgular literatürdeki bazı çalışmalarla aynı doğrultudadır (5,12-13). Hangi belirti kümesinin bakım veren külfeti üzerine birincil derecede etkili olduğu ile ilgili görüş birliği olmamakla beraber, pozitif belirtilerin nispeten dönemsel (epizodik) özellik sergilemesi nedeniyle daha süregelen ve ilerleyici nitelik taşıyan negatif belirtilere göre bakım veren külfetini daha az etkilediği ileri sürülmektedir (38).

Tablo 1. Şizofreni hastalarının sosyodemografik ve hastalık özellikleri

		Hasta sayısı (n:50)
Yaş (yıl)		37.58±9.42
Cinsiyet	Kadın	23 (%46)
	Erkek	27 (%54)
Medeni durum	Bekar	33 (%66)
	Evli	9 (%18)
	Boşanmış	8 (%16)
Eğitim durumu	Okur yazar	4 (%8)
	İlkokul	13 (%26)
	Ortaokul	5 (%10)
	Lise	19 (%38)
	Üniversite	9 (%18)
Çalışma durumu	Çalışıyor	5 (%10)
	Çalışmıyor	45 (%90)
Başlangıç yaşı		21.90±5.78
Alevlenme sayısı		5.22±3.82
Hastaneye yatış sayısı		2.88±2.94
Saldırgan davranış	Var	34 (%68)
	Yok	16 (%32)
Özkıyım girişimi	Var	7 (%14)
	Yok	43 (%86)
PANSS	PANSS pozitif	11.00±7.98
	PANSS negatif	17.54±10.16
	PANSS toplam	46.22±24.91

PANSS: Pozitif Negatif Sendrom Skalası

Literatür ile uyumlu olarak bu çalışmada da bakım verenin eğitim düzeyi arttıkça külfet düzeyinin azaldığı bulunmuştur (17,18,39). Bu sonuç, eğitim düzeyi yüksek bakım verenlerin hastalık hakkında daha fazla bilgi sahibi olmaları, baş etme becerilerinin daha iyi olması ile açıklanabileceği gibi tedavi olanaklarını daha iyi değerlendirebilmeleri ile de ilgili olabilir. Bununla beraber hastalık özelliklerinin iyi kavranması belirtilerin daha iyi tanınmasına ve alevlenmelerin erken fark edilmesine olanak sağlayarak erken müdahale şansını tanımakta ve dolaşısıyla külfet düzeyinin azalmasına yardımcı olabilir.

Gün içinde hasta ile geçirilen sürenin uzaması ile artmış bakım veren külfeti arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (7,40). Bu çalışmada ilginç olarak günlük bakım verme süresi ile bakım verenin depresyon düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanırken, bakım veren külfeti ile anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu durum, yardıma ihtiyaç duyan aile bireylerine bakımın bir yakınma unsuru olmaktan çok bir erdem hatta görev olarak nitelendirilmesi, hissedilen külfetin depresif yakınmalarla açığa çıkması ile ilişkili olabilir. Bununla beraber bakım verenin günlük bakım verme süresinin kendi sorumluluklarına vakit ayırmayı engelleyecek uzunlukta olmasının bakım vereni uyum

sağlama sürecinde zorlayabilir. Hatta hastaya bakabilecek tek kişinin kendisi olması nedeniyle işini bırakmak zorunda kalabilir. Bu da hem ekonomik hem de sosyal açıdan bakım vereni olumsuz etkiler. Çalışmalarda bakım verenin ev dışında düzenli gittiği bir işe sahip olmasının külfeti azalttığı tespit edilmiştir (21). Bir işe sahip olmaları bakım veren rolü gibi külfetli bir rolün yanında başka rollerinin de olmasını sağlamaktadır. Bununla beraber bu çalışmada bakım verenin çalışma durumu ile külfet düzeyi arasında ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda bakım verenin hastaya olan yakınlığı ve yaşı ile külfet değerleri arasında anlamlı ilişki saptanmamakla beraber, bakım verme sürecinde ebeveynlerin diğer aile bireylerine göre (7,9), ileri yaşta bakım verenlerin gençlere göre daha çok külfet altında kaldıklarını gösteren çalışmalar mevcuttur (1). Ebeveynlerin ve ileri yaşta bakım verenlerin toleransının daha iyi olması ya da sorunlarla başa çıkabilme yeteneklerinin daha gelişmiş olması, bu bireylerde külfetin diğerlerinden farklı olmasına yol açmış olabilir. Bakım verenin cinsiyeti ve medeni durumu yine literatürle uyumlu olarak külfet düzeyleri ile ilişkili bulunmamıştır (1). Bununla beraber hastanın genç, erkek cinsiyette olması, çalışmaması ve evli olması külfet düzeyleri ile ilişkili bulunurken (2,7), bu çalışmada hastanın cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu ve çalışma durumunun külfet düzeyleri üzerine bir etkisi olmadığı ancak hastanın yaşının ilerledikçe külfet düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Bununla beraber yapılan bir çalışmada hastanın cinsiyeti, çalışma durumu ve hastanın eğitim durumu ile külfet düzeyleri arasında anlamlı ilişki olmadığı bildirilmiştir (6).

Bakım verenlerin iyileştirme (rehabilitasyon) merkezlerine daha sık başvurdukları, antidepresan ve trankelezan gibi psiko-ropları daha fazla kullandıkları, hastaneye başvurma ve yatış sayılarının daha yüksek olduğu bilinmektedir (41). Bakım verenin hasta ile olan bağı, onunla çatışmaları, hastanın sorumluluğunu tek başına üstlenme, diğer sorumluluklarını yerine getirmedeki güçlüğü, ekonomik sıkıntılar gibi özellikler, duruma uyum sağlamayı güçleştirebilir. Bununla beraber bu çalışmada bakım veren külfetinin yine bakım veren depresyon ve anksiyete düzeyleri ile ilişkili olması daha önce sözünü ettiğimiz ülkemize has sosyokültürel özelliklerle ilişkili olabilir.

Çalışmada yer alan hastaların hastalık şiddetlerinin nispeten düşük olduğu göz önünde bulundurularak sonuçların yorumlanmasının gerektiğini düşünmekteyiz.

Şizofreni tedavisinin sağlıklı sürdürülmesinde önemli rolü olan bakım verenlerin fiziksel, ruhsal ve ekonomik külfet altında olduğu açıktır. Psikoeğitim çalışmalarının bakım veren yükünün yanı sıra hastalığın getirdiği engelliliği ve hastaneye yatış ve atak sıklığını da önemli ölçüde azalttığı gözlenmiştir (42,44). Ülkemizde de benzer eğitim çalışmalarının yapılması gerek hastaların gerekse bakım verenlerin karşılaştıkları güçlükleri aşmalarında yardımcı olabilir. Bunun yanı sıra bu bakım verme sürecinde bakım verenlerin bedensel ve psikiyatrik yakınmalarının olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bakım verenin bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı olması hastaya verdiği bakımın kalitesini arttıracak ve zaten kısıtlı olan psikiyatri yatışlarının kullanımını azaltacağı muhakkaktır.

Tablo 2. Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ve uygulanan ölçeklerin ortalama değerleri

		Hasta sayısı (n:50)
Yaş (yıl)		55.18±11.29
Cinsiyet	Kadın	26 (%52)
	Erkek	24 (%48)
Medeni Durum	Bekar	3 (%6)
	Evli	44 (%88)
	Boşanmış	3 (%6)
Eğitim Durumu	Okuryazar	2 (%4)
	İlkokul	26 (%52)
	Ortaokul	6 (%12)
	Lise	7 (%14)
	Üniversite	9 (%18)
Çalışma Durumu	Çalışıyor	13 (%26)
	Çalışmıyor	37 (%74)
Bakım verme biçimi	Yardımlı	32 (%64)
	Yardımsız	18 (%36)
Öncesine ait bakım verme deneyimi	Var	16 (%32)
	Yok	34 (%68)
Hasta ile olan yakınlık derecesi	Anne-baba	37 (%74)
	Diğer	13 (%26)
HAM-D		10.30±6.53
HAM-A		14.92±9.33
Beck Depresyon Ölçeği		12.16±6.81
Beck Anksiyete Ölçeği		10.90±8.51
ZCBS		37.72±16.52

HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
HAM-A: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği
ZCBS: Zarit Bakım Veren Külfet Ölçeği

Kaynaklar

1. Urizar AC, Maldonado JG. Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research* 2006; 15:719-24. [Abstract]
2. Cochrane JJ, Goering PN, Rogers JM. The mental health of informal caregivers in Ontario: An epidemiological survey. *Am J Public Health* 1997; 87:2002-8. [Abstract] / [PDF]
3. Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *Br J Psychiatry* 1987; 150:285-92. [Abstract] / [Full Text]
4. Dillehay R, Sandys M. Caregivers for Alzheimer's patients: What we are learning from research. *Int J Aging Hum Dev* 1990; 30:263-85. [Abstract]
5. Magliano L, Marasco C, Fiorillo A et al. The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106:291-98. [Abstract]
6. Gutierrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A. The effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in Latin American families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res* 2007; 16:739-47. [Abstract]
7. Roick C, Heider D, Bebbington PE et al. Burden on caregivers of people with schizophrenia: comparison between Germany and Britain. *Br J Psychiatry* 2007; 190:333-8. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
8. Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:547-51. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
9. Maldonado JG, Urizar AC, Kavanagh DJ. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40:899-904. [Abstract]
10. Magliano L, Fadden G, Madianos M et al. Burden of the families of patients with schizophrenia: result of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33:405-12. [Abstract]
11. Schene AH, Van Wijngaarden B, Koeter MWJ. Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. *Schizophrenia Bulletin* 1998; 4:609-18. [Abstract] / [PDF]
12. Wong DFK. Stress factors and mental health of carers with relatives suffering from schizophrenia in Hong Kong: implications for culturally sensitive practices. *Br J Soc Work* 2000; 30:365-82. [Abstract] / [Full Text]
13. Provencher HL, Mueser KT. Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophr Res* 1997; 26:71-80. [Abstract] / [PDF]
14. Wolthaus JE, Dingemans PM, Schene AH et al. Caregiver burden in recent-onset schizophrenia and spectrum disorders: the influence of symptoms and personality traits. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190:241-7. [Abstract]
15. Schene AH. Objective and subjective dimensions of family burden: towards an integrative framework for research. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990; 25:289-97. [Abstract]
16. Dyck DG, Short R, Vitaliano PP. Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosom Med* 1999; 61:411-9. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
17. Cook J, Lefley H, Pickett S et al. Age and family among parents of offspring with severe mental illness. *Am J Orthopsychiatr* 1994; 64:435-47. [Abstract]
18. Czuchta D, McCay E. Help-Seeking for Parents of Individuals experiencing a First Episode of Schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2001; 15:159-70. [Abstract] / [PDF]
19. Sefasi A, Crumlish N, Samalani P et al. A little knowledge: Caregiver burden in schizophrenia in Malawi. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43:160-4. [Abstract]
20. Webb C, Pfeiffer M, Mueser KT et al. Burden and wellbeing of caregivers for the severely mentally ill: the role of coping style and social support. *Schizophr Res* 1998; 34:169-80.
21. Scazufca M, Kuipers E. Stability of expressed emotion in relatives of those with schizophrenia and its relationship with burden of care and perception of patients' social functioning. *Psychol Med* 1998; 28:453-61. [Abstract] / [Full Text]
22. Lieberman MA, Fisher L. The impact of chronic illness on the health and well-being of family members. *Gerontologist* 1995; 35:94-102. [Abstract] / [Full Text]
23. Gallagher SK, Mechanic D. Living with the mentally ill: effects on the health and functioning of other household members. *Soc Sci Med* 1996; 42:1691-701. [Abstract] / [PDF]
24. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV)* (Çev. ed.: E Koroğlu). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
25. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13:261-76. [Abstract] / [PDF]
26. Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A ve ark. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği *Türk Psikiyatri Derg* 1999; 14:23-32.
27. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1960; 23:56-62. [PDF]
28. Akdemir A, Orsel İ, Dag H ve ark. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikol Psikofarmakol Derg* 1996; 4: 251-9.
29. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32:50-5. [Abstract]
30. Yazici MK, Demir B, Tanrıverdi N ve ark. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Değerlendiriciler Arası Güvenirlilik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 1998; 9:114-7. [Abstract]
31. Zarit S, Reever K, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *Gerontologist* 1980; 20:649-55. [Abstract] / [Full Text]
32. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF et al. *Cognitive Therapy of Depression*, New York: Guilford Press, 1978; 229-56. [Abstract]
33. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi* 1988; 6:118-26.
34. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1989; 7:3-13.
35. Beck AT, Epstein N, Brown G et al. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56:893-7. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
36. Ulusoy M. Beck Anksiyete Envanteri: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, 1993.
37. Kavanagh DJ. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1992; 160:601-20. [Abstract] / [PDF]
38. Glanville DN, Dixon L. Caregiver Burden, Family Treatment Approaches and Service Use in Families of Patients with Schizophrenia. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2005; 42:15-22. [Abstract] / [PDF]
39. Guarnaccia P, Parra P. Ethnicity, social status and families experiences of caring for mentally ill family member. *Community Mental Health J* 1996; 32:243-60. [Abstract] / [PDF]
40. Winefield HR, Harvey E J. Needs of family caregivers in chronic schizophrenia. *Schizophr Bull* 1994; 20:557-66. [Abstract] / [PDF]
41. Pezrlrick DA, Rosenheck RA, Kaczynski R et al. Components and Correlates of Family Burden in Schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2006; 57:1117-25. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
42. Hazel NA, McDonell MG, Short RA. Impact of multiple-family groups for outpatients with schizophrenia on caregivers' distress and resources. *Psychiatr Serv* 2004; 55:35-41. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
43. Montero I, Asencio A, Hernandez I et al. Two strategies for family intervention in schizophrenia: a randomized trial in a Mediterranean environment. *Schizophr Bull* 2001; 27:661-70. [Abstract] / [PDF]
44. Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Review*, 2002. [Abstract] / [Full Text]