



**T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**İKİ UÇLU MİZAÇ BOZUKLUĞU-I HASTASI BAKIM VEREN YÜK  
DÜZEYİNİN, ŞİZOFRENİ HASTASI BAKIM VEREN YÜK DÜZEYİYLE  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**Dr. Nurcan HANCI**

**UZMANLIK TEZİ**

**BURSA-2014**



**T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**İKİ UÇLU MİZAÇ BOZUKLUĞU-I HASTASI BAKIM VEREN YÜK  
DÜZEYİNİN, ŞİZOFRENİ HASTASI BAKIM VEREN YÜK DÜZEYİYLE  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**Dr. Nurcan HANCI**

**UZMANLIK TEZİ**

**Danışman: Prof. Dr. Aslı SARANDÖL**

**BURSA-2014**

## İÇİNDEKİLER

Özet.....	ii
İngilizce Özet.....	iii
Giriş.....	1
Bakım Veren Yüğü.....	1
Şizofreni.....	2
İki Uçlu Mizaç Bozukluğu.....	6
Şizofreni ve Bakım Verme.....	11
İki Uçlu Mizaç Bozukluğu ve Bakım Verme.....	15
Gereç ve Yöntem.....	20
Bulgular.....	25
Tartışma ve Sonuç.....	33
Kaynaklar.....	40
Ekler.....	51
Ek-1.....	51
Ek-2.....	53
Ek-3.....	54
Ek-4.....	56
Ek-5.....	56
Ek-6.....	57
Ek-7.....	59
Ek-8.....	60
Teşekkür.....	61
Özgeçmiş.....	62

## ÖZET

Bu çalışmanın amacı iki uçlu mizaç bozukluğu-I (İUMB) hastası bakım veren yük düzeyinin, şizofreni hastası bakım veren yük düzeyi ile karşılaştırarak sosyodemografik değişkenler ve hastalık özellikleriyle ilişkisini ortaya çıkarmaktır.

Bu çalışmaya Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran 62 şizofreni, 62 İUMB-I hastası ve bakım verenleri alınmıştır. Şizofreni hastalarına Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), İUMB-I hastalarına Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), her iki hasta grubuna sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri formu, İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi Ölçeği (İGD) uygulanmıştır. Bakım verenlere HAM-D ve Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A), Zarit Bakım Veren Yük Ölçeği (ZBYÖ), Sosyodemografik Özellikler Veri Formu uygulanmıştır.

Şizofreni hastası bakım verenlerinin ZBYÖ puanları, İUMB-I hastası bakım verenlerinin ZBYÖ puanlarından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Her iki grupta bakım verenlerin aldığı HAM-D ve HAM-A puanlarıyla, ZBYÖ puanları arasında kuvvetli pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç olarak şizofreni hastası bakım verenlerinin hastalık sürecinden daha fazla etkilendiği ve bakım verenlerin ruhsal desteğe ihtiyacı olduğu görülmüştür.

**Anahtar kelimeler:** Şizofreni, iki uçlu mizaç bozukluğu, bakım veren, yük ölçeği

## **SUMMARY**

### **Comparison of the Burden of Caregiver of Patient with Bipolar Affective Disorder-I with the Burden of Caregiver of Schizophrenia Patient**

This study aimed to compare the burden of caregivers of patient with bipolar affective disorder-I and those of schizophrenia, and to analyze the relationship between the socio-demographic variability and clinical characteristics of the caregiver burden.

This study included 62 schizophrenia and 62 bipolar affective disorder-I patients with their caregivers who consult Uludağ University Medical Faculty Mental Diseases Polyclinic. Patients with schizophrenia were assessed on Positive and Negative Syndrome Scale, patients with bipolar affective disorder-I were assessed on Hamilton Depression Rating Scale and on Young Mania Rating Scale. Both group of patients were assessed on Global Assessment of Functioning scale, Socio-demographic and Clinical Characteristics Data Form. Caregivers of the patients were assessed on Hamilton Depression and Anxiety Rating Scale, on Zarit Caregiver Burden Scale, and on Socio-demographic Characteristics Data Form.

It is observed that the scores of schizophrenia patients' caregivers on Zarit Caregiver Burden Scale were significantly higher than the scores of bipolar affective disorder patients' caregivers. In both group of caregivers, positively correlated and statistically meaningful linkages are found between the scores of Hamilton Depression Rating Scale, Hamilton Anxiety Rating Scale, and Zarit Caregiver Burden Scale.

In conclusion caregivers of schizophrenia patients are more affected negatively than those of bipolar affective disorder patients, and need psychological support.

**Key Words:** Schizophrenia, bipolar affective disorder, caregiver, burden scale

## GİRİŞ

İki uçlu mizaç bozukluğu (İUMB) ve şizofreni kronik seyir gösteren, ciddi işlev kaybına neden olan ve sürekli tedavi gerektiren ruhsal bozukluklardır (1,2). Bu ruhsal bozukluklardan etkilenen kişiler bakım verenlerine ve aile üyelerine belirgin oranda zorluk yaşatabilmektedir (3-5).

Aile üyelerinin günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorluklar, hayatlarını etkileyen sorunlar ve olumsuz olaylar gibi hastalığın aile üzerindeki etkisini tanımlamak amacıyla yük kavramı kullanılmaktadır (6). Bakım yükünü bakım verenin hastayla yakınlık derecesi, eğitim düzeyi, işi, bakım verme süresi, hastalık süresi, atak sayısı, yatış sayısı gibi etmenlerin etkilediği bildirilmiştir (7). Yapılan çalışmalar bakım veren yükünün artmasının yakınların ruh sağlığını, yaşam kalitesini ve maddi durumunu olumsuz etkilediğini göstermiştir (8). Bakım verenlerin stresle ilgili anksiyete ve depresyon gibi sağlık sorunları yaşadıkları saptanmıştır (9).

### **Bakım Veren Yükü**

Yük kavramı, hasta bir üyeye yaşıyor olmaktan dolayı aile üyelerinin günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorluklar, hayatlarını etkileyen sorunlar ve olumsuz olaylar (6,10) gibi hastalığın aile üzerindeki etkisini tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır. Hoenig ve Hamilton (11) 1966 yılında yayınladıkları bir makalede, nesnel ve öznel yük kavramlarını ayırmışlardır. Nesnel yük, hastanın rahatsız edici davranışları ya da hastalığın yol açtığı ekonomik zorluklar, günlük yaşamdaki kısıtlanmalar, aile üyelerinin beden ve ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri gibi aile yükünün gözlemlenebilir ve doğrulanabilir yönünü ifade etmektedir. Rollerdeki bu değişimler hastalığın nesnel yükü olarak görülmektedir (12,13). Öznel yük ise bu zorlukların aile üyelerini ne ölçüde rahatsız ettiğini tanımlamaktadır (8).

Bakım veren yükü kavramını öne çıkaran en önemli gelişme, 1950 yılında klorpromazinin keşfi ve ardından birçok antipsikotik ilacın kullanıma

sunulması olmuştur. Depo hastaneler kapanırken hastaların sağaltımlarının toplum içinde sürdürülür hale gelmesiyle hasta yakınları, çok da hazır olmadıkları, birincil bakım veren rolünü üstlenmişlerdir (8). İzleyen yıllarda, aileyi hastalığın nedeni olarak gören bakış açısı yerini, ailenin tutumunun hastalığın seyrini nasıl etkilediğine ilişkin çalışmalara bırakmıştır. 1962 yılında duygu dışavurumu kavramı ileri sürülmüştür (14). Tüm bu gelişmeler, şizofreni tanısı konmuş üyesi olan ailelerde ailenin yükü kavramıyla ilgilenilmeye başlanmasında etkili olmuştur.

Birinci derecede bakım veren kişi, hastanın günlük yaşantısının merkezinde olduğundan çoğunlukla hastalıkla ilgili olarak hastanın sosyal ağıyla temas halindedir. Bakım sunma sorumlulukları arttıkça, bakım sunma ve bakım alma ilişkisi bakım verenin yaşamını sıkıntıya sokan, tek yönlü, bağımlı, yoğun ve uzun dönemli bir zorunluluğa dönüşebilmektedir. Genellikle ailede bakım sunmanın süreğen ve yoğun yapısı, bakım verenlerin iş, aile, sosyal yaşamından kaynaklanan anlaşmazlıklarla birleşince bakım veren yüküne yol açabilmektedir (15).

Yük kavramı bakım verenler ve araştırmacılar tarafından farklı algılanabilir. Özellikle hasta yakınlarıyla görüşmede bu ifade bakım verilen kişinin reddi olarak algılanabilmektedir. Bakım veren kişiler bakımın kendileri üzerine olan etkilerini yönetmekte başarısız olabilmekte ve çaresizlik, suçluluk, öfke, korku ve sosyal yalıtım gibi duygular yaşayabilmektedirler.

Bütün bu yaşanan soruların çözümü için hasta yakınları hastalığın nedeni olarak damgalanmak yerine sağaltım planına dahil edilmeye başlanmış, ailelere yönelik çeşitli terapi yöntemleri ve ruhsal eğitim yaklaşımları önem kazanmıştır (16).

## **Şizofreni**

Şizofreni, kronik gidiş gösteren, hezeyan, halüsinasyon, dezorganize konuşma, dezorganize ya da katatonik davranışlar gibi pozitif belirtiler; duygulanımda küntleşme, aloji, anhedoni gibi negatif belirtiler; sözel akıcılıkta, dikkatte, yürütücü işlevlerde bozulma gibi bilişsel belirtiler; depresif



ya da anksiyöz duygu durumu belirtileri ya da agresyon gibi davranışsal belirtilerle seyreden bir bozukluk olarak tanımlanır (17,18).

Şizofreninin ilk olarak tanımlanması 1800'lü yılların ikinci yarısına rastlamaktadır. Morel 1860 yılında, ergenlik döneminde başlayan yıkımla süregelen bu bozukluğa erken bunama (dementia praecox) adını vermiştir (19). 1863 yılında Kahlbaum "paraphrenia hebetica" terimini kullanmıştır (20).

Hecker 1871'de "hebefreni"yi ve Kahlbaum 1874'de "katatoni"yi tanımladıktan sonra, Kraepelin 1896'da bu iki hastalık tipine paranoid ve basit tipleri de ekleyerek, tümünü "dementia praecox" tanısı altında toplamıştır (20).

Şizofreni kavramını ilk olarak 1911 yılında Eugen Bleuler ortaya atmıştır. Bu hastalıkta kişinin ruhsal hayatındaki yarılmaya (schisme) önem vererek "schizophrenia" yani zihin bölünmesi, yarılması adını önermiştir (21). Bleuler şizofrenide dört belirtinin temel semptom olduğunu belirtmiştir. Bunlar autism, ambivalans, çağrışım bozukluğu ve anormal duygulanımdır.

Kurt Schneider şizofrenide birinci sıra semptomlar olarak adlandırdığı; düşünce yayılması, düşünce sokulması, tartışan ve yorum yapan sesler gibi bir takım semptomlar tanımlamıştır. Schneider bu semptomların sadece şizofreniye özgü belirtiler olmadığını, ancak bunların tanı koymada pragmatik değerlerinin büyük olduğu üzerinde durmuştur. Schneider ikinci sıra belirtilerle de tanı konulabileceğini öne sürmüştür (22).

Dünya üzerinde yaklaşık 24 milyon kişinin bu hastalıktan etkilendiği düşünülmektedir (23). Coğrafi dağılım olarak tüm dünyada, sıklık ve yaygınlık değerleri benzerlik göstermektedir (20). Yapılan değişik çalışmalarda şizofreni sıklığı yıllık 0.1-0.7/1000 yaygınlığı ise 0.6-7.1/1000 olarak rapor edilmiştir (19). Ülkemizde şizofreni epidemiyolojisi ile ilgili yeterli miktarda çalışma olmamakla birlikte, Sivas ilinde yapılan bir çalışmada yaşam boyu yaygınlığının % 0.5 oranında olduğu ve şizofreni sıklığının ülkemiz dışındaki diğer çalışmalardaki sonuçlar ile uyumlu olduğu belirtilmiştir (24).

Şizofreni, kadın ve erkeklerde eşit oranlarda görülmekle birlikte, hastalığın başlangıç yaşı erkeklerde kadınlara oranla daha erkendir. Genel

olarak başlangıç yaşı erkeklerde 15-25 yaşları arasında iken, kadınlarda 25-35 yaşları arasındadır.

Genetik geçiş Şizofrenide en önemli risk faktörlerinden biridir. Şizofrenide genetik faktörlerin etkisi aile, evlat edinme, ikiz çalışmaları ile ortaya konulmuştur. Monozigot ikizlerde eş hastalanma oranı %33-78 arasında değişirken, aynı oran dizigot ikizlerde %8-28 arasında değişir. Şizofreni olanların birinci dereceden akrabalarında Şizofreni geleişme riski, normal kişilerin akrabalarına göre en az beş kat daha yüksektir. Ebeveynlerden her ikisinin de Şizofreni olması durumunda, ocuklarda Şizofreni geleişme riski %40 oranındadır (25).

Őizofreniyle ilgili bilgilerimiz gün geçtikçe artmasına rağmen, bu bozukluk için spesifik etiyolojik faktörler veya bozukluğun ortaya çıkış süreçleri kesin olarak tanımlanamamıştır (26). Şizofreninin ortaya çıkışında ve zaman zaman görölen alevlenmelerde çevresel/ruhsal etkenlerin varlığı da önemsenmektedir. Biyolojik araştırmaların yanı sıra çevresel etkenlerin araştırılması da Şizofreninin anlaşılmasında önemli ilerlemeler sağlamıştır (27).

Şizofreni hastasının DNA'sındaki bir anormallik, prenatal dönem ve erken çocukluk dönemindeki beyin gelişimi ve bağlantı oluşma aşamasında, yanlış sinaps bağlantılarının kurulmasına neden olabilmektedir. Bu durum nöron seleksiyonu ve göçünün erken evrelerinde, fetal beyin gelişiminde ortaya çıkan anormalliklerden kaynaklanmaktadır (28). Şizofreni, belki de beyinde yaşamın başlangıcından itibaren ortaya çıkan gelişim bozukluğunun bir sonucudur. Bu gelişim bozukluğu ya erişkinlikte yanlış nöronların saç kalmasına yol açan seçim hatasından ya da saç kalan nöronların beynin doğru bölgelerine göç edememelerinden, uygun bağlantıları kuramamalarından ve daha sonra ergenliğin sonları ve erişkinlik döneminde kullanılmaya başladıklarında aksamasından kaynaklanabilir (28).

Beyin görüntöleme çalışmalarında, Şizofreni hastalarının beyinde fonksiyonel ve yapısal bozuklukların saptanması, hastalığın seyri sırasında nöron fonksiyonlarında progresif kayba yol açan, bir nörodejeneratif sürecin devam ettiğini düşündürmektedir (28).

Şizofreninin klinik bulgu ve belirtilerinin tartışmaları üç madde altında toplanmaktadır:

1. Şizofreni için patognomonik hiçbir bulgu veya belirti yoktur; şizofrenide görülen her bir bulgu veya belirti diğer psikiyatrik veya nörolojik hastalıklarda da görülebilir. Bundan dolayı, şizofreni tanısı için hastanın tıbbi ve psikiyatrik öyküsü, aile ve sosyal geçmişi hakkında olabildiğince kapsamlı bilgi toplamak, aile bireyleri ve arkadaşları ile görüşmek, ayrıntılı bir ruhsal durum muayenesi gerçekleştirmek son derece önemlidir.

2. Zamanla hastanın belirtileri değişir. Bir hasta aralıklı varsanılara sahip olabilir ve sosyal durumlara uyumu değişkenlik gösterebilir veya hastalığın gidişi sırasında gelip geçici bir duygudurum bozukluğu belirtileri görülebilir.

3. Klinisyen hastanın eğitim düzeyini, entelektüel yeteneğini ve alt kültürel konumunu hesaba katmalıdır. Soyut kavramları anlama yeteneğindeki bozulma, hastanın eğitim veya zekasını yansıtabilir.

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'na (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition; DSM-IV) göre şizofreni için tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

A. Özgül belirtiler: Bir aylık dönem boyunca, aşağıdakilerden en az ikisinin bulunması:

1. sanrılar
2. varsanılar
3. dezorganize konuşma
4. dezorganize davranış
5. negatif belirtiler

B. Kişinin bu belirtiler nedeniyle iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarında bozulma olması.

C. Belirtilerin en az altı ay süredir bulunması.

D. Belirtilerin şizoaffektif bozukluk ve duygudurum bozukluğuyla daha iyi açıklanamaması.

E. Belirtilerin madde kullanımı ve genel tıbbi durum sonucunda ortaya çıkmamış olması.

Şizofreni alt tiplerinin sınıflandırılması:

1. Paranoid tip: Bir ya da birden fazla sanrı ve varsanıların (sıklıkla işitsel) olması ile birlikte dezorganize konuşma, dezorganize ya da katatonik davranış, donuk ya da uygunsuz affektin bulunmaması.

2. Dezorganize tip: Dezorganize konuşma, dezorganize davranış, donuk ya da uygunsuz affekt olması ve katatonik tip olmaması.

3. Katatonik tip: Katalepsi ya da stupor ile belirlendiği üzere motor hareketsizlik, aşırı motor aktivite, aşırı negativizm ya da mutizm; postür alma, basmakalıp hareketler, belirgin manyerizm ya da davranışlarda acayıplık olması, ekolali ya da ekopraksi olması.

4. Farklılaşmamış tip: DSM-IV'e göre A tanı ölçütünün karşılandığı belirtilerin olduğu, ancak diğer tipler için tanı ölçütlerini karşılamayan klinik durumdur.

5. Rezidüel Tip: Belirgin sanrılar, varsanılar, dezorganize konuşma ve ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranışın olmaması. Negatif belirtilerin ya da DSM-IV'e göre A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla semptomun daha hafif biçiminin varlığı ile bu bozukluğun sürdüğüne ilişkin kanıtların bulunması (29).

Bazı şizofreni hastalarında görülebilen kendine bakımda azalma, sağlıksız ortamlarda bulunma ve alkol madde kullanımları nedeniyle enfeksiyon hastalıkları daha çok gözlenmekte ve hasta yaşamı olumsuz yönde etkilenmektedir. Şizofreni hastaları bu nedenlerle, diğer insanlarla karşılaştırdığında, 10 yıl daha az yaşam süresine sahip olabilmektedir (30).

### **İki Uçlu Mizaç Bozukluğu (İUMB)**

İUMB, belirli bir düzen olmaksızın tekrarlayan depresif, manik ya da her ikisini de kapsayan karma dönemlerle giden ve bu dönemler arasında kişinin tamamen sağlıklı duygudurumuna geri dönebildiği kronik seyirli bir ruhsal bozukluktur. Tüm İUMB dönemleri gözden geçirildiğinde ve hastaların yaşam sürecine bakıldığında, sürecin büyük oranda depresif, daha küçük oranda manik ya da karma dönemlerden oluştuğu izlenmiştir (31).

Mani ve depresyonun varlığına dair bilgiler, antik çağlara kadar dayanmaktadır. Homeros, ilk defa İlyada destanında Yunanca'da öfke ve gazap anlamına gelen "mani" sözcüğünü kullanmıştır. Yunanca kara ve safra sözcüklerinden türetilen "melankoli" terimi Hipokrat döneminde (M.Ö 400) kullanılmaya başlanmıştır. Daha sonra Kapadokyalı Arateus melankoli ve mani arasında bir bağlantı olduğunu gözlemlemiş ve aynı hastaların farklı zamanlarda bu iki durumu yaşadıklarını söylemiştir (32). 1896'da Alman hekim Emil Kraepelin "manik depresif hastalık" kavramını tanımlamış, 1913' de ise tüm melankolilerin aynı hastalık olduğunu, hastalığın periyodik ve epizodik gidiş gösterdiğini, hastalık seyrinin yıkım ile giden "dementia preacox" tan farklı olduğunu bildirmiştir (33). Bleuer 1930'da, depresif ve manik dönemlerle giden bu hastalığı "affektif bozukluklar" olarak adlandırılmıştır ve sadece depresif dönemle seyreden tabloya "unipolar hastalık", manik depresif dönemlerle ya da sadece manik dönemlerle seyreden tabloya da İUMB demiştir.

İUMB hastalarının ilk duygudurum dönemi %40-60 oranında depresyondur. Bu nedenle ilk hastalık döneminde İUMB'nu tanımak zor olabilir, yayınlarda %40'ın üzerindeki İUMB hastasının ilk olarak major depresyon tanısı aldığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (34).

İUMB-I'in yaşam boyu yaygınlığı sırasıyla %2.4 iken İUMB-II'nin yaşam boyu yaygınlığı %0.3-3 arasında bulunmuştur. Tüm iki uçlu spektrum düşünülürse yaşam boyu yaygınlık %2.6-7.8 arasındadır (20).

İlk duygudurum dönemi erkeklerde sıklıkla mani, kadınlarda ise depresyon olarak bildirilmektedir (35). İUMB'nun kadınlarda erkeklere oranla anlamlı derecede geç başlangıç olduğu (36-37), ayrıca beşinci dekatta hastalık sıklığının da kadınlarda daha sık görüldüğü (38) belirtilmektedir.

İUMB-I her iki cinste de eşit oranda iken İUMB-II ise kadınlarda daha fazla oranda görülmektedir (20). Erkeklerde mani ve depresif epizod sayılarının yıllar içerisinde eşit kalmasına karşılık, kadınlarda ise yıllar geçtikçe depresif epizod sayısının artma eğilimi gösterdiği bildirilmiştir (39).

Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarında İUMB'nun güçlü bir genetik yatkınlığının olduğu belirtilmiştir. İUMB'unda %60-85 oranında kalıtımla

aktarıma riskinin olduğu gösterilmiştir (40). İUMB patofizyolojisinde güçlü genetik etkilerin bulunması (41) ve bazı erişkinlerde hastalığın başlangıcının çocukluk ve ergenlikte olması (42), İUMB anne babaların çocuklarının bu hastalık için risk altında olduğunu göstermektedir. 1960'lı yıllarda başlayan moleküler genetik araştırmalar bu epidemiyolojik verileri desteklemiştir.

İUMB etiolojisinde gen ve çevre faktörleri birlikte rol oynadığı için monozigot ikizlerde İUMB görülme olasılığı %100 değildir. Mitchell (43) 1993 yılındaki derlemesinde, İUMB için eş hastalanma hızının monozigotlarda %60-70, dizigotlarda ise sadece %20 olarak saptandığını ifade etmiştir.

1960 yılından itibaren yapılan araştırmalar gösteriyor ki İUMB hastaların birinci derece akrabalarında hastalığın görülme riski %9 kadardır (40). Bu oran yaklaşık genel toplumda görülme sıklığının 10 katıdır (44,45).

Gershon ve ark. 'nın (46) 1982 yılında yaptıkları bir çalışmada ebeveynin birinde bir duygudurum bozukluğu varsa çocuklarda hastalık görülme riskinin %25-30 olduğunu, eğer her iki ebeveynde de duygudurum bozukluğu varsa ve bunlardan en az biri İUMB ise çocuklarda hastalık görülme riskinin %50-75'e çıktığını bildirmişlerdir.

İlk olarak 1952 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından çıkarılan DSM-I' de ruhsal bozukluklar tepkisel olarak sınıflandırılırken, 1968'de yayınlanan DSM-II' de bu yaklaşım terk edilmiştir. DSM-III (1980)' te "afektif bozukluklar" tanımı kabul edilmiş ve temel ayırım İUMB ile Major Depresyon arasında yapılmıştır. DSM-IV (1994)'te ise Bipolar Bozukluk, Bipolar I, Bipolar II, Siklotimi ve Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk şeklinde dörde ayrılmıştır. Antidepresan tedavi sonrası gelişen manik nöbetler ise "Maddenin Neden Olduğu Manik Dönem" şeklinde ayrıca tanımlanmıştır. Karma ve hipomanik dönemler için de ayrı tanı ölçütleri getirilmiştir. Son olarak 2000 yılında yapılan DSM-IV-TR sınıflandırmasında da DSM-IV'teki sınıflandırma esas alınmıştır (35).

Bipolar Bozukluğun DSM-IV-TR Sınıflandırması:

- Bipolar bozukluk-I
- Bipolar bozukluk-II
- Siklotimik bozukluk

— Başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk

Bipolar bozukluk-I:

Bipolar bozukluğu olan bir hasta hekime; mani, depresyon ya da karma (mikst) atak tablolarından biri ile gelebilir. Çoğu hastada kesin tanı, ancak tipik bir manik atak izlendikten sonra konabilmektedir. DSM-IV sınıflamasına göre Bipolar Bozukluk-I tanısı konabilmesi için, mutlaka bir manik atağın yaşanmış olması gerekli ve yeterlidir (35).

Bipolar Bozukluk-I Tanı Ölçütleri:

A. En az bir manik ya da karma bir atak vardır.

B. Depresif dönem geçirilmiştir ya da ileride ortaya çıkacağı varsayılmaktadır.

C. Duygudurum atakları şizoaffektif bozukluğa uymamaktadır.

D. Belirtiler sosyal, iş ya da diğer önemli alanlarda klinik olarak anlamlı bozulmaya neden olur.

E. Belirtiler bir maddenin ya da genel tıbbi bir hastalığın doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Bipolar bozukluk-II:

Bir ya da daha çok major depresif atağın yanı sıra, en az bir hipomanik atağın yaşandığı bir klinik tablodur. Bu tanının konabilmesi için, hastanın tam bir manik atak geçirmemiş olması kuraldır. Kadın hastalarda erkeklere oranla daha fazladır. Hızlı döngülü bir gidiş bipolar bozukluk-II'de daha sıktır (35).

Bipolar Bozukluk-II Tanı Ölçütleri:

A. En az bir major depresif atağın ya da geçirilmiş major depresif atak öyküsünün varlığı

B. En az bir hipomanik atağın ya da geçirilmiş hipomanik atak öyküsünün varlığı

C. Manik ya da karma atakların geçirilmemiş olması

D. A ve B ölçütlerindeki duygudurum belirtileri şizoaffektif bozukluğa uymaz.

E. Belirtiler sosyal, iş ya da diğer önemli alanlarda klinik olarak anlamlı bozulmaya neden olur.

Başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk:

Başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk kategorisi herhangi bir özgül bipolar bozukluk ölçütlerini karşılamayan, bipolar özelliklere sahip bozuklukları içermektedir. Örnekler aşağıda sıralanmaktadır:

1. Manik, hipomanik veya depresif dönem için asgari süre ölçütünü karşılamayan ancak belirti eşiği ölçütünü karşılayan, manik ve depresif belirtiler arasında hızlı değişimler.

2. Arada tekrarlayan depresif belirtiler olmaksızın yineleyici hipomanik ataklar.

3. Sanrısız bozukluk, rezidüel şizofreni veya başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk üzerine binmiş manik veya hipomanik atak.

4. Kronik depresif belirtilerle birlikte giden, siklotimik bozukluk tanısı için fazla sık gözlenen hipomanik ataklar.

5. Hekimin bipolar bozukluk olduğuna karar verdiği, ancak birincil mani veya genel tıbbi duruma bağlı mı veya madde kullanımının mı yol açtığını belirleyemediği durumlar (29).

Hastalığın olumsuz etkileri her hastalık döneminde daha da belirginleşir ve hasta iş, aile ve sosyal yaşantısında ciddi sorunlarla karşı karşıya kalabilir (2).

Yapılan izlem çalışmalarında, hastalık öncesi kötü işlevsellik düzeyi, alkol bağımlılığı, psikotik özelliklerin bulunduğu dönemlerin varlığı, dönemler arası eşik altı depresif özelliklerin varlığı, yüksek tekrarlama hızı ve kronik dönemlerin varlığı kötü prognostik belirteçler olarak saptanmıştır (47). Hastalığın gidişini olumlu etkileyen faktörler ise manik dönemlerin süresinin kısa olması, ileri başlangıç yaşı, özkıyım düşüncelerinin az olması, düşük ek tanı oranı, yüksek sosyoekonomik düzey ve iyi tedavi işbirliği olarak bildirilmiştir (33,48).



## Şizofreni ve Bakım Verme

Birçok şizofreni hastası yakınlarının duygusal desteğine ve ekonomik yardımına gereksinim duymaktadır. Bakım verenler hastalara önemli derecede destek sağlar, büyük bir sorumluluk duygusu taşır ve dolayısıyla önemli seviyede yüke maruz kalmaktadırlar (49,50). Bu nedenle şizofreni tıbbi bir sorun olmanın ötesinde insani ve sosyal bir kavram olarak da ele alınmalıdır.

Bakım veren yükünü belirlemeye yönelik Gülseren ve ark.'nın (7) yaptıkları çalışmada hastanın erkek, bakım veren aile üyesinin kadın olmasının, hasta yakınında süregelen bir bedensel hastalığın bulunmasının, akrabalarından ve sağlık personelinin yeterince destek almamanın, hastadan şiddet görmenin, ailenin ekonomik durumunun kötü olmasının, hastanın bir sağlık kurumunda düzenli olarak izlenmemesinin aile yükünü arttıran özellikler olduğu bulunmuştur. Ayrıca bakım verenlerin anksiyete ve depresif belirti düzeylerinin aile yükü ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda, hastanın bakımından öncelikli sorumlu olan kişinin daha çok ailedeki kadın üyeler oldukları belirlenmiştir (8,49,51). Ailedeki bakım verenin en çok anneler olduğu gösterilmiştir (52-56). Urizar ve Maldonado (49) yaptıkları bir çalışmada annelerin bakım yükünün diğer aile üyelerinden daha fazla olduğu gösterilmiştir. Ayrıca bu çalışmada bakım verenin yaşlı, hastanın genç olması bakım yükünü artıran etkenler olarak belirlenmiştir. Ancak bazı çalışmalarda ise aile yaşantılarındaki değişikliklerin belirgin olması nedeniyle genç bakım verenlerde bakım yükünün daha fazla olduğu bildirilmiştir (13,57).

Yayınlarda yüksek eğitim düzeyi (58-62) ve düzenli bir işi olan (63,64) bakım verenlerin daha az yük bildirdikleri çalışmalarla desteklenmiştir. Evin dışındaki günlük aktivitenin, rolün dışına çıkmayı sağlayarak yükü hafiflettiği düşünülmüştür (49,64).

Aydın ve ark.'nın (65) yaptığı bir çalışmada değerlendirilen hasta grubunun hastalık özelliklerinden alevlenme sayısı ve hastaneye yatış sayısının artışı ile bakım veren külfet düzeyinin arttığı tespit edilmiştir. Bu

sonuçları destekleyen çalışmalar vardır (66,67). Ancak buna karşı olarak bazı çalışmalarda alevlenme sayısı ve hastaneye yatış sayısı ile bakım veren külfet düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (49,68,69).

Hastalık belirtilerinin şiddeti ile bakım veren yükü arasında ilişki olduğu anlaşılmıştır (70,71). Ancak hangi belirti kümesinin yükü daha fazla arttırdığı konusundaki bulgular birbiriyle uyumlu değildir (8). Gibbons ve ark.'ı (72), ailenin yükünün zamanla azaldığını bildirmişlerdir. Lowyck ve ark.'ı (73), hastalık süresinin aile yükü üzerindeki etkisi konusunda tam bir görüş birliği olmamakla birlikte, aileye yönelik girişimlerin yükü azalttığına dikkat çekmişlerdir. Caqueo Urizar ve ark.'ı (74), şizofrenide aile üyelerinin yaşam kalitesiyle ilgili bir gözden geçirme çalışması yapmışlardır. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yeterli destek alamama, aile yaşamının bozulması, hastalığın gidişi gibi çeşitli etmenlerin aile üyelerinin ruhsal yüklerini arttırarak yaşam kalitelerini bozduğunu; gelişmekte olan ülkelerde ise özellikle ekonomik yükün aile üyelerinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceğini bildirmişlerdir. Gelişmekte olan ülkelerde, ruh sağlığı çalışanlarının, gündüz hastanelerinin sayısının yetersizliği, sağaltım giderleri hasta yakınlarının zorluk yaşamalarına neden olmaktadır.

Tüzer ve ark.'ı (75) aile içi çatışmaların hastalığın seyrini olumsuz etkilediğini bildirmiştir. Pozitif belirti şiddeti yüksek olan hastalar aile ortamlarını katı ve aşırı kuralcı algıladıkları ve hastaların pozitif ve negatif belirtileri arttıkça aile ortamında duygu dışavurumunun arttığı bulunmuştur.

Ebrinç ve ark.'ı (76) hasta ailelerinde, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, rol ve davranış kontrolü konularında aile işlevlerinin sağlıksız ve bozuk olduğunu saptarken, düşük duygu dışavurumu olan ailelerin hastalarında, algılanan ailesel ve sosyal destek düzeyleri daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Karancı ve İnandılar (77) şizofreni hastasına bakım verenlerin hastalarının belirtileri ile başa çıktıklarını algıladıkları durumda, eleştirel ve düşmanlık davranışlarında azalma olduğu, hastalarının belirtilerinde artış olduğu durumda ise eleştirel ve düşmanlık davranışlarında artma olduğunu

bildirmişlerdir. Bakım verenin anne, baba ya da eş olmasının daha fazla stres ve üzüntü yaşamaya neden olduğu belirtilmektedir.

Eliüşük'ün (78) çalışmasında, şizofreni hastası olan ailelerin algıladıkları sosyal destek arttıkça umutsuzluğun azaldığı bulunmuştur. Bakım verenin sosyal ilgilerinin artması, hastalığı kabullenmesi, sosyal destek alması ve hastalıkla ilgili bilgi birikimi bakım yükünü azaltmaktadır (69).

Alptekin ve ark.'ı (79) şizofreni hastalarının ailelerinin yaşam kalitesi puanı herhangi bir hastalığı olmayan sağlıklı yetişkin gruptaki kişilerden daha kötü olduğunu bulmuşlar fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirleyememişlerdir.

Bakım verenlerin %29-60'ının bakım sürecinde sağlık durumlarını olumsuz yönde etkileyen düzeyde stres yaşadıkları bildirilmiştir (80,81). Özellikle artan bakım süresiyle birlikte bakım verenlerde duygusal tükenmenin ve depresyonun arttığı bildirilmiştir (82).

Şengün'ün (83) çalışmasında, şizofreni hastasına bakım verenlerin %65'i ruhsal sağlık sorunu bulunması açısından yüksek riskli bulunmuştur. Ayrıca kadın bakım verenlerde ve şizofreni hakkında grup eğitiminde yer almayan bakım verenlerde ruhsal sağlık sorunu bulunma riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin artan yaş ve bakım süresiyle birlikte ruhsal sağlık sorunu bulunma riskinin arttığı, baş etme yöntemi olarak kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı kullanıldığında bakım verende ruhsal sağlık sorunu bulunma riskinin azaldığı, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım kullanıldığında ruhsal sağlık sorunu bulunma riskinin arttığı görülmüştür.

Ceylan'ın (84) çalışmasında, şizofreni ve kronik böbrek yetmezliği hastasına evde bakım veren aile üyelerinde suçluluk ve utanç düzeyi bakım rolü olmayan gruba göre yüksek bulunmuştur. Şizofreni hastasına evde bakım veren aile üyelerindeki suçluluk ve utanç düzeyi, kronik böbrek yetmezliği hastasına evde bakım veren aile üyelerinden yüksek olduğu ve suçluluk ve utanç düzeyinin hastalık süresi arttıkça azaldığı ortaya çıkmıştır.

Gümüş (85), hasta yakınlarının şizofreni belirtileri ve stresle baş etme, hasta birey ile iletişim ve sosyal ilişkiler boyutlarıyla ilgili konularda sağlık eğitime daha çok gereksinim duyduklarını belirlemiştir. şizofreni hastaları ve yakınları için en önemli konular; yasal haklar, hastalığın tekrarlaması durumunda ortaya çıkan belirtiler, ilaç tedavisinin yan etkileri, şizofrenide uygulanan psikososyal tedaviler, şizofreni hastaları ve yakınları için sosyal desteğin önemi, şizofreni ile ilgili özel grup ya da dernekler olduğu belirtilmiştir.

şizofreni hastalarına verilen ilaç tedavisine ek olarak şizofreni hastalarının ailelerine verilen psikoeğitimin olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir (86-88). Çalışmalarda aile psikoeğitiminin hastaların ilaç tedavisine işbirliğinde, ilaç tedavisi ve kontrol randevularına uyumlarında, kontrol grubuna göre anlamlı fark bulunmuştur (51,89-91). Aile psikoeğitiminin hastaların sosyal destek düzeylerine etkisi olurken, hastaların klinik sonuçlarına ve hastalığın tekrarlanma oranlarına etkisi olmadığı belirtilmiştir (89,91,92).

Müdahale çalışmalarının bakım verenler üzerine etkisi incelendiğinde psikoeğitim müdahalelerinin aile işlevlerini olumlu yönde etkilediği bulunmuştur (91,93,94). Ayrıca müdahaleler sonrası bakım verenlerin umutsuzluğunun azaldığı, stres ve güçlüklerinin azaldığı, yaşam kalitelerinin ve sosyal işlevselliklerinin arttığı, hastaya bakım güçlüklerinin azaldığı, bozukluk belirtilerini etkin olarak ele aldıkları ve şizofreni hakkındaki bilgilerinin arttığı bulunmuştur (93-95). Müdahale çalışmalarının aileler üzerine olumlu etkilerine rağmen Türkiye’de yapılan iki çalışmada bakım verenlere uygulanan psikoeğitim programının bakım verenlerin duygu ifadesi sonuçlarını etkilemediği bulunmuştur (89,92). Başka bir çalışmada da aile psikoeğitiminin şizofreni hastalarının bakım verenlerinin stresle başa çıkma puanlarını etkilemediği, bakım verenlerin psikoeğitim müdahalesi sonrası stresle baş etmede olumlu ve olumsuz baş etme yöntemlerini birlikte kullandıkları bulunmuştur (90,93).

## İUMB ve Bakım Verme

İUMB, Dünya Sağlık Örgütü tarafından toplumda yeti yitimi oluşturan hastalıklar arasında sekizinci sırada yer aldığı bildirilen önemli bir psikiyatrik bozukluktur (96). Bu nedenle İUMB'undan etkilenen kişiler bakım verenlerine ve aile üyelerine belirgin oranda zorluk yaşatabilmektedir (58,98-100).

İUMB hastaların yakınlarının yaşadığı yük hissi yüksek oranda bildirilirken (98,100) bazı araştırmalar bakım verenin yükünün İUMB'nun klinik sonuçlarını etkileyebileceğini göstermektedir (101,102).

Yayınlar incelendiğinde, ruhsal bozukluklarda değişken hastalık özellikleri nedeniyle, bakım verenlerin yüklerinin karşılaştırılmasının zor olduğu anlaşılmaktadır. İUMB dönemsel ve döngüsel olması nedeniyle bakım veren yükü zaman içinde şizofreniye veya demansa göre daha fazla değişiklik gösterebilir (102). Bunun dışında İUMB ortaya çıkışı için ortalama yaş, şizofreni veya demansa göre daha düşüktür ve muhtemelen bakım veren yükünün kapsamı veya derecesini etkilemektedir (102).

Şizofreni ile ilgili bu konuda yayınlanmış çeşitli çalışmalar varken, İUMB'nun yaygınlığı bilinmesine rağmen, İUMB hastalarına bakım verme konusunda, bakım veren yükünü daha kesin bir şekilde tanımlamaya yönelik çok az çalışma yapılmıştır. Türkiye'de İUMB hastalarının bakım verenleriyle yapılmış çalışma sayısı kısıtlıdır.

Ünal ve ark.'nın (103) çalışmasında İUMB hasta ailelerinin işlev düzeyi şizofreni ve epilepsi hastalarının ailelerine göre daha yüksek bulunmuştur. Şizofreni hastalarında iletişim ve davranış kontrolü alanları, epilepsi hastalarında ise roller ve davranış kontrolü alanları sağlıklı değerlendirilmiştir. İUMB hastaların eşlerinin değerlendirmesine göre, hastalık sürecinde aile işlevleri olumsuz etkilenmektedir. Ünal'ın (104) başka bir çalışmasında İUMB hastaların ailelerinde aile değerlendirme ölçeğinin problem çözme, iletişim, roller, gereken ilgiyi gösterebilme, genel işlevler ve davranış kontrolü alt boyutlarında vaka grubu ve psikiyatrik hastalığı olmayan hasta eşleri kontrol grubu arasında anlamlı farklılık görülürken duygusal tepki

verme alt boyutunda fark görülmemiştir. İUMB hastalarında hastalık ve olumsuz aile işlevleri arasında ilişki olduğu bulunmuştur.

Süreğen ve ilerleyici hastalığı olan bireylerin aileleri üzerinde oluşturduğu yük ve ailelerin tutumunun incelendiği Şahin ve ark.'nın (105) yaptığı bir çalışmada, aile yükünün ve tutumunun belirleyici olarak; hastalık süresi ve şiddeti, yeti yitimi, sosyodemografik özellikler, hastane dışı bakım ve tedavilerin uygulanmasındaki zorluklar, ailelerin hasta ve hastalıkla ilgili bilgi düzeyleri ve başa çıkma yolları incelenmiştir. Çalışmaya en az beş yıldır DSM IV'e göre İUMB-I tanısıyla izlenen, bir yıl içinde İUMB-I tanısı konmuş olan ve Romatoid Artrit tanısı ile izlenen hasta ve yakınları üç grup şeklinde alınmıştır. Çalışma sonucunda, tüm gruplarda hastalık süresinin, şiddetinin ve yeti yitiminin, şiddeti ile orantılı olarak aile yükünün arttırdığı ve ailenin hastaya yönelik tutumunu etkilediği ortaya çıkmıştır.

İUMB'unda bakım veren yükü üzerine yapılan ilk çalışma 266 İUMB hastasının birincil bakım verenlerinin, ruhsal bozukluğun algılanışına, sosyal uyum ve bakım veren yüküne göre Sosyal Davranış Değerlendirme Ölçeği (The Social Behaviour Assessment Scale; SBAS) kullanılarak değerlendirilen bir araştırmaya dayalıdır. Bu çalışmada yalnızca eşler veya eşdeğeri bakım verenler çalışmaya alınmış, kardeşler ve diğer eş olmayan bakım verenler çalışma dışında tutulmuştur. Görüşmeye alınan bakım verenlerin %54'ünde şiddetli derecede ve %93'ünde en azından orta şiddette bakım veren yükü bulunduğu bildirilmiştir. En fazla zorluk oluşturduğu belirtilen üç başlık mutsuzluk, irritabilite ve sosyal çekilme (106) olarak saptanmış, depresif dönemlerin manik/hipomanik dönemlere göre kayda değer biçimde daha fazla bakım veren yükü getirici olduğu belirtilmiş, yükün şiddeti zayıf psikososyal uyum, depresif belirtiler ve hastaların semptomları üzerinde kontrolü olduğu inancı ile doğru orantılı bulunmuştur. Örneklemdeki hastaların %10'unun İUMB-II, %35'inin Şizoafektif Bozukluk tanısı olması, değerlendirmenin yatış dönemi ve taburculuk işlemi sonrası 2 hafta içinde yapılmış olması nedeniyle bu çalışmanın kısıtlı yanları bulunmaktadır (98). Bu çalışmada bakım veren yük düzeyinin depresif belirtilerin varlığı ile artış gösterdiği ancak psikotik belirtilerle ilişkisiz olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla

bakım veren yükünün, tanının kendisinden çok ruhsal bozukluğa özgü belirtiler ve davranışlar ile ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Bakım verenler tarafından sıkıntı verici olarak bildirilen belirtiler (yani negatif veya depresif belirtiler) şizofreni ve İUMB'unda tutarlılık göstermektedir. Yatışında değerlendirilen hastaların bakım verenleri, ayaktan izlenenlere göre daha yüksek düzeyde öznel ve nesnel yük bildirmişlerdir. Özellikle son iki yıl içinde hastaneye yatış sayısı ile bakım veren yükünün doğru orantılı olarak arttığı saptanmıştır (98).

Bauer ve ark.'nın (1) yaptığı bir çalışmaya 32 İUMB hastası ve 32 bakım veren alınarak, bakım verme sürecinde yaşanan durumlar incelenmiştir. Bakım verenlerin %90'ı hastanın davranışlarını anlamada eksiklik, %81'i hastanın aşırı üzüntüsü karşısında şaşkınlık hissettiklerini ifade etmişlerdir. Bakım verenlerin %75'i hastaların geleceğiyle ilgili umutsuzluk hissettiklerini, %78'i hastalarının kendilerini reddettiğini ve hastanın kendisini anlatmak için çaba sarfetmediğini ifade etmiştir. Bu çalışmayla hasta yakınlarının yeterince ruhsal bozukluk hakkında bilgi sahibi olmadığı anlaşılmıştır.

Ayrıca bu çalışmada mesleği olmayan bakım verenlerin mesleği olanlara göre sosyal ilişkilerde daha fazla çatışma yaşadığı, kadın bakım verenlerin erkek bakım verenlerinden daha fazla yük altında olduğu gösterilmiştir. Başka bir çalışmada (107) kadın bakım verenlerin daha fazla yük altında olmasının hastalardan beklentinin yüksek olmasıyla ilişkilendirilmiştir. Bu nedenle sorunlara odaklanma ve sosyal desteğe ihtiyaç duymanın kadın bakım verenlerde daha fazla olduğu belirlenmiştir (108).

Bakım veren yükünün hastanın teşhisinden çok hastanın işlevsellik seviyesi ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir (109). ABD'de yapılan 20 yıllık prospektif bir izleme çalışmasında Judd ve ark.'ı (110) İUMB I ve II tanılı hastaların manik/hipomanik belirtilerden daha uzun süreyle depresif belirtiler yaşadıklarını saptamışlardır. Ancak manik dönemler nedeniyle hastalar genellikle bir süre hastanede yatmak zorunda kalmaktadırlar. Bu durumun kişisel ilişkiler, meslek planları ve ekonomik bağımsızlık açısından etkisi olumsuz olmaktadır. Ayrıca manik dönemlerde hasta, bakım verenlerine ve

kendisine karşı yüksek saldırganlık riski taşıyabilmektedir. Tedavi edilmeyen hastalık dönem aralarında olduğu gibi hastalık belirtileri spontan olarak hafiflese bile, işlevsellikte azalma birçok hasta için devam eder (111). Bu sosyal işlevsellik azalması bakım verenler ve ailelerde büyük oranda zorluğa yol açar ve hastanın klinik iyileşmesinde ters etki yaratabilir (98,100,102,112).

Ogilvie ve ark.'ı (113) tarafından yapılan yeniden gözden geçirme çalışmasında ise, İUMB hastalarının manik ve depresif ataklar arasında hastalık belirtilerini görmezden gelme eğiliminde olduğu, ancak İUMB hastaların hayat ve ilişki kalitesi üzerinde büyük ölçüde etki sahibi olabilecek hastalık dönemleri arası yetersiz iyileşmeden ve inatçı kronik subsendromal belirtilerden etkilendikleri bildirilmektedir.

İUMB'nun manik, depresif ve karma epizod döneminde olmayan hastalar arasındaki örneklemeden elde edilen bakım veren yükü verileri özellikle sınırlıdır (39). Judd ve ark.'nın (110) yaptıkları bir çalışmada, hastaların yaşamlarının büyük bir kısmının remisyon döneminde ve eşik altı semptomlar ile geçtiği bildirilmiştir. 2 yıl içinde hiç yinelenme geçirmeyen hastalar çoğunlukla hastalık boyunca baskın olan, duygudurum dönemleri arası subsendromal depresif belirtilere atfedilen şiddetli ve yaygın fonksiyonel bozukluğa sahiptir.

Reinares ve ark.'nın (114), üç aydır remisyonda olan 86 İUMB I ve II tanılı hasta ve hasta yakını ile yaptıkları çalışmada öznel yük ile, hastanın zayıf sosyal ve mesleki işlevselliği, son iki yıl içinde geçirilmiş bir epizod varlığı, hızlı döngülülük öyküsü ve bakım verenin hastanın ilaç alımından sorumlu olması arasında anlamlı derecede ilişki bulunmuştur. Ayrıca eşikaltı depresif belirtiler ve bakım verenin kadın olması da istatistiksel açıdan anlamlı seviyeye ulaşmasa da öznel yük ile yüksek oranda ilişkili olarak değerlendirilmiştir. Ruhsal bozukluğun tanısı, yaş, eğitim seviyesi, cinsiyet, hastalık süresi, geçirilmiş epizod sayısı ile öznel yük arasında ise ilişki saptanmamıştır. Geçirilmiş epizod sayısı ile öznel yük arasında bir ilişki olmamasına rağmen, önceki 2 yıl içinde bir epizod yaşamış hastaların bakım verenlerindeki yük seviyesi anlamlı derecede yüksek saptanmıştır.



Hasta ve bakım veren arasındaki ilişkinin zorlukları bakım veren yükünü artıran önemli bir etkidir (115,116). Hastanın sorunlu davranışlarıyla bakım verenin baş edememesinin de etkisi büyüktür. Hastaneye yatışların ve relapsların sık olması bakım veren yükünü artıran nedenler arasındadır.

Perlick ve ark.'nın (98) ailelerde düşük kendilik algısı, kaygı ve çaresizlik hissetmekle ilişkili (117,118) olarak damgalanma, ailelerde sosyal izolasyona neden olarak bakım yükü artırmaktadır (119).

Bakım alana yönelik özgül tedavi müdahaleleri, psikoeğitim ve evde beceri eğitimi (114), birbirini destekleme ve aileden aileye eğitim programları (120,121), davranışçı aile terapisi (122) ve bakım verenin mola verebilmesi ile bakım verme yükünde azalmalar bildirilmiştir.

Bu çalışmada, şizofreni hastası bakım veren yük düzeyiyle İUMB-I hastası bakım veren yük düzeyini karşılaştırarak sosyodemografik değişkenler ve hastalık özellikleriyle ilişkisini ortaya çıkararak, elde edilen bulgularla bakım yükünü azaltma girişimleri için öngöründe bulunabilmek ve yeni araştırmalara öncü olabilmek amaçlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### 1. Gereç

Çalışmaya 62 İUMB-I hastası ve bakım vereni, 62 şizofreni hastası ve bakım vereni katılmıştır. Hastalar ve hasta yakınları kesitsel olarak bir kez değerlendirilmiştir. Çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan toplam 248 gönüllü üzerinden istatistiksel analizler yapılmıştır. Çalışma protokolü Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nun 17/01/2012 tarih ve 2012-2/11 sayılı kararıyla onaylanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden her hasta veya vasisi araştırmanın amacıyla ilgili hem sözel olarak bilgilendirilmiş hem de Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nca onaylanmış olan "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" imzalandıktan sonra çalışmada yapılan testler uygulanmıştır.

#### 1.1. Hastaların Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

18-65 yaşları arasında olan DSM-IV-TR ölçütlerine göre şizofreni ya da İUMB-I tanısı konulmuş, zihinsel ve fiziksel yeterliliğe sahip kişiler çalışmaya alınmıştır. Hastanın en az 1 yıldır bir aile üyesiyle birlikte yaşıyor olması, ruhsal bozukluğun belirtilerinin en az 1 yıl önce başlamış olması, hastanın iyilik döneminde olması, bir ruh sağlığı ve hastalıkları hekimi tarafından gerçekleştirilen yarı yapılandırılmış görüşme ile araştırılarak, hastalar çalışmaya alınmıştır.

#### 1.2. Bakım Verenlerin Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

18-65 yaş arasında olan şizofreni ya da İUMB-I hastasının bakımında birinci dereceden sorumlu, hastayla en az bir yıldır birlikte yaşayan, görüşme yapmaya yetecek düzeyde zihinsel ve fiziksel yeterlilikte olan kişiler çalışmaya alınmıştır.

### **1.3. Hastaların ve Bakım Verenlerin Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri**

Okuma yazması olmayanlar, organik beyin patolojisi olanlar, madde ve alkol kötüye kullanım/bağımlılık öyküsü bulunanlar, zeka geriliği olan hastalar ve hasta yakınları çalışmaya alınmamıştır.

## **2. Yöntem**

Hasta ve bakım verenlerinden araştırmanın amacı anlatılarak katılım konusunda onay alınmıştır. Araştırmaya katılmış olan Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran hastalar ve bakım verenleri ile öncelikle yüz yüze görüşme yapılmıştır. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD Polikliniklerinde takip edilen İUMB-I hastalarına Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), şizofreni hastalarına Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), her iki hasta grubuna sosyodemografik ve klinik özellikler veri formu, İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (İGD) Ölçeği uygulanmıştır.

Görüşme sırasında ve ölçek doldurma esnasında cevapların doğruluğunu etkileyebileceği düşünülerek hasta yakını ile görüşme esnasında hastanın ortamda bulunmaması uygun görülmüştür. Hasta yakınlarına HAM-D, Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A), Zarit Bakım Veren Yük Ölçeği (ZBYÖ), sosyodemografik ve klinik özellikler veri formu uygulanmıştır.

### **2.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu (Ek-1)**

Şizofreni ve İUMB-I hastaları için sosyodemografik ve klinik özelliklere ilişkin bilgilerin kaydedilmesi amacıyla tarafımızca hazırlanılmış formlar kullanılmıştır.

### **2.2. Bakım Vereninin Sosyodemografik Özellikler Veri Formu (Ek-2)**

Bakım veren hasta yakınlarına sosyodemografik özelliklere ilişkin bilgilerin kaydedilmesi amacıyla tarafımızca hazırlanmış formlar kullanılmıştır.

### **2.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D, Ek-3)**

Hamilton (123) tarafından klinik araştırma amaçlı geliştirilmiş depresyon düzeyinin saptanmasında kullanılan bir ölçektir. Türkçe sürümünün güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Aydemir ve ark.'ı (124) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada yapılandırılmış bir görüşmesi olan 17 maddelik versiyonu kullanılmıştır. Klinisyen tarafından yürütülen yarı yapılandırılmış görüşme sırasında doldurulur. Dokuz madde 0-4, sekiz madde 0-2 puan aralığında değerlendirilir. En yüksek puan 53'tür ve tanı koymak için kullanılmaz.

### **2.4. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A, Ek-4)**

Hamilton (125) tarafından geliştirilen bu ölçek bireylerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Hem ruhsal hem bedensel belirtileri sorgulayan 14 maddeden oluşur. Ölçekte maddelerin varlığı ve şiddeti görüşmeci tarafından değerlendirilir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve ark.'ı (126) tarafından yapılmıştır.

### **2.5. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ, Ek-5)**

Young ve ark.'ı (127) tarafından manik durumun şiddetini ve değişimini ölçmeye yönelik olarak geliştirilmiş bir ölçektir. Türkçe sürümünün güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Karadağ ve ark.'ı (128) tarafından yapılmıştır. Toplam 11 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerin yedisi beşli likert tipinde ve diğer dördü dokuzlu likert tipindedir. Klinisyen tarafından hastalarla görüşme sırasında ölçek üzerine işaretlenerek doldurulur. Her bir maddeden elde edilen puanların toplanması ile ölçek toplam puanı hesaplanır. Bu ölçek değişimin ölçülmesi amacıyla kullanılan bir ölçektir dolayısıyla tanı koymak için kullanılmaz.

### **2.6. Pozitif ve Negatif Sendrom Skalası (PANSS, Ek-6)**

Kay ve ark.'ı (129) tarafından geliştirilen 30 maddelik ve 7 puanlı şizofreni hastalığının şiddetinin değerlendirilmesini içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Otuz psikiyatrik parametreden 7'si pozitif belirtiler alt ölçeğine, 7'si negatif belirtiler alt ölçeğine ve geri kalan 16'sı genel

psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Kostakoğlu ve ark. (130) tarafından yapılmıştır.

### **2.7. İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İGD, Ek-7)**

İGD ölçeği DSM-IV-TR'de klinisyenin, kişinin genel işlevsellik düzeyi ile ilgili yargısını belirtmesi için kullanılır. İGD ölçeği psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliğin değerlendirilmesi amacıyla kullanılır. İGD ölçeği puanı Eksen V'te belirtildiği gibi kişilere 0 ile 100 arasında puan verilerek elde edilmiştir (29).

### **2.8. Zarit Bakım Veren Yük Ölçeği (ZBYÖ, Ek-8)**

Zarit ve ark.'ı (131) tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler ruhsal ve fiziksel sağlığa, sosyal ve duygusal yaşantılara, ekonomik duruma, kişilerarası ilişkilere yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçek "asla", "nadiren", "bazen", "sık sık" ya da "hemen her zaman" şeklinde 1'den 5'e kadar değişen likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Bakım verenin verebileceği minimum puan 22, maksimum puan 110'dur. Ölçek Özlü ve ark.'ı (132) tarafından Türkçe'ye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

## **3. İstatistiksel Analiz**

Verinin istatistiksel analizi SPSS/20.0 (Statistical Program for Social Sciences) istatistik paket programında yapılmıştır. Verinin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılmayan veri için iki grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi ve ikiden fazla grup karşılaştırmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Kategorik verinin incelenmesinde Pearson Ki-kare testi, Yates düzeltilmeli ki-kare testi ve

Fisher'in Kesin Ki-kare testi kullanılmıştır. Anlamlı farklılık  $\alpha=0.05$  olarak belirlenmiştir.

## BULGULAR

### 1. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

18–65 yaşları arasında olan 62 İUMB-I ve 62 şizofreni hastası çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya alınan hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo–1’de verilmiştir.

**Tablo-1:** İUMB-I ve şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri.

		<b>Şizofreni</b> (n=62)	<b>İUMB-I</b> (n=62)
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	45 (%72.6)	23 (%37.1)
	Kadın	17 (%27.4)	39 (62.9)
<b>Medeni durum</b>	Bekar	58 (%93.6)	27 (%43.5)
	Evli	4 (%6.4)	35 (%56.5)
<b>Eğitim durumu</b>	Okur yazar	0 (%0)	2 (%3.2)
	İlkokul	8 (%12.9)	14 (%22.6)
	Ortaokul	19 (%30.6)	7 (%11.3)
	Lise	20 (%32.3)	22 (%35.5)
	Yüksekokul	15 (%24.2)	17 (%27.4)
<b>İş durumu</b>	Çalışan	11 (%17.7)	22 (%35.5)
	Çalışmayan	51 (%82.3)	40 (%64.5)
<b>Kimlerle yaşıyor</b>	Anne-baba-kardeş	56 (%90.3)	28 (%45.2)
	Eşi-çocukları	2 (%3.2)	33 (%53.2)
	Akrabaları	3 (%4.8)	1 (%1.6)
	Arkadaşları	1 (%1.6)	0 (%0)
<b>Saldırgan davranış olması</b>		35 (%56.5)	37 (%59.7)
<b>Özkıym girişimi olması</b>		15 (%24.2)	18 (%29)

n: sayı, İUMB: iki uçlu mizaç bozukluğu.

Evli olmanın, eşle yaşamanın, bir işe sahip olmanın İUMB-I hasta grubunda şizofreni hasta grubuna göre daha yüksek oranda olduğu ve bu sosyodemografik veriler açısından iki hasta grubu arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

**Tablo-2:** İUMB-I ve şizofreni hastalarının sosyodemografik ve klinik özellikleri.

	<b>Şizofreni</b>	<b>İUMB-I</b>
	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS
<b>Yaş</b>	33.1 $\pm$ 7.9	37.9 $\pm$ 12.6
<b>Ruhsal bozukluğun başlangıç yaşı</b>	21.3 $\pm$ 5.4	26.3 $\pm$ 9.4
<b>Hastaneye yatış sayısı</b>	2.3 $\pm$ 2.9	2.4 $\pm$ 3.4
<b>İGD ölçeği</b>	50.2 $\pm$ 14.9	75.8 $\pm$ 12.5

İUMB: iki uçlu mizaç bozukluğu, SS: standart sapma, İGD: işlevselliğin genel değerlendirilmesi.

Şizofreni hasta grubunda İUMB-I hasta grubuna göre ruhsal bozukluğun başlangıç yaşının daha erken olduğu ve İGD ölçeği puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Ruhsal bozukluğun başlangıç yaşı ve İGD ölçeği puanları açısından iki hasta grubu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

İUMB-I ve şizofreni hasta grubu arasında hastanın yaşı, hastaneye yatış sayısı, saldırgan davranış ve özkıyım girişimi olması açısından anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.

## **2. Bakım Verenlerin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri**

62 İUMB-I ve 62 şizofreni hastasının 18–65 yaşları arasında olan bakım verenleri çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya alınan hastaların bakım verenlerinin sosyodemografik ve diğer özellikleri Tablo–3’de verilmiştir.



**Tablo-3:** İUMB-I ve şizofreni hastası bakım verenlerin sosyodemografik ve diğer özellikleri.

		<b>Şizofreni</b> (n=62)	<b>İUMB-I</b> (n=62)
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	28 (%45.2)	31 (%50)
	Kadın	34 (%54.8)	31 (%50)
<b>Medeni durum</b>	Bekar	9 (%14.5)	5 (%8.1)
	Evli	53 (%85.5)	57 (%91.9)
<b>Eğitim durumu</b>	Okur yazar	2 (%3.2)	2 (%3.2)
	İlkokul	29 (%46.8)	20 (%32.3)
	Ortaokul	8 (%12.9)	8 (%12.9)
	Lise	15 (%24.2)	17 (%27.4)
	Yüksekokul	8 (%12.9)	15 (%24.2)
<b>İş durumu</b>	Çalışan	13 (%21)	19 (%30.7)
	Çalışmayan	49 (%79)	43 (%69.3)
<b>Bakım verenin yakınlığı</b>	Anne	29 (%46.8)	14 (%22.6)
	Baba	19 (%30.6)	10 (%16.1)
	Kardeş	10 (%16.1)	6 (%9.7)
	Eş	2 (%3.2)	29 (%46.8)
	Çocukları	0 (%0)	2 (%3.2)
	Akrabası	2 (%3.2)	1 (%1.6)
<b>Bakım verme biçimi</b>	Yardımlı	40 (%64.5)	25 (%40.3)
	Yardımsız	22 (%35.5)	37 (%59.7)
<b>Bakım verme deneyimi olması</b>		24 (%38.7)	16 (%25.8)

n: sayı, İUMB: iki uçlu mizaç bozukluğu.

Şizofreni ve İUMB-I hastası bakım verenleri arasında cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, bakım verme ile ilgili deneyim olması açısından anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Şizofreni hastalarının bakım verenlerinin, İUMB-I hastalarının bakım verenlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede bakımı paylaştığı tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).

**Tablo-4:** İUMB-I ve şizofreni hastası bakım verenlerin sosyodemografik ve diğer özellikleri.

	<b>Şizofreni</b>	<b>İUMB-I</b>
	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS
<b>Yaş</b>	55.2 ± 14.0	47.6 ± 11.8
<b>Bakım verme süresi</b>	10.1 ± 7.6	9.3 ± 7.4
<b>HAM-D</b>	7.2 ± 6.0	5.5 ± 5.3
<b>HAM-A</b>	8.0 ± 6.8	6.9 ± 6.4

İUMB: iki uçlu mizaç bozukluğu, SS: standart sapma, HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, HAM-A: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği.

İUMB-I hastası bakım verenlerinin, şizofreni hastası bakım verenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde genç olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ). İki bakım veren grubu arasında bakım verme süresi, HAM-D ve HAM-A skorları açısından anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

### **3. Bakım Verenlerin Yük Puanlarının Karşılaştırmaları ve Yük Puanları ile Diğer Özellikleri Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi**

Bakım verenlerin ZBYÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, şizofreni hastası bakım verenlerin ZBYÖ toplam puan ortalaması 33.87 (SS:14.36) ile İUMB-I hastası bakım verenlerin aldıkları ZBYÖ toplam puan ortalaması 27.31 (SS:15.43) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p < 0.05$ ) (Tablo-5).

**Tablo-5:** Şizofreni ve İUMB-I hastası bakım verenlerin ZBYÖ toplam puanlarının karşılaştırılması.

	<b>Şizofreni</b>		<b>İUMB-I</b>		
	Ortalama ± SS	Aralık	Ortalama ± SS	Aralık	p
<b>ZBYÖ</b>	33.87 ± 14.36	2-75	27.31 ± 15.43	3-63	0.010

İUMB: iki uçlu mizaç bozukluğu, SS: standart sapma, ZBYÖ: Zarit Bakım Veren Yük Ölçeği.

**Tablo-6:** Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ile ZBYÖ toplam puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.

		<b>Şizofreni</b>	<b>İUMB-I</b>
		ZBYÖ puanı	ZBYÖ puanı
		Ortalama ± SS	Ortalama ± SS
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	32.1 ± 10.1	26.7 ± 11.8
	Kadın	35.3 ± 17.1	27.9 ± 18.5
<b>Medeni durumu</b>	Bekar	33.0 ± 17.1	34.0 ± 23.7
	Evli	34.0 ± 14.0	26.7 ± 14.6
<b>İş durumu</b>	Çalışan	30.5 ± 10.5	29.2 ± 12.5
	Çalışmayan	34.8 ± 15.2	26.5 ± 16.6
<b>Eğitim durumu</b>	İlköğretim ve altı	36.2 ± 13.9	30.3 ± 18.1
	Lise ve üstü	30.0 ± 14.6	24.5 ± 12.0
<b>Bakım verenin yakınlığı</b>	Anne	37.7 ± 16.4	26.8 ± 20.3
	Baba	30.0 ± 10.0	17.4 ± 8.3
	Kardeş	29.1 ± 14.6	30.8 ± 22.2
	Eş	27.0 ± 1.4	31.1 ± 12.5
<b>Bakım verme biçimi</b>	Yardımlı	31.5 ± 12.5	24.6 ± 14.7
	Yardımsız	38.2 ± 16.7	29.1 ± 15.8
<b>Bakım verme deneyimi</b>	Var	34.7 ± 14.4	30.7 ± 16.6
	Yok	33.3 ± 14.5	26.1 ± 15.0

İUMB: iki uçlu mizaç bozukluğu, ZBYÖ: Zarit Bakım Veren Yük Ölçeği, SS: standart sapma.

Şizofreni ve İUMB-I hastası bakım verenlerinin aldığı ZBYÖ toplam puanları ortalamalarına bakıldığında kendi hastalık gruplarında cinsiyet, medeni durum, eğitim, iş durumu, bakımı paylaşma, daha önce bakım verme deneyiminin olması açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır .

Şizofreni hastası bakım verenleri yüksek oranda annelerden, İUMB-I hastası bakım verenleri yüksek oranda eşlerden oluşmuştur ( $p<0.05$ ). Her iki grupta bakım verenlerin arasında ZBYÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

**Tablo-7:** Bakım verenlerin sosyodemografik ve klinik özelliklerinin ZBYÖ toplam puanları ile korelasyonları.

	<b>Şizofreni</b>		<b>İUMB-I</b>	
	r	p	r	p
<b>Yaş</b>	-0.085	0.513	-0.120	0.351
<b>Bakım verme süresi</b>	0.070	0.590	0.114	0.376
<b>HAM-D</b>	0.455	0.000	0.585	0.000
<b>HAM-A</b>	0.496	0.000	0.617	0.000

İUMB: iki uçlu mizaç bozukluğu, r: korelasyon, p: anlamlılık, HAM-D: Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği, HAM-A: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği.

Her iki grupta bakım verenlerin aldığı HAM-D ve HAM-A puanları ile ZBYÖ puanlarıyla kuvvetli pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p < 0.01$ ). Bakım verme süresi ve yaş ile ZBYÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

**Tablo-8:** Hastaların sosyodemografik özellikleri ile bakım verenlerin ZBYÖ toplam puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.

		<b>Şizofreni</b>	<b>İUMB-I</b>
		ZBYÖ puanı	ZBYÖ puanı
		Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	36.7 $\pm$ 14.7	24.0 $\pm$ 15.7
	Kadın	26.3 $\pm$ 10.5	29.3 $\pm$ 15.1
<b>Medeni durum</b>	Bekar	34.3 $\pm$ 14.7	21.4 $\pm$ 16.0
	Evli	27.2 $\pm$ 3.8	31.8 $\pm$ 13.5
<b>Eğitim durumu</b>	İlköğretim ve altı	35.4 $\pm$ 11.6	31.3 $\pm$ 15.5
	Lise ve üstü	32.7 $\pm$ 16.3	24.9 $\pm$ 15.1

İUMB: iki uçlu mizaç bozukluğu, SS: standart sapma.

Erkek şizofreni hastası bakım verenlerinin ZBYÖ toplam puanları, kadın hastaların bakım verenlerinin ZBYÖ toplam puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ( $p < 0.05$ ). Evli İUMB-I hastalarının

bakım verenlerinin ZBYÖ toplam puanları, bekar İUMB-I hastalarının bakım verenlerinin ZBYÖ toplam puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ( $p<0.05$ ). Şizofreni ve İUMB-I hastalarının bakım verenlerinin aldığı ZBYÖ toplam puanlarına bakıldığında kendi hastalık gruplarında eğitim durumu ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

**Tablo-9:** Hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin ZBYÖ toplam puanları ile korelasyonları.

	Şizofreni		İUMB-I	
	r	p	r	p
<b>Yaş</b>	-0.191	0.131	0.134	0.298
<b>Bozukluk başlangıç yaşı</b>	-0.269	0.034	0.094	0.470
<b>Hastaneye yatış sayısı</b>	-0.121	0.185	-0.127	0.324
<b>İGD</b>	-0.170	0.185	-0.142	0.271

İUMB: iki uçlu mizaç bozukluğu, r: korelasyon, p: anlamlılık, İGD: işlevselliğin genel değerlendirilmesi.

Şizofreni ve İUMB-I hastalarının bakım verenlerinin aldığı ZBYÖ toplam puanlarıyla kendi ruhsal bozukluk gruplarındaki yaş, hastaneye yatış sayısı, İGD ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Şizofreni hastalarında ruhsal bozukluğun başlangıç yaşı azaldıkça şizofreni hastalarının bakım verenlerinin aldığı ZBYÖ toplam puanlarının arttığı dikkat çekmiştir. Şizofreni hastalarında ruhsal bozukluğun başlangıç yaşı ile bakım verenlerinin aldığı ZBYÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Eş ve çocuklarıyla yaşayan İUMB-I hastalarının bakım verenlerinin ZBYÖ toplam puanları, anne ve babalarıyla yaşayan İUMB-I hastalarının bakım verenlerinin ZBYÖ toplam puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Her iki gruptaki hastaların bakım verenlerinin ZBYÖ toplam puanlarıyla hastaların özkıyım girişiminin ve saldırgan davranışının olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

**Tablo-10:** Şizofreni hastalarının klinik özellikleri ile bakım verenlerin ZBYÖ toplam puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	Ortalama $\pm$ SS	r	p
<b>Psikotik alevlenme sayısı</b>	4.3 $\pm$ 3.3	0.069	0.592
<b>PANSS puanı</b>	79.1 $\pm$ 19.3	0.089	0.491

SS: standart sapma, r: korelasyon, p: anlamlılık, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Skalası

Şizofreni hastalarının psikotik alevlenme sayısı, PANSS toplam puanları, PANSS pozitif ve PANSS negatif puanlarıyla bakım verenlerin ZBYÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

**Tablo-11:** İUMB-I hastalarının klinik özellikleri ile bakım verenlerin ZBYÖ toplam puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	Ortalama $\pm$ SS	r	p
<b>Manik epizod sayısı</b>	4.5 $\pm$ 4.9	-0.004	0.977
<b>Depresif epizod sayısı</b>	3.4 $\pm$ 4.8	0.140	0.282
<b>HAM-D</b>	3.8 $\pm$ 4.4	0.121	0.348
<b>YMDÖ</b>	2.3 $\pm$ 3.5	0.090	0.487

SS: standart sapma, r: korelasyon, p: anlamlılık, HAM-D: Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği, YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği.

İUMB-I hastalarının ruhsal bozukluğun süresince geçirdiği manik epizod ve depresif epizod sayısı, İUMB-I hastalarının aldığı HAM-D ve YMDÖ puanlarıyla, bakım verenlerin ZBYÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Şizofreni hastası bakım veren yük düzeyinin, İUMB-I hastası bakım veren yük düzeyiyle sosyodemografik değişkenlerle karşılaştırılması sonucunda; şizofreni hastası bakım verenlerinin yük düzeyinin daha fazla olduğu, şizofreni hastası bakım verenlerinin daha çok annelerden oluştuğu ve daha fazla bakımı paylaştığı, İUMB-I hastası bakımverenlerinin daha çok eşlerden oluştuğu, her iki bakım veren grupta depresyon ve anksiyete düzeyi ile bakım veren yük düzeyi arasında pozitif yönde ilişki olduğu, erkek şizofreni ve evli İUMB-I hastalarının kendi bakım verenlerine daha fazla yük olduğu, şizofreni başlangıç yaşı azaldıkça bakım veren yükünün arttığı tespit edilmiştir.

Şizofreni ve İUMB hastası bakım verenlerinin bakım yükünü karşılaştıran kısıtlı sayıda çalışma vardır. Yurtdışı yayınlarda bugüne kadar yapılan 2007 yılında Chadda ve ark.'nın (133), 2012 yılında Grover ve ark.'nın (3) yaptığı şizofreni ve İUMB karşılaştıran iki çalışma yapılmıştır. Chadda ve ark.'nın (133) çalışmasına 100 şizofreni, 100 İUMB hastası ve bakım verenleri alınmıştır. Hastalar ve bakım verenlerle görüşmeler takip süresinde 3. ve 6. aylarda yapılmıştır. Şizofreni ve İUMB hastalarının Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS) puanları çalışmanın sonunda anlamlı derecede düşmüştür. Bakım verenlere Yük Değerlendirme Listesi (Burden Assessment Schedule: BAS) yapılarak bakım yükü araştırılmıştır. Şizofreni ve İUMB hastalarının bakım verenleri arasında bakım yükünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (108). Grover ve ark.'nın (3) çalışmasına 70 şizofreni, 70 İUMB hastası ve bakım verenleri alınmıştır. Hastalara İGD ölçeği uygulanarak İUMB hastalarının şizofreni hastalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde işlevsellik oranlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bakım verenlere Bakım Verme Deneyim Envanteri (Experience of Caregiving Inventory: ECI) uygulanarak şizofreni hastası bakım verenlerinin İUMB hastası bakım verenlerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olumsuz deneyimlere sahip oldukları ortaya

çıkarılmıştır (97). Bu çalışmada saptanan iki hasta grubunun bakım veren yükündeki farklılık, Grover ve ark.'nın (3) yaptığı çalışmayla uyumludur.

Yurtiçi yayın olarak Ak ve ark.'nın (134) 2012 yılında yaptığı çalışmaya, DSM-IV-TR kriterlerine göre İUMB (n=40) ve şizofreni (n=40) tanısı olan hastalar ve bu hastaların yakınları dahil edilmiştir. İki bakım veren gruba ZBYÖ uygulanmıştır. Bakım veren yük puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada farklı olarak her iki hasta grubunun sosyodemografik ve ruhsal bozukluğun özekliklerinin bakım yüküne yönelik etkileri karşılaştırılmıştır. Ayrıca bu çalışmada bakım veren yükünün hastaların depresyon ve anksiyete düzeyini nasıl etkilediği araştırılmıştır.

Şizofreni hastalarının beklendiği üzere daha yüksek oranda (%93.6) bekar ve boşanmış olduğu tespit edilmiştir (Tablo- 1). Türkiye'deki yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının %83'ünün bekar veya boşanmış olduğu bildirilmiştir (135). Şizofreni hastalarının çoğunun bekar olmaları anne, baba ve kardeşleri tarafından bakıldığını göstermektedir. Çalışmamızda şizofreni hastalarının %90.3'ü anne ve babalarıyla yaşamaktadır (Tablo-1). Çalışmamızda İUMB-I hastalarının daha yüksek oranda (%56.5) evli olduğu, İUMB-I hastalarının %53.2'sinin eşleriyle yaşadığı görülmüştür (Tablo-1). Evli İUMB-I hastaları, bekar İUMB-I hastalarından bakım verenlerine daha fazla yük olmaktadır (Tablo-8). Bu durum evli İUMB-I hastalarının bakım verenlere daha fazla sorumluluk yüklemesiyle ilişkili olabilir (133).

Şizofreni hastalarının yüksek oranda (%82.3) işsiz olduğu görülmektedir (Tablo-1) Türkiye İstatistik Kurumunun 2012 verilerine göre işgücüne katılım oranı kadınlarda %29,5 iken erkeklerde %71'dir. Erkek hastaların kendilerinden beklenen çalışma, aileye ekonomik yönden katkı sağlama gibi toplumsal rolleri üstlenememeleri aile üyelerinin daha fazla yük hissetmelerine neden olabilir. Çalışmamızda erkek şizofreni hastası bakım verenine daha fazla yük olmaktadır (Tablo-8). Bu bulgu, bugüne kadar yapılmış yayınlarla uyumludur (8,136).

Araştırmaya katılan şizofreni hasta ailelerinin cinsiyetleri incelendiğinde, bakım yükü puan ortalamaları ile arasında anlamlı bir farklılık



saptanmamıştır (Tablo 6). Ancak ülkemizde (7) ve yurt dışında yapılan araştırmalarda (137-142) cinsiyetin, bakım yükünde önemli bir etken olduğu, kadınların erkeklere göre daha fazla bakım yükü yaşadıkları bildirilmektedir. Bu araştırmada bakım verenlerde cinsiyet açısından bir fark saptanamaması, bakım verme yükünün paylaşılması bir etken olabilir.

Şizofreni hastalarının bakım verenlerinin çoğunu anneler oluştırmaktadır (Tablo-3). Kadınların geleneksel bakım rolünün bu sonuçta etkili olduğu düşünölmektedir. Şizofreni hastalarıyla yapılan araştırmalarda da Avcı ve Bayraktar (143) bakım verenlerin %46.8'inin hastanın annesi olduğu, Maldonado ve ark.'ı (144) bakım verenlerin %61.5'inin anne olduğunu saptanmıştır. İki araştırmada da anne bildiriminin, bu araştırmanın sonucunu desteklemesine karşın, bu araştırmada şizofreni hastası bakım verenlerin daha yüksek oranda anne olduğu görölmektedir. Şizofreni hastası aileleri ile yapılmış olan diğer araştırmalarda, Aydın ve ark.'ı (65) bakım verenlerin %74'ünün, hastanın anne ve babası olduğunu, benzer şekilde Arif ve Maniam'nın (145) Malezya'da yapmış oldukları araştırmada, bakım veren aile üyelerinin %57,5'inin hastanın anne ve babası olduğu, Shibre ve ark.'nın (140) ise, Etiyopya'da yapmış oldukları araştırmada, bakım veren kişilerin daha çok hastanın eşi ve annesi olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmadaki şizofreni hastası bakım verenlerinin daha yüksek oranda anne olması, araştırmalarla uyumlu olduğunu göstermektedir.

İUMB-I hastası bakım verenlerinin çoğunu eşler oluştırmaktadır (Tablo-3). Bu çalışmayla uyumlu olarak Bauer ve ark.'ı (1) İUMB hastası bakım verenlerin %56.3'ünü hastanın eşi olduğunu, Chakrabarti ve Gill (97) İUMB hastası bakım verenlerin %63'ünün hastanın eşi olduğunu saptamıştır. Buna karşı olarak bugüne kadar yapılmış çoğu çalışmada İUMB hastası bakım verenlerin çoğunu anne ve babalar (98,107,146-148) oluştırmaktadır.

Şizofreni ve İUMB-I hastası bakım verenleri arasında cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, bakım verme süresi, bakım verme deneyiminin olması açısından anlamlı farklılık yoktur. Böylece bu çalışmada birbirine benzer özellikleri olan bakım verenlerin yükleri

karşılaştırılmış olmaktadır. Bu benzerlik, hastalıklarla ilişkili yükün ölçülmesi açısından daha anlamlı sonuçlara ulaşmamızı sağlayabilir.

Araştırmaya katılan şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin, %85.5'inin evli olduğu, İUMB-I hasta bakım veren aile üyelerinin %91.9'unun evli olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Yapılan araştırmalarda bakım verenlerin çoğunun ülkemizde (65) ve yurt dışında (1,140) evli olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, araştırma bulgusunu desteklemektedir.

Araştırmaya katılan şizofreni hastası aile üyelerinin, %79'unun, İUMB-I hasta aile üyelerinin %69.3'ünün bir işte çalışmadığı saptanmıştır (Tablo-3). Konuyla ilgili yapılan araştırmalarda, Aydın ve ark.'ı (65) şizofreni hastası ailelerin %74'ünün çalışmadığını, Maldonado ve ark.'ı (144) şizofreni hastası aile üyelerinin %56.9'unun gelir getirici bir işte çalışmadığını bildirmektedirler. Bu çalışmadaki oranın daha yüksek olmasıyla birlikte, şizofreni hastası bakım verenlerinin çalışmama oranı bugüne kadar yapılmış yayınlarla uyumludur. Ancak Bauer ve ark.'ı (1) İUMB hastası ailelerinin %81.3'ünün, Nehra ve ark.'ı (109) %70'nin, Zendjidjian ve ark.'ının (149) %52.6'sının bir işte çalıştığını bildirmişlerdir. Bu sonuçlar, bu çalışmadaki İUMB-I hasta bakım veren aile üyelerinin bir işte çalışma oranıyla uyumlu değildir.

Şizofreni hastası bakım verenlerinin eğitim seviyesi düşük olanlarda bakım yükünün daha fazla olduğuna ilişkin yayınlar (49,150,151) bildirilmekle birlikte bu çalışmada böyle bir ilişki saptanmamıştır. Bakım verenin yaşlı olması (49) ve bakım verme süresinin artmasıyla (152) yükün arttığını gösteren çalışmalar mevcut olmakla birlikte bu çalışmada böyle bir ilişki saptanmamıştır (Tablo- 7).

Şizofreni hastası bakım vereninin yükünün, hastanın genç yaşta olması (49,153), hastaneye yatış sayısı (151,154) ve psikotik alevlenme sayısı (155) ile ilişkili olduğunu saptayan çalışmalar olmakla birlikte bu çalışmada herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Urizar ve ark.'ı (49) bu çalışmadaki verilerle uyumlu olarak şizofreni hastasının psikotik alevlenme sayısı ile yük arasında ilişki olmadığını saptamışlardır. Bu çalışmada hastane yatış sayısının bakım veren yükünü arttırıcı bir faktör olarak tespit

edilmemesi, ülkemizde psikososyal sistemlerinin yetersiz olması ve hastaneye yatışının aile üyelerinin yükünü kısmen hafifletici etkisinden kaynaklanmış olabilir.

Son yıllarda yapılan çalışmalarda aile yüküyle hem pozitif hem de negatif belirtiler arasında ilişki bulunmuştur (71,136,156). Öznel yük duygusu hem pozitif hem de negatif belirtilerin şiddetiyle ilişkili bulunurken, nesnel yükün yalnızca negatif belirtilerin şiddetiyle ilişkili olduğu yönünde bulgular vardır (71). Bu durum, negatif belirtilerin pozitif belirtilere oranla bakım veren rolündeki işlevselliğini daha fazla etkilemeleriyle bağlantılı olabilir. Aynı zamanda negatif belirtilerin kontrol edilemeyecek ya da değiştirilemeyecekmiş gibi algılanması da hasta yakınlarının fazladan sorumluluk almalarına bağlı olarak yükü arttırabilir.

Negatif belirtilerin ailenin yükünü öngörmede önemli olduğu (137), saldırgan ya da psikotik davranışlardan çok özbakım ve aktiviteyle ilişkili sorunların daha fazla yük getirdiği bildirilmiştir (157). Bu çalışmada her iki hasta grubunda özkıyım girişiminin ve saldırgan davranışın olması, bakım veren yükünü etkilememiştir. Aynı zamanda şizofreninin negatif ve pozitif belirtileriyle bakım veren yükü arasında bir ilişki bulunmamıştır ( Tablo-10). Bununla uyumlu olarak Aydın ve ark.'ı (65) da ZBYÖ'ni kullandıkları çalışmalarında, belirti örüntüsüyle ailenin yükü arasında bir ilişki bulamamışlardır.

Depresif ve manik epizod sırasındaki semptomların bakım veren yüküyle ilişkisiyle ilgili yayınlarda fikir birliği yoktur. Ancak depresif epizodların ailelere manik epizodlardan daha fazla yük olduğuna dair çalışmalar daha yoğunluktadır (98,158). Bunun nedeni olarak özkıyım girişimi riski ve hastanın işlevselliğinde bozulma olmasının depresif epizodlarda daha fazla olması ortaya konulmuştur (158). Bu çalışmada depresif ve manik epizod sayısı ile bakım yükü arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır (Tablo-11). Bu çalışmayla uyumlu olarak Reinares ve ark.'ı da (107) geçirilmiş duygudurum dönemi sayısı ile yük arasında ilişki açısından bir fark bulamadıklarını belirtmişlerdir.

Bazı çalışmalarda bakım verenleri en çok rahatsız edenin İUMB hastasının mutsuzluğu, aktivite ve sinirlilik artışı (98,107) olduğu, başka diğer çalışmalarda ise bakım verenleri en çok rahatsız edenin İUMB hastasının saldırganlığı, depresif duygudurumu ve özkıyım düşünceleri (119,146) olduğu ve bu etkenlerin bakım veren yükünü arttırdığı ortaya konulmuştur. Bu çalışmada ise İUMB-I hastasının özkıyım girişimi ve saldırganlık davranışıyla bakım veren yükü arasında bir ilişki bulunmamıştır.

Her iki grupta bakım verenlerin HAM-D, HAM-A puanlarıyla, ZBYÖ puanları arasındaki pozitif yönde kuvvetli ilişki, ZBYÖ'nin tutarlılığını göstermektedir. Giderek artan sayıda araştırma bu bulguyu desteklemekte ve bakım sürecinde yaşanan stresin bakım verenin hem ruhsal hem de fiziksel sağlık durumu üzerine belirgin derecede etkisi olduğunu göstermektedir (146,159,160) Ruhsal sağlık durumunun belirleyicisi olarak bakım verenlerde depresyon önemli bir risk faktörü olarak açıklanmakta ve bu ailelerde depresyon yaygınlığının genel nüfusa kıyasla daha yüksek olduğu belirtilmektedir (161,162).

Bu çalışmaya katılan şizofreni hastalarının 45'i (%72.6) erkek, 17'si (%27.4) kadın, İUMB-I hastalarının 23'ü (%37.1) erkek, 39'u (%62.9) kadın olarak saptanmıştır (Tablo-1). Şizofreni ve İUMB-I yaygınlığı cinsiyet farkı gözetmeksizin kadın ve erkeklerde eşit dağılımdadır (20). Şizofreni hasta grubunda erkek hastaların, İUMB-I hasta grubunda kadın hastaların sayısı fazla olduğundan genel hasta popülasyonunu tam olarak yansıttığını söyleyemeyiz. Bu durumun bu çalışma için bir kısıtlılık sayılabileceğini söyleyebiliriz. Çalışma grubunun sayıca az olması, hasta ve yakınlarının kesitsel olarak bir kez değerlendirilmesi, bu çalışmadaki diğer kısıtlılıklar arasındadır.

Şizofreni ve İUMB hastası, ailesi için gerek pratik ve gerekse ruhsal anlamda, olayın tıbbi boyutunun çok ötesine geçen bir yük oluşturmaktadır. Ülkemizdeki duruma baktığımızda, geleneksel yapıların çözülmeye başlaması, hastanın bakım yükünün paylaşılabildiği geniş ailelerin yavaş yavaş kaybolup yerini giderek çekirdek ailelerin alması nedeniyle, ailelerin yükünün arttığı görülmektedir. Kurumlarda hastaların sağaltımı, çoğunlukla

akut dönem belirtilerini yatıştırmak ve ilaçlar düzenlemekle sınırlı kalmaktadır. Yoğun iş yükü içerisinde hasta için rehabilitasyona yönelik girişimlerde bulunulamadığı gibi, çoğu kez aile üyelerine de yeterince zaman ayrılmamaktadır. Hastalara rehabilitasyon olanaklarını sağlayacak gündüz hastanelerinin kurulması, aileleri de sağaltıma katacak psikososyal uygulamaların yaygınlaştırılması gerekmektedir. Son yıllarda hasta yakınlarının bir araya gelerek oluşturdukları sivil toplum örgütleri bu anlamda umut verici bir gelişme olarak görünmektedir. Bu örgütler, ruhsal bozukluk hakkında toplumun eğitilmesi ve bununla bağlantılı olarak damgalanmanın önlenmesi, hasta ve yakınlarının haklarının korunması amacıyla yasal düzenlemelerin yapılması gibi önemli konularda ailelerin etkin duruma gelmelerini de sağlayacaktır. Ruh sağlığı alanında çalışanların, hastalığı anlamaya yönelik modellerin geliştirilmesi de dahil olmak üzere, her aşamada, ailenin içinde bulunduğu durumu göz önüne almaları gerekmektedir. Dolayısıyla, hekimin, hastalığın sağaltımındaki rolünün klinik uygulamayla sınırlı olmadığı, ailelerin hastalık konusunda eğitilmesinden, hastaların ve hasta yakınlarının ruhsal ve toplumsal zorluklara karşı örgütlenmelerine kadar birçok alana yayılması gerektiği unutulmamalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Bauer R, Gottfriedsen GU, Binder H, et al. Burden of caregivers of patients with bipolar affective disorders. *Am J Orthopsychiatry* 2011;81:139-48.
2. Eroğlu MZ, Ozpoyraz N. Bipolar bozuklukta koruyucu tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010;2:206-36.
3. Grover S, Chakrabarti S, Aggarwal M, et al. Comparative study of the experience of caregiving in bipolar affective disorder and schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry* 2012;58:614-22.
4. Perlick DA, Miklowitz DJ, Lopez N, et al. Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2010;12:627-37.
5. Hsiao CY. Family demands, social support and caregiver burden in Taiwanese family caregivers living with mental illness: the role of family caregiver gender. *J Clin Nurs* 2010;19:3494-503.
6. Winefield HR, Harvey EJ. Needs of family caregivers in chronic schizophrenia. *Schizophr Bull* 1994;20:557-66.
7. Gülseren L, Çam B, Karakoç B, ve ark. Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010;21:203-12.
8. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics* 2008;26:149-62.
9. Rodrigo C, Fernando T, Rajapakse S, De Silva V, Hanwella R. Caregiver strain and symptoms of depression among principal caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder in Sri Lanka. *Int J Ment Health Syst* 2013;7:2-7.
10. Platt S. Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. *Psychol Med* 1985;15:383-93.
11. Hoening J, Hamilton MW. The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *Int J Soc Psychiatry* 1966;12(3):165-76.
12. Sales E. Family burden and quality of life. *Qual Life Res* 2003;12:33-41.
13. Webb C, Pfeiffer M, Mueser M, et al. Burden and well-being of caregivers for the severely mentally ill: the role of coping style and social support. *Schizophr Res* 1998;34:169-80.
14. Bebbington P, Kuipers L. The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychol Med* 1994;24:707-18.
15. Silver JH, Wellman N. Family caregiver training is needed to improve outcomes for older adults using home care technologies. *J Am Diet Assoc* 2002;102:831-6.
16. Pitschel-Walz G, Leucht S, Bauml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001;27:73-92.

17. Işık E, Uzbay T (editörler). Güncel Temel ve Klinik Psikofarmakoloji. 1. Baskı. Ankara: Golden Medya; 2008.
18. Kültür S, Mete L, Erol A (editörler). Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı. Ankara: HYB Basım Yayın; 2007. 184–204.
19. Çetin M, Ceylan ME (editörler). Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri, 3.baskı. İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri; 2005. 83-124.
20. Aydın H, Bozkurt A (çeviri editörleri). Kaplan&Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8. baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2007.
21. Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO (eds). Textbook of Schizophrenia. 1st edition. Washington: American Psychiatric Publishing; 2006.
22. Birsöz S, Karaman T (çeviri editörleri). Current diagnosis treatment in psychiatry. 1. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2003.
23. Warner R, Girolamo G. Epidemiology of mental disorders and psychosocial problems: schizophrenia. Geneva: WHO; 1995
24. Doğan O. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. 1. Baskı. Sivas: Dilek Matbaası; 1995.
25. Gottesman I. Schizophrenia Genesis: The origins of madness. 1st edition. New York: WH Freeman and Company; 1991.
26. Miyamoto S, LaMantia AS, Duncan GE, et al. Recent advances in the neurobiology of schizophrenia. Mol Interv 2003;3:27-39.
27. Öztürk O (ed). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. Baskı. Ankara: Nobel Kitabevi; 2008.
28. Stahl SM. Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. Taneli B, Taneli Y (çeviri editörleri). 2.Baskı. İstanbul: Yelkovan Yayıncılık; 2003. 374-97.
29. Köroğlu E (çeviri editörü). Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı, DSM-IV-TR. 4. baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2001.
30. Tungpunkom P, Maayan N, Soares Weiser K. Life skills programmes for chronic mental illnesses. Cochrane Database Syst Rev 2012;18:1-6
31. Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, et al. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. Journal of Affective Disorders 2000;59:5-30.
32. Oral T (Çeviri editörü). The American Psychiatric Publishing textbook of mood disorder. 1. Baskı. İstanbul: İyi İşler Basımevi; 2003. 5-12.
33. Goodwin FK, Jamison KR (eds). Manic-depressive illness. 1st edition New York: Oxford University; 1990.
34. Chun BJDH, Dunner DL. A review of antidepressant-induced hypomania in major depression: suggestion for DSM-V. Bipolar Disord 2004;6:32-42.
35. Işık E (ed). Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. 1.baskı. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık; 2003. 467-509.

36. Robb JC, Young LT, Cooke RG, Joffe RT. Gender differences in patients with bipolar disorder influence outcome in the medical outcomes survey subscale scores. *Journal of Affective Disorders* 1998;49:189-93.
37. Viguera A, Baldessarini R, Tondo L. Response to lithium maintenance treatment in bipolar disorders: comparison of women and men. *Bipolar Disord* 2001;3:245–52.
38. Leibenluft E. Issues in the treatment of women with bipolar illness. *J Clin Psychiatry* 1997;58:5–11.
39. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:530–7.
40. Smoller JW, Finn CT. Family, twin, and adoption studies of bipolar disorder. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2003;123:48–58.
41. Merikangas KR, Prusoff BA, Weissman MM. Parental concordance for affective disorders: psychopathology in offspring. *J Affect Disord* 1988;15:279-90.
42. Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RM. The national depressive and manic-depressive association survey of bipolar members. *J Affect Disord* 1994;31:281-94.
43. Mitchell P, Mackinnon A, Waters B. The genetics of bipolar disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 1993;27:560-80.
44. Kessler RC, Rubinow DR, Holmes C, Abelson JM, Zhao S. The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychol Med* 1997;27:1079–89
45. Tsuang MT, Faraone SV (eds). *The genetics of mood disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1990.
46. Gershon ES, Hamovit J, Guroff JJ, et al. A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar, and normal control probands. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:1157–67.
47. Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000;48:445-57.
48. Keck PE, McElroy SL, Strakowski SM, et al. 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *Am J Psychiatry* 1998;155:646–52.
49. Caqueo-Urizar A, Gutierrez-Maldonado J. Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research* 2006;15:719-24.
50. Gutierrez J, Caqueo A, Kavanagh D. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005;40:899-904.
51. Nasr T, Kausar R. Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Ann Gen Psychiatry* 2009;8:17-22.
52. Bloch S, Szmukler G, Herrman H, Benson A, Colussa S. Counseling caregivers of relatives with schizophrenia: themes, interventions, and caveats. *Family Process* 1995;34:413–25.



53. Cassidy E, O'Callaghan H. Efficacy of a psychoeducational intervention in improving relatives' knowledge about schizophrenia and reducing rehospitalisation. *Eur Psychiatr* 2001;16:446–50.
54. Boyer L, Caqueo-Úrizar A, Richieri R, Lancon C, Gutiérrez-Maldonado J, Auquier P. Quality of life among caregivers of patients with schizophrenia: a cross-cultural comparison of Chilean and French families. *BMC Fam Pract* 2012;13:42-8.
55. Jungbauer J, Angermeyer M. Living with a schizophrenic patient: a comparative study of burden as it affects parents and spouses. *Psychiatry* 2002; 65:110–23.
56. Thara R, Kamath S, Kumar S. Women with schizophrenia and broken marriages-doubly disadvantaged? Part II: Family perspective. *Int J Soc Psychiatr* 2003;49:233–40.
57. Kung W. The Illness, Stigma, Cultura or Inmigration? Burden on Chinese American Caregivers of Patients with Schizophrenia. *Families Society: J Contemporary Hum Serv* 2003;84:547–57.
58. Cook JA, Lefley HP, Pickett SA, Cohler BJ. Age and family burden among parents of offspring with severe mental illness *Amer J Orthopsychiat* 1994;64:435-47.
59. Czuchta D, McCay E. Help-seeking for parents of individuals experiencing a first episode of schizophrenia. *Arch Psychiat Nurs* 2001;15:159–70.
60. 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.
61. Phelan J, Bromet E, Link B. Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bull* 1998;24:115–26.
62. Greenberg JS, Seltzer MM, Krauss MW, Chou RJ, Hong J. The effect of quality of the relationship between mothers and adult children with schizophrenia, autism, or down syndrome on maternal well-being: the mediating role of optimism. *Am J Orthopsychiatry* 2004;74:14-25.
63. Igberase OO, Morakinyo O, Lawani AO, James BO, Omoaregba JO. Burden of care among relatives of patients with schizophrenia in midwestern Nigeria. *Int J Soc Psychiatry* 2012;58:131-7.
64. 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.
65. Aydın A, Eker SS, Cangür Ş, Sarandöl A, Kırlı S. Şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009;46:10-14.
66. Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:547-51.
67. Kavanagh DJ. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1992;160:601-20.

68. Gutierrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A. The effectiveness of a psychoeducational intervention for reducing burden in Latin American families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res* 2007;16:739-47.
69. Hanzawa S, Tanaka G, Inadomi H, Urata M, Ohta Y. Burden and coping strategies in mothers of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008;62:256-63.
70. Lowyck B, De Hert M, Peeters E, et al. A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. *European Psychiatry* 2004;19:395-401.
71. 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.
72. Gibbons JS, Horn SH, Powell JM, Gibbons JL. Schizophrenic patients and their families: a survey in a psychiatric service based on a District General Hospital unit. *Br J Psychiatry* 1984;144:70-7.
73. Lowyck B, De Hert M, Peeters E, et al. A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. *European Psychiatry* 2004;19:395-401.
74. Caqueo Urizar A, Gutierrez Moldonado J, Miranda Castillo C. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review. *Health and Quality of Life Outcomes* 2009;7:84-8.
75. Tüzer V, Zincir S, Başterzi AD, ve ark. Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duygu dışavurumunun değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2003;6:198-203.
76. Ebrinç S, Çetin M, Başoğlu C, ve ark. Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışavurumunun incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001;2:5-14.
77. Karancı AN, Inandılar H. Predictors of components of expressed emotion in major caregivers of Turkish patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:80-8.
78. Eliüşük A. Şizofrenili hastası olan ailelerin algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. (Yüksek lisans tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi; 2008.
79. Alptekin K, Akdede BB, Akvardar Y, et al. Quality of life assesment in Turkish patients with schizophrenia and their relatives. *Psychol Rep* 2004;95:197-206.
80. Bichwood M, Cochrane R. Families Coping with schizophrenia: coping styles, their origins and correlates. *Psychol Med*. 1990;20:857-65.
81. McGilloway S, Donnelly M, Mays N. The Experience of caring for former longstay psychiatric patients. *Br Journal Clin Psychol* 1997; 36:149-51.
82. Sugihara Y. Longitudinal changes in the well-being of Japanese caregivers: variations across kin Relationship. *Psychological Science and Social Sciences* 2004;59:177-84.

83. Şengün F. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Ruhsal Sağlık Durumlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi (Yüksek lisans tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2007.
84. Ceylan B. Şizofreni ve Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Karşılaştırılması (Yüksek lisans tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi; 2007.
85. Gümüş BA. Şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006;7:33-42.
86. Magliano L, Fiorillo A. Psychoeducational family interventions for schizophrenia in the last decade: from explanatory to pragmatic trials. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2007;16:22-34.
87. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C, et al. Community management of schizophrenia: a two-year follow-up of a behavioural intervention with families. *Br J Psychiatry* 1989;154:625-8.
88. Tarrier N, Barrowclough C. Family interventions for schizophrenia. *Behav Modif* 1990;14:408-40.
89. Duman ZÇ, Aştı N, Üçok A, Kuşçu MK. Şizofreni hastalarına ve ailelerine bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı uygulaması, izlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8:91-101.
90. Tel H, Terakye G. Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoeğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000;1:133-42.
91. Yıldırım A, Ekinci M. Ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının ailelerinin aile işlevleri, hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2010;11:195-205.
92. Arslantaş H, Sevinçok L, Uygur B, Balcı V, Adana F. Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoeğitimin hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerine olan etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2009;10:3-10.
93. Dülgerler Ş. Şizofrenik bozukluğu olan bireylerin ailelerine verilen psikoeğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi (Doktora tezi). İzmir: Ege Üniversitesi; 2004.
94. Kızıltoprak S. Şizofrenik hasta ailelerinde yapılan ruhsal eğitim gruplarının ailelerin umutsuzluk düzeyine etkisi (Yüksek lisans tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2006.
95. Doğan O, Doğan S, Tel H, ve ark. Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: aileler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002;3:133-9.
96. Sachs GS, Thase ME, Otto MW, et al. Rationale, design and methods of the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder. *Biological Psychiatry* 2003;53:1028-42.
97. Chakrabarti S, Gill S. Coping and its correlates among caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar Disord* 2002;4:50-60.

98. Perlick D, Clarkin JF, Sirey J, et al. Burden experienced by caregivers of persons with bipolar affective disorder. *Br J Psychiatry* 1999 ;175:56-62.
99. Perlick DA, Rosenheck R, Miklowitz DJ. Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2007;9:262-73.
100. Chakrabarti S, Kulhara P, Verma SK. Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1992;86:247–52.
101. Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, et. al. Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv* 2004;55:1029-35.
102. Perlick DA, Rosenheck RR, Clarkin JF, Raue P, Sirey J. Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. *J Nerv Ment Dis* 2001;189:31–7.
103. Ünal S, Kaya B, Çekem B, ve ark. Şizofreni, iki uçlu duygudurum bozukluğu ve epilepsi hastalarında aile işlevlerinin karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004;15:291-9.
104. Ünal G. Bipolar affektif bozukluğu olan hastaların aile işlevlerinin değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2003;16:39-45.
105. Şahin E, İnem C, Akgün E, Güvenç C, Yener F. İki uçlu mizaç bozukluğu olgularında aile yüklenmesi üzerine karşılaştırmalı bir çalışma. *Düşünen Adam* 2002;15:196-204.
106. Arnold LM, McElroy SL, Keck PE Jr. The role of gender in mixed mania. *Compr Psychiatry* 2000;41:83–7.
107. Reinares M, Vieta E, Colom F, et al. What really matters to bipolar patients' caregivers: sources of family burden. *J Affect Disord* 2006;94:157-63.
108. Nehra R, Chakrabarti S, Kulhara P, Sharma R. Caregiver- coping in bipolar disorder and schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005;40:329–36.
109. Hsui C, Sakamoto S, Sugiura T, et al. Burden on family members of the mentally ill: a naturalistic study in Japan. *Comprehensive Psychiatry* 2002;43:219-22.
110. Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS, et al. Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders. *Int J Neuropsychopharmacol* 2003;6:127–37.
111. Dion GL, Tohen M, Anthony WA, Waternaux CS. Symptoms and functioning of patients with bipolar disorder six months after hospitalization. *Hosp Community Psychiatry* 1988;39:652–7.
112. McPherson HM, Dore GM, Loan PA, Romans SE. Socioeconomic characteristics of a Dunedin sample of bipolar patients. *N Z Med J* 1992;105:161–2.
113. Ogilvie AD, Morant N, Goodwin GM. The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2005;7:25-32.

114. Reinares M, Vieta E, Colom F, et al. Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychother Psychosom* 2004;73:312–9.
115. Baronet A. Impact of family relations on caregivers' positive and negative appraisal of their caretaking activities. *Family Relations* 2003;52:137–42.
116. Cuijpers P, Stam H. Burnout among relatives of psychiatric patients attending psychoeducational support groups. *Psychiatric Services* 2000;51:375–9.
117. Elgie R, Morselli PL. Social functioning in bipolar patients: the perception and perspective of patients, relatives and advocacy organizations- a review. *Bipolar Disorders* 2007;9:144–57.
118. Gonzalez JM, Perlick DA, Miklowitz DJ, et al. Factors associated with stigma among caregivers of patients with bipolar disorder in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder study. *Psychiatric Services* 2007;58:41–8.
119. Targum SD, Dibble ED, Davenport YB, Gershon ES. The family attitudes questionnaire. *Archives of General Psychiatry* 1981;38:562–8.
120. Chien WT, Norman I, Thompson DR. A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. *Int J Nurs Stud* 2004;41:637–49.
121. Dixon L, Lucksted A, Stewart B, et al. Outcomes of the peer-taught 12-week family-to-family education program for severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:207–15.
122. Campbell AS. How was it for you? Families' experiences of receiving behavioural family therapy. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004;11:261–7
123. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosur Psychiatry* 1960;23:56-62.
124. Aydemir Ö, Deveci A, İçelli İ. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği Yapılandırılmış Mevsimsel Duygudurum Bozukluğu Versiyonu'nun güvenilirlik ve geçerliği. *Türkiye'de Psikiyatri* 2006;8:18-21.
125. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959;32:50-5.
126. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, ve ark. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 1998;9:114-7.
127. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978;133:429-35.
128. Karadağ F, Oral ET, Yalçın AF, Erten E. Young Mani Derecelendirme Ölçeği'nin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg* 2001;13:107-14
129. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13:261–75.

130. Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A, Gögüş A. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg* 1999;14:23–32.
131. Zarit S, Reeve K, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *Gerontologist* 1980;20:649–55.
132. Özlü A. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerde Yük ve Travma Sonrası Gelişim ile İlgili Özellikler (Yüksek Lisans Tezi). Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi; 2007
133. Chadda RK, Singh TB, Ganguly KK. Caregiver burden and coping: a prospective study of relationship between burden and coping in caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007;42(11):923-30.
134. Ak M, Yavuz KF, Lapsekili N, Türkçapar MH. Kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ve bakım verenlerinin bakım yükü açısından değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2012;25:330-7.
135. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar, Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi- No:6, 1.Baskı, Ankara, Türk Psikiyatri Derneği Yayınları 2007.
136. 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.
137. Dyck DG, Short R, Vitaliano PP. Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosom Med* 1999;61:411-9.
138. Papastavrou E, Charalambous A, Tsangari H, Karayiannis G. The cost of caring: the relative with schizophrenia. *Scand J Caring Sci* 2010;24:817-23.
139. Rammohan A, Rao K, Subbakrishna DK. Religious coping and psychological wellbeing in carers of relatives with schizophrenia. *ACTA Psychiatrica Scandinavica* 2002;105:356-62.
140. Shibre T, Kebede D, Alem A, et al. Schizophrenia: illness impact on family members in traditional society-rural Ethiopia. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 2003;38:27-34.
141. Tarricone I, Leese M, Szmukler GI, Bassi M, Berardi D. The experience of carers of patients with severe mental illness: A comparison between London and Bologna. *European Psychiatry* 2006;21:93–101.
142. Zahid MA, Ohaeri JU. Relationship of family caregiver burden with quality of care and psychopathology in a sample arab subject with schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2010;10:71-81.
143. Avcı A, Bayraktar N. Şizofren Hasta Ailelerinin Aile Yükünün Belirlenmesi. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, 28 Eylül- 3 Ekim, Kuşadası; 2004. 771- 772.
144. Maldonado JG, Urizar AC, Kavanagh DJ. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005;40:899-904.
145. Arif NH, Maniam T. Chronic Schizophrenia and Family Burden In An Urban Sample. *Malaysian Journal of Psychiatry* 1995;3:59-63.

146. Dore G, Romans SE. Impact of bipolar affective disorder on family and partners. *Journal of Affective Disorders* 2001;67:147–58.
147. Maskill V, Crowe M, Luty S, Joyce P. Two sides of the same coin: Caring for a person with bipolar disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2010;17:535–42.
148. Ostacher MJ, Nierenberg AA, Iosifescu DV, et al. Correlates of subjective and objective burden among caregivers of patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2008;118:49–56.
149. Zendjidjian X, Richieri R, Adida M, et al. Quality of life among caregivers of individuals with affective disorders. *J Affect Disord* 2012;136:660-5.
150. 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. *Nursing & Health Sciences* 2007;9:192-8.
151. Magliano L, Fadden G, Madianos M, et al. Burden of the families of patients with schizophrenia: result of the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998;33:405–12.
152. Schulze B, Rössler W. Ruhsal hastalıkta bakım verenin yükü: 2004-2005'te ölçümler, bulgular ve müdahalelerin gözden geçirilmesi. *Current Opinion Psychiatry Turkish Edition* 2006;2:47-58.
153. Pickett SA, Cook JA, Cohler BJ, Solomon ML. Positive parent/adult child relationship: impact of severe mental illness and caregiving burden. *American Journal Of Orthopsychiatry* 1997;67:220-30.
154. Güleç H, Yavuz A, Topbaş M, Ak İ, Kaygusuz E. Psikiyatri Hastalarında Tıp Dışı Çare Arama Davranışı Türkiye'de ve Almanya'da Yaşayan Türkler Arasında Karşılaştırma Bir Ön Çalışma. *Klinik Psikiyatri* 2006;9:36-44.
155. Grandón P, Jenaro C, Lemos S. Primary caregivers of schizophrenia outpatients: burden and predictor variables. *Psychiatry Research* 2008;158(3):335-43.
156. 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;106:291-8.
157. Gopinath PS, Chaturvedi SK. Distressing behaviour of schizophrenics at home. *Acta Psychiatr Scand* 1992;86:185-8.
158. Post RM. The impact of bipolar depression. *Journal of Clinical Psychiatry* 2005;66:5–10.
159. Wong D. Stres factors and mental health of carers with relatives suffering from schizophrenia in Hong Kong: implications for culturally sensitive practices. *British Journal of Social Work* 2000;30:365-82.
160. Vitaliano P, Young HM, Zhang J. Is Caregiving a risk factor for illness? *Current Directions in Psychological Science* 2004;13:13-6.
161. Olridge ML, Hughes IC. Psychological well-being families with a member suffering from schizophrenia. An investigation into long-standing problems. *British Journal of Psychiatry* 1992;161;249-51.

162. Steele A, Maruyama N, Galynker I. Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: a review. *J Affect Disord* 2010;121:10-21.



## EKLER

### EK-1: Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu

#### Şizofreni Hastasının Veri Formu:

**Adı soyadı:**

**Cinsiyeti:**

**Yaşı:**

**Eğitim durumu:**

- (1) Okur-yazar değil
- (2) Okur-yazar
- (3) İlkokul
- (4) Ortaokul
- (5) Lise
- (6) Yüksekokul

**Medeni durumu:**

- (1) Hiç evlenmemiş
- (2) Evli
- (3) Eşi ölmüş
- (4) Boşanmış/Ayrı yaşıyor

**Meslek:**

- (1) Ev Hanımı
- (2) Memur/Asker
- (3) İşçi
- (4) Emekli
- (5) İşsiz
- (6) Serbest
- (7) Çiftçi
- (8) Öğrenci

**Kimlerle yaşıyor:**

- (1) Ailesiyle (anne-baba-kardeş)
- (2) Eşi-çocukları ile
- (3) Akrabaları
- (4) Arkadaşları ile

**Hastalığın başlangıç yaşı:**.....

**Hastalığın alevlenme sayısı**

**(ay/yıl):**.....

**Hastaneye yatış sayısı:**.....

**Saldırgan davranış:** (1) Yok (2) Var

**Özkiyim girişimi:** (1) Yok (2) Var

## İki Uçlu Mizaç Bozukluğu Hastasının Veri Formu:

**Adı soyadı:**

**Cinsiyeti:**

**Yaşı:**

**Eğitim durumu:**

- (1) Okur-yazar değil
- (2) Okur-yazar
- (3) İlkokul
- (4) Ortaokul
- (5) Lise
- (6) Yüksekokul

**Medeni durumu:**

- (1) Hiç evlenmemiş
- (2) Evli
- (3) Eşi ölmüş
- (4) Boşanmış/Ayrı yaşıyor

**Meslek:**

- (1) Ev Hanımı
- (2) Memur/Asker
- (3) İşçi
- (4) Emekli
- (5) İşsiz
- (6) Serbest
- (7) Çiftçi
- (8) Öğrenci

**Kimlerle yaşıyor:**

- (1) Ailesiyle (anne-baba-kardeş)
- (2) Eşi-çocukları ile
- (3) Akrabaları
- (4) Arkadaşları ile

**Hastalığın başlangıç yaşı:**.....

**Hastalığın epizod sayısı:**.....

**Son geçirdiği epizod:**.....

**Hastaneye yatış sayısı:**.....

**Saldırgan davranış:** (1) Yok (2) Var

**Özkıyım girişimi:** (1) Yok (2) Var

## EK 2: Bakım Verenin Sosyodemografik Özellikler Veri Formu

**Adı soyadı:**

**Cinsiyeti:**

**Yaşı:**

**Eğitim durumu:**

- (1) Okur-yazar değil
- (2) Okur-yazar
- (3) İlkokul
- (4) Ortaokul
- (5) Lise
- (6) Yüksekokul

**Medeni durumu:**

- (1) Hiç evlenmemiş
- (2) Evli
- (3) Eşi ölmüş
- (4) Boşanmış/Ayrı yaşıyor

**Meslek:**

- (1) Ev Hanımı
- (2) Memur/Asker
- (3) İşçi
- (4) Emekli
- (5) İşsiz
- (6) Serbest
- (7) Çiftçi
- (8) Öğrenci

**Bakım verme biçimi:**

- (1) Yardımlı
- (2) Yardımsız

**Bakım verme süresi:**


**Öncesine ait bakım verme deneyimi:**

- (1) Var
- (2) Yok

**Hasta ile olan yakınlık derecesi:**

- (1) Ailesi                                anne....                                baba ....                                kardeş ....
- (2) Eşi
- (3) Çocuğu
- (4) Akrabası
- (5) Arkadaşı


## Ek-3: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

	<b>UU-SK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKALRI ANABİLİM DALI</b>		
	<b>HAMILTON DEPRESYONU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ</b>		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-19	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa 1 / 2
Rev. No : 00	Rev.Tarihi :		

Hasta Adı/Soyadı: .....  
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl): ..... / ..... / .....  
Protokol No: .....

1. Depresif ruh hali (keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)
  0. Yok
  1. Yalnızca soruların cevaplarken anlaşılıyor.
  2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
  3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
  4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor.
2. Suçluluk duyguları
  0. Yok
  1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
  2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
  3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırma. Suçluluk hezeyanları.
  4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel hallucinasyonlar görüyor.
3. İntihar
  0. Yok.
  1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
  2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.
  3. İntihar düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
  4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir).
4. Uykuya dalamamak
  0. Bu konuda zorluk çekmiyor.
  1. Bazen gece yatığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikâyetçi.
  2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikâyet ediyor.
5. Geceyanı uyanmak
  0. Herhangi bir sorunu yok.
  1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikâyetçi.
  2. Gece yansı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın).
6. Sabah erken uyanmak
  0. Herhangi bir sorunu yok.
  1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya d alıyor.
  2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyuyor ve yataktan kalkıyor.
7. Çalışma ve aktiviteler
  0. Herhangi bir sorunu yok.
  1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
  2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).
  3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.


Bu doküman Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir. Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.

	<b>Ü-ŞK RÜH SAĞLIĞI VE HASTALIKALRI ANABİLİM DALI</b>		
	<b>HAMILTON DEPRESYONU DERCELENDİRME ÖLÇEĞİ</b>		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-19	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa : 2 / 2
Rev. No : 00	Rev.Tarihi :		

4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımcı yapamayanlara 4 puan verilir.
0. Düşünceleri ve konuşması normal.
1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.
2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.
3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor
4. Tam stuporda.
0. Yok.
1. Elleriyile oynuyor, saçlarını çekiyor.
2. Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısıyor.
0. Herhangi bir sorun yok.
1. Subjektif gerilim ve iritabilite.
2. Küçük şeylere üzüliyor.
3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.
0. Yok.
1. Hafif *Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik sorunlar:*
2. İlmh *Gastrointestinal: Ağz kuruması, yellenme, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme*
3. Şiddetli *Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı*
4. Çok şiddetli *Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme sık idrara çıkma*
- Terleme
0. Yok.
1. İştahsız, ancak personelin ısırıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.
0. Yok.
1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
2. Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.
0. Yok.
1. Hafif.
2. Şiddetli.
3. Anlaşılmadı.
0. Yok.
1. Kurunluğu
2. Akını sağlık konularına takınığ durumunda.
3. Sık sık şikayet ediyor. yardım istiyor.
4. Hipokondriyaklık delizyonları.
- A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)
0. Kilo kaybı yok.
1. Önceki hastalığına bağlı olması zayıflama.
2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.
- B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde
0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.
0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
1. Hastalığını biliyor ama bunu ıldırma, kötü yiyeceklerle, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Bu doküman Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir. Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.

## Ek-4: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği

	<b>ÜÜ-SK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI</b>		
	<b>HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ</b>		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-18	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa
Rev. No : 00	Rev.Tarihi :	1 / 2	


Hasta Adı/Soyadı: .....  
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl): ..... / ..... / .....  
Protokol No: .....

0. Yok

1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)
2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)
3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)
4. Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirici)

### BİRİNİ İŞARETLEYİN

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ANKSİYETELİ MİZAC: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, irritabilite.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. KORKULAR: Karanlıktan, yabancıardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. UYKUSUZLUK: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. ENTELLEKTÜEL (kognitif): Konsantrasyon gücü, bellek zayıflaması.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. DEPRESİF MİZAC: İLgi yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. SOMATİK (Musküler): Ağrılar, seğirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sızramalar, diş gıcırdatma, titre k konuşma, artmış kas tonusu. (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. KARDİYOVASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistol.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |


	<b>ÜÜ-SK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI</b>		
	<b>HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ</b>		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-18	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa 2 / 2
Rev. No : 00	Rev.Tarihi :		

9. SOLUNUM SEMPTOMLARI: Göğüste baskı veya sıkışma, 0 1 2 3 4  
boğulma duygusu, iç çekme, dispne.
10. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR: Yutma güçlüğü, 0 1 2 3 4  
bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyuları, karında  
dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı,  
konstipasyon.
11. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık işeme, amenore, 0 1 2 3 4  
menoraji, frijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı,  
empotans.
12. OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, 0 1 2 3 4  
solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı,  
saçların diken diken olması.
13. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ: Yerinde duramama, 0 1 2 3 4  
huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kırışma,  
gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu,  
yutkunma, geçirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller,  
egzofthalmus.

TOPLAM: PSİŞİK: SOMATİK:  
(1,2,3,5,6) (4,7,8,9, 10,11, 12,13)

**Değerlendiren Dr:**

## EK-5: Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)

	<b>ÜÜ-SK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI</b>		
	<b>YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ</b>		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-28	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa : 1 / 3
Rev.No : 00	Rev.Tarihi :		

Hasta Adı/Soyadı: .....  
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl): ..... / ..... / .....  
Protokol No: .....

Orijinalinde son 48 saat ancak son yıllarda yapılan pek çok çalışmada son bir hafta değerlendirmeye alınmaktadır. Hastanın söylediklerinden çok klinisyenin kanaati önemlidir. Bu çalışma da uygulanmamıştır ancak katılınan bir geçerlik güvenilirlik çalışmasında 0-4 puanlı maddelerde klinisyen karar veremiyorsa (örneğin 2 mi, 3 mü gibi) daha büyük olana puanı vermesi, 0-8 puanlı maddelerde ise aradaki değeri alması (yani 2 mi, 4 mü karar verilemiyorsa 3 puan verilmesi gibi) önerilmiştir. Tanı koymak amacıyla değil, o anki manik durumun şiddetini belirlemek için kullanılır. Ölçekteki her bir üst basamağın kendinden önceki alt basamakları kapsadığı kabul edilir. 15-30 dakikalık bir görüşme ile uygulanır. Hastanın kendi ifadelerine izin verilir. Görüşme anındaki değerlendirme dışında servis personeli ya da hasta ailesinden bilgi alınabilir.

### 1) Yükselmiş duygudurum

- 0.Yok
- 1.Hafifçe yüksek veya görüşme sırasında yükselebilen
  - 2.Belirgin yükselme hissi; iyimserlik, kendine güven, neşelilik hali
  - 3.Yükselmiş; yersiz şakacılık
  - 4.Öforik; yersiz kahkahalar, şarkı söyleme


### 2) Hareket ve enerji artışı

- 0.Yok
- 1.Kendini enerjik hissetme
  - 2.Canlılık; jestlerde artış
  - 3.Artmış enerji; zaman zaman hiperaktivite, yatıştırılabilen huzursuzluk
  - 4.Eksitasyon; sürekli ve yatıştırılmayan hiperaktivite

### 3) Cinsel ilgi

0. Artma yok
- 1.Hafif ya da olası artış
  - 2.Sorulduğunda kişinin belirgin artış tanımlaması
  - 3.Cinsel içerikli konuşma, cinsel konular üzerinde ayrıntılı durma, kişinin artmış cinselliğini kendiliğinden belirtmesi
  - 4.Hastalara tedavi ekibine ya da görüşmeceye yönelik aleni cinsel eylem



	<b>UÜ-SK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI</b>		
	<b>YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ</b>		
	<b>Dok.Kodu</b> : FR-HAD-03-429-28	<b>İlk Yay.Tarihi</b> : 02 Mart 2011	<b>Sayfa</b> 2 / 3
<b>Rev. No</b> : 00	<b>Rev.Tarihi</b> :		

#### 4)Uyku

0. Uykuda azalma tanımlamıyor
- 1.Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır
- 2.Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır
- 3.Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor
- 4.Uyku ihtiyacı olduğunu inkar ediyor

#### 5)İritabilite


0. Yok
2. Kendisi arttığını belirtiyor
- 4.Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık atakları
- 6.Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor
8. Düşmanca. işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

#### 6)Konuşma hızı ve miktarı

- 0.Artma yok
2. Kendini konuşkan hissediyor
4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı
6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma
8. Basınçlı; durdurulamayan, sürekli konuşma

#### 7)Düşünce yapı bozukluğu.

- 0.Yok
- 1.Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış
- 2.Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yarışması
- 3.Fikir uçuşması; teğetsellik; takibinde zorluk; uykulu konuşma: ekolali
- 4.Dikişsizlik; iletişim olanaksız

	<b>ÜÜ-SK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI</b>		
	<b>YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ</b>		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-28	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa
Rev. No : 00	Rev.Tarihi :	3 / 3	

#### 8) Düşünce içeriği

0. Normal
2. kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar
4. Özel projeler, aşırı dini uğraşlar
6. Büyüklük veya paranoid fikirler; alınma fikirleri
8. Sanrılar varsanılar

#### 9) Yıkıcı- Saldırgan Davranış

0. Yok, işbirliğine yatkın
2. Alaycı, küçümseyici, savunmacı tutum içinde, zaman zaman sesini yükseltiyor
4. Tehdide varacak derecede talepkar
6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağırıyor; görüşmeyi sürdürmek güç
8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız


#### 10. Dış Görünüm

0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım
1. Hafif derecede dağınık
2. Özensiz giyim, saç bakımı ve giyimde orta derece dağınıklık, gereğinden fazla giysilerin olması
3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj
4. Darmadağınıklık; süslü tuhaf giysiler

#### 11. İçgörü

0. İçgörüsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor.
1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor
2. Davranışlarındaki değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor
3. Davranışlarında olası değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı reddediyor.
4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor

## EK-6: Pozitif ve Negatif Sendrom Skalası (PANSS)

	ÜÜ-SK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI		
	PANSS		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-24	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa 1 / 2
Rev. No : 00	Rev.Tarihi :		

Hasta Adı/Soyadı: .....  
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl): ..... / ..... / .....  
Protokol No: .....

Tarih:

Uygulayan doktor:

<i>Pozitif Belirtiler</i>	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
P1 Sanrılar							
P2 Düşünce dağınıklığı							
P3 Varsanılar							
P4 Taşkınlık							
P5 Büyüklük duyguları							
P6 Şüphecilik kötülük							
P7 Düşmanca tutum							
<b>Skor:</b>							
<i>Negatif Belirtiler</i>	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
N1 Duygulanımda küntleşme							
N2 Duygusal içe çekilme							
N3 İlişki kurmada güçlük							
N4 Pasif biçimde kendini toplumdan çekme							
N5 Soyut düşünme güçlüğü							
N6 Konuşmanın kendiliğinden ve akıcılığının kaybı							
N7 Stereotipik düşünme							
<b>Skor:</b>							
<i>Genel Psikopatoloji</i>	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
G1 Bedensel kaygı							
G2 Anksiyete							
G3 Suçluluk duyguları							
G4 Gerginlik							
G5 Manyerizm							
G6 Depresyon							
G7 Motor yavaşlama							
G8 İşbirliği kuramama							
G9 Olağandışı düşünce							
G10 Yönetim bozukluğu							
G11 Dikkat azalması							
G12 Yargılama ve içgörü							
G13 İrade bozukluğu							
G14 Dürtü kontrolsüzlüğü							
G15 Zihinsel aşırı uğraş							
G16 Aktif biçimde sosyal							
<b>Skor:</b>							
<b>Toplam skor:</b>							

## **EK-7: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (İGD)**

### **100-91**

Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarınınca aranan biridir.

Herhangi semptomu yoktur.

### **90-81**

Hiçbir belirti olmaması ya da çok az belirti olması, tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması, çok çeşitli etkinliklerde ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yönden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur,günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması.

### **80-71**

Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklenir tepkilerdir; toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozulma olmasından daha ileri bir durum yoktur.

### **70-61**

Bir takım hafif semptomlar ya da toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte bir takım zorlukların olması, ancak genelde oldukça iyi bir biçimden işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişiler arası ilişkileri vardır.

### **60-51**

Orta derecede semptomlar ya da toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır.

### **50-41**

Ağır semptomlar ya da toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır.

### **40-31**

Gerçeği değerlendirme ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır ya da iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme ya da duygudurum gibi bir çok alanda temel bir takım bozukluklar vardır.

### **30-21**

Davranışları sanrılar ve varsanılardan oldukça etkilenir ya da iletişimde ya da yargıda ciddi bir bozukluk vardır ya da hemen tüm alanlarda işlevsel değildir.


### **20-11**

Kendisini ya da başkalarını yaralayacak olma tehlikesi zaman zaman vardır ya da ara sıra kişisel bakımın en temel gereklerini bile yerine getiremez ya da iletişimde ileri derecede bir bozukluk vardır.

### **10-0**

Kendisini ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır ya da kişisel bakımın en temel gereklerini sürekli olarak yerine getiremez ya da açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi özkıyım eylemi vardır.

## EK-8: Zarit Bakım Veren Yük Ölçeği (ZBYÖ)

	<b>ÜÜ-SK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI</b>		
	<b>BAKIM VEREN YÜK ÖLÇEĞİ</b>		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-20	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa 1 / 2
Rev. No : 00	Rev.Tarihi :		

Hasta Adı/Soyadı: .....  
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl): ..... / ..... / .....  
Protokol No: .....

Aşağıda, bir başkasına bakarken neler hissedildiğini yansıtan cümleler sıralanmıştır. Her cümleden sonra hangi sıklıkla böyle hissettiğinizi işaretleyin: hiçbir zaman, nadiren, oldukça sık, hemen hemen her zaman. Doğru veya yanlış şeklinde yanıtlar yoktur. " - "

- Baktığınız kişinin, gereksinim duyduğundan fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?  
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
- Baktığınız kişiye harcadığınız zaman yüzünden kendinize zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?  
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
- Baktığınız kişiyle ilgilenmek ve işiniz veya ailenizle ilgili diğer sorumluluklarınız arasında kaldığınızı hissediyor musunuz?  
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
- Baktığınız kişinin davranışlarından utanıyor musunuz?  
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
- Baktığını kişiyle birlikteyken kızgınlık hissediyor musunuz?  
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
- Baktığınız kişinin, diğer aile fertleri veya arkadaşlarınızla ilişkinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?  
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
- Gelecekte baktığınız kişiye ne olacağından korkuyor musunuz?  
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
- Baktığınız kişinin size bağımlı olduğunu hissediyor musunuz?  
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
- Baktığınız kişiyle birlikteyken kendinizi gergin hissediyor musunuz?  
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
- Baktığınız kişiyle ilgilendiğiniz için sağlığınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?  
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
- Baktığınız kişi yüzünden arzu ettiğiniz kadar özel hayatınız olmadığını hissediyor musunuz?  
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
- Baktığınız kişiyle ilgilendiğiniz için sosyal hayatınızın bozulduğunu düşünüyor musunuz?  
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
- Baktığınız kişi yüzünden eve arkadaşlarınızı getirmekten rahatsızlık duyuyor musunuz?  
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman



ÜÜ-SK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI  
KÜLFET ÖLÇEĞİ

Dok.Kodu	: FR-HAD-03-429-20	İlk Yay.Tarihi	: 02 Mart 2011	Sayfa	2 / 2
Rev. No	: 00	Rev.Tarihi	:		

14. Baktığınız kişinin, sanki güvenebildiği tek kişisizmişsiniz gibi ona bakmanızı beklediğini hissediyor musunuz?  
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
15. Diğer harcamalarınız yanında, baktığınız kişinin bakımı için yeterli paranız olmadığını düşünüyor musunuz?  
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
16. Baktığınız kişinin bakımını daha fazla üstlenemeyeceğinizi hissediyor musunuz?  
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
17. Baktığınız kişinin hastalığından sonra hayatınız üzerindeki kontrolünüzü kaybettiğinizi hissediyor musunuz?  
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
18. Baktığınız kişinin bakımını bir başkasına bırakabilmeyi arzu eder miydiniz?  
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
19. Baktığınız kişiye ne yapacağınız konusunda kararsız kaldığınızı hissediyor musunuz?  
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman.
20. Baktığınız kişi için daha fazla şey yapmanız gerektiğini hissediyor musunuz?  
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
21. Baktığınız kişiye aslında daha iyi bakabileceğinizi hissediyor musunuz?  
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
22. Genel olarak bakıldığında, bu kişiye baktığınız için kendinizi ne kadar külfet altında hissediyorsunuz?  
0. Hiç 1. Az 2. Orta derecede 3. Oldukça fazla 4. Çok fazla

A Skoru:  
B Skoru:  
Toplam Skor:

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen Prof. Dr. Selçuk Kırılı, Prof. Dr. Aslı Sarandöl, Doç. Dr. E. Yusuf Sivrioğlu, Doç. Dr. Cengiz Akkaya ve Doç. Dr. S. Saygın Eker'e, rotasyonlarım süresince eğitimime katkısı bulunan öğretim üyelerine, tezimin verilerini titizlikle değerlendiren Biyoistatistik Anabilim Dalı üyesi Dr. Güven Özkaya'ya, Ruh sağlığı ve Hastalıkları kliniği ve polikliniğinin tüm hemşire ve personeline, çalışma arkadaşlarıma,

Her zaman yanımda olan eşime teşekkür ederim.

## ÖZGEÇMİŞ

1982 yılında Samsun'da doğdum. İlkokulu Samsun Karadeniz İlkokulu'nda, orta ve lise öğrenimimi Samsun Anadolu Lisesi'nde tamamladım. 2001 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yüksek öğrenime başladım ve 2007 yılında mezun oldum. Haziran 2008'de Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimime başladım. Uzmanlık eğitimim sırasında Cinsel Terapi ve Bilişsel Davranışçı Terapi eğitimleri aldım.