

# Şizofreni hastalarına bakım verenlerin bakım yüklerinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi

*Investigation of the effect between care burden and quality of life in caregivers of schizophrenia patients*

Hakan Karaağaç<sup>1</sup>, Esra Çalık Var<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sosyal Hizmet Uzmanı, Kayseri Şehir Hastanesi, Kayseri, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-6586-5940>

<sup>2</sup>Doç. Dr., Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı, Ankara, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-6025-0576>

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi TRSM ve Ruh Sağlığı Kliniğinde tedavi edilen şizofreni hastalarına bakım verenlerin algıladıkları bakım yüklerinin yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirildi. **Yöntem:** Örneklem seçiminde amaçsal örnekleme yöntemi kullanılmış ve 146 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında; Sosyodemografik Bilgi Formu, Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ve DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Türkçe Formu kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 23 programında sayı, yüzde, frekans, t testi, ANOVA, pearson korelasyon analizi ve çoklu regresyon analizi ile test edilmiştir. **Bulgular:** Bakım verenlerin; yaş ortalamasının 45 olduğu, hastalarına ortalama 8.5 yıl bakım verdikleri ve % 54.8'inin kadın olduğu tespit edilmiştir. Yaşam kalitesi fiziksel sağlık boyutunu; bakım yükü toplam puanı, sosyal ilişkilerde bozulma ve ekonomik yük alt boyutlarının olumsuz etkilediği bulunmuştur. Ruhsal gerginlik, ekonomik yük ve bakım yükü toplam puanının ise yaşam kalitesinin psikolojik alt boyutunu olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Yaşam kalitesi sosyal ilişkiler alt boyutunu bakım yükü ruhsal gerginlik ve toplumsal ilişkilerde bozulma alt boyutları olumsuz yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Yaşam kalitesi çevre boyutunu ise sadece ekonomik yük etkilemektedir. **Sonuç:** Ruh sağlığı hastalıkları sadece hastanın değil hasta yakınlarının da yaşamlarını etkilemekte, hasta yakınları bu süreçte desteğe ihtiyaç duyabilmektedir. Şizofren hastalarına yönelik geliştirilecek ve var olan programlar değerlendirilirken onlara bakım verenlerin de dikkate alınması şizofreni hastalarının aile sistemi içinde desteklenebilmesini ve hastalığa bütüncül yaklaşımını destekleyebilir.

**Anahtar Sözcükler:** Bakım yükü, sosyal hizmet, şizofreni, yaşam kalitesi

(*Klinik Psikiyatri* 2019;22:16-26)

DOI: 10.5505/kpd.2018.60783

## SUMMARY

**Objective:** This study was conducted to investigate the effect between care burden and quality of life of caregivers of schizophrenia patients treated at Kayseri Education and Research Hospital Community Mental Health Center and Psychiatry Clinic. **Method:** In the selection of samples, purposive sampling method was used and 146 persons were included in the study. In the collection of data; Sociodemographic Information Form, Zarit Care Burden Scale and WHOQOL-BREF-TR were used. The obtained data were tested in SPSS 23 program by number, percentage, frequency, t test, ANOVA, Pearson correlation analysis and multiple regression analysis. **Results:** Caregivers; mean age was 45, the patients were given care a mean of 8.5 years and 54.8% were women. The quality of life physical health subscale; burden of care total score, deterioration in social relations and economic burden were negatively affected. It was determined that the total score of spiritual tension, economic burden and burden of care total score negatively affected the psychological sub-dimension of quality of life. It was concluded that the social relations sub-dimension of quality of life negatively affected the sub-dimensions of care burden, mental stress and deterioration in social relations. The quality of life environmental subscale are affected only economic burden. **Discussion:** Mental health diseases affect the lives of not only the patients but also the patients' relatives, and caregivers may need support in this process. Consideration of the caregivers of schizophrenic patients as well as their caregivers, when existing programs are being assessed, may support schizophrenia patients within the family system and promote holistic approach to the disease.

**Key Words:** Caregiver burden, social work, schizophrenia, quality of life

## GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1948'de, sağlığı "sadece fiziksel hastalık olarak değil, ruhsal ve sosyal açıdan da tam bir iyilik hali" olarak tanımlamasından sonra sağlığa ilişkin iyilik halinin ölçülmesine, yaşam kalitesi kavramına, sağlık hizmetleri uygulamalarına ve araştırmalarına verilen önem artarak devam etmektedir (1). Bu bağlamda, kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden etkilenen bir kavram olan yaşam kalitesi pek çok araştırmaya konu olmuştur. Yaşam kalitesi; kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması olarak tanımlanmaktadır (2).

Yaşam kalitesi kavramı, kronik somatik hastalıkların tedavisinde uzun yıllardır gündemde olmakla beraber genelde psikiyatri özelinde ise psikiyatrik sosyal hizmet alanında yer edinmesi nispeten yenidir. Hastalık nedeniyle oldukça olumsuz etkilenen şizofreni hastalarıyla yapılan yaşam kalitesi araştırmaları bu nedenle sınırlıdır (3). Şizofreni sadece bireyin duygulanım, düşünce, algılama ve davranış alanlarını olumsuz yönde etkilemekle kalmayan, aynı zamanda bireyin çevresindekilerin yaşam koşullarını da olumsuz yönde etkileyen kronik ruhsal bir hastalıktır (4). Yapılan çalışmalarda da; hastane sonrası şizofren hastanın bakımını evde sürdüren bakım verenlerin yaşam kalitelerinin toplum geneline göre düşük olduğu (5,6,7) görülmüştür.

Kronik ruhsal hastalıklar, bireyin yardım çabasını sınırlamakla birlikte hasta yakınlarının da sağlığını etkileyen bir stres kaynağı olabilmektedir. Bu zorlu süreçle baş etmeye çalışan hasta yakınları hem hastalarına yeterince destek olmakta zorlanmakta hem de kendilerinin yardım ihtiyaçları artmaktadır (8). Şizofrenide ise bu durum daha da belirgindir çünkü şizofreni bireyin tüm yaşam alanlarını etkileyen bir ruh sağlığı hastalığıdır. ABD' de taburcu olan şizofreni hastalarının %60'tan fazlasının ailelerinin yanına döndüğü açıklanmaktadır (9). Ülkemizde de şizofreni hastalarının büyük çoğunluğunun ailesi yanında yaşadığı, en büyük destek kaynaklarının ve bakım verenlerinin has-

tanın ailesi olduğu belirtilmektedir (10).

Literatürde ve klinik uygulamalarda genellikle şizofreni hastalarına odaklanılırken son yıllarda onlara bakım verenler de dikkat çekmeye başlamıştır (11,12). Hastaların işlevselliklerinin artmasında, olumlu sosyal ilişkiler geliştirebilmelerinde, düzenli ilaç kullanımlarının ve muayenelerinin sağlanmasında onlara bakım verenlerin etkisi önemlidir. Olumlu hasta ve bakım veren ilişkisi sadece hastalığın seyri açısından da değerlendirilmemeli, aile sistemi içinde bakım verenlerin ihtiyaçlarını da dikkate alınmalıdır. Bu bakış açısı alan yazında bakım verenlerin çeşitli alanlarda (ekonomik, sosyal, arkadaşlık ilişkileri, psikolojik) yaşadıkları sorunlardan kaynaklanan yüklenmelerini "bakım yükü" olarak kavramsallaştırılmaktadır (13). Nitekim şizofreni hastalarına bakım verenlerin, hastalarla uzun süre yaşamaları sonucunda kendi işlevsellikleri ile ilgili olarak da bazı sorunlar yaşamaları, zorlanmaları muhtemeldir. Bakım verenler aynı zamanda kendi toplumsal rollerini devam ettirdikleri için sorumluluk alanları artmakta, yaşam kaliteleri etkilenmekte, sosyal yaşamlarındaki aktivitelerinde ve önceliklerinde değişiklikler olabildiği için tükenme yaşayabilmektedirler (14,15). Literatürde gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yeterli destek alamama, aile yaşamının bozulması, hastalığın gidişi gibi çeşitli etmenlerin şizofren hastaların aile üyelerinin bakım yüklerini etkilediğini belirten araştırmalar bulunmaktadır (6). Türkiye'de yapılan bir araştırmada da bakım verenlerde ekonomik durum, ailede yaşayan başka hasta olması, hastanın bakımında destek almama, hastanın ilaç tedavisi düzensizliğinin bakım yükünü artırdığı görülmüştür (16). Yaşanan zorlanmalar bakım verenin yaşamını algılamasını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu zorlu süreç bakım verenleri sosyal hizmetin ilgi odağında olabilecek risk altındaki bir grup haline getirmektedir.

Yapılan çalışmalarda; şizofreni hastaları bakım verenlerinde nesnel desteğin ve bakım veren yükünün yaşam kalitesini olumsuz etkilediği, bipolar bozukluğu olan hastaların bakım verenlerinde ise bakım yükünün depresyon gelişiminde güçlü bir öngörücü faktör olduğu ve yaşam kalitesini düşürdüğü belirtilmiştir (17,18). Türkiye'de bipolar bozukluk tanısı almış hastalarının bakım veren-

lerinde yapılan bir çalışmada ise yükü daha şiddetli olan bakım verenlerde yaşam anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (19). Hastaya bakım veren kişilerin, hastaların tanı/tedavi süreçlerine, çevrelerine uyum sağlamalarındaki katkılarının yanında bakım verenlerin yaşam algılarının değerlendirilebilmesi ve desteklenebilmelerinin önemi göz önüne alınarak bu çalışmada, şizofreni hastalarına bakım verenlerin algıladıkları bakım yükünün yaşam kalitesine etkisini araştırmak amaçlanmıştır. Ayrıca, bakım yükü ve yaşam kalitesinin alt boyutları bazı sosyo demografik özellikler tarafından da değerlendirilmiştir.

## YÖNTEM

Nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama modeliyle tasarlanmış olan araştırma, Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2015-2016 yılları arasında TRSM ve Psikiyatri Kliniğinden hizmet alan; DSM-IV-TR tanı kriterleri ile 'şizofreni' tanısı konmuş hastaların birincil sorumluluğunu alan ve hastayla en çok zaman geçiren, 18 yaş üstü, kullanılacak veri toplama araçlarını anlayabilecek bilişsel düzeyde olan, katılmaya istekli 146 bakım veren ile gerçekleştirilmiştir (20). Araştırmanın örnekleme seçkiz olmayan örnekleme yöntemlerinden amaçsal örnekleme ile seçilmiştir.

Araştırmanın uygulanması için Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu ve Kayseri İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden yazılı izinler alınmıştır. Ölçekler uygulanmadan önce bireylere araştırmanın amacı ve formun içeriği hakkında açıklamalarda bulunup, yazılı onamları alınmıştır. Katılımcılara hem onam formundaki hem de araştırmada kullanılan ölçeklerdeki özel bilgilerin gizli tutulacağı, gerektiğinde araştırmadan çekilme hakkını kullanabilecekleri konusunda bilgi verilmiştir.

## Veri toplama araçları

Araştırma için üç farklı veri toplama aracı kullanılmıştır.

*Sosyo-Demografik Bilgi Formu:* Katılımcıların

sosyo- demografik özelliklerini ve bakım verme özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulan toplam 14 soru içermektedir.

*Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği:* Bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadığı güçlüğü değerlendirmek amacıyla kullanılan ölçek, Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Ölçek Türkçe'ye Özlü ve ark. (2009) tarafından uyarlanmıştır. Ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen likert tipi 22 ifadeden oluşur. Ölçekten en az 0, en fazla 66 puan alınabilir. Ölçek puanının artması algılanan bakım yükünün de arttığını göstermektedir. Ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, sinirlilik ve kısıtlanmışlık, toplumsal ilişkilerde bozulma, ekonomik yük ve bağımlılık boyutu olmak üzere 5 alt boyutu vardır (21).

*Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Türkçe Formu:* Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi grubu tarafından geliştirilen ölçek genel algılanan yaşam kalitesinin sorgulandığı 26 sorudan oluşmaktadır. Fidaner ve meslektaşları (1999) tarafından Türkçeye uyarlanan WHOQOL-BREF-TR, bireyin yaşam kalitesini ve sağlık durumunu genel anlamda değerlendirdiği iki soru yanında, fiziksel sağlık, psikolojik durum, sosyal ilişkiler ve çevre olmak üzere 4 alt alandaki iyilik hallerini ölçen ve orijinal versiyonu 26 maddeden Türkçe versiyonu ise 27 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçme aracıdır. Ölçeğin 3, 4 ve 26'ncı soruları ters kodlanmaktadır. Puan artışının yaşam kalitesindeki artışı işaret ettiği ölçekten alınabilecek en düşük puan 27, en yüksek puan 135'tir (3, 22).

## İstatistiksel analiz

Veriler, bilgisayar ortamında SPSS 23 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Ölçümle elde edilen değişkenler ortalama±standart sapma, yüzde ve frekans şeklinde ifade edilmiştir. İki grubun ortalamalarının karşılaştırılması aralarındaki farkı belirlemek amacıyla bağımsız örneklem için t testi, ikiden fazla grup arasındaki farkı incelemek için ise bağımsız örneklem için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerinin bakım yükleri ve yaşam kaliteleriyle ilişkisini belirlemek

amacıyla Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Bakım yükünün yaşam kalitesini etkileyip etkilemediği test etmek amacıyla da çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Tüm analizlerde  $p<0.05$  düzeyinde ilişkiler anlamlı kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Araştırmanın amaçları doğrultusunda analiz edilen veriler sonucunda elde edilen, katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri, çeşitli değişkenlerle yapılan analizler, bakım yükü ve yaşam kalitesi arasındaki çoklu regresyon analizine ilişkin bulgular aşağıda sunulmuştur.

Çalışmaya katılan 146 bakım verenin 80'i (%54.8) kadındı. Bakım verenlerin yaş ortalaması  $44.8\pm 1.03$  yıl ve ortalama eğitim süresi  $8.5\pm 2.05$  yıl olarak saptanmıştır. Bakım verenlerin; %26'sı eş, %22.6'sı kardeş, % 19.9'u anne, % 14.8'i baba, %14'ü hastanın çocuğu ve %2.7'si diğer akrabalarından oluşmaktadır. Bakım verenlerin hastalarına ortalama  $8.5\pm 0.53$  yıl bakım verdikleri ve gün içinde hastalarıyla birlikte geçirilen zamanın  $12.6\pm 1.54$  saat olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin çoğunun hasta bakımında destek olan ikinci bir kişinin olduğunu ( $n=103$ , %70.5) belirttiği tespit edilmiştir. Bakım verenlerin; Zarit bakım verme yükü ölçeği toplam puanlarının 27-95 arasında değiştiği, ortalama  $64.78\pm 14.23$  olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Şizofreni hastalarının 87'sini (%59.6) erkek ve

59'unu (40.4) kadınlar oluşturmuştur. Hastaların yaş ortalaması  $35.8\pm 1.04$  yıl (min.18 yaşında, max.64 yaşında) ve ortalama eğitim süresi  $7.7\pm 1.04$  yıl olarak saptanmıştır. Hastaların ortalama tedavi süresinin  $9.5\pm 0.6$  yıl olduğu ve haneye giren toplam gelirin  $1788\pm 93.05$  olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırmanın amaçlarından biri de bakım verenlerin algıladıkları bakım yükünün ve yaşam kalitelerinin cinsiyet ve eğitim durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesidir. Bu nedenle bağımsız örneklem için t-testi ve ANOVA testi kullanılmıştır. Bakım verenlerin cinsiyetleriyle bakım yükü toplam puanı ve yaşam kalitesi alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Yapılan tek yönlü varyans analizinde ise bakım yükü toplam puanı, yaşam kalitesi psikolojik, sosyal ve çevre alt boyutları eğitim durumuna göre farklılaştığı görülmüştür. Birimler arası farkların hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla Tukey testi kullanılmıştır. Test sonuçlarına göre; okuryazar olmayanların yükseköğrenim gören bakım verenlere göre bakım yüklerini daha fazla algıladıkları görülmüştür ( $p<0.05$ ). Yaşam kalitesi psikolojik alt boyutunda yükseköğretim mezunlarının okuryazar olmayanlara göre, sosyal ilişkiler alt boyutunda yükseköğretim mezunlarının okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunlarına göre, çevre alt boyutunda ise yükseköğretim mezunlarının okuryazar olmayanlar ve lise mezunlarının ilköğretim mezunlarına göre yaşam kaliteleri puanlarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 3).

**Tablo 1.** Bakım verenlerin özellikleri

Bakım veren (n=146)	Ortalama±Standart Sapma	Aralık (Min-Max)
Yaş	$44.8\pm 1.03$	20-75
Eğitim yılı	$8.5\pm 2.05$	0-18
Hastaya bakım verme süresi (yıl)	$8.5\pm 0.53$	1-29
Hasta ile gün içerisinde birlikte geçirilen süre (saat)	$12.6\pm 1.54$	2-24
ZBYÖ toplam puanı	$64.78\pm 14.23$	27-95
ZBYÖ Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	$19.95\pm 5.90$	7-34
ZBYÖ Sınırlılık ve Kısıtlanmışlık	$8.86\pm 2.43$	3-15
ZBYÖ Toplumsal İlişkilerde Bozulma	$7.73\pm 2.91$	3-15
ZBYÖ Ekonomik Yük	$13.27\pm 3.29$	4-20
ZBYÖ Bağımlılık	$7.42\pm 2.33$	2-10

ZBYÖ: Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği

**Tablo 2.** Hastaların sosyo-demografik özellikleri

Hasta (n=146)	Ortalama±Standart Sapma	Aralık (Min-Max)
Yaş	35.8±1.04	18-64
Eğitim yılı	7.7±1.04	0-18
Tedavi süresi (yıl)	9.5±0.6	1-30
Aylık gelir (TL)*	1788±93.05	0-6000

\* Haneye giren toplam gelir

Bakım verenlerin yaşları ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına rağmen yaşam kalitesinin fiziksel, psikolojik ve çevre alanlarında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Haneye giren aylık gelir bakım yükü toplam puanıyla negatif yönlü, yaşam kalitesi çevre boyutuyla pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Hastaya bakım verme süresinin bakım yükü toplam puanı ve yaşam kalitesi fiziksel sağlık alt boyutu ile ters yönlü korelasyon görülmüştür ( $p<0.05$ ) (Tablo 4)

Regresyon analizi sonuçları incelendiğinde ise bakım yükü toplam puanının yaşam kalitesi fiziksel sağlık ve psikolojik durum alt boyutlarını anlamlı bir şekilde negatif yönde etkilediği görülmüştür ( $p<0.05$ ) (Tablo 5). Bakım yükü ölçeğinin alt boyutları olan toplumsal ilişkilerde bozulma ve ekonomik yükün yaşam kalitesi fiziksel sağlık boyu-

tunu olumsuz yönde etkilediği görülmüştür ( $p<0.05$ ). Yaşam kalitesi psikolojik durum alt boyutunu etkileyen değişkenlere ilişkin yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda ise; bakım yükü ölçeğinin ruhsal gerginlik, toplumsal ilişkilerin bozulması ve ekonomik yük alt boyutlarının psikolojik durumunu olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Yaşam kalitesi sosyal ilişkiler boyutunu ise bakım yükünün; ruhsal gerginlik, toplumsal ilişkilerde bozulma alt boyutları olumsuz yönde etkilemektedir ( $p<0.05$ ). Yaşam kalitesi çevre boyutunu etkileyen tek boyut ise ekonomik yük alt boyutudur ( $p<0.05$ ) (Tablo 6).

## TARTIŞMA

Çalışmamızda şizofren hastaların çoğunun erkek (%59.6) ve 18-42 yaş aralığında olduğu, yarıdan fazlasının bekar olduğu ve yaklaşık üçte birinin ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi psikiyatri polikliniğinden hizmet alan 101 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada da şizofren hastaların çoğunun erkek, yarıya yakını bekar ve ilköğretim mezunu olduğu belirtilmiştir (23). Yine yapılan çeşitli çalışmalarda şizofren hastaların çoğunlukla genç ve orta yaş yetişkin olduğu, yarıdan fazlasının

**Tablo 3:** Bakım verenlerin cinsiyet ve eğitim durumu açısından T -test ve ANOVA analiz sonuçları

Katılımcıların özellikleri	Bakım Yükü Toplam	YK Fiziksel	YK Psikolojik	YK Sosyal	YK Çevre
	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	63.97±14.47	22.69±5.22	18.15±3.89	7.84±14.24	27.95±4.97
Erkek	67.18±13.40	23.45±5.99	18.72±5.25	7.91±14.29	28.02±4.72
	t=- 1.18	t=0.738	t=0.705	t=0.151	t=0.78
	p=.236	p=.462	p=.482	p=.880	p=.938
<b>Eğitim durumu</b>					
Okuryazar değil (A)	72.42±7.72	16.92±4.87	15±2.21	5.71±1.48	26.75±3.91
İlköğretim (B)	61.69±15.97	22.81±5.33	17.26±4.30	7.73±2.71	27.21±4.69
Orta öğretim (C)	64.08±14.71	22.22±4.13	18.66±3.70	7.75±2.19	26.44±5.74
Yüksek öğretim (D)	56.69±12.21	25.48±5.05	20.34±4.20	8.81±2.16	30.62±3.55
	F=2.54	F=11,0	F=8.30	F=5.71	F=6.89
	p=.001	p=.059	p=.000	p=.001	p=.000
Anlamlı Fark*	A-D	-	D-A	D-A,D-B	D-A,C-B

\*Gruplar arasındaki fark,  $p<0.05$  düzeyinde anlamlılık, A -D: okuryazar değil -yükseköğretim, D-A: yükseköğretim -okuryazar değil, D -B: yükseköğretim -ilköğretim,

**Tablo 4: Bakım verenlerin çeşitli değişkenler açısından pearson korelasyon analiz sonuçları**

	ZBYÖ Toplam	YKÖ Fiziksel	YKÖ Psikolojik	YKÖ Sosyal	YKÖ Çevre
Yaş	-,004	,340**	,231**	,125	,291**
Aylık Gelir	-,220**	,128	,052	,160	,216**
Bakım Verme Süresi	-,496**	-,360**	,003	-,074	-,090
Gün içi birlikte geçen zaman	,062	-,085	-,068	-,092	-,054

\*\*Korelasyon  $p < 0.01$  düzeyinde anlamlılık, ZBYÖ: Zarit bakım yükü ölçeği, YKÖ: Yaşam kalitesi ölçeği

bekar olduğu ve eğitim düzeyinin ilkokul mezunu veya okuryazar olduğu saptanmıştır. Görüldüğü gibi çalışmamızın bu bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir (24, 25, 26).

Şizofreni hastalarının yakınlarının %54.8'i kadındır. Bakım verenlerin yaş ortalamaları  $44.8 \pm 1.03$  yıl arasındadır. Literatürde hasta bakımında sorumluluk alan aile üyelerinde cinsiyetin değişiklik gösterdiği ve kadınların erkeklerden daha fazla sorumluluk aldıkları belirtilmektedir (27,28). Kadınların geleneksel bakım rolünün bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir. Ukpong (2012) şizofreni hastalarına bakım verenlerin %58'nin kadın olduğunu, Sharif ve arkadaşları (2012), şizofren hastaların bakımında kadınların (%63) daha fazla sorumluluk aldığını saptamıştır (29,30). Çalışma bulguları diğer çalışma sonuçları ile benzerdir.

Çalışmada araştırmaya katılan tüm katılımcıların ortalama  $8.5 \pm 0.5$  yıl bakım verdikleri, gün içinde birlikte geçirilen zamanın  $12.6 \pm 0.5$  olduğu tespit edilmiştir. Wong ve arkadaşları (2012), ailelerin %29.1'nin hasta ile 0-5 yıl, %26.9'nun 11-20 yıl hasta ile yaşadığını saptamıştır (7). Şizofreni erken

yaşlarda başlayan kronik bir hastalık olduğundan ailenin hasta ile uzun yıllar yaşaması beklendik bir sonuçtur.

Çalışmada bakım veren kişilerin %26'sı eş, %22.6'sı kardeş, %19.9'u anne olarak saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda şizofren hastaların bakım verenlerinin çoğunlukla anne olduğu (7,31), bazı çalışmalarda da bakım verenlerin anne ve baba olduğu belirlenmiştir (32,33). Shibre ve arkadaşları (2001), ise bakım veren kişilerin daha çok hastanın eşi olduğunu saptamıştır (34).

Çalışmada bakım veren aile üyelerinin hastanın bakımında (%70.5) destek olan ikinci bir kişinin olduğu saptanmıştır. 2013 yılında yapılan bir çalışmada bakım veren aile üyelerinin hastanın bakımında (%56.4) destek almadığı ve yardım edecek kimsenin olmadığı (%43.0) saptanmıştır (16). Kung (2003) hasta ile beraber yaşayan hasta yakınlarının hastanın bakımını diğer insanlar tarafından sağlanamayacağını düşündüklerini bu nedenle hastanın bakımında destek almaya ihtiyaç duymadıklarını ifade ettiklerini belirlemiştir (35). Duman (2003) şizofreni hastasına bakım verenlerin çoğunluğunun (%70) hastaları ile ilgili sorumluluklarda

**Tablo 5. Bakım verenlerin bakım yükü toplam puanlarının yaşam kalitelerine etkisine ilişkin regresyon tablosu**

Değişken	B	Standart Hata	Beta	T	p	R <sup>2</sup>	F	p
<b>YKÖ Fiziksel Sağlık</b>						.361	19.947	.000
ZBYÖ toplam puan	-1.44	.231	-.549	-2.37	.019			
<b>YKÖ Psikolojik Durum</b>						.417	15.652	.000
ZBYÖ toplam puan	-.156	.319	-.358	-2.08	.000			
<b>YKÖ Sosyal İlişkiler</b>						.133	5.385	.000
ZBYÖ toplam puan	-.047	.275	-.410	-2.45	.085			
<b>YKÖ Çevre</b>						.126	5.081	.001
ZBYÖ toplam puan	-.36	.375	-.124	-.886	.377			

$p < 0.05$  düzeyinde anlamlılık, ZBYÖ: Zarit bakım yükü ölçeği, YKÖ: Yaşam kalitesi ölçeği

**Tablo 6:** Bakım verenlerin bakım yükü alt boyutlarının yaşam kalitelerine etkisine ilişkin regresyon tablosu

Değişken	B	Standart Hata	Beta	T	p	R <sup>2</sup>	F	p
<b>YKÖ Fiziksel Sağlık</b>						.125	12.731	.000
Ruhsal gerginlik	-.136	.113	-.148	-1.20	.216			
Sinirlilik ve kısıtlanmışlık	-.070	.201	-.038	-.351	.726			
Toplumsal ilişkilerde bozulma	-.514	.252	-.231	-2.14	.043			
Ekonomik yük	-.675	.263	-.210	-2.76	.021			
Bağımlılık	-.279	.225	-.120	-1.24	.216			
<b>YKÖ Psikolojik Durum</b>						.108	8.338	.000
Ruhsal gerginlik	-.278	.209	-.172	-2.44	.016			
Sinirlilik ve kısıtlanmışlık	-.223	.200	-.127	-1.11	.267			
Toplumsal ilişkilerde bozulma	-.240	.160	-.164	-1.50	.135			
Ekonomik yük	-.481	.158	-.148	-3.68	.008			
Bağımlılık	-.202	.179	-.111	-1.13	.259			
<b>YKÖ Sosyal İlişkiler</b>						.049	4.38	.000
Ruhsal gerginlik	-.668	.125	-.133	-2.24	.021			
Sinirlilik ve kısıtlanmışlık	-.108	.127	-.101	-3.25	.396			
Toplumsal ilişkilerde bozulma	-.498	.214	-.165	-1.28	.019			
Ekonomik yük	-.075	.082	-.095	-2.91	.346			
Bağımlılık	-.223	.113	-.215	-1.23	.842			
<b>YKÖ Çevre</b>						.081	3.60	.006
Ruhsal gerginlik	-.039	.104	-.047	-1.78	.706			
Sinirlilik ve kısıtlanmışlık	-.062	.186	-.037	-.333	.740			
Toplumsal ilişkilerde bozulma	-.235	.150	-.158	-1.55	.121			
Ekonomik yük	-.720	.233	-.358	-3.08	.002			
Bağımlılık	-.250	.208	-.120	-1.25	.230			

p<0.05 düzeyinde anlamlılık, YKÖ: Yaşam Kalitesi Ölçeği

diğer aile üyelerinden destek aldıklarını belirlemiştir (36). Literatürde farklı bulgular olsa da araştırmamız Duman'ın araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Bakım verenin eğitim durumu bakım yükünü farklılaştırmaktadır. Eğitim düzeyi yüksek grup bakım yükünü diğer gruplara göre daha az algılamaktadır (p<0.05). Ayrıca, Eğitim durumunun yaşam kalitesinin psikolojik, sosyal ve çevre boyutlarını artırdığı görülmüştür (p<0.05). İlgili yazında da, düşük eğitimi olanlarda yükün daha yüksek bulunması bu bulguyu desteklemektedir (6). Literatür ile uyumlu olarak bu çalışmada da bakım verenin eğitim düzeyi arttıkça yük düzeyinin azaldığı ve yaşam kalitesinin arttığı bulunmuştur (37,38). Bu sonuç, eğitim düzeyi yüksek olan bakım verenlerin hastalık bilgisi, tedavi konusundaki destek mekanizmalarına ulaşma konularını daha iyi değerlendirebilmeleri ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Diğer taraftan bu sonuçlar, hastaların psiko eğitiminin önemini de vurguladığı düşünülmektedir. Bakım verenlerin hastalık hakkındaki bilgileri art-

tıkça; tedavi olanakları, alevlenme belirtileri daha iyi tanılanacak sağlık ekibine erken müdahale olanağı sağlayabilecektir. Dolayısıyla da bakım verenlerin yükleri azalabilecek ve yaşam kalitelerinde artış olabilecektir.

Bakım verenlerin yaşları ile yaşam kalitesinin fiziksel, psikolojik ve çevre alanlarında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kronik hastalara bakım verenlerle yapılan benzer araştırmalarda genç bakım verenlerin yaşlı bakım verenlerden daha fazla tükenme yaşadıkları ve yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu belirtilmiştir (39). Bu durumunun yaş ilerledikçe hastalığı içselleştirmenin ve kabulün daha kolay kabul edilebileceğini düşündürmüştür. Benzer şekilde bakım verme süresi uzadıkça yüklerinin arttığı ve yaşam kalitelerinin düştüğü belirtilmiştir (39, 40). Araştırmamızda da bakım verme süresinin bakım yükü toplam puanı ve yaşam kalitesi fiziksel sağlık alt boyutu arasında ters yönlü korelasyon görülmüştür (p<0.05).

Haneye giren aylık gelirden bakımı yükü toplam puanıyla negatif yönlü, yaşam kalitesi çevre boyutuyla pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Haneye giren gelir düştükçe bakım yükü artmaktadır. Birçok bakım veren, hastalarıyla ilgilenmeleri nedeniyle çalışmamakta belli bir düzeyde ekonomik sıkıntı yaşamaktadır. Haneye giren gelirin de düşük olması durumunda hissedilebilecek ekonomik yük artmakta ve algılanan bakım yükünü olumsuz etkilemektedir. Çevresel Özellikler; fiziksel güvenlik, ev çevresi, sağlık ve sosyal bakıma ulaşılabilirlik ve kalite, yeni bilgilere ve becerilere ulaşma fırsatı, fiziksel çevre (hava kirliliği, gürültü, trafik, iklim) koşullarını ifade etmektedir (41). Oktile (2004)'nin çalışmasında bireylerin ekonomik düzeyleri ile yaşam kalitesi algıları arasında olumlu bir ilişki bulunmuştur (42). Çalışmada da aylık gelir arttıkça yaşam kalitesinin çevre boyutu puanı artmıştır.

Çalışmada bakım yükü toplam ve alt boyut puanları ile yaşam kalitesi fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevre alt puanlarını olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre katılımcıların bakım yükü arttıkça yaşam kaliteleri düşmektedir. Zeng ve arkadaşları (2016) psikiyatrik bozukluğu olan 363 hastanın bakım verenleri ile yaptıkları çalışmalarında nesnel desteğin ve bakım veren yükünün yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini bildirmektedir (17). Türkiye'de bipolar bozukluk tanısı almış hastalarının bakım verenlerinde yapılan bir çalışmada, yaşam kalitesinin bakım veren yükünden olumsuz etkilendiği, yükü daha şiddetli olan bakım verenlerde, yaşam kalitesi alt alan puanları, sosyal alan dışında anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (19). Araştırma verilerimiz literatürle uyumluluk göstermektedir. Bu noktada sosyal hizmet uzmanının, bakım verenlerin yasal, sosyal, ekonomik, barınma, istihdam gibi alanlardaki ihtiyaçlarının karşılanmasında kolaylaştırıcılık bakımından ilgili kurumlarla temas kurması ve bakım verenlerin sosyal ve yasal hakları konusunda destek ve danışma hizmeti vermesinin yaşanılan bakım yükünü azaltacağı düşünülmektedir.

Urizar ve arkadaşları (2009), gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yeterli destek alamama, aile yaşamının bozulması, hastalığın gidişi gibi çeşitli etmenlerin şizofren hastaların aile üyelerinin

ruhsal yüklerini arttırarak yaşam kalitelerini bozduğunu saptamıştır (6). Perlick ve ark. (2016) bakım veren yükünün bipolar bozukluğu olan hastaların bakım verenlerinde depresyon gelişiminde güçlü bir öngörücü faktör olduğunu ve yaşam kalitesinin psikolojik boyutu dahil tüm alanlarda düşürdüğünü belirtmiştir (18). Çalışmamızda da benzer şekilde bakım yükü toplam puanı, bakım yükü ölçeğinin ruhsal gerginlik, özel yaşamın bozulması ve ekonomik yük alt boyutlarının yaşam kalitesi psikolojik durumunu olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir. Şizofreni hastalarına bakım verenlerle çalışırken sosyal hizmet uzmanlarının öncelikle aile üyelerinin duygularını anlaması, aile üyeleri ile empati kurabilmesi gereklidir. Bunun yanında sosyal hizmet uzmanlarının yalnızca ailedeki duyguları açığa çıkarması yeterli olmamaktadır, ailedeki güçlü yönleri odaklanması, güçlendirme çalışmalarına önem vermesi, sosyal destek mekanizmalarını aktive etmesi ve toplumda var olan kaynaklarla aileyi buluşturmasının da önemli olduğu düşünülmektedir.

Hastaya bakım veren kişiler ile işbirliği tedavide çok önemlidir. Hastanın psikiyatrik belirtileri ile birlikte yaşamak, ona bakım vermek, maddi ve manevi yönden desteklemek bakım veren kişileri psikolojik ve fiziksel olarak etkilemektedir (43). Bu nedenle hastaya tedavi sürecinde verilen hizmetlerin sadece hasta odaklı olamayacağı, bir sistem olarak hastaya bakım veren kişilerin gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu gereksinim doğrultusunda hizmet planlaması elzem bir durumdur. Psikiyatrik alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının bireylerin ve ailelerinin güçlendirilerek sosyal işlevselliklerinin artırılması, gereksinimlerinin belirlenmesi, psikiyatrik anlamda çalışan ekibe katkı sağlamak gibi görevleri vardır. Ayrıca sosyal hizmet uzmanları aile üyelerinin duygularını ifade etmelerine ve kaygı düzeylerinin azaltılmasına yardımcı olmaktadır (44). Uygulanacak bu mesleki müdahalelerin artması bakım verenlerin yüklerini azaltacağı düşünülmektedir. Nitekim literatürde yapılan çalışmalarda da şizofreni tanısı almış bireyin tedavisinde tıbbi müdahalelerin yanı sıra aile müdahalelerinin de önemli olduğu ve aile müdahalelerinin aile işlevselliğini, sağlık çalışanları ile işbirliğini ve dolayısıyla tedaviye uyumu artırdığı tespit edilmiştir (45).



Çalışmada yaşam kalitesi sosyal ilişkiler boyutunu bakım yükünün ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması alt boyutu ve toplumsal ilişkilerde bozulma alt boyutu olumsuz yönde etkilemektedir. Ruhsal rahatsızlığı olan bireyler ve ailelerinin maruz kaldığı damgalamaya ilişkin olarak, damgalamanın ruhsal hastalıkların tedavisinde önemli bir sorun oluşturmakta, hasta ve hasta yakınlarının sosyal yaşantılarını ve psikolojik süreçlerini olumsuz etkileyebilmekte ve böylece bu durumun onların 'yaşam kalitelerini' düşürebilmektedir (46,47). Sosyal hizmet uygulaması klinik düzeyde hastayı odak almakla birlikte, hastanın ailesi ve sosyal çevresini de odağına almakta ve bireyin sosyal çevresinin ruh hastalığı deneyimini ve ruhsal sağlık sorunlarını nasıl şekillendirdiğiyle ilgilenmektedir (48). Çevresinde içinde bireyi değerlendiren ve güçlendirme yaklaşımını kullanan sosyal hizmet uzmanları, bakım verenlerin damgalanma ve dışlanma korkularından kaynaklı kendilerini sosyal çevrelerinden soyutlamalarının ortadan kalması için çalışmalar yürütmekte, aynı zamanda sosyal çevreleri ve toplumun, hasta ve ailelerinin sosyal içermelerinin sağlanmasına katkı sağlamaya yönelik politikalar üretmektedir. Kişinin güçlü yanları ve stres kaynakları, sosyal destek ağlarının ortaya çıkarılmasına destek olunması bakım verenlerin gelişim potansiyellerini artırdığı, günlük hayatındaki ilişkilerinde ve kendisindeki psikososyal ihtiyaçlarının fark etmesine dolayısıyla da sosyal ilişkilerinde artan yaşam kalitesine katkı sağladığı düşünülmektedir.

Yaşam kalitesi çevre boyutunu etkileyen tek boyut ise ekonomik yük alt boyutudur. Diğer alt boyutla ve toplam puanla bir ilişki çıkmamıştır. Bu sonuç günümüzdeki sağlık ve sosyal hizmetlere ulaşımında imkanların artması ve araştırmanın yapıldığı yerin fiziksel çevre koşullarının (hava kirliliği, gürültü, trafik vb.) olumlu olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Çalışmanın örnekleminin 146 bakım verenden oluşması önemli bir kısıtlılıktır. Daha büyük bir örneklem daha genellenebilir sonuçlar verebilir. Çalışmaya ait diğer bir kısıtlılık ise düzenli tedavi gören hastaların bakım verenlerinin örneklemini oluşturmasıdır, düzenli bakım hastalardaki uyumu artırırken, bakım verenlerin de yaşam kalitesi puanlarını yaşam kalitesi puanlarını olumlu yönde etkilemiş olabilir. Ayrıca, araştırmamız plan-

lanırken kontrol grubunun oluşturulmamıştır. Yapılacak benzer araştırmalarda kontrol grubu dahil edilerek analiz yapılmasının literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak çalışma bakım verenlerin yaşam kalitelerini etkileyen etmenlerin incelenmesi açısından önemlidir. Araştırma sonuçlarına göre bakım yükü yaşam kalitesini anlamlı olarak etkilemektedir. Şizofreni hastaları ve ailelerinin yaşam kalitelerini artırmaya yönelik programlar geliştirilirken bakım yükü boyutunun da göz önünde bulundurulmalıdır. Bakım verenlerin yaşam kalitelerindeki değişimlerin şizofreni hastalarını da etkileyeceğinden tedavi sürecinde; ev ziyaretleri, aile psiko-eğitim programları ve aile işbirliğinin yüksek düzeyde sağlanacağı programların geliştirilmeli, hastalıkta nöks etme oranlarını azaltmak, aile işlevlerini iyileştirmek, işbirliğini ve tedaviye uyumu artırmayı hedefleyen Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri desteklenmeli ve ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının sayısı ve niteliği artırılmalıdır. Ruh sağlığı sorunuyla başa çıkmaya çalışan bireylerle birlikte aileleri de sistemik bir bakış açısıyla değerlendirilmelidir.

---

Yazışma adresi: Sosyal Hizmet Uzmanı Hakan Karaağaç, Kayseri Şehir Hastanesi, Kayseri karaagac\_68@hotmail.com

---

## KAYNAKLAR

1. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *New England Journal of Medicine* 1996;334:835-40.
2. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organisation quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, eds. *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Heidelberg: SpringerVerlag 1994:41-57.
3. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser SY, Eser E, Göker E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL- 100 ve WHOQOL-BREF. *3P Dergisi* 1999;7:3-66.
4. Saunders JC. Families living with severe mental illness: A literature review *Issues in Mental Health Nursing* 2003;24:175-198.
5. Lueboonthavatchai P, Lueboonthavatchai O. Quality of Life and Correlated Health Status and Social Support of Schizophrenic Patients Caregivers, *J Med Assoc Thai* 2006;3: 9-13
6. Urizar A, Maldonado J, Castillo C. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *Health and Quality of Life Outcomes* 2009;7:84.
7. Wong DF, Lam AY, Chan SK, Chan SF. Quality of life of caregivers with relative suffering from mental illness in Hong Kong: roles of caregiver characteristics, caregiving burdens, and satisfaction with psychiatric services. *Health and quality of life outcomes* 2012;31;10-15
8. Tel H., Terakye, G. Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikolojik eğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000;1:133-142.
9. Addington D, Bouchard RH, Goldberg J, Malla A. Clinical practice guideline treatment of schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2005;50:1-55.
10. Yıldız M. Kocaeli Üniv. tıp fakültesi psikiyatri ABD psikiyatrik rehabilitasyon birimi gündüz hastanesi uygulaması: bir ilk deneme değerlendirmesi. *Psikiyatrik Rehabilitasyon Bülteni* 2005;1:1-19.
11. Kuşçu K. Rehabilitasyon Süreci ve Bakım Vericilik : Zedeleyen mi yoksa İyileyen mi? *3P Psikiyatri Psikoloji Psikiyatrik Dergisi* 2000;8:30-34.
12. Gülseren L. Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;13:143-151.
13. Dillehay R, Sandys M. Caregivers for Alzheimer's patients: What we are learning from research. *International Journal of Aging and Human Development* 1990;30:263-85.
14. Kasaya R, Polgar-Bailey P, Takeuchi R. Caregiver burden and burnout. A guide for primary care physicians. *Postgrad Med* 2000;108:119-23
15. Cain CJ, Wicks MN. Caregiver attributes as correlates of burden in family caregivers coping with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Fam Nurs* 2000;6:46-68.
16. Yeşildağ Bayrak B. Şizofren Hastaların Aile Üyelerinin Algılanan Aile Yükünün ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi. 2013.
17. Zeng Y, Zhou Y, Lin J. Perceived burden and quality of life in chinese caregivers of people with serious mental illness: A comparison crosssectional survey. *Perspectives in psychiatric care* .2016;53:183-189
18. Perlick DA, Berk L, Kaczynski R, Gonzalez J, Link B, Dixon L, Miklowitz DJ. Caregiver burden as a predictor of depression among family and friends who provide care for persons with bipolar disorder. *Bipolar disorders* 2016;18:183-191.
19. Balaban ÖD, Küçüktüfekçi, AH, Binbay İT, Karamustafaloğlu, N. Bipolar I bozukluk hastalarının bakım verenlerinde yaşam kalitesi yük ve sosyal destekle ilişkili mi?. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2016;19:15-26.
20. Köroğlu, E. DSM-IV-TR tanı ölçütleri başvuru el kitabı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2001.
21. Özlü A, Yıldız M, Aker T. Zarit bakıcı yük ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Noropsikiyatri Arşivi* 2009;46:39-42.
22. The World Health Organization quality of life assessment (Who-Qol): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998;46:1569-85.
23. Öztürk S. Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesinin; Pozitif Belirtiler, Negatif Belirtiler, Depresyon ve İlgörü İle İlişkisi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. 2010.
24. Gümüş A. Şizofreni Hastalarının ve Yakınlarının Sağlık Eğitimi Gereksinimleri, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006;7:33-42.
25. Hou SY, Ke CL, Su YC, Lung FW, Huang CJ. Exploring the burden of the primary family caregivers of schizophrenia patients in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008;62:508-514.
26. Arslantaş H , Adana F. Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin yük algısını ve duyu dışavurumunu etkileyen etkenler, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2012;13:8-15.
27. Rammohan A, Rao K, Subbakrishna DK. Religious coping and psychological well being in carers of relatives with schizophrenia. *ACTA psychiatrica Scandinavica* 2002;105:356-362.
28. Navidian A, Bahari F. Burden experienced by family caregivers of patients with mental disorders, *Pakis J Psychol Res* 2008;23:19-28.
29. Ukpong D. Şizofreni hastalarına bakım veren nişyalılar arasında yük ve ruhsal sıkıntı: pozitif ve negatif semptomların rolü, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2012;23:40-5.
30. Sharif F, Shaygan M, Mani A. Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patient with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry* 2012;12:48.
31. Avcı A, Bayraktar N. Şizofren Hasta Ailelerinin Aile Yükünün Belirlenmesi. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı 2004 s.771- 772.
32. Aydın A, Eker SS, Cangür Ş, Sarandöl A, Kırılı S. Şizofreni hastasına bakım verenlerin külfet düzeyinin sosyo-demografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisi. *Noropsikiyatri Arşivi Dergisi* 2009;46:10-14.
33. Chien WT. The perceived burden among Chinese family

- caregivers of people with Schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing* 2005;16:1151-1161.
34. Shibre T, Negash A, Kullgren G, Kebede D, Alem A, Fekadu A, Fekadu D, Madhin G, Jacobsson L. Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2001;36:299-303.
35. Kung W. The illness, stigma, culture or immigration? Burden on Chinese-American caregivers of patients with schizophrenia. *Fam Soc* 2003;84:547-557.
36. 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.
37. Cook J, Lefley H, Pickett S et al. Age and family among parents of offspring with severe mental illness. *Am J Orthopsychiatr* 1994;64:435-47.
38. Czuchta D, McCay E. Help-Seeking for Parents of Individuals experiencing a First Episode of Schizophrenia. *Arch Psychiat Nurs* 2001;15:159-70
39. Tel H., Demirkol D., Kara S., Aydın D. KOAH'lı Hastaların Bakım Vericilerinde Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi. *Türk toraks dergisi* 2012;13:87-92
40. Takata S, Washio M, Moriwaki A, et al. Burden among caregivers of patients with chronic obstructive pulmonary disease with long-term oxygen therapy. *Int Med J* 2008;15:53-7.
41. Arıoğlu S, Beğler T, Kaan M. Yaşlılarda evde bakım ve yaşam kalitesine katkısı, *Aktüel Tıp Dergisi* 2004;9:7-17.
42. Oktile N. Huzurevinde Yaşam ve Yaşam Kalitesi, Muğla, Muğla Üniversitesi Basımevi, 2004
43. Yılmaz ED. Şizofreni ve Bipolar Afektif Bozukluk Tanısı Almış Hastalara Bakım Verenlerde Kaygı Durumu ve Mizaç-Karakter İlişkisi. Erenköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Uzmanlık Tezi. 2009.
44. Attepe Özden S. Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Ailelerinin Bakım verme Deneyimleri ve Sosyal Destek İlişkilerinin Psikiyatrik Sosyal Hizmet Temelinde İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı. Doktora Tezi, 2015.
45. Doğan O, Doğan S, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Doğan Başgeçmez F. Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: aileler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002;3:133-139.
46. Lundberg B, Hansson L, Wentz E, Björkman T. Stigma, discrimination, empowerment and social networks: A preliminary investigation of their influence on subjective quality of life in a Swedish sample, *International Journal Social Psychiatry* 2008; 54:47-55.
47. Saillard E. Ruhsal hastalara yönelik damgalamaya ilişkin psikiyatrist görüşleri ve öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010; 21:14-24.
48. Australian Association of Social Workers. Practice Standards for Mental Health Social Workers 2008 AASW.