



T. C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VEREN YAKINLARININ
DEPRESYON, TÜKENMİŞLİK VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK
DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Selin GÜLBOL
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Mustafa ARI

HATAY-2020

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

**ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VEREN YAKINLARININ
DEPRESYON, TÜKENMİŞLİK VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK
DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Selin GÜLBOL
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Mustafa ARI

TEZ ONAY SAYFASI
T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VEREN YAKINLARININ
DEPRESYON, TÜKENMİŞLİK VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK
DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI**

Dr. Selin GÜLBOL

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza).....
Prof. Dr. Yusuf ÖNLEN
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının “Tıpta Uzmanlık” derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza).....
Doç. Dr. Mustafa ARI
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza).....
Doç. Dr. Mustafa ARI
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Doç. Dr. Mustafa ARI.....
2. Prof. Dr. Lut TAMAM
3. Doç. Dr. Mehmet Hanifi KOKAÇYA.....

III. İÇİNDEKİLER

III. İÇİNDEKİLER	iii
IV. TABLOLAR LİSTESİ.....	v
V. ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
VI. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	ix
VII. TEŞEKKÜR	x
VIII. ÖZET.....	xi
IX. ABSTRACT.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Şizofreni	3
2.1.1 Tanım.....	3
2.1.2 Tarihçe.....	3
2.1.3 Epidemiyoloji	5
2.1.4 Etiyoloji	5
2.1.5 Patogenez.....	9
2.1.6 Tanı	13
2.1.7 Klinik Bulgular.....	17
2.1.8 Prognoz.....	19
2.1.9 Tedavi.....	21
2.2 Psikolojik Dayanıklılık.....	29
2.2.1 Tanım.....	29
2.2.2 Psikolojik Dayanıklılığın Bileşenleri	30
2.2.3 Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler ve Stres.....	30
2.2.4 Psikolojik Dayanıklılığın Bakımverenlerde Değerlendirilmesi.....	32
2.3 Tükenmişlik Sendromu.....	34

2.3.1 Tanım	34
2.3.2 Kuramsal Yaklaşımlar	35
2.3.3 Nedenleri.....	39
2.3.4 Belirtileri.....	41
2.3.5 Sonuçları.....	42
2.3.6 Başa Çıkma Yolları.....	43
3. GEREÇ VE YÖNTEM	46
3.1 Evren ve Örneklem.....	46
3.2 Veri Toplama Araçları.....	46
3.3 Araştırmanın Uygulanması.....	49
3.4 Araştırmanın Değişkenleri	50
3.5 Araştırmanın Takvimi	51
3.6 Verilerin Analizi.....	52
3.7 Araştırmanın Bütçesi	52
4. BULGULAR.....	53
5. TARTIŞMA	89
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	100
7. KAYNAKLAR	103
8. EKLER.....	126
9.ÖZGEÇMİŞ.....	134

IV. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Schneiderian Belirtiler.....	20
Tablo 2. Şizofreni Hastası Bir Bireyin Olduğu Ailelerde Yaşanan Sorunlar.....	34
Tablo 3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Türkiye Sağlık Personeli Normlarına Göre Tükenmişlik Alt Boyutlarının Aldıkları Değer Aralıkları.....	49
Tablo 4. Araştırmanın Takvimi	51
Tablo 5. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	54
Tablo 6. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri.....	56
Tablo 7. Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	58
Tablo 8. Katılımcıların Alışkanlıkları ve Hastalık Tanısı Alma Durumu	59
Tablo 9. Bakım Verenlerin Aynı Evde Yaşama, Evde Bakıma Muhtaç Başka Biri Yaşama ve Cinsiyet Farkı Durumu	61
Tablo 10. Bakım Verenlerin Şiddet Durumları ve Yaşam Güçlüğü.....	62
Tablo 11. Hastaların Yaş, Hastalık Başlangıç Yaşı ve Hastalık Süreleri.....	62
Tablo 12. Hastaların Alışkanlıkları, Özgeçmişleri ve Bazı Özellikleri	63
Tablo 13. Hastaların PANSS, CGI Skorları ve Hastanede Yatış Sayıları.....	64
Tablo 14. Bakım Verenlerin Ölçek Skorları	64
Tablo 15. Kontrol Grubunun Ölçek Skorları.....	64
Tablo 16. Bakım Verenlerde Beck Depresyon Envanteri'nin Değerlendirilmesi.....	65
Tablo 17. Bakım Verenlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Değerlendirilmesi.....	65

Tablo 18. Bakım Verenlerde Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin İstatistikleri.....	66
Tablo 19. Bakım Verenlerde Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Değerlendirilmesi.....	66
Tablo 20. Hastaların PANSS Skorlamasının Alt Boyutları.....	66
Tablo 21. Kontrol Grubunda Beck Depresyon Envanteri'nin Değerlendirilmesi	67
Tablo 22. Kontrol Grubunda Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Değerlendirilmesi.....	67
Tablo 23. Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri'ne Göre Değerlendirilmesi	68
Tablo 24. Katılımcıların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'ne Göre Değerlendirilmesi	68
Tablo 25. Beck Depresyon Envanteri ile Bazı Değişkenlerin Kıyaslanması.....	70
Tablo 26. Bakım Verilen Hastaların Özellikleri İle Beck Depresyon Envanteri'nin Analizi	71
Tablo 27. Bakım Verenlerde Cinsiyete Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi	72
Tablo 28. Kontrol Grubunda Cinsiyete Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi.....	72
Tablo 29. Bakım Verenlerde Medeni Duruma Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi..	73
Tablo 30. Kontrol Grubunda Medeni Duruma Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi..	74
Tablo 31. Gelir Durumuna Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi.....	74
Tablo 32. Eğitim Durumuna Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi	75
Tablo 33. Hastanın Şiddet Uygulama Durumuna Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi.....	76
Tablo 34. Alkol Kullanımına Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi	77
Tablo 35. Fiziksel Rahatsızlık Durumuna Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi	78
Tablo 36. Hasta İle Aynı Evde Yaşamaya Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi	79

Tablo 37. Hastaya Sözel Şiddet Uygulama Durumuna Göre Ölçeklerin

Değerlendirilmesi80

Tablo 38. Bakım Verenin Yaşı ve Bakım Süresi İle Ölçeklerin Korelasyonu.....81

Tablo 39. Hastanın Yaşı, Hastalığın Başlangıç Yaşı, Hastalık Süresi ile Ölçek

Korelasyonları82

Tablo 40. PANSS ve CGI Skoru ile Diğer Ölçeklerin Korelasyonları.....83

Tablo 41. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği İle Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin

Korelasyonları.....84

V. ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Katılımcıların Gruplara Göre Dağılımı.....	53
Şekil 2. Bakım Verenlerin Daha Önce Bakım Verme Deneyimi.....	60
Şekil 3. Bakım Verenlerin Hasta İle Yakınlık Derecesi.....	60
Şekil 4. PANSS-Beck Depresyon Ölçeği Korelasyon Grafiği.....	85
Şekil 5. PANSS-Kendini Adama Alt Boyutu Korelasyon Grafiği.....	85
Şekil 6. PANSS-Kontrol Alt Boyutu Korelasyon Grafiği.....	86
Şekil 7. PANSS-Meydan Okuma Alt Boyutu Korelasyon Grafiği.....	86
Şekil 8. PANSS-Duygusal Tükenme Alt Boyutu Korelasyon Grafiği.....	87
Şekil 9. PANSS-Duyarsızlaşma Alt Boyutu Korelasyon Grafiği	87
Şekil 10. PANSS-Kişisel Başarı Alt Boyutu Korelasyon Grafiği	88

VI. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

APA	American Psychological Association
BDE	Beck Depresyon Envanteri
CD	Cluster of Differentiation
CGI	Clinical Global İmpression
COX	Cyclooxygenase/Siklooksijenaz
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EPS	Ekstrapiramidal Sistem
GABA	Gama-aminobütirik Asit
HLA	Human Leucocyte Antigen
ICD	International Classification of Diseases
IL	İnterlökin
LSD	Liserjik Asit Dietilamid
HMKU	Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi
MTÖ	Maslach Tükenmişlik Ölçeği
NMDA	N-metil D-aspartat
PANSS	Positive and Negative Syndrom Scale
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSRI	Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörleri
PGE2	Prostoglandin E2
5HT	5-Hidroksi Triptamin

VII. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca klinik bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan kıymetli hocalarım, Doç. Dr. Mustafa ARI'ya, Doç. Dr. Mehmet Hanifi KOKAÇYA'ya

Gerek asistanlık sürecinde gerekse araştırma çalışmam boyunca bana destek ve özverisini esirgemeyen, değerli hocam, tez danışmanım Doç. Dr. Mustafa ARI'ya,

Uzmanlık eğitimim süresi boyunca beraber çalışmaktan keyif aldığım asistan arkadaşlarıma, psikiyatri servisinin tüm personeline,

Her zaman varlıklarını yanımda hissettiğim, evlatları olmaktan gurur duyduğum kıymetli anneme, babama; her koşulda yanımda olup benden desteğini ve sevgisini esirgemeyen biricik ablama teşekkür ederim.

Dr. Selin GÜLBOL

Hatay / 2020

VIII. ÖZET

ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VEREN YAKINLARININ DEPRESYON, TÜKENMİŞLİK VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI

Amaç: Şizofreni hastalarına bakım verenlerde en sık görülen psikiyatrik bozukluklar arasında Tükenmişlik Sendromu ve Majör Depresif Bozukluk sayılabilir. Bu çalışma ile Hatay’da bir üniversite hastanesine başvuran şizofreni hasta bakım verenlerinin depresyon, psikolojik dayanıklılık ve tükenmişlik düzeylerini saptamak ve çeşitli sosyodemografik değişkenler ile ilişkisini araştırmak ve bu değişkenleri kontrol grubu ile karşılaştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel nitelikteki bu çalışma 2019 yılında Hatay’da yaşayan 18 yaş üzeri şizofreni hastalarının bakım verenlerinde ve kontrol grubunda yapıldı. Çalışmaya Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi (HMKU) Psikiyatri polikliniğine başvuran ve dahil edilme kriterlerini sağlayan DSM-5’e göre şizofreni tanısı almış tüm hastaların bakım veren 80 kişi ve sağlıklı gönüllülerden oluşan 80 kişi kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edildi. Katılımcılara uygulanacak anket araştırmacılar tarafından yapılandırılmış olup, Sosyodemografik veriler (bakım veren, hasta ve kontrol grubu olmak üzere), Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği bölümlerinden oluşan anket uygulanarak, depresyon düzeyi, psikolojik dayanıklılık ve tükenmişlik düzeyi değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde Mann Whitney-U, Kruskal Wallis ve Spearman Korelasyon testleri kullanıldı ve $p<0,05$ önemli kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların Pozitif ve Negatif Semptom Skala (PANNS) skoru ortalaması $100,45\pm31,43$, Klinik Global İzlem (CGI) skoru ortalaması $5,74\pm0,61$ idi. Çalışmamızda bakım verenlerde Maslach Tükenmişlik Ölçeği skoru ortalaması $60,56\pm9,67$, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği skoru ortalaması $45,83\pm10,85$,

Beck Depresyon Envanteri skoru ortalaması ise $14,60 \pm 7,54$ olarak bulundu. Kontrol grubunda ise, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği skoru ortalaması $48,09 \pm 11,23$, Beck Depresyon Envanteri skoru ortalaması ise $11,19 \pm 7,10$ olarak bulundu Bakım verenin ek fiziksel rahatsızlığı olması, hasta ile aynı evde yaşama, hastaya sözel şiddet uygulama, bakım veren yaşı, bakım ve hastalık süresi, hastanede yatış sayısı, PANSS ve CGI ile ölçek skorları arasında anlamlı ilişki bulundu ($p < 0,05$).

Sonuçlar: Şizofreni hastalarına bakım verenlerde kontrol grubuna göre depresyon ve tükenmişlik düzeyi daha fazla, psikolojik dayanıklılık düzeyleri daha az olarak bulunmuştur. Bu durum bazı sosyodemografik ve klinik bulgularla ilişkilidir ve yaygınlığının saptanıp gerekli müdahalelerin yapılmaması hem hastalar açısından hem de bakım verenler açısından önemli sonuçlar doğuracaktır.

Anahtar Kelimeler: Psikolojik Dayanıklılık, Şizofreni, Tükenmişlik, Depresyon

IX. ABSTRACT

DETERMINATION OF DEPRESSION, BURNABILITY AND PSYCHOLOGICAL RESISTANCE LEVELS OF THE CARE OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS

Aim: The most common psychologic disorders among people taking care of schizophrenia patients are Burnout Syndrome and Major Depressive Disorder. The aim of this study was to determine the depression, psychological resilience and burnout levels of schizophrenic caregivers who applied to a university hospital in Hatay and to search their relationship with various sociodemographic variables and to compare these variables with the control group.

Methods: This cross-sectional study is performed in 2019 on caregivers of schizophrenia patients, above 18 years, who lives in Hatay. According to DSM-5, who applied to the psychiatry outpatient clinic of Hatay Mustafa Kemal University Hospital (HMKU) and included the criteria for inclusion, 80 people, consisting of 80 volunteers and healthy volunteers, were included in the study. The survey performed on participants is structured by researchers and consists of Sociodemographic datas (of patient, nurser and control group), Maslach Burnout Scale, Beck Depression Inventory and Psychological Hardiness Scale. With these data we evaluated psychological resilience, depression and burnout level. Mann Whitney U test Kruskal Wallis and Sperman Correlation Test are used and $p < 0,05$.

Results: PANSS score mean is $100,45 \pm 31,43$, CGI score mean is $5,74 \pm 0,61$ of participants. In study, Maslach Burnout Scale score is $60,56 \pm 9,67$, Psychological Hardiness Scale score is $45,83 \pm 10,85$, Beck Depression Inventory score is $14,60 \pm 7,54$ in caregivers. In control group Psychological Hardiness Scale score is $48,09 \pm 11,23$, Beck Depression Inventory score is $11,19 \pm 7,10$. A meaningful relationship found between scales scores and PANSS, CGI, pyhsical comorbidity of caregivers, living with patient at the same house, verbal violence, age of caregivers, duration of illness and nursing, duration of hospital stay ($p < 0,05$).

Conclusion: Depression and burnout levels were found to be higher and psychological resilience levels were lower in the caregivers of schizophrenia patients than the control group. This situation is associated with some sociodemographic and

clinical findings. If the prevalence is not determined and the required intervention is not done, important consequences will develop both for the patients and the caregivers.

Key words: Psychological Resilience, Schizophrenia, Burnout, Depression



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni hem kişiyi hem de hastanın bakımını sağlayan yakınlarını da ilgilendiren, ciddi yeti yitimine neden olan kronik bir rahatsızlıktır. Dünya Ruh Sağlığı Federasyonu (World Federation of Mental Health) kronik hastalara bakım verenlerin karşılaştığı zorlukları evrensel bir sorun olarak ele almış ve hastaların bakımının sürekli enerji, bilgi, eş duyum gerektirdiğini bununla beraber günlük yaşamı çok etkilediğini belirtmiştir (1). Bakıma ya da yardıma gereksinimi olan kişilere, duygusal, fiziksel, psikolojik ya da ekonomik yardımda bulunan kimselere bakım veren denir. Birçok ülkede olduğu gibi bizim ülkemizde de en çok bakım verenler aile yakınlarıdır (2).

Stresli olaylarla karşılaşmalarına rağmen, ruhsal bütünlüğünü koruyabilen insanlar ilk kez Kobasa tarafından ‘Psikolojik Dayanıklılık’ özelliği ile tanımlanmışlardır. Amerika’ da yapılan bir çalışmanın sonucu değerlendirildiğinde, aşırı stresli fakat düşük hastalık puanı alan kişilerin, tamamen işlerine odaklandıkları, zorlukları tehdit değil de sınav olarak olarak gördükleri, hayatlarındaki olayları kontrol altında tutabildikleri anlaşılmıştır (3).

Psikolojik dayanıklılığı etkileyen etmenler hasta ile ilgili olabileceği gibi hasta yakınının bizzat kendisi ile ilgili de olabilir. Dünya Ruh Sağlığı Federasyonu dünyadaki bakıcıların %80’ inin kadın olduğunu tahmin etmektedir. Çalışmalar bakım veren kadınların böyle bir sorumluluğu olmayanlara göre altı kat daha fazla depresyon ve anksiyete bozukluğu yaşadıklarını göstermiştir (1, 4). Psikolojik dayanıklılık kavramı, birbirleri ile ilişkili olan bağlanma, kontrol ve meydan okuma karakter özellikleri olarak ortaya çıkmaktadır. Bu özellikler stresli koşullarda potansiyel sorunları fırsatlara dönüştürecek cesaret ve motivasyonu sağlar (5). Bir şizofreni hastasına bakım vermek, sağlığını izlemek ve iyileşmesine yardımcı olmak bakım verenlere sorumluluk yüklemekte ve yaşamlarında değişikliklere neden olmaktadır. Herhangi bir şizofreni hastası ile yaşamak ve bakım vermek stresli bir deneyimdir. Bu

yüzden şizofreni hastalarına bakım ve psikolojik çalışmaları inceleyen çalışmalara gereksinim vardır (6).

Türkiye’de psikolojik dayanıklılık kavramı pek çok şekilde tanımlanmakta ve bu kavramla ilgili farklı isimlendirmeler görülmektedir. ‘Resilince’ ve ‘Hardliness’ terimlerinin karşılığı psikolojik dayanıklılık olarak isimlendirilmiştir. ‘Hardiness’ stresi azaltan ve problemlerle başa çıkma özelliğini destekleyen bir kişilik özelliğidir. ‘Resilience’ kişinin bir takım risklere maruz kaldıktan sonra, koruyucu faktörlerle riskli durumların negatif etkilerine iyi uyum sağlaması olarak düşünülmüştür (7).

Bakım verilen şizofreni hastasının işlevselliği ve genel durumu da bakıcı yükünü etkileyebilmektedir. Şizofreninin prognozunun değerlendirilmesinde; semptomların ile işlevselliğin aynı şey olmadığı ve işlevselliğin ayrıca bir kavram olarak incelenmesi gerektiği görüşü günümüzde kabul görmektedir. Şizofreni tanılı bireyin işlevselliğinin artırılması ile aile yükünün ilişkisini araştıran çalışmalar artan hasta işlevselliğinin bakıcı yükünü azalttığını göstermiştir (8).

Bu çalışmada şizofrenili tanılı bireylerin bakım verenlerinin depresyon, psikolojik dayanıklılık, tükenmişlik düzeyleri ve bunların sosyodemografik özelliklerle ilişkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Şizofreni

2.1.1 Tanım

Şizofreni toplumun % 1 oranında görülen, tanımı gereği en az altı ay süren, sanrı, halüsinasyon, dezorganize konuşma ve davranış gibi pozitif belirtiler; duygusal tepkilerde küntleşme, duygusal içe çekilme, azalmış duygusal ifade zayıf sosyal etkileşim, düşünce içeriğinde fakirleşme ve konuşma miktarında azalma gibi negatif (silik) belirtiler; dikkatte, bellekte, yürütücü işlevlerde bozulma gibi bilişsel belirtilerle giden; duygu, düşünce, algılama ve davranışı etkileyen; farklı klinik şekillerde ortaya çıkabilen bir ruh sağlığı sorunudur (9, 10).

2.1.2 Tarihçe

Roma Dönemi'nde akıl hastalığı 'delirium' olarak tanımlanmıştır. M.S. birinci yüzyılda Kapadokyalı hekim Aretaeus'un ve M.S. ikinci yüzyılda hekim soranus'un yazılı tabletlerinde bugün şizofreni olarak tanı koyulabilecek vakalar anlatılmıştır. Romalı hekim Galen, tıp ve ruhbilim arasındaki ilişkiyi en iyi tanımlayan hekimdir (11).

Ortaçağda şizofreni hastalarının lanetlenmiş olduğuna inanılmış ve hastalar işkencelere maruz kalmış, diri diri yakılmışlardır. Selçuklu ve Osmanlı dönemlerinde Anadolu' da kurulan bimarhanelerde ruh hastalarına tedavi ve bakımı sağlanmaktaydı (12).

Thomas Willis' in, 1672 yılında, çocukluklarında parlak bir zeka ve berrak bir zihin gösteren bazı gençlerin, ergenlik döneminde içe kapanma gibi belirtiler gösterdiğini tanımladığı yazısı dikkate alınmazsa, şizofrenin tanı, tedavi ve araştırma süreçlerine ilişkin ilk adımların on sekizinci yüzyılda atılmaya başlandığı belirtilebilir. Bu yıllar, Fransa' da Philippe Pinel'in 1793 yılında ruh hastalarının zincirlerini çözerek modern psikiyatrinin başlangıcını oluşturmuştur (13). Morel, 1856 'da

yazdığı, ‘Traite Des Maladies Mentales’ kitabında ‘Demence Precoce’ kavramını ilk kullanan hekimdir. Morel bu eserinde 14 yaşında bir erkek hastasındaki bilişsel yıkımı incelikleriyle anlatmıştır (14).

Modern anlamda hastalığın tanımını ilk yapan Kraepelin olarak kabul edilmektedir. Alman bir psikiyatrist olan Emil Kraepelin 1899’da, o güne kadar dementia praecox, hebefreni ve katatoni adları altında ayrı ayrı ele alınmış sendromların, erken yaşta başlama ve bilişsel-duygusal yıkımla sonuçlanan, aslında tek bir hastalıkla karşı karşıya olduğunu, bu hastalığın büyük olasılıkla anatomik bir patolojiye bağlı olduğunu, klinik özellikleri bakımından ‘Demans Praecox’ adı altında birleştirilmesi gerektiğini savunmuştur. (15, 16). Kraepelin, sadece sistemli şekilde hezeyanları olan ve sonunda yıkımı olmayan hasta grubunu ise ‘paranoia’ olarak adlandırmıştır. Diğer bir grup hastayı da ataklarla seyreden ve aralarda işlevselliği normale dönen bu grubu da ‘manik depresif psikoz’ olarak tanımlamıştır (17, 18).

İsviçre’li ruh hekimi olan Eugen Bleuler ise 1911’de yayınladığı ‘Dementia Praecox ve Şizofreniler Grubu’ adlı kitabında bu hastalığın erken yaşta başlama ve bunama ile sonuçlanmasının şart olmadığına dikkat çekmiştir. Bleuler ‘Dementia Praecox’ teriminin ‘Şizofreni grubu hastalıklar’ adı ile değiştirilmesi gerektiğini öne sürmüştür. Bleuler için, en önemli belirti, düşüncenin yapılanması ve belirtilmesindeki ayrışma olmuştur. Bunu çağrışımların bozulması olarak yorumlamıştır. Çağrışımlardaki bu yarılmının bozukluğun en patognomik vurgusu olduğuna dikkat çekmek için, bu ruhsal bozukluğa ‘zihin yarılmaları’ anlamına gelen ‘şizofreni’ adını vermiştir. Bleuler assosiasyon bozukluğu ile birlikte; ambivalans, affekte sığlaşma, otizm belirtilerini de temel belirti olarak belirtmiştir. (19, 20). 1930’lara gelindiğinde ise, Kurt Schneider şizofreni için özgül olduğunu öne süren ‘birinci sıra belirtileri’ tanımlamıştır. Bunlar düşünce çalınması, düşünce sokulması, düşünce yayınlanması, kişinin kendisi ile ilgili konuşan ve yorum yapan sesler, düşüncenin, hareketin ve eylemin dış güçler tarafından etkilenmesi gibi bir takım hezeyan ve varsanılardan oluşmaktadır (19).

Dünya Sağlık Örgütü, ruhsal hastalıklara ilk defa 1948 yılında yayımlanan ‘Uluslararası Hastalık, Yaralanma ve Ölüm Nedenleri El Kitabı’ nda yer vermiş ve psikotik hastalıklar değerlendirilmiştir (21). Günümüzde son olarak ICD

(International Classification of Diseases, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması) 10 ve DSM (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırılması) 5 sınıflandırmasında yerini almıştır (22).

2.1.3 Epidemiyoloji

Farklı ülkelerde yapılan prevalans araştırmalarının sonuçlarını derleyen sistematik bir gözden geçirme şizofreni için nokta yaygınlığını 4,6/1000 kişi olarak bulmuştur. Yaşam boyu hastalanma riskini ise % 0,7 olarak bildirmiştir (23). Türkiye’de yapılan kesitsel çalışmalarda saptanan şizofreni yaygınlık ortalaması ise 8,9/1000 kişidir. Ülkemizde yaklaşık olarak 480.000 şizofreni tanılı birey olduğu düşünülmektedir (24).

Şizofreni için ortalama başlangıç yaşı 18-45 arasındadır. Kadınlarda erkeklere göre daha geç başlamaktadır. Erkeklerde başlangıç yaşı ortalama 19 iken kadınlarda 23 yaş civarı kabul edilmektedir (25, 26). Hastaların yaklaşık %20’sinde başlama yaşı 40 yaş civarı iken, %5’inde 60’ lı yaşlarda görülebilmektedir (27).

Yeni yapılan epidemiyolojik araştırmalarda, şizofreni yaygınlığı için erkek /kadın oranının 1,4/1 olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde şizofreni erkeklerde kadınlara göre daha yaygın ve daha siktir: erkek/kadın oranı 1.5/1’dir (28, 29). Sosyoekonomik açıdan prevelanslara bakıldığında; sosyoekonomik durumu düşük olanlarda beş kat fazla görüldüğü belirtilmektedir (30, 31). Şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar genellikle bireylerin bir ilişki kurmaya başladığı dönemde ortaya çıkmaktadır. Belirtilerin ve tedavi süreçlerinin getirdiği zorluklar kişilerin ilişkilerini sürdürmesini ve yeni ilişki kurmasını zorlaştırmaktadır. Genel topluma göre şizofreni hastaları arasında bekar ve boşanmış olma ihtimali daha yüksektir (32).

2.1.4 Etiyoloji

Şizofreninin multifaktöryel bir hastalık olduğu görüşü giderek yaygınlaşmaktadır. Son yıllarda özellikle gen ve çevre etkileşimi üzerinde durulmaktadır (33). Bu görüşe göre kişilerin şizofreni için genetik bir zemini olabilir, fakat bu yatkınlığa başka etkenler katılmadıkça şizofreni meydana gelmemektedir. Mutasyon oluşumuna ya da gen ekspresyonunda değişikliğe neden olan doğum

komplasyonları, beslenme gibi biyolojik ve daha az oranda ruhsal faktörleri içeren dış etkenler hastalığın oluşmasından sorumlu tutulmaktadır (34).

2.1.4.1 Genetik

Şizofrenide genetik yatkınlığın önemli bir rolü olduğu gösterilmiştir. Bu durumu ispatlayan kanıtlar aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarından elde edilmiştir. Ailedeki şizofreni birey sayısı ve yakınlık derecesi arttıkça hastalanma olasılığı da artmaktadır. Normal toplumda hastalık sıklığı %1 civarında iken, yapılan çalışmalara göre anne ya da babadan birinin şizofreni hastası olması durumunda risk %13'e, anne ve babanın ikisinin birden şizofreni hastası olması durumunda ise risk %46'ya ulaşmaktadır (35).

Monozigot ikizlerde eş zamanlı hastalık sıklığı %40- 50 arasında bildirilirken genlerinin 1/2 'si aynı olan dizigot ikizlerde eş zamanlı hastalık sıklığı %10- 15 arasında bildirilmiştir (36).

Şizofreni genetiği ile ilgili yapılan çalışmalar sonunda hastalıkla ilişkili çok sayıda gen bulunmuştur. Şizofreni gelişim risklerini değerlendirmek için yapılan genetik araştırmalar bağlantı (linkage) ve ilişkilendirme (assosiyasyon) araştırmalarıdır. Bağlantı araştırmalarında birden fazla üyesi şizofren hastası olan ailelerde hastalıkla ilişkili olabilecek genetik markerların bulunması amaçlanmaktadır. Yapılan analizler sonucu birçok kromozomda şizofreni ile ilişkilendirilen gen bölgeleri bulunmuştur. Bunlardan en önemlileri 22q11- 12, 8p21- 22, 6p 24-22 olarak kabul edilmektedir (37, 38). Etiyoloji ve şizofreni tedavisinin ana hipotezleri ile ilgili kayda değer birliktelikler arasında DRD2 (tüm etkili antipsikotik ilaçların hedefi) ve glutamaterjik nörotransmisyon ve sinaptik plastisitesine katılan birçok gen (örneğin, GRM3, GRIN2A, SRR, GRIA1) bulunur.

Ek olarak, CACNAC, CACNB2 ve CACNA1I'deki ilişkilendirmeler voltaj kapılı kalsiyum kanalı alt birimlerini kodlayan, şizofreni ve diğer psikiyatrik bozukluklar bu protein ailesinin üyelerini gösteren önceki bulguları genişletir (39).

2.1.4.2 Çevresel Etkenler

Çevresel etkenler gebe kalma, gebelik, doğum ve gelişim süresince karşılaşılan fiziksel, biyolojik ve psikososyal faktörleri kapsamaktadır. Yapılan çalışmalar ebeveynlerin sosyoekonomik koşullarının sonraki kuşağın ruhsal sorunlarına etki ettiğini öne sürmektedir. Yakın zamanlı bir çalışmada ebeveynlerin düşük düşük sosyoekonomik koşulları ile şizofreni arasında neredeyse ailede şizofreni öyküsü kadar kuvvetli bir ilişki bulunduğunu ve en düşük sosyokültürel düzeyde riskin 8 kat daha yüksek olduğunu öne sürmüştür (17, 18).

Son yıllarda yapılan çalışmalar şehirde doğmanın/büyümenin şizofreni için gerçek bir çevresel risk etmeni olduğunu, şehirde doğan/büyüyen kişiler için şizofreni riskinin 2 ila 4 kat arttığını göstermektedir (39, 40). Avrupa’ da yapılan bazı çalışmalarda da şizofreni riskinin göçmenlerde 2-13 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (41).

Kişinin içinde bulunduğu toplumda maruz kaldığı sosyal eşitsizlikler ile şizofreni arasında güçlü bir ilişki bulunduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır. Bu eşitsizlikler kişinin eğitim düzeyi, aylık geliri ve sınıfsal konumuyla ilgili olabilir. Diğer yandan kişi günlük hayatında cinsel yönelimi, işitme sorunları ve dış görünüşü nedeni ile ayrımcılığı yaşayabilir (42).

Yapılan araştırmalar haftada en az 3-4 kez esrar kullananlarda şizofreni ve benzeri psikotik bozukluk riskini 4 kat arttırdığını öne sürmüştür. Alkol kötüye kullanımı, özellikle de erken başlangıçlı kullanımı şizofreni riskini 2-3 kat arttırmaktadır (43, 44).

2.1.4.3 Perinatal Komplikasyonlar

Yapılan çalışmalarda anne karnındaki ortamın özellikleri şizofreni açısından risk faktörü oluşturabilmektedir. Bu dönemde risk etkenlerinin temel olarak sinir hücresinin oluşumunu, sinir hücresinin göçünü, sinaptik budanmayı ve myelinizasyonu etkilediği düşünülebilir (45). Kanama, diyabet, Rh uyuşmazlığı, preeklampsi gibi gebelik komplikasyonları, baş çevresinin kısa olması, konjenital malformasyonlar gibi fetal gelişim bozuklukları ve son olarak doğum komplikasyonları (uterus atonisi, asfiksi, acil sezaryen uygulanması gibi) etkenlerin

şizofreni ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (46). Ayrıca annede gebelik esnasında sitomegalo virüs, influenza, herpes simpleks 2 virüsü ve toksoplazma gondi enfeksiyonunun geçirilmesi, annedeki beslenme yetersizliklerinin, vitamin eksikliklerinin, diyabet hastalığının ve sigara kullanımının çocukta şizofreni olasılığını arttırdığı belirtilmiştir (47).

Baba yaşının ileri oluşu bazı araştırmacılar tarafından risk faktörleri arasında gösterilmiştir ve bunun üreme hücrelerinde meydana gelen “de novo” mutasyonlarla bağlantılı olduğu öne sürülmüştür (48).

Gebelik esnasında annenin yaşadığı stresli yaşam olayları ile çocukta şizofreni riski gelişmesi arasında ilişki olduğuna dair çalışmalar vardır. Örneğin gebelikte ani eş kaybı ile çocukta hastalık gelişme arasında ilişki saptayan yakın zamanlı araştırmalar bulunmaktadır (49). Doğum sırasında asfiksi öyküsünün şizofreni riskini artırdığı, doğum sırasında Apgar skorunun 0-3 arasında olmasının ise özellikle negatif belirtilerin belirgin olduğu şizofreni ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (50, 51).

Obstetrik komplikasyon öyküsü olan hastalarda hastalık başlangıç yaşı daha erken olmakta; komplikasyon miktarı arttıkça bu yaş daha da erkene kaymaktadır (52). Düşük doğum ağırlığı ve şizofreni arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalarda çelişkili sonuçlar görülmektedir (53).

Anne karnında viral ve bakteriyel enfeksiyonlara maruz kalmanın bu enfeksiyonlara cevap olarak oluşan sitokinlerin salınımı ve ateş oluşumu ile beyin gelişimini etkilediği ve şizofreni patofizyolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir (53).

2.1.4.4 Doğum Mevsimi

Yapılan çalışmalar göstermiştir ki; şizofreni tanısı almış kişiler daha çok kış veya ilkbahar mevsiminde doğmuşlardır (34). Bunun nedeni olarak ise bu mevsimlere özgü hava şartları, viral-bakteriyel ajanlar, mevsime bağlı annede stresin atması, coğrafi farklılık, D vitamini eksikliği ve doğumdan sonra bebeğin gelişimini etkileyen etmenler suçlanmıştır (54).

2.1.4.5 Sosyal Etkenler

Sosyoekonomik düzeyin düşük olmasının stresli yaşam olayları, doğum öncesi bakımın yeterli olmaması, bakım verenlere ve bakım ortamına ilişkin sorunlar, temel güven duygusuna dair sorunlar ve istismar ile şizofreniye yatkınlık oluşturduğu ileri sürülmüştür (56). Stres yatkınlık kuramı şizofreni için nörodinamik bir modeldir olmakla birlikte özel bir eğilimi bulunan kişinin stresli bir çevresel etkiyle karşılaşması sonucu hastalık semptomları ortaya çıkmaktadır (55). Yatkınlığın ya da stresin biyolojik veya çevresel olabileceği ya da ikisinin beraber bulunabileceği; biyolojik temelin psikososyal stres, travma ve madde kötüye kullanımı gibi epigenetik faktörlerle de şekillenebileceği öne sürülmektedir (56, 57). Şizofreniye özgü bir yaşam olayı tariflenememekte ancak hastalığın tekrarlamasından önceki sürelerde ve akut belirtilerinin başlamasından önce bireyin karşılaştığı travmatik yaşam olaylarının varlığından bahsedilmektedir (58).

Okul çağındaki çocukların yeni sosyal ortamda deneyimlenen zorbalık, dışlanma, eşitsizlikler önemli stres etkenidir. Bu faktörler şizofreni gelişme riskini 2-3 kat arttırmaktadır (59). Ülkemizde şizofreni yaygınlığı ve şizofreniye bağlı yatışlar kentlerde iki kat daha çoktur. Bu farklılık, kente ait özelliklerin (sosyal izolasyon, yüksek rekabet) doğrudan şizofreniye yol açması ya da yatkınlığı olan kişilerin işlevsellikte bozulma nedeni ile kentlerde birikmesi ya da kent gelişimi arttıkça psikiyatrik hastalık açısından daha yüksek risk taşıyan kitlenin geriye kalması şeklinde açıklanmıştır (60).

2.1.5 Patogenez

2.1.5.1 Nörotransmitter Sistemleri

Dopamin: Antipsikotik ilaçların şizofreni semptomlarında etkili olması dopaminin şizofreni semptomlarından sorumlu madde olduğunu düşündürmüştür. Yapılan araştırmalarda şizofreni hastalarının serum, idrar ve beyin omurilik sıvısında dopamin metabolitleri hasta olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Esrar, kokain, amfetamin gibi maddelerde beyindeki dopamini arttırarak şizofreni belirtilerine yol açmaktadır. Dopamin bir monoamin nörotransmittedir. Önce, DOPA, tirozinden tirozin hidroksilaz enzimi ile sentezlenir; DOPA'dan da dekarboksilaz enzimiyle dopamin açığa çıkar (61). Şizofreni hastalarında beyin korteksinde dopamin

azalmasından, subkortekste ise dopamin artışından söz edilmektedir (31). Pozitif belirtilerden ventral tegmental alanlardan limbik sisteme giden mezolimbik bağlantıdaki dopamin artışı, silik ve bilişsel belirtilerden ise ventral tegmental alandan prefrontal kortekse uzanan mezokortikal yolaktaki dopamin yetersizliği üzerinde durulmuştur (31, 34, 61). Dört önemli yolakta dopamin aktiftir (61).

- **Nigrostriatal yolak;** bu yolağın hücre gövdeleri substantia nigra, aksonları ise corpus striatum ve bazal ganglionlarda bulunmaktadır. Ekstrapiramidal sistemin bir parçası olup motor hareketler için önemlidir. Dopamin 2 reseptörlerinin antipsikotik ilaçlar tarafından bu yolakta bloke edilmesi ekstrapiramidal sistem yan etkilerine yol açmaktadır (62).
- **Mezolimbik yolak;** ventral tegmental alanda bulunan bu yolağın, hücre aksonları zevk verici duyu, öfori, sanrı ve halüsinasyon dahil pek çok davranışla ilgili olan limbik sistemin bileşenlerinden olan nukleus akumbense kadar uzanır (62).
- **Mezokortikal yolak;** ventral tegmentumdan başlayarak limbik kortekse uzanır ve bu yolakta azalmış dopamin aktivitesi, şizofrenideki kognitif ve affektif belirtileri üzerinde etkilidir.
- **Tuberoinfundibuler yolak;** hipotalamusta arkuat nükleus ve paraventriküler alanda ise tuberoinfundibuler yolağın hücre aksonları vardır; bu yolağın sonucunda prolaktin salınımı inhibe olmaktadır. Bu sebeple de, bazı antipsikotik ilaçların prolaktin artışına yol açarak galaktore, amenore ve cinsel fonksiyonlarda bozulma gibi etkilerin ortaya çıkmasına neden olur.

Son yolak ise ventral mezensefalon, hipotalamik nükleuslar, periaquaduktal gri cevher gibi pek çok alandan başlayarak talamusa uzanır, ancak işlevi tam olarak aydınlatılmamıştır (31, 34, 63).

Serotonin: Triptofan hidroksilaz enzimi ile triptofan aminoasidinden oluşur, merkezi sinir sisteminde ise beyin sapındaki rafe çekirdeğinden sentezlenir. Şizofrenide serotonin rolü olabileceği, serotonerjik etkinliği ile tanınan LSD (liserjik asit dietilamid)' nin halüsinojenik etkileri sonucu düşünülmüştür ve bu düşünce klozapin gibi ikinci nesil antipsikotiklerin tedavide sıkça kullanılmaya başlanması ile

pekişmiştir. Post mortem çalışmalarda, beyin omurilik sıvısı incelenmiş 5-HT (5-hidroksitriptamin) ve 5-HT 2A taşıyıcı yoğunluğunda azalma, 5-HT 1A reseptöründe artış görülmüştür (64). Beyinde serotonerjik ve dopaminerjik sistemler anatomik ve fonksiyonel olarak yakın ilişki içerisindeyler. Serotonerjik sistemin dopaminerjik sistem üzerinde baskılayıcı rolü bulunmaktadır (65). Atipik antipsikotik ilaçların hem serotonin hem de dopamin üzerine antagonistik etkilerinin olması ve bu ilaçlarla yapılan şizofreni tedavisinin yalnızca dopamin 2 reseptörleri üzerinden etki eden tipik antipsikotik ilaçlardan üstün olması sonucunda serotonin önemi üzerinde daha çok durulmuştur (34).

Ventral tegmental alandaki serotonerjik tonusun artması, glutamaterjik sistem gibi diğer nörotransmitter sistemlerin dopamin hücreleri üzerindeki inhibitör etkilerinden koruyarak, şizofrenideki negatif semptomlarda düzelme sağlayabilir (34).

Glutamat: tüm nörotransmitter sistemleriyle ilişkili olan ve merkezi sinir sisteminde önemi yer tutan glutamaterjik sistem, neredeyse tüm sinir hücrelerini uyarabilir. Glutamaterjik sistem kortikal piramidal nöronlar üzerinden, ventral tegmental alan ve substantiya nigra dopamin sistemini, rafe çekirdeğinde serotonin sistemini ve lokus seruleusta noradrenalin sistemini kontrol eder (66).

Postmortem çalışmalarda, şizofreni hastalarında frontal kortikal alanlarda glutamat reseptörlerinde artış, prefrontal ve hipokampal bölgelerde glutamat etkinliğinde azalma, hipokampus ve talamusta NMDA (N-metil-d-aspartat) reseptör alt birimlerinde azalma dikkati çekmiştir (67).

Gama-aminobütirik Asit (GABA): GABA, glutamattan glutamik asit dekarboksilaz enzimi ile sentezlenen, beyindeki asıl inhibitör nörotransmitter maddedir. Şizofreni hastalarında, postmortem çalışmalarda, neokortikal bağlantılarda GABA iletimi ile bozukluklar gözlenmiş olup, en tutarlı bulgulardan birisi olarak GAD67 (GABA izoformu) mRNA ifadesinde azalma gösterilmiştir (68).

Noradrenalin: Noradrenalinin diğer nörotransmitter sistemleriyle birlikte hastalığın patolojisinde önemli olduğu düşünülmektedir. Özellikle sanrısız belirtilerin

belirgin olduğu hastalarda noradrenalin düzeyinin beyin omurilik sıvısında yüksek olduğu görülmüştür (34, 62).

2.1.5.2 Nörodejeneratif ve Nörogelişimsel Varsayım

Bu hipoteze göre etiyolojik faktörler semptomların başlamasından çok önce olağan nöronal gelişimi etkilemekte ve belirli nöronlar ve/veya nöronal devrelerin zarar görmesi sonucu şizofreni ortaya çıkmaktadır (56). Gebeliğin 3-6 ayları arasında, genç sinir hücreleri ventrikül duvarından korteksi oluşturacak tabakaya doğru hareket etmeye başlar. Her nöron tabakası kendinden öncekini geçerek, çeşitli katmanlar oluşturur. Bu katmanlardaki sinir hücreleri birbirleriyle sinaptik bağlantı geliştirirler ve sinir devrelerini oluştururlar. Şizofrenide özellikle prefrontal korteksin oluşumu sırasında hücrelerin göçünde yetersizlik olmaktadır. Post mortem çalışmalarda, bu hastalarda nöron yoğunluğunun derin kortikal yapılarda fazla olup, yüzeye doğru sayı ve hacim olarak azaldığı görülmüştür (69).

Nörogelişimsel süreçteki anormalliklerin belli bir gizli dönemden sonra, ergenlikte ya da genç erişkinlikte dopamine karşı aşırı duyarlılık gelişmesi, prefrontal kortekste yeterli olmayan dopamin işlevinin subkortikal dopamin aktivasyonunu arttırması gibi patolojik sürecü başlatarak şizofreninin ortaya çıkmasına yol açabileceği düşünülmektedir (34, 56). Şizofreninin beynin gelişimsel bozukluğuna bağlı olduğu hipotezi, son yıllarda yapılan ‘parvalbumin2’ çalışmaları ile güçlenmektedir. Şizofreni tanılı bireylerde parvalbumin seviyesinde azalmalar görülmüştür (69). Antioksidan mekanizmaların eksikliği ve membran metabolizma bozukluklarının da sinir hücresi yıkımında önemli olduğu düşünülmektedir (56).

2.1.5.3 Şizofreni ve İnflamasyon

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda, şizofrenide inflamasyonun aktive olduğu öne sürülmüş ve inflamasyonun birçok hastada belirlenen otoimmün hastalıklarla bağlantılı olabileceği öne sürülmüştür (70). Şizofreni, MSS ‘ni tutan otoimmün hastalıklarda ortaya çıkan nöropsikiyatrik rahatsızlıklardan ya da beyni tutan otoimmün bir hastalık atağı sırasında ortaya çıkan otoimmün nöropsikiyatrik spektrum bozukluklardan biri olabilir. Bazı yayımlarda otoimmün nin doğrudan hücre membran reseptörleri ya da nörotransmitterler veya hormonlar gibi hümmoral ajanlara

karşı olduğu, merkezi sinir sisteminin diğer dokusunun hatalı kısımlarını içerebildiği ve otoantikorların bu doku hasarına ve antijen oluşumuna sekonder gelişmiş olabileceği öne sürülmüştür. Şizofreni hastalarının periferik kan ve serebrospinal sıvılarında gözlenen, serum immünglobülin düzeylerinde yükselme, mitojen cevaplarında azalma, azalmış IL(interlökin) 2 üretimi, artmış serum IL-6 yoğunluğu, hastalığın oluşumunda immün sistemde aktivasyonun rol oynadığını düşündürmektedir (71). Birçok infeksiyon ajanının hastalık ihtimalini arttırdığı gösterilmiştir. Halen hangi infeksiyon ajanlarının şizofreniye neden olduğu ya da hastalık belirtilerine nasıl yol açtığı aydınlatılamamıştır. Yapılan araştırmalarda, kemokin ve reseptörlerinin ekspresyonunun Multiple Skleroz, Demans, Sistemik Lupus Eritromatozis ve Parkinson gibi nöroinflamatuvar hastalıklarda artmış olduğu tespit edilmiştir (72, 73). Bu bulgular hastalık aktivitesini gösteren biyobelirteçler olarak kemokinlerin kullanılabileceği fikrini ortaya çıkarmıştır.

Morfolojik olarak anormal lenfositler, yardımcı T lenfosit düzeyinde artış, CD 4 T lenfosit düzeylerinde azalmayla beraber, otoimmün hastalıklarda ortaya çıkan bir B hücresi tipi olan CD +5 hücresinin şizofrenik hastaalrın en azından bir alt grubunda ortaya çıkış sıklığında artma gözlenmiştir. HLA antijenleri ile şizofreni arasında kesin bir bağlantı olmadığını gösteren araştırmalara karşın bazı çalışmalarda da hastaların % 50’ sinde HLA antijen pozitifliği bulunmuştur (71). Yakın zamanlı bir çalışmada kompleman-4 sentezinden sorumlu bölgenin şizofreni için yüksek anlamlılığa sahip olması, artmış kompleman sisteminin önemini belirtmektedir (74).

2.1.6 Tanı

Hiçbir klinik bulgu, şizofreni için tanımlayıcı olmadığı gibi; şizofrenide ortaya çıkan belirti ve bulgular başka ruhsal ve nörolojik hastalıklarda görülebilir. Şizofreni tanısını koymak için Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından hazırlanan DSM tanı kriterleri kullanılmaktadır. Öncesinde DSM-4 TR tanı kriterleri kullanılırken 2013 yılında Türkçe versiyonu basılan DSM-5 tanı ölçütleri kitabının çıkmasıyla birlikte bazı yenilikler ve farklılıklar ortaya çıkmıştır.

Şizofreni DSM-5 kitabında ‘Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar’ bölümünde yer almaktadır (22).

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.

1. Sanrılar

2. Varsanılar

3. Dağınık konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılma konuşma)

4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı

5. Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışmama).

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır. (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda, ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).

C. Bu bozukluğun süre giden bulguları en az altı ay sürmektedir. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk; ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca silik (negatif) belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşik altı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

D. Şizoaffektif bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da ikuçlu (bipolar) bozukluk dışlanır, çünkü ya 1) açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak yeğin (majör) depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da 2) açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygu durum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin en az bir kesiminde bulunmuştur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı konur.

Varsa belirtiniz:

Aşağıdaki gidiş belirleyicileri, bu bozukluk ancak bir yıl sürdükten sonra ve tanısal gidiş ölçütüyle çelişmemeleri durumunda kullanılmak üzere tasarlanmıştır:

İlk dönem, o sırada akut dönemde: Bu bozukluğun tanımlayıcı tanısal belirti ve zaman ölçütünü karşılayan ilk ortaya çıkışıdır. Akut dönem, belirti ve tanı ölçütlerinin tam olarak karşılandığı zaman dilimidir.

İlk dönem, o sırada tam olmayan bir yatışma gösteren: Tam olmayan bir yatışma, önceki dönemden sonra görülen iyileşmenin sürdürüldüğü ve bu bozukluğun tanımlayıcı tanı ölçütlerinin yalnızca bir bölümünün tam olarak karşılandığı zaman dilimidir.

İlk dönem, o sırada tam bir yatışma gösteren: Tam bir yatışma, önceki dönemden sonra, bu bozukluğa özgü hiçbir belirtinin kalmadığı zaman dilimidir.

Çoğul dönemler, o sırada akut dönemde: En az iki dönem olmasından sonra çoğul dönemlerden söz edilebilir (ilk dönemden sonra bir yatışma ve en az bir kez depresme).

Çoğul dönemler, o sırada tam olmayan bir yatışma gösteren

Çoğul dönemler, o sırada tam bir yatışma gösteren

Sürekli: Bu bozukluğun tanı koydurucu belirti ölçütlerini tam olarak karşılayan belirtiler, hastalık sürecinin büyük bir kesiminde bulunur ve bu süreçte eşik altı evrelerinin süresi, genel hastalık sürecine göre çok kısadır.

Belirlenmemiş

Varsa belirtiniz:

Katatoni ile giden

Kodlama notu: Katatoni eş tanısının varlığını belirtmek için 293.89 (F06.1) şizofreniye eşlik eden katatoni ek kodunu kullanın.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Bu bozukluğun ağırlığı, hezeyanlar, varsanılar, dezorganize konuşma, olağandışı psikodevinsel davranışlar ve silik (negatif) belirtileri kapsayan birincil psikoz belirtilerinin nicel değerlendirilmesi ile ölçülür. Bu belirtilerden her biri, o sıradaki ağırlığına göre (son yedi gün içinde en ağır olmak üzere), 0'dan (belirti yok), 4'e (belirti var ve ağır) dek değişen, 5 değerli bir ölçek üzerinden ölçülebilir.

Not: Şizofreni tanısı, ağırlık belirleyicisi kullanılmadan da konabilir (22).

Daha az kullanılan ICD-10 tanı kriterleri ise şunlardır:

A- Düşünce yankılanması, düşünce sokulması ya da çekilmesi ve düşünce yayınlanması

Kontrol edilme, etkilenme ya da edilgenlik sanrıları (beden hareketlerini, özel düşünceleri, eylemleri ya da duyuları etkileyen); sanrılı algılama

Hastanın davranışlarını yorumlayan ya da kendi aralarında hastayı tartışan işitme varsanıları ya da bedenin belli bölgesinden gelen varsanısal sesler.

Tümü ile olanak dışı, kültüre uygun olmayan, süreklilik gösteren başka sanrılar. Örneğin dinsel/siyasal kimliğe ya da insanüstü güç ve yeteneklere sahip olma (hava durumunu denetleme, başka dünyalardan yabancılarla iletişim kurabilme gibi)

B- Herhangi bir türden inatçı varsanılar, bu varsanılar duygulanımla uyum göstermeyen gelip geçici ya da aşırı yüklü fikirlerle birlikte olmalı; ya da haftalarca, aylarca kesintisiz olarak her gün bulunmalıdır.

Düşünce akışında kopma ve başka düşünce sokulmaları, bunun sonucu oluşan çağrışımlarda dağınıklık (enkoherans), uygunsuz konuşma ya da neolojizm.

Katatonik davranış, örneğin eksitasyon, bedeni belli bir pozisyonda tutma, balmumu esnekliği, negativizm, mutizm ve stupor.

Negatif belirtiler, örneğin belirgin apati, konuşma azlığı, duygusal tepkilerde küntleşme ya da uygunsuzluk gibi; bu belirtiler genellikle sosyal çekilme ve sosyal performansın düşmesine yol açar; bu belirtiler depresyona ya da nöroleptik tedaviye bağlı değildir.

Şizofreni tanısı koyabilmek için:

A grubu belirtilerden en az 1 tanesi açıkça; eğer belirtiler açık değilse en az 2 tanesi ya da B grubu belirtilerden en az 2 tanesi; en az 1 aydır zamanın büyük kısmında sürmelidir (75).

Alt tipler

DSM 5'e göre şizofreninin tüm alt tipleri kaldırılmış olup, ICD-10'a göre şizofreninin dokuz alt tipi yer almaktadır. Bunlar: paranoid, hebefrenik, ayrışmamış, katatonik, postşizofrenik, basit, kalıntı, başka ve belirlenmemiş şizofreni alt gruplarıdır (75).

2.1.7 Klinik Bulgular

Şizofreni tanısı hastayla ve yakınlarıyla yapılan görüşmeye göre konulur. Görüntüleme teknikleri ve laboratuvar incelemeleri, şizofreniye yakın klinik semptomlar gösteren organik durumların ekarte edilmesinde önemlidir (76).

İlk psikotik belirtiler genel olarak geç ergenlik ve erken erişkinlik döneminde belirir. Bazı hastalarda, hastalık öncesi dönemde kişilik özelliği düzeyinde bulgular saptanabilir. Şizofreni spektrumu içinde görülen şizotipal, paranoid ve şizoid kişilik bozuklukları ve kaçınan tip kişilik bozukluğu da hastalıktan önceki dönemde görülebilir. Hasta yakınları, bu bireylerin pre-prodromal dönemde sessiz, içe dönük olduklarını, sosyal çevresinin kısıtlı olduğunu, sosyal etkinliklerden uzak durduklarını söyler (77,78).

Pozitif ve negatif belirti tanımı ilk kez 1861 yılında Reynolds tarafından epilepsi ile bağlantılı olarak öne sürülmüş, sonrasında şizofreniye uyarlanmıştır. Pozitif belirtiler, olağan işlevlerde aşırılık ve çarpıtmalar olup, bunlar; hezeyanlar, varsanılar, yapısal düşünce bozukluğudur (80, 81).

Negatif belirtiler ise normal işlevlerin azalması ya da kaybolmasıyla ortaya çıkan belirtiler olup, bunlar; anhedoni, istek ve enerjide azalma, aile ve arkadaşlardan kendini soyutlama, düşüncede fakirleşme, duygusal küntleşmedir. İlk atak psikozda negatif semptom yaygınlığı %50-90 iken, şizofreni tanılı bireylerin %20-40 'ında süregelen negatif semptomlar görülmektedir (80, 81).

İsviçre' li ruh hekimi olan Bleuler, şizofreninin etkilerini temel ve eşlik eden belirtiler olmak üzere iki kümeye ayırmıştır. Bleuler tanımladığı belirtilerin, hastalığın gidişi esnasında ve arada azalsa bile tüm hastalarda görülebilmesinin öneminin üzerinde durmuştur. Şizofrenide, hastalığın gidişi sürecinde temel belirtilerin devam ettiğinin, psikotik belirtilerin ise dalgalanma gösterdiğinin üzerinde durmuş, bunları 'eşlik eden belirtiler' olarak yorumlamıştır. Bleuler düşünce-duygulanım yarıklığının klinik olarak düşünce, duygulanım ve irade bozukluğu ile belirlendiğini, bu nedenle belirtilere 'temel' denmesi gerektiğini öne sürmüştür (19, 20).

Bleuler'e göre şizofreni belirtileri:

A. Temel belirtiler

1. Duygulanımda küntleşme
2. Çağrışımlarda bozulma
3. Ambivalans
4. Otizm
5. Bilinç, oryantasyon ve bellekte temel bozulma olmaması

B. İkincil belirtiler

1. Düşünce içeriğinde sanrılar, kalıplaşmış, stereotipik düşünce ve uğraşlar
2. Hallüsinasyon ve illüzyonlar
3. Devinim bozuklukları; katatoni, katalepsi, balmumu esnekliği, negativizm, mimikler, telkine yatkınlık, yineleyici-kalıplaşmış hareketler

Kurt Schneider, 1930’larda şizofreni için hastalığa özgü olduğunu düşündüğü birinci sıra belirtileri tanımlamıştır. Schneider bizar hezeyan ile halüsinasyonların varlığı üzerinde dururken; Kraepelin ve Bleuler, disosiyatif ve avolusyonel süreçlere değinmiştir (Tablo 1). Bunlar; düşünce çekilmesi, düşünce sokulması, düşünce yayınlanması, kişinin kendisi hakkında konuşan ve davranışları ile ilgili yorum yapan sesler, düşüncenin, hareketin ve eylemin dışarıdan kontrol edilmesi gibi yaşantılardır. “Schneiderian Belirtiler” kavramı, DSM-3’e kadar özellikle İngiltere ve Almanya’da önemli izler bırakmıştır. DSM-IV, ICD-10’ dan farklı olarak hastalığın gidişatında altı aylık zaman dilimini, sosyal ve işlevsel alanlardaki bozulmayı önemli görür. ICD-10 ‘da DSM-4’ e göre, birinci sıra belirtiler üzerinde daha çok durulmuş, hastalığa spesifik bulguların hasta tam olarak iyileşmiş olsa bile en az bir ay sürmesi gerektiğinin önemini vurgulamıştır. DSM-5 Tanı Ölçütleri kitabında ‘Schneiderian Belirtiler’ in tanı koyma sürecindeki değeri azaltılmıştır (79).

2.1.8 Prognoz

Şizofreni genel olarak akut alevlenmeler ve kısmi remisyonlarla seyreden kronik gidişli bir hastalıktır. Her psikotik atak hastada daha fazla bilişsel yıkıma neden olmaktadır. Hastalık gidişi hem aynı hastanın farklı dönemlerinde, hem de hastalar arasında farklılık gösterir.

Araştırmalar hastalığın başlama yaşının bilişsel işlev bozukluğunun şiddetini belirlediğini göstermiştir. İleri yaşlarda nöral dejenerasyon ile ilişkili olarak bilişsel işlev bozuklukları artmaktadır (80, 81).

Tablo 1. Schneiderian Belirtiler

Birinci sıra belirtileri	İkinci sıra belirtileri
Yorum yapar, durum bildirir şekilde işitsel varsanılar	Hallüsinasyonlar
Kendi arasında tartışan sesler şeklinde işitsel varsanılar	İllüzyonlar
Kendi fikirlerinin söylendiğini duyma şeklinde işitsel varsanılar	Hezeyanlar, referans düşünceler
Dış güçler tarafından bedenin etkilenmesi	Suisid ve homisid
Düşünce sokulma, düşünce çalınması ve düşüncenin etki altına alınması	Ekopraksi, ekolali
Düşüncelerin başkaları tarafından okunması ve yayılması	Negativizm
Olağan bir algının sanrısız algılanması	Depersonalizasyon
Duygu, irade ve dürtülerin dışarıdan etkilenme ve kontrol edilme duygusu	Manyerizm, stereotipi

İyi prognoz belirteçleri:

- Kadın olmak
- Ailede şizofreni öyküsünün olmaması
- Ailede affektif hastalık olması
- Hastalığın geç yaşta başlaması
- Hastalık öncesi sosyal yaşamda iyi uyum göstermek
- Evli olmak
- Ani ve pozitif belirtilerle başlaması

- Pozitif belirtilerin ön planda olması
- Psikotik alevlenme dönemlerinin az ve kısa olması
- Hastalığın ağır çevresel etkenler sonrasında başlaması
- Paranoid veya katatonik olması
- Kırsal yaşam
- Tedaviye erken dönemde başlanması ve düzenli takip
- Psikososyal desteğin iyi olması

Kötü prognoz belirteçleri:

- Erkek olmak
- Ailede şizofreni öyküsünün olması
- Ailede affektif hastalık olması
- Aile duygu dışavurumun yüksek olması
- Hastalığın genç yaşta başlaması
- Hastalık öncesi şizoid ya da şizotipal kişilik özelliklerinin olması
- Bekar olma
- Hastalığın yavaş ve sinsi ortaya çıkması
- Hastanede yatış sayısının çok ve uzun süreli olması
- Kentsel yaşam
- Ek tanı olarak başka hastalıkların eşlik etmesi
- Psikososyal desteğin yetersizliği

2.1.9 Tedavi

Şizofreni hastaları; sosyal, mesleki ve bireysel hayatlarında büyük sorunlarla karşılaşır. Bu süreç hem kendileri hem de yakınları için zordur ve şizofreni hastaları genel topluma oranla 15 yıl daha az yaşarlar. Şizofreni hastalarının tedavisinde standardize edilmiş bir yöntem bulunmamaktadır. Tedavi sürecinin başlangıcında

hasta ile hekim arasında, iyi bir terapötik ilişki kurulması, hekimin hastanın güvenini kazanması, tedaviye uyumu azaltabilecek sosyal destek yetersizliği, bilişsel bozukluk, dezorganize bozukluk gibi etkenlerin belirlenmesi gereklidir (15, 82). Şizofreni hastalarında en önemli sorunlardan biri tedaviye uyum sağlamaktır. Hastaların %50'sinin ilk tedavilerinden sonraki bir yıl içerisinde medikal tedavi almadıkları belirlenmiştir. İlk tedaviden sonraki 2-5 yıllık süreçte de hastaların %80'inde belirtiler tekrarlamaktadır (83).

Şizofreni hastalarında psikotik atakları kontrol etme ve yeni oluşacak atakları önlemede esas yöntem farmakoterapidir. Medikal tedavide kullanılan antipsikotik ilaçlar hezeyanlar, halüsinasyonlar, dezoryantasyon gibi semptomları ve bunlarla ilişkili saldırganlık ve eksitasyon gibi davranışları düzeltmekle kalmaz, idame tedavisinde hastalığın nükslerini de azaltırlar. Negatif semptomlar ve bilişsel bozukluklarda etkinlikleri pozitif semptomlar kadar iyi değildir. (84).

1952 yılında bir cerrahın tesadüfi şekilde klorpromazini bulması ile birinci kuşak (tipik) antipsikotikler kullanılmaya başlanmış, 1990 yılında klozapinin bulunması ile de ikinci kuşak (atipik) antipsikotikler piyasaya sürülmüştür (15, 85). Birinci kuşak ve ikinci kuşak arasında geçerli ve güvenilir ayırt edici özellik yoktur. 1990 da ortaya çıkan klozapin ve sonrasında ortaya çıkanlara ikinci kuşak, öncesinde piyasaya sürülenlere ise ikinci kuşak denmektedir (86).

Tipik antipsikotikler

Tipik antipsikotiklerin birincil farmakolojik özelliği D2 reseptör antagonizması yaparak psikozun pozitif belirtilerine yol açtığı öne sürülen mezolimbik yolaktaki hiperaktiviteyi azaltma etkisidir. Bu ilaçlara örnek olarak klorpromazin, flupentiksol, flufenazin, haloperidol, pimozid, tiyoridazin ve zuklopentiksol verilebilir (63).

Mezolimbik yolaktaki D2 reseptörlerinin büyük çoğunluğunun bloke edilmesi, aynı zamanda beynin her yerinde aynı oranda D2 reseptör blokajına neden olarak apati, anhedoni, amotivasyon gibi şizofreninin negatif semptomlarına benzer belirtilere yol açar (87).

Yapılan araştırmalarda, antipsikotik ilaçların etki gösterebilmesi için D2 reseptörlerinde %65 'in üstünde doluluk yapmalarının yeterli olduğu bildirilmiştir. Birinci kuşak antipsikotik ilaçlar, reseptörlerde %80' in üzerinde blokaj yaparlar, bu durumda Parkinson hastalığına benzeyen motor yan etkiler ortaya çıkar ve bu duruma 'ilaca bağlı parkinsonizm' (ekstrapiramidal semptomlar, EPS) denir. Eğer bu yolaktaki D2 reseptör blokajı uzun süre devam ettirilirse, bu reseptörlerde aşırı duyarlılık gelişir ve anormal, tekrarlayan ve istemsiz hareketlerle görülen 'tardif diskinezi' oluşabilir (88).

Serum prolaktin düzeyi dopamin tarafından tuberoinfundibular yolakta bloke edilmektedir ve antipsikotik ilaçlar gibi, bu yolakta D2 inhibisyonu yapan tüm ilaçlar kan prolaktin düzeyini attırabilmektedir. Bu durum galaktore, amenore, cinsel isteksizlik, bazen de infertiliteye sebep olabilen 'hiperprolaktinemi' tablosuna yol açabilir.

Tipik antipsikotik ajanlar, muskarinik asetil kolin reseptörlerini de bloke ederek uyuşukluk, bulanık görme, ağız kuruluğu, kabızlık, idrar retansiyonu gibi antikolinergik yan etkilere neden olabilmektedirler. Bu yan etkiler önemsiz olarak algılansa da hastayı oldukça rahatsız eden, ciddi komplikasyonlarla sonuçlanan yan etkilerdir (89).

Atipik antipsikotikler

Atipik antipsikotiklerin pozitif belirtiler üzerindeki etkinliklerinde veya tedaviye uyumu arttırmada, tipik antipsikotiklere göre avantajı yoktur. Bununla birlikte negatif semptomları ve bilişsel bozuklukları daha kötüye götürmemektedir ve ekstrapiramidal sistem yan etkisine ve tardif diskineziye daha az sebep olmaktadır (90). Ayrıca atipik antipsikotikler, D2 reseptörlerine tipik antipsikotikler kadar kuvvetli bağlanmadığından, reseptörlerden daha kolay ayrılmaktadır. Bu da yan etkilerinin daha az olmasına yardımcı olan bir faktördür.

Atipik antipsikotiklere örnek olarak risperidon, klozapin, olanzapin, paliperidon, aripiprazol, ketiyapin, ziprasidon, sertindol, amisülpirid gibi ilaç verilebilir.

Şizofreni hastalarında postmortem çalışmaların büyük kısmında prefrontal kortekste %15- 80 oranında 5-HT 1A reseptör yoğunluğunda artış gösterilmiştir. Bu durum dopamin reseptör yatkınlığı olan ajanlar yerine daha çeşitli ajan arayışına yol açmıştır. Bu amaçla geliştirilen tüm yeni antipsikotikler yüksek 5HT2- D2 reseptör affinitesi gösterirler (91).

Bu ilaçlarla aynı zamanda 5-HT2A reseptörler blokajı dopamin salınımını arttırdığından dolayı, hiperprolaktinemi de daha az görülür (87).

Bu ajanların spesifik bağlanma profilleri çok değişkendir. Bu farmakoloji çok sayıda dopaminerjik, serotonerjik, histaminerjik, adrenerjik ve muskarinik asetilkolin reseptörleri ile değişen yoğunluktaki etkileşimlere yol açar. Farklı psikotik ajanların spesifik bağlanma profili her bir ilaca ait belirli yan etkilerin ortaya çıkışını açıklamaya yardımcı olabilir. Örneğin, muskarinik reseptörlere affinite ağız kuruluğu, kabızlık, bulanık görme gibi antikolinergik yan etkilere neden olabilir (92).

Çoğu atipik antipsikotik, tipik ajanlara göre daha fazla kilo alımı ile ilişkilidir. Antipsikotiklere bağlı kilo alımı ile ilgili mekanizmalar tam olarak bilinmese de, belirli nörotransmitter sistemlerine bağlanmanın kilo alımı ile ilgili olduğuna dair kanıtlar vardır. (93).

Epidemiyolojik çalışmalar, atipik ilaçlarla tedavi edilen hastaların normal topluma göre, tip 2 diyabet hastalığı gelişme riskinin 2-3 kat daha fazla olduğunu ortaya koymuştur. Atipik antipsikotik ilaçları artmış diyabet ve hiperglisemi riskine bağlayan ilk raporlar klozapin ve olanzapin ile tedavi edilen hastaların vaka raporlarına dayanmaktadır (94).

Aripiprazol, breksiprazol gibi bazı atipik ajanlar dopamin reseptörlerine parsiyel agonist olarak etki eder. Bu ilaçlar pozitif semptomlara etki ederken aynı zamanda da daha az ekstrapiramidal yan etki oluşturmaktadırlar (86).

Psikososyal Tedavi (Psikiyatrik Rehabilitasyon)

Bu terimler ile 'Ruhsal toplumsal işlevselliği arttırmayı amaçlayan farmakolojik temelli olmayan yaklaşımlar' ifade edilmiştir (95). Farmakoterapi şizofreni semptomlarının bazılarını iyileştirebilir, ancak bozukluğu karakterize eden, yaşam fonksiyonlarını ve işlevlerini sınırlayan sosyal bozukluklar üzerinde sınırlı

etkiye sahiptir. Yardımcı psikososyal tedaviler, medikal tedavinin faydalarını artırır ve işleyişini geliştirir (96).

Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri

Thornicroft ve arkadaşları, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerini tanımlarken; toplumun iyiliğini hedef almasını, hastaları sosyo-ekonomik düzeyde değerlendirmesini, bireysel ve toplumsal koruyuculuk içermesini, ulaşılabilir olmasını, uzun süreli, yaşam boyu süren, zamana yayılan bir yöntem olmasının önemini vurgulamışlardır. Toplumu, ruhsal hastalığı olanlardan korumak için, onları kapalı yerlerde tutmak yerine, farklı olan tüm bireylere gösterilen saygı, anlayış, destek ve kolaylıkların ruhsal hastalıklı bireylere de gösterilmesi gereklidir (97).

Türkiye’ de 1960’ lı yılların toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri açısından en önemli yararı, ruh sağlığı dispanserlerinin kurulmasıdır. O dönemde kurulan yedi dispanser, geniş bir kitleye ulaşmayı hedefliyordu. Halka açık tanıtım programları yapıp çeşitli broşürler dağıtılıyordu. Sağlıklı aile bağları, gençlere yönelik ruh sağlığı hizmetleri, evlilikte ruhsal sorunlar gibi pek çok konuda halk aydınlatılıyordu (95).

Ülkemizde 2006 yılında hastane temelli modelden toplum sağlığı modeline geçilmesi hedeflenmiştir. İlk olarak 2008 yılında Bolu’da toplum ruh sağlığı merkezleri açılmış, bazı Avrupa ülkelerine seyahatler düzenlenerek ordaki programlar gözden geçirilmiştir. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde amaç psikososyal becerileri geliştirmek, bireysel danışmanlık, grup terapisi, aile eğitimi vermek, merkeze katılamayan hastalara ev ziyareti gerçekleştirmek, hastanın durumuna uygun olarak müzik, resim, el işi, halk oyunu gibi uğraşı tedavileri düzenlemek, bazı sosyal aktivitelere katılım sağlamaktır (98).

Olgu Yöneticiliği

Bu sistem, toplum içinde hastaların uyumunu izlemeyi hedefleyen bir yöntemdir. Olgu yöneticiliği ciddi ruhsal problemi olan bireyleri hedef alan, eşgüdüm içinde düzenlenen tedavi planı, iyileştirme ve destek sağlama arasında bir köprü görevi görür. Hastane yatışlarını azaltması, hizmetlere kolay ulaşım sağlama, hastaların yaşam kalitesini artırması açısından önemlidir (99).

Olgu yöneticiliği yaklaşımının beş esas ilkesi vardır. Bunlar; gereksinimlerin belirlenmesi, tedavi planı, bağlantılar kurulması, izlemenin gerçekleştirilmesi ve savunuculuk işlevidir. Kişilerin sınırlılıklarına olduğu kadar güçlü taraflarına ve ilgi alanlarına da yönelmek, umut edebilmek, kişilerarası ilişkileri geliştirmek, işlevselliği arttırmak amaçlanır (100).

Aile Müdahalesi

Antipsikotik ilaçların kullanılmaya başlaması ile birlikte hastalar topluma daha çok karışmaya başlamıştır, bu da aile üzerindeki yükün artmasına, ailenin yüksek dışavurum riskinin artmasına neden olmuştur. Böylelikle hasta yakınları da tedavi planına dahil edilmiştir (101). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında, hasta yakınlarının tedaviye dahil edilmesiyle depresme oranlarının beşte bir oranında azaldığı bulunmuştur, aile terapilerinin 3 aydan daha uzun sürmesi ile bu oranın daha da arttığı görülmüştür. Şizofrenide kullanılan aile terapileri; bilişsel davranışçı terapi, eğitim ve destek grupları, stresle başa çıkma becerileri geliştirme programları psikodrama gibi yöntemler dikkat çekmektedir (102).

Bilişsel Davranışçı Terapi

Şizofreni tedavisinde bilişsel tedavi ilk olarak yatan hastaların akut dönemlerindeki sanrılar üzerinde çalışılmıştır. Beck ve arkadaşları tarafından 8 hastaya, sanrılarının bilişsel davranışçı terapisi uygulanmış ve terapi sonucunda hastalar hezeyanlarını olayların direk açıklaması olarak değil de, olaylarla ilgili varsayım şeklinde değerlendirmeyi öğrenmişlerdir. Bilişsel davranışçı terapi araştırmalarından elde edilen sonuçlar şu şekildedir: 33 çalışmada hezeyan ve halüsinasyonlar üzerinde olumlu etki, 23 çalışmada silik belirtiler üzerinde olumlu etki, 15 çalışmada işlevsellik, 13 çalışmada duygudurum ve 2 çalışmada sosyal anksiyete üzerinde pozitif etki belirlenmiştir (103).

Destekli İstihdam

Ruhsal hastalığı olan bireylerde en önemli problemlerden birisi, iş bulamamak ve işe yaramama duygusudur. Verimli olamama, yaşamın gerçekliğinden kopma gibi problemlerle baş etmedeki en önemli yöntem bireylere iş olanağı sağlamaktır. Şizofreni tanılı bireyleri güçlü yanları belirlenerek, yetenekleri doğrultusunda bir işe yönleltmek; yaşamlarını normalleştirmenin en iyi yollarından biridir. Şizofreni tanılı

bireyler için istihdam oranı çok düşük iken, ruhsal problemi olan çoğu birey iş yaşamında engellerle karşılaşmaktadır (104).

İş ve uğraş terapisi başlığı altında değerlendirildiğinde, yarışmalı bir işte çalışmak temel hedef iken, çeşitli sanat ve spor alanlarındaki meşguliyetler bu yoldaki ilk adımdır. Hastaların zamanı iyi geçirmelerini sağlar ve yetersizlik, işe yaramazlık düşüncelerini azaltır (105). Destekli istihdamın en yaygın kullanılan ve en doğrulanmış şekline bireysel destekleme yerleştirme denilmektedir. Şizofreni tanısı almış olan bir kişinin kendi başına iş bulabilme oranı %20 iken, destekli istihdam ile bu oran %40-55'lere kadar çıkabilmektedir. İstihdam uzmanları, hastaların tedavi ekibi üyeleri ile sürekli iş birliği ve iletişim halinde olarak, sorun çözmeye yönelik girişimlerde bulunmalıdır (104).

Bilişsel Onarım Terapisi

Şizofreni de bilişsel alandaki bozuklukları düzeltmeyi hedefleyen rehabilitasyon uygulamalarına 'Bilişsel Onarım Terapileri' denmektedir. Şizofrenide bilişsel onarım terapisinin amacı zarar görmüş sosyal yeteneklerin, günlük aktivitelerin kişinin kendi hayatını idame ettirecek şekilde yeniden işler hale gelmesidir. Bilişsel davranışçı terapilerden farklı olarak, hastanın duygu, düşünce, davranışları ile uğraşmak yerine sağlıklı düşünme kabiliyetini duygudan bağımsız olarak iyileştirmeyi hedefler (106).

Bilişsel iyileştirme yöntemleri bilgisayar eşliğinde veya kalem kağıt ile uygulanabilir. Terapist eşliğinde her oturumda zorluk derecesi artan şekillerde kart eşleştirme, kelime hatırlama gibi egzersizlerden oluşur. Bilişsel onarım terapisi uygulamaları, haftada en az 2 defa, 45 dakikalık sürelerde planlanır. Hastanın egzersiz esnasında yaşadığı bilişsel güçlüklerle baş edebilme mekanizmasının artırılması amaçlanır (107).

Grup Terapileri

Şizofreni hastalarının kronik dönemdeki en önemli sorunlarından biri topluma karışmakla ilgilidir. Aktif psikotik belirtiler olmasa bile, kişiler arası ilişkiyi sürdürmekte ve yeni ilişkiler yaşamakta sorun yaşarlar. Grup terapisi medikal tedavinin sağladığı remisyon ortamında hastanın işlevselliğini, yaşam kalitesini artırıp, kişiyi sosyalleştirmeyi amaçlar (108).

Grup terapisi çoğunlukla umut aşılama, kişiler arası öğrenme, bilgi paylaşımı gibi konuları hedef alır. Pozitif semptomlara değinilerek, gruptaki üyelerin tecrübeleri, yanlış inançlar, benzerlikler tartışılır. Şizofreni hastasının kendini rahatça ortaya koyabileceği, hezeyanlarını anlatabileceği bir ortam yaratılmalıdır. Psikotik düşünce içeriğinin açılması ve kişilerle ilişkinin geliştirilmesi grup terapilerindeki en önemli hedeflerdendir. (109).

Toplumsal Beceri Eğitimi

Beceri kavramı, bir takım öğrenilmiş yetiye dayanan toplumsal yeterliliği tanımlamak için kullanılmaktadır. Toplumsal ilişkilerde yeterli düzeye gelebilmek için kaybedilmiş ya da daha öğrenilmemiş olan kabiliyetlerin eğitimle kazanılması esasına dayanır (110).

Eğitimde asıl amaç, istihdam ortamında kazanılmış olan becerinin pekiştirilmesini, kalıcı hale gelmesini ve yaygınlaştırarak toplum içinde hayata geçirilmesini sağlamaktır. Bu eğitimde ilk amaç hastanın toplum içindeki işlevselliğini ve yaşam kalitesini arttırmaktır.

Eğitim programının içeriği, iş görüşmesi yapabilme kabiliyeti, medikal tedavinin yan etkisini tolere edebilme becerisi, sağlık danışanı ile etkili iletişim kurabilme becerisi gibi değişik konularda olabilir. Eğitim süresi konulara göre 2-4 oturumdan 20-50 oturuma kadar değişebilir. Süreye bakılmaksızın eğitim oturumları haftada 3 ya da 5 kez düzenlenir. Toplumsal beceri eğitimi 5-10 kişilik gruplar halinde uygulanır. Bu ortamda hastaların toplumsal korkuları azalır, kaynaşma, yardımlaşma, topluma ait olma hissi gelişir (111).

Bazı kılavuzlar toplumsal beceri eğitiminin toplumsal işlevsellik ve negatif belirtilere etkili olduğunu, ancak pozitif belirtilere, hastane yatışlarına ve yinelemelere etkili olduğuna dair yeterli kanıt olmadığını belirtmekte, rutin olarak kullanımını vurgulamamaktadır (112). Toplumsal becerileri yeterli bir hale gelmiş olan bir bireyin, çevresel yardımların da katkısıyla kendine güvende artış ve güçlülük duygularıyla beraber daha fazla sorumluluk üstleneceği ve amacına uygun hareket edeceği, böylece kendi hastalığı üstünde daha fazla denetim kurabileceği varsayılır (113).

2.2 Psikolojik Dayanıklılık

2.2.1 Tanım

‘Esneklik’ kelimesi, Latince fiilinden ‘resilire’ veya ‘geriye atlamak’ kelimesinden gelmektedir. Oxford İngilizce Sözlüğü’nde ‘zorlu koşullardan hızlı bir şekilde geçememek veya iyileşmek’ olarak tanımlanmaktadır. Psikoloji alanında kullanıldığında bu terim, olumsuz duygusal deneyimlerden geri dönme ve stresli deneyimlerin değişen taleplerine esnek bir şekilde uyum sağlama yeteneğini açıklar (114).

Son on yılda, esneklik üzerine araştırma ve uygulamalar, psikoloji, psikopatoloji, sosyoloji, biyoloji ve hatta bilişsel sinirbilim alanlarında giderek artan sayıda uzman tarafından dikkat çekti. Özellikle, dirençlilik ve zihinsel sağlık arasındaki ilişki disiplinler arasında her zaman ilgi alanı olmuştur. Araştırmacılar, bu yapı ile ilgili çeşitli sonuçlara yol açan birçok teorik ve deneysel çalışma yürüttüler (115,116).

Bununla birlikte, ruh sağlığı alanındaki araştırması ve uygulaması, esneklik için tek tip bir operasyonel tanım ve onu araştırmak için buna karşılık gelen bir metodoloji olmamasından dolayı ciddi şekilde engellenmektedir. Esnekliğin mevcut tanımları üç yönelimi içerir: özellik, sonuç ve süreç. Özellik yönelimi (veya özellik esnekliği), esnekliğin, bireylerin sıkıntıyla başa çıkmalarına ve iyi uyum ve gelişim sağlamalarına yardımcı olan kişisel bir özellik olduğunu öne sürer. Bu perspektifi destekleyen araştırmacılar, esnekliği, bireyleri, sıkıntılarını veya travmatik olayların etkisine karşı aşılayan bir kişilik özelliği olarak görürler (117).

Sonuca yönelik bir yaklaşım, esnekliği, bireyleri kurtarmaya yardımcı olacak ve fethedebilecek yardımcı olabilecek bir işlev veya davranışsal sonuç olarak görür. Süreç odaklı yaklaşım, esnekliği, bireylerin büyük sıkıntılardan aktif bir şekilde adapte olduğu ve bunlardan hızla kurtulduğu dinamik bir süreç olarak görmektedir (118).

Psikolojik dayanıklılık terimi ilk kez, stresli olaylarla karşılaştığında sağlıklarını koruyabilen insanlarla çalışma yapan psikolog Susanne Kobasa tarafından tanımlanmıştır (1979). Kobasa, dayanıklılık kavramını ‘stresli yaşam olayları ile karşılaşıldığında bir direnç kaynağı gibi çalışan kişilik özellikleri’, ‘ruhsal hastalıklara

karşı koruyucu ve risk etmenlerini içeren genel bir kavram' olarak tanımlamıştır (119, 120).

2.2.2 Psikolojik Dayanıklılığın Bileşenleri

Psikolojik dayanıklılık birbirleri ile ilişkili olan kendini adama (bağlılık), kontrol ve meydan okuma inançlarının birleşiminden oluşmaktadır (121).

Kobasa kendini adamayı, kişinin değişik yaşam alanlarıyla ilgilenme eğilimi olarak tanımlamaktadır. Kişinin yakın çevresi, sosyal hayatı, bireysel ilişkiler, inanç ve değerlerine kendini adaması hayatın tüm alanlarında olmaktadır ve bu durum bireyin, yorucu yaşam olayları ile mücadele etmesine katkıda bulunmaktadır (121, 122). Kendini adama, bireyin kendisi, çevresi ve olayları yaşamının amacı olarak kabul etme ve anlamlı davranışlarının olmasıyla ortaya çıkar. Bu kişiler çevrelerindeki olaylarla ilgilidir ve meraklı yapıları vardır. Yüksek bağlılığa sahip bireyler, yaptıkları işlere günden güne bağlanıp, ellerinden gelenin en iyisini yapma eğilimi içindedirler (123).

Meydan okuma; yaşamsal olaylara ve bireyin bu olaylara tepkisini içerip, değişimin güvenliğe dair bir tehdit değil de gelişmek için bir şans olarak görülmesidir. Bu açıdan bakıldığında istenmeyen olaylar felaket olarak değil, fırsat olarak yorumlanmalıdır. Meydan okumada olayların, gelişim fırsatı olarak ele alınmasının nedeni bireylerin karşılaştıkları durumu tekrardan düzenleyebileceklerine karşı olan inançtır. Psikolojik dayanıklılığın bu boyutu bireyin esnek olmasına ve uyum sağlamasına yardımcı olur (124,125).

Kontrol, olaylar karşısında kişinin kendini güçsüz ve kurban olarak görmesi yerine, olaylar üstünde etki sahibi olma çabasıdır (126). Yüksek kontrollü bireyler, çevresel faktörleri ve bunlardan kaynaklı olayları etkileyebileceklerini düşünürler. Başka bir deyişle kontrol, bireyin hayal gücü, bilgi, kabiliyet yoluyla olaylar üzerinde hakimiyet kurma eğilimi içinde olmasıdır (127).

2.2.3 Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler ve Stres

Sağlıklı bir bireyde psikolojik dayanıklılık, stresli, travmatik, yıkıcı olaylar karşısında bile dengede durmayı, psikolojik ve fiziksel düzeyde kararlı olmayı yansıtır (128).

Psikolojik dayanıklılık, gelişen bir kavram olup, sıkıntılı durumun üstesinden gelindikçe artar (129). Bireyin kişisel özellikleriyle yaşadıkları çevre arasındaki etkileşimin ürünüdür. Sıkıntı veren yaşam olaylarındaki riskleri en aza indirmek ve iyileştirmek için gerekli olan faktörlerin gelişimini sağlar. Psikolojik dayanıklılık ile ilgili, literatürde yer alan kaynaklara bakıldığında, kişinin öncesinde çeşitli risk faktörlerine maruz kaldığı, sonrasında ise koruyucu faktörler yolu ile travmatik olaylarla baş ettiğinden söz edildiği görülmektedir (130).

Risk, istatistiksel bir terim olarak zorluk, sıkıntı, kötü bir şey olacak beklentisi içinde olmak anlamına gelip, psikolojik dayanıklılığı risk olmayan durumlarda tanımlamak mümkün görünmemektedir. Psikolojik stresör olarak adlandırılan risk faktörleri, felaketin ortaya çıkma olasılığını arttıran veya durumun sürmesine neden olabilecek faktörler olarak da tanımlanabilir (131). Psikolojik dayanıklılığı; erken doğum, karşılaşılan kötü olaylar, okula uyumda zorluk, kronik hastalıklar, akademik konularda başarısızlık, parçalanmış ailede bulunmak, çocuk istismarı, depresyon, sel gibi felaketler, düşük sosyoekonomik durum gibi risk faktörleri etkiler (132).

Koruyucu faktörler, sıkıntılı olaylar karşısında, kişinin hayatında negatif sonuçlar meydana gelmesini azaltan etmenler ve bu olayları fırsat olarak görüp yapıcı tepkiler verebilmeyi sağlayan etmenler olarak ele alınmaktadır (130).

Koruyucu faktörler; içsel ve dışsal (çevresel) olarak ikiye ayrılmaktadır. İçsel koruyucu faktörler; mizah, yardımseverlik, kuvvetli kişiler arası ilişkiler, anlayışlılık, özerklik, olumlu gelecek beklentisi, içsel motivasyon, kendine değer verme, azim, yaratıcılıktır (133). Dışsal koruyucu faktörler ise; destekleyici anne baba tutumu, çocuğa karşı gerçekçi beklentiler, akran desteği, etkili aile kuralları, sosyal çevrede bir yetişkinle olumlu ve destekleyici ilişkilerdir (134).

Psikolojik dayanıklılık sürecinde, kişi olaylar karşısında baş etmez mekanizmalarını kullanırken bazı özellikler geliştirir. Olumlu sonuç ya da yeterlilik olarak isimlendirilen bu özellikler, koruyucu faktörler aracılığı ile risk faktörlerinin en aza indirilmesi sonucu kazanılan niteliklerdir (135).

Değişen çevresel, sosyal, ekonomik koşullara karşı bireyin uyum sağlayamaması ve bu koşulların kişiye verdiği sıkıntı ile stres, hayatın her alanında kendini hissettirmektedir. Stres faktörü fark edildiğinde, organizma harekete geçerek

kendini koruma altına alır. Stres faktörü ortadan kalkmaz ve etkisi devam ederse vücut yıpranmaya başlar ve her türlü hastalığa açık hale gelir (136). Bireyin strese karşı tutumunu etkileyen en önemli faktörlerden birisi kişinin karakter yapısıdır. Aynı zamanda kişinin olaylara bakış açısı, düşünce yapısı sosyokültürel çevre, ekonomik durumda stresi etkilemektedir.

Bu alanda yapılan çalışmalarda, psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksek kadınların kendine saygılarının daha fazla olduğu, dayanıklılığın yas döneminin sağlıklı şekilde geçirilmesinde kalkan etkisinin olduğu, bu bireylerin yaşamlarını olumlu değerlendirdikleri ve hayat şartlarına daha kolay uyum gösterdikleri ortaya konmuştur (137).

Dayanıklılık, stres algısını değiştirme ve etkin baş etme sürecini başlatarak strese karşı korur. Dayanıklılığı yüksek kişiler problem odaklı çözüm mekanizmalarını kullanırken, düşük kişiler ise kaçınma ya da duygusal odaklı çözüm mekanizmalarını kullanır. Özetle psikolojik dayanıklılıkla ilgili literatür tarandığında, psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksek bireylerin stresli durumları uyum sağlayıcı bir süreç olarak algılayarak ve etkili başa çıkma stratejilerini kullanarak ruhsal ve bedensel sağlıklarını korudukları görülmektedir (138, 139).

2.2.4 Psikolojik Dayanıklılığın Bakımverenlerde Değerlendirilmesi

Dirençlilik kavramı ‘dinamik bir sistemin dengesini, uygulanabilirliğini veya gelişimini tehdit eden önemli zorluklara karşı koyabileceği ya da onlardan kurtulma kapasitesi’ olarak tanımlanmıştır. Stresli yaşam olaylarına maruz kalma, travma sonrası stres bozukluğu veya duygudurum bozuklukları, yeme bozuklukları, uyku bozuklukları ve intihar girişimleri gibi diğer zihinsel bozuklukların gelişmesi riskini artırabilirken yaşam olayları mutlaka psikiyatrik semptomların gelişmesine veya kalmasına yol açmaz. Bu nedenle, esneklik terimi, belirli bir durumun zorluklarına esnek ve uygun bir baş etme stilini tanımlamaktadır (140). Esnek kişiliği ortaya çıkaran faktörler, şizofreni gibi diğer psikiyatrik bozukluklarla ilgili olarak da önemlidir. Psikolojik dayanıklılık, tanı kriterlerini karşılayan şizofreni hastalarında, hastalıkla başa çıkma ve hastalığa ilişkin içgörü kazanma kapasitesi olarak görülebilir ve hastalığın seyri üzerinde olumlu bir etkiye sahip olması beklenebilir.

Ayrıca yakın zamanda yayınlanan çalışmalar, yüksek derecede bir esnekliğin şizofreni hastalarının intihar riskini azalttığını ve yaşam kalitelerini arttırdığını göstermiştir. Tersine, içselleştirilmiş damgalama, yani, olumsuz basmakalıpların uygulanmasından ve kendisinin damgalayıcı tutumundan kaynaklanan damgalanmanın içsel öznel deneyimi Hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir, umut ve benlik saygısı ve iyileşme sürecini engellemektedir (141).

Yakınlarına şizofreni tanısı konmuş ailelerin birçoğu, hastalar kurumlardan topluluğa salıverilince evde bu bireylere bakmakla yükümlüdürler. Literatürün, şizofreni gibi bir akıl hastalığı tanısı konan ailelere yerleştirilen yüke yoğun bir şekilde odaklanmasından dolayı, bu ailelerin esnek olmalarına ve bir tanı konulmasına adapte olmalarına yardımcı olabilecek faktörleri belirlemeye ihtiyaç vardır. Katılan ailelerin toplumdan aldığı destek, destek grupları, tanılama ile ilgili bilgileri araştırmak ve kabul etmek, hastanelerden ve sağlık uzmanlarından yardım almak, ayrıca manevi ve maddi destek sağlamak, aile rutinlerinin olması, beraber geçirilen zamanın artması, kriz zamanlarında iletişim tarzı ile aile uyumu arasındaki anlamlı pozitif korelasyon, iletişim tarzı şizofreni bakım verenlerin esnekliğinin artmasında önemli olan faktörlerdendir (142, 143). Şizofreni hastası bir bireyin olduğu ailelerde yaşanan sorunlar Tablo 2’ de gösterilmektedir.

Tablo 2. Şizofreni Hastası Bir Bireyin Olduğu Ailelerde Yaşanan Sorunlar

Ailelerde sorunlar	yaşanan	Ailede değişimlere neden olan durumlar	Şizofreni hastaları için belirlenen sorunlar
Ailenin sosyal gezilerinde ve aktivitelerinde azalma		Tedavi planına uymama	Daha etkili ve daha iyi tolere edilebilir ilaçları kabul etmek
Aile üyeleri arasında kavgada, tartışmada ve anlaşmazlıklarda artma		Motivasyonsuzluk ve kendine bakımda azalma	Sürekli ilaç alımı konusunda sorumluluk sahibi olmak
Ailenin diğer üyelerinde depresyon		Madde kötüye kullanımı	Yüksek yaşam kalitesi ve işlevsellik
Ailenin diğer üyelerinde utanç		Aile dinamikleri ve genel/ortak baş etme stillerinde sorunlar	İş, ev ve sosyal destek için fırsat yaratmak
Ekonomik zorluklar		Yetersiz sosyal ve ekonomik destek	Damgalama, düşük benlik saygısı ve sosyal destek yetersizliği ile baş etmek
İş planlarının iptali veya ertelenmesi		Acil psikiyatrik bakım ve gerektiği zaman hastaneye yatırma	
Ailenin diğer üyelerinde benlik saygısında azalma ve özgüven kaybı		Bilgi ve yetersizliğine ilişkin sorunlar	

2.3 Tükenmişlik Sendromu

2.3.1 Tanım

Son yıllarda sosyal yaşam, teknoloji alanında yaşanan değişimler kişinin günlük ve iş hayatını olumsuz etkilemekte, pek çok sorunla yüzleşmesine neden olmakta ve bireyde duygusal, zihinsel, duygusal yönden stres ve onun daha şiddetli hali olan ‘tükenmişlik’ hali ile karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır (144). Tükenmişlik terimi, azalan başarı, duyarsızlaşma ve işe ilginin azalması belirtilerinin eşlik ettiği fiziksel, duygusal ve zihinsel bir yorgunluk fenomeni olarak ilk kez Freudenberger (1974) tarafından literatüre girmiş ve daha çok hekimlik, hemşirelik, öğretmenlik, avukatlık gibi insanlarla birebir iletişim gerektiren meslek gruplarında görüldüğü ifade edilmiştir (145). Sosyal psikolog Christina Maslach, bu konuda

önemli çalışmalara imza atarak bu terimi, zihinsel, duygusal ve fiziksel boyutları olan, bireylerin işleri gereği karşılaştıkları kişilere duyarsızlaşmaları, duygusal olarak tükenmiş hissetmelerine yol açan ve öz yeterlilik duygularında azalmayla giden, kronik yorgunluk, çaresizlik ve ümitsizlik hisleri, negatif bir benlik kavramının gelişmesi ile iş, yaşam ve diğer insanlara yönelik olumsuz tutumlarla belirginleşen bir sendrom olarak tanımlamıştır (146). Diğer yandan Pines, Aronson ve Kafry ise belli meslek gruplarıyla sınırlamadan biraz daha genişletilmiş bir tükenmişlik tanımı ortaya atmışlar ve tükenmişliği “duygusal olarak yıpratıcı olan durumlarda uzun süreli ilişkinin sebebiyet verdiği fiziksel, duygusal ve zihinsel bir yorgunluk durumu” şeklinde tanımlamışlardır (147). Pines’a göre, mesleki tükenmişlik sadece idealist ve yüksek düzeyde bir güdülenmeye sahip bireylerde görülmektedir. Bu kişilerin, meslek yaşamları ile ilgili beklentileri fazla, duygusal baskı ise yoğun ve uzun süreli olduğunda stres, yabancılaşma, anksiyete ve depresyon gibi duyguları da yüksek bir seviyede olmaktadır (148). Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi şizofreni hastalarının bakım verenlerinde de tükenmişlik sık görülmektedir. ‘Bakıcı Tükenmişliği’ kavramını ortaya çıkaran en önemli gelişmelerden biri antipsikotik keşfiyle beraber depo ruh sağlığı hastanelerinin kapatılması ve hasta bireylerin bakıma hazır olmayan yakınlarıyla yaşamaya başlamasıdır (149).

2.3.2 Kuramsal Yaklaşımlar

1. Freudenberger’in Tükenmişlik Kavramı

Freudenberger, Richelson ile beraber 1980 yılında tükenmişlik kavramını yeniden ele almış ve bireyin kendi kendini bitirmesi, fiziksel ve zihinsel kaynaklarını tüketmesi, bireyin kendine veya toplumun kendisine dayattığı bazı gerçekçi olmayan beklentilere ulaşmak için aşırı derecede çabalayarak kendini tüketmesi olarak tanımlamıştır (150).

2. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli

Edelwich ve Brodsky’nin modeline göre ise tükenmişlik; aşırı iş yoğunluğu, yetersiz kazanç, çalışma saatlerinin fazla olması, iş yerinde takdir görmeme, kişisel hedefler ve ideallere ulaşamama, politik bir takım zorlamalar sonucu ortaya çıkmaktadır (151). Edelwich ve Brodsky tükenmişliği birbirini izleyen ve

belirlenebilir aşamalardan geçerek bir süreç sonunda ortaya çıktığını öne sürmüşler ve tükenmişliğin “şevk ve coşku, durgunluk, engellenme ve duygusuzlaşma (apati)” olmak üzere dört kademedede gerçekleştiğini öne sürmüşlerdir (152).

Şevk ve coşku evresinde, enerjide artış, abartılı bir mutluluk ve gerçekçi olmayan boyutlara varan mesleki idealler vardır. Kişi işini yapmak için çok heveslidir ve çaba göstermektedir. Ancak gösterilen çabalar önyargı, çeşitli kural ve sorunlardan dolayı beklenen karşılığı bulamamakta ve kişi hayal kırıklığına doğru sürüklenmektedir (153).

Durağanlaşma evresinde, istek ve umut duyma halinde azalma olur. Kişi mesleğini uygularken karşılaştığı güçlüklerden, daha önce umursamadığı ya da inkar ettiği bazı noktalardan giderek rahatsız olmaya başlar. Kişinin motivasyonu düşmekte, çaba göstermekten vazgeçmektedir. Sorgulanmaya başlanan durum ise işten başka bir şey yapmıyor olma durumudur. Kişinin şahsi gereksinimleri işten beklentilerinin, umut ettiklerinin ve işten elde ettiği tatminin önüne geçmeye başlar (154).

Engellenme evresinde, kişi mesleğine devam etme konusunda kararsızdır ve yaptığı işle ilgili olarak kendini sorgulamaya başlar. Başkalarına yardım ve hizmet ederek faydalı olmayı amaçlayan birey negatif çalışma koşullarını ve bulunduğu ortamdaki çalışma anlayışını değiştirmenin kolay olmadığını anlar. Engellenme sürdükçe kişi içine kapanır (155).

Umursamazlık evresinde ise birey, mesleğinde engellendiğini, işi ile ilgili hayallerini gerçekleştiremediğini düşünüp istekleri engellendiği için derin bir hüznün içindedir. Bu evrede, çok derin duygusal kopma, umutsuzluk ve derin bir inançsızlık gözlenmektedir. Mesleğine ekonomik ve sosyal güvence için devam etmekte, aldığı keyif azalmaktadır. Böyle bir durumda iş yaşamı birey için bir doyum ve kendini tatmin etme alanı olmaktan çok uzak, ancak problem yaratan ve stresli bir alan olacaktır. Artık çalışan işine gelmek istememektedir (156).

3. Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli

Perlman ve Hartman’ ın oluşturdukları model, araştırmalarında ele alınan tüm değişkenleri kapsayacak şekildedir. Buna göre tükenmişlik, süregelen duygusal strese verilen ve duygusal ve/veya fiziksel tükenme, düşük iş üretimi ve başkalarına karşı duyarsızlaşmayı içeren üç bileşenden oluşan bir cevaptır. Perlman ve Hartman

modelinde stres önemli bir yer tutmaktadır. Stres sonucu ortaya çıkan algısal ve bilişsel tepkiler tükenmişliği doğurur. Bu modele göre bireysel özellikler, iş çevresi ve sosyal çevresi tükenmişlikle başa çıkma konusunda oldukça etkilidir (157).

4. Pines Modeli

Pines ve Aranson modelinde tükenmişlik, bireyleri duygusal anlamda sürekli tüketen ortamların bireyler üzerinde yol açtığı fiziksel, duygusal ve zihinsel bitkinlik durumu olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel bitkinliğin göstergeleri; kronik yorgunluk, bezginlik, enerjide azalmadır. Çaresizlik, ümitsizlik ve köşeye sıkışmışlık hissi ise duygusal bitkinlik göstergeleridir. Zihinsel bitkinlik göstergeleri ise; işe yaramazlık hissi, suçluluk duygusu ve kendine karşı olumsuz tutumlardır. Motivasyon düzeyi yüksek olan birey, sürekli olarak üzerinde baskı hissettiği bir ortamda çalışmakta ve giderek motivasyonunu kaybetmektedir (158). Pines'e göre iş yaşamlarındaki başarıyı büyük bir mutluluk kaynağı olarak gören idealist kişiler ilk olarak işe yüksek düzeyde bir güdülenme ve beklenti içerisinde başlarlar. Hata yaptıklarını (yanıldıklarını) ya da işlerinden bekledikleri varoluşsal anlamı elde edemeyeceklerini anladıklarında umutsuzluk, çaresizlik ve hatta tükenmişlik duygularına kapılırlar (159).

5. Cherniss Modeli

Cherniss'e göre tükenmişliğin temelinde stres bulunmaktadır. Tükenmişliği "aşırı stres ya da doyumsuzluğa tepki ile işten geri çekilme" olarak tanımlar. Bu model tükenmişliği, zamana yayılmış bir evre olarak ele alıp; bireyin iş hayatındaki strese karşı verdiği mücadelede yaşadıkları olarak tanımlar. Bu modelde bireyin beklentileri ile iş ortamındaki ve iş yaşamındaki gerçeklikler uyuşmamaktadır. Stresin yol açtığı kontrol altına alınamayan durumlara karşı bireyin verdiği cevap tükenmişliktir. Yani aşırı stres ya da doyumsuzluğa tepki olarak işten geri çekilmedir (160).

6. Maslach Modeli

En fazla kabul gören tükenmişlik tanımı Maslach ve arkadaşları tarafından yapılan ve tükenmişliği üç aşamalı olarak algılayan tanımdır. Bu modele göre tükenmişlik; yaygın olarak insanlarla birebir çalışılan mesleklerde bireylerin, işleri gereği karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşmaları, duygusal yönden kendilerini tükenmiş hissetmeleri, kişisel başarı ve yeterlilik duygularında azalma şeklinde kendini gösteren bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (161).

Duygusal Tükenme (Emotional Exhaustion)

Tükenmişliğin bu boyutu daha çok insanlarla yoğun ve birebir ilişkinin kaçınılmaz olduğu meslek gruplarında görülmektedir. Duygusal tükenme, tükenmişlik durumunun başlangıcı, merkezi ve en önemli boyutudur. Maslach ve Jackson (1984) bu durumu, çalışanların yorgunluk ve duygusal yönden kendilerini aşırı yıpranmış hissetmelerindeki artış olarak tanımlamışlardır. Duygusal tükenme, sürekli yorgunluk ve bitkinlik yaşama duygusudur. Bu boyutta kişi, çalışma ve yaşama isteğinden yoksundur. Bu durumda birey, işinde yeterinde iyi olmadığı, yaptığı işleri boşuna yaptığı ve işe yaramazlık duygusuna kapılmaktadır. Duygusal tükenmenin ortaya çıkışında, bireyin kendi yaşamında mesleğine aşırı önem vermesinin ve işle ilgili konuları boş zamanlarında da kendisine dert etmesinin önemli olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Duygusal tükenmede birey duygusal olarak tutunduğu kaynakların azaldığını hissederek, yoğun iş temposu nedeniyle stres yaşar. Bireyin tükenmeye doğru sürüklenmesinin nedeni diğer insanlarla yaşadığı iletişimin yoğunluğu nedeniyle ve tepkilerle mücadele edememesidir (162, 163).

Duyarsızlaşma (Desensitization)

Bu dönemde, kişiler arası bağlar etkilenmektedir. Duyarsızlaşma terimi kişinin sorumlu olduğu kişilere karşı katı, mesafeli ve soğuk tutum ve davranışlarını ifade etmek için kullanılan bir terimdir. Duygusal tükenmenin yoğun olduğu durumda duyarsızlaşma gelişir ve çalışanın kendini diğer insanlardan soyutlamasının bir sonucu olarak koruyucu bir işlev görür. Birey aşırı gerginlikten kurtulmak ister ve çözüm olarak kişilerle iletişimini azaltarak içine kapanır. Çalışan kişi tükenme duygusu içindeyken alaycı, katı ve mesafeli bir davranış içine girmektedir ve mesafeli davranış bu boyutun en önemli özelliğidir (164, 165). Sonuçta duyarsızlaşma insanlara birer nesne gibi davranmayı ifade etmektedir ve duyarsızlaşan birey, diğer insanlarla olan iletişim ve etkileşimini en alt düzeye indirir ve duygusal anlamda bir tampon bölge oluşturur. (164).

Kişisel Başarı Eksikliği (Personal Accomplishment)

Tükenmişliğin kişisel gelişme boyutunu temsil eden düşük kişisel başarı hissi; yetersizlik, başarısızlık duygusu, iş veriminde azalma, düşük moral, üretkenlikte azalma, sorunlarla başa çıkmada yetersizlik gibi belirtileri içerir ve kişinin kendini

olumsuz değerlendirmesini ifade eder. Mesleğinde başarılı olmadığını ve ilerleme kaydedemediğini hisseden bireyler, yaptıklarının değerli olmadığını düşündükleri için motivasyonlarının düşmesi kaçınılmaz olur. Motivasyonu azalan çalışanlar, başarılı ve faydalı olabilmek için daha fazla çaba göstermekten kaçınırlar. Kişi bu düşünce ve yanlış davranışları ile kendisini kimsenin sevmediğine dair bir duygu geliştirirerek kendini suçlu görür. Kısaca kişisel başarısızlık hissi düşük moral, kişiler arası anlaşmazlık, düşük üretkenlik, sorunlarla başa çıkmada yetersizlik, benlik saygısında azalma gibi belirtileri içerir (166).

2.3.3 Nedenleri

Çevresel Nedenler

Kişinin işinden memnun olmaması, işini sevmemesi, işini kendisine uygun görmemesi, aldığı ücreti yeterli görmemesi halinde iş doyumu sağlayamazlar. İş doyumsuzluğu aynı zamanda işe devamsızlık, işi ciddiye almama, olumsuzluk, işi yavaşlatma, işten ayrılmaya kadar gidebilecek hizmeti olumsuz etkileyecek örgütsel sonuçlara da yol açabilmektedir.

İş arkadaşları ve yöneticilerin desteği ve hoşgörölü yaklaşımı ile bireyler, tükenmişlikle çok daha iyi baş edebilirler. Ancak diğer yandan iş arkadaşları ve yöneticiler aynı zamanda tükenmişliğin nedeni de olabilirler. Yapılan araştırmalara göre çalışan bireylerin amirlerinden gelecek desteğin, çalışma arkadaşlarından gelecek destekten daha önemli olduğu belirlenmiştir. İş yerinde baskı gören bireyler zamanla işe gelmemeye başlar, strese bağlı olarak psikosomatik semptomlar ortaya çıkar, kendine olan güvenini yitirir ve genel bir kararsızlık hali yaşar (167, 168). İş hayatındaki kontrolü sağlayamamak, çalışanların mesleki gelecekleri konusunda kendilerini güvensiz hissetmesi, belirsizlik ve engellenme yaşıyor olmaları da çevresel faktörler arasında sayılabilir.

Kişisel Nedenler

Maslach'a göre tükenmişlik her insanda ve her durumda oluşmaz. Bireyin kişilik örgütlenmesindeki değişiklikler genel yapıyı etkiler (169). Kişilerin diğer

insanlarla ilişkileri, sorunlara bakış açısı, olaylara yaklaşımları, kendilerini kontrol edebilme yetileri tükenmişlik düzeyinde belirleyici olmaktadır. Bireylerin kişilik özellikleri iş seçimlerini etkileyebilir. Tükenmişliğin ortaya çıkışında yaş, medeni durum, çocuk sayısı, okur yazarlık durumu, kendini işe adama ve işine aşırı bağlanma, kişisel beklentilerin yüksek oluşu, bireyin ego gücü ve karakter yapısı önemli bir yer tutar. A tipi kişilik özelliğine sahip olanlar, B tipine göre tükenmişlik yaşamaya daha yatkındırlar. A tipi kişilik özelliklerine sahip olanlar kaygılı, insanlarla rekabet içinde olan, eleştirel, içe dönük, çekingen, titiz, her şeyi kontrol etme isterler. B tipi kişilik özelliği daha sosyaldir. Toplumsal aktivitelerden hoşlanan, atılgan, duygusal problemlerini paylaşabilen özellikleri bulunmaktadır. B tipi kişiliğe sahip çalışanlar daha az rekabetçi, kendilerini işlerine daha az veren ve daha az zaman endişesi duyan kişilerdir (170). Nefret duygularının ağır basması, her konuda kendileri açısından bir suçluluk payı çıkarılması, gereğinden fazla duyarlı ve hassas olunması, egoist olunması, immatür karakter özellikleri göstermesi, çevreleri ile etkileşim ve iletişimde yetersiz olan pasif bireyler olunması stres ve tükenmişlikle savaşmayı zorlaştıran faktörlerdendir.

Stres faktörü

İnsanların rahatlığı ve huzuru için bir tehlike işareti olarak algılanan ve yetersiz bir şekilde ele alınan olaylara gösterilen, belirgin olmayan fizyolojik ve psikolojik tepkiye stres denir (171). Stres, bireyin kaldırabileceği nitelikte ve yoğunlukta olduğunda kişiyi geliştiren, onu hareketlendiren, güçlendiren ve deneyim kazanmasına fırsat yaratan bir uyarıcıdır. Stresin bedensel, zihinsel ve duygusal anlamda kişiye zarar vermesi, kaygıların o kişinin gücünü aşan sürekli bir gerilime dönüşmesiyle başlamaktadır. Önemli olan yaşanan gerilimlerin bu aşamaya gelmeden önce kontrol altına alınabilmesi ve hatta bazı amaçlar için fırsata dönüştürülebilmesidir. Her bireyin, belli bir oranda strese ihtiyacı vardır; ancak, normalden fazla stres çalışma verimliliğini azaltmaktadır. Stresin mesleki açıdan dolaylı etkileri ise; devamsızlık oranının artması, mesai saatlerine uymama, saldırganlık, kurum aleyhine çalışma, dikkatsizlik, kaza yapma eğiliminin artması, hastalık nedeni ile iş gücü kaybıdır (171).

2.3.4 Belirtileri

Tükenmişlik, bireyin sağlığını olumsuz etkilemekle birlikte verilen hizmetin niteliğinde ve niceliğinde bozulmaya da yol açmaktadır. Schaufeli ve Enzman, tükenmişlik sendromunun belirtilerini ‘duygusal belirtiler’, ‘bilişsel belirtiler’, ‘fiziksel belirtiler’, ‘davranışsal belirtiler’ ve ‘motivasyonel belirtiler’ olmak üzere beş kategoriye ayırmıştır (172).

Duygusal Belirtiler

- Endişe, hüznün, karamsarlık
- Yalnızlık, umutsuzluk, engellenmişlik hissi
- Kaygı ve gerginlik hissetme, değersizlik hissi
- Çatışma, öfke patlamaları, düşmanca tavırlar
- Aşırı stres, intihar ve iş veriminde düşüş, paranoid tepkiler
- Durgun, mesafeli ve duygudan uzak bir iletişim
- Mesleki açıdan, şiddetli derecede işten memnuniyetsizlik ve yetersizlik duygusu

Bilişsel Belirtiler

- Bilişsel faaliyetlerde yavaşlama, dikkat eksikliği
- Unutkanlık, plansızlık
- Sık hata yapma
- Bağımlı ve sınırlı düşünce kapasitesi, kalıplaşmış düşünce tarzı
- Kişilerarası iletişimde kopukluk

Fiziksel Belirtiler

- Fiziksel yakınmalar: Baş ağrısı, kas ve eklem ağrıları, sinirlerde çekilmeler, yorgunluk ve sık hastalanma ve/ veya hastalanma endişeleri, sık fiziksel muayeneler, boğaz kurulukları, nefes daralmaları, kilo kayıpları, uyku ve cinsel problemler görülebilir.

-Psikosomatik yakınmalar: Kalp rahatsızlıkları, ülser, mide-barsak sistemi ile ilişkili rahatsızlıklar, solunum problemleri ve nefes almada güçlükler, şeker hastalığı ve astım belirtileri görülebilir.

-Fizyolojik tepkiler: Kalp çarpıntısı, hipertansiyon, serum kolesterol düzeyinde artma ve aşırı terlemeden dolayı deride duyu kaybı olabilir.

Davranışsal Belirtiler

-Özgüven ve özsaygıda azalma, evlilik ile ilgili çatışmalar,

-Rol çatışması, arkadaşları ile iş konusunda tartışmaktan kaçınma

-Taşkınlıktan dolayı dikkati yoğunlaştırma güçlükleri

-Kararsızlık, sigara ve alkol kullanımında artışlar, dengesiz beslenme

-Sakarlık ve kaza yapma riskinin yükselmesi

-Öfkeli ve saldırgan davranışlar ile ani parlamalar

Motivasyonel Belirtiler

-İlgi, merak ve ideallerde azalma

-Hayal kırıklıkları ve şaşkınlıklar

-Sık sık memnuniyetsizliklerini dile getirme

-Yeni durumlar için cesaretsizlik

-Başka insanların düşündükleri ve yaptıklarına karşı ilginin azalması

-İşe devamlılık konusunda isteksizlik (173).

2.3.5 Sonuçları

Tükenmişliğin iş hayatı üzerine etkileri

Kişinin çalışma hayatındaki sorunlardan doğan tükenmişlik, en çok kişinin çalışma hayatını etkileyecektir. Tükenmişlik, işten ayrılma ve iş devamsızlığıyla ilişkilendirilmiştir (174). Ayrıca işine düzenli devam edenlerde de iş performansında azalmaya neden olmaktadır. Bu durumun sonucu olarak hizmet kalitesinde düşme,

mesai saatlerine uymama, çalışanlar arasında iletişim bozukluğu ve çatışmalar, yaratıcılık ve üretkenlikte azalma görülmektedir.(175).

Kişisel sonuçlar

Duygusal anlamda gelişen yorgunluk beraberinde fiziksel problemleri de ortaya çıkarmaktadır. Bu kişiler kendilerini bitkin, enerjisiz, yeni bir güne başlayacak güçten yoksun hissetmektedirler. Kronik yorgunluk ve gerginlik, kişiyi psikolojik ve bedensel hastalıklara açık tutmaktadır. Sırt ağrısı, kas gerginliği, gastrointestinal belirtiler, baş ağrısı, kendine güvende azalma gibi belirtiler görülebilmektedir. Kardiyasküler hastalıklar ile tükenmişlik arasında ilişki olduğunu gösteren pek çok çalışma vardır. Tükenmişlik bireyin fiziksel sağlığı ile ilgili olduğu kadar, ruh sağlığı ile de ilgilidir. Tükenmişlik, kişisel başarı duygusunda ve bireyin benlik saygısında azalmayı beraberinde getirir (176). Bununla beraber, tükenmişliğin depresyona, moral kaybına, empati yoksunluğuna, öfke patlamalarına, madde ve alkol bağımlılığına, içe kapanma, sosyal izolasyon gibi ruhsal belirtilere yol açtığı bilinmektedir.(177).

2.3.6 Başa Çıkma Yolları

Tükenmişlik ile mücadelede en etkili yöntem tükenmişliğin oluşmasını engellemektir. Eğer kişide tükenmişlik oluşmaya başlamış ise bu duruma erken teşhis konulmalı ve tükenmişliğe sebep olan faktörler ortadan kaldırılmaya çalışılmalıdır (175, 176). Düzeltici çabaların, koruyucu çabalardan daha zor ve daha az efektif olduğu bilinmelidir. Bu konuda geliştirilen yöntemlerin çoğu stres ile mücadelede kazanılan deneyimlere dayanmaktadır (177,178). Tükenmenin ne olduğunun ve semptomlarının bilinmesi kişinin kendindeki durumu erken anlamasını ve çözüm odaklı olmasını sağlayacaktır (179). Tükenmişliğe neden olan faktörler hem bireysel hem de örgütsel şekilde ele alınarak; oluşması önlenmeli veya erken dönemde anlaşılabilir, önlenmesi yönünde çalışmalar yapılmalıdır. Leiter' e göre, tükenmişlikle mücadelede kaçış mücadelesi ve kontrol mücadelesi olmak üzere 2 yöntem bulunmaktadır. Kaçış mücadelesinde problemler göz ardı edilirken, kontrol mücadelesinde tavsiye edilen değişik yollar kullanılır. Buna göre birinci yolu seçenlerde, ikinci yolu seçenlere göre tükenmişlik daha çok görülmektedir (180).

Bireysel Düzeyde Yapılması Gerekenler

Kişi tükenmişlikle ilgili olarak ne kadar mücadele etse de, içinde bulunduğu sosyal çevreyi kendi başına değiştirmesi pek mümkün değildir. Yine de kişiler, işle ilgili gerçekçi hedef ve beklentiler geliştirmeli, kendini tükenmişliğe teslim etmemelidir. İşe başlamadan önce birey yaptığı işin zorluklarını ve risklerini göz önünde bulundurursa, karşılaşılabileceği sorunları önceden görerek önlem alması mümkün olacaktır (181). Quill ve Williamson' a göre stres yönetimini 5 başlık altında incelenebilir. Bunlar kişinin kendine zaman ayırması (iş dışında başka hobilerinin olması, terapi, meditasyon gibi), fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarının karşılanması (tatile çıkma, nöbet saatlerinin isteğine göre ayarlanması, haftasonunu verimli geçirme), kişisel felsefik düşüncenin geliştirilmesi (uzun ve kısa vadeli planlar yapıp bunlara uyma, zamanın verimli geçirilmesi), duyguların paylaşımı (aileye ve arkadaşlara zaman ayırıp onlarla sohbet etme, fikir alışverişi yapma), stresten kurtulmaya yönelik toplantılara katılmadır (182). Kişi tükenmişlik sendromu yaşadığını hissediyorsa; bitkinlik hissinin ne zaman başladığı, iş arkadaşlarıyla iletişiminin ne zaman bozulmaya başladığı gibi sorular sorarak çözüm yolları üretebilir. Bireyin kendini tanıyıp sınırlarını bilmesi, tükenmişlik belirtileri yaşıyorsa uzmandan destek alması, eve iş götürmemesi, muhatap olunan insanların sorunlarını içselleştirmemesi, herkesi mutlu etme, herşeyi kontrol etme beklentisinden uzaklaşması bireyse açıdan yapılabilecekler örnek olarak verilebilir (183).

Örgütsel Düzeyde Yapılması Gerekenler

Tükenmişliği engellemek yapılacak en önemli şeylerden biri, çalışanları tükenmişlik konusunda bilgilendirmektir. Tükenmişliğin mesleğe başlamadan önce anlatılması bireylerin, bu belirtileri kendilerinde gördüğünde daha erken tanınmasını sağlayacağı ve bu semptomları başka nedenlere bağlamasını önleyeceği bildirilmiştir. Yöneticiler çalışanlarına karşı anlayışlı ve net olmalı, sıkıntılı bir durumda kendilerine başvurabileceklerinin mesajını verebilmelidirler. Elemanların gereksinim duyduğu sürekli eğitim olanaklarının sağlanması da karşılaşılan mesleki zorluklarla baş edilmesi açısından gereklidir. İşyerlerinin daha çalışılabilir yerler haline getirilmesi, çalışma şartlarının iyileşmesi, çalışanlara sosyal desteğin sağlanması, ücret-ödül-terfi sisteminin iyi çalışır duruma getirilmesi gerekmektedir. Elemanlar memnun edildiğinde tükenmişlik önlenir ve üretken bir çalışma şekli ortaya çıkar(184). Kurumun olanakları ve kapasitesi işe yeni başlayan çalışanlara anlatıldığında,

Çalışanlar beklentilerini bunlara göre belirleyebilir ve tükenmişlik yaşama ihtimali azalabilir. Zor işlerin rotasyon şeklinde yapılması, gün içinde iş dışındaki işlere zaman ayırılması, çalışanlara danışmanlık hizmeti verilmesi, mesai saatlerinin esnek tutulması, belli aralıklarla anketler yapılp sorunların belirlenmesi örgütsel düzeyde yapılabileceklere örnektir. Yöneticiler zaman zaman sorunların tartışıldığı toplantılar düzenlemeli, adil bir ortam sağlanmalı, çalışanların kişisel sorunlarını herkesin önünde değil, özel konuşmaladırlar (184).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız kesitsel nitelikte olup Hatay’da bulunan Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi’nde (HMKU) yapılmıştır.

3.1 Evren ve Örneklem

Çalışmamıza, 11.03.2019-31.10.2019 tarihleri arasında HMKU Psikiyatri polikliniğine başvuran ve dâhil edilme kriterlerini sağlayan DSM-5 tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı almış hastaların bakım veren yakınları ve kontrol grubu çalışmaya alınmış olup toplam 160 kişiye ulaşıldı.

Onsekiz yaş üzerinde olan, en az bir yıldır hastaya bakım veren ve bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul edenler araştırmaya dahil edildi. 18 yaşını doldurmamış olanlar, mental retardasyonu olanlar, demans gibi nörobilişsel bozukluğu bulunanlar, psikotik bozukluğu olanlar, madde veya alkol etkisinde olanlar çalışmaya dahil edilmedi.

3.2 Veri Toplama Araçları

Araştırmaya katılıp katılmamaya karar verilmesini sağlamak amacıyla geliştirilen, bir sayfalık araştırmanın konu, kapsam, önem ve çalışma şeklinin belirtildiği ‘Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur/Rıza Formu’ kullanıldı. Anketler uygulanmadan önce 20 anketle pilot çalışma yapıldı. Anlaşılmayan, yanlış anlaşılan ve hatalı sorular gözden geçirilerek anket yeniden düzenlendi.

Dört bölümden oluşan anket formu araştırmacılar tarafından literatür bilgileri taranarak yapılandırıldı. Anketin birinci bölümü ‘Katılımcının ve Hastanın Sosyodemografik Özellikleri’, ikinci bölümü ‘Beck Depresyon Envanteri’, üçüncü bölümü ‘Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği’, dördüncü bölümü ise ‘Maslach Tükenmişlik Ölçeği’ olup toplamda 100 soru içermektedir.

1. Sosyodemografik Özellikler: Bakım veren ve hastaya sorulmak üzere araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanmış iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde bakım verenin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, toplam aylık geliri, sigara ve alkol kullanımı, daha önce bakım deneyiminin olup olmadığı araştırıldı. İkinci bölümde ise hastanın yaşı, cinsiyeti, hastalığın başlama yaşı, sigara ve alkol

kullanımı, ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmadığı, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (Positive and Negative Syndrom Scale-PANSS) ve Klinik Global İzlenim Ölçeği (Clinical Global Impression-CGI) skoru araştırıldı.

2. Beck Depresyon Envanteri: Beck Depresyon Envanteri (BDE) duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel bileşenleri ölçmek amacıyla Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. BDE araştırmalarda ve kliniklerde en sık kullanılan, kendi hakkında bilgi verme araçlarından biridir. Temel amacı depresyon belirtilerini kapsamlı bir biçimde değerlendirmek olsa da bilişsel içeriğin değerlendirilmesine de olanak sağlar. Ölçek 21 maddeden oluşmuş olup iki madde duygulara, on bir madde bilişlere, iki madde davranışlara, beş madde bedensel belirtilere, bir madde kişiler arası belirtilere ayrılmıştır. BDE'nin değerlendirilmesinde 21 sorudan oluşan bu anket formu kullanıldı. Hastalardan bu sorulardan kendi durumlarına en uygun olanını seçmeleri istendi. Her bir soruya 0, 1, 2, 3 olmak üzere puan verilerek, 0-63 arasında değişen skorlar elde edildi. Sonuçlar 0-9 minimal depresyon, 10-18 hafif depresyon, 19-29 orta depresyon, 30-63 şiddetli depresyon olarak değerlendirildi (185). Depresyonun yoğunluğunu belirlemek için kullanılan BDE'nin Türk toplumu için geçerliliği ve güvenilirliği Teğin tarafından yapılmıştır (186).

3. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği: Bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerini belirlemek amacıyla Işık (2016) tarafından geliştirilmiştir (187). Ölçek 21 madde ve üç alt boyuttan oluştuğu belirlenmiştir. Bu boyutlar kontrol, kendini adama, meydan okuma olarak isimlendirilmiştir. Ölçeğin üç faktörlü yapısı doğrulayıcı faktör analizi ile doğrulanmıştır. Ayrıca ölçek maddelerinde %27'lik alt-üst grupların ortalamaları arasındaki farkların anlamlı olduğu bulunmuştur. Ölçeğin tamamı için Cronbach alpha güvenirlik katsayısı .76 iken, her bir alt boyut için Cronbach alpha güvenirlik katsayıları .62 ile .74 arasındadır. Bulgular sonucunda ölçeğin psikolojik dayanıklılık kişilik özelliğini geçerli ve güvenilir şekilde ölçtüğü ortaya çıkmıştır. Bulgular sonucunda ölçeğin psikolojik dayanıklılık kişilik özelliğini geçerli ve güvenilir şekilde ölçtüğü ortaya çıkmıştır.

4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği: Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), Maslach ve Jackson tarafından 1981 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinal formunda 22 madde bulunmakta ve bu maddeler üç boyutta toplanmaktadır. Duygusal Tükenmişlik boyutunda 9, Kişisel Başarı boyutunda 8 ve Duyarsızlaşma boyutunda 5 madde bulunmaktadır. Her bir alt ölçek ayrı ayrı puanlanmaktadır. Duygusal Tükenmişlik ve Duyarsızlaşma alt ölçeklerinden yüksek puanlar ile Kişisel Başarı alt ölçeğinden alınan düşük puanlar, yüksek düzeyde tükenmişliğe işaret etmektedir (188).

Dilimize uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergin tarafından yapılmıştır (189). Uyarlamada 6 farklı meslek grubundan 235 kişilik örneklem grubuyla yapılan çalışmada özgün formda bulunan 7 basamaklı cevap seçeneklerinin Türk kültürüne uygun olmadığı görülmüş ve seçenek sayısı 5'e indirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formu için yapılan geçerlik çalışmaları üç faktörlü yapının kültürümüzde geçerli olduğunu ortaya koymuştur. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları 'Duygusal Tükenme' için 0,83, 'Duyarsızlaşma' için 0,65, 'Kişisel Başarı' için 0,72; test tekrar test güvenilirlik katsayıları ise 'Duygusal Tükenme' için 0,83, 'Duyarsızlaşma' için 0,72, 'Kişisel Başarı' için 0,67 ve olarak hesaplanmıştır (189).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği, toplam 22 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçek, 5 dereceli likert tipi yanıtlanır. Ölçekte yer alan ifadeler, şiddet derecelerine göre 0. hiçbir zaman, 1. çok nadir, 2. bazen, 3. çoğu zaman, 4. her zaman seçeneklerinden birinin seçilerek yanıtlanmasını gerektirir.

Duygusal Tükenme (Emotional Exhaustion) Skalası hesaplanırken formdaki 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 nolu soruların karşılığı olan sıklık puanları toplandı. Bu değerlerin kategorileri belirlenirken 30 ve üzeri yüksek düzey, 22-30 arası değerler orta düzey, 21 ve altı değerler ise düşük düzey olarak değerlendirildi.

Duyarsızlaşma (Yabancılaşma, Depersonalisation) alt skalası için formdaki 5, 10, 11, 15, 22 nolu soruların karşılığı olarak belirtilen puanlar toplandı. Bulunan değer 13 ve üzeri ise yüksek, 10-12 arası orta, 9 ve altı ise düşük düzey olarak değerlendirildi.

Kişisel Başarı (Personal Accomplishment) alt skalası için formdaki 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 nolu sorulara karşılık gelen sıklık puanları toplandı. Elde edilen değer 0-23 arası ise yüksek, 24-26 arası ise orta, 27 ve üzeri ise düşük düzey olarak gruplandırıldı. Tablolardaki yüksek, orta ve düşük düzey grupları değerlendirilirken, karşılık gelen skalaya uygun olarak yukarıdaki değer aralıkları içerisinde oldukları anlaşılmıştır. (Tablo 3)

Tablo 3. MTÖ'nin Türkiye Sağlık Personeli Normlarına Göre Tükenmişlik Alt Boyutlarının Aldıkları Değer Aralıkları

Tükenmişlik Alt Boyutları	Yüksek	Orta	Düşük
DT	≥ 30	22-29	≤ 21
DYS	≥ 13	10-12	≤ 9
KB	≤ 23	24-26	≥ 27

Tükenmişlik, var olan veya var olmayan bir olgu şeklinde değerlendirilmemektedir, düşük, orta ve yüksek düzeyde tükenmişlikten söz edilebilmektedir. Buna göre; duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinden alınan yüksek puan ile kişisel başarı boyutundan alınan düşük puan, yüksek tükenmişlik düzeyini ifade eder (190).

5. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) 30 maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirmesi içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Maddelerin 7 tanesi pozitif belirtileri, 7 tanesi negatif belirtileri, 16 tanesi ise genel psikopatoloji belirtilerini içermektedir. Her sorudaki yedi puanlı değerlendirmede psikopatolojinin artan düzeyleri yansıtılmaktadır: 1= Yok, 2= Çok hafif, 3= Hafif 4= Orta 5= Orta/ağır 6= Ağır 7= Çok Ağır. PANSS'ın uygulama süresi yaklaşık 3-40 dakikadır. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması, Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (191).

3.3 Araştırmanın Uygulanması

Araştırma; literatür taraması, anket formlarının oluşturulması, gerekli izinlerin alınması, ekip oluşturulması gibi ön hazırlıklar tamamlandıktan sonra yürütüldü. Araştırmanın yürütülmesinde Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri

Ana Bilim Dalı'ndan bir öğretim üyesi ve bir araştırma görevlisi doktor görev aldı. Araştırma etik kurul izini Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'ndan alındı (Tarih/Sayı: 07.03.2019/ 07).

Araştırmanın uygulama aşamasında çalışmanın yapılabileceği uygun bir zaman dilimi ayarlandı. Katılımcılarla görüşme HMKU Psikiyatri polikliniğinde yapıldı.

Uygulama öncesi katılımcılara çalışma ile ilgili kısa bir bilgi verildi. Sonrasında çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerden onamları yazılı olarak alındı. Araştırmacılar tarafından hazırlanan anketler, yine araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniğiyle katılımcılara sorularak dolduruldu.

Anketler 11.03.2019-31.10.2019 tarihleri arasında yapıldı. Örneklem hacmi belirlenirken her iki grup için Beck Depresyon ölçeği skorları dikkate alındı. Pilot çalışmadan elde edilen sonuçlardan 0,46 etki büyüklüğü (effect size) ve %80 güç ile her bir grupta alınması gereken birey sayısı 77 olarak hesaplandı. Bundan dolayı 80 vaka grubu ve 80 kontrol grubu olmak üzere toplam 160 kişiyle görüşülerek veri toplama tamamlandı.

3.4 Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler

- Beck Depresyon Envanteri
- Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği
- Maslach Tükenmişlik Ölçeği
- PANSS skorlaması

Bağımsız değişkenler

- | | |
|----------------|---------------------|
| - Yaş | - Cinsiyet |
| - Medeni durum | - Öğrenim durumu |
| - İş | - Yakınlık derecesi |

- Aylık gelir
- Fiziksel rahatsızlık
- Alkol kullanma
- Daha önceki bakım vermen deneyimi
- Hastaya fiziksel şiddet
- Hasta ile cinsiyet farkı
- Hastanın yaşı
- Hastalığın başlangıç yaşı
- CGI Skoru
- İlaçlarını düzenli alması
- Hastanın alkol kullanımı
- Ailede psikiyatrik hastalık
- Psikiyatrik rahatsızlık
- Sigara kullanma
- Evde başka muhtaç var mı?
- Bakım verenle aynı evde yaşam
- Hastaya sözel şiddet
- Hasta ile ilgilenme süresi
- Hastanın cinsiyeti
- PANNS skoru
- İntihar girişimi
- Hastanın sigara kullanımı
- Hastanın madde kullanımı
- Hastanın şiddet eğilimi

3.5 Araştırmanın Takvimi

Araştırmanın takvimi tarihsel süreç içerisinde aşağıda ayrıntılı olarak gösterilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Araştırmanın Takvimi	
Ağustos 2018- Şubat 2019	Literatür taraması
	Araştırmanın planlanması
	Anket formlarının oluşturulması
Mart- Kasım 2019	Verilerin toplanması
	Verilerin bilgisayara aktarılması
Aralık 2019	Verilerin analizi
Kasım 2019- Ocak 2020	Rapor Yazımı

3.6 Verilerin Analizi

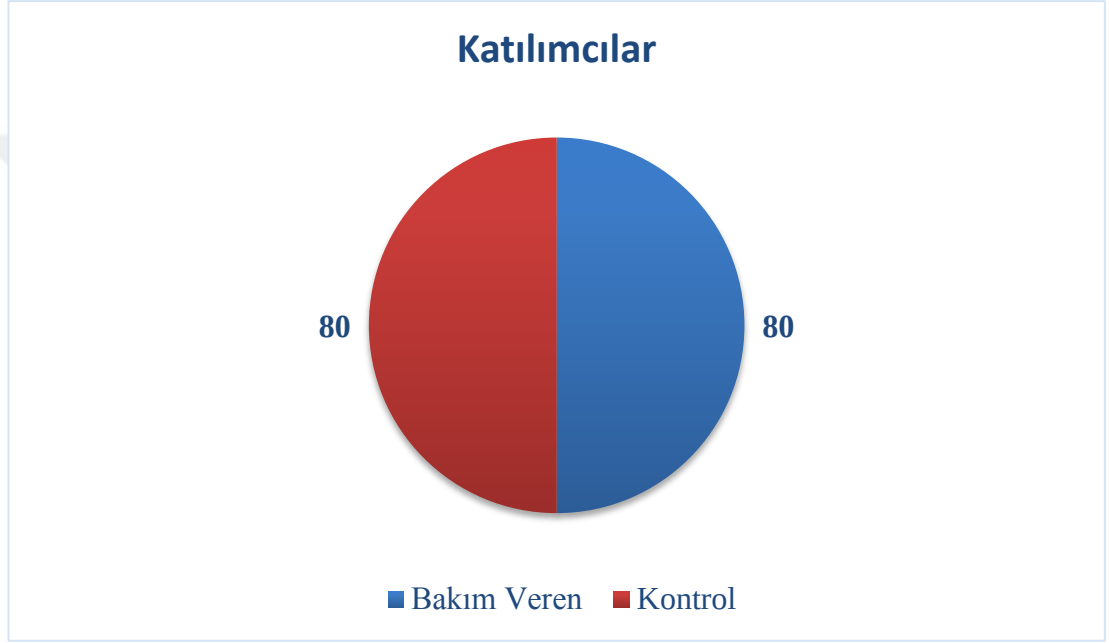
Araştırma sonunda anket formu aracılığı ile elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versiyon 21.0 istatistik paket programına girildi. Verilerin kontrolleri ve analizleri aynı programda yapıldı. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler için frekans (%), ortalama değ r, standart sapma, en yüksek ve en d    k değ rler kullanıldı. Veriler normal dağılıma uymadığı için analizlerde non-parametrik testler kullanıldı. Beck Depresyon Envanteri, Psikolojik Dayanıklılık  l eği, Maslach Tükenmişlik  l eği ve PANSS  l eği'nin sosyodemografik özelliklere göre kar ıla tırılmasında, Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Spearman Korelasyon testleri kullanıldı. İstatistiksel analizlerde p değ ri 0,05'den daha k    k değ rler önemli olarak kabul edildi.

3.7 Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın finansmanı araştırmacı tarafından kar ılanmı tır.

4. BULGULAR

Çalışmaya bakım veren ve kontrol grubu olmak üzere iki farklı grup alınmıştır. Her iki gruptan da eşit sayıda katılımcı dâhil edilmiştir. Bakım veren grubu 80 (%50) ve kontrol grubu 80 (%50) kişiden oluşmaktadır (Şekil 1).



Şekil 1. Katılımcıların gruplara göre dağılımı

Çalışmaya alınan 160 kişinin %52,5'i kadın, %78,8'i evli idi. Katılımcıların yaş ortalaması $45,7 \pm 11,6$ idi (min=25, maks=75). Bakım verenlerin yaş ortalaması $46,1 \pm 11,6$, kontrol grubunun yaş ortalaması ise $45,4 \pm 11,6$ idi. Katılımcıların %36,3'ü lise, %25,6'sı üniversite, %18,1'i ilkokul mezunu idi. Katılımcıların 27,5'i ev hanımı, %21,3'ü esnaf, %16,3'ü memur olup %13,1'i ise işsiz idi. Katılımcıları gelir düzeyi bakımından sınıflandırdığımızda 1000'den az geliri olanların %28,8 ile ilk sırada olduğu görülmüştür. Bunu takiben %26,3 ile 1000-2000 arası geliri olan grup gelmektedir. (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri		
Değişken	n	%
Cinsiyet		
Kadın	84	52,5
Erkek	76	47,5
Medeni Durum		
Bekâr	34	21,3
Evli	126	78,8
Öğrenim		
Okuryazar değil	1	0,6
Okuryazar	11	6,9
İlkokul	29	18,1
Ortaokul	20	12,5
Lise	58	36,3
Üniversite	41	25,6
İş		
Ev Hanımı	44	27,5
İşçi	12	7,5
Memur	26	16,3
Emekli	10	10,4
Esnaf	34	21,3
Öğrenci	3	1,9
Çiftçi	8	5,0
İşsiz	21	13,1
Diğer	2	1,3
Gelir Durumu		
1000 TL'den az	46	28,8
1000-2000 TL arası	42	26,3
2000-3000TL arası	41	25,6
3000-5000 TL arası	22	13,8
5000'den TL fazla	9	5,6

Çalışmaya katılan bakım verenlerin %50'si kadın, %73,8'i evli idi. Bakım verenlerin %33,8'i ortaokul mezunu, %21,3'ü lise mezunu ve %23,8'i okuryazar idi. Bakım verenler arasında en çok %25,0 ile ev hanımları yer almaktaydı. Bunu takiben %21,3 ile esnaf olan katılımcılar gelmektedir. Bakım verenlerin %15'i ise işsizdir. Bakım verenlerin %33,8'i 1000-2000 TL arası gelire sahipti (Tablo 6).



Tablo 6. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri		
Değişken	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	40	50,0
Erkek	40	50,0
Medeni Durum		
Bekâr	21	26,3
Evli	59	73,8
Öğrenim		
Okuryazar değil	10	12,5
Okuryazar	19	23,8
İlkokul	7	8,8
Ortaokul	27	33,8
Lise	17	21,3
Üniversite	10	12,5
İş		
Ev Hanımı	20	25,0
İşçi	5	6,3
Memur	12	15,0
Emekli	4	5,0
Esnaf	17	21,3
Öğrenci	2	2,5
Çiftçi	6	7,5
İşsiz	12	15,0
Diğer	2	2,5
Gelir Durumu		
1000'den az	18	22,5
1000-2000 arası	27	33,8
2000-3000 arası	23	28,8
3000-5000 arası	10	12,5
5000'den fazla	2	2,5

Çalışmaya katılan kontrol grubundaki katılımcıların %55,0'ı kadın, %83,8'i evli idi. Kontrol grubundaki bireylerin %38,8'i lise mezunu, %30,0'ı üniversite mezunu ve %16,3'ü ise ortaokul mezunudur. Kontrol grubundaki katılımcıların %30'u ev hanımı, %21,3'ü esnaf, %17,5'i memur ve %11,3'ü işsizdi. Kontrol grubunun %35,0'ı 1000 TL'den az gelir ile yaşamakta idi (Tablo 7).



Tablo 7. Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri		
Değişken	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	44	55,0
Erkek	36	45,0
Medeni Durum		
Bekâr	13	16,3
Evli	67	83,8
Öğrenim		
Okuryazar değil	1	1,3
Okuryazar	1	1,3
İlkokul	10	12,5
Ortaokul	13	16,3
Lise	31	38,8
Üniversite	24	30,0
İş		
Ev Hanımı	24	30,0
İşçi	7	8,8
Memur	14	17,5
Emekli	6	7,5
Esnaf	17	21,3
Öğrenci	1	1,3
Çiftçi	2	2,5
İşsiz	9	11,3
Gelir Durumu		
1000 TL'den az	28	35,0
1000-2000 TL arası	15	18,8
2000-3000 TL arası	18	22,5
3000-5000 TL arası	12	15,0
5000'den TL fazla	7	8,8

Katılımcıların %41,9'u sigara, %25,6'ı alkol kullanmaktadır. Katılımcıların %11,3'ü daha önceden psikiyatrik hastalık tanısı almıştır. Katılımcıların %31,9 daha önce fiziksel bir hastalık tanısı almıştır. Çalışmaya katılan bakım verenlerin %47,5'i, kontrol grubunun ise %36,3'ü sigara kullanmaktadır. Bakım verenlerin %30'u, kontrol grubunun ise %21,3'ü alkol kullanmaktadır. Bakım verenlerin %16,3'ü, kontrol grubunun %6,3'ü daha önce psikiyatrik bir hastalık tanısı almıştır (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların Alışkanlıkları ve Hastalık Tanısı Alma Durumu				
Değişkenler	Bakım Veren		Kontrol Grubu	
	Evet (%)	Hayır (%)	Evet (%)	Hayır (%)
Sigara Kullanımı	38(47,5)	42(52,5)	29(36,3)	51(63,8)
Alkol Kullanımı	24(30,0)	56(70,0)	17(21,3)	63(78,8)
Psikiyatrik Hastalık Tanısı Alma	13(16,3)	67(83,8)	5(6,3)	75(93,7)
Fiziksel Hastalık Tanısı Alma	26(32,5)	54(67,5)	25(31,3)	55(68,7)

Çalışmaya katılan bakım verenlerin daha önceden bakım verme durumlarını incelediğimizde %97,5'inin bakım verme deneyiminin olduğu görülmüştür (Şekil 2).



Şekil 2. Bakım Verenlerin Daha Önce Bakım Verme Deneyimi n (%)

Çalışmaya katılan bakım verenlerin ilgilendikleri hasta ile yakınlık dereceleri **Şekil 3**'te yer almaktadır. Bakım verenlerin 29'u anne/baba, 27'si eş/çocuk, 20'si kardeş ve 4'ü ise akrabasındır.



Şekil 3. Bakım Verenlerin Hasta ile Yakınlık Derecesi n (%)

Çalışmaya katılan bakım verenlerin %77,5'i hasta ile aynı evde yaşamaktadır. Bakım verenlerin %27,5'inde evde bakıma muhtaç başka biri daha bulunmaktadır.

Bakım verenle bakınıla hasta arasında cinsiyet farkı olanlar ise %53,8'dir (Tablo 9). Bakım verenlerin hastalarla ilgilenme süresi ortalama $6,1 \pm 4,7$ (min=1, maks=25) yıl idi.

Tablo 9. Bakımverenlerin Aynı Evde Yaşama, Evde Başka Bakıma Muhtaç Biri Yaşama ve Cinsiyet Farkı Durumu		
Değişken	Sayı	Yüzde
Aynı Evde Yaşama		
Evet	62	77,5
Hayır	18	22,5
Evde Bakıma Muhtaç Başka Biri Var Mı?		
Evet	22	27,5
Hayır	58	72,5
Hasta ile Aranızda Cinsiyet Farkı Var Mı?		
Evet	43	53,8
Hayır	37	46,3

Bakım verenlerin %41,3'ü ilgilendiklerine hastalarına sözel şiddet uygulamıştır. Fiziksel şiddet uygulayanların oranı ise %6,3'tür. Bakım verenler arasında sadece 1 kişi intihar girişiminde bulunmuştur. Bakım verenler açısından bu iş bireylerin hayatını %53,8 orta, %40,0 çok ve %5,0 az düzeyde zorlaştırmaktadır (Tablo 10).

Tablo 10. Bakım Verenlerin Şiddet Durumları ve Yaşam Güçlüğü		
Değişken	Sayı	Yüzde
Hastaya Sözel Şiddet		
Evet	33	41,3
Hayır	47	58,8
Hastaya Fiziksel Şiddet		
Evet	5	6,3
Hayır	75	93,8
İntihar Girişimi		
Evet	1	0,9
Hayır	105	99,1
Bakım Veren Olmak Hayatı Ne Kadar Zorlaştırıyor		
Hiç	1	1,3
Az	4	5,0
Orta	43	53,8
Çok	32	40,0

Hastaların %28,8'i kadın, %71,2'si erkek idi. Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması $36,98 \pm 13,09$ (Min=18, Maks=66) yıl, hastalıklarının başlangıç yaşı $29,20 \pm 10,76$ (Min=5, Maks=56) yıl olup, ortalama $7,50 \pm 6,08$ (Min=1, Maks=30) yıldır şizofreni tanısı almış oldukları tespit edildi (Tablo 11).

Tablo 11. Hastaların yaş, Hastalık başlangıç yaşları ve Hastalık süreleri		
	Ort.-SS	Min- Maks.
Yaş (yıl)	$36,98 \pm 13,09$	18-66
Hastalık başlangıç yaşı	$29,20 \pm 10,76$	5-56
Hastalık süresi (yıl)	$7,50 \pm 6,08$	1-30

Hastaların %58,8'inin ilaçlarını düzenli kullandığı ve %27,5'nin ek hastalığı olduğu tespit edildi (Tablo 12). Çalışmaya alınan bakım verenlerin ilgilendikleri hastaların %65,0'i sigara, %20,0'ı alkol, %17,5'i madde kullanmaktaydı. Hastaların

%50,0'sinin ailesinde de psikiyatrik hastalık öyküsü mevcut idi. Hastaların %60'ının kendine zarar verdiği, %61,3'ünün başkasına şiddet uyguladığı ve %33,8'inin intihar girişiminde bulunduğu belirlendi.

Tablo 12. Hastaların Alışkanlıkları, Özgeçmişleri ve Bazı Özellikleri		
Değişken	Sayı	Yüzde
İlaç kullanma düzenli mi?		
Evet	47	58,8
Hayır	33	41,3
Ek hastalık		
Var	22	27,5
Yok	58	72,5
Sigara Kullanımı		
Evet	52	65,0
Hayır	28	35,0
Alkol Kullanımı		
Evet	16	20,0
Hayır	64	80,0
Madde Kullanımı		
Evet	14	17,5
Hayır	66	82,5
Ailede Psikiyatrik Hastalık		
Evet	40	50,0
Hayır	40	50,0
Kendine Zarar Verme		
Evet	48	60,0
Hayır	32	40,0
Başkasına Şiddet Uygulama		
Evet	49	61,3
Hayır	31	38,8
İntihar Girişimi		
Evet	27	33,8
Hayır	53	66,3

Hastaların PANSS skoru ortalaması $100,45 \pm 31,43$ (Min=48, Maks=172), CGI skor ortalaması $5,74 \pm 0,61$ (Min=5, Maks=7) olup, hastanede yatarak tedavi olma sayıları $2,61 \pm 2,29$ (Min=0, Maks=15) idi (Tablo 13).

Tablo 13. Hastaların PANSS, CGI Skorları ve Hastanede Yatış Sayıları		
	Ort.-SS	Min -Maks.
PANSS	$100,45 \pm 31,43$	48-172
CGI	$5,74 \pm 0,61$	5-7
Hastanede Yatış Sayısı	$2,61 \pm 2,29$	0-15

Hastalara bakım verenlerin Beck Depresyon Envanteri, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nden aldıkları skor ortalamaları Tablo 14'de özetlenmiştir. Bakım verenlerin Beck Depresyon Envanteri skoru ortalaması $14,60 \pm 7,54$, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği skoru ortalaması $45,83 \pm 10,85$ ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği skoru ortalaması $60,56 \pm 9,67$ olarak bulunmuştur.

Tablo 14. Bakım Verenlerin Ölçek Skorları		
	Ort. $\pm$ SS	Min-Maks.
Beck Depresyon Envanteri	$14,60 \pm 7,54$	0-41
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	$45,83 \pm 10,85$	3-75
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	$60,56 \pm 9,67$	39-83

Kontrol grubuna uygulanan Beck Depresyon Envanteri skoru ortalaması $11,19 \pm 7,10$ ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği skoru ortalaması $48,09 \pm 11,23$ şeklinde idi. (Tablo 15).

Tablo 15. Kontrol Grubunun Ölçek Skorları		
	Ort. $\pm$ SS	Min-Maks.
Beck Depresyon Envanteri	$11,19 \pm 7,10$	0-31
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	$48,09 \pm 11,23$	15-72

Bakım verenlerde Beck Depresyon Envanteri'nin depresyon derecelerine göre dağılımı Tablo 16'de detaylı olarak incelenmektedir. Bakım verenler içinde en çok hafif depresyon görülürken, en az şiddetli depresyona rastlanmıştır.

Tablo 16. Bakım Verenlerde Beck Depresyon Envanteri'nin Değerlendirmesi		
Beck Depresyon Envanteri	n	%
Minimal Depresyon	22	27,5
Hafif Depresyon	33	41,3
Orta Depresyon	21	26,3
Şiddetli Depresyon	4	5,0

Hastalara bakım verenlerin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nde aldığı skorların alt boyutlarına göre detaylı incelenmesi Tablo 17'te yapılmıştır. Buna göre bakım verenler arasında en yüksek puan 'Meydan Okuma' alt ölçeğinden alınmıştır.

Tablo 17. Bakım Verenlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Değerlendirmesi			
Psikolojik Ölçeği	Dayanıklılık	Ort. ± SS	Min-Maks.
	Kendini Adama	14,43±4,85	5-25
	Kontrol	14,61±3,12	8-24
	Meydan okuma	16,65±4,28	9-26

Bakım verenlerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nden aldıkları puanların ölçeğin alt boyutlarına göre tanımlayıcı istatistikleri Tablo 18'te görülmektedir. 'Duygusal Tükenme' alt ölçeği skoru ortalaması 25,68±8,21, 'Duyarsızlaşma' alt ölçeği skoru ortalaması 9,86±3,89, 'Kişisel Başarı' alt ölçeği skoru ortalaması ise 25,16±5,09 şeklinde bulunmuştur.

Tablo 18. Bakım Verenlerde Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin İstatistikleri		
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	Ort. ± SS	Min-Maks.
Duygusal Tükenme	25,68±8,21	9-40
Duyarsızlaşma	9,86±3,89	5-19
Kişisel Başarı	25,16±5,09	15-40

Hastalara bakım verenlerde Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin alt gruplarına göre değerlendirilmesi Tablo 19'te görülmektedir. Buna göre, 'Duygusal Tükenme' alt ölçeğinden 30 kişinin 21 puan ve altı, 20 kişinin 22-30 puan arası, 30 kişinin de 30 puan ve üstü aldığı, 'Duyarsızlaşma' alt ölçeğinden 45 kişinin 9 puan ve altı, 13 kişinin 10-12 puan arası ve 22 kişinin 13 puan ve üstü aldığı, 'Kişisel Başarı' alt ölçeğinden ise 27 kişinin 27 puan ve üstü, 19 kişinin 24-26 puan arası ve 34 kişinin 26 puan ve altı aldığı görülmüştür.

Tablo 19. Bakım Verenlerde Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Değerlendirmesi							
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	Düşük		Orta		Yüksek		
	n	%	n	%	n	%	
Duygusal Tükenme	30	37,5	20	25,0	30	37,5	
Duyarsızlaşma	45	56,3	13	16,3	22	27,5	
Kişisel Başarı	27	33,8	19	23,8	34	42,5	

Hastaların PANSS skorlamasının alt gruplarına göre değerlendirilmesi Tablo 20'te detaylı olarak incelenmiştir. Buna göre, hastalar en düşük puanı 'Pozitif Belirti' alt ölçeğinden alırken, en yüksek puanı ise 'Genel Psikopatoloji' alt ölçeğinden almıştır.

Tablo 20. Hastaların PANSS Skorlamasının Alt Boyutları		
PANSS Alt Boyutları	Ort.- SS	Min-Maks.
Pozitif Belirtiler	24,94±8,84	12-44
Negatif Belirtiler	24,66±9,49	7-46
Genel Psikopatoloji	50,36±16,65	17-89

Kontrol grubunda Beck Depresyon Envanteri'nin alt gruplarına göre değerlendirilmesi Tablo 21'de yer almaktadır. Buna göre, orta ve şiddetli depresyon yaşayan kişi sayısı 17, minimal ve hafif depresyon yaşayanların sayısı ise 63 olarak bulunmuştur.

Tablo 21. Kontrol Grubunda Beck Depresyon Envanteri'nin Değerlendirmesi		
Beck Depresyon Envanteri	n	%
Minimal Depresyon	37	46,3
Hafif Depresyon	26	32,5
Orta Depresyon	15	18,8
Şiddetli Depresyon	2	2,5

Kontrol grubunda Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin alt gruplarına göre değerlendirilmesi Tablo 22'de incelenmiştir. 'Kendini Adama' alt ölçeği skoru ortalaması 16,15 ±5,01, 'Kontrol' alt ölçeği skoru ortalaması 14,94± 3,30, 'Meydan Okuma' alt ölçeği skoru ortalaması 17,00 ± 4,57 şeklinde idi.

Tablo 22. Kontrol Grubunda Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Değerlendirmesi			
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	Ort.- SS	Min-Maks.	
Kendini Adama	16,15 ±5,01	4-27	
Kontrol	14,94± 3,30	4,57	
Meydan okuma	17,00 ± 4,57	2-27	

Bakım veren ve kontrol grubunu karşılaştırdığımızda bakım verenlerdeki depresyonun puanı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p=0,022) (Tablo 23). Bakım verenlerde minimal depresyon %27,5, şiddetli depresyon ise %5,0'dır. Kontrol grubunda ise minimal depresyon %46,2, şiddetli depresyon ise %2,5'tir. Her iki grubu Beck Depresyon Envanteri'nden aldıkları

skorların ortalamaları açısından karşılaştırdığımızda bakım veren grubun ortalaması $14,60 \pm 7,54$ iken kontrol grubunun ortalamasının $11,19 \pm 7,10$ olduğu ve bakım veren grubunu anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı görülmüştür ($p < 0,004$).

Tablo 23. Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri'ne Göre Değerlendirilmesi					
	Bakım Veren		Kontrol Grubu		p
Beck Depresyon Envanteri	n	%	N	%	
Minimal Depresyon	22	27,5	37	46,2	0,022*
Hafif Depresyon	33	41,2	26	32,5	
Orta Depresyon	21	26,2	15	18,8	
Şiddetli Depresyon	4	5,0	2	2,5	

*Sütun yüzdesi kullanılmış ve Linear by Linear analizi yapılmıştır.

Bakım verenler ile kontrol grubunu Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin alt gruplarına göre değerlendirdiğimizde, 'Kendini Adama' alt grubunda bakım verenlerin kontrol grubunda göre anlamlı düzeyde daha düşük puan aldıkları tespit edilmiştir ($p=0,042$) (Tablo 24). 'Kontrol' ve 'Meydan Okuma' alt gruplarında bakım verenlerin kontrol grubuna göre daha düşük puan aldığı görülmekle birlikte aralarında anlamlı düzeyde fark tespit edilememiştir (sırasıyla $p=0,340$ ve $p= 0,631$).

Tablo 24. Katılımcıların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'ne Göre Değerlendirilmesi			
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	Bakım Veren	Kontrol Grubu	P
Kendini Adama	$14,43 \pm 4,85$	$16,15 \pm 5,01$	0,042
Kontrol	$14,61 \pm 3,12$	$14,94 \pm 3,30$	0,340
Meydan okuma	$16,65 \pm 4,28$	$17,00 \pm 4,57$	0,631

Beck Depresyon Envanteri ile cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir, sigara ve alkol kullanımı arasındaki ilişki Tablo 25' te incelenmiştir. Kadınlarda, ortaokul ve aşağısında mezuniyet durumu olanlarda, gelir düzeyi düşük olanlarda ve alkol kullanmayanlarda depresyon derecesinin anlamlı düzeyde daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir ($p=0,041$). Daha önceden fiziksel veya psikiyatrik hastalık tanısı almış olan bireylerde depresyon derecesinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edildi (sırasıyla $p=0,003$ ve $p=0,019$). Medeni durum ve sigara kullanımı ile depresyon derecesi açısından anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (sırasıyla $p=0,76$ ve $p=0,40$).



Tablo 25. Beck Depresyon Envanteri ile Bazı Değişkenlerin Kıyaslaması										
Değişkenler	Minimal		Hafif		Orta		Şiddetli		p	
	N	%	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet										
Kadın	27	32,1	27	32,1	26	31,0	4	4,8	0,041	
Erkek	32	42,1	32	42,1	10	31,2	2	2,6		
Medeni Durum										
Bekar	15	44,1	12	35,3	6	17,6	1	2,9	0,76	
Evli	44	34,9	47	37,3	30	23,8	5	4,0		
Eğitim Durumu										
Ortaokul Mezunu	11	18,0	23	37,7	24	39,3	3	4,9	0,001	
Lise ve Üzeri	48	48,5	36	36,4	12	12,1	3	3,0		
Aylık Gelir										
1000 TL'den az	8	17,4	22	47,8	12	28,3	3	6,5	0,001	
1000-3000 TL arası	26	31,3	33	39,8	21	25,3	3	3,6		
3000 TL'nin üzeri	25	80,6	4	12,9	2	6,5	0	0,0		
Sigara Kullanımı										
Evet	20	29,9	28	41,8	17	25,4	2	3,8	0,40	
Hayır	39	41,9	31	33,3	19	20,4	4	4,3		
Alkol Kullanımı										
Evet	26	63,4	10	24,4	5	12,2	0	0,0	0,001	
Hayır	33	27,7	49	41,2	31	26,1	6	5,0		
Fiziksel Hastalık										
Evet	9	17,6	22	43,1	18	35,3	2	3,9	0,003	
Hayır	50	45,9	37	33,9	18	16,5	4	3,7		
Psikiyatrik Hastalık										
Evet	3	16,7	5	27,8	8	44,4	2	11,1	0,019	
Hayır	56	39,4	54	38,0	28	19,7	4	2,8		

Hastaların özellikleri ile bakım verenlerin Beck Depresyon Envanteri'ne göre depresyon dereceleri Tablo 26'da analiz edilmiştir. İntihar girişimi olan hastalara bakım verenlerde orta ve şiddetli depresyon düzeyi %44,4 iken intihar girişimi

olmayanlarda %24,5 olarak bulunmuştur ($p=0,023$). Hastaları tarafından şiddete maruz kalanlarda orta ve şiddetli depresyon düzeyi %36,7 iken, şiddete maruz kalmayanlarda %22,6 olduğu tespit edilmiştir ($p=0,002$). Bakım verdiği hasta ile aynı evde yaşayanlarda orta ve şiddetli depresyon düzeyi %37,1, aynı evde yaşamayanlarda %11,2 olduğu anlaşılmıştır ($p=0,001$). İntihar girişimi olan, şiddet uygulayan hastaların bakım verenlerinde ve hasta ile aynı evde yaşayan bakım verenlerde depresyon derecesinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla $p=0,023$, $p=0,02$ ve $p=0,01$).

Tablo 26. Bakım Verilen Hastaların Özellikleri ile Beck Depresyon Envanterinin Analizi										
Değişkenler	Minimal		Hafif		Orta		Şiddetli		p	
	N	%	N	%	n	%	n	%		
İntihar Girişimi										
Evet	4	14,8	11	40,7	12	44,4	0	0,0	0,023	
Hayır	18	34,0	22	41,5	9	17,0	4	7,5		
Hasta Size Şiddet Uyguladı mı?										
Evet	6	12,2	25	51,0	15	30,6	3	6,1	0,002	
Hayır	16	51,6	8	25,8	6	19,4	1	3,2		
Hasta ile Aynı Evde Yaşama										
Evet	10	16,1	29	46,8	19	30,6	4	6,5	0,001	
Hayır	12	66,7	4	22,2	2	11,2	0	0,0		

Bakım verenlerde cinsiyete göre ölçeklerin değerlendirilmesi Tablo 27’de görülmektedir. Bakım veren kadın ve erkeklerde ölçeklerden alınan puanlar açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 27. Bakım Verenlerde Cinsiyete Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi			
Ölçekler	Cinsiyet		p
	Kadın	Erkek	
Beck Depresyon Envanteri	16,03±8,42	13,18±6,34	0,124
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği			
Kendini Adama	13,45±5,17	15,40±4,37	0,108
Kontrol	14,03±2,98	15,20±3,19	0,151
Meydan okuma	15,73±4,49	17,58±3,90	0,55
Maslach Tükenmişlik Ölçeği			
Duygusal Tükenme	25,75±8,49	25,60±8,02	0,874
Duyarsızlaşma	10,05±4,20	9,68±3,65	0,873
Kişisel Başarı	24,78±5,18	25,55±5,04	0,375

Kontrol grubuna uygulanan Beck Depresyon Envanteri ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden alınan puanları cinsiyet açısından değerlendirdiğimiz Tablo 28' de anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p > 0,05$).

Tablo 28. Kontrol Grubunda Cinsiyete Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi			
Ölçekler	Cinsiyet		p
	Kadın	Erkek	
Beck Depresyon Envanteri	12,34±7,96	9,78 ±5,68	0,199
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği			
Kendini Adama	16,68 ±5,08	15,50 ±4,93	0,380
Kontrol	15,23 ±3,29	14,58 ±3,33	0,477
Meydan okuma	16,98 ±5,42	17,03 ±3,31	0,907

Bakım verenlerde medeni duruma göre ölçeklerden alınan puanlar Tablo 29’da değerlendirilmiştir. Bakım verenlerin bekâr veya evli olmaları ile ölçeklerden alınan puanlar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p > 0,05$).

Tablo 29. Bakım Verenlerde Medeni Duruma Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi			
Ölçekler	Medeni Durum		p
	Bekar	Evli	
Beck Depresyon Envanteri	13,14 ± 6,43	15,12 ± 7,892	0,507
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği			
Kendini Adama	13,57 ± 5,591	14,73 ± 4,586	0,399
Kontrol	14,19 ± 3,06	14,76 ± 3,16	0,419
Meydan okuma	15,67 ± 3,91	17,00 ± 4,39	0,251
Maslach Tükenmişlik Ölçeği			
Duygusal Tükenme	26,43 ± 8,38	25,41 ± 8,20	0,638
Duyarsızlaşma	10,43 ± 4,42	9,66 ± 3,70	0,613
Kişisel Başarı	24,29 ± 4,75	25,47 ± 5,21	0,451

Kontrol grubuna uygulanan ölçeklerden alınan puanlar ile bireylerin medeni durumları açısından anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($p > 0,05$) (Tablo 30).

Tablo 30. Kontrol Grubunda Medeni Duruma Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi			
Ölçekler	Medeni Durum		p
	Bekar	Evli	
Beck Depresyon Envanteri	9,31±7,94	11,55±6,93	0,145
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği			
Kendini Adama	18,23±4,83	15,75±4,98	0,105
Kontrol	15,15±2,47	14,90±3,46	0,990
Meydan okuma	17,77±3,91	16,85±4,69	0,251

Anketimize katılan katılımcılara uyguladığımız ölçekleri gelir durumuna göre incelediğimizde gelir düzeyi fazla olanlarda Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin alt boyutlarından alınan puanın gelir düzeyi az olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,01$) (Tablo 31). Gelir düzeyi yüksek olanlarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin, 'Duygusal Tükenme' ve 'Duyarsızlaşma' alt boyutlarından anlamlı düzeyde daha düşük puan aldıkları bulunmuştur ($p=0,02$).

Tablo 31. Gelir Durumuna Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi				
Ölçekler	Gelir Durumu			
	<1000 TL	1000-3000 TL	>3000 TL	p
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği				
Kendini Adama	13,11±3,59	14,99±4,93	19,32±4,71	0,01
Kontrol	14,26±2,56	14,57±3,48	16,10±3,08	0,01
Meydan okuma	15,17±3,57	16,78±4,58	19,39±4,10	0,01
Maslach Tükenmişlik Ölçeği				
Duygusal Tükenme	28,28±8,55	25,94±8,18	20,67±5,82	0,02
Duyarsızlaşma	10,39±4,08	10,34±3,94	7,08±1,92	0,02
Kişisel Başarı	26,28±5,47	24,30±4,87	27,08±5,03	0,13

Eğitim durumuna göre ölçek puanlarından elde edilen sonuçlar Tablo 32’de görülmektedir. Eğitim durumu yüksek olanlarda Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği’nin tüm alt boyutlarından anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı görülmüştür ($p=0,01$). Maslach Tükenmişlik Ölçeği ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 32. Eğitim Durumuna Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi				
Ölçekler	Eğitim Durumu			
	İlköğretim	Ortaöğretim	Üniversite	p
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği				
Kendini Adama	13,22±4,32	15,03±4,77	17,85±5,03	0,01
Kontrol	13,93±3,24	14,55±3,03	16,05±3,26	0,01
Meydan okuma	15,66±4,46	16,46±4,23	18,68±4,24	0,01
Maslach Tükenmişlik Ölçeği				
Duygusal Tükenme	27,24±8,57	25,62±8,16	23,12±7,43	0,18
Duyarsızlaşma	11,28±4,43	9,32±3,66	8,53±3,14	0,06
Kişisel Başarı	23,10±4,31	26,76±5,26	25,47±5,03	0,26

Şiddete maruz kalan bakımverenlerde Beck Depresyon Envanteri, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve PANSS skorlamasından alınan puanlar Tablo 33’ de analiz edilmiştir. Hastadan şiddet görenler bakım verenlerin Beck Depresyon Envanteri’nden aldığı puanlar anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,001$). Şiddet gören yakınların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği’nin her 3 alt grubunda da anlamlı düzeyde daha düşük puan aldığı görülmüştür. Hastaya şiddet uygulayanlarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nin ‘Duygusal Tükenme’ ve ‘Duyarsızlaşma’ alt boyutlarından anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı, ‘Kişisel

Başarı' alt boyutundan ise anlamlı düzeyde düşük puan aldığı tespit edilmiştir. Şiddet uygulayan hastaların PANSS skorlamasının her 3 alt boyutunda da şiddet uygulamayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,03$, $p=0,01$ ve $p=0,031$).

Tablo 33. Hastanın Şiddet Uygulama Durumuna Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi			
Ölçekler	Şiddet Uygulama		p
	Evet	Hayır	
Beck Depresyon Envanteri	16,45±7,66	11,68±6,46	0,001
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği			
Kendini Adama	13,18±4,67	16,39±4,55	0,003
Kontrol	14,04±3,16	15,52±2,89	0,035
Meydan okuma	15,63±4,30	18,26±3,78	0,005
Maslach Tükenmişlik Ölçeği			
Duygusal Tükenme	28,82±7,15	20,71±7,35	0,001
Duyarsızlaşma	11,45±3,81	7,35±2,45	0,001
PANSS	24,08±4,58	26,87±5,47	0,033
Pozitif Belirtiler	28,00±8,63	20,10±6,85	0,001
Negatif Belirtiler	25,98±8,73	22,58±10,38	0,031
Genel Psikopatoloji	53,78±15,94	44,97±16,57	0,011

Çalışmaya katılan bireylerde alkol kullanmayanlarda Beck Depresyon Envanteri'nden alınan puanı anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 34). Alkol kullananlarda Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin 'Kendini Adama' ve 'Meydan Okuma' alt boyutundan anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı tespit edildi.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin her 3 alt boyutunda da alkol kullananlar ile kullanmayanlar arasında anlamlı farklılık saptandı (sırasıyla $p=0,001$, $p=0,01$ ve $p=0,038$).

Tablo 34. Alkol Kullanımına Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi			
Ölçekler	Alkol Kullanımı		p
	Evet	Hayır	
Beck Depresyon Envanteri	9,51±5,22	14,06±7,83	0,001
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği			
Kendini Adama	17,34±5,02	14,58±4,81	0,002
Kontrol	15,27±2,93	14,61±3,29	0,179
Meydan Okuma	18,68±3,77	16,18±4,45	0,001
Maslach Tükenmişlik Ölçeği			
Duygusal Tükenme	21,13±7,38	27,63±7,82	0,001
Duyarsızlaşma	7,88±3,30	10,71±3,88	0,001
Kişisel Başarı	26,88±4,88	24,43±5,04	0,038

Fiziksel rahatsızlık durumuna göre ölçekleri değerlendirdiğimiz Tablo 35'de fiziksel rahatsızlığı olanlarda depresyon düzeyinin daha fazla olduğu görülmüştür ($p=0,001$). Fiziksel rahatsızlığı olanların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin 'Kendini Adama' ve 'Meydan Okuma' alt boyutundan anlamlı düzeyde daha düşük puan aldıkları tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,046$ ve $p=0,017$). Maslach Tükenmişlik Ölçeği açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 35. Fiziksel Rahatsızlık Durumuna Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi			
Ölçekler	Fiziksel Rahatsızlık		p
	Var	Yok	
Beck Depresyon Envanteri	15,61±7,16	11,62±7,35	0,001
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği			
Kendini Adama	14,18±4,86	15,81±5,00	0,046
Kontrol	14,57±2,95	14,87±3,33	0,463
Meydan Okuma	15,73±4,70	17,34±4,20	0,017
Maslach Tükenmişlik Ölçeği			
Duygusal Tükenme	25,88±8,17	25,57±8,30	0,832
Duyarsızlaşma	9,50±3,98	10,04±3,87	0,432
Kişisel Başarı	25,19±4,55	25,15±5,38	0,959

Hasta ile aynı evde yaşayanlarda Beck Depresyon Envanteri, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin 'Kendini Adama' ve 'Meydan Okuma' alt boyutu ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin 'Duygusal Tükenme' ve 'Duyarsızlaşma' alt boyutlarında hasta ile aynı yaşamayanlara göre anlamlı düzeyde farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 36). Hasta ile aynı evde yaşayanlarda Beck Depresyon Envanteri'nden alınan puanın anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,001$). Hasta ile aynı evde yaşamayanlarda Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin 'Kendini Adama' ve 'Meydan Okuma' alt boyutlarında anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldıkları anlaşılmıştır (sırasıyla $p=0,002$ ve $p=0,01$). Hasta ile aynı evde yaşayanlarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin 'Duygusal Tükenme' ve 'Duyarsızlaşma' alt

boyutlarından anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı tespit edilmiştir ($p=0,001$). Diğer ölçekler açısından anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 36. Hasta ile Aynı Evde Yaşamaya Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi			
Ölçekler	Aynı Evde Yaşama		p
	Evet	Hayır	
Beck Depresyon Envanteri	15,94±7,77	10,00±4,35	0,001
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği			
Kendini Adama	13,56±4,70	17,39±4,28	0,002
Kontrol	14,56±3,09	14,78±3,31	0,719
Meydan Okuma	15,84±4,17	19,44±3,50	0,001
Maslach Tükenmişlik Ölçeği			
Duygusal Tükenme	27,61±7,79	19,00±5,88	0,001
Duyarsızlaşma	10,65±3,82	7,17±2,81	0,001
Kişisel Başarı	24,76±5,10	26,56±4,97	0,194

Çalışmamıza katılan bireylerde ilgilendikleri hastalarına sözel şiddet uygulayanlarda depresyon düzeyinin anlamlı düzeyde yüksek çıktığı tespit edilmiştir ($p=0,014$) (Tablo 37). Ayrıca sözel şiddet uygulayanlarda Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin 'Kendini Adama' ve 'Meydan Okuma' alt boyutları ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin tüm alt boyutları hastalarına sözel şiddet uygulamayanlara göre anlamlı düzeyde farklılıklar olduğu görülmüştür (sırasıyla $p=0,030$, $p=0,01$ ve $p=0,021$).

Tablo 37. Hastaya Sözel Şiddet Uygulamaya Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi			
Ölçekler	Sözel Şiddet Uygulama		p
	Evet	Hayır	
Beck Depresyon Envanteri	16,21±6,79	13,47±7,91	0,014
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği			
Kendini Adama	12,85±4,95	15,53±4,52	0,013
Kontrol	14,12±3,32	14,96±2,97	0,212
Meydan Okuma	15,21±4,50	17,66±3,86	0,005
Maslach Tükenmişlik Ölçeği			
Duygusal Tükenme	27,91±7,91	24,11±8,13	0,030
Duyarsızlaşma	11,48±3,80	8,72±3,57	0,001
Kişisel Başarı	23,64±4,74	26,23±5,10	0,021

Bakım verenin yaşı ile Beck Depresyon Envanteri arasında zayıf düzeyde pozitif, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin 'Kendini Adama' ve 'Meydan Okuma' alt boyutlarında zayıf düzeyde negatif korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 38). Bakım verme süresi ile ölçekler arasında korelasyon tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Tablo 38. Bakım Verenin Yaşı ve Bakım Süresi ile Ölçeklerin Korelasyonu				
Ölçekler	Yaş		Bakım Süresi	
	r	p	r	p
Beck Depresyon Envanteri	,24	,002	,18	,142
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği				
Kendini Adama	-,21	,005	-,12	,280
Kontrol	-,14	,072	-,02	,820
Meydan Okuma	-,23	,003	-,21	,054
Maslach Tükenmişlik Ölçeği				
Duygusal Tükenme	,08	,483	,20	,067
Duyarsızlaşma	-,00	,938	,16	,135
Kişisel Başarı	-,07	,530	-,16	,155

Hastanın yaşı, hastalığının başlangıç yaşı, hastalık süresi ve hastanede yatış süresi ile bakım verenlerin ölçeklerden aldıkları puanların korelasyonunu Tablo 39’da görmekteyiz. Hastanın yaşı ile Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği’nin ‘Kendini Adama’ alt boyutu arasında zayıf düzeyde negatif korelasyon ($p=0,03$), Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nin ‘Duygusal Tükenme’ alt boyutu ile zayıf düzeyde pozitif korelasyon bulunmuştur ($p=0,03$). Hastalığın başlangıç yaşı ölçekler arasında korelasyon bulunamamıştır. Hastalık süresi ile PANSS’in ‘Negatif Belirtiler’ alt boyutu arasında zayıf düzeyde pozitif korelasyon bulunmuştur ($p=0,03$). Hastanede yatış sayısı ile Beck Depresyon Envanteri arasında güçlü düzeyde negatif korelasyon ($p=0,01$), Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği’nin ‘Kontrol’ ve ‘Meydan Okuma’ alt boyutlarında

güçlü düzeyde pozitif korelasyon ($p=0,01$), PANSS’ın her 3 alt boyutunda da orta düzeyde negatif korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 39. Hastanın Yaşı, Hastalığın Başlangıç Yaşı, Hastalık Süresi ile Ölçek Puanlarının Korelasyonları*								
Ölçekler	Yaş		Hastalığın Başlangıç Yaşı		Hastalık Süresi		Hastane Yatış Sayısı	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Beck Depresyon Envanteri	,11	,30	,07	,52	,13	,22	-,63	,01
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği								
Kendini Adama	-,23	,03	-,23	,03	-,09	,41	-,08	,45
Kontrol	-,16	,15	-,16	,14	,01	,91	,62	,01
Meydan Okuma	-,06	,55	,03	,74	-,16	,15	,66	,01
Maslach Tükenmişlik Ölçeği								
Duygusal Tükenme	,23	,03	,18	,09	,18	,09	-,65	,01
Duyarsızlaşma	,19	,09	,11	,31	,17	,13	-,48	,01
Kişisel Başarı	-,10	,36	-,05	,62	-,06	,56	,51	,01
PANSS								
Pozitif Belirtiler	,00	,94	,04	,69	,01	,91	-,36	,01
Negatif Belirtiler	,14	,19	,10	,33	,24	,03	-,33	,01
Genel Psikopatoloji	,11	,30	,15	,17	,08	,47	-,34	,01

PANSS ve CGI skoru ile diğer ölçeklerin korelasyonları Tablo 40’da analiz edilmiştir. PANSS skoru Beck Depresyon Envanteri ile orta düzeyde pozitif, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği’nin her 3 alt boyutu ile orta düzeyde negatif, Maslach

Tükenmişlik Ölçeği'nin 'Duygusal Tükenme' ve 'Duyarsızlaşma' alt boyutları ile orta düzeyde pozitif, 'Kişisel Başarı' alt boyutu ile orta düzeyde negatif korelasyon bulunmuştur ($p<0,05$). CGI skoru ile Beck Depresyon Envanteri arasında orta düzeyde pozitif, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin 'Kendini Adama' alt boyutunda orta düzeyde negatif, Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin 'Duygusal Tükenme' ve 'Duyarsızlaşma' alt boyutları ile orta düzeyde pozitif korelasyon tespit edilmiştir ($p<0,05$).

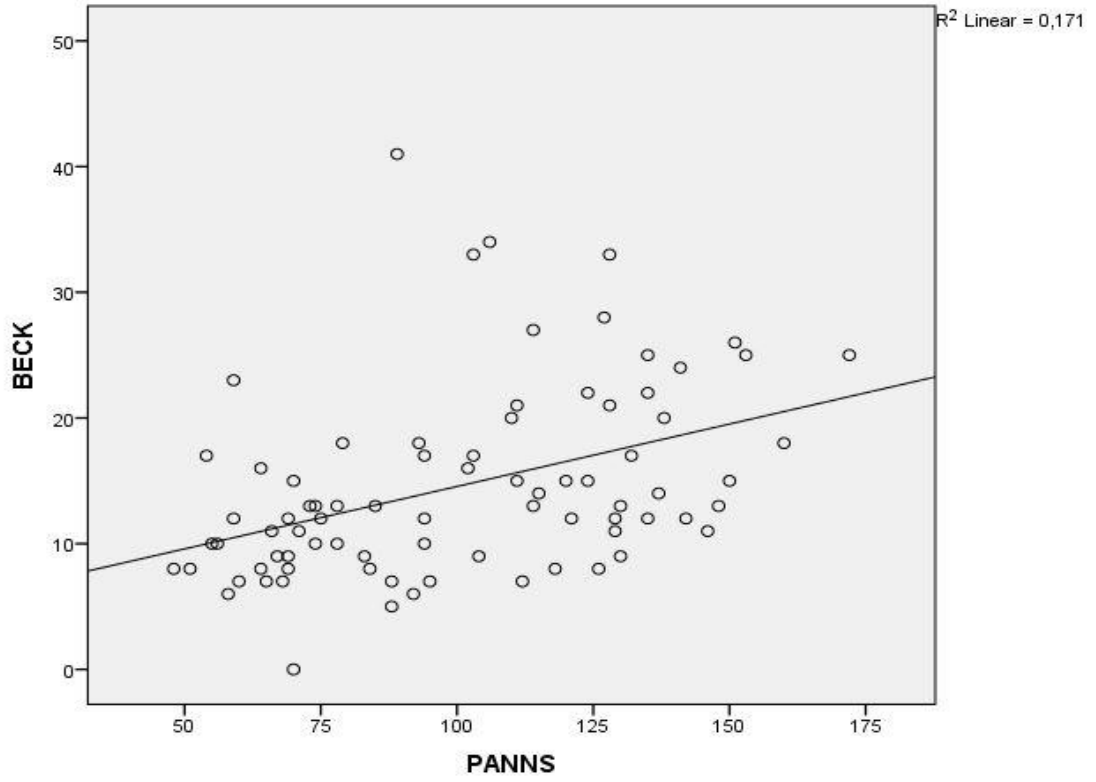
Tablo 40. PANSS ve CGI skoru ile Diğer Ölçeklerin Korelasyonları*				
Ölçekler	PANSS		CGI	
	r	p	r	p
Beck Depresyon Envanteri	,47	,001	,35	,001
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği				
Kendini Adama	-,41	,000	-,29	,007
Kontrol	-,34	,002	-,19	,089
Meydan Okuma	-,30	,006	-,16	,143
Maslach Tükenmişlik Ölçeği				
Duygusal Tükenme	,34	,002	,28	,010
Duyarsızlaşma	,35	,001	,34	,002
Kişisel Başarı	-,26	,016	-,21	,210
Spearman Korelasyon Testi				

Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin alt boyutları ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin alt boyutlarının korelasyonları Tablo 41'de incelenmiştir. PDÖ'nün 'Kendini Adama' alt boyutu ile MTÖ'nün 'Duygusal Tükenme' alt boyutu arasında güçlü düzeyde negatif korelasyon, 'Duyarsızlaşma' alt boyutu arasında orta düzeyde negatif korelasyon ve 'Kişisel Başarı' alt boyutu arasında ise güçlü düzeyde pozitif

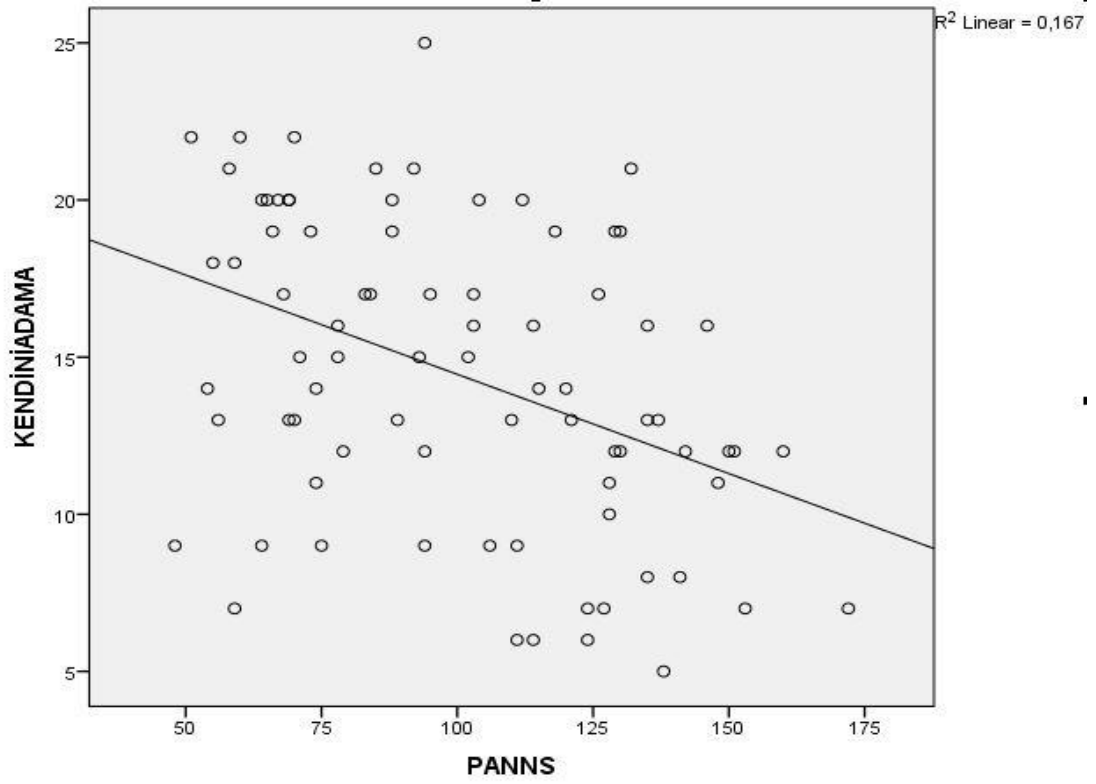
korelasyon bulunmuştur ($p<0,05$). PDÖ'nün 'Kontrol' alt boyutu ile MTÖ'nün 'Duygusal Tükenme' alt boyutu arasında orta düzeyde negatif, 'Duyarsızlaşma' alt boyutu arasında zayıf düzeyde negatif ve 'Kişisel Başarı' alt boyutu ile güçlü düzeyde pozitif korelasyon tespit edilmiştir ($p<0,05$). Son olarak PDÖ'nün Meydan Okuma' alt boyutu ile MTÖ'nün 'Duygusal Tükenme' alt boyutu arasında güçlü düzeyde negatif, 'Duyarsızlaşma' alt boyutu ile orta düzeyde negatif ve 'Kişisel Başarı' alt boyutu ile güçlü düzeyde pozitif korelasyon tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 41. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Korelasyonları*

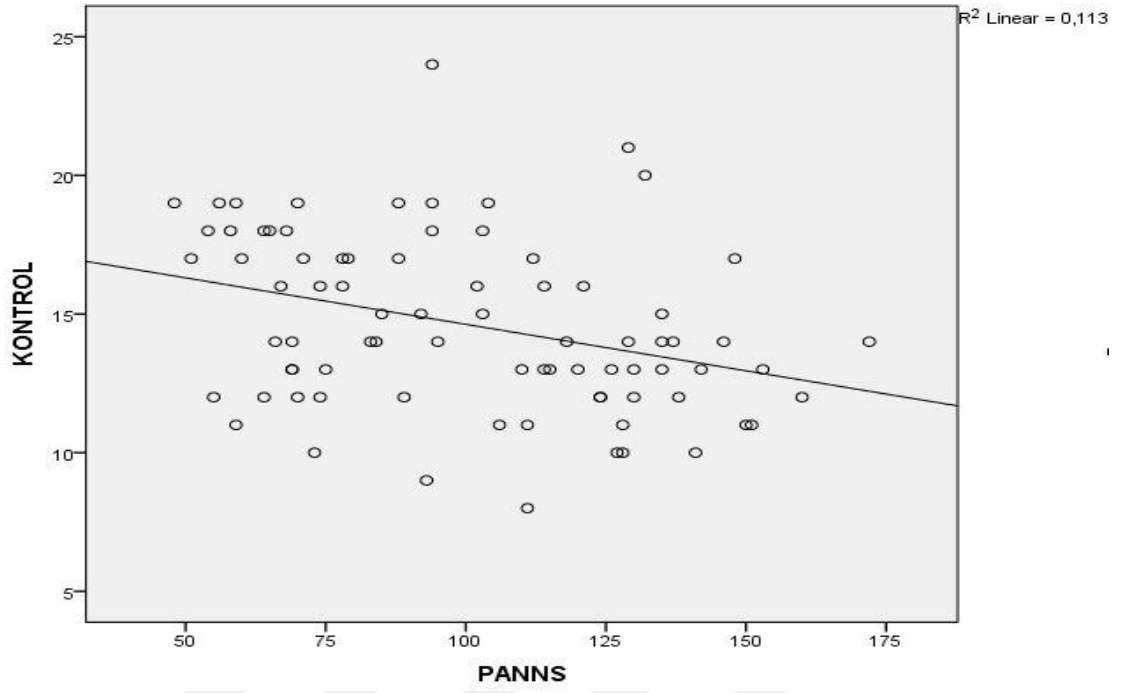
PDÖ	Duygusal Tükenme		Duyarsızlaşma		Kişisel Başarı	
	r	p	r	p	r	p
Kendini Adama	-0,65	0,01	-0,48	0,01	0,51	0,01
Kontrol	-0,43	0,01	-0,22	0,05	0,44	0,01
Meydan Okuma	-0,61	0,01	-0,45	0,01	0,61	0,01
Spearman Korelasyon Testi						



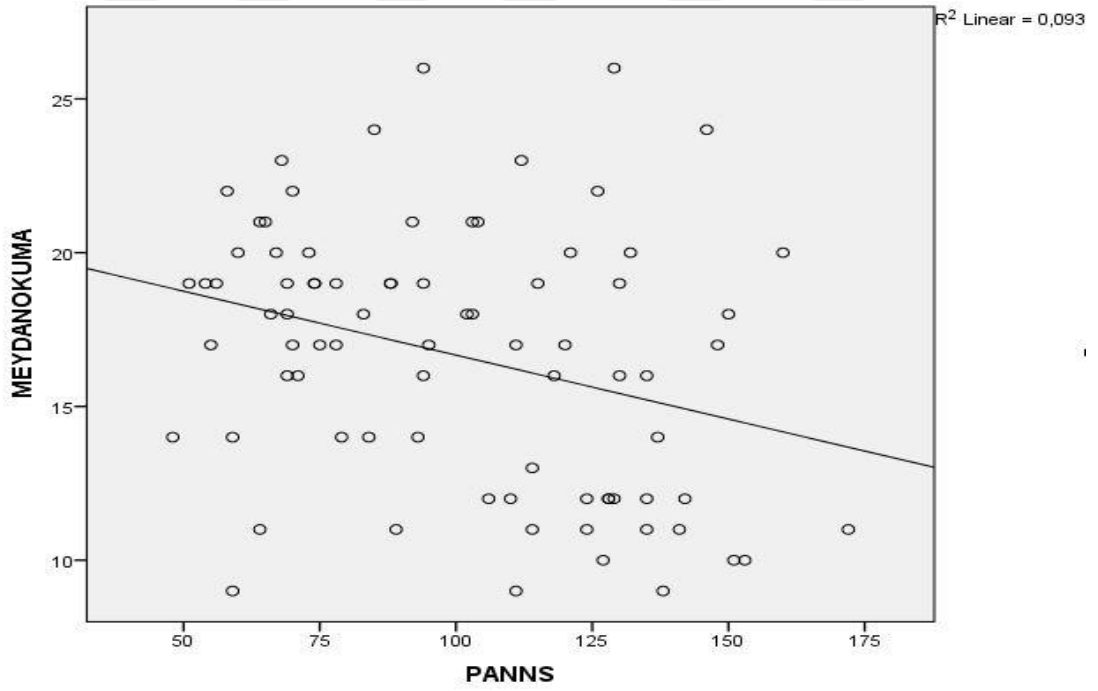
Şekil 4. PANSS ve Beck Depresyon Ölçeği Korelasyon Grafiği



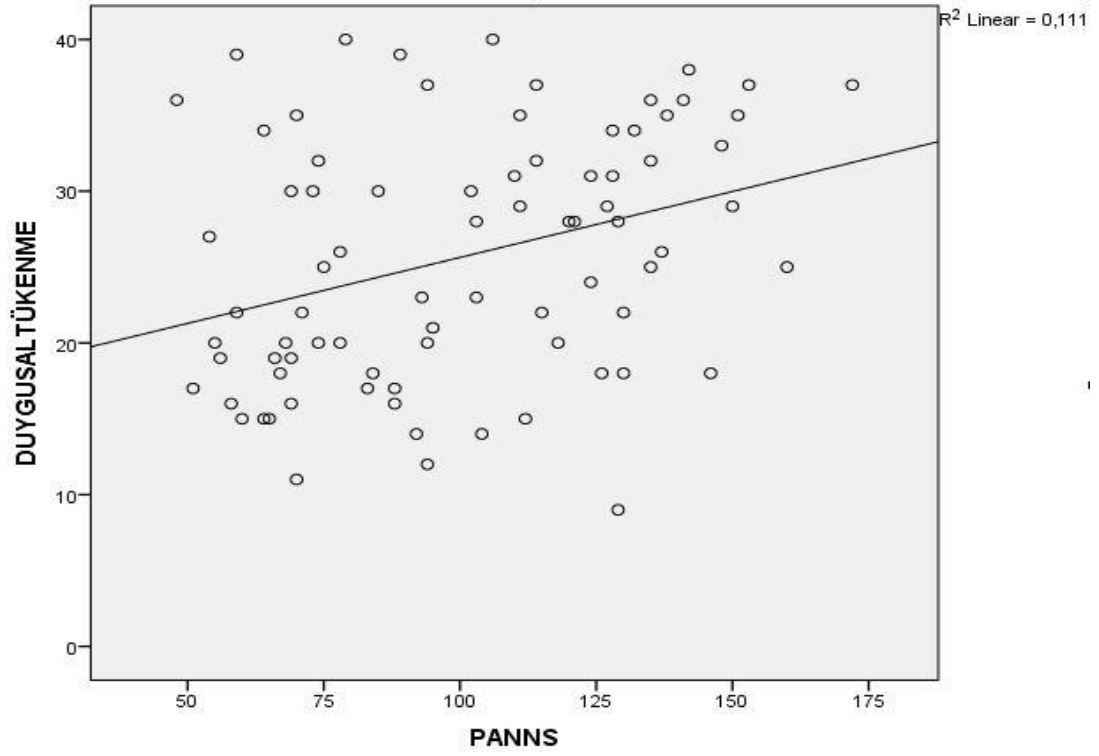
Şekil 5. PANSS ve ‘Kendini Adama’ Alt Boyutu Korelasyon Grafiği



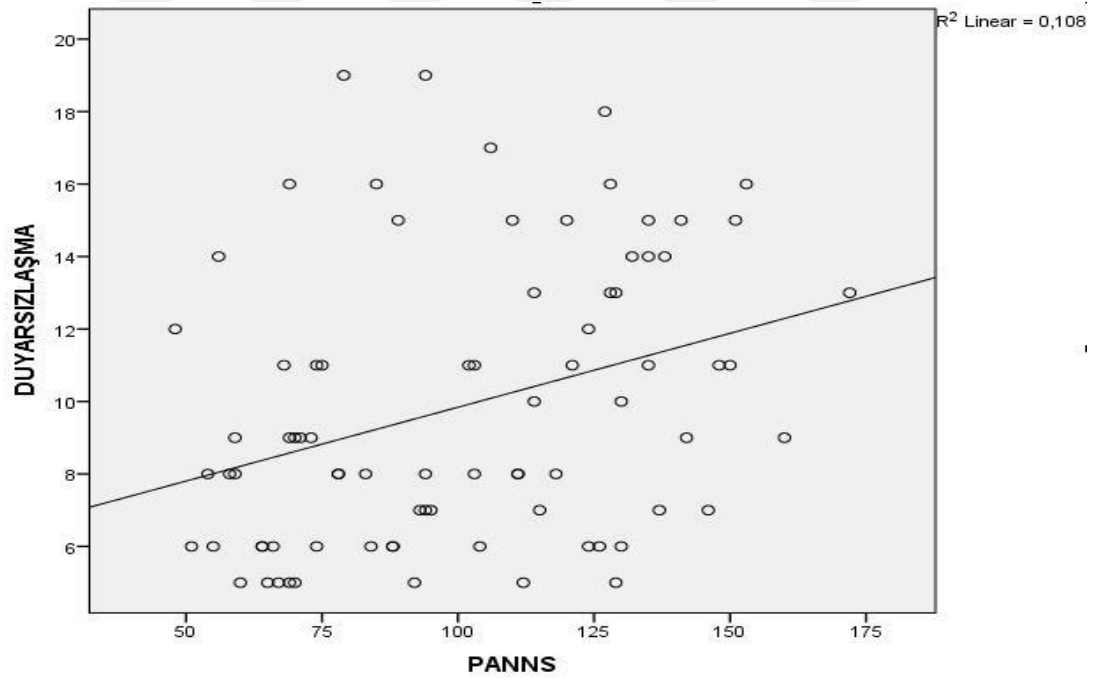
Şekil 6. PANSS ve ‘Kontrol’ Alt Boyutu Korelasyon Grafiği



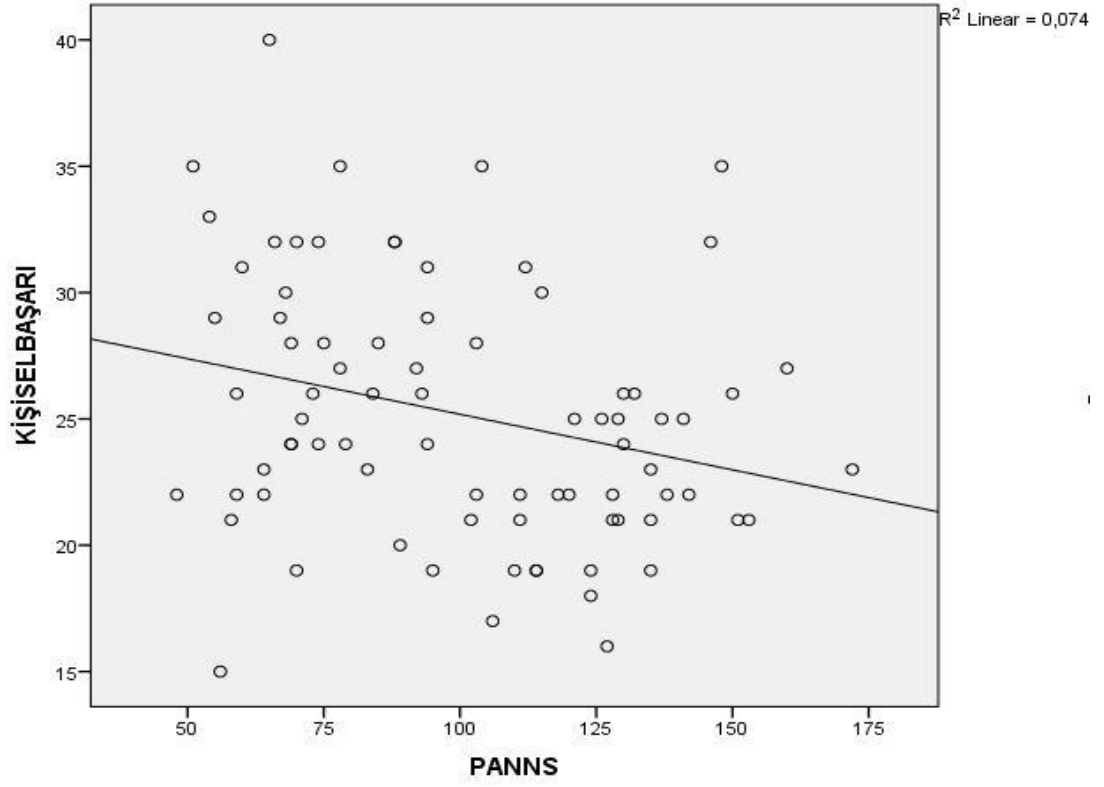
Şekil 7. PANSS ve ‘Meydan Okuma’ Alt Boyutu Korelasyon Grafiği



Şekil 8. PANSS ve ‘‘Duygusal Tükenme’’ Alt Boyutu Korelasyon Grafiği



Şekil 9. PANSS ve ‘‘Duyarsızlaşma’’ Alt Boyutu Korelasyon Grafiği



Şekil 10. PANSS ve ‘Kişisel Başarı’ Alt Boyutu Korelasyon Grafisi

5. TARTIŞMA

Şizofreni her toplum ve her ülkede görülebilen, hastalık bulgusu ve seyri kişiye göre fark eden, yaşam kalitesini ve çalışma gücünü etkileyen bir hastalıktır. Şizofreni kronik bir akıl hastalığı olduğu için, hastalık süresi bakım verenler için de uzun ve yıpratıcıdır (192). Hem ülkemiz de hem de başka ülkelerde yapılan çalışmalarda, bu hastalığın, hasta kadar yakınının da hayatında bazı problemlere neden olabileceği gösterilmiştir. Çünkü şizofreni kişiyi olduğu kadar bakımvereni de fiziksel, duygusal, bilişsel ve psikolojik açıdan etkileyen; özbakım, üretkenlik ve serbest zaman faaliyetlerine katılımlarını bozan; sosyal, mesleki ve kültürel yaşamlarını etkileyen bir hastalıktır (193). Ancak bakımverenlerdeki yeti yitimi çoğunlukla önemsenmemektedir. Bakım verenlerin problemlerle başa çıkma mekanizmaları ve hastayla iletişim biçimleri şizofreni tanılı bireylerde de hastalığın seyrini etkileyen önemli faktörlerden biridir (194).

Bu düşünce ile çalışmamızda şizofreni hastalarına bakım verenlerin psikolojik dayanıklılık düzeyinin sosyodemografik özelliklerle, tükenmişlik düzeyi ve depresyon ile arasındaki ilişki incelenmiş olup bu parametreler kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır.

Çalışmamıza katılan kişiler, şizofreni hastalarına bakım verenler ve kontrol grubu olarak iki gruba ayrılmış olup, yaş ve cinsiyet bakımından eşleştirilmiş olması çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir.

Bu çalışmada bakım verenlerdeki cinsiyet dağılımı eşit olarak bulunmuştur. Literatüre bakıldığında hastaların bakımını daha çok kadınların üstlendiği gösterilmiştir (195). Örneğin, İngiltere’ de bakım verenlerin %58’inin kadın, Uzakdoğu’daki çalışmalarda bakım verenlerin yaklaşık %70’inin kadın olduğu bildirilmiştir (196, 197). Literatür tarandığında, ailedeki kadınların hastanın bakımından öncelikli sorumlu olan kişiler oldukları belirlenmiştir (198). Ankara’ da yapılan bir çalışmada da hasta yakınlarının %71’ si kadın, %29’u erkek olarak

bulunmuştur (199). Bu durum kadınların depresyona maruz kalma riskini arttırmaktadır.

Çalışmamızda, bakım verenlerin 29'u anne/baba, 27'si eş/çocuk, 20'si kardeş ve 4'ü ise akrabasıdır. Şizofreni tedavisinde düzenli takip ve ilaç kullanımının önemi bilindiğinden, ailelerin; hastaların bakımında birinci derecede sorumlu olduğu düşünülebilir. Bu durum ise şizofreni tanılı bireyler için birinci derece yakınların, en önemli destek kaynağı olarak görülmesine ve ailelerin yük ve sorumluluklarının çoğalmasına neden olmuştur (200). Bir çalışmada bakım verenlerin hasta ile yakınlık derecesi %23,8'i eşi, %28,0'ı çocuğu, %27,4 anne ve babası olarak belirlenmiştir (170). Gülseren ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada %35,1'inin anne olduğu görülmüştür (201). Altun ve arkadaşları tarafından yapılmış bir araştırmada, bakım vericilerin % 78'inin kadın ve % 34'ünün eşlerine bakmakta olduğu bulunmuştur (202). Ülkemizde, yakın aile ve akrabalık bağlarından dolayı bakım verenlerin büyük çoğunluğu aile üyelerinden ve yakın akrabalarından oluşmaktadır.

Bu çalışmada bakım verenlerin %77,5'i hasta ile aynı evde yaşamaktadır. Bakım verenlerin %27,5'inde evde bakıma muhtaç başka biri daha bulunmaktadır. Ülkemizde şizofreni tanılı bireylerin büyük kısmı ailesi ile beraber yaşamaktadır (203). Sakarya'da yapılan bir çalışmada bakım verenler %80,6'sı hasta ile aynı evde yaşadığını ifade etmiştir (199). Bakım verenlerin büyük çoğunluğunun aile bireylerinden oluşması nedeniyle hastalık tanısı öncesi ve sonrasında aynı evde yaşama oranı ve gün içinde birlikte geçirilen süre miktarı genellikle oldukça yüksek oranda bulunmaktadır.

Yaptığımız çalışmada katılımcıların %11,3'ü psikiyatrik hastalık tanısı, %31,9'u fiziksel hastalık tanısı almış idi. Duygusal ve fiziksel yük, hastaya bakım verenlerin daha fazla kaygı bozukluğu ve çökkünlük yaşamalarına, sağlıklarının bozulmasına, daha fazla doktor başvurularına ve daha fazla psikotrop ilaç kullanmalarına neden olmaktadır. Bakım verenin çökkünlüğüne katkıda bulunan etkenler, bakım verenin hastanın eşi olması, bakım veren ile hastanın önceki ilişkileri, bakım verenin sağlık sorunları gibi faktörler olarak belirlemişlerdir (204).

Çalışmamızda bakım verenlerin %41,3'ü istemeden de olsa hastaya sözel şiddet, %6,3'ü de fiziksel şiddet uygulamış idi. Karancı, yaptığı bir çalışmada, hasta yakınlarının yaşamlarında en sık karşılaştıkları problemlerin, aile yaşamındaki çatışmalar ve aksamalar olduğunu bildirmiştir (205). Hasta ile zaman geçirme esnasında, hastada davranışlarını kontrol edememe ile ortaya çıkan psikotik semptomlar ile hastalığı dayandırılan davranışlar görülüyorsa, ailede sıkıntı ve kızgınlık duygusu daha belirgin yaşanmaktadır. Kızgınlık ile ilgili hisler genellikle şizofreninin silik semptomları olan duygusal kısıtlılık, sosyal içe çekilme ve dürtüsellikle ilgilidir (192). Bakım verenlerle yapılan çalışmalarda, bu sürecin anlaşmazlıklara neden olabileceği belirtilmektedir. Awad ve Voruganti'nin yaptığı bir çalışmada bakım veren ailede boşanma ile ayrılık hastalara, uygulanan şiddetin bir sonucu olarak genel ortalamanın üzerinde bulunmuştur (192).

Hastaların %58,8'inin ilaçlarını düzenli kullandığı ve %27'5'nin ek hastalığı olduğu tespit edildi. Tel tarafından yapılan çalışmada hastaların %59,2'si ilaçlarını düzenli kullanmaktaymış (170). Hastane dışındaki dönemde hastaların %41,2'sinin ya düzensiz ilaç kullandığı ya da hiç kullanmadığı belirtilmiştir. Halbuki düzenli ilaç kullanılmaması atakların sıklaşmasına, hastalığın nüks etmesine, hastalığın gidişinin ve yaşam kalitesinin negatif yönde etkilenmesine neden olmaktadır (206, 207).

Hastaların %60'ının kendine zarar verdiği, %61,3'ünün başkasına şiddet uyguladığı ve %33,8'inin intihar girişiminde bulunduğu belirlendi. Şizofrenide intihar olasılığı her zaman var olan ve korkulan bir durumdur. Klinik semptomlara ikincil olarak gelişen depresyon ve sosyal geri çekilme şizofrenide kendine zarar verme riskini arttırmaktadır (207).

Çalışmamızda duygusal tükenme $25,68 \pm 8,21$ (min-maks:9-40), duyarsızlaşma $9,86 \pm 3,89$ (min-maks: 5-19), kişisel başarıda düşme $25,16 \pm 5,09$ (min-maks:15-40) olarak bulundu. Maurin ve Boyd hastalığın yükünü, ailenin karşılaştığı duygusal bedel olarak tanımlamıştır (170). Şizofrenilerde bu bedeller, sosyal izolasyon, ev içinde kapatılmış olma, hastalar için sorumluluk hissetme ve hastaların davranışlarına yönelik yakınları tarafından hissedilen duygusal stres olarak ifade edilmektedir (170, 208, 209). Angermeyer ve ark. psikiyatrik hasta yakınlarında duygusal tükenme ve kişisel başarıda düşme puanlarının daha yüksek, Özlü ve ark. şizofreni hasta yakınında

duygusal tükenme ve kişisel başarıda düşme puanlarının daha yüksek, Özel-Kızıl ve Yılmaz psikiyatrik hasta yakınlarında duygusal tükenme ve kişisel başarıda düşme puanlarının yüksek olduğunu bulmuştur (210, 211, 212). Kronik ruhsal sorunu olan bireylere bakmak sıkıntılı bir süreç olmakla birlikte bakım verici için fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel boyutta önemli bir yük oluşturmaktadır (210, 212). Kronik ruhsal rahatsızlıklar, hasta yakınlarında psikolojik ve emosyonel sıkıntı, fiziksel hastalık, ailenin bölünmesi, sosyal ve cinsel ilişkilerde bozulma, sosyal faaliyetlerin azalması ve maddi sıkıntılar yaratabilmektedir (213). Bu zorluklar sonucu sorumluluğu üstlenen bireyler tükenmişlik yaşayabilmektedir.

Çalışmamızda medeni durum ile ölçek sonuçları arasındaki ilişkiyi karşılaştırdığımızda, evli olanların psikolojik dayanıklılık ölçeğindeki puanları, depresyon düzeyi ve tükenmişlik ölçeğindeki kişisel başarı bölümündeki skorlar daha yüksek idi. Bekar olanların ise, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alanında tükenmişliği daha fazla idi. Tunç ve ark. yaptığı bir çalışmada, evli bireylerin daha çok duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşadıkları, düşük kişisel başarı hissi kategorisinde farklılık olmadığı görülmüştür. Yapılan bir çalışmada, evli bireylerin kişiler arası iletişim kurabilme becerisinin sorunlarla baş etme mekanizmasının daha gelişmiş olduğunu, bekar bireylerin aile ortamından uzak olmaları ve yalnız olmaları psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha düşük olmasına yol açabileceğini bildirmişlerdir (214).

Eğitim düzeyi ve gelir düzeyi yüksek olanlarda Beck Depresyon Envanteri'nde alınan puanın anlamlı düzeyde düşük olduğu, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin tüm alt boyutlarından ise anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı görülmüştür. Gelir düzeyi yüksek olanlarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin 'Duygusal Tükenme' ve 'Duyarsızlaşma' alt boyutlarından anlamlı düzeyde daha düşük puan aldıkları bulunmuştur. Maslach Tükenmişlik Ölçeği ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Benzie ve Masten'in yaptığı çalışmalarda da iyi eğitim ve yüksek gelir düzeyi dayanıklılık için koruyucu etkenler olarak görülmektedir (205). Ayrıca, bakım verenlerin eğitim düzeyi arttıkça ebeveynin şizofreni hakkında bilinçlenme, başa çıkma ve çözüm yolları arama yöneliminin arttığı ve bu etkinin de ailelerin öz yeterlilik algısını pozitif anlamda etkileyerek dayanıklılığı güçlendirdiği düşünülebilir. Şizofreni tanısı konmuş yakını olan ailelerde yapılan güncel

Çalışmalarda da ekonomik zorlanmanın ailelerde stresi artırdığı rapor edilmiştir. Maddi yetersizliğin, şizofreni tanılı bireyin bakım sürecini de olumsuz etkileyerek dolaylı olarak bakım verenlerin psikolojik dayanıklılıkları için risk oluşturabileceği düşünülebilir (198).

Yaptığımız çalışmada cinsiyeti kadın olan bakım verenlerin depresyon ölçek puanları, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçek puanları daha yüksek bulundu. Erkek bakım verenlerin, kadınlara göre psikolojik dayanıklılık skorları daha yüksek idi. Erkeklerin, yeni insanlarla tanışıp arkadaşlık kurabilme becerisini yansıtan tutum ve davranışları kadınlara kıyasla çok daha sık ortaya koydukları söylenebilir. Bu durumun kadınların ve erkeklerin özellikle toplumumuzda var olan geleneksel kadın ve erkekler rolleri sebebiyle olaylara farklı yaklaşımlarından kaynaklandığı; erkeklerin kadınlara nazaran duygusal davranışlardan kaçınarak daha çok mantıksal tepkiler verdikleri belirtilmektedir (215). Yapılan çalışmalarda, hastaların bakımından sorumlu olan kişilerin daha çok ailedeki kadınlar ve hastaların eşleri olduğu belirtilmektedir (216). Kadınların bakım verme sorumluluğunu üstlenmesinin en önemli nedeni; genellikle toplumlar tarafından ev işleri ve aile ile ilgili işlerin kadının işi olarak görülmesi, kadınların karakter yapısı nedeni ile daha merhametli, daha duyarlı davranmaları, samimi ve güçlü ilişki kurabilme kapasitelerine sahip olmaları ve erkeklere oranla bakım vermenin zorlukları ile daha iyi baş edebilecekleri fikri olabilir. Ayrıca elde edilen sonuç kadınların çoğunun ev hanımı olması, düzenli işlerinin ve gelirlerinin olmaması, sosyal çevrelerinin daha kısıtlı ve sosyal desteklerinin yetersiz olmasıyla ilgili olabileceğini düşündürmektedir. Gülseren ve ark. tarafından yapılan çalışmada hastanın erkek, bakım verenin kadın olması ile bakıcı yükü arasında ilişki bulunduğunu bildirmişlerdir (201). Barusch ve Spaid kadınların bakım sırasında subjektif tepkilerinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (217).

Çalışmamıza katılan bireylerde ilgilendikleri hastalara sözel şiddet uygulayanlarda depresyon düzeyinin anlamlı düzeyde yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Ayrıca sözel şiddet uygulayanlarda Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin 'Kendini Adama' ve 'Meydan Okuma' alt boyutları ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin 'Duygusal Tükenme' ve 'Duyarsızlaşma' alt bölümlerinden daha yüksek puan aldığı, 'Kişisel Başarı' bölümünden ise daha düşük puan aldığı görülmüştür. Yapılan çalışmalarda, bakım veren olmanın, yaşanan ruhsal sıkıntılara katkıda bulunması,

hastalıkla baş etmeyi zorlaştırması ve kişilerin sosyal açıdan kısıtlanması bireylerin daha fazla tükenmişlik hissetmelerine neden olup şiddete eğilimi arttırabileceği belirtilmiştir (218).

Çalışmamızda, bakım verenin yaşı ile Beck Depresyon Envanteri arasında zayıf düzeyde pozitif, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin 'Kendini Adama' ve 'Meydan Okuma' alt boyutlarında zayıf düzeyde negatif korelasyon saptanmıştır. Daha genç yaştaki bakım verenlerin, psikolojik dayanıklılık düzeyinin daha yüksek olması, henüz bu yaştaki kişilerin bakım verici rolünü tam olarak üstlenmemeleri, eğitim yaşantısının devam etmesi, başka sorumluluklarının olmaması ile açıklanabilir. İleri yaşlardaki bakım verenlerin ailenin geçimi ve bakımını sağlama, evin idaresi, sağlık problemleri ile baş etme gibi sorumlulukları olabilmektedir. Bu durumda ileri yaştaki bakım verenlerin psikolojik dayanıklılık skorları daha düşük olabilir (219).

Bakım verme süresi ile ölçekler arasında korelasyon tespit edilememiştir. Bakım veren yaşı ile tükenmişlik düzeyini incelediğimizde anlamlı farklılık görülememiştir. Tel tarafından yapılan çalışmada 36-45 yaş grubunda duygusal tükenme daha fazla, 18-25 yaş arasında daha düşük idi (170). Yapılan iki çalışmada da bakım verenlerin yaşı arttıkça tükenmişliğin arttığını göstermiştir. Literatür incelendiğinde yaş arttıkça tükenmişliğinde artmasının nedeni; uzun zamandır süren sorumluluk hissini ağırlığı ve ilerde hastaya kimin bakacağını endişesine, toplumun, ruhsal hastalığı olan bireylerin daha zayıf veya tehlikeli oldukları ile ilgili bakışına, bakım verenlerin yaşadıkları damgalanma hissine bağlanmıştır (220). Uzun ve ark. yapmış olduğu bir çalışmada ise yaş ile tükenmişlik arasında korelasyon tespit edilmemiş olup araştırmamızı destekler nitelikte bir sonuçtur. Yaş ile tükenmişlik ilişkisi araştırılan çalışmalarda yaş kesidi farklılığı olabilmektedir (221).

Hasta ile aynı evde yaşayanlarda Beck Depresyon Envanteri'nden alınan puanın anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Hasta ile aynı evde yaşamayanlarda Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Kendini Adama' ve 'Meydan Okuma' alt boyutlarında anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldıkları anlaşılmıştır. Hasta ile aynı evde yaşayanlarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin 'Duygusal Tükenme' ve 'Duyarsızlaşma' alt boyutlarından anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı tespit edilmiştir. Toplum merkezli bakıma geçilmesi ile birlikte psikiyatrik

bozukluklara bağılı yeti yitimiyle yaşamak zorunda kalan bireyler aileleriyle birlikte yaşamaya zorunlu hale gelmişlerdir. Bu zorunluluk nedeniyle hastasının bakımıyla 24 saat ilgilenmek zorunda kalan bakım vericilerde bazı zorlanmalar ortaya çıkabilmektedir (111). Aydın ve arkadaşları, günlük bakım verme süresiyle aile üyelerinin depresyon belirti şiddetinin ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Aynı evde yaşayan bakım verenlerin aynı evde yaşamayanlara göre; sorumluluklarının artması, bakım vermede yetersizlik hissetmesi, kronik ruhsal hastalığa bağılı hastalığın tam olarak düzelmemesi sonucu hayal kırıklığı yaşaması, hastaya öfke duyması, geleceğe yönelik ümitsizlik yaşaması ve benlik saygısında düşme sonucunda depresyon ve tükenmişlik riskini artmaktadır (210). Aile üyelerinin ruhsal sıkıntıları hastalıkla başa çıkmayı zorlaştırarak daha fazla yük hissedilmesine neden olabileceği gibi hasta bir aile üyesiyle birlikte yaşıyor olma da süreğen bir stres etmeni olarak psikolojik dayanıklılık düzeylerini azaltmaya yatkınlık yaratabilir (222). Ayrıca, hasta yakınlarının hastalık öncesi dönemde sürdürdükleri etkinliklerden vazgeçmeleri sosyal izolasyon ve depresyona yol açabilir. Hastanın içe çekilmesi bu durumu daha da arttırabilir. Hasta yakınlarının ihtiyaçlarının belirlenmesi, toplumsal destek, hasta yakınlarına hastalıkla uygun biçimde başa çıkma konusunda eğitim verilmesi de aile üyelerinin tükenmişliğinin azaltılmasına yardımcı olacaktır (223).

Fiziksel rahatsızlık durumuna göre ölçekleri değerlendirdiğimizde fiziksel rahatsızlığı olanlarda depresyon düzeyinin daha fazla olduğu görülmüştür. Fiziksel rahatsızlığı olanların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin 'Kendini Adama' ve 'Meydan Okuma' alt boyutundan anlamlı düzeyde daha düşük puan aldıkları tespit edilmiştir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Kronik ruhsal hastalığı olan bir bireyle yaşamak, aile üyelerinin beden sağlığını olumsuz etkileyebilir. Aile üyelerinin fiziksel hastalıkları, şizofreni tanılı bir hasta ile başa çıkmayı zorlaştırarak daha fazla yük hissedilmesine neden olabilir (224). Yapılan çalışmalarda bakım verenlerde sürekli doktor kontrolünü ya da medikal tedavi almayı gerektiren bedensel bir hastalığın varlığı depresyon ile ilişkili bulunmuştur. Hasta üyenin çalışamaz duruma gelmesinin yol açtığı gelir kaybı ve sağaltım masrafları aileler için zorlayıcı olabileceği gibi aile üyelerinin süreğen sağlık sorunları da ek bir stres etmeni olarak psikolojik dayanıklılık düzeyini azaltabilir (225).

Çalışmamızda, şizofreni tanılı hastanın hastanede yatış sayısı ile Beck Depresyon Envanteri ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği arasında güçlü düzeyde negatif korelasyon, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin 'Kontrol' ve 'Meydan Okuma' alt boyutlarında güçlü düzeyde pozitif korelasyon, PANSS'ın her 3 alt boyutunda da orta düzeyde negatif korelasyon saptanmıştır. Hastalık süresi ile ölçekler arasında korelasyon bulunamamıştır. Gülseren ve ark. şizofren hastaların bakım vericileri ile yaptığı çalışmada hastalık süresi ve hastanede yatma sayısı ile depresyon puanları arasında pozitif bir ilişki olduğu, hastalık süresi ve hastanede yatma sayısı arttıkça depresyonun da arttığını saptamışlardır. Çalışmamızın sonuçları literatür ile uyumlu olmasa da, şizofreni tanılı hastalarda hastaneye yatış sıklığının artmasıyla bazı alanlarda aile işlevleri düzelirken bazı alanlarda işlevler bozulabilir. Bu durum, hastanede yatış esnasında bakım veren yükünün azalması, bakım verenlerin yalnız olmadığını hissetmesi, hastaların sürekli gözlem altında bulunduğundan uygun olmayan davranışlarına daha etkili bir şekilde müdahale edilmesi, ailenin umudunun artması böylece tükenmişliğinin azalması olarak yorumlanabilir. Psikolojik dayanıklılıkla ilgili yayınların birçoğunda dayanıklı bireylerin zorlu yaşam koşullarına rağmen hayattan kopmayan, bu zorlu koşulların üzerine giden, pes etmeyen, sosyal kaynaklara ulaşma konusunda becerikli bireyler olduğu vurgulanmıştır (201). Bizim elde ettiğimiz sonuçlar, hem hastaneye yatış sırasında hem de ayaktan izlem döneminde ailelerle işbirliği içinde olmanın, ruhsal-egitimsel yaklaşımların, kendine yardım gruplarının ve şizofrenide damgalanmayla mücadele ederek sosyal destek sistemlerini arttırmanın ailenin tükenmişlik düzeyini azaltmada yararlı olacağını desteklemektedir.

PANSS skoru Beck Depresyon Envanteri ile orta düzeyde pozitif, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin her 3 alt boyutu ile orta düzeyde negatif, Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin 'Duygusal Tükenme' ve 'Duyarsızlaşma' alt boyutları ile orta düzeyde pozitif, 'Kişisel Başarı' alt boyutu ile orta düzeyde negatif korelasyon bulunmuştur. CGI skoru ile Beck Depresyon Envanteri arasında orta düzeyde pozitif, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin 'Kendini Adama' alt boyutunda orta düzeyde negatif, Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin 'Duygusal Tükenme' ve 'Duyarsızlaşma' alt boyutları ile orta düzeyde pozitif korelasyon tespit edilmiştir ($p<0,05$). Şizofrenideki silik belirtilerin ailenin tükenmişlik düzeyini ve depresyon düzeyini öngörmede

önemli olduğu, özbakım ve aktiviteyle ilişkili sorunların ise daha fazla sorunu beraberinde getirdiği bildirilmiştir (203, 226). Hastalık şiddeti ve yeti yitimi fazla olduğunda bakım verenin sorumluluğu artmaktadır (227, 228). Klinik özelliklerle ailenin yükü arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada, pozitif belirtilerin, manik/düşmanca tutumların ve yeti yitiminin bakım verenin sorunlarla baş edebilmesini azalttığı bildirilmiştir (228). Pozitif belirtilerin bakım verenlerde daha fazla depresyona sebep olduklarını bildiren çalışmaların yanı sıra, pozitif ve negatif belirtilerin birlikte psikolojik dayanıklılığın azalmasına neden olduklarını bildiren çalışmalar da mevcuttur (229). Gülseren ve arkadaşlarının 239 hasta ve yakınıyla yaptıkları araştırmalarına göre pozitif ve negatif belirtiler, işlevsellik puanları ve anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (201). Gibbons ve arkadaşları pozitif belirtilerin; Raj ve arkadaşları, Gopinath ve Chaturvedi negatif belirtilerin bakım verenin yaşamında daha çok kısıtlılık oluşturduğunu bulmuşlardır (209, 230). Hastaların, bakım verenlere davranış şekillerinin de önemi büyüktür. Hastaların işlevselliklerinin, yaşam kalitelerinin ve nörobilişsel işlevselliklerinin de önemsenmesi gerekmektedir. Sosyal açıdan daha aktif, ev dışında da vakit geçirebilen, bilişsel kapasitesi yeterli olan ve üretken olan, kişiler arası ilişkileri kuvvetli ve bakım verenlerinden gereksinimleri olabildiğince az olan kişilerin bakım verenlerine getirebilecekleri sorumluluk da doğal olarak daha az olacaktır. Bu bulgular, hastalık belirtilerinin tedaviyle kontrol altına alınması ve hastalara yönelik rehabilitasyon çalışmalarının ailenin üzerindeki yükü azaltmada yararlı olacağını desteklemektedir. Bunun yanı sıra, pozitif-negatif belirtilerin doğası ve bu belirtilerle başa çıkma mekanizmaları konusunda ailelere verilecek eğitimler de bakıcı üzerindeki baskıyı azaltmada önemli girişimler olabilir. Aileler toplum temelli sistemlerden memnun olsalar da, uzun vadeli çözüme, eğitime ve ekonomik yardıma ihtiyaçları vardır (231).

Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin alt gruplarından alınan puanlar arttıkça, Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin puanlarının azaldığı görülmektedir. Yaptığımız çalışmada psikolojik dayanıklılık ve tükenmişlik arasında ters ilişki olduğu görülmektedir. Kobasa'nın kişisel dayanıklılık modeline göre, dayanıklılık, değerlendirme ve baş etme stratejilerini kullanarak, stresin negatif yönlerini dengeleyen bir direnç kaynağı olarak hareket eder. Her birey stres etmenini farklı düzeyde algılar. Stresi algılamadaki bu değişkenler tükenmişlikle ters ilişkilidir.

Mccrain ve ark. yaptığı çalışmada, strese maruz kaldıkça hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin artıp, psikolojik dayanıklılığın azaldığı görülmüştür. Simoni ve Schmidt psikolojik dayanıklılığın, tükenmişliği belirlemede belirteç olarak kullanabileğini söylemişlerdir (119).

Bakım verenler ile kontrol grubunu Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin alt gruplarına göre değerlendirdiğimizde, 'Kendini Adama' alt grubunda bakım verenlerin kontrol grubunda göre anlamlı düzeyde daha düşük puan aldıkları tespit edilmiştir. 'Kontrol' ve 'Meydan Okuma' alt gruplarında bakım verenlerin kontrol grubuna göre daha düşük puan aldığı görülmekle birlikte aralarında anlamlı düzeyde fark tespit edilememiştir. Literatürde yüksek düzeyde psikolojik dayanıklılık ve sorunlarla baş etme gibi olumlu özelliklere sahip bireylerin stres yaratan durumlarla karşılaştıklarında sorunları çözme konusunda daha başarılı oldukları ve bu özelliklerinin de bireyler için önemli kişisel koruyucu faktörler olduğu bildirilmektedir. Amerikan Psikoloji Birliği süregelen hastalık durumlarında bireylerin normal yaşantılarının uzun süre aksamaması veya tamamen değişmesi sonucunda bireylerde yalnızlık ve umutsuzluk duygusunun ortaya çıktığını belirtmektedir (215). Şizofreni tanılı hastalara bakım verenlerin, hastalığın kronik gidişli olması ve çoğu bakım verenin aile üyelerinden biri olması nedeniyle günlük hayatının değişmesi, sosyal aktivitelerinin azalması gibi durumlar bakım verenlerin baş etme mekanizmalarını olumsuz etkilemektedir. Psikolojik dayanıklılık ve umut arasında yüksek düzeyde ilişki olduğu ve kişisel koruyucu faktörlerden biri olduğu bildirilmektedir (230).

Günümüzde hastaları daha çok hastane dışında sağaltma eğilimi ve hasta bakımındaki değişim göz önüne alındığında aile yükünü etkileyen etmenler ve yükü azaltmaya yönelik girişimlerin neler olduğuyla ilgili çalışmalar önem kazanmaktadır. Hastalık belirtilerinin kontrol altına alınması, hastaların sosyal işlevselliklerinin artırılması, hasta yakınlarının anksiyete-depresyon düzeylerini azaltmaya yönelik girişimler, sağlık personeli desteğini de içeren iyi bir sosyal destek, hasta yakınlarına hastalıkla uygun biçimde başa çıkma konusunda eğitim verilmesi aile üyelerinin yükünün azaltılmasına yardımcı olacaktır. Ailelere yönelik girişimler hastaneye yatış dönemiyle sınırlı kalmamalı, ailelerin hastalığın her aşamasında yardıma gereksinim duydukları unutulmamalıdır.

Bu çalışmanın poliklinikte izlenen hastalarla yürütülmüş kesitsel bir çalışma olması araştırmanın başlıca kısıtlılığıdır. Çalışmanın örnekleminin küçük olması da önemli bir engeldir. Daha büyük bir örneklemin daha genellenebilir sonuçlar ortaya koyması beklenir.

Çalışmamız sonucunda hasta ile aynı evde yaşıyanların, ek fiziksel rahatsızlığı olanların, ileri yaşı ve PANSS skorunun artmasının bakımverenlerin psikolojik dayanıklılık düzeyini azalttığı, tükenmişlik ve depresyon düzeyini ise artırdığı, bakım verenlerde kontrol grubuna göre depresyon düzeyinin daha yüksek, psikolojik dayanıklılığın ise daha düşük olduğı bulunmuştur.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Şizofreni, oldukça yıpratıcı semptomları olan bir psikiyatrik hastalık olarak kabul edilir ve rahatsız edici düşünce içeriği, düşünme şekli, algılar, duygular, kendini algılama, motivasyon, davranış ve davranışlarla ilişkili en ciddi psikiyatrik bozukluklardan biridir. Şizofreni tanısı dünya nüfusunun %1' inde olduğuna göre, pek çok aile üyesinin yüksek düzeyde stres yaşadığı düşünülebilir. Son yapılan çalışmalar şizofreninin zorluğuyla baş etmede aileye destek sağlamanın olumlu etki yaptığını göstermiştir. Toplum temelli aile destek grupları, kendine yardım organizasyonları, hastalık ve onun tedavisi hakkındaki bilgi paylaşımı ve hastalık yönetim programları düzenli olarak yapılırsa bile, şizofreni hastalığı bakım verene, aileye ve toplumu da ciddi bir şekilde etkilemektedir. Kronik stres aile üyelerinin mental sağlığını riske sokar, bu nedenle şizofreni hastalarının yakınlarında stresi azaltmaya yönelik aile merkezli girişimler önem kazanmaktadır. Çünkü aileler bir yandan hasta sağlığını etkilerken bir yandan da psikiyatrik bozuklukların gelişimine katkı sağlayabilir.

Psikolojik esneklik, olumsuz koşullar altında psikopatolojinin gelişmesine karşı bir önlem olarak öne sürülen bir kavramdır. Esneklik, sıkıntı ve zorluklarla karşı karşıya kalındığında, görece sağlıklı bir durumu sürdürme veya stres öncesi mevcut sağlık düzeyini geri kazanma yeteneği olarak tanımlanabilir. Bunu, yalnızca olumsuzluğu karşı bir zayıflık ya da ona karşı bir direnç olarak düşünmek yerine, esnekliğin hem zayıflığa hem de dirençle bağlantılı bir kavram olarak düşünmek daha doğrudur. Son zamanlarda yapılan çalışmalar, psikolojik esnekliğin hem doğuştan hem de dış çevresel faktörlerin bir işlevi olduğunu bulmuştur. Yoksulluk, ebeveyn korumasının eksikliği, şiddet, istismar ve hastalık, bir kişinin direncini zayıflatır ve bu özelliklere risk faktörleri denir. Problem çözme yetenekleri, empati, öz yeterlik, iyimserlik ve aile desteği, kişinin direncini güçlendirir ve bu niteliklere koruyucu faktörler denir. Bu çeşitli faktörlerin etkileşimi sayesinde, esneklik stresin neden olduğu hasarı azaltır. Böylece, esneklik bir kişinin daha aktif hale gelmesini ve risk

faktörlerinin üstesinden gelmek için sosyal olarak mevcut stratejilerden faydalanmasını sağlar. Son araştırma bulgularına göre, esneklik, mizaç ve karakter gibi birçok değişkenden ve problem çözme yeteneği gibi spesifik becerilerden oluşan çok boyutlu bir kavramdır. Psikolojik dayanıklılık geliştirilebilen, dinamik ve öğrenilebilen bir süreçtir. Aile gelirine katkıda bulunulması, ailenin topluluklarda destek bulması, ailenin iletişim tarzının destekleyici ve doğrulayıcı olması, ailenin bir arada olması gibi faktörler profesyoneller tarafından şizofreni üyesi olan bir ailenin esnekliğini ve işleyişini arttırmak için kullanılabilir.

Çalışmamızda bakım verenlerde bozuklukla ilişkili faktörlere göre değişen derecelerde depresyon ve tükenmişlik saptanmıştır. Klinikte daha çok hastalık ve hastaların durumuyla ilgilenilmekte ve büyük ölçüde hasta yakınları göz ardı edilmektedir. Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin hastalığın seyri, prognozu, tedaviye uyumu, relaps, hastaların sosyal işlevselliği üzerindeki etkileri açıkça gösterilmiştir. Ancak birçok toplumda olduğu gibi bizim toplumumuzda da kronik ruhsal hastalıklara bakım verenlere psikolojik destek ve tıbbi tedavi öneren bir rehber bulunmamaktadır. Yine diğer ülkelerdeki gibi bizim ülkemizde de hastalara bakım sağlayacak standart bir destek sistemi bulunmamaktadır. Standardize edilmiş bir sistemin bulunması, bakım verenlerdeki tükenmişliği ve böylece hastaların sağlık sistemi üzerindeki yüklerini azaltabilir.

Bazı aileler diğer ailelere göre hastalığın yükü ile daha iyi baş edebilmektedirler. Literatürün çoğu bakım yükündeki negatif etkiye odaklanmıştır. Bakım yükü ile baş etmede pozitif bakış açısı etkili gibi görünmektedir. Bu anlamda bakım verenin kişilik yapısı ve baş etme mekanizmaları belirlenmelidir. Bakım yükünde bakım verenin işlevsellik düzeyi, yaşam kalitesi ve memnuniyet durumu da etkilidir. Kültürel yapının da bu dönemde önemi vardır. Yük ile ilgili araştırmalar bakım yükü kavramını yalnızca anlamamıza değil, aile müdahaleleri için strateji belirlememize de katkı sağlayacaktır. Ayrıca aile üzerindeki baskıyı azaltmada aile müdahale yöntemlerinin ülke çapında kullanılabilmesi için psikiyatrik sağlık çalışanları yasal düzenlemelerde daha etkili olmalı ve aile müdahalelerinin bütçe uygulamalarında ödemelerinin yapılabilmesi için araştırmalarıyla yasa yapıcılarına

geri bildirimlerde bulunmalı ve psikiyatrik rehabilitasyon hizmetlerinin ülke politikası olarak yaygınlaşmasına yönelik ruh sağlığı hareketine katkı sağlamalıdır.

Sonuç olarak; şizofrenili hastalar ve aileleri hastalığın tedavisi, seyri sırasında duygusal, sosyal, maddi birçok problemle karşılaşmakta ve bu sorunlarla baş etmede desteklenmeye, iş birliğine gereksinim duymaktadırlar. Son zamanlarda ülkemizde, hasta ve yakınlarının ruh sağlığı hizmetlerinin düzenlenmesinde gittikçe artan biçimde fikir belirttikleri, dayanışma grupları oluşturdıkları bilinmektedir. Toplum ruh sağlığı merkezlerinin hizmet alanının geliştirilmesi, damgalamayla etkili mücadele edilmesi, sadece sağlık çalışanlarının değil, tüm toplumun bilgilendirilip genel sağlık hizmetleriyle bütünleşmiş şekilde ruh sağlığı hizmetlerinin verilmesi uygun olacaktır. Toplum temelli uygulamalarda, dünyadaki bilimsel gelişmeler takip edilebilir, ulusla ve yerel ihtiyaçlar belirlenip, bireyin ve çevresinin ihtiyaçları, sınırlılıkları, kapasitesi ve fırsatları düşünülerek uygulamalar yapılabilir. Bu uygulamaların düzenli değerlendirmelerle gelişme içinde tutulması ve konuyla ilgili farkındalığın artırılması, bakım verenlerde tükenmişlik ve depresyonu azaltmada ve psikolojik dayanıklılık düzeylerini arttırmada yardımcı olabilir.

Ruh sağlığı çalışanlarına düşen görev ise; tedavinin yanı sıra, hastalar ve hasta yakınlarının, karşılaşılabilecekleri olası problemler hakkında bilgilendirmelerini sağlamak ve doğru yaklaşım ve davranışların geliştirilebilmesi için yönlendirmek olmalıdır. Hastalık belirtilerinin kontrol altına alınması, hastaların sosyal işlevselliklerinin arttırılması, hasta yakınlarına hastalıkla uygun biçimde başa çıkma konusunda eğitim verilmesi aile üyelerinin yükünün azaltılmasına yardımcı olacaktır. Bu konudaki araştırmalar gittikçe önem kazanmaktadır ve sağlanacak bilgiler hastalar ve yakınları için doğru yaklaşımların geliştirilebilmesi açısından yol gösterici olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Chan SW. Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. Archives of psychiatric nursing. 2011;25(5):339-49.
2. Mollaoğlu M, Tuncay FÖ, Fertelli TK. İnmeli hasta bakım vericilerin bakım yükü ve etkileyen faktörler. Deuhyo Ed. 2012;4(3):125-30.
3. Işık Ş. Psikolojik dayanıklılık ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. The Journal of Happiness & Well-Being. 2016;4(2):165-82.
4. Health WFoM. Caring for the caregiver: Why your mental health matters when you are caring for others. WFMH Woodbridge, VA; 2010.
5. Florian V, Milkulincer M, Taubman O. Does Hardiness Contribute to Mental Health During A Stressful Real-life Situation? The Roles of Appraisal and Coping. Journal of Personality and Social Psychology. 1995;68(4):687-95.
6. Shepherd S, Depp CA, Harris G, Halpain M, Palinkas LA, Jeste DV. Perspectives on Schizophrenia Over the Lifespan: A Qualitative Study. Schizophr. 2011; 38(2):295–303.
7. Tümlü Ü. Psikolojik dayanıklılık düzeyleri farklı üniversite öğrencilerinin temas engellerinin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2012.
8. Lasebikan V, Ayinde O. Effects of psychopathology, functioning and anti-psychotic medication adherence on caregivers' burden in schizophrenia. Indian journal of psychological medicine. 2013;35(2):135.
9. Akbay E. Şizofreninin temel nörobiyolojisi-psikofarmakoloji. 1. baskı. Ankara. 2010;354.
10. Taş C. Şizofreni hastalarında dürtüsellik ve uyku bozukluğu arasındaki ilişki (Uzmanlık Tezi). Diyarbakır. 2015.

11. Colp R. History of Psychiatry. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. Baskı, cilt 2, B Sadock, V Sadock (Ed). Philadelphia.2005; p.4013-17
12. Soygür H. CS. Damgalama ve Ruh Sağlığı: Tarihsel süreç içinde bir bakış, stigma: ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama. İzmir: Meta Basım; 2007; s. 33-6.
13. Adasal R. Psikozlar, Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları; 1955; s.294.
14. Özmenler N, Battal S. Şizofreni tarihçesi, Şizofreni dizisi, N Yüksel (Ed), Çizgi Tıp Yayınevi; 1998; s. 217-81.
15. Kültür S. vML. Şizofreni. In: Güleç C. KE, editor. Psikiyatri Temel Kitabı. 2 ed. Ankara: HYB Basım Yayın; 2007; s. 184-204.
16. Erkoç S, Oral T. Şizofreninin tarihçesi 1.ed, İstanbul,:Okyanus Yayınları;1998.
17. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. 1. Baskı, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 2007; s.500.
18. Soygür H. Damgalama ve Ruh Sağlığı: Tarihsel süreç içinde bir bakış In: O T, editor. Stigma: Ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama. İzmir: Meta Basım; 2007; s. 41-59.
19. Buchanan R, Carpenter J. The concept of schizophrenia. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. Baskı, cilt 2, B Sadock, V Sadock (Ed), Philadelphia; 2005; p.1329- 45.
20. Öztürk O. Şizofreni, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 8. Baskı, Ankara: Feryal Matbaası; 2001; s. 217- 81.

21. Zimmerman M, Spitzer R. Psychiatric classification. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. ed.2, cilt 2, B Sadock, V Sadock (Ed), Philadelphia; 2005; p.1003- 34.
22. Köroğlu E. AP Birliği. DSM-5 tanı  l  tleri başvuru el kitabı. ( ev) Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013;158.
23. Saha S, Chant D, Wellham J ve ark. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. PLoS ed; 2005; 2: e141.
24. Binbay T, Ulas H, Elbi H ve ark. The psychosis epidemiology in Turkey: a systematic review on prevalence estimates and admission rates. Turk Psikiyatri Derg. 2011; 22: 40-52.
25. Sham PC, Maclean CJ ve Kendler KS A typological model of schizophrenia based on age at onset, sex and familial morbidity. Acta Psyciatr Scand. 1994; 89: 135-41.
26. Hafner R, an der Heiden W, Behrens S ve ark. Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia. Schizophr Bull. 1998;24: 99-113.
27. Howard R, Rabins PV, Seeman MV ve ark. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis; an international consensus. The International Late-Onset Schizophrenia group. Am J Psychiatry. 2000;157: 172-78.
28. Aleman A, Kahn RS ve Selten JP Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2003; 60: 565-71.
29. Binbay T, Alptekin K, Elbi H ve ark. Lifetime prevalence and correlates of schizophrenia and disorders with psychotic symptoms in the general population of ,Izmir, Turkey. Turk Psikiyatri Derg. 2012; 23: 149-60.
30. I ık E, Taner E, I ık U. Güncel klinik psikiyatri. Ankara: Organon yayınevi; 2008:81-115.
31. Işık E. Güncel  izofreni. 2.basım, Ankara: Organon Yayınevi; 2006; s.12-5.

32. Agerbo E, Byrne M, Eaton WW ve ark. Arch Gen Psychiatry. 2004; 61: 28-33.
33. Van Os J, Interactions ENoSNftSoG-E. Schizophrenia aetiology: do gene-environment interactions hold the key? Schizophrenia research. 2008;102(1-3):21-6.
34. Köroğlu E GC. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. ed. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007.
35. Öztürk M, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları (Mental health and disorders). Ankara, Turkey: Nobel; 2008.
36. Kringlen E. Twin studies in schizophrenia with special emphasis on concordance figures. Am J Med Genet. 2000; 97:4.
37. Lewis CM, Levinson DF, Wise LH, DeLisi LE, Straub RE, Hovatta I, et al. Genome scan meta-analysis of schizophrenia and bipolar disorder, part II: Schizophrenia. The American Journal of Human Genetics. 2003;73(1):34-48.
38. Jurewicz I, Owen RJ, O'Donovan MC, Owen MJ. Searching for susceptibility genes in schizophrenia. European Neuropsychopharmacology. 2011;11(6):395-98.
39. Levinson DF. Meta-analysis in psychiatric genetics. Current Psychiatry Reports. 2005;7(2):143-52.
40. Bromet EJ, Dew MA, Eaton W. Epidemiology of psychosis with special reference to schizophrenia. Textbook in psychiatric epidemiology. 1995;283-300.
41. Van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Vollebergh W. Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. Archives of general psychiatry. 2001;58(7):663-8.
42. Eaton W, Harrison G. Ethnic disadvantage and schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2000;102(407):38-43.
43. Van Os, Linscott RJ ve ark. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum. Psychol Med. 2009; 39:179-95.

44. McGrath J. Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology–the NAPE lecture . *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005;111(1):4-11.
45. Susser E, Neugebauer R, Hoek HW, Brown AS, Lin S, Labovitz D, et al. Schizophrenia after prenatal famine. Further evidence. *Arch Gen Psychiatry*. 1996 Jan ;53(1):25–31.
46. Nasrallah H, Smeltzer D. The patient with schizophrenia. Pennsylvania: Handbooks in Health Care Co. 2003.
47. Brown AS ve Derkits EJ. Prenatal infection and schizophrenia: a review of epidemiologic and translational studies, *Am J Psychiatry*. 2010;167: 261-80.
48. Dalman C, Allebeck P. Paternal age and schizophrenia: further support for an association. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(9):1591-2.
49. Abel KM, Heuvelman HP, Jorgensen L ve ark. Severe bereavement stress during the prenatal and childhood periods and risk of psychosis in later life: population based cohort study. *BMJ*. 2014; 348: 7979.
50. Dalman C, Thomas HV, David AS, Gentz J, Lewis G, Allebeck P. Signs of asphyxia at birth and risk of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*. 2001;179(5):403-8.
51. Kotlicka-Antczak M, Gmitrowicz A, Sobów TM, Rabe-Jabłońska J. Obstetric complications and Apgar score in early-onset schizophrenic patients with prominent positive and prominent negative symptoms. *Journal of psychiatric research*. 2001; 35(4):249-57.
52. Kelly BD, Feeney L, O’Callaghan E, Browne R, Byrne M, Mulryan N, et al. Obstetric adversity and age at first presentation with schizophrenia: evidence of a dose-response relationship. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(5):920-2.
53. Welham J, Isohanni M, Jones P, McGrath J. The antecedents of schizophrenia: a review of birth cohort studies. *Schizophr Bull*. 2009 May ;35(3):603–23.

54. Davies G, Welham J, Chant D, Torrey EF, McGrath J. A systematic review and meta-analysis of Northern Hemisphere season of birth studies in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2003 Jan;29(3):587–93.
55. Ertuğrul A. Şizofreni etiyojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences.* 2005;1(12):6-14.
56. Çetin M CM. Şizofrenin tarihçesi. In: Ceylan E ÇM, editor. *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Şizofreni-I.* 4 ed. İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri; 2009; p. 83-6.
57. Warner R, de Girolamo G. *Epidemiology of Mental Disorders and Psychosocial Problems. Schizophrenia.* Geneva: WHO; 1995.
58. Bebbington P, Wilkins S, Jones P, Foerster A, Murray R, Toone B, et al. Life events and psychosis. Initial results from the Camberwell Collaborative Psychosis Study. *The British Journal of Psychiatry.* 1993;162(1):72-9.
59. Van dam DS, Velhorst E. ve ark. Childhood bullying and the association with psychosis in non-clinical samples. *Psychol Med.* 2012; 42: 2463-74.
60. McGrath J, Scott J. Urban birth and risk of schizophrenia: a worrying example of epidemiology where the data are stronger than the hypothesis. *Epimol of Psichiatri Soc.* 2006; 15: 243- 46.
61. Stahl SM. Psikoz ve şizofreni Stahl'ın temel psikofarmakolojisi. 4 ed. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi; 2015; s. 86-92.
62. Cachope R, Cheer JF. Local control of striatal dopamine release. *Front Behav Neurosci.* 2014; p.8:188.
63. Stahl SM. Psikoz ve Şizofreni Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi. 4 ed. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi; 2015; s. 93-6.
64. Dargham AA (2007) Integrating the Neurobiology of Schizophrenia. *Int Rev Neurobiol, Academic Press is an imprint of Elsevier, USA.* 2007;133-328.

65. Arıcioğlu F. Şizofreni Nörobiyolojisinde Gelişmeler. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics. 2010;3(2):1-11.
66. Schmidt WJ, Reith ME. Dopamine and glutamate in psychiatric disorders. New Jersey; 2005; 3.
67. Miyamoto S, LaMantia AS, Duncan GE, Sullivan P, Gilmore JH, Lieberman JA. Recent advances in the neurobiology of schizophrenia. Molecular interventions. 2003;3(1):27.
68. Yüksel N, Ertuğrul A. Temel Psikofarmakoloji, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 2010; s.361-62.
69. Arnold S. The medial temporal lobe in schizophrenia. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 1997; 9: 471-81.
70. Zhang XY, Zhou DF, Zhang PY, Wu GY, Cao LY, Shen YC. Elevated interleukin-2, interleukin-6 and interleukin-8 serum levels in neuroleptic-free schizophrenia: association with psychopathology. Schizophrenia research. 2002;57(2):247-58.
71. İsmet Kırpınar. Psikiyatrik Hastalıklar ve Otoimmünite, 1. ed, İstanbul: Erzurum Yayınları; 2001; s. 32-8.
72. Drexhage RC, Padmos RC, de Wit H, Versnel MA, Hooijkaas H, van der Lely A-J, et al. Patients with schizophrenia show raised serum levels of the pro-inflammatory chemokine CCL2: association with the metabolic syndrome in patients? Schizophrenia research. 2008;102(1):352-5.
73. Reale M, Iarlori C, Feliciani C, Gambi D. Peripheral chemokine receptors, their ligands, cytokines and Alzheimer's disease. Journal of Alzheimer's Disease. 2008;14(2):147-59.

74. Sekar A, Bialas AR, de Rivera H, Davis A, Hammond TR, Kamitaki N, et al. Schizophrenia risk from complex variation of complement component 4. *Nature*. 2016 ; Jan 27.
75. F. Çuhadaroğlu İK, G. Özgen, M.O. Öztürk, M. Rezaki, B. Uluğ. World Health Organization (1992). ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Geneva: World Health Organization (Türkçesi: ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını; 1993.
76. Kirkpatrick B ve Tek C. Schizophrenia: Clinical features and psychopathology concepts. Sadock BJ, Sadock VA editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 2005; s.1416-36.
77. Cheng SC, Walsh E, Scheep KG. Vulnerability, stress and support in the disease trajectory fro prodrome to diagnosed schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016; 30:810-17.
78. Bolinskey PK, James AV, Bolinskey DC ve ark. Spectrum disorders in psychometrically identified schizotypes. *Psichiatry Res*, 2015; 225: 335-40.
79. Ceylan M.E. ÇM. Araştırma ve uygulamada biyolojik psikiyatri. 3 ed. İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri AŞ; 2005.
80. Heilbronner U, Samara M, Leucht S ve ark. The longitudinal course of schizophrenia across the lifespan: Clinical, cognitive and neurobiological aspects. *Harv Rev Psychiatry*. 2016; 24 (2) : 172-78.
81. David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry*. 1990;p.798-808.
82. Çetin M. Şizofreni Tedavisi: Geçmişi, Bugünü ve Geleceği. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2015;25(2):95-9.
83. Tandon R, Jibson M. Efficacy of newer generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*. 2003;28:9-26.

84. Altamura AC, Bobo WV, Meltzer HY. Factors affecting outcome in schizophrenia and their relevance for psychopharmacological treatment. *International clinical psychopharmacology*. 2007;22(5):249-67.
85. Yağcıoğlu Aea. Şizofreni tedavisi ve antipsikotik ilaçlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*. 2005;1(12):49-57.
86. Leucht S, Corves C, Arbter D ve ark. Second- generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet*. 2009;373 (9657): 31-41.
87. Stahl SM. Psikoz ve Şizofreni Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi. 4 ed. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2015; s. 132-33.
88. N. TK. Şizofreni Hastalarında İçgörünün Yaşam Niteliği, Depresyon ve Belirti Örüntüsü ile İlişkisi. İstanbul: Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. 2003.
89. Weiden PJ. EPS profiles: the atypical antipsychotics: are not all the same. *Journal of Psychiatric Practice*. 2007;13(1):13-24.
90. Lauriello J, Lenroot R, Bustillo JR. Maximizing the synergy between pharmacotherapy and psychosocial therapies for schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*. 2003;26(1):191-211.
91. Casey DE. Barriers to progress—the impact of tolerability problems. *Int Clin Psychopharmacol*. 2001; 16 (suppl 1):s.15-9.
92. Lieberman JA. Antikolinergik yan etkileri yönetme. *Prim Care Companion J Clin Psikiyatri*. 2004; 6 (Ek 2): 20-23.
93. Allison DB, Mentore JL, Heo M, Chandler LP, Cappelleri JC, Infante MC ve diğ . Antipsikotiklere bağlı kilo alımı: kapsamlı bir araştırma sentezi. *Am J Psikiyatri*. 1999; 156 : 1686-96.

94. Koller EA, Doraiswamy PM. Olanzapin ile ilişkili diabetes mellitus. *Farmakoterapi*. 2002; 22 : 841-852.
95. Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual review of clinical psychology*. 2013;9:465-97.
96. Rammohan A., Rao K. & Subbakrishna D.K. Religious coping and psychological wellbeing in carers of relatives with schizophrenia. 2002.
97. McQuiston HL, Sowers WE, Ranz JM, Feldman JM. *Handbook of community psychiatry*: Springer Science & Business Media; 2012.
98. Warner R. *Recovery from schizophrenia: Psychiatry and political economy*: Routledge; 2013.
99. Hogan MF. New Freedom Commission report: The president's New Freedom Commission: recommendations to transform mental health care in America. *Psychiatric Services*. 2003;54(11): 1467-74.
100. Holloway F, Carson J. Case Management: An update. *International Journal of social Psychiatry*. 2001; 47 (3): 21-5.
101. Bloch S, Hafner J, Harari E ve ark. *The family in clinical psychiatry*. New York, Oxford University Press Inc. 1994; p.109-31.
102. Fallon IR, Pederson J. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia the adjustment of the family unit. *Br J Psychiatry*. 1985; 147:156-63.
103. Hole RW, Rush AJ, Beck AT. Acognitive investigation of schizophrenic delusions. *Psychiatry*. 1979; 42: 312-9.
104. Krupa T. Employment, recovery, and schizophrenia: integrating health and disorder atwork. *Psychiatr Rehabil. J*. 2004; (28): 8-15.

105. Organization WH. Ethical Choices in Long-term Care: What Does Justice Require?: World Health Organization; 2002.
106. Pull CB. Diagnosis of Schizophrenia: A Review. In: Maj M, Sartorius N, editors. Schizophrenia. WPA Series. Chichester, UK: John Wiley & Sons. 1999; p. 65–8.
107. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Úrizar A, Kavanagh DJ. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2005;40(11):899-904.
108. Kanas N. Group therapy with schizophrenic patients. Washington DC, American Psychiatric Association Press; 1996; 39, p.10.
109. Sandell R, blomberg J, Lazar A, ve ark. Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and psychotherapy project. *Int J of Psychoanalysis*. 2000; 81: 921-42.
110. Bellack AS, Mueser KT, Gingerich S ve ark. Social Skills Training for Schizophrenia A Step-by-step-Guide, New York: The Guildford Press; 1997.
111. Arslantaş Ş H. Psikiyatri Hastalarının Bakım Vericilerinde Yük ve Baş Etme Stratejileri. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing-Special Topics*. 2018;4(1):39-47.
112. Cassidy E, Hill S, O’callaghan E. Efficacy of a psychoeducational intervention in improving relatives’ knowledge about schizophrenia and reducing rehospitalisation. *European Psychiatry*. 2001;16(8):446-50.
113. Drake RE, Bellack AS. Psychiatric rehabilitation. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8. Baskı, cilt 1, Sadock bJ, Sadock WA, Baltimore, Williams and Wilkins; 2005; p. 1476-87.

114. Harari, M. J., Waehler, C. A., & Rogers, J. R. An empirical investigation of a theoretical based measure of perceived wellness. *Journal of Counseling Psychology*. 2005; 52, 93–103.
115. Caplan, R. D., Cobb, S., French Jr., J. R. P., van Harrison, R., & Pinneau Jr., S. R. *Job demands and worker health*. Washington, D. C.: U.S. Department of Health, Education and Welfare. 1975.
116. Charney, D. S. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *Am. J. Psychiatry*. 2004; 161: 195–216.
117. Masten, A. S. Ordinary magic. Resilience processes in development. *Am. Psychol*. 2001; 56: 227.
118. Bonanno, G. A. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am. Psychol*. 2004; 59: 20–8.
119. Kobasa, S. Commitment and coping in stress resistance among lawyers. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1982; 42(4): 707-17.
120. Lambert, C. E., & Lambert, V. A. Psychological hardiness: State of the science. *Holistic Nursing Practice*. 1999; 13(3): 11-9.
120. Cencirulo, R. S. The relationship between hardiness and job satisfaction in elementary school teachers. Unpublishe doctoral dissertation, University of La Sierra. 2001.
121. Abdollahi, A., Abu Talib, M., Yaacob, S. N. & Ismail, Z. Hardiness as a mediator between perceived stress and happiness in nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2014; 21(9): 789-96.
122. Maddi, S. R. The story of hardiness: Twenty years of theorizing, research, and practice. Educational Publishing Foundation and the Society of Consulting Psychology. 2002; 54(3):175-85.

123. Kurt N. Çevik kuvvet personelinin stresle başa çıkma tutumları, psikolojik dayanıklılıkları ve iş doyumu düzeyleri (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2011.
124. Azeem S. Mohammad; Personality Hardiness, Job Involvement and Job Burnout Among Teachers, International Journal of Vocational and Technical Education. 2010; 2(3): 36-40.
125. Bnanno A. George, Romero, A. Sara & Klein, I. Sarah; The Temporal Elements of Psychological Resilience: an Integrative Framework for The Study of Individuals, Families, and Communities, Psychological Inquiry. 2015; 26(2):139-69.
126. Bartone, P. T, Roland, R. R, Picano J. J. & Williams T. Psychological hardiness predicts success in US army special. International Journal of Selection and Assessment. 2008; 16(1).
127. Justice B, Gold, R.S, ve Klein, J.P. Life events and burnout. Journal of Psychology. 1981;108:219-26.
128. Miettunen J, Veijola J, Lauronen E, Kantojärvi L, Joukamaa M. Sex differences in Cloninger's temperament dimensions—a meta-analysis. Compr Psychiatry. 2007; 48:161-9.
129. Jessen HM, Auger AP. Sex differences in epigenetic mechanisms may underlie risk and resilience for mental health disorders. 2011; 6:857-61.
130. Ferreira, Nadia; Hardiness in Relation to Organisational Commitment in The Human Resource Management Field, SA Journal of Human Resource Management. 2012; 10(2): 1-10.
131. Turan A. Ergenlerde Çocukluk Örselenme Yaşantıları ve Yılmazlık Düzeyinin Algılanan Sosyal Destek Açısından İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Konya. 2014.
132. Özcan, Bahadır; Anne Babaları Boşanmış ve Anne Babaları Birlikte Olan Lise Öğrencilerinin Yılmazlık Özellikleri ve Koruyucu Faktörler Açısından Karşılaştırılması (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara. 2005.

133. Henderson, Nan, Milstein, Mike, Benard, Bonnie & Sharp-Light, Nancy; Unlocking The Power of Resiliency. 2012.
134. Gizir C. Ali; Psikolojik Sağlamlık, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Üzerine Bir Derleme Çalışması, Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2007; 3(28):113-28.
135. Kılıç R. Olgu ve Değer Problemi, Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 1996; 35: 354-402.
136. Escleman, J. Kevin, Bowling A. Nathan. A Meta-Analytic Examination of Hardiness, International Journal of Stress Management. 2010; 17(4):277.
137. Williams A. A Literature Review on The Concept of Intimacy in Nursing. Journal of Advanced Nursing. 2001; 33: 660- 7.
138. Nicholas P.K. Hardiness, self-care practices and perceived health status in older adults. Journal of Advanced Nursing. 1993;18: 1085 – 94.
139. Rutter M. Implications of resilience concepts for scientific understanding. Ann. N Y. Acad. Sci. 2006; 1094 (1): 1–12.
140. Masten AS, Best KM, Garmezy N. Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity. Dev Psychopathol .1990; 2: 425–44.
141. Nygren B, Alex L, Jonsen E, et al. Resilience, sense of coherence, purpose in life and self- transcendence in relation to perceived physical and mental among the oldest old. Aging Ment Health. 2005; 9(4): 354–62.
142. Lederbogen, F., Kirsch, P., Haddad, L., Streit, F., Tost, H., Schuch, P. Wüst, S., Pruessner, J.C., Rietschel, M., Deuschle, M., Meyer-Lindenberg, A. City living and urban upbringingneural social stress processing in humans. 2011;474 (7352):498–501.
143. Huang T, Larsen, K.T. Ried-Larsen, Moller M., N.C., Andersen, L.B. The effects of physical activity and exercise on brain-derived neurotrophic factor in healthy humans: a review. Scand. J. Med. Sci. Sports. 2014; 24 (1):1–10.

144. Laes, T, Laes, T. Career burnout and its relationship to couple burnout in Finland: A pilot study. Paper presented in a symposium entitled The Relationship between Career and Couple Burnout: A Cross-Cultural Perspective held at the Annual Convention of The American Psychological Association, San Francisco, California; 2001.
145. Maslach C, Leiter M.P. The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco: Jossey Bass.1997.
146. Winstanley S, Whittington R. Anxiety, burnout and coping styles in general hospital staff exposed to workplace aggression: a cyclical model of burnout and vulnerability to aggression. Work & Stress. 2002;16: 302- 315.
147. Malakh-Pines A, Aronson E, Kafry D. Burnout: From tedium to personal growth: Free Pr. 1981.
148. Yılmaz A, Turan E. Burnout in caregivers of alzheimer patients, factors leading to burnout and coping ways: scientific letter Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2007;27: 445-54.
149. Platt S. Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. Psychol Med. 1985; 15:383-93.
150. Bauer J, Häfner S, Kächele H, Wirsching M, Dahlbender RW. The burn-out syndrome and restoring mental health at the working place. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie. 2003;53(5):213-22.
151. Vogt, S. D., Rizvi, S. L., Shipherd, J. C., & Resick, P. A. Longitudinal investigation of reciprocal relationship between stress reactions and hardness. Personality and Social Psychology Bulletin. 2008;34(1): 61-73.
152. Edelwich J, Brodsky A. Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions. New York: Human Sciences Press; 1980.
153. Yüksel G. Ege Bölgesindeki Tıp Fakültelerinin Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dallarında Görevli Araştırma Görevlisi Doktorlarda

Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi, Ege Üniversitesi (EÜ), TF, YTUT, İzmir. 2011; s16.

154. Özkan C. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Doktorlarda Tükenmişlik Sendromunu Etkileyen Faktörler. MEÜ, TF, YTUT, Mersin. 2012.

155. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. Psikoloji Dergisi; 1998,6(22):118-127.

156. Perlman B, Hartman EA. Burnout: Summary and future research. Human relations. 1982;35(4):283-305.

157. Kırlangıç O. Tükenmişlik (1. Baskı). İzmir: Saray Medikal Yayıncılık San. ve Tic. Ltd. Şti. 1995.

158. Surgevil O. Tükenmişlik ve Tükenmişliği Etkileyen Örgütsel Faktörler: Akademik Personel Üzerine Bir Uygulama (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı; 2005.

159. Pines AM, Nunes R. The relationship between career and couple burnout: Implications for career and couple counseling. Journal Of employment counseling. 2003;40(2):50-64.

160. Cherniss C. Professional burnout in human service organizations: Praeger Publishers; 1980.

161. Maslach C, Jackson SE. Maslach burnout inventory manual (2nd ed.). Palo Alto CA: Consulting Psychologist Press; 1986.

162. Schwab RL, Jackson SE, Schuler RS. Educator burnout: Sources and consequences. Educational Research Quarterly. 1986;10(3):14-30.

163. Ergin C. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. VII Ulusal psikoloji kongresi bilimsel çalışmaları. 1992; 22-5.

164. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annual review of psychology. 2001;52(1): 397-422.
165. Çam O. Tükenmişlik Envanterinin Geçerlik ve Güvenirliğinin Araştırılması. VII Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları El Kitabı. 1992;155-66.
166. Baysal A. Lise ve Dengi Okul Öğretmenlerinde Meslekte Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler. Yayınlanmamış Doktora Tezi. 1995.
167. Sayıl I, Berksun O, Palabıyıkoglu R, Devrimci-Özgüven H, Soykan Ç, Haran S. Kriz ve Krize Müdahale. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları; 2000;6.
168. Fawzy F, Fawzy N, Pasnau R. Burnout in the health professionals, "Handbook of Studies on General Hospital Psychiatry, editör: Judd FK, Burrows GD, Lipsitt DR. Elsevier Science Publishers BV, Amsterdam; 1991.
169. Ukpong D. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Nijeryalılar Arasında Yük ve Ruhsal Sıkıntı: Pozitif ve Negatif Semptomların Rolü. Turk Psikiyatri Dergisi. 2012;23(1).
170. Tel H, Ertekin Pınar Ş. Kronik Ruhsal Sorunlu Hastaların Primer Bakım Vericilerinde Tükenmişlik ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Dernegi. 2013;4(3).
171. A. T. Stres ve Tükenmişlik. İstanbul: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1997.
172. Hsu K, Marshall V. Prevalence of Depression and Distress in a Large Sample of. Am J Psychiatry. 1987;144(12):1561-6.
173. Schaufeli W, Enzmann D. The burnout companion to study and practice: A critical analysis: CRC press; 1998.
174. Ersoy F, Yıldırım RC, Edirne T. Tükenmişlik (Staff Burnout) sendromu. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2001;10(2):46-7.

175. Leiter MP. A two process model of burnout and work engagement: distinct implications of demands and values. *G Ital Med Lav Ergon*. 2008;30: 52-8.
176. Phipps L. Stress among doctors and nurses in the emergency department of a general hospital. *Can Med Assoc J (CMAJ)*. 1988; 139: 375-6.
177. Aslan D, Kiper N, Karaağaoğlu E, Topal F, Güdük M, Cengiz S. Türkiye’de tabip odalarına kayıtlı olan bir grup hekimde tükenmişlik sendromu ve etkileyen faktörler. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2005.
178. Gümüş H. Farklı mesleklerde alışanları İş ve yaşam doyumlarının tükenmişlik düzeyleri açısından karşılaştırılması (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı; 2006.
179. S. Ağapınar, Ağrı İlinde alışan Ebelerin Tükenmişlik Düzeylerinin İş Doyumları ve Empatik Eğilimleri zerine Etkisi(Yüksek Lisans Tezi). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, SABE; 2011;s. 10
180. Sönmez D. Acil Servislerde alışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi, G, SABE, YYLT, Ankara. 2006; s. 18
181. Hsu K, Marshall V. Prevalence of depression and distress in a large sample of canadian residents, interns, and fellows. *Am J Psychiatry*. 1987; 144:1561-6.
182. Juntunen J, Asp S, Olkinuora M, Aarimaa M, Strid L, Kauttu K. Doctors’drinking habits and consumption of alcohol. *BMJ*. 1988;297(6654):951-4.
183. Goodfellow A, Varnam R, Rees D, Shelly MP. Staff stress on the intensive care unit: a comparison of doctors and nurses. *Anaesthesia*. 1997;52(11):1037-41.
184. Avcı A, Bayraktar N. şizofren Hasta Ailelerinin Yükünün Belirlenmesi. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Kitabı. 2004; 771-2.
185. Sorias O. Psikiyatrik derecelendirme lekleri. Güleç C, Köroğlu E (editörler). *Psikiyatri Temel Kitabı*. 1. Cilt. Ankara. 1998: 81-93.
186. Teğin B. Depresyonda bilişsel süreçler, Beck modeline göre bir inceleme. *Psikoloji Dergisi*. 1987; 6: 116-21.

187. Sinclair RR., Tetrick, L. E. (Implications of item wording for hardiness structure, relation with neuroticism, and stress buffering. *Journal of Research in Personality*. 2000; 34: 1-25.
188. Maslach C, Jackson S, Leiter M. Maslach Burnout Inventory. Palo Alto California: Consulting Psychologist's Press Google Scholar. 1981.
189. Ural T, Özbirecikli M. Is ethical judgment influenced by social desirability in responding? An analyze on Turkish accountants. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2006; 15: 393-410.
190. Ergin C. Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkiye sağlık personeli normları. *3P Dergisi*. 1996;4(1): 28-33.
191. Kostakoglu AE, Batur S, Tiryaki A. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlanması ve geçerlilik ve güvenilirliği. *J Psychol*. 1999; (14):23-32.
192. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers. *Pharmacoeconomics*. 2008;26(2):149-62.
193. Van Wijngaarden B, Schene A, Koeter M, Becker T, Knapp M, Knudsen HC, et al. People with schizophrenia in five countries: conceptual similarities and intercultural differences in family caregiving. *Schizophrenia bulletin*. 2003;29(3):573-86.
194. Ukpong D. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Nijeryalılar Arasında Yük ve Ruhsal Sıkıntı: Pozitif ve Negatif Semptomların Rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2012;23(1).
195. Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(2).
196. Nolan M. Supporting family carers in the UK: overview of issues and challenges. *British Journal of Nursing*. 2001;10(9):608-13.

197. Chan SW-c, Yip B, Tso S, Cheng B-s, Tam W. Evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. *Patient education and counseling*. 2009;75(1):67-76.
198. Jones SL, Roth D, Jones PK. Effect of demographic and behavioral variables on burden of caregivers of chronic mentally ill persons. *Psychiatric Services*. 1995.
199. Yazici E, Karabulut Ü, Yıldız M, Tekes SB, Inan E, Çakır U, et al. Burden on caregivers of patients with schizophrenia and related factors. *Nöro Psikiyatri Arşivi*. 2016;53(2):96.
200. Goldstein M. ABD'de Şizofreni Tedavisi Kapsamında Ruhsal-Eğitsel Aile Programları. N Şen (çev), Şizofreni Yazıları. 20001: 20.26.
201. Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı A, Çubukçuoğlu Z, et al. Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Derg*. 2010;21:203-12.
202. Altun İ. Hasta yakınlarının bakım verme rolünde zorlanma durumları, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. 1998:24-6.
203. Köroğlu A, Hoccoğlu Ç. Şizofreninin Aile Üzerine Olan Etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2005;7(3):170-5.
204. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *Jama*. 1999;282(23):2215-9.
205. Greeff A, Walt K. Resilience in families with an autistic child. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*. 2010; 45(3): 347-355.
206. Uzun Ö, Özşahin A, Battal S. Şizofren hastaların tedavilerini sonlandırma nedenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1997;8:190-7
207. Babacan Gümüş A. Şizofrenide Hasta ve Ailelerin Yaşadığı Güçlükler, Psikoeğitim ve Hemşirelik. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*. 2006;8.

208. Schene AH, van Wijngaarden B, Koeter MW. Family caregivers in schizophrenia: Domains and distress. *Schizophrenia bulletin*. 1998;24(4):609.
209. Reine G, Lancon C, Simeoni M, Duplan S, Auquier P. Caregiver burden in relatives of persons with schizophrenia: an overview of measure instruments. *L'encéphale*. 2003;29(2):137-47.
210. Angermeyer MC, Bull N, Bernert S, Dietrich S, Kopf A. Burnout of caregivers: a comparison between partners of psychiatric patients and nurses. *Archives of psychiatric Nursing*. 2006;20(4):158-65.
211. Ozel-Kizil E, Yilmaz AP. Dimensions of burnout syndrome in caregivers of psychiatric outpatients. *European Neuropsychopharmacology*. 2009;19:s696-7.
212. Özlü A, Yıldız M, Aker T. Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni Hasta Yakınlarında Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*. 2009;46.
213. Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011; 3:251-77.
214. Hilliker KL. Job Burnout and Job Satisfaction in Home Health Care Nursing. Master Thesis. D'Youville Collage; 2007.
215. Tümlü GÜ, Recepoğlu E. Üniversite Akademik Personelinin Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*. 2013;3(3):205-13.
216. Motan İ. Distinguishing Anxiety and Depression: Hardiness (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Ortadoğu Teknik Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2002.
217. Barusch AS, Spaid WM. Gender differences in caregiving: why do wives report greater burden? *The Gerontologist*. 1989;29(5):667-76.
218. Glanville DN, Dixon L. Caregiver burden, family treatment approaches and service use in families of patients with schizophrenia. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2005;4(1):15-22.

219. Arévalo-Flores M, Krüger-Malpartida H, Vega-Dienstmaier J. Depressive symptoms in primary caregivers of patients diagnosed with paranoid schizophrenia attending at a psychiatric office of a general hospital in Lima, Peru. *Vertex*. 2012; 23:92-7.
220. Cook JA, Lefley HP, Pickett SA, Cohler BJ. Age and family burden among parents of offspring with severe mental illness. *American journal of orthopsychiatry*. 1994;64(3):435.
221. Schulze B, Angermeyer MC. (). Subjective experiences of stigma: A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*. 2003; 56: 299-312.
222. Nasr T, Kausar R. Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Ann Gen Psychiatry*. 2009;8:1-6.
223. Aydın O, Çökmüş FP, Balıkçı K, Aydın PÜ, Danacı AE. Şizofreni hastalarının bakım verenlerinde sosyal anksiyete, saldırganlık ve bağlanma stiline hastalık şiddeti üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2018;19(3):274-80.
224. Danacı AE, Karaca N, Deveci A. Şizofreni hastalarında aile işlevselliği ile sosyal işlevsellik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Türkiye’de Psikiyatri*. 2005;7:103-8.
225. Aydın A, Eker SS, Cangür Ş, Sarandol A, Kırılı S. Şizofreni Hastalarında Bakım Veren Külfet Düzeyinin, Sosyodemografik Değişkenler ve Hastalığın Özellikleri ile İlişkisi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*. 2009;46.
226. Dixon L, Adams C, Lucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2000;26(1):5.
227. Pereira MG, De Almeida J. The repercussions of mental disease in the family. A study of the family members of psychotic patients. *Acta medica portuguesa*. 1999;12(4-6):161-8.

228. Magliano L, Marasco C, Fiorillo A, Malangone C, Guarneri M, Maj M. Working Group of the Italian National Study on Families of Persons with Schizophrenia The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106(4):291-8.
229. Wolthaus JE, Dingemans PM, Schene AH, Linszen DH, Wiersma D, Van Den Bosch RJ, et al. Caregiver burden in recent-onset schizophrenia and spectrum disorders: the influence of symptoms and personality traits. *The Journal of nervous and mental disease*. 2002;190(4):241-7.
230. Gopinath P, Chaturvedi S. Distressing behaviour of schizophrenics at home. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1992;86(3):185-8.
231. Attepe Özden S, Tuncay T. The experiences of Turkish families caring for individuals with Schizophrenia: A qualitative inquiry. *International Journal of Social Psychiatry*. 2018.

8. EKLER

Ekler:

- A-** Onam Formu
- B-** Çalışma Anketi
- C-** Maslach Tükenmişlik Ölçeği
- D-** Beck Depresyon Ölçeği
- E-** Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği
- F-** HMKÜ Etik Kurul Onay Belgesi

T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
TIBBİ ETİK KURULU

Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur / (Rıza) Formu

Araştırmanın konusu : Şizofreni hastalarına bakım verenlerin depresyon, tükenmişlik ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin saptanması
Araştırmanın amacı : Şizofreni hastalarına bakım verenlerin depresyon, tükenmişlik ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin saptanması
Katılma süresi: 1 Yıl
Araştırmaya katılacak yaklaşık gönüllü sayısı: 200

Bu çalışmada şizofreni hastalarına bakım verenlerin depresyon, tükenmişlik ve psikolojik dayanıklılık düzeylerini saptamak amaçlanmıştır.

Bu nedenle sizlerden sosyodemografik bilgileri, Beck Depresyon, Maslach Tükenmişlik, Psikolojik Dayanıklılık ölçeklerini içeren bir form doldurmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Doldurduğunuz bilgiler çalışmacılar tarafından gizli tutulacaktır. Sizden kan veya benzeri her herhangi bir vücut metaryali alınmayacaktır.

Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, tanık huzurunda aşağıda konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : () Faks : () İmza
Bilgi Verebilecek Kişi:	
VASI VEYA VEKİL	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : () Faks : () İmza:
ARAŞTIRMACI	
Adı Soyadı: Doç. Dr. Mustafa ARI Adresi: MKÜ TIP FAK. RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.	Telefon : 0 326 2291000/23739 Faks : 0 İmza
GEREKTİĞİNDE GÖNÜLLÜ VEYA YAKINININ BAŞVURABİLECEĞİ KİŞİ:	
Adı Soyadı: Arş.Gör. Dr. Selin Gülbol Adresi: MKÜ TIP FAK. RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.	Telefon : 0 326 2291000/ 23533 Faks : 0 İmza
TANIK:	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : İmza

**ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VERENLERİN DEPRESYON, TÜKENMİŞLİK VE
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DÜZEYLERİ**

ANKET FORMU

Sosyodemografik Özellikler

Bakım Veren Bölümü

1. Yaşınız?:.....
2. Cinsiyetiniz?
 1. Kadın
 2. Erkek
3. Medeni durumunuz nedir?
 1. Bekar
 2. Evli
4. Öğrenim durumunuz nedir?
 1. Okur-yazar değil
 2. Okur-yazar
 3. İlkokul
 4. Ortaokul
 5. Lise
 6. Üniversite
5. İşiniz nedir?
 1. İşsiz []
 2. Memur []
 3. İşçi []
 4. Çiftçi []
 5. Emekli []
 6. Öğrenci []
 7. Ev hanımı []
 8. Esnaf []
 9. Diğer.....
6. Ortalama aylık gelirin ne kadar?
 1. <1000 TL
 2. 1000-2000 TL
 3. 2000-3000 TL
 4. 3000-5000
 5. >5000 TL
7. Sigara kullanıyor musunuz?
 1. Evet
 2. Hayır
8. Alkol kullanıyor musunuz?
 1. Evet
 2. Hayır
9. Daha önce psikiyatrik hastalık tanısı aldınız mı?
 1. Evet
 2. HayırTanı:.....
10. Fiziksel rahatsızlığınız var mı?
 1. Evet
 2. HayırTanı:.....
11. Daha önce bakım verme deneyiminiz oldu mu?(Cevabınız hayır ise alttaki soruları cevaplamana gerek yoktur.)
 1. Evet
 2. Hayır
12. Hasta ile yakınlık dereceniz nedir?
 1. Eş/Çocuk
 2. Anne/Baba
 3. Kardeş
 4. Akraba
 5. Diğer
13. Bakım verenle aynı evde mi yaşıyorsunuz?

1. Evet 2. Hayır
14. Evde bakıma muhtaç başka yaşayan var mı?
1. Evet 2. Hayır
15. Hasta ile aranızda cinsiyet farkı var mı?
1. Evet 2. Hayır
16. Ne kadar zamandır hasta ile ilgileniyorsunuz?.....ay/yıl
17. Hastaya istemeden de olsa sözel şiddet uyguladınız mı?
1. Evet 2. Hayır
18. Hastaya istemeden de olsa fiziksel şiddet uyguladınız mı?
1. Evet 2. Hayır
19. Bakım verici olmak hayatınızı ne kadar zorlaştırıyor?
1. Hiç 2. Az 3.Orta 4.Çok
20. İntihar girişiminiz oldu mu?
1. Evet 2. Hayır

Hasta Bölümü

21. Hastanın yaşı:.....
22. Hastanın cinsiyeti nedir?
1. Kadın 2. Erkek
23. Hastalığın başlangıç yaşı kaç?.....
24. Ne zamandır hasta?.....yıl/ay
25. PANSS Skoru?.....
26. CGI skoru?.....
27. Kaç kere hastanede yatarak tedavi oldu?.....
28. İlaçlarını düzenli alıyor mu?
1. Evet 2. Hayır
29. Ek başka hastalığı var mı?
1. Evet 2. Hayır
- Tanı:.....
30. Sigara kullanıyor mu?
1. Evet 2. Hayır
31. Alkol kullanıyor mu?
1. Evet 2. Hayır
32. Madde kullanıyor mu?
1. Evet 2. Hayır
33. İntihar girişimi oldu mu?
1. Evet 2. Hayır
34. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?
1. Evet 2. Hayır
35. Hasta şimdiye kadar kendine zarar verdi mi?
1. Evet 2. Hayır
36. Hasta şimdiye kadar başkasına/size şiddet uyguladı mı?
1. Evet 2. Hayır

Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak hangi sıklıkta hissettiğinizi size uyan seçeneğe işaret koyarak belirtiniz.	Hiçbir zaman	Yılda birkaç kez	Ayda birkaç kez	Haftada birkaç kez	Hergün
1. Hastamdan soğuduğumu hissediyorum.	1	2	3	4	5
2. Gün sonunda kendimi bitkin hissediyorum.	1	2	3	4	5
3. Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.	1	2	3	4	5
4. Hastamın pek çok şey hakkında neler hissettiğini anlayabilirim	1	2	3	4	5
5. Hastama sanki insan değilmiş gibi davrandığımı hissediyorum.	1	2	3	4	5
6. Bütün gün hastamla uğraşmak benim için gerçekten bir gerginliktir.	1	2	3	4	5
7. Hastamın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim.	1	2	3	4	5
8. Hastamın bakımının beni tükettiğini hissediyorum.	1	2	3	4	5
9. Yaptığım şeylerle hastamın yaşamını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum.	1	2	3	4	5
10. Hastamla birlikte olmaya başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum.	1	2	3	4	5
11. Hastamın bakımı beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum.	1	2	3	4	5
12. Kendimi çok enerjik hissediyorum.	1	2	3	4	5
13. Hastamın beni kısıtladığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
14. Hastamın bakımı konusunda gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum.	1	2	3	4	5
15. Hastamın başına gelenler gerçekten umurumda değil.	1	2	3	4	5
16. Doğrudan hastamla ilgilenmek bende çok fazla strese neden oluyor.	1	2	3	4	5
17. Hastamla rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim.	1	2	3	4	5
18. Hastamla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum.	1	2	3	4	5
19. Hasta bakımına yönelik pek çok değerli işler başardım.	1	2	3	4	5
20. Kendimi çok çaresiz hissediyorum.	1	2	3	4	5
21. Hastamla ilgili duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim.	1	2	3	4	5
22. Hastamın bazı problemleri için beni suçladığını hissediyorum.	1	2	3	4	5

BECK DEPRESYON ENVANTERİ-BDE

Hastanın Soyadı, Adı:..... Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- | | |
|--|---|
| <p>1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.</p> <p>2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.</p> <p>3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişte baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.</p> <p>4 (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkıyorum.</p> <p>5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.</p> <p>6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.</p> <p>7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum.</p> <p>8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.</p> <p>9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.</p> <p>10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızmıyorum.</p> | <p>11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğini kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.</p> <p>12 (0) Karar verirken eskiden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.</p> <p>13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yağlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.</p> <p>14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufak bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.</p> <p>15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.</p> <p>16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.</p> <p>17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskiden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.</p> <p>18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.</p> <p>19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.</p> <p>20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.</p> <p>21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılacağımı düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.</p> |
|--|---|

Toplam BECK-D skoru:.....

PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ

0 Kesinlikle Katılmıyorum	1 Katılmıyorum	2 Ne katılıyorum ne katılmıyorum	3 Katılıyorum	4 Kesinlikle katılıyorum
---------------------------------	-------------------	--	------------------	--------------------------------

1. Çalışmaktan çok keyif alıyorum.	0	1	2	3	4
2. Hayatın benim için monotonlaşmaya başladığını hissediyorum.	0	1	2	3	4
3. Çok çalışarak her zaman amacıma ulaşabilirim.	0	1	2	3	4
4. Çıkabilecek sorunları önceden kestirerek önlemlerimi alırım.	0	1	2	3	4
5. Devam ettiğim işime/okuluma/mesleğime yürekten bağlıyım.	0	1	2	3	4
6. Hayatımda ilginç ve zaman harcamaya değer şeylerin var olduğunu düşünüyorum.	0	1	2	3	4
7. Her yeni deneyimin yaşamımı zenginleştirdiğini düşünüyorum.	0	1	2	3	4
8. Hep aynı yaşam tarzına bağlı kalmak yerine riskli de olsa yeni şeyler denemeyi tercih ederim.	0	1	2	3	4
9. İnsan hatalarından öğrenir ve gelişir.	0	1	2	3	4
10. Kaderimi değiştirebileceğime inanırım.	0	1	2	3	4
11. Yargılarıma ve kararlarıma daima güvenirim.	0	1	2	3	4
12. Kişisel özgürlüklerimin sınırlandırılmasına genellikle büyük tepki gösteririm.	0	1	2	3	4
13. Kendimle ilgili bir şeyler öğrenmek benim için heyecan vericidir.	0	1	2	3	4
14. "Öldürmeyen şey güçlendirir" cümlesi beni ifade ediyor.	0	1	2	3	4
15. Önceden yaptığım bir programın dışına çıkmak zorunda kaldığımda rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
16. Yeni şeyler denemekten hoşlanırım.	0	1	2	3	4
17. Yaşamımda olan önemli değişiklikleri, kişisel gelişimim için bir fırsat olarak görürüm.	0	1	2	3	4
18. Keyif aldığım etkinliklere düzenli olarak katılırım.	0	1	2	3	4
19. Yarın bana ne olacağı bugün yaptıklarımaya bağlıdır.	0	1	2	3	4
20. Yeni bir iş/proje/göreve başladığımda ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim.	0	1	2	3	4
21. Yapacak bir şeylerimin olması benim için önemlidir.	0	1	2	3	4

HMKÜ

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL

KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 07	Tarih: 07/03/2019
	KARAR 07- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç.Dr.Mustafa ARI'nın (Arş.Gör.Dr.Selin GÜLBOL DEVELİ'nin tezi) "Şizofreni hastalarına bakım verenlerin depresyon, tükenmişlik ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin saptanması" isimli çalışması görüşülmüş olup; çalışma gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik kurallara uygun bulunmuş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	
	ETİK KURUL ÜYELERİ	
Çalışma Esası:	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
Etik Kurul Başkanı	Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ	

ETİK KURUL ÜYELERİ							
Ünvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki		Katılım	
Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ Başkan	Veteriner	HMKÜ Veteriner Fakültesi Fakültesi	E	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof.Dr.Hülya YALÇIN Başkan Yrd.	Nükleer Tıp	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç.Dr. A.Güler OKYAY Başkan Yrd.	Kadın Hast. Ve Doğum	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç.Dr.Alper ASLAN Üye	Beden Eğitimi	HMKÜ BESYO	E	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Tümay ÖZGÜR Üye	Patoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr.Öğr.Üyesi Cengiz ARLI Üye	Kulak Burun Boğaz	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr.Öğr.Üyesi Fatma DUMAN Üye	Anatomi	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr.Öğr.Üyesi F. B. ZORTUK Üye	Diş Hekimi	HMKÜ Diş Hekimliği Fakültesi	K	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç.Dr. Oğuzhan ÖZCAN Üye	Tıbbi Biyokimya	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr.Öğr.Üyesi Oğuz AKKUŞ Üye	Kardiyoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr.Öğr.Üyesi Rana CAN Üye	Hemşirelik	HMKÜ Sağlık Hiz. MYO.	K	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐

ASLI GİBİDİR
Emir Sedat BORAZA
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Sekreter

9. ÖZGEÇMİŞ

1989 yılında Hatay’ ın Antakya ilçesinde doğdu. İlk ve orta öğretimimi Antakya’ya bağlı Fatih Sultan Mehmet Ortaokulu’nda tamamladı.2007 yılında Selim Nevzat Şahin Anadolu Lisesi’ni bitirdi. 2015 yılında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden mezun oldu. Mecburi hizmetini 2015-2016 yılları arasında Hatay ‘ın Reyhanlı ilçesinde yaptı. 2016 yılında Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi’ nde başladığı psikiyatri uzmanlık eğitimini 2020 yılında tamamladı.

