

**T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VERENLERİN AKTİVİTE,  
AKTİVİTE PERFORMANSI VE SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM  
KALİTELERİNİN İNCELENMESİ**

**Fzt. Sedef KARAYAZGAN**

**Ergoterapi Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA  
2013**

**T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VERENLERİN AKTİVİTE,  
AKTİVİTE PERFORMANSI VE SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM  
KALİTELERİNİN İNCELENMESİ**

**Fzt. Sedef KARAYAZGAN**

**Ergoterapi Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Mine UYANIK**

**ANKARA  
2013**

Anabilim Dalı :Ergoterapi  
Program :Ergoterapi  
Tez Başlığı :Şizofreni Hastalarına Aktivite, Aktivite Performansı ve  
Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi  
Öğrenci Adı-Soyadı :Sedef Karayazgan  
Savunma Sınavı Tarihi :13.06.2013

Bu çalışma jürimiz tarafından yüksek lisans/doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: **Prof.Dr.Hülya Kayıhan**  
**Hacettepe Üniversitesi**  
Tez danışmanı: **Prof.Dr.Mine Uyanık**  
**Hacettepe Üniversitesi**  
Üye: **Prof.Dr.Berna Uluğ**  
**Hacettepe Üniversitesi**  
Üye: **Prof.Dr.Esra Akı**  
**Hacettepe Üniversitesi**  
Üye: **Prof.Dr.Arzu Daşkapan**  
**Kırıkkale Üniversitesi**

ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Ersin FADILLIOĞLU

Müdür Y

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince bilgisini, deneyimini, desteğini ve güler yüzünü benden esirgemeyen tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Mine Uyanık'a,

Tez çalışmasının planlanmasında en başından en sonuna kadar gösterdiği yoğun destekleri için Sayın Prof. Dr. Hülya Kayıhan'a,

Tezimin oluşturulmasındaki, planlanmasındaki ve tez çalışması için ortam sağlamasındaki destekleri için başta Sayın Prof. Dr. Berna Uluğ olmak üzere tüm Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı çalışanlarına,

Bilgisi ve tecrübesi ile hayatımdaki dönemeçlerde bana her zaman yol gösterdiği için Sayın Prof. Dr. Ayşe Karaduman'a,

Tez çalışmama bilgi ve deneyimleri, yapıcı öneri ve destekleri için Sayın Prof. Dr. Esra Akı ve Sayın Doç. Dr. Çiğdem Öksüz'e,

Güler yüzleri ve destekleri için Sayın Prof. Dr. E. Handan Tüzün, Prof. Dr. Arzu Daşkapan, Prof. Dr. Gonca Bumin, Doç. Dr. Gamze Ekici, Doç. Dr. Deniz Yüce, Yrd. Doç. Dr. Eda Tonga, Dr. Fzt. Songül Atasavun Uysal ve Dr. Fzt. Semin B. Akel'e,

Tezin her aşamasında öncelikle dostlukları, sonra da verdikleri öneriler ile sonsuz destekleri için sevgili meslektaşlarım Sayın Uzm. Fzt. Orkun Tahir Aran ve Sayın Uzm. Fzt. Sinem Salar'a,

Sıkıntılı tez döneminde verdikleri manevi destek için canım arkadaşlarım Esmâ Özkan, Dilara Memişoğlu, Yıldız Doğan, Gökçe Yağmur Güneş, Ezgi Şahin ve Tarık Demirok'a,

Kelimelere sığdıramayacağım, her anımda yüreğini ve elini hissettiğim Ramazan Şahin'e,

Beni ben yapan ve her anımda emeği olan, beni koşulsuz sevip, sabırla destek olan annem Hatice Erdi ve babam Semih Karayazgan ile manevi olarak her daim varlıklarını hissettiğim canım anneannem Ayşe Erdi ve dedem İsmail Erdi'ye,

Sonsuz teşekkürler...

## ÖZET

**Karayazgan, S., Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Aktivite, Aktivite Performansı ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.** Bu çalışma ülkemizdeki şizofreni hastalarına bakım verenlerle ilgili veri toplamak, onların aktivite, aktivite performansı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin incelenmesi amacıyla planlandı. Çalışmaya şizofreni hastasına bakım veren (çalışma grubu) 66 kişi ve şizofreni hastasına ya da herhangi bir kronik hastaya bakım vermeyen 66 kişi (kontrol grubu) dahil edilmiştir. Bakım verenlerle ilgili kişisel faktörler, Sosyodemografik Özellikleri Bilgi Toplama Formu ile değerlendirilmiştir. Aktivite performansı ve tatmini değerlendirmesi Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ) ile, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi Kısa Form Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short form SF-36) ile, depresyon durumu değerlendirmesi Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile, anksiyete durumu değerlendirmesi Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ile yapılmıştır. Çalışmamızın sonucunda KAPÖ sonuçlarına göre aktivite performansında çalışma grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış ( $p>0,05$ ), aktivite tatmininde her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). SF-36 ölçeğinin alt ölçeklerine bakıldığında, gruplar arasında Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Güçlüğü ve Ağrı alt ölçekleri ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Genel Sağlık, Vitalite (canlılık), Sosyal Fonksiyon, Emosyonel Rol Güçlüğü ve Mental Sağlık alt ölçekleri ortalamaları arasında ise istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). BDÖ sonuçlarına göre iki grup arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). BAÖ sonuçlarında da iki grup arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Ayrıca aktivite performansı ve tatmini, yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Sonuç olarak; şizofreni hastasına bakım verenlerde depresyon ve anksiyete düzeyinde artma, yaşam kalitesi ve aktivite tatmininin de ise azalma olduğu ve bunların birbirlerini etkileyebileceği görülmüştür. Bakım verenlerin etkilendiği aktivite performans alanları ayrıntılı şekilde tanımlayacak ve yapılacak olan rehabilitasyon alanındaki müdahalelere ışık tutacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Ergoterapi, şizofreni, bakım veren, aktivite performansı, yaşam kalitesi

## ABSTRACT

**Karayazgan, S., Caregivers of patients with schizophrenia analysis of Activity, Activity Performance and Health-Related Quality of Life, Hacettepe University, Institute of Health Sciences, Occupational Therapy Program, Master Thesis, Ankara, 2013.** This study was planned to collect data on caregivers of patients with schizophrenia in our country and analysis of their activity, activity performance and health-related quality of life. 66 patients with schizophrenia caregivers (study group) and 66 patients with schizophrenia who do not, or any chronic patient care (control group) were included in the study. Personal factors about caregiving were evaluated with Sociodemographic Characteristics Information Form. Assessment of activity performance and satisfaction with Canadian Occupational Performance Measure, assessment of health-related quality of life with Quality of Life Scale-Short Form (Short Form SF-36), assessment of depression with the Beck Depression Inventory (BDI), assessment of anxiety states Beck Anxiety Inventory (BAI) were used. According to our studies results, the performance of activities of the working group and the control group was not statistically significant difference ( $p > 0.05$ ), activity satisfaction between the two groups was statistically significant difference ( $p < 0.05$ ). From the SF-36 the mean subscales between the groups in physical function, physical role limitations, and pain were not statistically significant difference ( $p > 0.05$ ). General health, vitality, social function, role emotional and mental health between two groups statistically significant difference was found ( $p < 0.05$ ). According to the BDI and BAI, there was statistically significant difference between the two groups ( $p < 0.05$ ). Furthermore, we examined the relationship between activity performance and satisfaction, quality of life, depression and anxiety. As a result, it can be seen, increased levels of depression and anxiety, decreased levels of quality of life and activity satisfaction in caregivers of patients with schizophrenia. They may affect each other. To define in detail activity performance areas are affected by the caregivers and to shed light on in the field of rehabilitation interventions studies which are needed.

**Keywords:** Occupational Therapy, schizophrenia, caregivers, activity performance, quality of life

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No:</u>
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET .....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER .....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
TABLolar DİZİNİ .....	xii
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. ŞİZOFRENİ TANIMI VE ETİYOLOJİSİ.....	4
2.2. HASTALIĞIN EPİDEMİYOLOJİSİ.....	5
2.3. BAKIM VEREN OLMAK.....	5
2.4. BAKIM VERENLERİN KARŞILAŞTIKLARI PROBLEMLER .....	6
2.5. ŞİZOFRENİ HASTASINA BAKIM VEREN OLMAK .....	8
2.6. İŞLEVSELLİK, YETİYİTİMİ VE SAĞLIĞIN ULUSLARARASI SINIFLANDIRILMASI (ICF) .....	10
2.7. ERGOTERAPİ YAKLAŞIMLARI.....	12
2.8. KANADA AKTİVİTE PERFORMANS MODELİ.....	13
2.8.1. Kişi İle İlgili Faktörler .....	14
2.8.1.1. Depresyon Tanımı ve Değerlendirmesi .....	16
2.8.1.2. Anksiyete Tanımı ve Değerlendirmesi.....	17
2.8.2. Aktivite İle İlgili Faktörler.....	19
2.8.2.1. Aktivite ve Katılım Tanımı ve Değerlendirmesi.....	20

2.9. ŞİZOFRENİ HASTASINA BAKIM VERENLERDE YAŞAM KALİTESİ.....	23
2.9.1. Yaşam Kalitesi Tanımı ve Değerlendirmesi.....	23
3. BİREYLER VE YÖNTEM.....	26
3.1. BİREYLER .....	26
3.1.1. Çalışma Grubu.....	26
3.1.2. Kontrol Grubu.....	27
3.2. YÖNTEM.....	27
3.3. DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ .....	27
3.3.1. Sosyodemografik Bilgiler .....	28
3.3.2. Depresyon Değerlendirmesi .....	29
3.3.3. Anksiyete Değerlendirmesi .....	30
3.3.4. Aktivite Değerlendirmesi.....	30
3.3.5. Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi .....	31
3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	32
4. BULGULAR.....	34
4.1. KİŞİSEL FAKTÖRLER İLE İLGİLİ BULGULAR.....	34
4.1.1. Sosyodemografik Bulgular .....	34
4.1.2. Depresyon değerlendirme ile ilgili bulgular .....	37
4.1.3. Anksiyete değerlendirme ile ilgili bulgular .....	38
4.2. AKTİVİTE DEĞERLENDİRMESİ İLE İLGİLİ BULGULAR.....	38
4.2.1. Aktivite ile ilgili bulgular .....	38
4.2.2. Aktivite performansı ve tatmini ile ilgili bulgular .....	43
4.3. YAŞAM KALİTESİ DEĞERLENDİRMESİ İLE İLGİLİ BULGULAR .....	43
4.4. KORELASYON ANALİZİ SONUÇLARI.....	44
4.4.1. Aktivite performansı ve tatmini ile, depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki.....	44



4.4.2. Depresyon ile anksiyete arasındaki ilişki.....	46
4.4.3. Yaşam kalitesi ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişki.....	46
5. TARTIŞMA .....	47
6. SONUÇLAR .....	58
7. KAYNAKLAR .....	61
EKLER.....	76
EK-1. Değerlendirme Formu 1	
Ek-2. Değerlendirme Formu 2	
Ek-3. Değerlendirme Formu 3	
Ek-4. Değerlendirme Formu 4	
Ek-5. Değerlendirme Formu 5	
Ek-6. Etik Kurul Onay Sayfası	

## SİMGELER VE KISALTMALAR

KAPÖ : Kanada Aktivite Performans Ölçümü

SF-36 : Short Form SF-36

BDÖ : Beck Depresyon Ölçeği

BAÖ : Beck Anksiyete Ölçeği

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

GYA : Günlük Yaşam Aktivitesi

TGYA : Temel Günlük Yaşam Aktivitesi

YGYA : Yardımcı Günlük Yaşam Aktivitesi

KAPM : Kanada Aktivite Performans Modeli

X : Aritmetik Ortalama

SS : Standart Sapma

% : Yüzde

n : Olgu

p : İstatistiksel Yanılma Payı

SPSS : İstatistik Paket Programı

## ŞEKİLLER DİZİNİ

### Sayfa No:

<b>Şekil 2.1.</b>	DSÖ'nün ICF modeli .....	10
<b>Şekil 2.2.</b>	Kanada Aktivite Performans Modeli.....	13
<b>Şekil 4.1.</b>	Bakım verenlerin hastaya yakınlık derecesi.....	36
<b>Şekil 4.2.</b>	Grupların 1.Sırada Önemli Buldukları Kendine Bakım Aktiviteleri .....	40
<b>Şekil 4.3.</b>	Grupların 1.Sırada Önemli Buldukları Üretkenlik Aktiviteleri .....	40
<b>Şekil 4.4.</b>	Grupların 1. Sırada Önemli Buldukları Serbest Zaman Aktiviteleri...	41
<b>Şekil 4.5.</b>	Grupların 2. Sırada Önemli Buldukları Kendine Bakım Aktiviteleri .....	41
<b>Şekil 4.6.</b>	Grupların 2.Sırada Önemli Buldukları Üretkenlik Aktiviteleri .....	42
<b>Şekil 4.7.</b>	Grupların 2.Sırada Önemli Buldukları Serbest Zaman Aktiviteleri.....	42

## TABLOLAR DİZİNİ

	<u>Sayfa No:</u>
<b>Tablo 4.1.</b> Gruplardaki yaş ortalaması .....	35
<b>Tablo 4.2.</b> Grupların cinsiyet dağılımı .....	35
<b>Tablo 4.3.</b> Grupların sosyodemografik özellikleri .....	36
<b>Tablo 4.4</b> Bakım verenlerin genel özellikleri.....	37
<b>Tablo 4.5.</b> Hastalara ait demografik bilgiler .....	37
<b>Tablo 4.6.</b> Grupların depresyon ortalamaları ve karşılaştırılması.....	38
<b>Tablo 4.7.</b> Grupların anksiyete ortalamaları ve karşılaştırılması .....	38
<b>Tablo 4.8.</b> KAPÖ değerlendirmesine göre grupların katılımında öncelikle kısıtlandıkları aktiviteler .....	39
<b>Tablo 4.9.</b> Grupların KAPÖ performans ve tatmin puanlarının karşılaştırılması ..	43
<b>Tablo 4.10.</b> Grupların SF-36 ölçeği alt ölçekleri ve karşılaştırılması .....	44
<b>Tablo 4.11.</b> Aktivite performansı ve tatmini ile depresyon ve anksiyete ilişkisi .....	45
<b>Tablo 4.12.</b> Aktivite performansı ve tatmini ile yaşam kalitesi ilişkisi .....	45
<b>Tablo 4.13.</b> Depresyon ile anksiyete ilişkisi .....	46
<b>Tablo 4.14.</b> Yaşam kalitesi ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişki .....	46

## 1. GİRİŞ

Şizofreni; bireyin duygulanım, düşünce, algılama ve davranışlarını olumsuz etkileyen kronik bir psikiyatrik hastalıktır (1,2). Şizofreni kişiyi fiziksel, emosyonel, kognitif ve ruhsal yönden etkileyen; kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman aktivitelerine katılımlarını bozan; sosyal, mesleki ve kültürel hayatlarını etkileyen bir mental hastalık olduğundan, hastalar yaşantılarını devam ettirebilmek için yardıma ihtiyaç duyar (3,4). Bakıma ya da yardıma gereksinimi olan kişilere fiziksel, emosyonel, psikolojik veya ekonomik destek veren kişiyi bakım veren denir (5). Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de bakım verenler, genellikle aile yakınlarıdır (6).

Şizofreni hastalarının çoğu gerek bu destek ihtiyacından gerekse kültürel ve sosyal faktörler nedeniyle aileleri ile birlikte yaşar (7). Şizofreni uzun süren, yıpratıcı ve psikotik semptomları olan bir hastalıktır. Bu psikotik semptomların varlığı aile üyelerinde utanma, suçluluk, anksiyete veya depresif belirtilere neden olabileceği gibi, bireyler bu belirtilerden dolayı kendilerini sosyal olarak izole edebilir (8). Tüm bu etkenler hastanın bakımını üstlenen kişide, fiziksel, sosyal, emosyonel, ve psikolojik etkilenimlere yol açar. Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalar bunların kişinin günlük rutin hayatı ile yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermiştir (9,10). Fakat ülkemizde bu durumu inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bakım verenlerde, bakım verme rolü ile kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman aktiviteleri limitasyonu ve katılım kısıtlılığı görülmektedir. Bu bireylerde aktivite performansları ve katılımlarını arttırmaya yönelik ergoterapi yaklaşımlarına ihtiyaç vardır.

Bireyin amaçlı ve anlamlı bulduğu her aktiviteye ulaşımını ve katılımını kolaylaştıran, yol gösteren ve destekleyen her türlü fiziksel ve sosyal müdahalelerin tümü ergoterapinin içerisindedir. Aktiviteler kişilerin, rolleri, çevreleri ve

kültürlerine göre şekillenir (11). Ergoterapi de bireyin, ihtiyaç ve istekleri doğrultusunda kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman aktivite katılımında önemli bir role sahiptir. Bakım verenlerde aktivite değerlendirmesi sırasında ergoterapi, kişisel, çevresel ve aktivite ile ilgili faktörleri analiz eder. Bu analiz ve uygulamalar yapılırken, ergoterapinin teorik temelini oluşturan modeller kullanılır. Kullanılabilecek modellerden birisi de Kanada'da geliştirilmiş olan Kanada Aktivite Performans Modeli'dir (KAPM). Kişi merkezli bir yaklaşım olan bu model, kişinin isteklerine, hayatına ve hayata katılımlarına uygun aktivite performanslarını arttırmaya odaklanır. KAPM' ne göre; her birey birbirinden farklı ve tektir. Bundan dolayı da gerekli olan değerlendirme ve müdahale planı da bireylere özel olarak geliştirilir (12).

Şizofreni hastalığı tam olarak iyileşmesi mümkün olan bir hastalık olmadığından, hem hastaya hem de bakımını üstlenen bakım verenlerine yönelik rehabilitasyon uygulamalarına ihtiyaç vardır. İnterdisipliner/multidisipliner bir yaklaşımla uygulanan rehabilitasyonun ekibi; doktor, fizyoterapist, hemşire, psikolog, sosyal hizmetler uzmanı, ergoterapist veya ergoterapi alanında uzmanlaşmış fizyoterapist'lerden oluşur.

Literatürde şizofreniye bakım veren kişilerle ilgili ergoterapi alanında yapılan çalışma sayısı yetersizdir. Bu görüşten yola çıkarak planladığımız bu çalışmanın amacı, KAPM'ne göre bakım verenlerin kişi ve aktivite ile ilgili faktörleri ile yaşam kalitelerini incelemektir.

Çalışmamızı oluşturan hipotezlerimiz şunlardır;

1. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin depresyon seviyelerinde, aynı yaş ve cinsiyetle eşleştirilmiş şizofreni hastasına ya da herhangi bir kronik hastaya bakım vermeyen arasında fark yoktur.
2. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin anksiyete seviyelerinde, aynı yaş ve cinsiyetle eşleştirilmiş şizofreni hastasına ya da herhangi bir kronik hastaya bakım vermeyen arasında fark yoktur.

3. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin GYA alanlarındaki aktivite önemi, aktivite performansı ve memnuniyetlerinde aynı yaş ve cinsiyetle eşleştirilmiş şizofreni hastasına ya da herhangi bir kronik hastaya bakım vermeyen arasında fark yoktur.
4. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ile, aynı yaş ve cinsiyetle eşleştirilmiş şizofreni hastasına ya da herhangi bir kronik hastaya bakım vermeyen arasında fark yoktur.
5. Şizofreni hastalarına bakım verenlerde aktivite performansı ve tatmini, yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında ilişki yoktur.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. ŞİZOFRENİ TANIMI VE ETİYOLOJİSİ

Şizofreni çok boyutlu ve kompleks bir hastalık olup, bireyin duygulanım, düşünce, algılama ve davranışlarını negatif yönde etkileyen kronik bir psikiyatrik hastalıktır (1,2). Şizofreninin kişiden kişiye göre değişen çeşitli belirti ve bulguların bir araya gelmesi ile oluştuğu, bu özelliğinden dolayı da tek bir hastalıktan çok, sendrom olduğu düşünülmektedir. Hastalığın başlangıç yaşı, klinik gidişi ve hastaların tedaviye verdiği yanıtlar birbirine benzemez. Bundan dolayı hastalığın etiolojisi her vaka için ayrı olmakla birlikte, kesin olarak da bilinmemektedir (13). Genel olarak kabul edilen hastalık nedenleri arasında; kalıtım, geçirilen enfeksiyonlar ile beyin dokusunda oluşan dejenerasyonlar, doğum öncesi ya da sonrası dönemde beyin gelişimi sürecinde görülen bozukluklar veya eksiklikler, patolojik olaylar, stres ve sosyal çevre gösterilebilir (14,15).

DSM- IV-TR tanı kriterlerine göre; sanrılar, varsanılar, organize edilemeyen konuşma ve /veya davranış ile donuklaşma ve/veya konuşmama gibi 5 kriterden en az 2 tane veya daha fazlasının bir aylık süre boyunca devam etmesi (bizar sanrı var ise 1 semptom yeterli; varsanılar kişinin düşünce ve davranışları üzerine sesler ise 1 semptom yeterli) durumunda şizofreni tanısı konur (16).

Hangi etiyojik nedenden olursa olsun şizofreni kişiyi fiziksel, emosyonel, kognitif ve ruhsal yönden etkileyen; kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman aktivitelerine katılımlarını bozan; sosyal, mesleki ve kültürel hayatlarını etkileyen bir mental hastalıktır (3,4).



## 2.2. HASTALIĞIN EPİDEMİYOLOJİSİ

Dünya sağlık örgütü (DSÖ) 'nün 2010 yılı verilerine göre 15-35 yaş aralığındaki yetişkin popülasyonunun 1000 de 7'sinde şizofreni hastalığının görüldüğü ve dünyada yaklaşık 29 milyon şizofreni hastası olduğu bilinmektedir (17). Türkiye'de ise ortalama 700.000'in üzerinde şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanısı almış insan bulunmaktadır (18). T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı araştırması istatistiklerine göre karşılaşılan hastalık grubunda kardiyovasküler hastalıklardan sonra %19 ile ikinci sırayı psikiyatrik hastalıklar almaktadır. Özürlülükle kaybedilen yaşam yılları hastalık sıralamasında ise birinci sırayı psikiyatrik hastalıklar almaktadır. Özürlülükle kaybedilen yaşam yıllarının ilk yirmi nedeninin dağılımında şizofreni hastalığı cinsiyete göre erkeklerde dokuzuncu sırada, kadınlarda ise on birinci sırada yer almaktadır (19). Şizofreni tüm toplumlarda ve coğrafi bölgelerde görülür. Hem dünya hem de ülkemiz genelinde elde edilen istatistiklere bakıldığında psikiyatrik hastalıkların ve bu hastalık grubundan şizofreni hastalığının görülme sıklığı oldukça fazladır.

Şizofreni gelişme riskinin kadın ve erkekte eşit olduğunu gösteren çalışmalar olmakla birlikte, Lewine ve ark. yapmış oldukları bir metaanalizde erkeklerde riskin daha fazla olduğunu söylemiştir (20,21). Ayrıca ilk psikotik atağın başlangıç yaşının kadınlara göre erkeklerde 4-6 yaş daha erken olduğunu da gösteren çalışmalar vardır (22). Şizofreni, genelde erkeklerde 20'li yaşların başında (+21), kadınlarda ise 20'li yaşların sonuna doğru daha fazla görülür. Şizofreni belirtileri ilk olarak hastaların daha çok üretken ve yaratıcı olduğu yıllarda ortaya çıkar ve yaşam boyu devam eder (23).

## 2.3. BAKIM VEREN OLMAK

Bakım verme, bakıma veya yardıma ihtiyacı olan kişilere fiziksel, emosyonel, psikolojik ve ekonomik destek vermeyi kapsar. Araştırmalar yaklaşık 44 milyon insanın kronik bir hastalığı olan yakınına (eş, çocuk, ebeveyn, arkadaş vb...) bakım verdiklerini göstermiştir (5). Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de bakım verme

rolü aile yakınına düşmektedir (6). Stone ve ark. yaptıkları bir çalışmayla bakım verme rolünü en çok aile üyesi kadınların üstlendiğini göstermiştir (24).

Bakım verenin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, etnik kökeni, toplumsal özellikleri, kültürel yapısı, inanışları ve sosyo-ekonomik durumu bakım verme rolünü etkileyen etmenlerdendir (25). Bakım vermek, bakım verilen kişinin hastalığına, hastalığının belirtileri ile seyrine ve hastanın kişisel özellikleri ile bakımı üstlenen kişinin karakterine, hastaya olan yakınlığına, hastalığa bakış açısına ve hastalık öncesi sağlık durumu ile hastalık sonrası destek durumuna göre değişir (26). Fiziksel yetersizliği olan bir hasta ile, kronik böbrek yetmezliği olan bir hasta ya da psikiyatrik hastalığı olan bir hastanın gereksinimleri ve destek ihtiyaçları birbirinden farklı olacağı için bakım verenlerin bu hastalara görev ve sorumlulukları birbirinden farklıdır. Hastaların etkilenen alanlarına göre bakım verme alanı da değişir. Örneğin, fiziksel desteğe ihtiyaç duyan hastalara bakım verenler öncelikle bu alan etkilenimlerine destek olur. Ruhsal bozukluğu olan hastalarda bu durum biraz daha karmaşıktır. Çünkü hasta birçok alanda desteğe ihtiyaç duyar. Bu da bakım verenlerin daha fazla alanda destek vermesini gerektirir.

Hastalığın gidişatı hastayı ve tedaviyi etkilediği kadar, bakım veren aile bireyini de etkiler (27). Silver ve ark. kronik hastalıklarda, hastalığın ilerleyişi ile hastaların bakım verenlerine bağımlılık düzeyinin arttığını göstermiştir (28). Bu da bakım verenlerin yaşam alanlarını ve yaşam kalitelerini etkiler (29).

#### **2.4. BAKIM VERENLERİN KARŞILAŞTIKLARI PROBLEMLER**

Bakım verenler ve etkilenimleri ile ilgili yapılan çalışma sayısı son yıllarda artmaktadır. Bunun nedeninin de bakım verenin hastalığın tedavi sürecinde aktif rol oynadığı düşüncesidir (30). Çeşitli hastalıklarda bakım vermek değişik problemleri beraberinde getirir. Bu problemleri araştırmaya yönelik çalışmalar yapılmaktadır.

Kronik hastalıklar yalnız hastaları değil, onlara bakım veren yakınlarını da etkiler. Given ve ark. yapmış oldukları bir çalışma da kanserli hastalara bakım veren

aile üyelerinin tedavi boyunca önemli bir görev üstlendiklerini, bununla birlikte yaşamlarının bir çok alanında etkilenim olduğunu da göstermiştir. Çünkü kanser, tedavisi uzun süren ve hastaya maddi-manevi birçok alanda destek verilmesi gereken bir hastalıktır. Aile içinde yaşanan iletişim bozuklukları, günlük aktivitelerdeki kısıtlanmalar ile sosyal alandaki bozulmalar bakım verenlerin kendi fiziksel ve ruhsal sağlıklarında sorunlar yaratır (31). Yılmaz ve ark. da Alzheimer hastalarına bakım verenlerde yaptığı çalışmada, hastalık nedeniyle hastanın kaybından korkmanın duygusal sorunları ve aile içerisindeki rol değişikliklerinin fiziksel, psikolojik ve ekonomik zorlukları beraberinde getirdiğini söylemiştir (32).

Yine Larsen ve ark. yapmış oldukları, kronik hastalığı olan hastalara bakım verenlerle ilgili bir çalışma da, bakım verenlerin, hastaya bakım vermektten dolayı %60,6'sı kendine yeteri kadar zaman ayıramadığını ve %56,6'sı da ekonomik problemler yaşadığını söylemiştir. Bu çalışmada, ek olarak bakım verenlerin %84,9'unun hasta ile iletişim problemleri yaşadığı ve %78,8'inin hasta ile ilgilenmekten dolayı kendisini yorgun hissettiğini de göstermiştir (33).

Uzun süreli bakım vermek sağlık, sosyo-ekonomik ve psikolojik durum gibi yaşam kalitesi göstere alanlarını da etkileyen bir süreçtir. Bakım verenlerin, bakım vermeden dolayı yaşam kalitesinin nasıl etkilendiğine dair birçok çalışma vardır (34,35).

Ebrahimzadeh ve ark.'nın spinal kord yaralanması geçirmiş hastaya bakım veren 72 kişiyle yapmış oldukları bir çalışma ile yaşam kalitelerinin çeşitli alanlarda etkilendiğini göstermiştir (36). Kronik hastalıklarda yaşam kalitesinde kısa dönemde fiziksel etkinliğin, uzun dönem de ise ruhsal işlevselliğin etkilendiği bilinmektedir. Tabii bu etkilenimler de, kişinin kendi yapısı belirleyicidir (37). Serebral Palsili bir çocuk ve bakım veren ebeveynlerinin fiziksel, emosyonel ve sosyal alanda yaşam kalitelerinin bozulduğunu bildiren çalışmalarda mevcuttur (38,39).

Son zamanlarda kronik hasta yakınlarında yapılan çalışmalarda yaşam kalitesi etkilenimine ağırlık verilmekte ve olumsuz etkilenmesi ile genel fonksiyonlarının bozulduğu, anksiyete ve depresyon görülme sıklığını arttırdığı gösterilmektedir (40).

Hazzan ve ark.'nın Alzheimer hastasına bakım verenlerin yaşam kalitesi ile ilgili yaptıkları sistematik gözden geçirme çalışma sonucu, hastanın klinik durumunun, bakım verenin yaşam kalitesini etkilediği yönündedir (41). Şahiner ve ark. da Alzheimer hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini, depresyon ve anksiyete seviyelerini değerlendirmiştir. Araştırmacıların sonucu genel literatür bilgisi ile uyumlu olup, kronik hastalığı olan bireylere bakım verenlerin, bakım verme rolü nedeniyle yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği, depresyon ve anksiyete düzeylerinin de yüksek olduğu şeklindedir (42).

Çoğu bakım veren, hastalığı ilk öğrendikleri andan itibaren kendilerini suçlu hissetmeye başlar. Bu da içe kapanıklık, kendini sosyal hayattan dışlama gibi problemleri de beraberinde getirir (43). Bu problemlere ek olarak, kronik birçok hasta yakınında hastalığın uzun sürmesi veya hastane de yatış sürelerinin uzunluğu, ilaveten yaşanan ekonomik ve sosyal problemler nedeniyle depresyon ve anksiyete gibi strese bağlı sorunlar da görülmektedir (44,45).

Kronik hastalıklarda hastalığın seyri ile neden olduğu fonksiyonel kısıtlılığın hasta ve yakınlarında depresyon ve anksiyete için risk faktörü olduğu bilinmektedir. Ayrıca kronik hastalık depresyon ve anksiyete sıklığını arttırmaktadır (46) . de Silva ve ark. 2001 yılında psikotik hastalığı olan hastalara bakım verenlerin %60'ında anksiyete ve depresyon görüldüğünü saptamıştır (47) .

## **2.5. ŞİZOFRENİ HASTASINA BAKIM VEREN OLMAK**

1950'li yıllara kadar yapılan çalışmalarda aileyi şizofreni hastalığının bir nedeni olarak gören bir bakış açısı hakimken, 1970'lerden itibaren hastalığın nedenlerinin nörobiyolojik etkenler olduğu görüşü benimsenmeye başlandı (48). İzleyen yıllarda ailenin de hastalıktan etkileneceği ve tutumunun hastalığın seyrini etkileğini içeren çalışmalara ağırlık verilmiştir (49).

Hastaların büyük bir çoğunluğu günlük yaşantılarını tek başına devam ettiremez, hemen hemen her alanında desteğe ihtiyaç duyar. Şizofreni yetiyeğine

neden olan bir kronik hastalık olduğu için hastalar günlük rutin yaşantılarında bile bakıma ihtiyaç duyar (50). Bundan dolayıdır ki şizofreni hastalarının çoğu gerek destek ihtiyacından, gerekse kültürel ve sosyal faktörler nedeniyle aileleri ile birlikte yaşar (7). Hemen hemen her toplumda yapılan çalışmalar bakım verenlerin çoğunlukla aile üyesi ve kadın olduğunu göstermiştir (51).

Şizofreni hastalar kadar, aynı evde yaşayan yakınlarını da etkiler (52). Hastalıkla karşılaşan aile üyesi karmakarışık duygular içerisindedir. Ne yapacağını bilemez, tedirginlik ve korku yaşar. Çünkü hastalıkla ilgili hiç bilgisi yoktur, hastalığın seyrini tahmin edemez ve olabileceklerden endişe duyar. Ailenin hayatı alt üst olmuştur. Bu sırada aile bireyleri arasında da iletişim problemleri ve sosyal paylaşım sorunları görülmeye başlar (53).

Magliano ve ark. 2002 yılında yaptıkları çalışma da şizofreni hastası aile üyelerinin %83'ünün emosyonel, ekonomik ve günlük hayatlarında zorlanmalar yaşadığını göstermiştir (54).

Şizofreni hastalarında halüsinasyon görmek, düşünceleri ve davranışları organize edememek, düzensiz konuşmak gibi pozitif semptomlar, kognitif etkilenimler, aktivite başlatmada zorluk, sosyal çekinme gibi negatif semptomlar görülebilir (55,56). Bu semptomların varlığı aile üyelerinde utanma, suçluluk, depresif belirtilere neden olabileceği gibi, bireyler kendilerini bu belirtilerden dolayı sosyal olarak izole eder. Birçok çalışma bu hastalara bakım verenlerin yaşam alanlarında etkilenimleri olduğunu göstermiştir (8). Bu etkilenimler temel olarak iki grup altında toplanabilir. Birinci gruptaki etkilenimler bakım verenlerin sosyal çekinmesiyle ilgili olarak ortaya çıkan sosyal alan etkilenimleri ve iletişim problemleridir. İkinci gruptaki etkilenimler ise hastaların düzenlenemeyen, bozuk davranışları neticesinde hem hastaların hem de ona yardımcı olan bakım verenlerinin günlük yaşantılarının etkilenimi ve bununla beraber ortaya çıkan depresif belirtiler nedeniyle yaşam kalitelerindeki etkilenimleridir (57).

## 2.6. İŞLEVSELLİK, YETİYİTİMİ VE SAĞLIĞIN ULUSLARARASI SINIFLANDIRILMASI (ICF)

DSÖ 1970'li yıllarda başlamış, 1980 yılında yayınladığı ilk sınıflandırmada bozukluk (impairment), yetiyitimi (disability) ve engel (handicap) kavramlarını ele almıştır. 2000'li yıllarda çok boyutlu ele alan bir sınıflandırma geliştirmiştir. DSÖ 2001 yılında yeniden düzenleyerek "İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF)"nı yayınladı. Bu oluşturulan biyopsikososyal çerçevenin içinde kişilerin fonksiyonellik ve kısıtlılık durumları tanımlanır (58).

ICF, fonksiyon ve özürlülük ile bağlamsal faktörler olmak üzere iki bölümden oluşur (59), (Şekil 2.1).



Şekil 2.1. DSÖ'nün ICF modeli

### 2.6.1. Bölüm; Fonksiyon ve Özürlülük

#### 2.6.1.1. Vücut fonksiyon ve yapıları;

Vücut fonksiyonları, vücut sistemlerinin fizyolojik fonksiyonlarından, vücut yapıları ise vücudun anatomik bölümlerinden oluşur. Bozukluk ise buralarda oluşan anlamlı kayıp ya da farklılıktır (59).

### 2.6.1.2. Aktivite ve katılım

Aktivite (activity), birey tarafından hareket veya görevin yerine getirilmesidir. Aktivite, insanın yaşamında yer alan tüm vücut fonksiyonlarını kullanabilmesiyle ilişkilendirilen her tür bireysel aktiviteleri içerir. Aktivite limitasyonu, kişinin aktiviteleri yerine getirmedeki zorluğunu; katılım kısıtlılığı ise, kişinin sosyal hayata dahil olmada karşılaştığı problemlerdir.

### 2.6.2. Bölüm; Bağlamsal faktörler;

Bağlamsal faktörler, çevresel ve kişisel faktörler olarak ICF'in içerisinde yer alır. Bu faktörlerin, vücut fonksiyon ve yapıları, aktivite ve katılım ile olan ilişkisi gösterilmiştir.

- a) Çevresel faktörler; bireysel ve toplumsal olmak üzere iki düzeye odaklanır. Bireysel; kişinin yakın çevresini içerir. Her gün ilişki kurduğu anne-baba ve fiziksel özellikleri içerir. Toplumsal ise; kişinin ilişkili olduğu toplum-hizmet merkezleri, iş çevresi, toplumsal aktiviteleri, yaşadığı toplumun kültür, yasa ve ideolojilerini içerir (59).
- b) Kişisel faktörler; yaş, cinsiyet, ırk, alışkanlıklar, meslek, deneyimler, karakter, yaşam şekli, psikolojik beceriler ve diğer etmenleri içerir (59).

Vücut fonksiyonları; vücut sistemlerinin, psikolojik işlevleri de dahil olmak üzere fizyolojik işlevleridir. Aktivite, işlevselliğin birey boyutunu, katılım ise toplumsal boyutunu tanımlar. Bu oluşumlar arası ilişkiler çift yönlüdür. Bir oluşumda meydana gelen bir değişiklik, sınırlanma ya da sapma diğer oluşumu/oluşumları etkileyebilir. Tüm bu faktörler (vücut fonksiyonları ve yapıları, aktivite, katılım, çevresel ve kişisel faktörler) birbirlerini etkileyebildiği gibi, aktivite performansını da etkiler (59).

ICF uluslararası bir standarttır ve de sağlık için gerekli olan aktivitelere katılımı vurgular. Ergoterapi de bu görüşe paralel olarak kişi merkezli anlamlı aktivitelere vurgu yapar (60).

## 2.7. ERGOTERAPİ YAKLAŞIMLARI

Ergoterapi; amaçlı ve anlamlı aktivitelerle sağlığı ve refahı geliştiren kişi merkezli sağlık mesleğidir. Ergoterapiye göre sağlık, kişinin istediği aktivitenin istediği zamanda gerçekleşmesini ve kişinin toplumsal katılımını desteklemesi gerektirir (61). Bireyin amaçlı ve anlamlı bulduğu her aktiviteye ulaşımını ve katılımını kolaylaştıran, yol gösteren ve destekleyen her türlü fiziksel ve sosyal müdahalelerin tümü ergoterapinin içerisindedir.

İnsan-çevre-aktivite birbirleri ile ilişkili bir bütündür. Bu bütündeki herhangi bir aksama, performansı etkiler. İşte ergoterapistler, bu bütünün tüm parçalarının birbiri ile ilişkisini bilerek, kuran ve geliştiren kişilerdir. Ergoterapistlere göre aktivite katılımını, kişilerin fiziksel, duygusal veya bilişsel yetenekleri, yapılan aktivitenin özellikleri ile fiziksel, sosyal, kültürel, davranışsal ve yasal çevre olumlu ya da olumsuz etkileyebilir. Bunlardan dolayı ergoterapi kişinin; kişisel ve çevresel faktörlerini de göz önüne alarak, aktivite performansını ve katılımını değerlendirir.

Ergoterapistler, ergoterapi müdahalelerini bazı modelleri kullanarak, onların ışığında değerlendirerek, uygulamalarını yapar. ICF modeli ve ergoterapi teorik modelleri birbirleri ile benzerlik gösterir. Çünkü hepsinin içeriğinde; kişisel, çevresel ve aktivite ile ilgili faktörlerin birbirleri üzerlerinde azaltıcı/ arttırıcı yönde etkisi vardır (62).

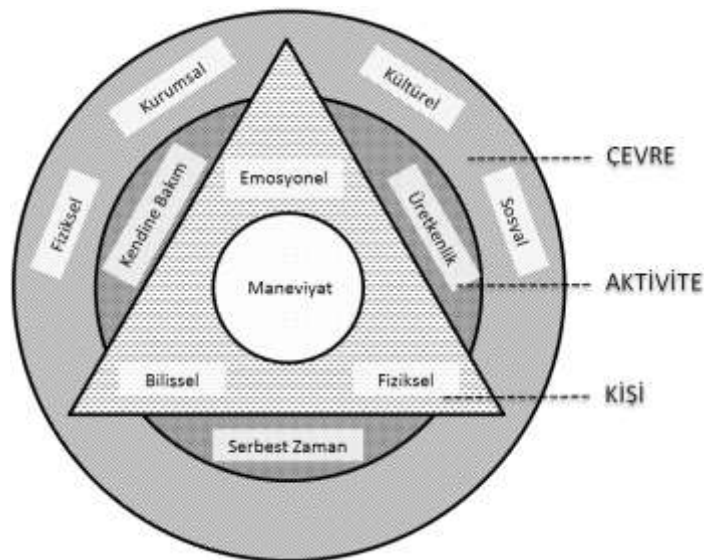
Son yıllarda geliştirilen tüm ergoterapi modelleri holistik ve kişi merkezlidir. Şizofreni gibi kronik psikiyatrik hastaya bakım veren kişilerde kişisel, çevresel, aktivite faktörleri ve yaşam kalitesini incelemek için kullanılacak olan güncel ergoterapi modelleri arasında; Kişi-Çevre-Aktivite Modeli (PEO), Model of Human Occupation (MOHO) ile Kanada Aktivite Performans Modeli (KAPM) sayılabilir (12). Diğer



modeller aktivite performansına odaklanırken, sadece KAPM kişi merkezli aktivite performansına odaklanır (60). Çalışmamızda bu nedenden ötürü, bakım verenlerin kişi ve aktivite ile ilgili faktörlerini incelemeyi sağlayan KAPM kullanılmıştır.

## 2.8. KANADA AKTİVİTE PERFORMANS MODELİ

1980’li yılların başında Kanada’ da geliştirilmiş olan bu model kişiyi merkeze alan bir yaklaşımdır. Değişik hasta gruplarında ve değişik tedavilerde uygulanabilecek olan genel KAPM’nde öncelikli olan iki odak noktası vardır. Birincisi kişinin merkez olduğu uygulama; ikincisi kişinin isteklerine, hayatına ve hayata katılımına uygun aktivite performansdır (63,64). KAPM’de kişinin, fiziksel, duygusal, bilişsel ve ruhsal özellikleri incelenir. Bireyin ruhu (maneviyatı) kişinin temelidir. Law çevreyi, 1997’de kişinin dışında fakat onu etkileyen bir durum olarak tanımlamıştır. Çevre, kurumsal, fiziksel, sosyal ve kültürel olmak üzere dört boyut içerir. Aktivite ise kişi ve çevre ile olan ilişkilerin ürünüdür. Aktivite performansları; basit insan ihtiyaçları, sağlık gereklilikleri gibi kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman alanlarında incelenir. Kişi-çevre-aktivite alanları birbirleriyle ilişkili olduğundan, herhangi birinde meydana gelen değişiklik, uyumsuzluk ya da bu alanlar arasındaki dengenin negatif etkilenmesi, diğer alanları ve performansları etkiler (12), (Şekil 2.2).



Şekil 2.2. Kanada Aktivite Performans Modeli

İnsanlar çevrelerindeki diğer insanlarla, özellikle de aileleri ile bağlantı halindedir. Kişi merkezli uygulamalar, hem kişileri hem de ailelerini kapsar (60). KAPM'ne göre kişilerin aktivite performansı değerlendirmesi için kişisel, çevresel ve aktivite faktörleri ile tüm faktörleri içine alan yaşam kalitesi değerlendirmesi yapılır.

### 2.8.1. Kişi İle İlgili Faktörler

KAPM'ne göre kişi, maneviyatı merkez olmak üzere fiziksel, bilişsel ve emosyonel komponentlerden oluşur. Bakım verme ile emosyonel etkilenimin olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (65,66). Çünkü günlük yaşantıda karşılaşılan sağlık kaybı nedeniyle kişi hasta rolü üstlenmekte, tek başına ihtiyaçlarını karşılayamayan sağlığı bozulmuş bireylerin yakınları da bakım veren rolü üstlenmektedir. Bu yeni rol kişilerin psikolojik durumunun da etkilenmesine neden olmaktadır. Çünkü bireyler bu sağlık kaybı nedeniyle kaygı, suçluluk, pişmanlık, çaresizlik, endişe ile ölüm korkusu gibi duygular yaşar (65). İşte şizofreni gibi kronik psikiyatrik bir hastaya bakım vermek, bakım verenin de bu duygularla karşı karşıya kalmasına neden olur. Literatürde de bakım verme nedeniyle, bakım verenlerde en çok emosyonel faktör etkilenimi olduğu gösterilmiştir.

Bakım verme rolü, bakım verenlerde genellikle duygusal streslere yol açar. Bu streslerin görülmesine neden olan risk faktörleri her toplumda hemen hemen aynıdır (67). Yusuf ve ark. Nijeryalı şizofreniye bakım verenlerin %79,84'ün de duygusal streslerin görüldüğünü söylemiştir. Bu streslerin bakım verenin cinsiyetinden, eğitim durumundan, hasta ile olan yakınlığından ve ailenin üye sayısından etkilendiğini göstermiştir (68). Depresyon, uzun süren hastalıklara bakım verenler arasında sık görülen bir problemdir. Bakım verenlerin çoğunda hastalık nedeniyle karşılaştıkları yük ve streslerin depresyonu tetiklediği bilinmektedir (66).

Şizofreni kendine güveni ve sosyal yaşamı azaltan bir hastalıktır. Bu da hasta ve hasta yakınına psikolojik olarak oldukça etkiler. Çoğu bakım veren iş-aile-bakım verme arasındaki hassas dengeyi koruyabilmek için; kişisel, finansal ve duygusal

kaynakların yetersizliği nedeniyle anksiyete-depresyon gibi stres yükleri ile karşı karşıya kalır. Bu stresörlerin varlığı bakım verenlerin aktivite katılımı ve performansını olumsuz yönde etkileyebilir (17).

Depresyonda olan bir kimse; içine kapanarak, kendisini sosyal çevresinden izole eder. Bu durumdaki kişinin hem ruhsal hem de fiziksel yönden etkilenimleri tahmin edilenlerden fazla olabilir. Özellikle günlük yaşam aktivitelerinde azalma, işe gidip gelmelerinde zorluk ve azalma ile sosyal izolasyon görülebilir. Tüm bunlar yaşam kalitesini de olumsuz etkiler (69).

Bakım verenlerin, bakım verme nedeniyle günlük yaşantıları etkilenebilir, bu kısıtlılıktan dolayı kendilerini mutsuz ve yetersiz hissedebilir. Gülseren ve ark. 239 şizofreni hastası ve yakınına yaptıkları bir çalışma ile depresyon seviyesinin bakım verme ile pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermiştir (49).

Magana ve ark. 2007 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan Meksika kökenli şizofreni ve bakım verenlerinde yaptıkları bir araştırmaya göre, bakım verenlerin %40'ının depresyonda olduğu saptamıştır (70).

Duygusal ve fiziksel yük, bakım verenlerin daha fazla depresyon ve anksiyete yaşamalarına ve sağlıklarının bozulmasına neden olur. Yine bakım verme ile geçen süreyle depresyon düzeyinin arttığını gösteren çalışmalar vardır (25).

Fiziksel ve psikolojik hastalıklarda anksiyete varlığı, hastalığın seyrini, tedaviye uyumu ve hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gibi, hastalığın şiddeti ve tekrarını artırır. Meydana gelen bu artış, aile bireyini de etkiler. Çünkü hastanın hastalık semptomları düzelmedikçe hastane de yatış süresi uzayacağı gibi, hasta yakını daha fazla endişe duymaya başlar. Bu da hem hastaların hem de bakım verenlerinin anksiyete düzeylerini tetikleyerek, daha da artırır (71).

Sonuç olarak süreğen psikiyatrik hastalığı olan hasta ile yaşamının, bakımından sorumlu olmanın, bakımı veren kişinin hem ruh hem de beden sağlığını negatif etkileyebileceği, depresyon ve anksiyete gibi ruhsal bozuklukların görülebileceği bilinmelidir (72).

### 2.8.1.1. Depresyon Tanımı ve Değerlendirmesi

DSÖ'ne göre son yıllarda ruhsal bozukluklar, değişen dünya şartları ve yaşam standartlarından da etkilenerek hızla artmaktadır. Psikiyatrik hastalıklar arasında en sık ve yaygın olarak görülen hastalık depresyondur. Ayrıca depresyon, psikiyatrik hastalıklar başta olmak üzere, diğer birçok hastalıklarda sekonder olarak da görülür. Psikolojik, sosyolojik ve fizyolojik bozuklukların görüldüğü hastalık olan depresyon hem ülkemiz hem de dünyada önemli bir toplum sağlığı sorunudur (73).

Depresyon, bireyin hayatta kalma isteğinin ve zevkinin azaldığı ya da kaybolduğu, kendisini mutsuz, kederli, gelecekte umutsuz veya kötümser hissettiği, geçmişe yönelik pişmanlık ve suçluluk gibi duygu veya düşüncelerinin olduğu, ölüm düşüncesi ve hatta intihar girişimi ile ölümün görülebildiği bir hastalıktır.

Depresyon, dünyaya ve insanlara karşı ilginin azalması, kişinin kendini ayıplama, kınama, beğenmeme ve hor görme gibi duyguların da bir arada görüldüğü bir bozukluktur (74). Çökkünlük, bitkinlik, ümitsizlik, değersizlik, uyku bozuklukları, dikkati ve düşünceleri toplayamama, kendini ve dünyayı değersiz görme, ölüm ve intihar düşüncesi gibi ruhsal belirtiler gözlenir. İştah ve kilo kaybı, cinsel işlev bozuklukları gibi fiziksel belirtiler ile tedirginlik, zihinsel ve bedensel aktivitelerde yavaşlama gibi davranışsal belirtiler görülür.

Depresyon: geçici, normal ve akut bir durumdan; anormal, kronik veya psikiyatrik bir bozukluğa kadar çok geniş bir kavramı kapsar. Bir depresyon atağı için, bazen anlık bir olay sebep olabileceği gibi, bir durumun zamanla aldığı hal veya sebep olduğu sonuçlar da neden olabilir (75).

Depresyon oldukça yaygın görülen bir hastalıktır. Güleç ve ark. tarafından yapılan değerlendirme ile depresyon yaygınlığı %9,2 olarak, yaşam boyu depresyon yaygınlığı ise %23,6 olarak bulunmuştur (76). Regier ve ark. tarafından yapılan çalışma sonucuna göre de depresyon aylık yaygınlığı oranı %1,7-2,4 arasındadır (77). Bland 1997 yılında yaptığı araştırmada, değişik ülkelerde yaşayanlar arasında depresyon yaygınlığının %0,9 - %12,6 arasında değiştiği, en düşük yaygınlığın Taiwan'da, en yüksek yaygınlık oranının ise Zürih'te olduğunu göstermiştir (78).

Depresyon bebeklikten yaşlılığa kadar her yaşta görülebilen bir hastalıktır. Sıklıkla 30'lu yaşlarda başladığı ve orta yaş grubunda yaygın olarak görüldüğünü gösteren çalışmalar mevcuttur. Kadın olmanın depresyon için bir risk faktörü olduğunu gösteren çalışmaların yanı sıra, çoğu çalışmada dul, boşanmış ya da ayrı yaşayan kadınların depresyon seviyesinin, evli veya evli ve beraber yaşayan kadınlardan daha yüksek olduğu gösterilmiştir (79).

Depresyon değerlendirmesi yapılırken objektif sonuçlar veren bazı ölçekler kullanılır. En sık kullanılanları, Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)'dir. Bunların dışında yaşlılarda depresyon düzeyi belirlenmesinde, Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), doğum yapan kadınlarda doğum sonrası depresyon ölçümünde, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ), Şizofreni ve psikotik hastalıklara yönelik değerlendirme için de Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ) gibi hastalığa yönelik değerlendirme ölçekleri de mevcuttur (80).

Bakım veren kişinin var ise depresyonu fark edilip, tedavi edilirse, bakım verme işini daha uzun ve verimli şekilde yapabilir. Rehabilitasyon ile depresyon bulgularının en aza indirilmesi hedeflenmektedir.

### **2.8.1.2. Anksiyete Tanımı ve Değerlendirmesi**

Anksiyete somatik belirtilerin görüldüğü, normal dışı, aşırı ve sebepsiz tedirginlik ve korku hali olarak tanımlanabilir (81). Yorgunluk, baş ağrısı, baş dönmesi, çarpıntı, nefes darlığı, kas güçsüzlüğü, ağrı, soluk renk veya yüz kızarıklığı, yutma güçlüğü ve terleme gibi fizyolojik belirtilerin yanı sıra, endişe, kaygı, huzursuzluk hissi, gerilim, tedirginlik, sıkıntı, daralma, dikkat toplamada ve karar vermede zorluk, kötü şeyler olacak korkusu gibi psikolojik belirtileri de vardır (82). Anksiyetede kişi nedensiz endişe hisseder. Bu nedensizlik, anksiyeteyi korkudan ayırt eder (83). Çünkü korku, kaynağı belli olan gerçek bir tehlike karşısında verilen ruhsal ve bedensel tepkidir (81).

Anksiyete bozuklukları, yaygın görülen depresyondan (%17) fazla, ruhsal bozukluklardan en yaygın olanlarındandır (%25). Hayat boyu görülme prevalansı %4-7 olduğu ve yıllık insidansının %3-3,5 olduğu bilinmektedir (84). Ayrıca kadınlarda görülme oranının erkeklerden fazla olduğu gösterilmiş olup, kadının medeni durumunun da anksiyete seviyesini belirlediği yalnız yaşamak, dul ya da boşanmış olmanın anksiyete bozukluğunu arttırdığı gösterilmiştir (85).

Anksiyete de nedeni belirsiz içsel tehditlere karşı psikolojik cevap ile, fiziksel cevap görülür. Bu durum çok hafif tedirginlik ve gerginlik duygusundan panik derecesine kadar farklı şiddetlerde görülebilir (86).

Normal düzeydeki anksiyetenin kişiyi uyarıcı, koruyucu ve motive edici gibi özellikleri vardır. Bu da kişinin ani veya atlatılması zor bir durumla başa çıkabilmesini kolaylaştırır. Uyarıcı ile ortaya çıkan anksiyete miktarının orantılı olmaması, kontrol edilememesi ve artması, anksiyete belirtilerinin azalmaması ile kişinin işlevselliğinin etkilenip, bozulması gibi bulgular patolojik bir anksiyete varlığına işaret eder (81). Bu gibi sebepler kişinin günlük yaşantısını bozar; aile, iş ve sosyal yaşantısını etkiler.

Anksiyete, çoğu psikiyatrik bozukluklarda görüldüğü gibi, başka birçok bozuklukta da görülebilen bir semptomdur. Genetik etmenler, kişisel özellikler, yaşam stresörleri ile çevresel streslerden etkilenir (84). Anksiyete bozuklukları, kronik hastalıklarla güçlü şekilde ilişkilidir. Bedensel sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ile ters, fiziksel yetiyitimi ile doğru orantılı olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (87).

Son yıllarda yapılan çalışmalar ile, depresyon ve anksiyete belirtilerinin birbirinden ayrı olarak yaşanabildiği gibi hastalığın ortaya çıkışına bağlı olarak birlikte de görülebileceği yönündedir. Depresyon ve anksiyetenin birlikte görülme sıklığı %9-40'dır. Bu da ortaya çıkabilecek olan zorlukları daha da arttırmaktadır (88).

Anksiyete düzeyi; hafif, orta ve şiddetli olabilir (37). Bunu değerlendirirken bazı ölçekler kullanılır. En sık kullanılan anksiyete değerlendirme ölçekleri arasında, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAÖ) gösterilebilir.

Bakım verenlerin anksiyete bozukluğu bulgularının azaltılması, rehabilitasyonun temel hedeflerindedir.

### **2.8.2. Aktivite İle İlgili Faktörler**

KAPM'ne göre aktivite; kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman performans alanlarından oluşur. Aktivite performansı ise, yaşam sürecinde kişinin, aktivite ve rollerinin, yaşadıkları, çalıştıkları ya da oyun oynadıkları çevrenin arasındaki dinamik ilişkinin sonucudur (89). Kişisel faktörler (hastalık, etkilenim...), aktivite faktörleri (teknoloji, ekipman...), çevresel faktörler (ulaşım, limitasyonlar...) nedeniyle aktivite performansında problemler olabilir. Her aktivite tecrübesi ve karşılaşılan problemi kişiye özel olup, kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Bu model yardımı ile terapistler, kişi merkezli değerlendirme ile, bireyin kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman aktivitelerindeki problem çözümlerine odaklanır (12).

Böylece ergoterapistler ve ergoterapi alanında uzmanlaşmış fizyoterapistler; kişinin, kişi merkezli uygulama ile sağlık ihtiyaçlarını belirlemek, kişiye özel ihtiyaç ve isteklerine yönelik terapi programı oluşturmak, kişinin aktivite ihtiyaçlarını gerçekleştirme için fasilite etmek, aktivite problemlerini azaltmak ya da çözmek ve aktivite performansını arttırmak için çalışır (12).

Bu amaçlarla bakım verenlerde ergoterapi değerlendirmeleri; kişinin geçmiş yaşamı ve alışkanlıkları ile gelecekteki hedef ve isteklerini ortaya koyan aktivite ve rolleri, bunların ilişkili olduğu çevre ve aktivite performansına önem vermelidir (90).

Bakım verenlerin gereksinimleri ve günlük aktiviteleri, bakım verme ile kesintiye uğrar. Bakım veren kişi kendisinin önceliklerini ve isteklerini görmezden gelir ya da ertelemek zorunda kalır. Kronik bir hastaya bakım vermek, kişinin aktivite seçimini, performansını ve tatminini de değiştirebilir. Çünkü aktivite değerlendirmesi, kişinin o an içerisinde bulunduğu sağlık ve sosyal duruma göre sonuç verir.

İlk başlarda hasta yakınları psikotik belirtiler ve yetersizlikler ile başa çıkmaya çalışır, fakat hastalığın süreci uzadıkça çabaları da azalmaya başlar (91). Şizofreni hastalarının hastalık semptomları kronikleştikçe aktivite ve aktivite katılımında azalmalar olur. Özellikle de sosyal hayata ve serbest zaman aktivitelerine ayrılan zaman azalır, hatta kaybolur. Bu sebepten dolayı aktif aktivite katılımları, yerini pasif katılıma, belki de hiç katılmamaya bırakır. Böylece hastalar, çoğunlukla evde oturan ve sadece ailesi ile zaman geçirip, ona bağımlı yaşayan bireyler haline gelir (92,93). Bu da birçok hasta yakınında sosyal çekinme ve kendini hayattan soyutlama gibi davranışların ortaya çıkmasına sebep olabilir (91). Ayrıca birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de bakım verenler maddi destek yetersizliğinin yanı sıra sosyal destek yetersizliği ile de karşı karşıya kalır (94,95). Tüm bu alanlardaki destek yetersizliği bakım verenlerin rutin hayatlarında katılım kısıtlılığına yol açar. Bunlar en çok kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman alanları ile aile ve sosyal ilişkilerde kendisini gösterir (96).

Şizofreni, hasta yakınlarının günlük yaşam aktivitesi (GYA) katılımlarına engel olmaktadır. Ev içindeki aktivitelere olduğu kadar, ev dışındaki sosyal aktivitelere katılımı; kişinin kendini gerçekleştirme duygusu için günlük yaşamda oldukça kıymetlidir. Şizofreni tanılı hastaya bakım veren olmak bu gereksinimlerde herhangi bir değişiklik yaratmaz. Aksine aktiviteyi gerçekleştirme de, aktiviteye katılım da veya aktivite performansında zorluklara yol açar (97). Jungbauer ve ark. da bakım verenlerle ilgili yapmış oldukları bir çalışma ile, bakım veren kişilerin ailesel ilişkilerinin, aktivite katılımlarının ve yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiğini göstermiştir (98). Fakat literatürde bu alanda yapılan çalışma sayısı çok az olup, yetersizdir.

### **2.8.2.1. Aktivite ve Katılım Tanımı ve Değerlendirmesi**

Aktivite (activity), birey tarafından hareket veya görevin yerine getirilmesidir. Aktivite, insanın yaşamında yer alan tüm vücut fonksiyonlarını kullanabilmesi ile ilişkilendirilen her tür bireysel hareketleri içerir (59). Her aktivite kişiye özel olup, farklı anlamlar içerebilir. Kişinin tüm içsel ihtiyaçlarını ve bireysel



bütünlüklerini karşılayan her aktivite buraya girer ve günlük yaşamın her alanında olabilir (64).

Aktivite performansı, kişi, çevre ve aktivite arasındaki dinamik ilişkinin sonucudur (64). Aktivite performansı; kültürel olarak tanımlanmış olup, kişinin yaşına ve cinsiyetine uygun, kendisi için anlamlı işi seçebilme, organize edebilme ve bunları yapabilme yeteneği olarak da tanımlanabilir (99). Aktivite performans alanları; kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman alanı olarak sınıflandırılmaktadır. Kendine bakım aktiviteleri (kişisel bakım, fonksiyonel mobilite, toplumsal başarı aktiviteleri) kendine bakım alanını, üretkenlik aktiviteleri (maaşlı/maaşsız iş, ev işi yönetimi, oyun/okul aktiviteleri) üretkenlik alanını ve serbest zaman aktiviteleri (sessiz rekreasyon, aktif rekreasyon, sosyalizasyon aktiviteleri) serbest zaman alanını oluşturmaktadır (62). Aktivite performansı ile ilgili birçok araştırma yapılmaktadır. Kişilerin sağlık ve ekonomik durumunun yanı sıra, beklenti ve isteklerinin de aktivite performansını etkilediği bilinmektedir (100). Performans tatmini ise, kişilerin belirlemiş oldukları aktivitelerdeki performanslarını değerlendirmeleridir (63).

GYA, toplum tarafından katılımı önemli olan, kişinin her gün, gün içerisinde tipik olarak yaptığı, kendine bakım, giyinme, yemek yeme, banyo yapma, tuvalet hijyeni, uyku, ev temizliği yapma gibi aktivitelerin tümüdür (101). Kişinin kişilik özellikleri, yaşı, cinsiyeti, alışkanlıkları ve kültürü GYA'ni etkileyen etmenlerdendir (102). GYA; temel günlük yaşam aktivitesi (TGYA) ve yardımcı günlük yaşam aktivitesi (YGYA) olmak üzere iki kategoriye ayrılarak incelenmektedir. TGYA'nin içerisine; beslenme, banyo yapma, giyinme, tuvalet gibi kendine bakım aktiviteleri, YGYA'nin içerisine de; alışveriş yapma, ulaşım, para idaresi, seyahat, yemek yapma, ev işleri gibi aktiviteler girmektedir (103).

Katılım (participation) aktivite performansından farklı olup, bir yaşam durumuna yani sosyal hayata dahil olmayı ifade etmektedir. Katılım, aktiviteden farklı olarak bireysel boyutu değerlendirmekten ziyade, sosyal boyutu değerlendirir. Çünkü katılım kültürler arasında değişebileceği gibi, aynı kültürdeki topluluklar arasında bile değişkenlik gösterebilir (59).

Her insanın hayatta kalmak için temel ihtiyaçlarını karşıladıktan sonra, yaşamak için asıl bir nedene ihtiyacı vardır. Bu, herhangi bir alandaki aktiviteye katılım ya da hayattaki rollerimiz olabilir. Toplumsal katılımımızı; kişi ve kişilik özelliklerimiz, sosyo-kültürel çevremiz, rollerimiz ile alışkanlıklarımız belirler.

Willer ve ark. katılımı ‘toplumsal ortamlardaki etkili rol performansı’ olarak tanımlamış, ev katılımı (kişinin ev aktivitelerine aktif katılımı); sosyal katılım (kişilerarası ilişkiler ve ev dışı çeşitli aktivitelere katılım) ve üretici aktivitelere katılım (kişinin uğraştığı iş, eğitim ve gönüllü aktiviteler) olmak üzere üç alana ayırmıştır (103).

Literatüre bakıldığında aktivite ve performansı değerlendirmesinde kullanılan ölçekler; Occupational Performance History Interview II, Occupational Self-Assessment, Occupational Circumstances Assessment-Interview And Rating Scale (OCAIRS) ve The Canadian Occupational Performance Measure (COPM)’dir. Bütün hastalıklarda ve sağlıklı kişilerde aktivite performansını ölçmek için bu ölçeklerin hepsi kullanılabilir. Ergoterapistler veya ergoterapi alanında uzmanlaşmış fizyoterapistler arasında en sık kullanılan performans değerlendirme ölçeği COPM yani türkçesi Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ)’dür. Bu ölçek kişilerin aktivite önceliğini, aktivite performansını ve aktivite tatminini değerlendirir (104).

Bakım verenlerin aktiviteye katılımını ve ulaşımını kolaylaştırıp, aktivite performansını arttırabilmek için ergoterapi yaklaşımlarına ihtiyaç vardır. Bu, bakım verenlerin günlük yaşam aktivitesini gerçekleştirmedeki algıladıkları zorlukların değerlendirilerek azaltılması, GYA’ne katılımlarının ve aktiviteyi gerçekleştirme performanslarının arttırılması açısından önemlidir. Bu alandaki rehabilitasyon ihtiyacının belirlenmesi ve arttırılabilmesi için ülkemizdeki bakım verenlerin mevcut olan durumlarının analiz edilmesi gerekmektedir (105).

## 2.9. ŞİZOFRENİ HASTASINA BAKIM VERENLERDE YAŞAM KALİTESİ

Bakım verenler hastaların günlük bakımlarından sorumludur. Bu, bakım verenlerin aktivite ve rollerinde kısıtlanmalara yol açan bir durumdur. Kısıtlanmalar ile ailelerin çeşitli yaşam alanları etkilenir. Hem şizofrenlerin kendisinin hem de bakım verenlerinin yaşam kalitelerinin etkilendiğini gösteren pek çok çalışma mevcuttur. Şizofreni hastasının bakımı ile uğraşmak, sağlanan bakım sırasında bakım verenin zaman ve enerji harcaması nedeniyle yaşam kalitesini olumsuz etkiler (106).

Hastalık nedeniyle fiziksel, emosyonel ve ekonomik streslerle karşı karşıya kalan bakım verenlerin, sosyal rollerinin azaldığı ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği bilinmektedir (35,107). Fakat katılım ve yaşam kalitesi ilişkisini araştıran çalışmalar yetersizdir.

Şizofrenin klinik semptomları varlığı ve derecesinin, bakım verenlerde yaşam kalitesine etkisini inceleyen pek çok çalışma yapılmıştır. Caqueo-Urizar çalışmasında, şizofreninin klinik semptomlarının bakım verenlerde özellikle sosyal çekilmeye yol açarak, sosyal ve ekonomik durumlarını etkilediğini, bu etkilenimle de bakım verenlerin yaşam kalitelerinde düşüşler olacağını göstermiştir (108). Lueboonthavatchai ve ark. 2006 yılında şizofreni hastalığının klinik semptomlarının, şizofreni hastasına bakım verenlerin yaşam kalitesi etkilenimleri üzerine yapmış oldukları araştırmada, bakım verenlerin %66,67'sinin yaşam kalitesinde azalma olduğunu saptanmıştır (109).

### 2.9.1. Yaşam Kalitesi Tanımı ve Değerlendirmesi

Yaşam kalitesi değerlendirme, sağlık ihtiyaçlarından biri olup, önemini gösteren birçok çalışma yapılmaktadır. Yaşam kalitesi değerlendirme, ilk olarak ekonomi alanında yapılmıştır. İzleyen yıllarda sosyal alanda, günümüze yakın yıllarda ise sağlık alanının içerisinde incelenmeye başlanmıştır.

Yaşam kalitesinin tanımı ile ilgili değişik görüşler mevcuttur. En geniş tanımlamalardan birisini Patrick ve Erickson yapmıştır (110). Tanımlarına göre; yaşam kalitesi; ölüm ve yaşam süresi, yetersizlik, fonksiyonel durum, sosyal, fiziksel ve psikolojik sağlık algılaması ve sosyo-kültürel dezavantajları içeren temel bir kavramdır. Cella; fiziksel, fonksiyonel, emosyonel ve sosyal faktörlerin kombinasyonu ile oluşan bir iyilik hali üzerinde durmuştur (111). Fayos ve ark.da; yaşam kalitesini hastalarının kendi yaşamlarını değerli buldukları gibi devam ettirmesi olarak tanımlamıştır (112). Calman yaşam kalitesini bireyin beklenti ve deneyimleri arasındaki fark olarak göstermiştir. Bu tanım “Calman’s gap” veya “dynamic gap” olarak da bilinir (113).

DSÖ ise yaşam kalitesini; kişinin kültürel ve değer yargıları göz önünde bulundurularak, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile birlikte yaşamda kendi durumunu algılaması şeklinde tanımlamıştır. Yaşam kalitesi bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, sosyal ilişkileri, çevresel özellikleri ve maneviyatları gibi alanları kapsar (114). Yaşam kalitesi; zaman içerisinde, kişiden kişiye, kişinin yaşantısındaki beklenti ve aldığı zevklere göre değişebilen, ekonomik, psikolojik, sosyal ve kültürel faktörlerden etkilenen subjektif ve çok yönlü bir kavramdır (115).

Yaşam kalitesi objektif ve subjektif olmak üzere iki bölümde incelenebilir. Objektif yaşam kalitesi fiziksel iyilik halini, subjektif yaşam kalitesi ise psikolojik iyilik halini yansıtmaktadır. Objektif yaşam kalitesi, günlük yaşam aktiviteleri, semptomlar, sosyal sağlık gibi yaşam kalitesini belirleyen alanlar ve bu alanlara ait giyinme, kendine bakım, ağrı, iş, evlilik hayatı gibi göstergelerin değerlendirilmesine denir (örnek olarak, ağrı şiddeti, günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi, sosyal yaşamdaki destek alma durumu gibi). Subjektif yaşam kalitesi ise psikolojik iyilik haline ek olarak emosyonel iyilik halinin de değerlendirilmesidir (115,116).

Yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi birbirinden farklı kavramlardır. Yaşam kalitesi fiziksel, emosyonel, fonksiyonel ve sosyal boyutları olan daha genel bir kavramdır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleri ve bu durumdan memnuniyetini içeren bir kavramdır.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde, sağlık durumu, kişisel ve sosyo-kültürel faktörler çerçevesinde istek ve arzular, sağlık durumları nedeniyle bunların gerçekleşmesindeki kısıtlanmalar ve kişinin bu kısıtlanmalara verdiği duygusal cevaplar belirleyici olur (117,118).

Fitzpatric ve ark. birçok yaşam kalitesi ölçeğini inceleyip, yaşam kalitesi boyutlarını belirlemiştir. Araştırmacılara göre; fiziksel fonksiyon (öz bakım ve hareket kabiliyeti), emosyonel fonksiyon (depresyon ve anksiyete), sosyal fonksiyon (sosyal ilişkileri), günlük hayatlarındaki tüm işlerin rol performansı ve ağrı olmak üzere yaşam kalitesi 5 farklı boyuttan oluşur (119).

Yaşam kalitesi değerlendirmesinde kullanılan ölçekler genel ve özel ölçekler olmak üzere iki gruba ayrılır. Genel ölçekler, geniş soru kapasitesine sahip olan, toplumun her kesimine uygulanabilen ölçütlerdir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçekleri de bu gruba dahildir. Örneğin, DSÖ Yaşam Kalitesi İndeksi (World Health Quality of Life- WHOQOL-100), Nottingham Sağlık Profili (Nottigham Health Profile-NHP), Kısa Form -36 (Short Form-36-SF-36) ve kısaltılmış formları SF-12 ile SF-8 gibi. Özel ölçekler ise belirli bir hastalığa, işleve veya duruma uygulanabilen ölçütlerdir. Fonksiyonel Yaşam İndeksi, yaşlılar için Geriatrik Depresyon Skalası da bu ölçeklere örnektir.

Bu ölçekler kullanılarak yaşam kalitesi algısı ve ihtiyaçları belirlenmiş olur. Özellikle psikiyatrik bir hastalık olan şizofreniye bakım veren kişilerin yaşam kalitesi yönünden değerlendirilmesi gerekmektedir. Rehabilitasyonun ana hedefi de bu kişilerin günlük yaşantılarında maksimum bağımsızlığa ulaştırıp, fiziksel, psikolojik ve de sosyal alanda yaşam kalitesini arttırmaktır.

### 3. BİREYLER VE YÖNTEM

#### 3.1. BİREYLER

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü ile Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı'nın olanakları ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya, şizofreni hastasına bakım veren 66 kişi ve şizofreni hastasına ya da herhangi bir kronik hastaya bakım vermeyen 66 kişi alınmıştır. İki gruptaki bireyler aynı yaş ve cinsiyetle eşleştirilmiştir. Çalışma öncesinde tüm bireylere çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden her kişiye, çalışmayı kabul ettiklerine dair aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Tıbbi, Cerrahi ve İlaç Araştırmaları Etik Kurulu'ndan LUT 12/98 Numarası ile izlenen çalışmamız 11.09.2012 tarihinde değerlendirilmiş olup, tıbbi etik açısından uygun bulunmuştur.

##### 3.1.1. Çalışma Grubu

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği tarafından takip edilen şizofreni tanılı hastaya bakım veren 66 kişi dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- 1) DSM-IV-TR kriterine göre şizofreni tanısı alan kişilere bakım veren olmak (120) ,
- 2) Ortopedik veya nörolojik özre sahip olmamak,
- 3) Koopere olmak,
- 4) Daha önce geçirilmiş kronik psikiyatrik bir rahatsızlık hikayesine sahip olmamak,

- 5) Ölçeklerin uygulanmasına engel bir duruma sahip olmamak (işitme engeli, görme engeli, mental gerilik...),
- 6) Çalışmaya katılmayı kabul etmek,
- 7) Diğer aile üyelerine göre hasta ile daha fazla zaman geçiriyor olmak ya da hastanın bakımından sorumlu olmak,
- 8) Maaş karşılığında bakım veren olmamak,
- 9) 18 yaşını doldurmuş olmak

### **3.1.2. Kontrol Grubu**

Kronik bir problemi olmayan, herhangi bir kişiye bakım vermeyen sağlıklı ve çalışma grubundaki şizofreni hastasına bakım veren hasta yakınları ile yaş ve cinsiyet bakımından eşleştirilmiş toplam 66 birey dahil edilmiştir.

## **3.2. YÖNTEM**

Şizofreni gibi kronik psikiyatrik hastaya bakım veren kişiler, depresyon ve anksiyete gibi stresörler ile karşı karşıya kalarak, aktivite, aktivite performansı ve yaşam kaliteleri etkilenebileceğinden ergoterapi alanının üzerinde durması gereken bir konudur. Bakım verenlerin depresyon ve anksiyete gibi kişi ile ilgili faktörleri, aktivite performansında aktivite ile ilgili faktörleri ve yaşam kalitesi incelenmiştir.

Çalışmamızda bakım verenlerin mevcut olan durumlarının analizi, ergoterapi yaklaşım modellerinden KAPM çerçevesinde yapılmıştır.

## **3.3. DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ**

Bakım verenler; yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, hastaya yakınlık derecesi, kaç yıldır hastaya bakım verdiği, hasta ile aynı evde yaşıyor olup

olmadığı, hastaya yakınlık derecesi, herhangi bir kurumdan maddi destek alıp almadığı gibi soruları içeren sosyodemografik özellikleri bilgi toplama formu ile, depresyon seviyeleri ise Beck depresyon ölçeği ile, kaygı düzeyleri Beck Anksiyete ölçeği ile, aktivite performansı ve tercihleri Kanada Aktivite Performans Ölçümü ile, yaşam kalitesi SF 36 yaşam kalitesi ölçeği ile ölçüldü. Çalışmaya katılan her kişiye yukarıdaki değerlendirme yöntemlerinin hepsi teker teker uygulandı.

### **3.3.1. Sosyodemografik Bilgiler**

Şizofreni hastasına bakım verenleri kapsamlı bir şekilde değerlendirebilmek için benzer konuda yapılan çalışmalardan derlenerek hazırlanan sosyodemografik özellikleri bilgi toplama formu kullanılmıştır (121,122).

Bu form kapsamında;

- 1) Yaş,
- 2) Cinsiyet,
- 3) Hastanın yaşı,
- 4) Hastanın cinsiyeti,
- 5) Medeni durum,
- 6) Hastanın medeni durumu,
- 7) İkamet edilen il /ilçe,
- 8) Herhangi bir işte çalışıp çalışmadığı,
- 9) Meslek,
- 10) Eğitim durumu,
- 11) Hastaya yakınlık derecesi,
- 12) Hastaya tanının hangi yıl konulduğu,
- 13) Kaç yıldır hastaya bakım verdiği,



- 14) Hasta ile aynı evde yaşıyor olup olmadığı,
- 15) Aynı evde yaşayan toplam kişi sayısı,
- 16) Ailede başka benzer şekilde kronik ve psikiyatrik hastalığı olan birisinin olup olmadığı,
- 17) Var ise onunda hastaya yakınlık derecesi,
- 18) Aylık eve giren toplam gelir,
- 19) Herhangi bir kurumdan maddi destek alıp almadığı,
- 20) Algılanan sosyoekonomik düzey,
- 21) Hastanın varlığının onlar için yük olup olmadığı değerlendirilmiştir.

### 3.3.2. Depresyon Değerlendirmesi

Depresyon seviyelerini belirlemek için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmıştır. Bu ölçek 1961 yılında Beck ve ark. tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği de yapılmıştır (123). Ölçek, depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçer. Bu ölçekle depresyon belirtilerinin derecesi nesnel olarak belirlenmesi amaçlanır. Karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum almama, suçluluk duyguları, huzursuzluk, yorgunluk, iştah kaybı, karasızlık, uyku bozukluğu, sosyal çekinme gibi depresif belirtilerden oluşan toplam 21 sorusu ve her bir sorusunun 4 ayrı seçeneği vardır (124). Her madde 0-3 puan arası skorlanır ve her bir madde skoru teker teker toplanarak, depresyon puanı saptanır. Toplam puanın yüksekliği depresyon şiddetini gösterir. Depresyon tanısı konulmasında verilen puan dağılımı (125);

- 1- Normal (0-9 puan),
- 2- Hafif düzeyde depresyon (10-16 puan),
- 3- Orta düzeyde depresyon (17-29 puan),
- 4- Ciddi düzeyde depresyon (30-63 puan) ‘dur.

Çalışmaya katılan tüm bireylere bu ölçeğin maddeleri birer birer okunmuştur. Bireyin bizzat söylediği cevap şıkkı işaretlenmiştir.

### **3.3.3. Anksiyete Değerlendirmesi**

Anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) kullanılmıştır. Bu ölçek Beck ve ark. tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği de 1998 yılında Ulusoy ve ark. tarafından yapılmıştır (126). Bu ölçekle bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığı ölçülmesi amaçlanır (127). Toplam 21 maddeden oluşan, 0-3 (0-hiç, 3-ciddi düzey) arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Anksiyete tanısı konulmasında kullanılan puan dağılımı;

- 1- Normal (0-7 puan),
- 2- Hafif düzeyde anksiyete (8-15 puan),
- 3- Orta düzeyde anksiyete (16-25 puan),
- 4- Şiddetli düzeyde anksiyete (26-63 puan)'dir.

Çalışmaya dahil edilen tüm bireylere ölçeğin maddeleri sırayla okunmuştur. Skalada bireyin verdiği cevap işaretlenmiştir.

### **3.3.4. Aktivite Değerlendirmesi**

Bireylerde aktivite performansı ve memnuniyet düzeylerini değerlendirmek için Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ) değerlendirme kullanılmıştır. Bu değerlendirme ölçeği aktivite performansı alanında kişilerin karşılaştığı problemleri belirleyen bir ölçümdür. Bu ölçek, bireylerin aktivite tercihlerini yine kendisi tarafından verilen performans ve tatmin puanları ile değerlendirir.

İlk basamakta bireylerden günlük rutin yaşantılarında yaptığı, yapmak istediği veya yapmakta kısıtlandığı kendine bakım günlük yaşam, üretkenlik ve serbest

zaman aktiviteleri belirlemesi istenmiştir. İkinci basamakta bireyler bu belirledikleri aktivitelerin her birisine likert skalasına göre 0-10 arası bir önem değeri vermesi istenmiştir (0-Hiç önemli değil, 10-çok önemli). Üçüncü basamak olarak bireylerden onun için en önemli en az 1, en fazla 5 aktiviteyi seçip her bir aktivite için yine likert skalasına göre 0-10 arası performans ve tatmin puanı belirlemesi istenmiştir. Elde edilen performans ve tatmin puanları toplanıp, bireyin önemli bulunduğu aktivite sayısına bölerek performans ve tatmin puanları elde edilmiştir (128).

### 3.3.5. Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi

Yaşam kalitesi değerlendirmek için Kısa Form Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short form SF-36) kullanılmıştır. Bu ölçek yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation tarafından geliştirilmiştir (129). Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (130). 2006 yılında yapılan bir çalışma ile de Türk toplumunun toplumsal normları ortaya konulmuştur (131). Bu ölçek, fiziksel ve mental sağlığın değerlendirilmesi için 14 yaşından büyük çeşitli hastalığa sahip veya sağlıklı kişilerde kullanılabilir (132).

SF-36 en yaygın kullanılan jenerik ölçek özelliğine sahip olup, olumlu sağlık durumunu değerlendirir (129). Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite (canlılık), sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık gibi alt ölçeklerle sekiz boyutun ölçümünü sağlayan 36 maddeden oluşur. Değerlendirme bazı maddeler hariç (3,5,6) likert tipi yapılmaktadır. Sorulara yanıt alınırken son 4 hafta göz önüne alınmıştır. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirir (0- kötü sağlık durumu, 100-iyi sağlık durumu). Yani yüksek puan iyi yaşam kalitesini gösterir.

SF 36 alt grup parametreleri:

- Fiziksel Fonksiyon: Kişinin rutin bir gününün içerisinde yaptığı aktiviteler incelenir (merdiven inmek, yürümek, yemek yapmak, eşya taşımak, kalem tutmak...).

- Fiziksel Rol Güçlüğü: Kişinin fiziksel sağlığının sonucunda, günlük aktivitelerinin her hangi birinde bir zorluk veya sorunla karşılaşmış veya karşılaşmadığı incelenir (kısıtlanma, zorlanma, daha fazla çaba sarfetme...).
- Ağrı: Kişinin ağrı miktarı ve bunun günlük işlerini kısıtlama durumu incelenir.
- Genel Sağlık: Kişinin kendi sağlık durumunu nasıl bulduğu incelenir.
- Vitalite (Canlılık): Kişinin kendisini yorgun, tükenmiş, enerjik veya yaşam dolu hissedip hissetmediği incelenir.
- Sosyal Fonksiyon: Kişinin fiziksel sağlığı, duygusal sorunları ve çevresi ile ilişkilerinin ne kadar etkilendiği incelenir.
- Emosyonel Rol Güçlüğü: Kişinin duygusal sorunlarının günlük işlerini nasıl etkilediği incelenir.
- Mental Sağlık: Kişinin üzgün veya mutlu, kederli veya sevinçli, uyumlu veya uyumsuz... gibi durumları incelenir.

Çalışmaya dahil olan tüm bireylere ölçeğin tamamı bizzat sorulup, verdikleri cevap şıkları işaretlenerek uygulanmıştır.

### 3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Verilerin istatistiksel analizlerinde SPSS 17.0 programı kullanılmıştır. Ölçümle belirlenen değişkenler, ortalama  $\pm$  standart sapma ( $X \pm SS$ ) olarak ifade edilmiş, sayımla belirlenen değişkenler için yüzde (%) değeri hesaplanmıştır. Çalışma gücü %80, hata payı %5 ( $p=0.05$ ) kabul edildiğinde yapılan örneklem hesabımız 132 birey olmuştur.

Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov-Smirnov /Shapiro-Wilk testleri) incelendi ve değişkenlerin normal dağılıma uygun olmadığı görüldü.

Her bir değerlendirme parametresindeki değişim açısından, gruplar arasında fark olup olmadığı, ordinal veya normal dağılım göstermeyen non-parametrik veri grupları için Bağımsız gruplarda Mann Whitney U test ile karşılaştırılmıştır.

Non-parametrik değişkenler arasındaki ilişkinin yönünün ve düzeyinin belirlenmesinde Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Tüm istatistiklerde p anlamlılık değeri 0.05 olarak alınmıştır (133).

## 4. BULGULAR

Ülkemizde yaşayan şizofreni hastalarına bakım verenlerin aktivite, aktivite performansı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmaya 132 kişi dahil edilmiştir. Bu kişiler DSM-IV-TR kriterlerine göre şizofreni tanısı almış kişiye bakım veren (n=66) çalışma grubu ve şizofreni hastasına ya da herhangi bir kronik hastaya bakım vermeyen (n=66) kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Çalışmaya katılan iki gruptaki kişilerden elde edilen bulgu ve analizler aşağıda yer almaktadır.

### 4.1. KİŞİSEL FAKTÖRLER İLE İLGİLİ BULGULAR

#### 4.1.1. Sosyodemografik Bulgular

Çalışmamıza DSM-IV-TR kriterlerine göre şizofreni tanısı almış kişiye bakım veren çalışma grubu ve şizofreni hastasına ya da herhangi bir kronik hastaya bakım vermeyen kontrol grubu olmak üzere iki grup dahil edilmiştir. Çalışma grubuna yaş ortalaması  $47,15 \pm 15,36$  yıl olan 46 kadın (%69,7) ve 20 erkek (%30,3) katılmıştır (n=66). Kontrol grubuna yaş ortalaması  $47,15 \pm 15,36$  yıl olan 43 kadın (%65,2) ve 23 erkek (%34,8) katılmıştır (n=66). Gruplar yaş ortalaması açısından karşılaştırıldığında, gruplar aynı yaş ve cinsiyetle eşleştirilmiş olduğundan gruplar bu özellikler açısından benzerdir ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.1, 4.2)

**Tablo 4.1.** Gruplardaki yaş ortalaması

	Çalışma		Kontrol	
	n	X ± SS (min-max)	n	X ± SS (min-max)
Yaş (yıl)	66	47,15±15,36 (22-82)	66	47,15±15,36 (22-82)

**Tablo 4.2.** Grupların cinsiyet dağılımı

Cinsiyet	Çalışma		Kontrol	
	n	%	n	%
Kadın	46	69,7	43	65,2
Erkek	20	30,3	23	34,8

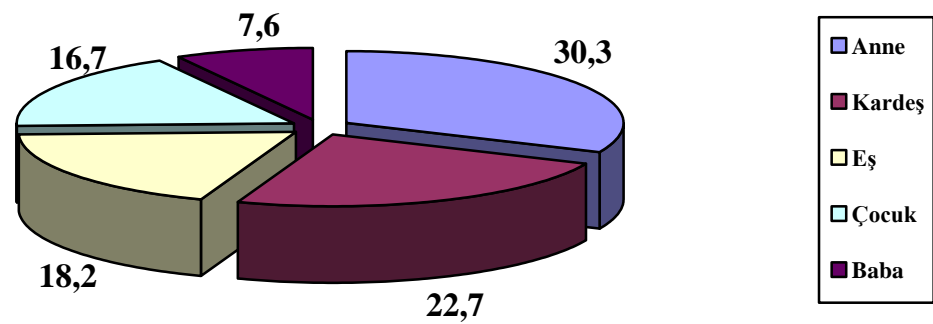
Çalışmaya alınan grupların medeni durum, eğitim durumu, herhangi bir işte çalışma durumu, aylık gelir dağılımı, algılanan sosyoekonomik düzey, ailedeki benzer hastalık durumu ile aynı evde yaşayan toplam kişi sayısı gibi tüm sosyo demografik bilgileri incelenmiş, iki gruptaki kişilerin çoğunun evli olduğu ve Ankara ilinde yaşadıkları belirlenmiştir.

Bakımverenler, hastalarından dolayı işe gidememek ya da işten ayrılmak zorunda kaldıklarını dile getirmiştir. Çalışma grubunda herhangi bir işte çalışma durumu %37,9 (n=25) evet, %62,1 (n=41) hayır olarak bulunmuşken, bu durum kontrol grubunda %62,1 (n=41) evet, %37,9 (n=25) hayırdır. Gruplar arası gelir dağılımında ise çalışma grubunun %83,3'nün (n=55) 2000 TL'nin altında, kontrol grubundaki kişilerin %72,7'sinin (n=48) 2000 TL'nin üzerinde gelirleri olduğu görülmüştür. Çalışmamıza katılan kişilerden alınan diğer bilgiler Tablo 4.3'de verilmiştir.

**Tablo 4.3.** Grupların sosyodemografik özellikleri

		Çalışma		Kontrol	
		n	%	n	%
Medeni durum	Evli	44	66,7	36	54,5
	Bekar	15	22,7	20	30,3
	Dul	7	10,6	10	15,2
Eğitim durumu	Okuryazardeğil	4	6,1	0	0
	İlkokul	9	13,6	1	1,5
	Ortaokul	10	15,2	4	6,1
	Lise	17	25,8	15	22,7
	Üniversite	26	39,4	46	69,7
Çalışma durumu	Evet	25	37,9	41	62,1
	Hayır	41	62,1	25	37,9
Aylık Gelir Düzeyi	0 - 900 TL	12	18,2	5	7,6
	901 – 1500 TL	23	34,8	4	6,1
	1501 – 2000 TL	20	30,3	9	13,6
	2000 TL Üzeri	11	16,7	48	72,7
Algılanan Sosyoekonomik Düzey	Alt	27	40,9	6	9,1
	Orta	34	51,5	45	68,2
	Üst	5	7,6	15	22,7
Ailedeki Benzer Hastalık Durumu	Evet	20	30,3	7	10,6
	Hayır	46	69,7	59	89,4
Aynı Evde Yaşayan Toplam Kişi Sayısı	1-2 Kişi	23	34,9	39	59,0
	3-4 Kişi	43	50,0	27	40,9
	4+	10	15,2	-	-

Bakımveren çalışma grubu incelendiğinde, bakımverenin en çok anne olduğu belirlenmiştir (Şekil 4.1). Şizofreni hastalarının %78,8'inin (n=52) bakımveren aile bireyleri ile aynı evde yaşadığı görülmüştür (Tablo 4.4).

**Şekil 4.1.** Bakım verenlerin hastaya yakınlık derecesi



**Tablo 4.4** Bakım verenlerin genel özellikleri

		Çalışma Grubu	
		n	%
<b>Hastaya Yakınlık Derecesi</b>	Anne	20	30,3
	Kardeş	15	22,7
	Eş	12	18,2
	Çocuk	11	16,7
	Baba	5	7,6
<b>Aynı Evde Yaşama</b>	Evet	52	78,8
	Hayır	14	21,2
<b>Hastanın Varlığının Yük Durumu</b>	Hafif	7	10,6
	Oldukça	8	12,1
	Ağır	19	28,8
	Çok Ağır	32	48,5

Bakım verilen hastaların yaş ortalaması  $43,13 \pm 13,11$  yıl olan %51,5'i (n=34) kadın, %48,5 (n=32) erkektir. Hastaların çoğunun bekar ya da dul olduğu görülmüştür. Kişilerle ilgili demografik bilgilerde Tablo 4.5'de verilmiştir.

**Tablo 4.5.** Hastalara ait demografik bilgiler

	n	X ± SS (min-max)
Hastanın yaşı (yıl)	66	43,13 ± 13,11 (23-87)
Hastaya tanı konulan zaman (yıl)	66	13,21 ± 9,67 (1-53)
Hastaya kaç yıldır bakım verildiği (yıl)	66	12,32 ± 8,41 (1-33)
Hastanın kaç yıldır tedavi aldığı (yıl)	66	13,09 ± 9,69 (1-53)

#### 4.1.2. Depresyon değerlendirmesi ile ilgili bulgular

Çalışmamıza katılan kişilerin depresyon durumunu değerlendirirken kullandığımız Beck Depresyon Ölçeği puanlarına göre, iki grup sonuçları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p < 0,05$ ), (Tablo 4.6).

**Tablo 4.6.** Grupların depresyon ortalamaları ve karşılaştırılması

	<b>Çalışma Grubu</b>	<b>Kontrol Grubu</b>	<b>z</b>	<b>p</b>
	<b>X ±SS (min-max)</b>	<b>X ±SS (min-max)</b>		
<b>Beck Depresyon</b>	17,78 ±8,20 (4-40)	7,69 ±5,22 (0-20)	-7,05	0,000*

\*p&lt;0,05

### 4.1.3. Anksiyete değerlendirmesi ile ilgili bulgular

Beck Anksiyete ölçeği uyguladığımızda, her iki gruptaki kişilerin anksiyete durumu puan farkları karşılaştırıldığında iki grup sonuçları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,05), (Tablo 4.7).

**Tablo 4.7.** Grupların anksiyete ortalamaları ve karşılaştırılması

	<b>Çalışma Grubu</b>	<b>Kontrol Grubu</b>	<b>z</b>	<b>p</b>
	<b>X ±SS (min-max)</b>	<b>X ±SS (min-max)</b>		
<b>Beck Anksiyete</b>	12,56 ± 8,23 (0-38)	10,57 ± 9,71 (0-45)	-2,08	0,037*

\*p&lt;0,05

## 4.2. AKTİVİTE DEĞERLENDİRMESİ İLE İLGİLİ BULGULAR

### 4.2.1. Aktivite ile ilgili bulgular

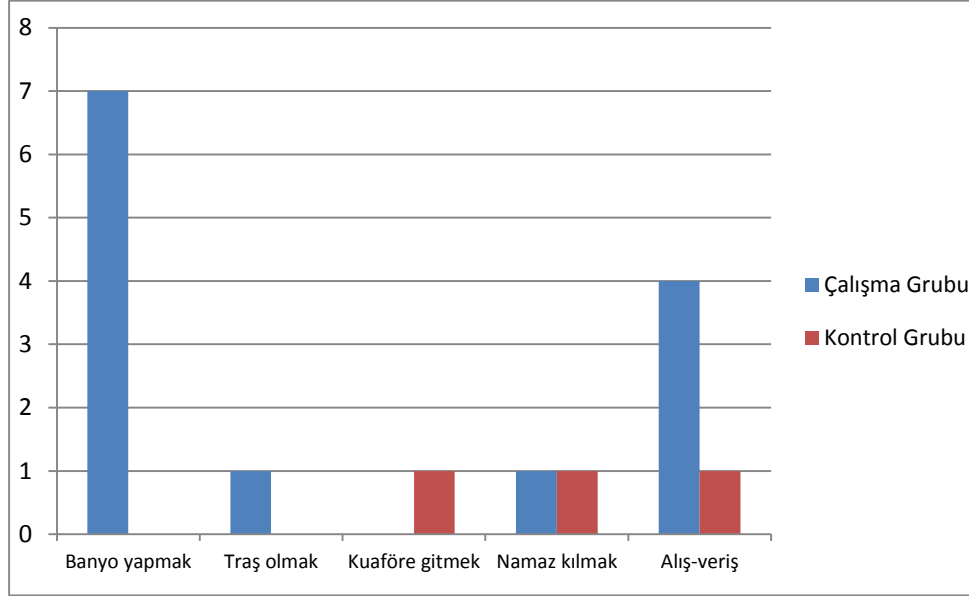
Çalışmamızda kullanılan KAPÖ göre; her iki gruptaki kişilere günlük yaşamında en önemli olan, yapmak isteyip de yapamadıkları veya katılımında en çok kısıtlandıkları aktiviteler sorulduğunda bireyler kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman alanında ortalama iki aktivite söylemiştir. KAPÖ değerlendirmesine göre kişilerin katılımında öncelikle kısıtlandıkları aktivitelere bakıldığında; çalışma grubundaki kişilerin %24,22'si kendine bakım alanında, %22,72'si üretkenlik alanında, %53,06'sı da serbest zaman alanındaki aktiviteler olduğu bulunmuştur. Kontrol grubundaki kişilerin ise; %7,56'sı kendine bakım alanında, %11,34'ü üretkenlik alanında, %81,10'u serbest zaman alanındaki aktivitelere katılımında kısıtlandıkları görülmüştür (Tablo 4.8).

**Tablo 4.8.** KAPÖ değerlendirmesine göre grupların katılımında öncelikle kısıtlandıkları aktiviteler

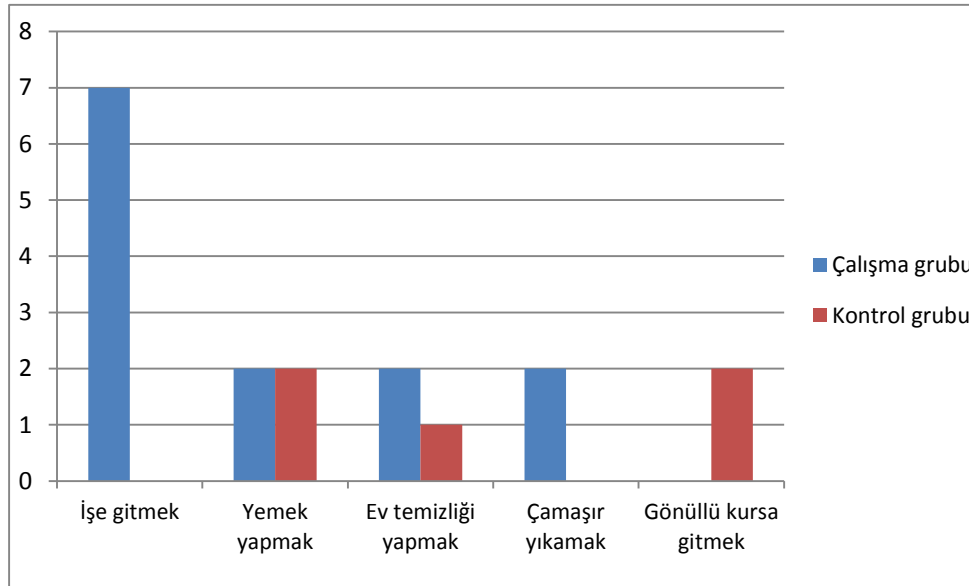
		Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
		n	%	n	%
<b>Kendine Bakım</b>	Banyo	14	10,60	-	-
	Tıraş olmak	3	2,27	-	-
	Kuaföre gitmek	5	3,78	2	1,51
	Namaz kılmak	2	1,51	2	1,51
	Alış-veriş	8	6,06	6	4,54
<b>Üretkenlik</b>	İşe gitmek	8	6,06	-	-
	Gönüllü kursa gitmek	-	-	5	3,78
	Yemek yapmak	10	7,57	2	1,51
	Ev temizliği yapmak	8	6,06	5	3,78
	Çamaşır yıkamak	4	3,03	3	2,27
<b>Serbest Zaman</b>	Seyahat etmek	15	11,36	28	21,27
	Spor yapmak	-	-	22	16,69
	Arkadaşlar ile buluşmak	10	7,57	11	8,33
	Akraba ziyaretleri	37	28,08	8	6,06
	Balığa çıkmak	-	-	3	2,27
	Kitap okumak	5	3,78	13	9,84
	Enstrüman çalmak	-	-	6	4,54
	Sinemaya gitmek	-	-	5	3,78
	Televizyon izlemek	3	2,27	5	3,78
	Resim yapmak	-	-	6	4,54

Çalışmamızdaki katılımcıların kendileri için önemli buldukları aktiviteler incelendiğinde, çalışma grubundaki kişilerin %19,69'u kendine bakım aktivitelerini, %19,69'u üretkenlik aktivitelerini, %60,62'si de serbest zaman aktivitelerini, kontrol grubundaki kişilerin ise %4,53'ü kendine bakım aktivitelerini, %7,57'si üretkenlik aktivitelerini, %87,9'u serbest zaman aktivitelerini birinci sıradan önemli bulduklarını söylemiştir. Yine çalışma grubundaki bireylerde; %28,79'u kendine bakım aktivitelerinin, %25,75'i üretkenlik aktivitelerinin, %45,46'sı serbest zaman aktivitelerinin kendileri için ikinci sıradan önemli aktiviteler olduğu bulunmuştur. Aynı şekilde ikinci sıradan

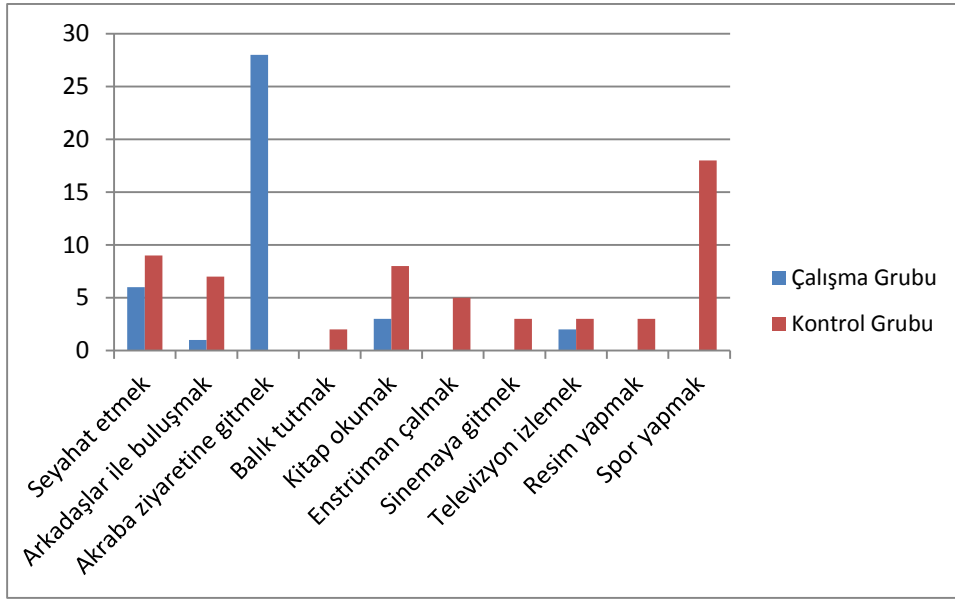
önemli aktiviteler oranı kontrol grubunda ise %10,60'ı kendine bakım aktiviteleri, %15,16'ısı üretkenlik aktiviteleri, %74,24'ü serbest zaman aktiviteleridir (Şekil 4.2 - Şekil 4.7).



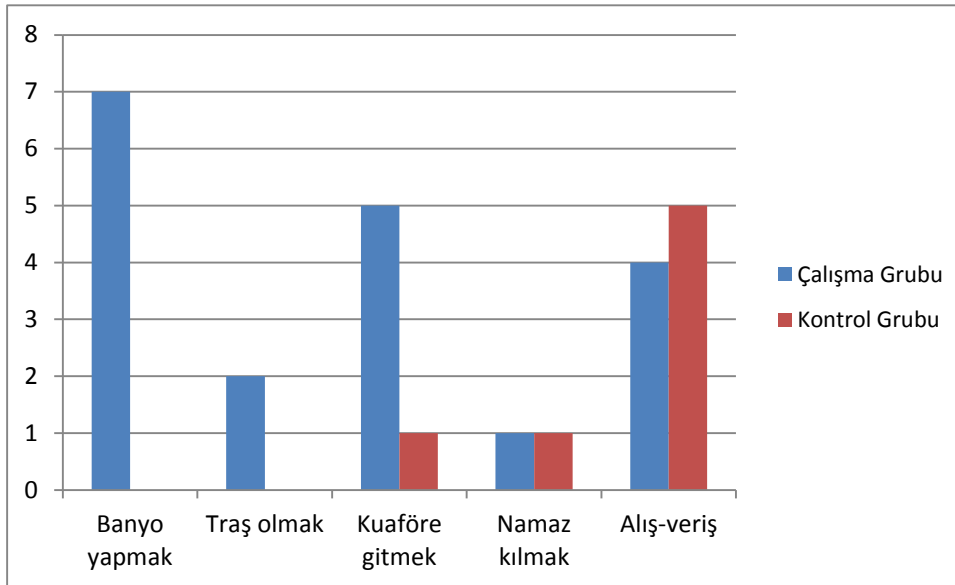
Şekil 4.2. Grupların 1.Sırada Önemli Buldukları Kendine Bakım Aktiviteleri



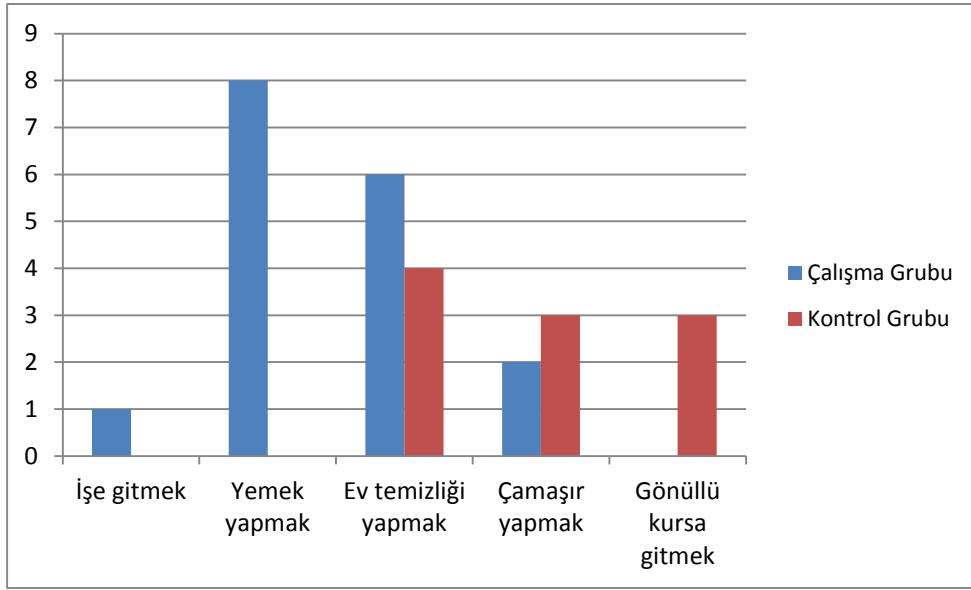
Şekil 4.3. Grupların 1.Sırada Önemli Buldukları Üretkenlik Aktiviteleri



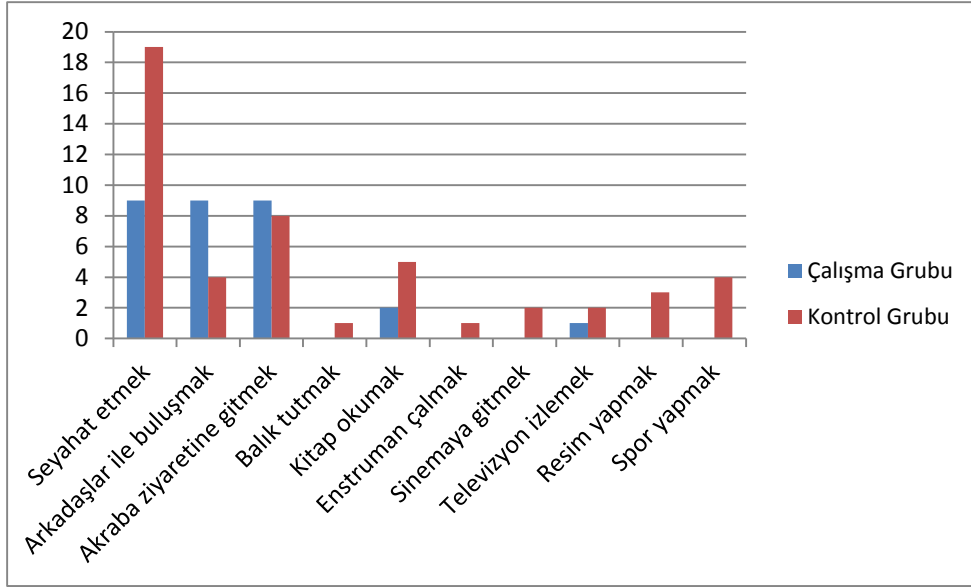
Şekil 4.4. Grupların 1. Sırada Önemli Buldukları Serbest Zaman Aktiviteleri



Şekil 4.5. Grupların 2. Sırada Önemli Buldukları Kendine Bakım Aktiviteleri



Şekil 4.6. Grupların 2.Sırada Önemli Buldukları Üretkenlik Aktiviteleri



Şekil 4.7. Grupların 2.Sırada Önemli Buldukları Serbest Zaman Aktiviteleri

Çalışma grubundaki bireylerin özellikle kendine bakım ve üretkenlik aktiviteleri önemliliği, kontrol grubundaki bireylerden fazladır. Fakat her iki grubunda en fazla önemli buldukları aktiviteler, serbest zaman aktiviteleridir. Çalışma grubundaki kişiler özellikle sosyalizasyon aktivitelerinin (akraba-arkadaş-komşu ziyaretleri) önemli olduğunu söylemişken, kontrol grubundaki kişiler daha çok aktif rekreasyon aktivitelerinin (spor yapmak, seyahat etmek) önemli olduğunu söylemiştir.

#### 4.2.2. Aktivite performansı ve tatmini ile ilgili bulgular

Çalışmamızda aktivite performansı ve tatmini KAPÖ ile değerlendirilerek, kontrol grubundaki kişilerin hem performans hem de tatmin puanları çalışma grubundaki kişilerden daha fazla bulunmakla birlikte, her iki grup arasındaki tatmin puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ), (Tablo 4.9).

**Tablo 4.9.** Grupların KAPÖ performans ve tatmin puanlarının karşılaştırılması

KAPÖ	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	Z	p
	X ± SS	X ± SS		
Performans	5,44 ± 1,96	5,96 ± 1,73	-1,35	0,175
Tatmin	2,93 ± 1,91	4,13 ± 2,39	-2,85	0,004*

\* $p<0,05$

#### 4.3. YAŞAM KALİTESİ DEĞERLENDİRMESİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Çalışma ve kontrol grubunda SF-36 ölçeğinin alt ölçeklerine bakılmıştır. Gruplar arasında fiziksel fonksiyon (PF), fiziksel rol güçlüğü (RP) ve ağrı (BP) alt ölçekleri ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Genel sağlık (GH), vitalite (canlılık) (VT), sosyal fonksiyon (SF), emosyonel rol güçlüğü (RE) ve mental sağlık (MH) alt ölçekleri ortalamaları arasında ise anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ), (Tablo 4.10).

**Tablo 4.10.** Grupların SF-36 ölçeği alt ölçekleri ve karşılaştırılması

	<b>Çalışma Grubu</b>	<b>Kontrol Grubu</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
	<b>X ± SS</b>	<b>X ± SS</b>		
Fiziksel Fonksiyon	68,71 ± 35,00	76,21 ± 29,45	-1,36	0,172
Fiziksel Rol Güçlüğü	55,30 ± 48,53	68,93 ± 42,53	-1,69	0,091
Ağrı	64,96 ± 26,05	71,65 ± 24,73	-1,23	0,216
Genel Sağlık	53,15 ± 21,69	64,34 ± 20,19	-2,69	0,007*
Vitalite (Canlılık)	30,90 ± 19,86	65,60 ± 18,84	-7,76	0,000*
Sosyal Fonksiyon	42,46 ± 28,38	81,81 ± 23,42	-7,06	0,000*
Emosyonel Rol Güçlüğü	22,22 ± 41,48	75,75 ± 39,46	-6,48	0,000*
Mental Sağlık	48,18 ± 13,00	60,48 ± 11,49	-5,14	0,000 *

\*p&lt;0,05

#### 4.4. KORELASYON ANALİZİ SONUÇLARI

##### 4.4.1. Aktivite performansı ve tatmini ile, depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki

Aktivite performansı ve tatmini KAPÖ değerlendirmesi ile kişiler için önemli olan ve katılımda en çok kısıtlandıkları aktivitelerdeki performansları ve bu performanstaki tatminlerinin depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi ile arasındaki ilişkilere bakılmıştır.

Depresyon ve anksiyete ile aktivite performansı ve tatmini arasındaki ilişkiye bakıldığında, depresyon ile hem aktivite performans puanı hem de aktivite tatmin puanı arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Aktivite tatmini ve anksiyete arasında da negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Ancak aktivite performansı ve anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ), (Tablo 4.11).



**Tablo 4.11.** Aktivite performansı ve tatmini ile depresyon ve anksiyete ilişkisi

KAPÖ	Depresyon		Anksiyete	
	r	p	r	p
<b>Performans</b>	-0,210	0,016*	-0,108	0,219
<b>Tatmin</b>	-0,379	0,000*	-0,281	0,001*

\*p&lt;0,05

Aktivite performansı ve tatmini puanları ile SF-36 ölçeğinin alt başlıkları puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Aktivite performansı ve tatmini ile fiziksel fonksiyon (PF), fiziksel rol güçlüğü (RP) ve ağrı (BP) alt ölçekleri arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamış ( $p>0,05$ ); vitalite (canlılık) (VT) ve mental sağlık (MH) alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Aktivite tatmini ile de genel sağlık (GH), sosyal fonksiyon(SF) ve emosyonel rol güçlüğü (RE) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Sonuçlar, aktivite performansı ve tatmininin, yaşam kalitesinin, fiziksel alanlarından çok emosyonel ve mental alanda etkilendiği yönündedir (Tablo 4.12).

**Tablo 4.12.** Aktivite performansı ve tatmini ile yaşam kalitesi ilişkisi

KAPÖ	PF		RP		BP		GH	
	r	p	r	p	r	p	r	p
<b>Performans</b>	-0,056	0,523	0,085	0,330	0,091	0,300	0,051	0,563
<b>Tatmin</b>	0,108	0,217	0,145	0,097	0,164	0,061	0,251	<b>0,004*</b>
	VT		SF		RE		MH	
	r	p	r	p	r	p	r	p
<b>Performans</b>	0,178	<b>0,041*</b>	0,057	0,513	0,013	0,879	0,292	<b>0,001*</b>
<b>Tatmin</b>	0,328	<b>0,000*</b>	0,235	<b>0,007*</b>	0,195	<b>0,025*</b>	0,346	<b>0,000*</b>

\*p&lt;0,05

#### 4.4.2. Depresyon ile anksiyete arasındaki ilişki

Gruplardaki kişilerin BDÖ ve BAÖ puanlarına bakıldığında aralarında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu sonuçla kişilerin depresyon durumu azaldıkça, anksiyete durumunun azalacağı; ya da depresyon durumu arttıkça, anksiyete durumunda etkilenip artacağı görülmüştür (Tablo 4.13).

**Tablo 4.13.** Depresyon ile anksiyete ilişkisi

	Anksiyete	
	r	p
Depresyon	0,625	0,000*

#### 4.4.3. Yaşam kalitesi ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişki

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt ölçekleri ile BDÖ ve BAÖ puanları arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt ölçekleri ile depresyon puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt ölçekleri ile anksiyete puanları arasında da negatif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Sonuçlar, yaşam kalitesinin depresyon ve anksiyete durumuna göre değişip, etkilenebileceğini göstermektedir (Tablo 4.14).

**Tablo 4.14.** Yaşam kalitesi ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişki

SF-36	Depresyon		Anksiyete	
	r	p	r	p
PF	-0,519	0,000*	-0,612	0,000*
RP	-0,378	0,000*	-0,505	0,000*
BP	-0,517	0,000*	-0,659	0,000*
GH	-0,568	0,000*	-0,571	0,000*
VT	-0,840	0,000*	-0,558	0,000*
SF	-0,741	0,000*	-0,578	0,000*
RE	-0,603	0,000*	-0,471	0,000*
MH	-0,663	0,000*	-0,543	0,000*

\* $p<0,05$

## 5. TARTIŞMA

Şizofreni her toplum ve her ülkede görülebilen, hastalık bulgusu ve seyri kişiye göre değişebilen kronik bir hastalıktır. Şizofreni kronik bir psikotik hastalık olduğu için, hastalık süresi uzun ve yıpratıcıdır (134). Hastalık nedeniyle ortaya çıkan problemlerin fazlalığı ve karmaşıklığı, çeşitli profesyonellerin interdisipliner çalışmasını gerektirir. Bu çalışma ekibinde başta hekim (psikiyatrist), psikolog, psikiyatri hemşiresi, fizyoterapist ve ergoterapist olmalıdır. Bu alanla ilgilenen tüm profesyoneller, hastanın olası müdahale ihtiyaçlarının belirlenmesi için geniş bir perspektifte değerlendirme yapar. Hem ülkemiz de hem de çeşitli başka ülkelerde şizofrenlerle ilgili yapılan çalışmalarda, şizofreni hastalığının, hasta kadar yakınının da hayatında bazı problemlere neden olabileceği gösterilmiştir. Çünkü şizofreni kişiyi fiziksel, emosyonel, kognitif ve ruhsal yönden etkileyen; kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman aktivitelerine katılımlarını bozan; sosyal, mesleki ve kültürel hayatlarını etkileyen bir hastalıktır (4). Bu hastalar günlük hayatlarında yaşantılarını devam ettirebilmek için desteğe ihtiyaç duyar. Bu desteği de genellikle aile üyeleri vermektedir (135). Bunun için şizofreni tedavisinde aile ve aileye yapılacak müdahalenin de bu alanda çalışan profesyoneller tarafından atlanılmaması gerekir.

Bu düşünce ile çalışmamızda şizofreni hastalarına bakım verenlerle ilgili veri toplanmış, onların aktivite önceliği ve katılımında kısıtlandıkları aktiviteleri belirlenmiş, bu aktivitelerdeki performans ve tatminleri, depresyon ve anksiyete durumları ile sağlıkla ilgili yaşam kaliteleri incelenmiştir. Bu analizler yapılırken, ergoterapi yaklaşım modellerinden KAPM'ne göre kişi ve aktivite ile ilgili faktörler ile yaşam kalitesi değerlendirilmiştir. Bu modele göre kişi uygulamaların merkezi ve aktivite performansı onun isteklerine ve hedeflerine uygun olmalıdır (63).

Çalışmamıza katılan bireyler şizofreni hastasına bakım veren ve herhangi bir kişiye bakım vermeyen sağlıklı kişiler olmak üzere iki gruba ayrılmış ve yaş ve

cinsiyet bakımından eşleştirilmiş olması inceleme sonuçlarının güvenilirliği açısından önemlidir.

Bakım verenlerden oluşan çalışma grubundaki kişiler ve aynı yaş ve cinsiyetle eşleştirilmiş olan kontrol grubundaki kişilerin çoğu evlidir. Çalışma grubunun %39,4'ü, kontrol grubunun %69,7'si üniversite mezunudur. Çalışma durumları incelendiğinde; bakım verenlerin %37,9'u çalışırken, %62,1'i herhangi bir işte çalışmıyor olduklarını söylemişlerdir. Çalışmaya katılan bakım verenlerden biri bu durumu şu sözlerle açıklamıştır;

*”Şizofreni hastalığı hayatımızda yokken evimize hasret kalıp, bütün gün çalışırdık. Ne zaman bu hastalıkla tanıştık, işimizi mecburen bıraktık, dışarıya hasret kaldık. Bütün gün evde hastalığın neden olduğu problemler ile uğraşıyoruz.”*

Bu açıklama ışığında, çalışma grubundaki kişilerin bakım verme sorumluluğu nedeniyle bir işte çalışma veya işe gidebilme oranının, kontrol grubundaki kişilerden daha düşük olmasının beklenen bir sonuç olduğunu düşünmekteyiz.

Her iki grubun kişisel faktörleri incelenmeye devam edildiğinde, gelir düzeyleri bakımından çalışma grubundaki bireylerin %53'ünün geliri 1500TL'nin altındayken, kontrol grubundaki bireylerin %86,3'nün gelir düzeyi 1500TL'nin üzerindedir. Bu durumda iki grup arasında sosyo-ekonomik düzey farkı beklenmesine karşın, algılanan sosyo-ekonomik düzey bakımından sonuçları benzerdir. Bu düzey farkına rağmen iki grup arasındaki sosyo-ekonomik düzey algısında fark olmamasını; maddi kazanç ya da kaygılardan ziyade hastalığın varlığının daha ağır basmasına bağlayabiliriz.

Çalışmamızda benzer hastalık bulunma durumunun çalışma grubunda (%30,3), kontrol grubundan (%10,6) daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu durum şizofreninin kalıtsal bir hastalık olmasıyla beraber, ailede psikiyatrik hastalığı olan bireylerin, olmayan bireylerden daha fazla hastalığa yakalanma riskiyle karşı karşıya olmasıyla açıklanabilir (13).

T.C. Sağlık Bakanlığı 2011 Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı araştırması istatistiklerine göre; karşılaşılan hastalık grubunda %19 ile ikinci sırayı psikiyatrik hastalıklar almaktadır (19). Literatürde, hastalığın cinsiyete göre erkeklerde daha fazla görüldüğünü gösteren çalışmalar mevcuttur (135). Fakat bizim çalışmamızda çok az bir oransal farklılıkla hastaların çoğu kadın olarak bulunmuştur. Bunun çalışmamız açısından önemli bir fark yaratmayacağı düşünülmektedir.

Şizofreni hastalarının çoğu, gerek destek ihtiyacından gerekse kültürel ve sosyal faktörlerden ötürü aileleri ile birlikte yaşar (7,9,52). Bizim çalışmamızın sonucu da literatüre benzer olarak hastaların, bakım veren aile üyeleri ile yaşadığı şeklindedir. Bu sonuç yaşadığımız toplum normları ve Türk gelenekleriyle de örtüşmektedir. Ancak başka toplumlarda yapılan bazı araştırmalarda hasta ve bakım veren yakınının, birlikte yaşama oranı daha düşüktür (136). Bu durumun toplumsal alışkanlıklar ile ilişkili olarak, toplumdan topluma değişiklik gösterdiği düşünülmüştür.

Çalışmamızda bakım verenlerin hastaya yakınlık dereceleri incelenerek çoğunun anne olduğu bulunmuştur. Toplumsal öğrenilmiş davranış ve rollerimiz nedeniyle toplumumuzda çocuk, yaşlı veya hasta bakımından, genelde kadınlar sorumludur. Bunun için çalışma sonucumuzun, ülkemizin kültürel yapısına paralel olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca gerek batı gerekse doğu ülkelerinde yapılan benzer çalışmalarda şizofreniye bakım verenlerin çoğunlukla kadın ve anne olduğunu göstermiştir (94,105,137).

Şizofreni hastasının aile için yük durumu, son yıllarda da çok araştırılan bir konudur. Çalışmamıza katılan çalışma grubundaki kişilerin yük durumu sorgulandığında hastanın varlığının, %48,5'inin hayatında çok ağır, %28,8'inin hayatında ağır, %12,1'inin hayatında oldukça ağır, %10,6'sının hayatında ise hafif yük olduğunu söylemiştir. Bu yük durumu, hastalığın semptom ve süresinden etkilenebileceği gibi, kişisel özelliklerden de etkilenebilir (138). Ergoterapi modellerinden olan ve değerlendirmemizde kullandığımız KAPM'ine göre de kişinin merkezi maneviyatıdır (12). Bu, inançları ve değer yargılarını içerir. Çalışmamızda bulunan çalışma grubundaki bir katılımcı bu durumu şu şekilde açıklamıştır;

*“Bu hastalık Allah’tan geldi, yük demek olmaz dayanmak zorundayız.”*

Bu açıklama, hastanın varlığı ile karşılaşılan yük algısının maneviyata eğilimi olan kişilerde daha az olabileceğini düşündürmektedir. Fakat yük kavramı maneviyatla sınırlı değildir. Sosyal destek yetersizliği, finansal zorluklar ve hastalığın bakım verene getirdiği görev ve sorumlulukların fazlalığı da, bakım verenlerin taşıdıkları yükü arttırmaktadır (94,139). Çalışma grubundaki katılımcıların sadece %6,06’sı devletten maddi destek aldığını belirtmiştir. Bu oranın bu kadar az olmasının, devletin politika ve hizmetlerinin yetersizliğinden, bürokratik sürecin uzun ve karışık olmasından ve ailelerin bu konuda yeterince bilgilendirilmemesinden kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda kişiye ait faktörler içinde emosyonel faktör ele alınarak, kişilerin depresyon ve anksiyete durumları incelenmiştir. Bunun nedeni, şizofreni gibi kronik psikiyatrik bir hastaya bakım vermenin, bu alanda etkilenime yol açacağı düşüncesidir.

### **Kişisel Faktörler;**

Çalışmamıza katılan kişilerin depresyon durumunu değerlendirirken kullandığımız BDÖ puanlarına göre görülen depresyon seviyesine göre çalışma grubunu oluşturan bakım verenlerin klinik depresyon durumu orta düzey, kontrol grubundaki katılımcıların ise normal düzeydedir. Depresyon düzeyleri arasındaki farkın, bakım vermenin getirmiş olduğu sorumluluklar ile hastalığın sürecinde hastanın ve onunla aynı evde yaşayan bakım verenlerinin karşılaşmış oldukları problemler ve etkilenimlerden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Ayrıca bakım verenlerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin aktivite katılımlarını etkilemesi, bu düşüncemizi pekiştirmektedir.

Osman, çalışmasında depresyon düzeyinin, şizofreniye bakım verenlerde başka kronik hastalıklara bakım verenlerden daha yüksek olduğunu göstermiştir (140). Bunun sebebi olarak ise bu ailelerde iletişim ve rol işlevselliğinin azalmasını

göstermiştir. Gülseren ve ark. da bakım verenlerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin artma sebebini, hasta ile aynı evde yaşama ve sosyal yaşantılarında oluşan kısıtlanma olarak göstermiştir (49).

Bizim çalışmamızda anksiyete durumunu değerlendirirken kullandığımız BAÖ'ne göre; iki grubunda birbirine benzer şekilde hafif düzeyde anksiyete varlığı göstermesine karşın, aralarındaki anlamlı fark bakım verenlerin daha fazla anksiyete yaşadıklarını gösterir. Bu sonuç da literatürle örtüşmektedir.

Bakım verme ile depresyon ve anksiyete düzeyinde artış olabileceği, bundan dolayı da bakım verenlerin kişi ile ilgili faktörleri geniş bir perspektifle değerlendirilmeli ve değerlendirmeleri sonucunda kişi merkezli müdahaleler planlanması gerekmektedir.

### **Aktivite Faktörleri;**

Kronik bir hastaya bakım verme başta aile rolü olmak üzere, kişinin birçok alanda etkilenimlerinin olmasına yol açar. Bakım verenlerin rutin hayatları bozulur, öncelikleri değişir, serbest zaman, sosyal ve üretkenlik aktivitelerinde problemler ortaya çıkabilir (141). Bu varsayımdan hareketle çalışmamızda, şizofreni hastasına bakım veren 66 kişide ve şizofreni hastasına ya da herhangi bir kronik hastaya bakım vermeyen sağlıklı 66 kişideki aktivite ve aktivite performansı incelenmiştir.

Şizofreniye bakım veren ve herhangi bir kişiye bakım vermeyen sağlıklı kişilerin aktivite ve aktivite performansı KAPÖ ile değerlendirilmiştir.

İlk basamakta iki gruptaki katılımcılardan KAPÖ günlük rutin yaşantılarında katılımıda kısıtlandığı kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman aktiviteleri belirlemesi istenmiştir. Katılımcılar, katılımıda öncelikle kısıtlandıkları ortalama iki aktivite söylemiştir. Çalışma grubundaki kişilerin öncelikle katılım kısıtlılığı yaşadığı aktivitelerin, %24,22'si kendine bakım, %22,72'si üretkenlik, %53,06'sı da serbest zaman alanında; kontrol grubundaki kişilerin öncelikle katılım kısıtlılığı yaşadığı

aktivitelerin, %7,56'sı kendine bakım, %11,34'ü üretkenlik, %81,10'u serbest zaman alanında olduğu bulunmuştur. Buna göre kendine bakım alanındaki aktivite katılımında yaşanan kısıtlılık bakımından çalışma grubundaki kişilerin, kontrol grubundaki kişilere oranla çok daha fazla problem yaşadığı görülmektedir. Şizofreni hastaları zaman zaman çevresine, zaman zaman da kendisine zarar verecek bir hasta popülasyonudur. Bundan dolayı da bakımı üstlenen kişi, hastasını yalnız bırakmaktan çekinir. Bu sorumluluk artışı nedeniyle, bakım verenin günlük hayatı da etkilenir. Kişisel ihtiyaçlarını karşılamak için kendisine zaman ayırmakta zorlanır, gereksinimlerini karşılamakta yetersiz kalır. Bir katılımcının açıklamasının bu konuda iyi bir örnek olacağı düşünülmektedir:

*‘‘Bu hastalık öyle bir hastalık ki; kızımın yaşadıkları ne elle tutulabiliyor, ne de gözle görülebiliyor. Belki onun iyileşmesini sağlayamıyorum ama en azından yirmi dört saatimi ona vererek, ona her ihtiyaç duyduğu anda destek olmaya çalışıyorum.’’*

Çalışmamıza katılan iki gruptaki bireylerin öncelikle katılımında kısıtlandıkları aktivite değerlendirme sonuçları çarpıcıdır. Çalışma grubunu oluşturan bakım veren kişilerin kendine bakım ve üretkenlik alanlarındaki aktivitelere katılım zorlukları, kontrol grubundaki kişilerden fazladır. Banyo yapmak ve traş olmak gibi temel kendine bakım aktivite zorlukları sadece çalışma grubundaki kişilerde görülmüştür. Kuaföre gitmek ve alışveriş yapmak gibi diğer yardımcı günlük yaşam kendine bakım aktivitelerinde de çalışma grubundaki kişiler, kontrol grubundaki kişilerden daha fazla katılım kısıtlılığı yaşamaktadır. Bunlara neden olarak, bakım verenin temel yaşantısının etkilenmesi, kendisine yeteri kadar zaman ayıramaması, dolayısıyla kişisel ihtiyaçlarını karşılamakta yetersiz kalması düşünülmektedir.

Çalışma grubundaki kişilerin kontrol grubundaki katılımcılara göre katılımında daha fazla kısıtlandıkları bir diğer performans alanı ise üretkenlik aktiviteleridir. İşe gitme aktivitesinde katılım kısıtlılığı sadece çalışma grubundaki kişilerde görülmüştür. Bunun nedeninin, bakım veren kişinin hastasından dolayı başta işe gittiği gün sayısını azaltması ve hatta hastalık ilerledikçe işe gidemez duruma gelmesi olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca, yemek pişirme ve ev temizliği yapma gibi



ev işi yönetimi aktivitelerine katılım kısıtlılığı çalışma grubundaki katılımcılarda, kontrol grubundakilere göre daha fazladır.

Kronik hastalıklara bakım verenlerle ilgili Nickel yapmış olduğu çalışmada, bakımı üstlenenlerin en çok üretkenlik aktivitelerinden; işe gitme aktivitesine katılımda kısıtlandıklarını göstermiştir (142). Oliveira ve Furegato çalışmasında, şizofreni hastalarına en çok annenin bakım verme rolünü üstlendiğini, bakım veren annelerin en çok ev işlerini yapmak ve alış veriş için evden dışarıya çıkma aktivitelerine katılımda kısıtlandıklarını söylemiştir (143). Bizim çalışmamızın da sonuçları, literatürü desteklemektedir.

Kontrol grubumuzda serbest zaman aktivitelerine katılımda yaşanan kısıtlanma ise çalışma grubundan daha yüksektir. Bu gruptaki katılımcıların %81,10'u seyahat etmek, spor yapmak ve çeşitli hobilere katılımda kısıtlandıklarını söylemiştir. Yaşanılan bu kısıtlanmaların çoğu, zaman veya para yetersizliğindedir. Buna karşın çalışma grubundaki katılımcıların %53,06'sının serbest zaman aktivitelerine katılım kısıtlılığı yaşadığı, bu kısıtlılığın en çok akraba/arkadaş ziyaretleri gibi sosyalizasyon aktivitelerinde olduğu görülmüştür.

Chien çalışmasında, şizofreniye bakım verenlerin serbest zaman aktivitelerine katılımlarının azaldığını ve aileye uygulanacak psikoeğitim ve benzeri ortak grup destek programlarının, bu alandaki aktivite katılımlarını arttıracaklarını belirtmiştir (144). Fakat bu alanda daha fazla araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda her iki gruptaki kişilerin aktivite önemliliği incelendiğinde, kişilerin katılımda kısıtlandıkları aktiviteleri hayatlarında önemli bulduğu görülmüştür. Çalışma grubu için kendine bakım alanında katılımda birinci ve ikinci sırada söyledikleri en önemli aktivite banyo yapmaktır. Kontrol grubundaki kişiler için ise, birinci sırada önemli olan aktivite kuaföre gitmek, ikinci sırada önemli olan kendine bakım aktivitesi ise alış-veriş yapmaktır. Bu değerlendirme ile bakım verenlerin temel gereksinimlerini karşılamakta, bakım vermeyenlere göre daha fazla zorlandığı için TGYA önemliliğinin bu grupta daha yüksek olduğunu düşünmekteyiz.

Bir diğ er performans alanlarından olan üretkenlik aktivitelerine katılım önemliliğ inde, ç alışma grubundaki katılımcılar için, iş e gitme aktivitesi birinci sırada, yemek yapma aktivitesi ikinci sırada önemlidir. Kontrol grubunda ise gönüllü kursa gitme aktivitesi birinci sırada, ev temizliğ i yapma aktivitesi de ikinci sırada önemlidir. Bu da bakım verenlerin iş alanında olumsuz etkilendiğ ini ve bu alanda desteklenmesi gerektiğ ini düş ündürmektedir.

Serbest zaman alanındaki aktivite katılım önemliliğ i ise iki grupta kısmen benzerdir. Akraba ziyaretleri gibi sosyal aktivite önemliliğ i ç alışma grubundaki kişilerde, spor yapmak gibi aktif rekreasyonel aktivitesi de kontrol grubundaki kişilerde katılım da birinci sırada önemlidir. Her iki grupta seyahat etme aktivitesine katılım ikinci sırada önemlidir. Bu sonuçta, yine bakım verme ile bakım verenlerin sosyal yaşamlarını negatif etkileyerek, kısıtladığ ı yönündeki birçok araştırma ile örtüşmektedir (145).

KAPÖ değ erlendirmesi ile üç üncü basamak olarak bireylerden önemli buldukları bu aktivitelere likert skalasına göre 0-10 arası performans ve tatmin puanı vermesi istenmiştir. Elde edilen performans ve tatmin puanları toplanıp, bireyin önemli bulduğ u aktivite sayısına bölerek performans ve tatmin puanları elde edilmiştir. Ç alışmamıza katılan bireylerin, bu puanlamayı yaparken subjektif olmalarına rağ men, ç alışma ve kontrol grubundaki kişilerin ortalama KAPÖ puanları, bize iki grup arasındaki farkı gösterdiğ inden bunun önemli bir problem yaratmayacağ ını düş ünmekteyiz.

Ç alışmamızda performans puanı ç alışma grubunda 5,44, kontrol grubunda 5,96 olarak; tatmin puanı ç alışma grubunda 2,93, kontrol grubunda ise 4,13 olarak bulunmuştur. Bu sonuçta, bakım vermenin aktivite performansını az da olsa etkilediğ i, fakat esas bu performanstan duyulan tatmini azaltarak değ iştirdiğ ini düş ündürmektedir.

Literatürde kronik hastalığ ı olan bireylerin, aktivite değ erlendirmesi ve bu değ erlendirme ış ığında uygulanacak ergoterapi müdahalelerinin, hastaların tedavisine ve aktivite düzeyleri ile katılımlarına olan etkisini araştıran ç alışmalara az rastlanmaktadır. Az olan bu ç alışmalarda ergoterapi müdahaleleri ile şizofreni

hastasının şizofreni tedavisine verdiği yanıt ve hastanın istediği aktiviteye katılımlarında olumlu yönde artış olacağı gösterilmiştir (146,147). Ancak bu hastalara bakım verenlerin, bu aktivitelerdeki olumlu veya olumsuz rol oynaması dışındaki detaylı hiçbir aktivite değerlendirme çalışması yoktur.

Kronik hastalığı olan hastaya bakım verenlerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesine ilgi son yıllarda artmıştır. Tzeng ve ark. da bu konuda araştırma yapmış şizofreni gibi uzun süreli bir hastalığı olan hastaya bakım vermenin, bakım verenin cinsiyeti, psikotik semptomların varlığı veya süresi gibi etmenlerden de etkilenerek, yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermiştir (148). Zendjidjian çalışmasında, şizofreniye bakım verenler ve aynı yaş ve cinsiyet ile eşleşmiş sağlıklı bakım vermeyen kişilerin yaşam kalitelerini SF-36 ölçeği kullanarak incelemiştir. Sosyal fonksiyon, mental sağlık, vitalite (canlılık), fiziksel rol gücü ve genel sağlık alanlarında bakım verenlerin yaşam kalitesinin sağlıklı gruptaki kişilerden daha düşük olduğunu göstermiştir (106).

Literatürle örtüşen çalışmamızda da yaşam kalitesi değerlendirme ölçeği olan SF-36 kullanılmıştır. İki grubu oluşturan katılımcılar arasında genel sağlık, vitalite (canlılık), sosyal fonksiyon, emosyonel rol gücü ve mental sağlık alt ölçekleri ortalamaları arasında fark bulunmuştur. Şizofreni hastalığının psikotik semptomlarının şiddeti ve maddi- manevi destek yetersizliği ailelerin yaşantılarını olumsuz etkiler (35) . Bu faktörlerin; genel sağlık, vitalite (canlılık), sosyal fonksiyon, emosyonel rol gücü ve mental sağlık gibi yaşam kalitesinin alt ölçeklerinde etkilenimlere yol açabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda yapılan korelasyon analizlerine göre; şizofreniye bakım verenlerde aktivite performansı ve tatmini hem depresyon ile anksiyete durumları hem de yaşam kalitesi ile ilişkilidir.

Bakım verenlerin aktivite performansı ve tatmini ile depresyon durumları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Fakat literatürde, şizofreni hastasına bakım verenlerdeki depresyon düzeyleri ve aktivite analizleri ile ilgili çalışmaya rastlanılmamıştır.

Çalışmamızda kişilerin anksiyeteleri ile aktivite tatminleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Fakat anksiyete düzeyleri ile aktivite performansları arasında anlamlı ilişki görülmemiştir. Bu da, aktivite performansının anksiyete düzeyinden etkilenmediğini düşündürmektedir. Ama bu alanda kesin bir yargıya varmak için daha kapsamlı bir çalışma yapılması gerekmektedir.

Kişilerin kendi bakış açısından katılımlarını değerlendiren subjektif bir ölçüm olan KAPÖ ile yaşam kalitesi ayrıntılı bir şekilde incelendiğinde, SF-36 yaşam kalitesi değerlendirme ölçeğinin alt başlıklarından, özellikle vitalite (canlılık) ve mental sağlık alt başlıkları ile arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Bu sonuca göre bakım verenlerin hissettikleri yorgunluk, tükenmişlik, mutsuzluk, kederlilik gibi kendi algıladıkları duygular, aktivite performans ve tatminlerini değiştirebilir. Bakım vermenin yanında getirdiği emosyonel, fiziksel, sosyal ve ekonomik sorunlar, bakım verenleri, bu problemlerle karşı karşıya bırakması nedeniyle kişilerde aktivite performansını ve bundan duyulacak tatmini azalttığını düşündürmektedir. Bu alandaki çalışma sayısı oldukça yetersiz olup, bakım veren kişilerde hiç yoktur. Nickel epilepsi hastalarında yaptığı yaşam kalitesi ve aktivite performansı incelenmesi çalışmasında, bizim çalışmamıza benzer olarak aktivite performansı ve yaşam kalitesi arasında paralel bir ilişki olduğunu göstermiştir (142).

Kişilerin yaşadıkları depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında da literatürle uyumlu olarak pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Gülseren tarafından yapılan çalışmada şizofreniye bakım verenlerde depresyon düzeyinin, anksiyete düzeyini büyük oranda etkileyebileceği gösterilmiştir (49).

Bakım verenlerdeki yaşam kalitesini inceleyen çalışma sayısı çoktur. Birçok çalışmada, yaşam kalitesinin depresyon ve anksiyete ile negatif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir (35). Bizim çalışmamızda benzer olarak; katılan kişilerin depresyon ve anksiyete durumlarının, yaşam kalitesi ile negatif yönde anlamlı ilişkili olduğu bulunmuştur. Ergoterapi yaklaşımları ile, kişi ile ilgili faktörlerin değerlendirilerek, gerekli müdahalenin planlanmasıyla, yaşam kalitesine etki edilebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda şizofreniye bakım verenlerin kişi ve aktivite ile ilgili faktörleri ve yaşam kalitesi incelemesi ve bunların birbirlerine olan etkileri gösterilmiştir. Özellikle şizofreniye bakım verenlerde aktivite katılımını etkileyecek faktörlerin ayrıntılı olarak değerlendirilmesi ve tespit edilen problemlere yönelik yapılacak rehabilitasyon alanında yapılacak değerlendirme ve müdahalelerine ihtiyaç vardır. Bizim çalışmamızın da bu alanda yapılacak olan çalışmalara ışık tutması beklenmektedir.

## 6. SONUÇLAR

Şizofreni hastasına bakım veren ve kronik problemi olmayan, herhangi bir kişiye bakım vermeyen sağlıklı kişilerde aktivite, aktivite performansı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla planladığımız bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Bakım veren olmak, kişileri emosyonel olarak etkiler. Bu kişilerde depresyon ve anksiyete gibi stresörlerin daha fazla görülebmesinden ötürü, ergoterapi değerlendirmelerinde bu kişisel-emosyonel faktörlerin, aktiviteyi de etkileyebileceği bilinmelidir. Depresyon ve anksiyete varlığının kişilerin aktivite düzeylerine olan olumsuz etkisinin azaltılması için, ergoterapistler ve ilgili diğer tüm meslek grupları multidisipliner/interdisipliner çalışma içerisinde olmalıdır.
- KAPÖ ile aktiviteler incelendiğinde; bakım verenlerin, kendine bakım (banyo yapmak, alış - veriş yapmak gibi) ve üretkenlik (yemek yapmak, işe gitmek gibi) alanındaki aktivite katılımlarında, bakım vermeyen sağlıklı kişilere göre daha fazla kısıtlandığı görülmüştür. Bunun da kişiler için bu aktivitelerin daha önemli olarak algılanmasına yol açtığı düşünülmektedir. Serbest zaman alanındaki aktivitelere katılımda bakım verenlerin en çok akraba ziyaretinde, bakım vermeyen sağlıklı kişilerin ise seyahat etmekte kısıtlandıkları bulunmuştur. Bakım verenlerin serbest zaman aktivitelerinin içerisinde yer alan sosyalizasyon aktivitelerine katılımda daha fazla kısıtlanması, hastalığa bakımın sosyal hayatlarını kısıtlayan bir durum olması ile bağdaştırılabilir. Bununla birlikte her iki gruptaki kişilerde önemli olarak algılanan aktiviteler benzer olarak serbest zaman alanındandır. Bunun nedeninin, bakım vermenin kişinin önemli bulunduğu aktivite isteğinde bir azalma değil, sadece ona katılımda kısıtlanmasına yol açması olduğunu düşünmekteyiz. Bunun için bakım

verenlere uygulanacak rehabilitasyon programı ergoterapi uygulamalarını da içermelidir.

- Çalışmamızda aktivite performansı ve tatmini değerlendirmesi için KAPÖ değerlendirme ölçütü kullanılmıştır. KAPÖ performans ve tatmin sonuçları bakım verenlerde, bakım vermeyen sağlıklı kişilerden daha düşüktür. Bakım vermenin kişiyi emosyonel ve sosyal olarak etkileyip, kişilerin aktivite katılımlarını azalttığı görülmüştür. Aktivite performansı ve onu etkileyecek faktörleri daha detaylı inceleyecek ergoterapi çalışmalarına ihtiyaç vardır.
- Bakım verenlerde, SF-36 ölçeği ile ölçülen yaşam kalitesinin özellikle genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık komponentlerini önemli derecede etkilediği görülmüştür. Şizofreni hastalığının kronik ve yıpratıcı olması, belirtilerinin şiddeti ile bakım verenlerin aile yaşantısını bozması ve maddi ya da manevi destek alamaması gibi etmenlerin emosyonel etkilenimlerini arttırması nedeniyle yaşam kalitesini olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Yaşam kalitesinin kişiyi, aktiviteyi ve çevreyi kapsayan geniş bir kavram olmasından dolayı, ergoterapi yaklaşımlarını kullanarak ergoterapistlerin ve ergoterapi alanında uzmanlaşmış fizyoterapistlerin interdisipliner çalışmalar ile bu alanda projeler ve çalışmalar yapması gerekmektedir.
- Aktivite performansı ve tatmini ile, depresyon ve anksiyete ilişkisi sonuçlarında; aktiviteyi yapma ve tatmininin kişinin depresyonu ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Anksiyetenin ise aktivite tatmini ile ilişkili olduğu, fakat aktivite performansı ile ilişkili olmadığı görülmüştür. Bakım vermenin, depresyon ve anksiyete seviyesini arttıran bir rol olduğu, bunun sonucunda da tatmininin azalacağı görülmüştür. Anksiyetenin, aktivite performansı ile ilişkisinin daha iyi yorumlanabilmesi için bu alanda anksiyeteyi ve aktivite performansını etkileyen faktörlerin daha kapsamlı incelenmesine yönelik çalışmalara ihtiyaç vardır. Çalışmamızın sonucuna göre; ergoterapi yaklaşımları uygulanarak kişilerin istedikleri aktiviteye

katılımlarının artırılması ile depresyon düzeylerinin azaltılabileceği düşünülmektedir.

- Aktivite performansı ve tatmini ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; kişinin aktivite performansı ve tatminin yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu görülmüştür. Bu durumda ergoterapi ile, bakım verenlerin aktivite performansı artırıldığında, kişilerin yaşam kalitelerinin de artırılabilirliği düşünülmektedir.
- Çalışmamızın limitasyonları, KAPM'ne göre kişi ile ilgili emosyonel komponent dışındaki diğer kişisel faktörler ile çevresel faktörlerin incelenmemiş olması olarak kabul edilmektedir. Bu kapsamda şizofreniye bakım verenlerin çevresel faktörlerin ve diğer kişisel faktörlerin de incelendiği çalışmalar yapılması bu alandaki eksikliği giderecektir.

Sonuç olarak çalışmamızda bakım veren aile bireylerinin günlük rutin (1) yaşantıları, kişi ya da aktivite ile ilgili faktörlerden dolayı olumsuz etkilenebileceği gibi, bu faktörlerden dolayı aktivite katılımları ve yaşam kalitelerinin azalabileceği görülmüştür. Günlük yaşamın üç parçası içinde kendileri için önemli kısıtlılıklar gördükleri kendine bakım alanında banyo yapma aktivitesi, üretkenlik alanında ise işe gitme aktivitesi olduğu tespit edilmiştir. En fazla serbest zaman alanındaki aktivitelere katılımı, önemli buldukları belirlenmiştir. Yaşam kalitelerinin en çok emosyonel ve sosyal alanda olumsuz etkilendiği ortaya çıkmıştır. Bu nedenle ergoterapistler ve ergoterapi alanında uzmanlaşmış fizyoterapistler bakım verenlerin bakım verme rolü nedeniyle kısıtlanan aktivite alanlarına yönelik detaylı ergoterapi analizleri yapmalıdır. Ayrıca kişiye özel belirlenen aktivite katılım kısıtlılığını azaltmaya yönelik müdahale çalışmalarının da yapılması gerekmektedir. Aktiviteyi etkileyebilecek diğer faktörlerin de göz önünde bulundurularak yapılan multidisipliner ve interdisipliner çalışmalar ile bakım verenlerin aktivite, aktivite performansı ve yaşam kalitesinin artırılacağı düşünülmektedir.



## 7. KAYNAKLAR

1. Bademli, K.,Duman, Z.Ç. (2011) Şizofreni hastalarının bakım verenlerine uygulanan aileden ailye destek programları: sistematik derleme. *Türk psikiyatri derg*, 22 (4), 255-265.
2. Hegde, S., Rao, S.L., Raguram, A.,Gangadhar, B.N. (2012) Addition of home-based cognitive retraining to treatment as usual in first episode schizophrenia patients: a randomized controlled study. *Indian J Psychiatry*, 54 (1), 15-22.
3. Wynaden, D.,Ladzinski, U. (2006) The caregiving experince:How much do health professionals understand? *Collegian*, 13 (3).
4. van Wijngaarden, B., Schene, A., Koeter, M., Becker, T., Knapp, M., Knudsen, H.C. ve diğerleri. (2003) People with schizophrenia in five countries: conceptual similarities and intercultural differences in family caregiving. *Schizophr Bull*, 29 (3), 573-586.
5. <http://www.caregiving.org/resources/caregiverresources> (2004). National Alliance for caregiving 5 Nisan, 2013.
6. Mollaoğlu, M., Tuncay, F.Ö.,Fertelli, T.K. (2011) İnmeli hasta bakım vericilerin bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Deuhyo Ed*, 4 (3), 125-130.
7. Prasko, J., Vrbova, K., Latalova, K.,Mainerova B. (2011) Psychoeducation for psychotic patients. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*, 155 (4), 385-396.
8. Narayan, K.K.,Kumar, D.S. (2012) Disability in a Group of Long-stay Patients with Schizophrenia: Experience from a Mental Hospital. *Indian J Psychol Med*, 34 (1), 70-75.
9. Zahid, M.A.,Ohaeri, J., U., (2010) Relationship of family caregiver burden with quality of care and psychopathology in a sample of Arab subjects with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 10:71.

10. Awadalla, A.W., Ohaeri, J.U., Salih, A.A.,Tawfiq, A.M. (2005) Subjective quality of life of family caregivers of community living Sudanese psychiatric patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40 (9), 755-763.
11. Law, M. (1993) Evaluating activities of daily living: directions for the future. *AJOT*, 47 (3), 233-237.
12. Kielhofner, G. (2007). The Canadian Model of Occupational Performance. G. Kielhofner (Ed.). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy*. (3.bs.) (s. 94-109). Philadelphia: F.A. Davis Company
13. Gürses, N. (2009). Şizofreni hastalarının yakınlarında şizotipal özellikler ile nörokognitif eksikliklerin ilişkisi. Uzmanlık tezi,Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
14. Shenton, M.E., Kikinis, R., Jolesz, F.A., Pollak, S.D., LeMay, M., Wible, C.G. ve diğerleri. (1992) Abnormalities of the left temporal lobe and thought disorder in schizophrenia. A quantitative magnetic resonance imaging study. *N Engl J Med*, 327 (9), 604-612.
15. Zauszniewski, J.A., Bekhet, A.K.,Suresky, M.J. (2010) Resilience in family members of persons with serious mental illness. *Nurs Clin North Am*, 45 (4), 613-626, vii.
16. <http://www.ailehekimirehberi.com/psikiyatri-DSM.htm>. Hastalıkların DSM Tanı Kriterleri 26 Nisan, 2013.
17. Chan, S.W. (2011) Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*, 25 (5), 339-349.
18. Arslantaş, H.,Adana, F. (2011) Şizofreninin Bakım Verenlere Yüğü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3 (2), 251-277.
19. Alataş, G., Kahiloğulları, A.K.,Yanık, M. (2011). *T.C Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)*. Retrieved. from.
20. Lewine, R. (2004) At issue: Sex and gender in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 30 (4), 755-762.

21. Aleman, A., Kahn, R.S., Selten, J.P. (2003) Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 60 (6), 565-571.
22. Eren, K., (2006). Şizofreni ve cinsiyet farklılıkları. Uzmanlık Tezi, İstanbul Bakırköy Prof.Dr.Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
23. Öner, Ö., Tuğcu, H., Özsan, H.H. (2002) Şizofreni Hastalarında Somatizasyon. *Turkiye Klinikleri J Psychiatry*, 3 (1), 1-5.
24. Stone, R., Cafferata, G.L., Sangl, J. (1987) Caregivers of the frail elderly: a national profile. *Gerontologist*, 27 (5), 616-626.
25. Atagün, M.İ., Balaban, Ö.D., Atagün, Z., Elagöz M., Özpolat, A.Y. (2011) Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3 (3), 513-552.
26. Whittier, S., Coon, D., Aaker, J. Caregiver support interventions, Ağ
27. Hinojosa, M.S., Rittman, M., Hinojosa, R. (2009) Informal caregivers and racial/ethnic variation in health service use of stroke survivors. *J Rehabil Res Dev*, 46 (2), 233-241.
28. Silver, H.J., Wellman, N.S. (2002) Family caregiver training is needed to improve outcomes for older adults using home care technologies. *J Am Diet Assoc*, 102 (6), 831-836.
29. McCullagh, E., Brigstocke, G., Donaldson, N., Kalra, L. (2005) Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke*, 36 (10), 2181-2186.
30. Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martinez-Aran, A., Torrent, C., Comes, M. ve diğerleri. (2004) Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychother Psychosom*, 73 (5), 312-319.
31. Given, B.A., Given, C.W., Kozachik, S. (2001) Family support in advanced cancer. *CA Cancer J Clin*, 51 (4), 213-231.

32. Yılmaz, A., Turan, E. (2007) Alzheimer hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik, tükenmişliğe neden olan faktörler ve başetme yolları. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 27, 445-454.
33. Larsen, L.S. (1998) Effectiveness of a counseling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 36 (8), 26-32.
34. Weitzner, M.A., McMillan, S.C., Jacobsen, P.B. (1999) Family caregiver quality of life: differences between curative and palliative cancer treatment settings. *J Pain Symptom Manage*, 17 (6), 418-428.
35. Caqueo-Urizar, A., Gutierrez-Maldonado, J., Miranda-Castillo, C. (2009) Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review. *Health Qual Life Outcomes*, 7, 84.
36. Ebrahimzadeh, M.H., Shojaei, B.S., Golhasani-Keshtan, F., Soltani-Moghaddas, S.H., Fattahi, A.S., Mazloumi, S.M. (2013) Quality of life and the related factors in spouses of veterans with chronic spinal cord injury. *Health Qual Life Outcomes*, 11, 48.
37. Kılınç, Y. (2007). Behçet hastalarında yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon. Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
38. Jiang, X., Sun, L., Wang, B., Yang, X., Shang, L., Zhang, Y. (2013) Health-related quality of life among children with recurrent respiratory tract infections in Xi'an, China. *PLoS One*, 8 (2), e56945.
39. Bektaş, Ö. (2010). Fiziksel özürlü çocuğa bakım verenlerde ergoterapi programının etkilerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
40. Andersson, E., Ljotsson, B., Hedman, E., Kaldo, V., Paxling, B., Andersson, G. ve diğerleri. (2011) Internet-based cognitive behavior therapy for obsessive compulsive disorder: a pilot study. *BMC Psychiatry*, 11, 125.
41. Hazzan, A.A., Ploeg, J., Shannon, H., Raina, P., Oremus, M. (2013) Association between caregiver quality of life and the care provided to persons with Alzheimer's disease: protocol for a systematic review. *Syst Rev*, 2, 17.

42. Şahiner, T., Kuzu, N., Beşer, N., Zencir, M., Ergin, A., Erdoğan, Ç. (2011). Alzheimer hastaları ve yakınlarının yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyetelerinin değerlendirilmesi. 14.04.2013, 2013.
43. Rose, L.E., Mallinson, R.K., Gerson, L.D. (2006) Mastery, burden, and areas of concern among family caregivers of mentally ill persons. *Arch Psychiatr Nurs*, 20 (1), 41-51.
44. Breslau, N., Staruch, K.S., Mortimer, E.A., Jr. (1982) Psychological distress in mothers of disabled children. *Am J Dis Child*, 136 (8), 682-686.
45. Yılmaz, A., Turan, E., Gundogar, D. (2009) Predictors of burnout in the family caregivers of Alzheimer's disease: evidence from Turkey. *Australas J Ageing*, 28 (1), 16-21.
46. Eren, İ., Şahin, M., Cüre, E.İ., İnanlı, İ.Ç., Tunç, Ş.E., Küçük, A. (2007) Ankilozan Spodilit hastalarında psikiyatrik belirtilerin yetiyitimi ve yaşam kalitesi ile ilişkileri. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 44, 1-9.
47. de Silva, D., de Silva, S. (2001) A preliminary study of the impact of long-term psychotic disorder on patients' families. *Ceylon Med J*, 46 (4), 121-123.
48. Doğan, A. (2002) Şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3 240-248.
49. Gulseren, L., Cam, B., Karakoc, B., Yigit, T., Danaci, A.E., Cubukcuoglu, Z. ve diğerleri. (2010) [The perceived burden of care and its correlates in schizophrenia]. *Turk Psikiyatri Derg*, 21 (3), 203-212.
50. Doğan, O. (2001) Şizofreni hastalarının evde bakımı. *Anadolu Psikiyatri dergisi*, 2 (1), 41-46.
51. Talwar, P., Matheiken, S.T. (2010) Caregivers in schizophrenia: A cross Cultural Perspective. *Indian J Psychol Med*, 32 (1), 29-33.
52. Sharif, F., Shaygan, M., Mani, A. (2012) Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry*, 12, 48.

53. Soygür, H. (1999) Şizofreni tedavisine genel bakış. *Psikiyatri Dünyası*, 3, 839-890.
54. Magliano, L., Marasco, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guarneri, M., Maj, M. ve diğerleri. (2002) The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatr Scand*, 106 (4), 291-298.
55. Haddock, G., Barrowclough, C., Tarrier, N., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N. ve diğerleri. (2003) Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. 18-month outcomes of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 183, 418-426.
56. O'Brien, M.P., Zinberg, J.L., Ho, L., Rudd, A., Kopelowicz, A., Daley, M. ve diğerleri. (2009) Family problem solving interactions and 6-month symptomatic and functional outcomes in youth at ultra-high risk for psychosis and with recent onset psychotic symptoms: A longitudinal study. *Schizophr Res*, 107 (2-3), 198-205.
57. Doğan, O., Doğan, S., Tel, H., Çoker, F., Polatöz, Ö., Doğan-Başegmez, F. (2002) Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Aileler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 133-139.
58. Eryıldız, D. (2008). Gündüz hastanesi ve rehabilitasyon merkezi'ne devam eden kronik şizofreni hastaları ile bir rehabilitasyon programına katılmayan kronik şizofreni hastalarının işlevsellik ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, İstanbul.
59. Örgütü.(2004), D.S. (2001). İşlevsellik, Yetiyitimi ve sağlığın Uluslararası sınıflandırılması. Genova.
60. Wressle, E. (2002). Client participation in the rehabilitation process. Linköpings Üniversitesi, İsveç.
61. Salar, S. (2011). Omurilik yaralanması olan kişilerde çevresel faktörlerin toplumsal katılım ve yaşam memnuniyetine etkisi. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

62. Law, M., Dunn, W., Baum, C. (2005). Measuring Participation. M. Law, Baum, C., Dunn, W. (Ed.). Measuring Occupational Performance (2.bs.) (s. 107-126): Slack Incorporated
63. Law, M. (2005). Measurement In Occupational Therapy. B. C. Law M., Dunn W., (Ed.). Measuring Occupational Performance (s. 3-21). U.S.A: Slack Incorporated
64. Strong, S., Gruhl, K.R. (2011). Person-Environment-Occupation Model. S. C. Brown, V.C., (Ed.). Occupational Therapy in Mental Health (s. 31-46). Philadelphia: F.A. Davis Company
65. Kayahan, M., Sertbaş, G. (2007) Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete- depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 52-61.
66. Amaresha, A.C., Venkatasubramanian, G. (2012) Expressed emotion in schizophrenia: an overview. *Indian J Psychol Med*, 34 (1), 12-20.
67. de Mamani, A.G. (2010) Self-conscious emotions, general emotional distress, and expressed emotion in family members of patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 198 (4), 305-308.
68. Yusuf, A.J., Nuhu, F.T. (2011) Factors associated with emotional distress among caregivers of patients with schizophrenia in Katsina, Nigeria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 46 (1), 11-16.
69. Yazıcı, K., Tot, Ş., Yazıcı, A., Erdem, P., Buturak, V., Oktay, Y. ve diğerleri. (2003) Bedensel hastalığı olan kişiler arasında psikiyatrik yardıma ihtiyacı olanlar tanınabiliyor mu? *Klinik Psikiyatri*, 6, 27-31.
70. Magana, S.M., Ramirez Garcia, J.I., Hernandez, M.G., Cortez, R. (2007) Psychological distress among latino family caregivers of adults with schizophrenia: the roles of burden and stigma. *Psychiatr Serv*, 58 (3), 378-384.
71. Yener, F., Yargıcı, N., Kırılı, S., Solakoğlu, G., Soydan, M., Ataç, C. (1991) Şizofrenilerin aile bireylerinde görülen ruhsal bozuklukların ve belirtilerin incelenmesi. *Düşünen adam*, 4 (3), 21-23.

72. Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bauml, J., Kissling, W., Engel, R.R. (2001) The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia-a meta-analysis. *Schizophr Bull*, 27 (1), 73-92.
73. Küey, L. (1998) Birinci basamakta depresyon: tanıma, ele alma, yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası*, 1, 5-12.
74. Çevik, A., Volkan, V.D. (1993) Depresyonun psikodinamik etiyojisi. *Depresyon Monografaları Serisi 3*, 109-122.
75. Güler, D. (2006). Mastalji, yaşam kalitesi ve depresyon. Uzmanlık tezi, İstanbul.
76. Güleç, C. (1981). Affektif bozuklukların yaygınlığı ve bu konudaki tutumlar üzerine sağlık örgütlenişinin etkisini araştıran bir çalışma. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
77. Regier, D.A., Boyd, J.H., Burke, J.D., Jr., Rae, D.S., Myers, J.K., Kramer, M. ve diğerleri. (1988) One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry*, 45 (11), 977-986.
78. Bland, R.C. (1997) Epidemiology of affective disorders: a review. *Can J Psychiatry*, 42 (4), 367-377.
79. Kaya, B., Kaya, M. (2007) 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10 (Ek 6), 3-10.
80. Kılınç, S., Torun, F. (2011) Türkiye'de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 86 (1), 39-47.
81. Bal, U. (2010). Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları. Uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
82. Ünsal, C. (2007). ‘‘Yaygın anksiyete bozukluğu’’ tanısı alan hastaların elektrokardiyografilerindeki p-dalga dispersiyonu ve QT dispersiyonu. Uzmanlık tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul
83. Arkonaç, O. (1999). Açıklamalı psikiyatri sözlüğü. İstanbul: Nobel tıp kitapçıları.



84. Eşel, E. (2003) Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 13, 78-87.
85. Wittchen, H.U., Zhao, S., Kessler, R.C., Eaton, W.W. (1994) DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 51 (5), 355-364.
86. Barlow, D.H. (2000) Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *Am Psychol*, 55 (11), 1247-1263.
87. Akkoyunlu, C. (2012). Tip II Diabet Mellit ve Romatoid Artrit Hastalarında Hastalık Algısının Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. Uzmanlık Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.
88. Beser, N.G., Öz, F. (2003) Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7 (1).
89. Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., Letts, L. (1996) The person-environment-occupation model : A transactive approach to occupational performance. *CJOT*, 63 (1), 9-23.
90. Urish, C., Jacobs, B. (2011). Families living with mental illness. C. Brown, Stoffel, VC., (Ed.). *Occupational Therapy in Mental Health* (s. 415-432). Philadelphia: F.A. Davis Company
91. Gerson, R., Wong, C., Davidson, L., Malaspina, D., McGlashan, T., Corcoran, C. (2011) Self-reported coping strategies in families of patients in early stages of psychotic disorder: an exploratory study. *Early Interv Psychiatry*, 5 (1), 76-80.
92. Hayes, R.L., Halford, W.K. (1996) Time use of unemployed and employed single male schizophrenia subjects. *Schizophr Bull*, 22 (4), 659-669.
93. Wykes, T., Reeder, C., Landau, S., Everitt, B., Knapp, M., Patel, A. ve diğerleri. (2007) Cognitive remediation therapy in schizophrenia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 190, 421-427.

94. Caqueo-Urizar, A., Gutierrez-Maldonado, J., Ferrer-Garcia, M., Darrigrande-Molina, P. (2012) [Burden of care in Aymara caregivers of patients with schizophrenia]. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 5 (3), 191-196.
95. Vella, S.L., Pai, N. (2013) The measurement of burden of care in serious mental illness: a qualitative review. *Aust N Z J Psychiatry*, 47 (3), 222-234.
96. Friedrich, F., Unger, A., Freidl, M., Stelzig-Scholer, R., Rittmannsberger, H., Simhandl, C. ve diğeri. (2012) [Risks for Burden among Relatives Caring for Schizophrenia Patients]. *Psychiatr Prax*, 39 (7), 339-344.
97. Harvey, K., Catty, J., Langman, A., Winfield, H., Clement, S., Burns, E. ve diğeri. (2008) A review of instruments developed to measure outcomes for carers of people with mental health problems. *Acta Psychiatr Scand*, 117 (3), 164-176.
98. Jungbauer, J., Wittmund, B., Dietrich, S., Angermeyer, M.C. (2004) The disregarded caregivers: subjective burden in spouses of schizophrenia patients. *Schizophr Bull*, 30 (3), 665-675.
99. Tonga, E., Daşkapan, A., Düğeri, T., Özünlü, N. (2012) Kronik bel ağrısında farklı bel sağlığı eğitimlerinin korku kaçınma inanışları ve aktivite performansına etkileri. *Fizyoter Rehabil*, 23 ( 1), 17-25.
100. Baum, C.M., Law, M. (1997) Occupational therapy practice: focusing on occupational performance. *Am J Occup Ther*, 51 (4), 277-288.
101. Letts, L., Bosch, J. (2005). Measuring Occupational Performance In Basic Activities Of Daily Living. M. Law, Baum, C., Dunn, W., (Ed.). Measuring Occupational Performance (2.bs.). (s. 179-189): Slack Incorporated
102. Brown. C. (2011). Activities of Daily Living and Instrumental Activities of Daily Living. C. Brown, Stoffel, VC, (Ed.). Occupational Therapy in Mental Health (s. 659-675). Philadelphia: F.A. Davis Company
103. Willer, B., Rosenthal, M., Kreutzer, J., Gordon, W., Rempel, R. (1993) Assessment of community integration following rehabilitation for TBI. *J Head Trauma Rehabil*, 8, 11-23.

104. Sturkenboom, I.H., Graff, M.J., Borm, G.F., Veenhuizen, Y., Bloem, B.R., Munneke, M. ve diğeri. (2013) The impact of occupational therapy in Parkinson's disease: a randomized controlled feasibility study. *Clin Rehabil*, 27 (2), 99-112.
105. Tsang, H.W., Li, D., Tsui, M.C., Chung, R.C., Wong, A.H., Li, S.M. ve diğeri. (2013) The Perceived Rehabilitation Needs of People with Schizophrenia in Hong Kong: Perspectives from Consumers and Care-givers. *Adm Policy Ment Health*, 40 (3), 179-189.
106. Zendjidjian, X., Richieri, R., Adida, M., Limousin, S., Gaubert, N., Parola, N. ve diğeri. (2012) Quality of life among caregivers of individuals with affective disorders. *J Affect Disord*, 136 (3), 660-665.
107. Zamzam, R., Midin, M., Hooi, L.S., Yi, E.J., Ahmad, S.N., Azman, S.F. ve diğeri. (2011) Schizophrenia in Malaysian families: A study on factors associated with quality of life of primary family caregivers. *Int J Ment Health Syst*, 5 (1), 16.
108. Caqueo-Urizar, A., Gutierrez-Maldonado, J., Ferrer-Garcia, M., Fernandez-Davila, P. (2012) Quality of life of schizophrenia patients of Aymaran ethnic background in the north of Chile. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 5 (2), 121-126.
109. Lueboonthavatchai, P., Lueboonthavatchai, O. (2006) Quality of life and correlated health status and social support of schizophrenic patients' caregivers. *J Med Assoc Thai*, 89 Suppl 3, S13-19.
110. Patrick, D.L., Erickson, P. (1993) Health status and health policy. *New York: Oxford University Press*.
111. Cella, D.F. (1995) Measuring quality of life in palliative care. *Oncology*, 22, 73-81.
112. Arslan, Ş., Gökçe-Kutsal, Y. (1999) Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2 (4), 173-178.
113. Calman, K.C. (1984) Quality of life in cancer patients--an hypothesis. *J Med Ethics*, 10 (3), 124-127.

114. Fidaner, H., Elbi, H., Fidaner, C. (1999) Yaşam Kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. *3P Dergisi ( Ek 2)*, 3-66.
115. Perim, A. (2007). Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama hastanesi'nde çalışan hemşirelerin kaliteli yaşam algısının belirlenmesi. Uzmanlık tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
116. Küçükdeveci, A. (2005) Rehabilitasyonda yaşam kalitesi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 51 özel EkB, 23-29.
117. Öksüz, Ç. (2009). Nöromusküler hastalarda ergoterapi yaklaşımlarının aktivite ve toplumsal katılım düzeyine etkisi. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
118. Yücel, H. (2008). Evde ve huzurevindeki yaşlılarda çok amaçlı aktivite eğitiminin etkinliğinin karşılaştırılması. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
119. Fitzpatrick, R., Fletcher, A., Gore, S., Jones, D., Spiegelhalter, D., Cox, D. (1992) Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *BMJ*, 305 (6861), 1074-1077.
120. 2000, A.P.B. (2007). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
121. Chan, F.W., Wong, F.Y., Fung, H., Yeoh, E.K. (2011) The development of a Health Call Centre in Hong Kong: a study on the perceived needs of patients. *Hong Kong Med J*, 17 (3), 208-216.
122. Redlich, D., Hadas-Lidor, N., Weiss, P., Amirav, I. (2010) Mediated learning experience intervention increases hope of family members coping with a relative with severe mental illness. *Community Ment Health J*, 46 (4), 409-415.
123. Hisli, N. (1988) Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 6 (22), 118-126.
124. Seber, G., Dilnaz, N., Kaptanoğlu, C., Tekin, D. (1993) Umutsuzluk ölçeği: geçerlilik ve güvenilirliği. *Kriz dergisi*, 139-142.
125. [http://www.psikiyatripsikoterapi.com/test\\_1\\_action.asp](http://www.psikiyatripsikoterapi.com/test_1_action.asp). (2007). Simurg Psikiyatri Psikoterapi 1 Mayıs, 2013.

126. Ulusoy, M. (1993). Beck Anksiyete Envanteri:Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
127. Arslantaş, H., Sevinçok, L., Uygur, B., Balcı, V.,Adana, F. (2009) Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoeğitimin hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerine olan etkisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 10 (2), 3-10.
128. Law, M., Baptiste, S., Carswel, A., McColl, M.A., Polatajko, H.,Pollock, N. (2005) Canadian Occupational Performance Measure. *CAOT Publications ACE*.
129. Ware, J.E., Jr.,Sherbourne, C.D. (1992) The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30 (6), 473-483.
130. Koçyiğit, H., Aydemir, Ö.,Ölmez, N. (1999) SF-36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve tedavi*, 12, 102-106.
131. Demiral, Y., Ergor, G., Unal, B., Semin, S., Akvardar, Y., Kivircik, B. ve diğerleri. (2006) Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. *BMC Public Health*, 6, 247.
132. McHorney, C.A., Ware, J.E., Jr.,Raczek, A.E. (1993) The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care*, 31 (3), 247-263.
133. Gren, S.B., Salkind, N.J.,Akey, T.M. (2000). Using SPSS for Windows :analyzing and understanding data (2.b.s). New Jersey: Prentice Hall.
134. Awad, A.G.,Voruganti, L.N. (2008) The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics*, 26 (2), 149-162.
135. Ukpong, D. (2012) Şizofreni hastalarına bakım veren Nijeryalılar arasındaki yük ve ruhsal sıkıntı: Pozitif ve negatif semptomların rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23 (1), 40-45.
136. Dyck, D.G., Short, R.,Vitaliano, P.P. (1999) Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosom Med*, 61 (4), 411-419.

137. Navidian, A., Kermansaravi, F., Rigi, S.N. (2012) The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders. *BMC Res Notes*, 5, 399.
138. Möller- Leimkühler, A.M. (2005) Burden of relatives and predictors of burden. Baseline results from the Munich 5-year-follow-up study on relatives of first hospitalized patients with schizophrenia or depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 255, 223-231.
139. Roick, C., Heider, D., Bebbington, P.E., Angermeyer, M.C., Azorin, J.M., Brugha, T.S. ve diğerleri. (2007) Burden on caregivers of people with schizophrenia: comparison between Germany and Britain. *Br J Psychiatry*, 190, 333-338.
140. Osman, C.B., Alipah, B., Tutiiryani, M.D., Ainsah, O. (2010) Depressive disorders and family functioning among the caregivers of patients with schizophrenia. *East Asian Arch Psychiatry*, 20 (3), 101-108.
141. Glanville, D.N., Dixon, L., (2005) Caregiver burden, family treatment approaches and service use in families of patients with schizophrenia. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 42 (1), 15-22.
142. Nickel, R., Silvado, C.E., Germiniani, F.M., Paola, L., Silveira, N.L., Souza, J.R. ve diğerleri. (2012) Quality of life issues and occupational performance of persons with epilepsy. *Arq Neuropsiquiatr*, 70 (2), 140-144.
143. de Oliveira, R.M., Furegato, A.R.F. (2012) An elderly couple and their long life raising four schizophrenic children. *Rev Esc Enferm USP*, 46 (3), 615-622.
144. Chien, W.T. (2008) Effectiveness of psychoeducation and mutual support group program for family caregivers of chinese people with schizophrenia. *Open Nurs J*, 2, 28-39.
145. Balaji, M., Chatterjee, S., Brennan, B., Rangaswamy, T., Thornicroft, G., Patel, A. (2012) Outcomes that matter: a qualitative study with persons with schizophrenia and their primary caregivers in India. *Asian J Psychiatr*, 5 (3), 258-265.

146. Tatsumi, E., Yotsumoto, K., Nakamae, T., Hashimoto, T. (2011) Effects of occupational therapy on hospitalized chronic schizophrenia patients with severe negative symptoms. *Kobe J Med Sci*, 57 (4), E145-154.
147. Buchain, P.C., Vizzotto, A.D., Henna Neto, J., Elkis, H. (2003) Randomized controlled trial of occupational therapy in patients with treatment-resistant schizophrenia. *Rev Bras Psiquiatr*, 25 (1), 26-30.
148. Tzeng, D.S., Lian, L.C., Chang, C.U., Yang, C.Y., Lee, G.T., Pan, P. ve diğ erleri. (2007) Healthcare in schizophrenia: effectiveness and progress of a redesigned care network. *BMC Health Serv Res*, 7, 129.

## EKLER

### EK-1. Değerlendirme Formu 1

#### Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri –Bilgi Toplama Formu

1. Bakım Vereninin Adı- Soyadı :
2. Yaş: Cinsiyet: Kadın  
Erkek
3. Hastanın adı-soyadı :
4. Hastanın yaşı : Hastanın cinsiyeti: Kadın  
Erkek
5. Uyruğu :  
T.C Diğer
6. Medeni durum:  
Evli Bekar Dul
7. Hastanın medeni durumu :  
Evli Bekar Dul
8. İkamet edilen İl / Semt :
9. Herhangi bir işte çalışıyormusunuz ? :  
Evet Hayır
10. Meslek:
11. Eğitim durumu:  
Okuryazar değil Okuryazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite
12. Hastaya yakınlık derecesi :
13. Hastaya tanı hangi yıl konuldu ? :
14. Kaç yıldır hastaya bakım veriyorsunuz? :
15. Hastanız kaç yıldır tıbbi tedavi alıyor :
16. Hasta klinik olarak kaçınıcı evrede ? :
17. Hasta ile aynı evde mi yaşıyorsunuz ? :  
Evet Hayır
18. Aynı evde yaşayan toplam kişi sayısı :
19. Ailede başka benzer şekilde kronik ve psikiyatrik hastalığı olan var mı ? :  
Evet Hayır
20. Var ise yakınlık derecesi :
21. 1 ay (30gün ) da aylık eve giren toplam gelir :  
0-900 TL , 901-1500 TL 1501-2000 TL 2000 TL ÜZERİ



22. Herhangi bir kurum/ kuruluştan maddi destek alınıyor mu :

Evet Hayır

23. Var ise neresi / miktarı :

24. Algılanan sosyoekonomik düzey :

Alt Orta Üst

25. Hastanızın sizin hayatınız da yük mü ?:

Hafif Oldukça Ağır Çok Ağır

## Ek-2. Değerlendirme Formu 2

## AKTİVİTE PERFORMANS ÖLÇÜMÜ (COPM)

Hasta Adı:		
Yaş:	Cinsiyet:	No.:
Sorumlu (eğer hasta değil ise):		
Değerlendirme tarihi:	Planlanan II. Değerlendirme tarihi:	II. Değerlendirme tarihi:

Terapist:
Yer / Ajans:
Program:

<p><b>Adım 1:</b>  <b>Rol Performans Değerlerinin Tanımlanması:</b>  Hastanın rol performans problemlerini, endişelerini belirleyebilmek için hastanın kendine bakım GYA, üretkenlik ve boş zamanları hakkında konuşulur. Hastaya hangi günlük aktiviteleri yaptığını, yapmaya ihtiyacı olduğu veya yapmak istediğini tipik bir gün hakkında cesaretlendirilerek konuşup sorulmalıdır. Daha sonra hastaya bu aktivitelerden hangilerini yerine getirmekte zorlandığı ve ne kadar tatmin olduğu sorulur. bu aktiviteler 1A,1B veya 1C'ye kaydedilir.</p> <p>Önemsiz <span style="float: right;">Çok önemli</span></p> <p>1    2    3    4    5    6    7    8    9    10</p>	<p><b>Adım 2:</b>  <b>Önemlilik Değeri</b>  Puanlama kağıdını kullanarak hastadan her bir aktivitenin önemlilik derecesini 1 ile 10 arasında puanlaması istenir. 1A,1B veya 1C adımlarındaki uygun kutucuğa yerleştiriniz.</p>
---	--



Adım 1C: Boş Zaman	Önemlilik Değeri
Sessiz Rekreasyon ----- ----- (Örn: Hobiler, el işi ----- ----- okuma) ----- -----	----- ----- ----- -----
Aktif Rekreasyon ----- ----- (Örn: spor, seyahat ----- ----- dış ortam) ----- -----	----- ----- ----- -----
Sosyalizasyon ----- ----- (Örn: ziyaret, partiler ----- ----- telefon görüşmesi) ----- -----	----- ----- ----- -----

#### Adım 3& 4: Puanlama- I. ve II. Değerlendirme

Hasta ile en önemli beş problemi kararlaştırıp aşağıya kaydediniz. Hastaya puanlama tablosunu kullanarak her bir aktivite için önem ve tatmin olma puanı vermesini isteyiniz. Toplam puan tüm performans ve tatmin puanlarının toplamının problem sayısına bölünmesi ile bulunur. II. Değerlendirmede hastadan her bir problemi tekrardan puanlaması istenir. Toplam puan ve puandaki değişim hesaplanır.

İlk Değerlendirme			İkinci Değerlendirme	
Rol Performans Problemleri	I. Performans Puanı	I. Tatmin Puanı	II. Performans Puanı	II. Tatmin Puanı
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Puanlama:				
Toplam Puan:	Performans Puanı 1 /	Tatmin Puanı 1 /	Performans Puanı 2 /	Tatmin Puanı 2 /
Toplam P-T Problem Sayısı	-----	-----	-----	-----
Performans Değişikliği: II. Performans Puanı .....- I. Performans Puanı.....: .....				
Tatmin Değişikliği: II. Tatmin Puanı .....- I. Tatmin Puanı .....: .....				

### Ek-3. Değerlendirme Formu 3

#### BECK Depresyon Ölçeği

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.

- 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.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.  
(1) Gelecek için karamsam.  
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 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.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.  
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.  
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.  
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 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.
- 6 (0) Kendimden memnunum.  
(1) Kendimden pek memnun değilim.  
(2) Kendime kızgınım.  
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.  
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.  
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.  
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahtat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.  
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.  
(2) Kendimi öldürmek isterdim.  
(3) Fırsatına bulsam kendimi öldürürüm.
- 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.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.  
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.  
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.  
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.  
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.  
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.  
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.  
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.  
(2) Eskiyeye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.  
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı gördüğümü sanmıyorum.  
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.  
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.  
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.  
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.  
(2) Ufacık bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.  
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 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.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.  
(1) Eskiyeye oranla daha çabuk yoruluyorum.  
(2) Her şey beni yoruyor.  
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.  
(1) Eskisinden daha iştahsızım.  
(2) İştahım çok azaldı.  
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 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.
- 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 kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.  
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 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.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.  
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılacağımı düşünüyorum.  
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.  
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

## Ek-4. Değerlendirme Formu 4

### BECK ANKSİYETE Ölçeği

astanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

Designed by Emrah SONCUL M.D.

## Ek-5. Değerlendirme Formu 5

### SF 36 Sorgulama Formu

Aşağıda ki sorular sağlığınız, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve günlük işleri nasıl yaptığınızla ilgili görüşleriniz için hazırlanmıştır. Herhangi bir soru hakkında endişeniz varsa, en doğru cevabı vermeye çalışın ve açıklayınız.

Lütfen birini açıklayınız!

Sağlığın tanımı ve değerlendirilmesi:

- 1) Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz ?
- (1) mükemmel
  - (2) Çok iyi
  - (3) İyi
  - (4) Fena değil
  - (5) Kötü

- 2) Geçen seneyle karşılaştırıldığında şimdi sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz ?
- (1) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
  - (2) Bir yıl öncesine göre daha iyi
  - (3) Hemen hemen aynı
  - (4) Bir yıl öncesine göre daha kötü
  - (5) Bir yıl öncesine göre çok daha kötü

3) Aşağıdakiler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Şu sıralarda sağlığınız sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet,	Evet,biraz	Hayır, hiç
		çok kısıtlıyor	kısıtlıyor
kısıtlamıyor			

- a. kuvvet gerektiren faaliyetler, (1) (2) (3)  
örneğin ağır eşyalar kaldırma, futbol gibi sporlarla uğraşma



b. orta zorlukta faaliyetler, örneğin masa kaldırmak, sıptürmek, yürütüş gibi hafif spor yapmak	(1)	(2)	(3)
c. Çarşı, pazar torbalarını taşımak	(1)	(2)	(3)
d. Birkaç kat merdiven çıkmak	(1)	(2)	(3)
e. Bir kat merdiven çıkmak	(1)	(2)	(3)
f. Eğilmek, diz çökmek, yerden bir şey almak	(1)	(2)	(3)
g. Bir kilometreden fazla yürümek	(1)	(2)	(3)
h. Birkaç yüz metre yürümek	(1)	(2)	(3)
i. Yüz metre yürümek	(1)	(2)	(3)
j. Yıkanmak yada giyinmek	(1)	(2)	(3)

4) Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınız nedeniyle aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a. İş yada iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kısmak zorunda kalmak?	(1)	(2)
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek? (bitmeyen proje, temizlenmeyen ev...)	(1)	(2)
c. Yapabildiğiniz iş türünde yada	(1)	(2)

diğer faaliyetlerde kısıtlanmak?

d. İşiniz ya da diğer uğraşları (1) (2)  
yapamamakta zorlanmak?

5) Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemleriniz nedeniyle (üzüntülü ya da kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a. İş yada iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kısmak zorunda kalmak?	(1)	(2)
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek? (bitmeyen proje, temizlenmeyen ev...)	(1)	(2)
c. İş ya da diğer uğraşları her zamanki gibi dikkatlice yapamamak?	(1)	(2)

6) Son bir ay (4 hafta) içerisinde bedensel sağlığınız veya duygusal problemleriniz, aileniz, arkadaşlarınız, komşularınızla yada diğer gruplarla olan normal olarak yaptığınız sosyal faaliyetlere ne kadar engel oldu?

Birini işaretleyin:

- (1) Hiç
- (2) Biraz
- (3) Orta derecede
- (4) Epeyce
- (5) Çok fazla

7) Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde ne kadar bedensel ağrınız oldu?

Birini işaretleyin:

- (1) Hiç
- (2) Çok hafif
- (3) Hafif
- (4) Orta hafiflikte
- (5) Aşırı derecede

(6) Çok aşım derecede

8) Son bir ay (4 hafta), ağır nonnal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu?

- (1) Hiç olmadı
- (2) Biraz
- (3) Orta derecede
- (4) Epey
- (5) Çok fazla

9) Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiğiyle ilgilidir. Lütfen her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadar

	Her zaman	Çoğu zaman	Epeyce	Arada sırada	Çok ender	Hiçbir zaman
a. Kendinizi hayat dolu hissettiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
b. Çok sinirli bir kişi oldunuz?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
c. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü hissettiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
d. Sakin ve huzurlu hissettiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
e. Çok enerjiniz oldu?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
f. Mutsuz ve kederli oldunuz?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
g. Yıpranmış, tükenmiş hissettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
h. Kendinizi bitkin hissettiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
i. Yorgun hissettiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

10. ) Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde, bu sürenin ne kadarında bedensel sağlığınız ya da duygusal problemleriniz sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu?

Birini işaretleyin:

- (1) Her zaman
- (2) Çoğu zaman
- (3) Bazen
- (4) Çok ender
- (5) hiçbir zaman

11. ) Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar DOĞRU ya da YANLIŞ?

	Kesin doğru	Kısmen doğru	Emin değil	Kısmen yanlış	Kesin yanlış
a. Diğer insanlardan kolay hastalanıyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
b. Bildiğim diğer insanlar kadar sağlıklıyım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
c. Sağlığımın kötüye gideceğini bekliyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
d. Sağlığım mükemmel	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

## Ek-6. Etik Kurul Onay Sayfası



**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSSEL OLMAYAN**  
**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

06100 Sıhhiye-Ankara  
 Telefon: 0 (312) 305 1082 - Faks: 0 (312) 310 0580  
 E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

11 TEMUZ 2012

Sayı: B.30.2.HAC.0.05.07.00 / 726

**ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU**

**Toplantı Tarihi** : 26 TEMMUZ 2012 PERŞEMBE  
**Toplantı No** : 2012/07  
**Proje No** : LUT 12/98 (Değerlendirme Tarihi 26.07.2012)  
**Karar No** : LUT 12/98 - 40

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Mine Uyanık'ın sorumlu araştırmacısı olduğu Prof. Dr. Berna Diçlenur Uluğ ile birlikte çalışacakları Fzt. Sedef Karayazgan'ın tezi olan LUT 12/98 kayıt numaralı ve "*Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Aktivite, Aktivite Performansı ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi*" başlıklı proje önerisi Kurulumuzda değerlendirilmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

1. Prof. Dr. Nurten Akarsu	(Başkan)	9 Prof. Dr. Songül Vaizozoğlu	(Üye)
2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken	(Üye)	10. Prof. Dr. Melahat Gordoysus	(Üye)
KATILMADI			
3. Prof. Dr. Hakan S. Orer	(Üye)	11. Doç. Dr. R. Köksal Özgül	(Üye)
4. Prof. Dr. Sevda F. Müftüoğlu	(Üye)	12. Doç. Dr. Cansın Saçkesen	(Üye)
KATILMADI			
5. Prof. Dr. Cenk Sökmensüer	(Üye)	13 Doç. Dr. Ayşe Lale Doğan	(Üye)
KATILMADI			
6. Prof. Dr. Meral Aksoy	(Üye)	14. Doç. Dr. S. Kutay Demirkan	(Üye)
KATILMADI			
7. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay	(Üye)	15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl	(Üye)
8. Prof. Dr. Yılmaz Selim Erdal	(Üye)	16. Av. Meltem Onurlu	(Üye)
KATILMADI		KATILMADI	