

Araştırma Makalesi

Şizofreni tanılı hastalara bakım veren aile bireylerinin aktivite performansı ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin incelenmesi

Investigation of Activity Performance and Health-Related Quality of Life of Family Members who are Caregivers of Patients with Schizophrenia Diagnosis

Sedef ŞAHİN¹, Mine UYANIK²

¹ Dr. Fzt., Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölümü, Ankara.

² Prof.Dr., Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölümü, Ankara.

ÖZ

Amaç: Şizofreni tanılı hastalara bakım veren aile bireylerinin aktivite performansı ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin incelenmesi amacıyla planlandı. **Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya basit rastgele örneklem yöntemi ile seçilen şizofreni tanılı hastalara bakım veren 66 aile bireyi (çalışma grubu) ve şizofreni ya da herhangi bir kronik hastaya bakım vermeyen 66 birey (kontrol grubu) dahil edildi. Sosyodemografik Özellikleri Bilgi Toplama Formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ), Kısa Form Yaşam Kalitesi Ölçeği(SF-36) uygulandı. Verilerin yüzdellik dağılımları tanımlayıcı analiz yöntemleriyle hesaplandı ve iki grup Bağımsız gruplarda Mann Whitney U test ile karşılaştırıldı. **Sonuçlar:** Çalışmamızın sonucunda BDÖ, BAÖ ve SF-36 ölçeğinin Genel Sağlık, Vitalite (canlılık), Sosyal Fonksiyon, Emosyonel Rol Güçlüğü ve Mental Sağlık alt ölçekleri ortalamaları iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). KAPÖ sonuçlarına göre aktivite performansında çalışma grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış olup ($p>0,05$), aktivite memnuniyetinde her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). **Tartışma:** Şizofreni tanılı hastalara bakım veren aile üyelerinin günlük aktivitelerinin olumsuz etkilenebileceği gibi, aktivite performans ve yaşam kalitelerinin azalabileceği, depresyon ve anksiyete gibi semptomlarının artabileceği görüldü. Bakım veren aile üyelerinin aktivite performans ve yaşam kalitesine yönelik çalışmalar açısından sonuçlarımız önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni; Bakıcılar; İş ve uğraşı terapisi; Aktivite; Yaşam kalitesi

ABSTRACT

Purpose: This study was planned to examine the activity performance and health-related quality of life of family members who are caregivers of patients diagnosed with schizophrenia. **Material and methods:** The study included 66 family members who are caregivers of schizophrenia patients (study group) and 66 family members who are not caregivers of schizophrenia patients (control group). Sociodemographic Characteristics Information Form, Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Canadian Occupational Performance Measure (COPM) and Quality of Life Scale-Short Form (SF-36) were used. Frequencies were calculated with descriptive analysis. Mann Whitney U test was compared in independent groups. **Results:** There was a statistically significant difference between two groups in terms of the general health, vitality, social function, emotional role power and mental health subscales of SF-36 scales and BDI and BAI($p<0,05$). There were no statistically significant differences in activity performances ($p>0,05$) and there was a statistically significant difference in activity satisfaction between two groups ($p<0,05$). **Conclusion:** It has been observed that daily activities of family members who are diagnosed with schizophrenia may be adversely affected, symptoms such as depression and anxiety may increase as activity performance and quality of life may decrease. Our results are important in terms of the activity performance and quality of life of caregiving family members.

Key Words: Schizophrenia; Caregivers; Occupational Therapy; Activity; Quality of Life

Sorumlu Yazar (Corresponding Author): Sedef ŞAHİN e-mail: sedefkarayazgan88@hotmail.com

ORCID ID: 0000-0002-6483-072X

Geliş Tarihi (Received): 06.05.2018; Kabul Tarihi (Accepted): 28.09.2018

Şizofreni; bireyin duygulanım, düşünce, algılama ve davranışlarını olumsuz etkileyen kronik bir psikiyatrik hastalıktır (Bademli & Çetinkaya Duman, 2011; Hegde, Rao, Raguram ve ark, 2012). 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 olması bakımından şizofreni tanısı konmuş bireyler yaşantılarını devam ettirebilmek için yardıma ihtiyaç duymaktadır (van Wijngaarden, Schene, Koeter ve ark, 2003; Wynaden ve Ladzinski, 2006). Toplumların kültürel ve sosyal faktörleri de göz önüne alındığında şizofreni tanılı hastaların çoğu aileleri ile birlikte yaşamakta ve onlardan destek almaktadır (Prasko, Vrbova, Latalova ve ark, 2011). Hemen hemen her toplumda yapılan çalışmalar bakım verenlerin çoğunlukla aile üyesi ve kadın olduğunu da göstermiştir (Talwar ve Matheiken, 2010).

Şizofreni, tanı konulan bireyler kadar aynı evde yaşayan yakınlarını da fiziksel, sosyal, emosyonel, ve psikolojik yönden etkileyen bir hastalıktır (Sharif, Shaygan, ve Mani, 2012). Şizofreni tanılı hastalara bakım verenler ile ilgili Magliano ve ark. 2002 yılında yaptıkları çalışma da aile üyelerinin %83'ünün emosyonel, ekonomik ve günlük hayatlarında zorlandıklarını göstermiştir (Magliano, Marasco, Fiorillo ve ark, 2002). Bakım veren aile üyelerinin kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman aktivitelerinde limitasyon ve katılım kısıtlılığı yaşadığı yine bir başka çalışmada da vurgulanmıştır (Ribé, Salamero, Pérez-Testor ve ark, 2018).

Geçmişten günümüze bakım verenlerle ilgili yapılan çalışmalar daha çok emosyonel ve psikolojik etkilenimlere yoğunlaşmış; bunlar sonucunda karşılaşılabilecek olan depresyon ve anksiyete gibi problemlere odaklanılmıştır. Araştırmalar psiko-sosyal etkilenim dışında bakım verme nedeniyle bireylerin aktivite performans alanlarında da negatif etkilenim olduğunu da göstermiştir. Fakat yapılan çalışmalarda şizofreni tanılı hastalara bakım veren aile bireylerinin bu performans alanlarında nasıl bir etkilenim olduğunun tespit edildiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Ergoterapi yaklaşımlarından birisi olana Kanada Aktivite Performans Modeli (KAPM) kişi merkezli ve kişinin isteklerine, hayatına ve hayata katılımına uygun aktivite performansını değerlendirir (Law, 2005; Strong ve Gruhl, 2011). Bakım verenlerle ilgili yapılacak olan çalışmalara ışık tutacağı düşünülen çalışmamızda, KAPM ışığında Şizofreni tanılı hastalara bakım veren aile bireylerinin aktivite

performansı ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin incelemesi planlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Polikliniğine ayaktan başvuru yapan şizofreni tanılı hastaların, bakım veren aile üyelerinden basit rastgele olarak seçilen 66 birey (çalışma grubu) değerlendirmeye alındı. Çalışmanın kontrol grubu için de basit rastgele olarak benzer yaş ve cinsiyet ile eşleştirilerek seçilen 66 birey dahil edildi.

Çalışma grubuna dahil edilme kriterleri; DSM-IV-TR (Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders) Tanı Ölçütleri kriterine göre şizofreni tanısı alan kişilere bakım veren (2000, 2007) olma, 18 yaşını doldurmuş olma, herhangi bir ortopedik veya nörolojik bozukluğa sahip olmama, kronik psikiyatrik bir hastalık hikayesine sahip olmama, diğer aile üyelerine göre hasta ile daha fazla zaman geçirme ya da hastanın bakımından sorumlu olma ve bakım verme işi için herhangi bir ücret almama olarak belirlendi.

Çalışmaya katılan tüm katılımcılara bilgi verilerek ve aydınlatılmış onam formu imzalatıldı. Çalışma için gerekli etik kurul izni Hacettepe Üniversitesi, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan LUT 12/98 numarası ile alındı.

Veri Toplama Araçları

Bakım verenlerin; yaş, cinsiyet, medeni durum, mesleki ve eğitim durumları, herhangi bir işte çalışıp çalışmadığı, hastaya yakınlık derecesi, kaç yıldır hastaya bakım verdiği, hasta ile aynı evde yaşıyor olup olmadığı, aynı evde yaşayan toplam kişi sayısı; ailede başka benzer şekilde kronik ve psikiyatrik hastalığı olan birisinin olup olmadığı, herhangi bir kurumdan maddi destek alıp almadığı, aylık eve giren toplam gelir, algılanan sosyoekonomik düzey gibi soruları içeren bilgi toplama formu uygulandı.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Çalışmamızdaki bireylerin depresyon seviyelerini belirlemek için 'Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)' kullanıldı. Bu ölçek 1961 yılında Beck ve ark. tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği de yapılmıştır (Hisli, 1988). Ölçek, depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Bu ölçekle depresyon belirtilerinin derecesinin nesnel olarak belirlenmesi amaçlanmaktadır. Ölçek; karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum almama, suçluluk duyguları, huzursuzluk, yorgunluk, iştah kaybı, karasızlık, uyku bozukluğu, sosyal çekinme gibi

depresif belirtilerden oluşan toplam 21 soru ve her bir soru için 4 ayrı seçeneği içermektedir (Seber, Dilnaz, Kaptanoğlu ve ark, 1993). Her madde 0-3 puan arası skorlanmakta ve her bir madde skoru teker teker toplanarak, depresyon puanı saptanmaktadır. Toplam puanın yüksekliği depresyon şiddetini gösterir. Depresyon tanısı konulmasında verilen puan dağılımı şu şekildedir 0-9 puan= normal, 10-16 puan= hafif düzeyde depresyon, 17-29 puan= orta düzeyde depresyon, 30-63 puan= ciddi düzeyde depresyon (http://www.psikiyatrisikoterapi.com/test_1_action.asp, 2007).

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Çalışmamızdaki bireylerin anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla 'Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)' kullanıldı. Bu ölçek Beck ve ark. tarafından 1988 yılında geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği de 1998 yılında Ulusoy ve ark. tarafından yapılmıştır (Ulusoy, 1993). Bu ölçekle bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığı ölçülmektedir. Toplam 21 maddeden oluşan, 0-3 (0-hiç, 3-ciddi düzey) arası likert tipi puanlanan bu ölçekte, yüksek toplam puan kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksek olduğunu göstermektedir. Anksiyete tanısı konulmasında kullanılan puan dağılımı şu şekildedir; 0-7 puan= normal, 8-15 puan= hafif düzeyde anksiyete, 16-25 puan= orta düzeyde anksiyete, 26-63 puan= şiddetli düzeyde anksiyete (Arslantaş, Sevinçok, Uygur ve ark, 2009).

Kanada Aktivite Performans Ölçeği (KAPÖ)

Çalışmamızdaki bireylerin aktivite performansı ve memnuniyet düzeylerini değerlendirmek amacıyla 'Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ)' kullanıldı. Bu ölçek ile aktivite performans alanlarında kişilerin karşılaştığı problemler belirlenmektedir. Bu ölçek, bireylerin aktivite tercihlerini yine kendisi tarafından verilen performans ve tatmin puanları ile değerlendirmektedir. İlk basamakta bireylerden günlük rutin yaşantılarında yapmak istediği veya yapmakta kısıtlandığı kendine bakım günlük yaşam, üretkenlik ve serbest zaman aktivitelerini belirlemeleri istendi. İkinci basamakta ise bireylerde belirledikleri aktivitelerin her birisine likert skalasına göre 0-10 arası bir önem değeri vermeleri istendi (0=Hiç önemli değil, 10=çok önemli). Üçüncü basamak olarak bireylerden; kendileri için en önemli en az 1, en fazla 5 aktiviteyi seçip her bir aktivite için yine likert skalasına göre 0-10 arası performans ve memnuniyet puanı vermeleri istendi. Elde edilen performans ve memnuniyet puanları toplanıp, bireyin önemli bulunduğu aktivite

sayısına bölerek ortalama performans ve memnuniyet puanları elde edildi (Law, Baptiste, Carswel ve ark, 2005).

Kısa Form Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short form SF-36) Çalışmamıza dâhil edilen bireylerin yaşam kalitesi değerlendirmek için 'Kısa Form Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short form SF-36)' kullanıldı. Bu ölçek yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Koçyiğit, Aydemir, & Ölmez, 1999). 2006 yılında yapılan bir çalışma ile de Türk toplumunun toplumsal normları ortaya konulmuştur (Demiral, Ergor, Unal ve ark, 2006). Bu ölçeğin 14 yaşından büyük çeşitli hastalığa sahip veya sağlıklı kişilerde fiziksel ve mental sağlığın değerlendirilmesi için kullanılabilir olduğu belirlenmiştir (McHorney, Ware, ve Raczek, 1993).

SF-36 en yaygın kullanılan jenerik ölçek özelliğine sahip olup, olumlu sağlık durumunu değerlendirmektedir (Ware & Sherbourne, 1992). Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite (canlılık), sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık gibi alt ölçeklerle sekiz boyutlu bir ölçüm sağlayan 36 maddeden oluşmaktadır. Değerlendirme bazı maddeler hariç (3,5 ve 6. maddeler) likert tipi yapılmaktadır. Sorulara yanıt alınırken son 4 hafta göz önüne alınmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirmekte (0= kötü sağlık durumu, 100= iyi sağlık durumu) ve yüksek puanlar iyi yaşam kalitesini göstermektedir (Demiral, Ergor, Unal ve ark, 2006).

İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizlerinde SPSS 17.0 programı kullanılmıştır. Ölçümle belirlenen değişkenler, ortalama + standart sapma (X + 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.. Tüm istatistiklerde p anlamlılık değeri 0,05 olarak kabul edildi (Gren, Salkind, & Akey, 2000).

SONUÇLAR

Sosyodemografik bulgular

Çalışmamıza; DSM-IV-TR kriterlerine göre, şizofreni tanılı hastalara bakım veren aile bireylerinden oluşan çalışma grubu ve şizofreni ya da herhangi bir kronik hastaya bakım veren olmayan kişilerden oluşan kontrol grubu olmak üzere iki grup dahil edildi. Çalışma grubununa dahil edilen 66 kişiden 46'sı kadın(%69,7), 20 'si erkek (%30,3) idi. Çalışma grubundaki bireylerin yaş ortalaması $47,15 \pm 15,36$

yıl olarak bulundu. Kontrol grubundaki bireylerin yaş ortalaması $47,75 \pm 15,54$ yıl olarak ve katılımcıların 43'ü kadın (%65,2) ve 23'ü de erkek idi (%34,8) (n=66). Gruplar arasında yaş ortalaması ve cinsiyet bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Çalışmamıza katılan kişilerden alınan diğer bilgiler Tablo 1'de verildi.

Çalışma grubunda, bakım verenlerin %30,3'ünün anne olduğu belirlendi. Şizofreni tanılı bireylerin %78,8'inin (n=52) bakım veren aile üyeleri ile aynı evde yaşadığı belirlendi (Tablo 2).

Tablo 1. Grupların demografik özellikleri

		Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
		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	-	-

Tablo 2. Bakım verenlerin genel özellikleri

		Çalışma Grubu	
		n	%
Hastaya Yakınlık Derecesi	Anne	20	30,3
	Kardeş	15	22,7
	Eş	12	18,2
	Çocuk	11	16,7
	Baba	5	7,6
Aynı Evde Yaşama	Evet	52	78,8
	Hayır	14	21,2

Depresyon ve anksiyete değerlendirmesi ile ilgili bulgular
Çalışmamıza katılan kişilerin depresyon durumunu değerlendiren BDÖ ve anksiyete durumlarını

değerlendiren BAÖ puanlarında, iki grup sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 3).

Tablo 3. Grupların depresyon ve anksiyete ortalamaları ve karşılaştırılması

	Çalışma Grubu X ±SS (min-max)	Kontrol Grubu X ±SS (min-max)	z	p
Beck Depresyon	17,78 ±8,20 (4-40)	7,69 ±5,22 (0-20)	-7,05	0,000*
Beck Anksiyete	12,56 ± 8,23 (0-38)	10,57 ± 9,71 (0-45)	-2,08	0,037*

*p<0,05

Aktivite performansı ile ilgili bulgular

Çalışmamızda kullanılan KAPÖ'ne göre; bireyler, günlük yaşamda kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman alanından olmak üzere performans problemi yaşadıkları ortalama iki aktivite bildirdi. Kişilerin performans problemi olan aktiviteler incelendiğinde; çalışma grubundaki kişilerin

%24,22'si kendine bakım alanında, %22,72'si üretkenlik alanında, %53,06'sı da serbest zaman alanındaki aktivitelerde olduğu belirlendi. Kontrol grubundaki kişiler ise; %7,56'sı kendine bakım, %11,34'ü üretkenlik, %81,10'u serbest zaman alanında olduğunu bildirdi (Tablo 4).

Tablo 4. KAPÖ'ne göre grupların performans problemi yaşadığı aktiviteler

		Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
		n	%	n	%
Kendine Bakım	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
Üretkenlik	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
Serbest Zaman	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 bildirdi. Yine çalışma grubundaki bireylerde; %28,79'u kendine bakım aktivitelerinin, %25,75'i üretkenlik aktivitelerinin, %45,46'sı serbest

zaman aktivitelerinin kendileri için ikinci sırada önemli aktiviteler olduğu belirlendi. Aynı şekilde kontrol grubunda, ikinci sırada önemli aktivitelerin %10,60'ı kendine bakım aktiviteleri, %15,16'sı üretkenlik aktiviteleri, %74,24'ü serbest zaman aktiviteleri olduğu belirlendi (Tablo 5).

Çalışma ve kontrol grubu aktivite performansı ve memnuniyeti puanları arasında kontrol grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, performans puanları bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Tablo 6).

Tablo 5. KAPÖ'ne göre önemli bulunan aktiviteler

Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
%; aktivite		%; aktivite	
1.Sırada Önemli Aktiviteler			
Kendine Bakım	%19,69;Banyo yapmak	%4,53;Kuaföre gitmek	
Üretkenlik	%19,69;İşe gitmek	%7,57;Yemek yapmak	
Serbest Zaman	%60,62;Akrabaziyareti/sosyalizasyon	%87,9;Spor yapmak	
2.Sırada Önemli Aktiviteler			
Kendine Bakım	%28,79;Banyo yapmak	%10,6;Alışveriş yapmak	
Üretkenlik	%25,75; Yemek yapmak	%15,16;Ev temizliği yapmak	
Serbest Zaman	%45,46;Seyahat etmek/sosyalizasyon	%74,24;Seyahat etmek	

Tablo 6. KAPÖ'ne göre aktivite performansı ve memnuniyeti 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
Memnuniyet	2,93 ± 1,91	4,13 ± 2,39	-2,85	0,004*

*p<0,05

Yaşam kalitesi değerlendirmesi ile ilgili bulgular
Çalışma ve kontrol grubunda SF-36 ile değerlendirilen yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü ve ağrı alt ölçekleri arasında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). Genel sağlık,

vitalite (canlılık), sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt ölçekleri ortalamaları arasında ise iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 7).

Tablo 7. Grupların SF-36 ölçeği alt ölçekleri ve karşılaştırılması

	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	Z	p
	X ± SS	X ± SS		
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<0,05

TARTIŞMA

Şizofreni tanılı hastalara bakım veren aile bireylerinin aktivite performans ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerini KAPM ışığında incelemek için planladığımız çalışmada, bireylerin aktivitelerdeki performans ve memnuniyetleri ile sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin azaldığı, depresyon ve anksiyete bulgularının ise arttığı tespit edilmiştir.

Şizofreni tanılı bireyler; hastalığın fiziksel, emosyonel, kognitif ve ruhsal yönden etkilemesi; kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman aktivitelerine katılımlarını bozması sosyal, mesleki ve kültürel hayatlarını olumsuz yönde etkilemesinden dolayı, yaşantılarını devam ettirebilmek için aile bireylerinin desteğine ihtiyaç duymaktadır (van Wijngaarden ve ark, 2003). Bu desteği de genellikle kültürel ve sosyal faktörlerden dolayı birlikte yaşadıkları aile üyeleri vermektedir (Prasko ve ark, 2011; Sharif ve ark, 2012; Zahid ve Ohaeri, 2010). 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.

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. Hem batı hem de doğu ülkelerinde yapılan benzer çalışmalarda şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerin çoğunlukla kadın ve anne olduğunu göstermiştir (Caqueo-Urizar, Gutierrez-Maldonado, Ferrer-Garcia ve ark, 2012; Navidian, Kermansaravi, ve Rigi, 2012; Tsang, Li, Tsui ve ark, 2013). Bizim çalışmamız sonucuna göre de ülkemizin kültürel yapısına paralel olarak, kadın bakım verenlerin fazla

olduğu bulunmuştur.

Kronik bir hastaya bakım verenlerin rutin hayatları bozulur, öncelikleri değişir, serbest zaman, sosyal ve üretkenlik aktivitelerinde performans problemleri ortaya çıkabileceği bilinmektedir (Glanville, 2005). Bizim çalışmamıza katılan kişilerin performans problemi yaşadıkları aktiviteler incelendiğinde kendine bakım ve üretkenlik alanı aktivitelerinde çalışma grubu lehine, serbest zaman alanı aktivitelerinde ise kontrol grubu lehine bir sonuç elde edilmiştir. Buna göre çalışma grubunu oluşturan bakım verenlerin, kendine bakım ve üretkenlik alanlarındaki aktivitelerde performans zorlukları, kontrol grubundaki bireylerden fazladır. Banyo yapmak ve traş olmak gibi temel kendine bakım aktivite zorlukları sadece çalışma grubundaki bireylerde görülmüştür. Kuaföre gitmek ve alışveriş yapmak gibi diğer yardımcı günlük yaşam kendine bakım aktivitelerinde de çalışma grubundaki bireyler, kontrol grubundaki bireylerden daha fazla performans problemi yaşamaktadır.

Şizofreni tanılı hastalara bakım veren aile bireylerinin, kontrol grubundaki katılımcılara göre performans problemi yaşadıkları diğer alan ise üretkenlik aktiviteleridir. İşe gitme gibi üretkenlik alanı aktivite performans problemi sadece çalışma grubundaki bireylerde tespit edilmiştir. Bunun nedeninin, şizofreni tanılı hastalara bakım veren aile bireylerinin, hastasından dolayı başta işe gittiği gün sayısını azaltması ve hatta hastalık ilerledikçe işe gidemez duruma gelmesi olarak düşünülmektedir. Ayrıca, yemek pişirme ve ev temizliği yapma gibi ev işi yönetimi aktivitelerinde performans problemi çalışma grubundaki bireylerde, 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 (Nickel, Silvano, Germiniani ve ark, 2012). Oliveira ve Furegato çalışmasında, şizofreni hastalarına en çok annenin bakım verme rolünü üstlendiğini, bakım veren annelerin en çok ev işlerini yapmak ve alışveriş için evden dışarıya çıkma aktivitelerinde performans problemi yaşayarak katılımlarının kısıtlandığını söylemiştir (de Oliveira ve Furegato, 2012). Bizim çalışmamızın da sonuçları da bu bağlamda literatürü desteklemektedir.

Kontrol grubumuzu oluşturan bireylerde serbest zaman aktivite performans problemi şizofreni tanılı hastalara bakım veren aile bireylerinden daha yüksektir. Bu gruptaki katılımcıların büyük çoğunluğu seyahat etmek, spor yapmak ve çeşitli hobilere katılmak gibi aktivitelerde performans problemi yaşadıklarını söylemiştir. Yaşanılan bu performans problemlerinin nedeni olarak daha çok zaman veya para yetersizliği olduğunu belirtmiş olmalarına karşın, şizofreni tanılı hastalara bakım veren aile bireylerinin %53,06'sı serbest zaman aktivitelerine katılım zorluğu yaşadığı, bu zorluğun en çok akraba/arkadaş ziyaretleri gibi sosyalizasyon aktivitelerinde olduğunu belirtmiştir. Chien çalışmasında, şizofreni tanılı hastalara bakım verenlerin serbest zaman aktivitelerine katılımlarının azaldığını ve aileye uygulanacak psiko-eğitim ve benzeri ortak grup destek programlarının, bu alandaki aktivite katılımlarını arttıracaklarını belirtmiştir (Chien, 2008). Fakat bu alanda yapılan müdahale çalışmaları günümüzde oldukça yetersizdir.

Literatürde kronik hastalığı olan bireylere bakım verenlere yönelik araştırılan aktivite değerlendirme ve ergoterapi müdahaleleri ile hastaların tedavisine ve aktivite düzeylerine olan etkisini araştıran çalışmalara oldukça az rastlanılmaktadır. Az olan bu çalışmalarda ergoterapi müdahaleleri ile şizofreni tanısı olan hastasının şizofreni tedavisine verdiği yanıt ve hastanın aktivite performansında olumlu yönde artış olacağı gösterilmiştir (Buchain, Vizzotto, Henna Neto ve ark, 2003; Tatsumi, Yotsumoto, Nakamae ve ark, 2011). Ancak bakım verenlerinin 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 (Caqueo-Urizar, Gutierrez-Maldonado, ve Miranda-Castillo, 2009). Tzeng ve ark. da bu konudaki çalışmalarında şizofreni gibi uzun süreçli bir hastalığı olan bireye bakım vermenin, hastanın

cinsiyeti, psikotik semptomlarının varlığı veya süresi gibi etmenlerden de etkilenerek, bakım veren aile üyesinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermiştir (Tzeng, Lian, Chang ve ark, 2007). Zendjidian, şizofreni tanılı hastalara bakım veren aile bireyleri ile, aynı yaş ve cinsiyet ile eşleşmiş sağlıklı bakım vermeyen kişilerin yaşam kalitelerini SF-36 ölçeği kullanarak incelemiş olduğu çalışmasında, bireylerin sosyal fonksiyon, mental sağlık, vitalite (canlılık), fiziksel rol güçlüğü ve genel sağlık alanlarında bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesinin sağlıklı gruptaki kişilerden daha düşük olduğunu göstermiştir (Zendjidian, Richieri, Adida ve ark, 2012). Literatürü destekler şekilde çalışmamızda, çalışma ve kontrol grubundaki bireylerin gruplar arası karşılaştırmasında, genel sağlık, vitalite (canlılık), sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık gibi yaşam kalitesini gösteren parametrelerde bakım veren aile üyelerinin daha düşük olduğu görülmüştür.

Osman ve ark. çalışmasında depresyon düzeyinin, şizofreni tanılı hastalara bakım verenlerde başka kronik hastalıklara bakım verenlere göre daha yüksek olduğunu göstermiştir (Osman, Alipah, Tutiranyi ve ark, 2010). Bunun sebebi olarak ise bu ailelerde iletişim ve rol işlevselliğinin azalması olduğunu göstermiştir. Gülseren ve ark. da bakım veren aile üyelerinin depresyon ve anksiyete düzeylerinin artma sebebini, hasta ile aynı evde yaşama ve sosyal yaşantılarında oluşan kısıtlanma olarak göstermiştir (Gulseren, Cam, Karakoc ve ark, 2010). Çalışmamız sonuçları da bunu destekleyerek şizofreni tanılı hastalara bakım veren aile üyelerinin hem depresyon hem de anksiyete seviyelerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Çalışmamızdaki en önemli limitasyonun aktivite performansını etkileyebilecek bir unsur olan çevresel değişkenlerin incelenmemiş olması olduğunu düşünmekteyiz. Aktiviteyi etkileyebilecek kişi, çevre ve aktivite ile ilgili faktörlerin göz önünde bulundurularak aktivite performans alanlarına yönelik daha fazla ergoterapi alanında değerlendirme ve müdahale yaklaşımlarını içeren çalışmaların planlanması gerekmektedir.

Sonuç olarak çalışmamızda şizofreni tanılı hastalara bakım veren aile üyelerinin günlük aktivitelerinin olumsuz etkilenebileceği gibi, aktivite performans ve yaşam kalitesinin azalabileceği, depresyon ve anksiyete gibi semptomlarının artabileceği görülmüştür. Çalışmamızın bu alanda çalışan klinisyen ve akademisyenlere bakım veren aile üyelerine yönelik olarak planlanacak yaklaşımlar için yardımcı olabileceğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar

- A. P. B. (2007). *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Alataş, G., Kahiloğulları, A. K., & Yanık, M. (2011). T.C Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023).
- Arslandaş, 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.
- Awad, A. G., & Voruganti, L. N. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: a review. [Review]. *Pharmacoeconomics*, 26(2), 149-162.
- Bademli, K., & Çetinkaya Duman, Z. (2011). Şizofreni hastalarının bakım verenlerine uygulanan aileden aileye destek programları: sistematik derleme. *Turk Psikiyatri Derg*, 22, 255-265.
- 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.
- Buchain, P. C., Vizzotto, A. D., Henna Neto, J., & Elks, H. (2003). Randomized controlled trial of occupational therapy in patients with treatment-resistant schizophrenia. [Clinical Trial Randomized Controlled Trial]. *Rev Bras Psiquiatr*, 25(1), 26-30.
- 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.
- Caqueo-Urizar, A., Gutierrez-Maldonado, J., & Miranda-Castillo, C. (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Health Qual Life Outcomes*, 7, 84.
- 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.
- 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.
- Demiral, Y., Ergor, G., Unal, B., Semin, S., Akvardar, Y., Kivircik, B., et al. (2006). Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. [Evaluation Studies Research Support, Non-U.S. Gov't]. *BMC Public Health*, 6, 247.
- Dyck, D. G., Short, R., & Vitaliano, P. P. (1999). Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Psychosom Med*, 61(4), 411-419.
- 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.
- 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.
- Gulseren, L., Cam, B., Karakoc, B., Yigit, T., Danaci, A. E., Cubukcuoglu, Z., & et al. (2010). [The perceived burden of care and its correlates in schizophrenia]. *Turk Psikiyatri Derg*, 21(3), 203-212.
- Gürses, N. (2009). Şizofreni hastalarının yakınlarında şizotipal özellikler ile nörokognitif eksikliklerin ilişkisi (Doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- 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.
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 6(22), 118-126. http://www.psikiyatripsikoterapi.com/test_1_action.asp.
- (2007). *Simurg Psikiyatri Psikoterapi*. Retrieved 1 Mayıs, 2013
- Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., & Ölmez, N. (1999). SF-36'nin Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi*, 12, 102-106.
- Law, M. (2005). Measurement in occupational therapy. In B. C. Law M., Dunn W., (Eds.), *Measuring Occupational Performance* (pp. 3-21). USA: Slack Incorporated.
- Law, M., Baptiste, S., Carswel, A., McColl, M. A., Polatajko, H., & Pollock, N. (2005). *Canadian Occupational Performance Measure*. CAOT Publications ACE.
- 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. [Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Med Care*, 31(3), 247-263.
- 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.
- 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. [Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. *BMC Res Notes*, 5, 399.
- Nickel, R., Silvado, C. E., Germiniani, F. M., Paola, L., Silveira, N. L., Souza, J. R., & et al. (2012). Quality of life issues and occupational performance of persons with epilepsy. *Arq Neuropsiquiatr*, 70(2), 140-144.
- 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.
- 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.
- Ribé, J. M., Salamero, M., Pérez-Testor, C., Mercadal, J., Aguilera, C., & Cleris, M. (2018). Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support. *Int J Psychiatry Clin Pract*, 22(1), 25-33.
- Roick, C., Heider, D., Bebbington, P. E., Angermeyer, M. C., Azorin, J. M., Brugha, T. S., & et al. (2007). Burden on caregivers of people with schizophrenia: comparison between Germany and Britain. [Comparative Study Multicenter Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Br*

- J Psychiatry, 190, 333-338.
- Seber, G., Dilnaz, N., Kaptanoğlu, C., & Tekin, D. (1993). Umutsuzluk ölçeği: geçerlilik ve güvenilirliği. *Kriz dergisi*, 139-142.
- 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. [Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. *BMC Psychiatry*, 12, 48.
- Strong, S., & Gruhl, K. R. (2011). Person-environment-occupation model. In S. C. Brown, V.C., (Ed.), *Occupational Therapy in Mental Health* (pp. 31-46). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Talwar, P., & Matheiken, S. T. (2010). Caregivers in schizophrenia: A cross cultural perspective. *Indian J Psychol Med*, 32(1), 29-33.
- Tatsumi, E., Yotsumoto, K., Nakamae, T., & Hashimoto, T. (2011). Effects of occupational therapy on hospitalized chronic schizophrenia patients with severe negative symptoms. [Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Kobe J Med Sci*, 57(4), E145-154.
- Tsang, H. W., Li, D., Tsui, M. C., Chung, R. C., Wong, A. H., Li, S. M., et al. (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.
- Tzeng, D. S., Lian, L. C., Chang, C. U., Yang, C. Y., Lee, G. T., Pan, P., et al. (2007). Healthcare in schizophrenia: effectiveness and progress of a redesigned care network. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *BMC Health Serv Res*, 7, 129.
- 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.
- Ulusoy, M. (1993). Beck Anksiyete Envanteri: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- van Wijngaarden, B., Schene, A., Koeter, M., Becker, T., Knapp, M., Knudsen, H. C., et al. (2003). People with schizophrenia in five countries: conceptual similarities and intercultural differences in family caregiving. [Comparative Study Multicenter Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Schizophr Bull*, 29(3), 573-586.
- Ware, J. E., Jr., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. [Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Med Care*, 30(6), 473-483.
- Wynaden, D., & Ladzinski, U. (2006). The caregiving experience: How much do health professionals understand? *Collegian*, 13(3).
- 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.
- Zendjidjian, X., Richieri, R., Adida, M., Limousin, S., Gaubert, N., Parola, N., & et al. (2012). Quality of life among caregivers of individuals with affective disorders. [Comparative Study]. *J Affect Disord*, 136(3), 660-665.