

Şizofreni ve Bipolar Duygulanım Bozukluğu Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması: Bir Güneybatı Nijerya Çalışması



Dominic UKPONG ¹, Olanrewaju IBIGBAMI ²

ÖZET

Amaç: İki farklı majör ruhsal bozukluğu (şizofreni ve bipolar duygulanım bozukluğu) olan hastalara-bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitelerinin karşılaştırılması incelenmiştir.

Yöntem: 100 şizofreni ve 100 bipolar duygudurum bozukluğu (BDB) tanısı olan hastanın ailelerinde bakım verme rolünü üstlenmiş bireyler ardışık olarak çalışmaya alınmıştır. Bakım verenler, sırasıyla, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa Form (WHOQOL-BREF), Pai ve Kapur Aile Yüklü Görüşme Çizelgesi (Pai and Kapur Family Burden Interview Schedule / FBIS) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) kullanılarak yaşam kalitesi (QOL), bakım veren yükü, bunalıt ve depresyon belirtilerine bakılmıştır.

Bulgular: Bipolar duygulanım bozukluğu tanısı olan hastaların bakım verenleri ile karşılaştırıldığında, şizofreni hastalarının bakım verenlerinin yaşam kalitesi (QOL), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (WHOQOL-BREF) dört alanından ikisinde (bedensel ve ruhsal) ($p=0,001$) daha düşük, toplam bakım veren yükünde ise daha yüksek değerler gözlemlenmiştir ($p=0,001$).

BDB hastalarının bakım verenlerindeki depresyon belirtilerinin, şizofreni hastalarına bakım verenlerden daha yüksek düzeyde olduğu ($p=0,001$) gözlemlenmiştir. Depresyon belirtilerinin artması her iki bakım veren grubu için de yaşam kalitesinin bozulmasıyla ilişkilendirilmiştir. Bu ilişki BDB bakım verenleri için tüm WHOQOL-BREF alanlarında, şizofreni bakım verenleri için ise dört alanın üçünde saptanmıştır. Bakım veren yükü puanının yüksekliği hem bipolar hem de şizofreni bakım verenleri için yaşam kalitesindeki (QOL) bozulma ile bağlantılı bulunmuştur.

Sonuç: Bipolar bozukluk ve şizofreni hastalarının ailelerinde bakım yükünü üstlenen kişilerin müdahale ve desteğe ihtiyaçları vardır.

Anahtar Sözcükler: Yaşam kalitesi, bakım veren yükü, depresyon, karşılaştırma

SUMMARY

Correlates of Quality of Life in Caregivers of Patients with Schizophrenia and Bipolar Affective Disorder: A Study From Southwestern Nigeria

Objective: Quality of life and its correlates were studied in two groups of family caregivers of patients with major mental disorders-Schizophrenia (SZ) and Bipolar Affective Disorder (BPAD).

Method: Family caregivers of SZ and BPAD patients were consecutively recruited to the study ($n=100$ for each group). Caregivers were screened for quality of life (QOL) measures, caregiver burden, symptoms of anxiety and depression, using the World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQOL-BREF), the Pai and Kapur Family Burden Interview Schedule (FBIS) and the Hospital Anxiety and Depression Inventory (HADS) respectively.

Results: When compared to the caregivers of the BPAD patients, the caregivers of the SZ patients had lower QOL scores in two out of the 4 WHOQOL-BREF domains (physical and psychological domains) ($p=0.001$), and higher overall total caregiver burden ($p=0.001$).

On the other hand, caregivers of the BPAD patients had higher levels of depressive symptoms ($p=0.001$). Increased depressive symptoms were associated with lower QOL for both groups, comprising all WHOQOL-BREF domains for BPAD and 3 domains for SZ caregivers. Higher caregiver burden was associated with lower QOL for both groups.

Conclusion: There is a need for intervention and caregiver support for the relatives of patients with bipolar disorder and schizophrenia.

Keywords: Quality of Life, caregiver burden, depression, correlates

Geliş Tarihi: 14.08.2019, **Kabul Tarihi:** 29.02.2020, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 03.03.2021

¹Doç., ²Uzm., Obafemi Awolowo Üniv., Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bl., Ile-Ife, Nijerya.

DU: <https://orcid.org/0000-0001-7882-012X>, **OI:** <https://orcid.org/0000-0003-0234-4651>

Dr. Dominic Ukpog, e-posta: ukpogdi@yahoo.com

GİRİŞ

Ruhsal hastalığı olan kişilerin bakım kurumlarında tutulmaması politikasının (de-institutionalization) bir sonucu olarak, bu kişilerin ailelerinin bakım verme yükü artmıştır ve bu durumun birçok ülkede uzun süreli hasta kabul eden psikiyatri kurumlarının sayısındaki azalma ile bağlantılı olmadığı söylenemez.

Ruhsal hastalığın aileye yükünün ölçülmesi büyük oranda Hoenig ve Hamilton (1966) tarafından geliştirilen ufuk açıcı kavramlar olan nesnel ve öznel bakım yükünün tanımlanmasıyla sağlanan metodolojik ilerlemelerden kaynaklanmıştır. O tarihten beri bu konuda yapılan çalışmalar ruhsal hastalığı olan bir aile üyesinin bakımının yüksek sıkıntı ve yük düzeyleriyle ilişkili olabileceğini göstermektedir (Tristiana ve ark. 2019, Ibigbami ve ark. 2018, Ukpong 2012, Barrowclough 2005, Chakrabarti ve Kulhara 1999).

Farklı ruhsal hastalıkların neden olduğu yük düzeylerini ölçen karşılaştırmalı çalışmalar da şizofreni hastalarının bulunduğu ailelerdeki bakım verenlerin yaşadıkları olumsuz etkileri doğrulamıştır (Chakrabarti ve Kulhara 1999, Chakrabarti ve Gill 2002). Sayısı daha kısıtlı olmakla birlikte bipolar duygulanım bozukluğu (BDB) olan hastaların aileleri üzerinde yapılan çalışmalar bu hastalara bakım veren aile üyelerinin de tıpkı şizofreni hastalarına bakım verenlerde olduğu gibi dikkate değer öznel sıkıntılar yaşadıklarını göstermektedir (Perlick ve ark. 1999, Ibigbami ve ark. 2018).

Ailelerin üzerindeki ağır bakım verme yükünün yanı sıra, yüksek düzeyde depresyon, bedensel sağlığın bozulması, öznel sağlıklılık hissinde ve yaşam kalitesinde düşme gibi başka önemli olumsuz sağlık etkileri de ortaya çıkabilir (Tristiana ve ark. 2019, Rosser 2006). Bu görevin aileler tarafından gönüllü olarak seçilmediğini de belirtmek gerekmektedir.

Aile bireyleri bilgi kaynağı olarak istismar edilebilirken, bakım vermenin ailelerin yaşam kalitesi üzerindeki büyük külfeti çoğu zaman göz ardı edilmektedir.

Nijerya'da ağır ruhsal hastalığı olan kişilerin ailelerinde birincil bakım verenlerin yaşadığı sosyal ve ekonomik yüke rağmen, ülkede ruhsal hastaların bakım verenleriyle ilgili yaşam kalitesi çalışmalarına sık rastlanmamaktadır.

Bu çalışma, yukarıda bahsedilen bilgi eksikliklerini gidermek için, aşağıdaki hedeflerle tasarlanmıştır:

1. Bipolar duygulanım bozukluğu veya şizofreni hastalarının ailelerindeki bakım verenlerin yaşam kalitesini araştırmak.
2. Bakım verme yükü, bakım süresinin dışında bakım veren ve hastaların sosyo-demografik özelliklerinin, bakım verenlerde görülen kaygı veya depresyon belirtilerinin, hastalık süresi ve önceki hastaneye yatış sayıları gibi hastaya ilişkin klinik değişkenlerin bakım vereninin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemek.

YÖNTEM

Örneklem

Araştırmanın örneklem grubu, Ile-Ife, Nijerya'daki Obafemi Awolowo Üniversitesi Eğitim Hastanesi'nin iki psikiyatri bölümü polikliniklerine ardışık olarak başvuran hastalardan oluşturuldu. Deneklerden bilgilendirilmiş onamları alındı. Çalışmaya klinik olarak istikrarlı durumda olan takip randevularına gelen hastalar seçildi. Örneklemimiz ICD-10 (WHO 1992) tanı kılavuzları kullanılarak şizofreni veya bipolar duygulanım bozukluk tanıları konulmuş ve çalışmaya katılmadan en az bir yıl önce hastalanmış kişilerden oluştu. Tanılar, DSM-IV ve ICD-10 dizgelerindeki ruhsal bozukluklara tanı koymak için tasarlanmış kısa,yapılandırılmış bir görüşme çizelgesi olan Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (Mini-International Neuropsychiatric Interview/ MINI) (Sheehan, ve ark., 1998) kullanılarak bir klinisyen tarafından doğrulandı. Zihinsel engeli, madde bağımlılığı ve ciddi bedensel özürü olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Aile içinde bakım verenin kim olduğuna Pollak ve Perlick (1991) tarafından belirlenen beş ölçütün en az üçünü karşılaması koşulu ile karar verilmiştir: (i) hastanın eşi veya ebeveyni olmak; (ii) diğer herhangi bir bakım verenden daha sık temas halinde olmak; (iii) hastayı maddi olarak desteklemeye yardımcı oluyor olmak; (iv) acil bir durumlarda tedavi personelinin temasa geçeceği kişi olmak; (v) hastanın tedavisiyle ilgileniyor olmak. Birden fazla aile üyesinde ruhsal hastalık olan veya kronik bedensel bir hastalığı olan başka bir aile üyesi olan aileler çalışma dışı bırakılmıştır. Kesitsel bir araştırma deseni olan bu çalışmaya sadece en az bir yıl süreyle hasta ile birlikte yaşayan 18 yaşında ve daha büyük sağlıklı akrabalar çalışmaya dâhil edilmiştir. Seçme ölçütlerini karşılayan toplam 200 bakım veren/hasta çifti, Ağustos 2010 ile Mart 2011 tarihleri arasında çalışmaya kabul edilmiştir. Çalışma Hastane Etik ve Araştırma Komitesi tarafından onaylanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Hasta ve bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri, hastalık ve bakım süresinin de sorulduğu önceden hazırlanmış bir anket kullanılarak kaydedilmiştir.

Bakım veren yükü hasta bakımının ailenin maddi durumuna etkisi, ailenin gündelik yaşamına etkisi, aile içi etkileşimlere etkisi, ailenin birlikte geçireceği zamana etkisi ve diğer aile üyelerinin bedensel ve ruhsal sağlığı üzerindeki etkileri olmak üzere altı yük kategorisinde gruplandırılmış 24 maddeden oluşan Pai ve Kapur Aile Yükü Görüşme Çizelgesi (Pai and Kapur Family Burden Interview Schedule/FBIS) (Pai ve Kapur 1981) kullanılarak değerlendirilmiştir.

FBIS'deki her bir madde mevcut değil (puan = 0), orta şiddette (puan = 1) veya ağır (puan = 2) olarak işaretlenebilir.

FBIS daha önce de Nijerya'da yapılan çalışmalarda kullanılmıştır (Martyns-Yellowe 1992, Ukpong 2009). Bu çalışmada, katılımcılarda görülen duygusal sıkıntıya ilişkin daha kapsamlı bir değerlendirme elde edebilmek amacıyla FBIS'in "Ruh Sağlığına Etkisi" bölümünün yerine 14 maddelik Hastane Kaygı ve Depresyon Envanteri (HADS) kullanılmıştır (Zigmund ve Snaith 1983, Ukpong 2009).

Bakım verenlerin algıladıkları yaşam kaliteleri, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu ile değerlendirilmiştir (WHOQOL-BREF) (WHOQOL Group 1998). WHOQOL-BREF, yaşam kalitesini 4 ayrı alanda (Bedenssel alan, Ruhsal alan, Sosyal İlişkiler ve Çevre) değerlendiren 26 maddelik bir ölçektir. Bununla birlikte kişinin yaşam kalitesi ve sağlıklılık algısını değerlendiren iki soru daha içermektedir. 26 maddenin her biri 5'li likert tipi bir ölçekle 1'den 5'e kadar derecelendirilir; daha yüksek puanlar daha iyi yaşam kalitesini yansıtır. Yaşam kalitesi puanları WHOQOL-100 ile karşılaştırılabilir olmak üzere 4-20 ölçeğinde WHO standart algoritmasına göre hesaplanmıştır.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler Windows için SPSS v.23.0 (Statistical Package for Social Sciences Version 23.0) programı kullanılarak yapılmıştır. Sonuçlar, normal dağılan değişkenler için sıklık (%), ortalama ve standart sapma (SD) olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasındaki farklılıklar, sürekli değişkenler için bağımsız değişkenler t-testi kullanılarak, kategorik değişkenler ise ki-kare testi kullanılarak incelenmiştir. Seçili değişkenler için Pearson (r) ve Spearman ρ katsayıları (sıralı değişkenler için uygun olan yerde) hesaplanmıştır. Bakım veren ve hastanın hangi özelliklerinin WHOQOL-BREF'le ölçülen kişinin algıladığı yaşam kalitesini en iyi yordadığını belirlemek için çoklu regresyon analizi uygulanmıştır.

Bağımsız değişken olarak bakım verenin yaşı, bakım süresi, bakım yükü ve HADS depresyon puanı ile hastanın cinsiyeti, hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı gibi hastaya ait kişisel ve klinik özellikler alınmıştır. Bu parametreler gruplar arasındaki farklılıkları gösterdikleri için seçilmiştir.

Tüm testler iki yönlüdür ve istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir.

BULGULAR

Örneklem Özellikleri

İki katılımcı grubu, 100 şizofreni ve 100 BDB hastasının ve onlara birincil bakım veren birer yakınlarından oluşuyordu. Katılımcıların özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Şizofreni hastalarının ortalama yaşı (31,33±10,60 yıl) bipolar hastalarıyla (33,14±14,02 yıl) karşılaştırılabilir düzeydeydi.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-demografik ve Klinik Değişkenleri

Parametreler	BDB n=100	Şizofreni n=100	t/ χ^2
Hasta Değişkenleri			
Yaş	33,14 (14,02)	31,33 (10,60)	t=1,02 p=0,31
Hastalık süresi	11,39 (10,35)	6,57 (4,54)	t=4,24 p=0,001
Hastaneye yatış sayısı	0,91 (1,15)	0,47 (,79)	t=0,39 p=0,002
Erkek	19	62	$\chi^2=37,4$
Kadın	81	38	p=0,001
Evli	11	8	$\chi^2=0,49$
Bekar	89	92	p=0,631
İş sahibi	40	44	$\chi^2=0,24$
İşsiz	60	56	p=0,667
Bakım Veren Değişkenleri			
Yaş	43,03 (13,06)	56,13 (12,99)	t=7,12 p=0,001
Bakım verme süresi	4,38 (3,07)	5,99 (4,53)	t=2,94 p=0,004
Erkek	48	37	$\chi^2=2,30$
Kadın	52	63	p=0,085
Bekar	40	37	$\chi^2=0,145$
Evli	60	63	p=0,771
İş sahibi	90	87	$\chi^2=0,47$
İşsiz	10	13	p=0,515
Hasta ile İlişkisi			
Eş	0	5	$\chi^2=47,10$
Ebeveyn	53	88	p=0,001
Kardeş	27	6	
Çocuk	20	1	

Hastalık süresi bipolar hasta grubunda şizofreni hasta grubuna göre anlamlı derecede daha uzundu (t=7,1; p<0,001).

İki hasta grubunun çalışma durumu benzerdi ve her iki grupta da hiç evlenmemiş olma olasılığı daha yüksekti.

Bipolar hasta grubunda, şizofreni grubuna göre anlamlı derecede daha fazla kadın vardı.

Şizofreni hastalarının bakım verenleri bipolar hastaların bakım verenlerinden daha yaşlıydı (t=7,1; p=0,001).

Tüm örnekleme (N=200) birincil bakım verenler çoğunlukla ebeveynlerdi (% 70), kardeşler (% 16,5), eşler (% 2,5) ve yetişkin çocuklar (% 10) geri kalanını oluşturuyordu.

Yük ve Ruhsal Sıkıntı

Yaşam Kalitesi boyutları, bakım veren yükü kategorileri ve ruhsal sıkıntı puanlarının karşılaştırılması Tablo 2'de özetlenmiştir.

Bakım veren gruplarında, en ağır yükün finansal alanın yanı sıra ailenin gündelik alışkanlıkları, birlikte geçirecekleri zamanlar ve aile içi etkileşim üzerinde hissedildiği görülmüştür. BDB hastalarının bakım verenlerinin toplam yük puanları şizofreni grubundakilerden anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur (t =5,2; p =0,001).

Tablo 2. Yaşam Kalitesi, Bakım Veren Yükü, Kaygı ve Depresyon

Parametreler	BDB	Şizofreni	İstatistik (t test)
Toplam Yaşam Kalitesi Algısı	3,73 (1,01)	3,34 (0,76)	3,04 p=0,003
Toplam Sağlık Algısı	3,94 (0,87)	3,29 (1,05)	4,72 p=0,001
Hayat Kalitesi Alanları			
Bedensel	13,69 (1,43)	12,78 (1,80)	3,95 p=0,001
Ruhsal	13,52 (1,68)	12,84 (1,98)	2,59 p=0,01
Sosyal İlişkiler	13,81 (3,36)	13,71 (2,79)	0,23 p=0,815
Çevre	13,10 (2,51)	12,58 (2,27)	1,54 p=0,124
Yük Kategorileri			
Ailenin Maddi Durumuna Etkisi	4,12 (2,47)	6,73 (3,33)	6,30 p=0,001
Ailenin Güvenlik Yaşamına Etkisi	2,66 (2,25)	3,94 (2,87)	3,52 p=0,001
Ailenin Birlikte Geçireceği Zamana Etkisi	1,06 (1,33)	2,05 (2,22)	3,81 p=0,001
Aile İçi Etkileşimlere Etkisi	1,73 (2,30)	2,48 (2,54)	2,19 p=0,029
Diğer Aile Üyelerinin Bedensel Sağlığına Etkisi	0,57 (0,70)	0,60 (1,02)	0,29 p=0,773
Toplam Yük Puanı	10,14 (6,07)	15,85 (9,18)	5,15 p=0,001
HADS Kaygı	4,50 (3,60)	4,42 (3,14)	-0,15 p=0,875
HADS Depresyon	6,92 (3,59)	5,19 (3,94)	-3,20 p=0,001

İki bakım veren grubu arasında HADS bunaltı puanları açısından anlamlı bir fark görülmemiştir. Bununla birlikte, BDB grubundaki bakım verenlerin, ortalama HADS depresyon puanları şizofreni grubundaki bakım verenlerden anlamlı derecede daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir ($t=3,2$; $p=0,001$).

Bakım Vereninin Yaşam Kalitesi

Şizofreni hastalarının bakım verenlerinin Yaşam Kalitesi puanları BDB grubundaki bakım verenlerle karşılaştırıldığında WHOQOL- BREF'in bedensel ($t=3,95$; $p=0,001$) ve ruhsal alanlarında anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur ($t=2,59$; $p=0,010$). Sosyal ilişkiler ve çevre alanlarında ise, iki bakım veren grubunun yaşam kalitesi puanlarının anlamlı derecede farklılık göstermediği görülmüştür ($p>0,05$; NS).

Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması - BDB grubu

Bakım verinin yaşam kalitesi ile anlamlı bir ilişki gösteren karşılaştırmalar Tablo 3'te özetlenmiştir.

Bakım verenlerin yaşı arttıkça ruhsal sağlık ve sosyal ilişkiler alanında sıkıntıları olduğu güçlü ters korelasyonlardan anlaşılmaktadır.

Hastanın yaşı arttıkça bakım verenlerin bedensel sağlığının bozulduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 3. Şizofreni ve BDB Hastalara Bakım Verenlerinin Yaşam Kalitesi ve Karşılaştırmaları

Yaşam Kalitesi- Kısa Form Alanları	Hastanın yaşı	Bakım verenin yaşı	Hastalık süresi	Bakım verme süresi	Hastanın medeni hali	Bakım verenin medeni hali	Hastanın çalışma durumu	Bakım verenin çalışma durumu	Bakım veren yükü	Bakım veren kaygısı	Bakım verenin depresyonu
BDB Grubu											
Bedensel	-0,21(p=0,03)	-	-	-	-0,39(p<0,001)	-0,25(p=0,01)	-	-	-0,52(p<0,001)	-	-0,36(p<0,001)
Ruhsal	-	-0,21(p=0,03)	-0,21(p=0,03)	-0,41(p<0,001)	-	-0,24(p=0,02)	-	-0,20(p=0,048)	-0,42(p<0,001)	-0,38(p=0,001)	-0,23(p=0,02)
Sosyal İlişkiler	-	-0,27(p=0,006)	-	-0,27(p<0,001)	-0,25(p=0,01)	-	-0,24(p=0,02)	-0,43(p<0,001)	-0,73(p<0,001)	-0,25(p=0,01)	-0,28(p=0,004)
Çevre	-	-	-0,31(p=0,002)	-0,22(p=0,03)	-0,56(p<0,001)	-	-0,34(p=0,001)	-0,44(p<0,001)	-0,72(p<0,001)	-	-0,42(p<0,001)
Şizofreni Grubu											
Bedensel	-0,32(p=0,001)	-0,38(p<0,001)	-0,21(p=0,03)	-0,22(p=0,02)	-0,34(p=0,001)	-	-0,50(p<0,001)	-	-	-	-
Ruhsal	-	-0,51(p<0,001)	-0,24(p=0,01)	-0,26(p=0,008)	-	-0,37(p<0,001)	-	-	-0,49(p<0,001)	-0,22(p=0,02)	-0,42(p<0,001)
Sosyal İlişkiler	-	-0,36(p<0,001)	-	-	-	-0,35(p<0,001)	-	-	-0,49(p<0,001)	-0,21(p=0,03)	-0,37(p<0,001)
Çevre	-	-0,27(p=0,007)	-0,36(p<0,001)	-0,34(p=0,001)	-	-0,27(p=0,008)	-	-	-0,43(p<0,001)	-0,50(p<0,001)	-0,47(p<0,001)

Hastalık süresinin uzamasının, bakım verenin yaşam kalitesinin ruhsal ve çevre alanlarındaki eksiklerle ilişkili olduğu saptanmıştır.

Bakım verme süresinin uzunluğu, bakım verenin bedensel ve ruhsal sağlık ve sosyal ilişkiler alanlarındaki yaşam kalitesi düzeyi ile ters orantılıdır.

Bakım veren yükü puanının yüksek olması, bakım verenlerin yaşam kalitelerinin tüm alanlarındaki eksiklikle ilişkilidir.

Hastanın iş sahibi olması bakım verenin sosyal ilişki ve çevre alanlarındaki yaşam kalitesi üzerinde koruyucu etki gösterdiği saptanmıştır.

İş sahibi olan bakım verenlerin ise yaşam kalitelerinde ruhsal sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alanlarında eksiklikler yaşadıkları ortaya çıkmıştır.

Hastanın evli olmaması, bakım verenin bedensel sağlık, sosyal ilişkiler çevre alanlarındaki yaşam kalitesinin eksikliği ile ilişkili bulunmuştur. Bakım verenin evli olması ise yaşam kalitesinin bedensel ve ruhsal sağlık alanları ile ters korelasyon içindedir.

BDB hastalarının bakım verenlerindeki depresif belirti düzeyinin yüksek olması tüm yaşam kalitesi alanları ile ters korelasyon gösterirken, bakım verenlerdeki yüksek bunaltı puanları sadece ruhsal sağlık ve sosyal ilişki alanları ile ters korelasyon göstermiştir.

Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması - Şizofreni Grubu

Bakım verenin yaşam kalitesi ile anlamlı bir ilişki gösteren korelasyonlar Tablo 3'te özetlenmiştir.

Şizofreni hastalarının bakım verenlerinin yaşı, dört yaşam kalitesi alanıyla da ters orantılıdır. Hasta yaşının artması ise bakım verenlerin bedensel sağlık durumlarının zayıf olması olasılığını artırmaktadır.

Hastalık süresinin ve bakım deneyiminin uzaması, bedensel, ruhsal sağlık ve çevre alanlarındaki yaşam kalitesi puanlarının düşük olması ile ilişkilidir.

Bakım verme yükü puanının yüksek olması, ruhsal, sosyal ve çevre alanlarındaki yaşam kalitesi eksikliği ile ilişkilendirilmiştir.

Çalışmakta olan hastaların bakımı, bakım verenlerin bedensel sağlığı ile pozitif korelasyon göstermektedir. Bakım verenin kendisinin çalışıyor olması ise, DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği - Kısa Form alanlarından hiçbirisiyle ilişkili bulunmamıştır.

Hastaların evli olmamasının bakım verenlerin bedensel sağlığı ile ters orantılı olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, bakım verenin evli oluşu ruhsal sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alanlarındaki yaşam kalitesi eksikliği ile ilişkilendirilmiştir.

Benzer şekilde yüksek düzeyde bunaltı ve depresyon belirtileri ruhsal sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alanlarındaki yaşam kalitesi düzeyleriyle ters korelasyon göstermiştir.

BDB ve şizofrenisi olan hastalardan ve bakım verenlerinden toplanan veriler bağımlı değişkeni bakım verenin algıladığı Toplam Yaşam Kalitesi puanı olarak alındığı çoklu regresyon analizleri yapıldı. Bakım verenin yaşı, bakım verme süresi, bakım verme yükü puanı, HADS depresyon puanı ve hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, cinsiyet gibi bazı hasta değişkenleriyle birlikte bağımsız olarak girildi. Sonuçlar Tablo 4'te sunulmaktadır.

BDB hastalarının bakım verenleri için DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği - Kısa Form yaşam kalitesi ölçümünde yordayıcı özellikler ve puanlar arasında güçlü bir ilişki bulunmuş ve model, bakım verenlerin düşük yaşam kalitesi puanlarının varyansın % 56,1'ini (ayarlanmış R²) açıklamıştır [F (7,92) = 19,06, p<0,001]. Şizofreni hastalarının bakıcıları için, yordayıcı özellikler ve düşük yaşam kalitesi puanları arasında da güçlü bir ilişki bulunmuştur, ancak model, bakım verenlerin düşük yaşam kalitesi puanlarındaki varyansın sadece % 30,6'sını (ayarlanmış R²) açıklamıştır [F (7,92) = 7,17, p<0,001].

Tablo 4. Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesinin Yordayıcı Özelliklerinin Regresyon Analizi

Yordayıcı değişken	BDB grubu			Şizofreni grubu		
	β	t	p	β	t	p
Sabit Değer		12,397	<0,001		9,870	<0,001
Bakım Veren Yaşı	-0,562	-4,570	0,001	-0,328	-3,157	0,002
Bakım Verme Süresi	-0,129	-1,199	0,234	-0,655	-2,059	0,042
Bakım Yükü	-0,417	-4,923	0,001	-0,271	-2,712	0,008
HADS Depresyon	-0,268	-2,920	0,004	-0,254	-2,634	0,010
Hastanın Cinsiyeti	-0,357	3,683	0,001	-0,039	-,382	0,703
Hastalık Süresi	-0,196	-1,418	0,159	-0,708	2,270	0,026
Hastaneye Yatış Sayısı	0,039	0,485	0,629	0,15	1,631	0,106
Ayarlanmış R ²			0,561			0,306

WHOQOL-BREF Toplam Yaşam Kalitesi Algısı bağımsız değişken olarak alınmıştır

TARTIŞMA

Bulgularımız, bu tür bakım veren gruplarla ilgili daha önce yapılan çalışmalarla büyük ölçüde benzerlik göstermektedir. Önceki çalışmalarda şizofrenisi olan hastalara bakım veren akrabalarındaki bakım veren yük düzeylerinin bipolar hastalarına bakım veren yakınlarının yük düzeyine oranla önemli ölçüde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Chakrabarti ve Gill 2002). Bizim çalışmamızda da şizofrenisi olan hastalara bakım verenlerin yaşam kalitesi bipolar grubuna oranla anlamlı derecede düşük çıkmıştır. Her iki bakım veren grubundaki yaşam kalitesi ve bakım verme yükü arasındaki yüksek derece anlamlı ters karşılaştırmalar, bu görevin ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleri üzerindeki külfetinin büyüklüğünü vurgulamaktadır. Bulgularımızda görülen, şizofreni hastalarına bakım veren yakınlarındaki yaşam kalitesi düşüklüğü, bakım veren yükü düzeylerinin yüksekliği ve yaşam kalitesi ile yük arasındaki anlamlı ters ilişki daha önceki birçok çalışmada kaydedilmiştir (Zahid ve Ohaeri 2010, Awadalla ve ark. 2005, Li ve ark. 2005). İki hasta grubu ve bakım veren aile üyeleri gruplarının demografik özellikleri, daha fazla kadın BDB hastası olması ve şizofreni grubunda bakım verenlerin yaşça daha büyük olması dışında benzerdir. Şizofreni grubunda bakım verenler arasında ebeveyn oranının daha yüksek ve bakım verme sürelerinin daha uzun olduğu ama BDB grubunun hastalık süresinin daha uzun olduğu görülmüştür. Her iki gruptaki hastaların bekar olma ve işsiz kalma olasılıklarının yüksek olduğu görülmektedir.

Bipolar grubundaki bakım verenlerde depresyon belirtilerinin, şizofreni hastalarına bakım veren muadilleriyle karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu çalışmamızda görülmesini beklemediğimiz bir bulgudur. Bakım verenlerde görülen depresyonunun bakım verenlerin yaşam kalitesinin düşüklüğüne olan katkısı, her iki bakım veren grubunda, özellikle de BDB grubunda, bakım veren depresyon belirtileri ve yaşam kalitesi arasındaki anlamlı ters korelasyon bulguları ile desteklenmiştir. Ruhsal hastalığı olan kişilerin bakım verenlerinde görülen klinik depresyon ve bakım veren yükünün yüksekliği arasındaki ilişki daha önceki birçok çalışmada kaydedilmiştir (Perlick ve ark. 2012, Coyne ve ark. 1987, Dyck ve ark. 1999).

Her iki bakım veren grubu arasında ters ilişki biçimlerinde belirgin farklılıklar görülmesine de, bazı gözlemler dikkat çekicidir. Örneğin, depresyon belirtileri ve bakım veren yükü bipolar grubunda yaşam kalitesi ile şizofreni grubundakinden daha belirgin ters yönlü bir ilişki göstermiştir. Bipolar grubunda işi olan bakıcıların yaşam kalitesi eksiklik gösterirken, şizofreni grubunda aynı ilişki görülmemiştir. Daha ileri yaşlardaki bakım verenlerin yaşam kalitesi, şizofreni grubunda BDB grubuna göre daha fazla eksiklik göstermiştir. Daha ileri yaşlardaki bakım verenlerde görülen yaşam kalitesi eksikliği Ndikuno ve arkadaşlarının (2016) şiddetli ruhsal hastalığı

olan hastaların bakım verenleri üzerine Uganda'da yaptığı çalışmanın bulgularına benzerlik göstermektedir.

Gruplar arası karşılaştırmalarda, BDB ve şizofreni hastalarının bakım verenlerinin, DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği - Kısa Form sosyal ilişkiler ve çevre alanları ortalama puanlarının benzer olduğunu ve "diğer aile üyelerinin bedensel sağlığı üzerindeki etkileri" kategorisinde yük düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmadığını göstermiştir. Her iki grup için ortalama HADS bunaltı puanları da benzerdir.

Çoklu Regresyon Analizleri

Tahmin edildiği gibi, bakım verenin yaşının daha ileri oluşu, bakım veren yükünün ağırlığı ve bakım verenlerin yaşadığı depresyon belirtileri, iki bakım veren grubunda da düşük yaşam kalitesi puanları ile ilişkili bulunmuştur. Bu parametreler ve bakım verenlerin düşük yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki, bu değişkenlerin bakım verenlerin yaşam kalitesindeki eksikliklerin yordayıcıları olarak önemini vurgulamıştır; daha önce yapılan araştırmalar da bu bulguları desteklemektedir (Zendjidjian ve ark. 2012, Caqueo-Urizar ve ark. 2009). Bipolar grubunda hastanın cinsiyeti ile bakım verenin düşük yaşam kalitesi puanları arasında bir ilişki saptanmıştır. Fakat bipolar grubundaki hastaların % 81'i kadın olduğu, yani erkeklerden dörtte bir oranında daha fazla oldukları göz önünde bulundurulduğunda, bazı önyargı unsurlarının bu ilişkiyi etkilemiş olması mümkündür. Bununla birlikte, şizofreni bakıcılarında hastalık süresi ile düşük yaşam kalitesi puanları arasındaki güçlü ilişki daha önce yapılan araştırmaların bulgularıyla desteklenmektedir (Mitsonis ve ark. 2012).

Sonuç olarak, bu çalışmanın bulgularına dayanarak her iki hastalığın aile üzerinde benzer olumsuz etkiye sahip olduğunu gösterdiğini ve bu bakım veren akrabaların desteğe ihtiyaç olduğunu göstermektedir (Zhou ve ark. 2016). Çok sayıda katılımcıyla boylamasına ve çok merkezli bir çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

KISITLILIKLAR

Bu araştırma kör olmayan kesitsel bir çalışma olmasından dolayı bazı kısıtlılıkları vardı.

Bakım verenler yapılandırılmış klinik görüşmelere tabi tutulmamış ve hastaların belirtileri klinik değerlendirme ölçekleriyle değerlendirilmemiştir. Bakım verenlerin kişilik özellikleri gibi diğer değişkenlerin karıştırıcı etkileri araştırılmamıştır. Önceki raporlar, şizofreni belirtilerinin şizofreni hastalarının ailelerindeki bakım veren yükünün artmasına neden olabileceğini, bununla birlikte, karma dönemler, hızlı döngü ve mani ataklarının sayısının yüksek olmasının da BDB hastalarının bakım verenlerinde görülen bakım veren yükünün şiddetini artırabileceğini göstermiştir (Ukpong 2012, Erten ve ark. 2014). Çalışma protokolü klinik olarak dengede olan

hastaların bakıcılarına odaklansa da, hastaların belirti örüntülerinin ve hastalık ataklarının sayısının, keşfedilmemiş diğer değişkenlere ek olarak bu çalışmaya katılan bakım verenlerin düşük yaşam kalitesi puanlarına katkıda bulunmuş olabileceği düşünülebilir.

KAYNAKLAR

- Awadalla A W, Ohaeri JU, Salih AA ve ark. (2005) Subjective quality of life of family caregivers of community living Sudanese psychiatric patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40:755-63.
- Barrowclough C (2005) The family of the patient with schizophrenia. *Families and Mental Disorders: from Burden to Empowerment*. M Maj, J Leff, N Sartorius (Ed), John Wiley & Sons Ltd, sf.2-17.
- Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C (2009) Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review. *Health Qual Life Outcomes* 7:84.
- Chakrabarti S, Gill S (2002) Coping and its correlates among caregivers of patients with bipolar disorder : a preliminary study. *Bipolar Disord* 4:50-60
- Chakrabarti S, Kulhara P (1999) Family burden of caring for people with mental illness. *Br J Psychiatry* 174:463.
- Coyne JC, Kessler RC, Tal M ve ark. (1987) Living with a depressed person. *Am Psychol Assoc* 55:347-52.
- Dyck DG, Short R, Vitaliano PP (1999) Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosom Med* 61:411-9.
- Erten E , Alpman N, Ozdemir A ve ark. (2014) The impact of disease course and type of episodes in bipolar disorder on caregiver burden, *Turk Psikiyat Derg* 25(2): 114-23
- Hoenig J, Hamilton MW (1966) The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *Int J Soc Psychiatry* 15:165-76.
- Ibigbami OI, Ukpogon DI, Eeguranti BA ve ark. (2018) Caregiver burden and religious coping in caregivers of patients with major mental disorders: a comparative study. *Niger J Med* 16:24-30.
- Li L, Young D, Xiao S ve ark. (2004) Psychometric properties of the WHO Quality of life questionnaire (WHOQOL-100) in patients with chronic diseases in China. *Bull. World Health Organ* 82:493-502.
- Martyns-Yellowe IS (1992) The burden of schizophrenia on the family: a study from Nigeria. *Br J Psychiat* 161:779-82.
- Mitsonis C , Voussoura E, Dimopoulos N ve ark. (2012) Factors associated with caregiver psychological distress in chronic schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 47:331-7
- Ndikuno C, Namutebi M, Kuteesa J ve ark. (2016) Quality of life of caregivers of patients diagnosed with severe mental illness at the national referral hospitals in Uganda. *BMC Psychiatry*. 16:400.
- Pai S, Kapur RL (1981) The burden on the family of a psychiatric patient: Development of an interview Schedule. *Brit J Psychiat* 138:332-5.
- Perlick DA, Gonzalez J, Michael L ve ark. (2012) Rumination, gender, and depressive symptoms associated with caregiving strain in bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 126:356-62.
- Perlick DA, Rosenheck RA, Miklowitz DJ ve ark. (2008) Caregiver burden and health in bipolar disorder : A cluster analytic approach . *J Nerv Ment Dis*. 196:484-91.
- Pollak CP, Perlick D (1991) Sleep problems and institutionalization of the elderly. *J Geriatr Psych Neur* 4:204-10.
- Rosser W, Salize H J, Van Os J ve ark. (2005) Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders *Eur Neuropsychopharmacol* 15:399-409.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K ve ark. (1998) The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *J Clin Psychiat* 59 (Suppl.20):22-33.
- The WHOQOL Group (1998) The WHO Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci and Med* 46:1569-85.
- Tristiana RD, Triantoro B, Nihayati HE ve ark. (2019) Relationship between caregivers' burden of schizophrenia patient with their quality of life in Indonesia. *Psychiatr Rehabil J* 6:141-8.
- Ukpogon DI (2009) Religious coping and caregivers burden in carers of the mentally ill in Nigeria: A study from a general hospital psychiatric outpatient clinic. *Niger J Med* 7:36-9.
- Ukpogon DI (2012) Burden and psychological distress among Nigerian family caregivers of schizophrenic patients: The role of positive and negative symptoms, *Turk Psikiyat Derg* 23:40-5
- World Health Organization (1992) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. *Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva.
- Zahid MA, Ohaeri JU (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 ve ark. (2012) Quality of life among caregivers of individuals with affective disorders. *J Affect Dis* 136:660-5
- Zigmond AS, Snaith RP (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 67:361-70.
- Zhou Y, Rosenheck R, Mohamed S ve ark. (2016) Comparison of burden among family members of patients diagnosed with schizophrenia and bipolar disorder in a large acute psychiatric hospital in China. *BMC psychiatry*, 16: 283.