

**KRONİK PSİKİYATRİ HASTALARINA BAKIM
VERENLERİN BAKIM YÜKLERİ VE BAŞ ETME
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Erman YILDIZ

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Rukuye AYLAZ
Yüksek Lisans Tezi – 2016**

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

**KRONİK PSİKİYATRİ HASTALARINA BAKIM VERENLERİN
BAKIM YÜKLERİ VE BAŞ ETME DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Erman YILDIZ

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Hemşirelik Programı
Yüksek Lisans Tezi**

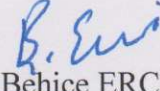
**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Rukuye AYLAZ**

**MALATYA
2016**

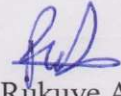
KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Erman YILDIZ**'ın "**Kronik Psikiyatri Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Yükleri ve Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi** " konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 20/01/2016


Prof. Dr. Behice ERCİ
İnönü Üniversitesi
Jüri Başkanı


Doç. Dr. Ayşe OKANLI
Atatürk Üniversitesi
Üye


Doç. Dr. Rukuye AYLAZ
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2016 tarih ve 2016/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKOZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	3
2. GENEL BİLGİLER	1
2.1. Kronik Psikiyatrik Hastalıklar	4
2.2. Şizofreninin Tanımı	4
2.2.1. Şizofrenide Epidemiyoloji	5
2.2.2. Şizofrenide Sınıflandırma	5
2.2.3. Şizofrenide Etiyoloji	6
2.2.4. Şizofrenide Tedavi.....	6
2.3. Bipolar Bozukluk.....	9
2.3.1. Bipolar Bozuklukta Epidemiyoloji	9
2.3.2. Bipolar Bozuklukta Sınıflandırma	9
2.3.3. Bipolar Bozuklukta Etiyoloji	10
2.3.4. Bipolar Bozuklukta Tedavi.....	11
2.4. Kronik Psikiyatrik Hastalar ve Bakım Verenler	12
2.5. Kronik Psikiyatrik Hastalık ve Bakım Verme Yükü	14
2.6. Kronik Psikiyatrik Hastalığı Olan Bakım Verenlerde Stres Kavramı ve Stresle Başa Çıkma	16
2.7. Kronik Psikiyatri Hastasına Bakım Verenlere Yönelik Hemşirelik Yaklaşımı.....	18
3. MATERYAL VE METOT	20
3.1. Araştırmanın Türü.....	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	21
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	21
3.4. Veri Toplama Araçları	22
3.4.1. Soru Formu	22
3.4.2. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği.....	22
3.4.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği.....	23
3.4.4. Verilerin Toplanması	24

3.5. Araştırmanın Değişkenleri	24
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	25
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
4. BULGULAR.....	21
5. TARTIŞMA	47
5.1. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri ile ZBYÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması	47
5.2. Bakım Verilen Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile ZBYÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması	50
5.3. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özellikleri ile SBÇTÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması	52
5.4. Bakım Verilen Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile SBÇTÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması	54
5.5. Bakım Verenlerin ZBYÖ ve SBÇTÖ Alt Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması	56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
KAYNAKLAR	59
EKLER.....	70
EK-1. Özgeçmiş.....	70
EK-2. Soru Formu.....	71
EK-3. Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğı	73
EK-4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğı	74
EK-5. Etik Kurul Onay Sayfası	75
EK-6. Turgut Özal Tıp Merkezi İzin Formu.....	78

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince, her türlü bilimsel destek, deneyim, sabır ve emeklerini esirgemeyen danışmanım Sayın, Doç. Dr. Rukuye AYLAZ'a,

Her zaman motive edici yanı ve önerileriyle desteklerini esirgemeyen Sayın, Öğr. Gör. Funda KAVAK'a ve değerli arkadaşım Arş. Gör. Gülsen KILINÇ'a,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hasta yakınlarına ve kurum çalışanlarına,

Bu yaşıma kadar hep yanımda olan, sevgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen biricik annem Esme YILDIZ, babam Emir Ali YILDIZ ve kardeşim Erhan YILDIZ'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Erman YILDIZ

ÖZET

Kronik Psikiyatri Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Yükleri ve Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi

Amaç: Bu araştırma kronik psikiyatri hastalarına bakım verenlerin bakım yükleri ve stresle baş etme düzeylerini araştırmak amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

Materyal Metot: Araştırma İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde Şubat 2015-Kasım 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini belirtilen tarihler arasında DSM V tanı ölçütlerine göre bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı almış 316 bakım veren oluşturmuştur. Evreni bilinen örneklem formülüne göre örneklem büyüklüğü 134 bakım veren ile gerçekleştirilmiştir. Verileri toplama aracı olarak “Hasta ve Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri Bilgi Formu”, “Zarit Bakıcı Yük Ölçeği” ve “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği” kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistik, bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi, Kruskal Wallis, Mann-Whitney U, Varyans Analizi, Pearson Kolerasyon testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada; bakım veren aile üyelerinin bakım yükü toplam puan ortalaması 59.33 ± 16.75 olarak bulunmuştur. Bakım verenlerin yaş ortalamaları 49.95 ± 13.68 olup, çoğunluğu evli ve ilköğretim mezunudur. Bakım verenler çoğunlukla hastaların anneleridir. Bakım verenlerin toplam yük puanları arttıkça; kendine güvenli, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım puanlarının da arttığı belirlenmiştir. Sosyal destek arama alt ölçeği ile bakım yükü ölçeği toplam puan ortalaması arasında negatif yönde önemli ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Buna göre bakım yükü arttıkça sosyal destek arama azalmaktadır.

Sonuç: Bu araştırmada, bakım verenlerin yük düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte bakım verenlerin yaşadıkları güçlüklerle baş ederken etkili (sosyal destek arama, kendine güvenli ve iyimser yaklaşım) baş etme yöntemlerini daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda; psikiyatri hemşirelerinin bu konudaki farkındalığın artırılması ve bakım veren aile üyelerinin desteklenmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Psikiyatri Hastası, Bakım Verenler, Bakım Yükü, Baş Etme, Hemşirelik.

ABSTRACT

The Determination of Coping Levels and Care Burden of Caregivers of Chronic Psychiatry Patients

Aim: This study has been carried out descriptively in a way in order to search the ability on coping with stress and caregiver burden of patients of chronic psychiatric.

Material and Method: The study was conducted between February 2015 and November 2015 at the psychiatric polyclinics of İnönü University Turgut Özal Medical Center. The study population comprised of 316 caregivers for patients diagnosed with schizophrenia and bipolar disorder in accordance with DSM V diagnosis measures between the dates stated above. The sample size was determined by the sampling formula known as the universe sample size 134 caregivers. For data collection “ Patient and Caregiver Identification Form”, “Zarit Caregiver Burden Scale” and “ Ways of Coping Inventory” were used. Descriptive statistics, depended and independent samples *t*-test, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U Test, Analysis of Variance, Pearson Correlation Test were used in the evaluation of data.

Results: The study the caregiver burden total score mean was 59.33 ± 16.75 . Average age of individuals providing care is 49.95 ± 13.68 and the majority of them are married and primary school graduate. Care providers are often patients’ mothers. It was determined that as the total score mean from the burden of the caregivers increase, their score submitting approach, desperate approach, self confident approach increase too. There is a significant inverse relationship between the subscale seek social support and the total score mean from the burden interview ($p < 0.05$). In conclusion, social support decreases as the burden increases.

Conclusion: This study determine that caregiver have a high level caregiver burden. On the other hand, it was observed that when the attendants faced to a difficulty they were more inclined to use some effective coping (seek social support, self confident approach and optimistic approach) techniques much more than other people. In the direction of the results gathered, awareness of psychiatric nurses was increased on this issue and was supported for family members caring can be recommended.

Key Words: Chronic Psychiatric Patients, Caregivers, Care Burden, Coping, Nursing.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
DALY	: Disability Adjusted Life Years
DSM V	: The Diagnostic and Statistical Manual V
EKT	: Elektrokonyulsif Tedavi
NIMH	: National Institute of Mental Health
SBÇTÖ	: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
YLD	: Years Lost with Disability
ZBYÖ	: Zarit Bakıcı Yük Ölçeği

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1: Bakım Verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	26
Tablo 4.2: Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	27
Tablo 4.3: Bakım Verenlerin Demografik Özellikleri ile Bakım Yükü Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	28
Tablo 4.4: Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Yükü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	31
Tablo 4.5: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Verenlerin Bakım Yükü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	35
Tablo 4.6: Bakım Verenlerin Demografik Özellikleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	38
Tablo 4.7: Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	40
Tablo 4.8: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	43
Tablo 4.9: Zarit Bakıcı Yük ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	46

1. GİRİŞ

Kronik ruhsal sorunlar ulusal ve uluslararası alanda, her sosyoekonomik durumda, her ırkta ve kültürel grupta görülebilir. Toplum taramalarına bakıldığında, kronik ruhsal hastalıkların sanılandan çok daha yaygın olduğu bildirilmektedir. Günümüzde insanların % 25'i yaşamlarının bir döneminde ruhsal hastalıklardan etkilenmektedir (1). Kronik ruhsal hastalıkların, özellikle de psikotik belirtilerin belirgin olduğu bozuklukların yaygınlığı görece düşük seyreitse de neden olduğu bakım yükleri yüksek düzeydedir (2-4). Literatürde kronik ruhsal hastalıkların yaygınlığına dair sonuç bildiren çok az sayıda çalışma mevcuttur. Türkiye'de sınırlı sayıdaki genel toplum araştırmasının bildirdiği tahminler üzerine yapılan bir sistematik gözden geçirmeye göre ağır ruhsal bozukluklardan şizofrenin yaygınlığı yaklaşık 1000 kişide 9 olarak bulunmuştur (5). Türkiye'deki benzeri bir çalışmada psikiyatrik bozuklukların yaşam boyu yaygınlığı daha önce bildirilen oranlardan daha yüksek olduğu, %2.5'i aşan yaygınlıklarıyla bu bozuklukların önde gelen halk sağlığı sorunlarından olduğu kanısı yaygındır (6).

Yurtdışı çalışmalardan Perala ve ark.'ının yakın tarihli psikotik ve bipolar bozuklukların yaşam boyu prevalansını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada psikotik belirtilerin görüldüğü 12 DSM-IV bozukluğunun (şizofreni, şizofreniform bozukluk, şizoaffektif bozukluk, sanrısız bozukluk, kısa psikotik bozukluk, psikotik bulgulu depresyon, psikotik bulgulu bipolar I bozukluk, madde kullanımına ya da genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk) toplam yaşam boyu yaygınlığının %3.5 olduğu saptanmıştır (7). ABD'de NIMH (National Institute of Mental Health) verilerine göre ise sokakta yaşayan insanların 1/3-1/4'ünde kronik ruhsal bozukluk bildirilmiştir. Kronik ruhsal hastalıklardan şizofrenin görülme sıklığının İrlanda'da ortalama %3.3, Finlandiya'da % 1.3, İsveç'te %1.7 dolaylarında olduğu bildirilmiştir (8, 9). Bakım verenlerin büyük çoğunluğu hasta bakımı nedeniyle tüm gününü evde geçirmekte ve sosyal yaşam ve üretim sürecinden uzaklaşmaktadır. Bu açıdan, hasta bireylerin en az bir bakım vereni olduğu kabul edilirse, ruh sağlığı sorununun toplumun önemli bir kesimini ilgilendirdiği söylenebilir (10, 11).

Kronik ruhsal bozukluğu olan 10 kişiden 1'inin uzun vadede bakıma ihtiyaç duyduğu düşünülmektedir. Kronik ruhsal hastalıklar grubunda birçok psikiyatrik hastalık olsa da, tanılarının büyük bir kısmını şizofreni ve bipolar (iki uçlu) duygudurum bozuklukları oluşturmaktadır. Şizofreni her türlü toplumda en sık görülen ve yeti yitimine

sebebi olan ruhsal bozukluklardandır. Avrupa ülkelerinde şizofreni hastalarının ortalama %50'si aileleri ile yaşarken Türkiye'de bunun %95'den fazla olduğu tahmin edilmektedir (12-14). Yine şizofreni gibi yeti yitimine sebebi olan bipolar bozuklukta da hasta bireylerin büyük çoğunluğu aile üyeleriyle birlikte yaşamakta ve bakım verenler açısından yüksek düzeyde yük oluşturmaktadır (15, 16). Şizofreni ve bipolar bozuklukta duygu, düşünce ve davranışlardaki şiddetli bozulma ailenin bütün üyeleri tarafından hissedilmektedir. Hasta bireylere bakım verenler karmaşık duygular içinde ve ne yapacağını bilemez durumdadır. Nasıl bir süreç yaşayacaklarını bilmeyen ve hastalarındaki değişimi şaşkınlıkla izleyen bakım verenler tedirginlik, gerginlik, suçluluk ve kimi zaman utanç duygusu yaşayabilirler. Bu durum karşısında hasta birey, ailenin bu duygusal atmosferi içinde daha da kötü olabilir (12, 14). Literatürde bakım verenlerin yaşadığı güçlük ve yük durumlarını belirlemek amacıyla Zarit Bakıcı Yük Ölçeği'nin yaygın olarak kullanıldığı belirlenmiştir (17-20). Bu ölçek 19 ifadeden oluşup, şizofreni ve alzheimer hastalığı gibi ağır ruhsal hastalığı olanların bakım verenlerinde uygulanabilir niteliktedir (21-23).

Kronik ruhsal hastalıkta bakım verenler günlük yaşamdaki rollerine ek olarak birde bakım vericilik rolünün eklenmesiyle anksiyete, umutsuzluk, öfke, depresyon, uykusuzluk gibi stres yaratan durumlar yaşamaktadırlar. Bu noktada stres ve başa çıkma durumları önem kazanmaktadır (24-27). Magliano ve ark'nın; şizofreni hastası olan bakım verenlerin yük ve baş etme şekillerini inceledikleri çalışmada bakım verenlerin baş etme kaynakları, sosyal destek ve iletişim becerilerinin yetersiz olduğu durumlarda stres düzeylerinin arttığı belirtilmektedir. Bakım verme sürecinde yaşanan stresin bakım verenin ruhsal ve fiziksel sağlık durumu üzerinde belirgin derecede etkisi olduğu belirtilmektedir (28).

Kronik ruhsal hastalığa sahip bir bireyin ailesinde evlilik, iş, ekonomik ve hukuksal sorunlar stresör olarak belirtilmekte ve bunun yanında ruhsal hastalığa bağlı olarak sosyal rollerde bozulma, aile içindeki ilişkilerde çatışmalara sebep olmaktadır. Hastalığın süresi uzadıkça bakım verenin yaşının artması ve bakım verenin hastalıkla ilgili ortaya çıkan gereksinimleri karşılama gücünün zaman geçtikçe azalması, bakım verenlerde stresle baş etme noktasında sıkıntılara neden olduğu belirtilmektedir (26, 29). Ağır ruhsal hastalıklarda, hasta bireyi ve ailesini desteklemeye yönelik toplumsal kaynaklar ve sürekliliği olan programların yetersiz veya hiç olmadığını düşünecek

olursak; aileler için bakım verme süreci zorlaşmakta, yaşadığı stres ve yük artmaktadır (25, 27, 29).

Kronik ruhsal hastalıklarda bakım verenlerin duygusal, sosyal, fiziksel ve maddi yüklerinin ruhsal sağlık sorunları ile ilişkisini belirlemek, bakım verenlere yükleri ile etkin baş etme, ruhsal sağlık durumlarını koruma ve geliştirmesini sağlar. Bu durum aynı zamanda, psikiyatri hemşireliği müdahalelerinin planlanmasına ve aile müdahale programlarının oluşturulmasına katkı sağlayacaktır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, kronik ruhsal bozukluk tanısı alan, hastaların primer bakımından sorumlu yakınlarının, bakım yükü ve baş etme düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Psikiyatrik Hastalıklar

Kronik psikiyatrik hastalık ifadesi kişisel bakım, toplumsal ilişkiler, çalışma hayatı ve boş zaman etkinlikleri gibi işlevselliğin farklı alanlarında bozulmalarla giden ve psikiyatrik bozukluğu olan kişiler için kullanılmaktadır. Literatüre bakıldığında “Şiddetli Ruhsal Hastalık” , “Ağır Psikiyatrik Bozukluk” ve “ Kronik Ruhsal Hastalık” gibi tanımlarında aynı anlama geldiği görülür. Kronik ruhsal hastalıklar için yapılmış olan tanımlamaların geneline bakıldığında;

- Ruhsal bir bozukluk tanısı vardır,
- Ruhsal bozukluk uzun süreli veya kalıcıdır,
- Sosyal oryantasyonu yetersizdir, gibi birtakım ortak nitelermeleri görmek mümkündür (30, 31).

Tanıların çoğunu şizofreni ve bipolar (iki uçlu) duygudurum bozuklukları oluşturmakla birlikte kronik ruhsal hastalıklar tanısal açıdan heterojen bir gruptur. Bu heterojen grup içerisinde ruhsal hastalıklardan şizofreni, şizoaffektif bozukluk, diğer psikotik bozukluklar, iki uçlu duygulanım bozukluğu, yineleyen major depresyon, süregelenleşmiş obsesif kompulsif bozukluk ve madde bağımlılığını saymak mümkündür (31).

Kronik ruhsal hastalıklar sürekli ve/veya yineleyici özelliktedir ve tam bir iyileşmeyle sonuçlanmayabilir. Özellikle şizofrenide kronikleşme öne çıkar, şizofreni hastalarının ruhsal işlevsellik açısından asla hastalanmadan önceki durumlarına dönemeyeceği yönünde geniş bir kabul vardır. Şizofrenide yeti yitimi, yaşam kalitesi, damgalanma ve rehabilitasyon gibi kavramlara ilişkin pek çok sorun aslında diğer tüm kronik ruhsal bozukluklar için de aynı ölçüde geçerlidir (32, 33).

2.2. Şizofreninin Tanımı

Şizofreni kavramı Yunanca yarma anlamındaki “skhizein” ve düşünce anlamındaki “phrin” sözcüklerinin birleşmesiyle, ilk kez İsviçreli psikiyatrist olan Eugene Bleuler tarafından ortaya atılmıştır (1). Şizofreni yaşamın erken dönemlerinden başlayarak tüm yaşam boyu süren aynı zamanda insanın düşünce, duygu ve davranışlarını önemli ölçüde etkileyen, insanın kişiler arası ilişkilerden ve gerçeklerden uzaklaşarak kendine özgü bir dünyada yaşadığı, kendisinin ve çevresindekilerin yaşantısında değişikliklere yol açan bir rahatsızlıktır (1, 34).

2.2.1. Şizofrenide Epidemiyoloji

Şizofreni bütün psikiyatri klinik yatak kapasitesinin yaklaşık %25'inin işgal edilmesine, tanı ve tedaviye ilişkin maliyetin yükselmesine, yaşam süresinin yaklaşık %20 kısalmasına yol açar. Ayrıca şizofreni vakalarının yaklaşık %10-15 oranında intiharla sonuçlandığı ileri sürülmektedir. Şizofreninin yıllık insidans hızı 100.000'de 10 ile 54 arasında değişmektedir (33, 35).

Şizofreninin yaşam boyu görülme sıklığı genel nüfusta %0.5 ile 1 arasında değişmektedir (1, 36, 37). Şizofreni kadın ve erkekte eşit yaygınlıkta görülmesine rağmen her iki cinsiyette de hastalığın başlama yaşı ve gidişatında farklılıklar gözlenebilir. Erkeklerde sıklıkla ortaya çıktığı yaşlar 15 ile 25 yaşları arasındayken, kadınlarda ise bu yaş aralığı 25 ile 35 arasındadır. Ortaya çıkma yaşı ile ilgili olarak kadınlarda orta yaşlarda (55-64 yaş) ikinci bir pik yapar (38). Dünyada yaklaşık 40 milyon şizofreni hastası olduğu tahmin ediliyor, bu sayı Türkiye'de ise yaklaşık olarak 650 bin civarındadır (39, 40). Hastalığın yakınlarına getirdiği bakım yükünü de hesaba katarsak Türkiye'de 1-2 milyon dolayında kişinin şizofreniden etkilendiğini söylemek mümkündür (32, 41, 42).

2.2.2. Şizofrenide Sınıflandırma

Kişide şizofreni olup olmadığını anlamak için herhangi bir laboratuvar testi olmadığından tanı, klinik muayene, aile görüşmesi, psikolojik test sonuçları ve diğer laboratuvar incelemelerinin sonuçlarını değerlendirmeye konmaktadır. Şizofreni tanısını koymak için Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından hazırlanan DSM tanı kriterleri dikkate alınmaktadır. Yakın zamana kadar DSM-IV-TR tanı ölçütleri kullanılırken 2013 yılında Türkçe versiyonu basılan DSM-5 tanı kriterleri kitabının yayımlanmasıyla birlikte bazı yenilikler ve değişiklikler ortaya çıkmıştır. Şizofreni tanısı için iki önemli değişiklik DSM-5'te dikkat çekmektedir. Yeniliklerden ilki, şizofreninin A ölçütünde yapılan değişikliktir. DSM-IV' te A tanı ölçütündeki belirtilerden en az ikisinin bulunması şartı bulunmaktaydı: Tek bir Schneideryen belirti (özel işitsel varsanılar, özel sanrılar, edilgen olmayla ilgili yaşantılar ve düşüncede yabancılaşma) diğer iki belirtiyeye eşdeğer sayılırken DSM-5 bu ayrıcalığa son vererek Schneideryen belirtiyi ortadan kaldırmaktadır. Diğer bir deyişle Schneideryen belirti şizofreni için artık tanı koydurucu özellikte değildir. İkinci önemli değişiklik ise şizofreni alt tipleriyle ilgilidir. DSM-IV' te yer alan dezorganize, paranoid, ayrışmamış, rezidüel ve katatonik klasik alt tipler DSM-5'te

görülmemektedir. Buna gerekçe olarak alt tiplerin az kullanılması ve alt tiplerin varlığını düşündüren çalışmaların yöntem bakımından zayıf yönleri olması gösterilmiştir. Katatoninin ise bir ek tanımlayıcı olarak, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar bölümünde yer alan tüm klinik tablolarda kullanılması önerilmiştir (43, 44).

2.2.3. Şizofrenide Etiyoloji

Kompleks özellikte olan şizofreninin etiyolojisi henüz netlik kazanmamakla beraber, tek bir etken nedeniyle değil de çok sayıda faktörün bir araya gelmesi ile oluştuğu görüşü günümüzde yaygınlık kazanmaktadır. 2000’li yıllarda gen ve çevre etkileşimi üzerindeki görüş üzerinde durulmaktadır. Söz konusu görüşe göre, kişilerin şizofreni için genetik bir yatkınlığı olabilir, fakat bu yatkınlığa başka faktörler eklenmedikçe hastalık görülmemektedir (45). Etiyolojide rol oynayan faktörleri ise şöyle sıralamak mümkündür;

- Genetik faktörler
- Viral ve immün faktörler
- Endokrin faktörler
- Nörofizyolojik değişiklikler
- Nörokimyasal değişiklikler
- Beyindeki yapısal değişikliklerdir (46) .

Etiyolojiyi de genetik yatkınlığı saptamaya yönelik yapılan, aile, ikiz ve evlat edinme araştırmaları sonucunda genetik yatkınlığın şizofrenide önemli bir rol oynadığı saptanmıştır. Şizofrenisi olan bireylerin birinci derece akrabalarında şizofreni gelişme olasılığı topluma oranla 10 kat daha fazladır. Kalıtımla ilgili olarak yapılan çalışma sonuçlarına göre şizofrenide birçok gene bağlı, çok etmenli bir geçişin var olduğu üzerinde durulmaktadır. Şizofrenide geçiş kesin olarak bilinmiyor olsa da moleküler ve genetik çalışmalar, geçişin, büyük olasılıkla birçok etkili genin çevresel etkenlerle etkileşimi sonucu olduğuna işaret etmektedir (1, 32) .

2.2.4. Şizofrenide Tedavi

Şizofrenin tedavisi günümüzde farmakolojik özellikteki bir takım preparatlar, psikososyal rehabilitasyon ve psikososyal terapilerin kullanıldığı çok boyutlu bir yaklaşım ile gerçekleştirilmektedir. Bu çok yönlü yaklaşımla şizofreninin orta ve iyi düzeyde düzelme gösterdiği ve hastaların bireysel ve toplumsal yaşamlarını sürdürmede daha az sorunla karşılaştıkları belirtilmektedir (47-49).

Şizofrenide mümkün olan en iyi sonuca ulaşabilmek için biyolojik tedavilerle (antipsikotikler, antidepresanlar, antiepileptikler, EKT ve antikolinergik etkili ilaçlar) psikoterapilerin ve aile eğitiminin bir arada olması gerekmektedir (42).

Şizofreni tedavisi ve rehabilitasyon aşamasında amaç; bireyin uygun, gerçekçi ve istendik amaçlar edindirmek, şizofreninin pozitif ve negatif semptomlarını iyileştirmek, relapsları önlemek ya da geciktirmek, aile veya toplum tarafından kabul edilmesi güç olan davranışları azaltmak, hastanın, aile üyelerinin ve bakım verenlerin baş etme becerilerini ve kapasitelerini güçlendirmek ya da ortadan kaldırmak, hastanın, bireysel fonksiyonlarından en üst düzeyde yararlanabilmesi için toplum desteğini ve buna yönelik servisleri sağlamaktır (47).

Şizofrenide İlaç Tedavisi

Şizofreni tedavisinde en önemli gelişme antipsikotik ilaçların (Nöroleptikler) kullanılmaya başlanması ile olmuştur. Şizofreninin başlangıç (prodromal), alevlenme ve koruyucu dönemlerinde kullanılan antipsikotik ilaçların (nöroleptiklerin), uzun süre ve düzenli kullanıldıklarında alevlenme riski ve tekrarlı yatış gibi durumları azalttıkları sonucuna varılmıştır (50, 51).

Antipsikotik ilaçlar genel olarak 2 grupta incelenebilir. İlk grupta klasik kuşak antipsikotikler yer alır ve bu grup ilaçlar sanrılar, varsanılar, kavgacılık, hostilete, hiperaktivite, negativizm, uyku sorunları ve kendine bakımın bozulması gibi pozitif psikotik belirtileri baskılamak suretiyle etkilerini gösterirler. Bu özelliklerine rağmen emosyonel küntlük, sosyal geri çekilme, motivasyon eksikliği, konuşma ve düşünce eksikliği gibi negatif belirtileri iyileştirmede yetersiz kalabildikleri de belirtilmektedir. İkinci grupta yeni kuşak (atipik) antipsikotikler yer alır ve tipik antipsikotiklere göre daha az ekstrapremidal yan etkilerinin olduğu ve hastaların yaşam kalitesini daha az olumsuz düzeyde etkilediği ileri sürülmektedir. Bu özelliğinden dolayı bu gruptaki antipsikotik ilaçlar tüm dünyada ilk seçilen ilaç grubudur. (51-53).

Şizofrenide Psikososyal Tedavi

Şizofreni tedavisinde, günümüze kadar birçok hastada düzenli ilaç kullanımının sağlanmasına rağmen kesin bir iyileşme görülmemiştir. Ayrıca ilaçların negatif belirtiler üzerinde fazla etkili olmadıkları, hatta istenmeyen ikincil negatif belirtilere yol açtıkları görülmüştür. Bu durum bize şizofreni sağaltımının yalnız başına ilaçlarla yapılamayacağını, ilaç tedavisiyle beraber psikososyal tedavinin birlikte uygulanması

gerektiğini gösterir (1). Şizofreninin sağaltımında kullanılan psikososyal yaklaşımlar arasında;

- Bireysel psikoterapi,
- Grup psikoterapisi,
- Uyumlandırma tedavileri (psikososyal beceri eğitimi, işe uyumlandırma terapisi, bilişsel davranışçı terapiler, stres ve kriz yönetimi)
- Aile psikoeğitimi ve aile grupları yer almaktadır.

Bu tedavi yaklaşımları arasında en çok tercih edilen ve uygulananlar aile psikoeğitimi ve uyumlandırma tedavileridir (54). Şizofreni hastalarının sağaltımında, ilk görüşmeden başlayarak güven verici bir yaklaşım ve bunun sürekliliğini sağlamak önemlidir. Bu ortamın sağlanması içinde hastaya karşı dürüst, açık sözlü, ilgili, görece ısrarlı, yılmadan bir yaklaşım sergilemek önemlidir. Bu ilişkinin sempatiye dönüşmesi ise istenmeyen bir durumdur. Şizofreni psikoterapisinde psikanalitik ve varoluşçu yaklaşımı temel alan psikoterapiler önemli katkılar yapmışlardır. Fakat bu kuram ve kuralların katı bir biçimde uygulanması tedavinin başarısız olmasına, hastanın daha çok dağılmasına ve ya içe kapanmasına neden olabilir. Bu olası etkileri göz önünde bulundurarak hastanın bireysel durumuna göre ayarlanmış, destekleyici, açıklayıcı, uzun süreli ve rehber olan bir psikoterapi süreci düşünülmelidir. Hasta akut dönemlerde sık görülmeli, görüşme süreleri fazla uzun tutulmamalıdır. Ayrıca hasta uğraşıya yönlendirilmeli ve terapi aile ile işbirliği yapılarak devam ettirilmelidir. Şizofrenisi olan hasta ve ailesi negatif belirtilerin ilaçlarla kolay geçmediği ve bu duruma karşı özellikle hastanın bakımından primer sorumlu aile üyelerinin, çaba göstermesi gerektiği açıklanmalıdır (1, 32, 55).

Türkiye’de psikiyatri hastalarının rehabilitasyonuna yönelik politikalar Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı’nda belirtilmiştir. Uygulamaya konulan bu plana göre, ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar (Şizofreni, Sanrılı Bozukluklar, Duygulanım Bozuklukları gibi) açılan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) tarafından kayıt altına alınıp belirli aralıklarla takip edilmektedir (10, 56).

Şizofrenide Elektro-Konvülsif Tedavi

Bu yöntem günümüzde antipsikotik ilaçların gelişmesiyle daha nadir kullanılsa da ilaç tedavisine yanıt vermeyen ya da ilacın yan etkilerinden dolayı bırakmak zorunda

kalan hastalarda kullanılmaktadır. Bu durumların yanı sıra katatonik bir tablo gösteren şizofreni hastalarında da EKT (Elektro-Konvülsif Tedavi) kullanılmaktadır (1, 32).

Şizofrenide Aile Tedavisi

Şizofreni hastalarının çoğunluğunun aileleriyle beraber yaşadığı gerçeğinden yola çıkacak olursak aileler bu hastalığı anlamaya, hastalarına karşı nasıl davranmaları gerektiğini bilmeye, atak dönemlerinde bilmeleri gereken pratik ve uygun yaklaşımları öğrenmeye gereksinim duyarlar. Bu noktada amaç, ailenin etkili iletişim, sorun çözme ve baş etme becerileriyle donanmasıdır (29, 32).

2.3. Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluk (İki uçlu duygudurum bozukluğu), derin çöküntüden aşırı neşeye doğru olan ya da her ikisini de barındıran ve bu dönemler arasında kişinin sağlıklı duyguduruma dönebildiği (ötimi) duygudurum dalgalanmaları ile karakterize bir beyin hastalığıdır. Bipolar bozukluk yaşam boyu yinleme ve remisyonlarla seyreder (32, 57, 58).

2.3.1. Bipolar Bozuklukta Epidemiyoloji

Bipolar bozuklukta yaşam boyu hastalanma riski %1 olarak kabul edilir. Bipolar bozukluk için sıklık oranı erkekler için 9-15/100.000, kadınlar için 7.4-30/100.000'dir. Son yıllarda yapılan çalışmalar bipolar bozukluğun yaşam boyu sıklık oranının %5'e kadar yükseldiğini göstermektedir. Bipolar bozuklukların yüksek sosyoekonomik düzeylerde daha sık görüldüğü bildirilmiş, kültürel ve etnik gruplar arasında fark belirlenmiştir (1, 32, 59).

2.3.2. Bipolar Bozuklukta Sınıflandırma

Bipolar bozukluklar DSM-IV-TR'de duygudurum bozuklukları başlığı altında yer almaktadır. DSM-IV-TR'de duygudurum bozuklukları bölümü üç ana bölümde incelenmiştir. İlk kısımda duygudurum epizodlarının tanı ölçütlerine, ikinci kısımda duygudurum bozukluklarına ait tanı ölçütlerine (Depresif Bozukluklar, Bipolar Bozukluklar, Genel Tıbbi Duruma Bağlı Duygudurum Bozukluğu, Madde Kullanımının Yol Açtığı Duygudurum Bozukluğu), üçüncü kısımdaysa en son duygudurum döneminin ya da tekrarlayıcı duygudurum dönemlerinin gidişini tanımlayan belirleyicilere yer verilmiştir.

DSM-5'te ise DSM-IV-TR'den farklı olarak duygudurum bozuklukları üst başlığı kaldırılmış, Depresif Bozukluklar ve Bipolar ve İlişkili Bozukluklar için tanı ölçütleri birbirinden ayrı iki bölümde verilmiştir. DSM-IV-TR'deki Diğer Duygudurum Bozuklukları (Genel Tıbbi Duruma Bağlı Duygudurum Bozukluğu ve Madde Kullanımının Yol Açtığı Duygudurum Bozukluğu) kaldırılmış, genel tıbbi duruma ya da madde kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan klinik tablolar her iki tanı seti için alt grup olarak tanımlanmıştır.

DSM 5'te ise DSM-IV'ten farklı olarak sınıflamada karma epizod kaldırılmış, depresif döneme eşlik eden mani belirtileri ya da mani döneme eşlik eden depresif belirtileri tanımlama amacıyla "karma özellikli" belirteci gibi bazı belirteçlere yer verilmiştir. 2013'te yayınlanan DSM 5 ile daha önce duygudurum bozuklukları başlığı altında yer alan BB için ayrı bir başlık oluşturulmuş ve Bipolar ve İlişkili Bozukluklar olarak tanımlanmıştır. Bipolar ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında BB I, BB II, siklotimik bozukluk, madde/ilaç kullanımıyla beliren bipolar ve ilişkili bozukluk, diğer tıbbi duruma bağlı bipolar ve ilişkili bozukluk, diğer tanımlanmış bipolar ve ilişkili bozukluk, tanımlanmamış bipolar ve ilişkili bozukluk tanımlanmıştır (43).

2.3.3. Bipolar Bozuklukta Etiyoloji

Psikolojik ve biyolojik faktörler birbirinden etkilenecek duygudurum bozukluklarına neden olurlar. Özellikle hastalığın başlangıcında olan vakalar dikkatlice incelendiği zaman, depresyon ve mani epizodlarının ortaya çıkışında psikososyal etkenlerin payı olduğu görülür (1, 32). Bipolar bozukluğu olan kişilerin birinci derece akrabalarında bipolar bozukluk görülme olasılığı %8.7 olarak belirlenmiştir. Yapılan ikiz çalışmalarında tek yumurta ikizlerindeki eş hastalanma oranını çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Aile çalışmaları anne babadan birinde bipolar bozukluk varsa çocukta bipolar bozukluk gelişme riskinin %28 dolaylarında olduğunu göstermektedir (1, 60). Bipolar bozukluğu olan kişilerin beyin görüntüleme çalışmaları, dorsalateral prefrontal korteks, ön singulant, amigdala, üst temporal girus ve korpus kallosum gibi beynin özellikle duygudurum durumu ile ilgili bölgelerinde yapısal ve işlevsel anomalilikler göstermektedir (1, 61). Yine bipolar bozuklukta son yıllarda yapılan hipotalamus- hipofiz- böbrek üstü bezi çalışmalarında, kortikotropin salınan hormon (CRH), adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve kortizol yanıtlarında düzensizlikler saptanmıştır. Manik hastalarda CRH ve ACTH yanıtı normal kontrollere göre artmış seviyede bulunmuştur (1, 32).

2.3.4. Bipolar Bozuklukta Tedavi

Bipolar bozukluk mani, hipomani, karma ve depresif dönemler şeklinde seyredebilir. Mani, karma ya da depresyon dönemleri sıkıntılı durumlardır ve kişilerin sosyal etkinlikleri, kişilerarası ilişkileri, eğitim ve iş yaşamındaki işlevsellikleri üzerine yıkıcı etkileri vardır. Mani aşırı neşeli, bazen de öfkeli, coşkulu bir duygudurum içinde düşünce, konuşma, harekette hızlanma, benlik saygısında artma, aşırı güçlülük, büyüklük duyguları ve sanrıları ile genel bir kabarma, taşkınlıkla giden bir duygudurum bozukluğu dönemidir. Hipomani kısa süren, belirgin bozulma ya da gerilemenin görülmediği, psikotik olmayan, daha ılımlı bir manik durumdur. Karma dönemde, çökkünlük ve mani belirtileri eş zamanlı olarak görülebilir ancak bir karma dönem boyunca bütün çökkünlük ve mani belirtilerinin bir arada görülmesi sık karşılaşılan bir durum değildir. Mani, hipomani, karma ve depresyon dönemleri farklı tedavilere gereksinim duyduğu için, bipolar bozukluk tedavisi karmaşık bir konudur. Tedavide iki aşamadan söz etmek mümkündür; (1) var olan hastalık döneminin (mani ya da depresyonun) tedavi edilmesi (2) beraberinde hastalık yinelenmesini önlemek için koruyucu tedavi planlanması. Bipolar bozukluk tekrarlayan bir ruhsal bozukluk olduğundan sadece hastalık dönemlerinin tedavi edilmesi yeterli değildir (1, 32, 62).

Mani Döneminde Tedavi

Mani döneminde hasta kendisini çok iyi hissediyordur, bu nedenle genellikle hasta olduğuna inanmaz. Kişi kedisini iyi hissettiği için doktora götürülmesi dolayısıyla öfkelenebilir, kendisine ve çevresine zarar verebilir. Açık, kesin, fakat zedelemeyen bir yaklaşımla hasta tutulabilir, sedasyon veren enjeksiyonlar yapılabilir, hastaneye zorla yatırılması gerekebilir. Genellikle akut mani dönemindeki her hastanın hastaneye yatırılması gerekli olmayabilir.

Hastaneye yatışın gerektiği durumlar şunlardır;

- Hastanın kendisine veya çevresine zarar verici davranışlarının olması.
- Genel sağlık durumunun risk altında olması ve hiperaktivite.
- İlaçlarını almayı reddetmesi ve önerilere uymaması (1, 32).

Manik dönem tedavisinde sıklıkla kullanılan duygudurum düzenleyici lityumdur. Lityum, mani nöbetlerinin sağaltımında ve bipolar bozuklukta koruyucu olarak etkisi kanıtlanmış bir tuzdur. Türkiye’de lityum karbonat kapsül olarak kullanılmaktadır (32, 63). Yararı kanıtlanmış diğer duygudurum düzenleyiciler arasında Valproat ve

Karbamazepin vardır. Bu gruptaki ilaçlar sodyumun hücreye girişini engellemek suretiyle antikonvülzan etki oluşturlar. Mani döneminde prognoza göre; duygudurum yinelenmelerini ve mani dönemlerini önlemek amacıyla antipsikotikler (Olanzapin, Klozapin, Risperidon, Ketiyapin.) ve benzodiyazepinler (Klonazepam, Lorazepam) kullanılabilir (32, 64)

Koruyucu Tedavi

Bipolar bozukluk yineleyici özellik gösterdiğinden koruyucu tedaviye gereksinim vardır. Lityum tedavisi ilk seçenektir. Hastanın buna dirençli olduğuna karar verilirse ya da bir yan etki gözlenmişse, karbamazepin ve valproat ya da bunların kombinasyonları diğer koruyucu tedavi seçenekleridir. Duygudurum dengeleyicilere dirençli ve özellikle psikotik epizodlar (nöbet) geçiren olgularda, nöroleptikler kullanılabilir. Son olarak koruyucu sağaltım uygulanan hastaya ve ailesine hastalığının tedavisi hakkında, kontrollerin sıklığı, hastalığın yinelenme özelliği, ilaçların yan etkileri ve belirtileri hakkında açıklamalar ve bilgilendirmeler yapılmalıdır (32, 65).

Elektro Konvulsif Terapi (EKT)

Genellikle yemeyen, içmeyen, dahidratasyon belirtileri gösteren, saldırgan olabilen hastalarda EKT etkili bir yöntem olabilir. Hasta genellikle 6-8 EKT ile yatıştır, bazen 10-12 hatta daha fazla sayıda EKT gerekebilir (1).

Psikoterapi

Psikoterapide amaç, huzursuzluğu azaltmak, işbirliğini artırmak ve gelecekteki epizodların frekansını düşürmeye çalışmaktır. Bipolar bozukluktaki sorunları çözme amacıyla birayssel terapiler olarak psikodinamik, davranışsal ve bilişsel terapiler uygulanabilir. Ayrıca evlilik, aile ve grup terapileri de gereksinimlere göre seçilebilir (33, 41).

2.4. Kronik Psikiyatrik Hastalar ve Bakım Verenler

Bakım veren kavramı; hastayı gözlemleyen, hastanın bakımını sağlayan, hasta bireye yardım eden, bilgi veren, fiziksel, ruhsal, maddi ve sosyal destek sağlayan kişi olarak tanımlanmaktadır (66, 67).

Bakım verme literatürde, genellikle formal ya da informal olmak üzere iki şekilde incelenmektedir. Formal bakım verme; sağlık bakımının evde ya da sağlık kurumlarında

bakım hizmetlerini sunan daha çok hemşire, terapistler, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen gibi profesyonel meslek grupları tarafından verilen bakımdır (68). İnfomal ya da profesyonel olmayan bakım verme, kişinin bir yakınına bakım verme rolünü üstlenmesidir. İnfomal bakım veren kavramı genellikle primer bakım veren kavramı ile aynı anlama gelip, ücret almayan, evde bakım sağlayan aile üyeleri veya arkadaşlardan oluşan bireydir. Söz konusu bakım veren kişi, hastanın yerine getiremediği günlük yaşam aktivitelerinin (beslenme, banyo yapma, giyinme vb.) sürdürülmesinde gerekli desteği sağlayan bu sorumluluğu sürdürmekten birinci derece sorumlu olan kişidir. Primer bakım veren birey, hastanın bakımını yapmak ya da gözlemlemekten sorumludur (68-72).

İnsan hayatında bakım veren haline gelme çoğunlukla seçilemez veya planlanamaz bir durum olmakla birlikte, kronik hastalıklı bireylerin bakım vericilerine ilişkin yapılan çalışmalarda primer bakım vericilerin genellikle aile içerisinde seçildiği belirlenmiştir. Kronik hastalıklı bireyin bakımını daha çok eş durumundaki kadın bireyler üstlenmiştir, bunu yaşam boyu ev halkına bağlı akraba kadınlar, kız çocukları, gelin, diğer akraba ya da akraba olmayan kadınlar ve erkek çocuklar izlemektedir (68, 69, 72).

Yapılan araştırmalarda bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadın olduğu belirlenmiş ve bunun nedeninin genellikle toplumlar tarafından ev işleri ve aile ile ilgili özel alanların, kadının doğal işi olarak görülmesi olduğu düşünülmektedir. Bunun yanı sıra kadınların kişilik özellikleri nedeni ile daha şefkatli, duyarlı davrandıkları, yakın ve güçlü ilişki kurabilme becerilerine sahip olmaları da, onların bakım verme işlevine uygun görülmelerinin nedeni olarak görülmektedir (73-75).

Türkiye’de ve dünyada son zamanlarda ruhsal hastalıkların tedavisinde toplum temelli olmaya başlaması, tedavi ve bakımda aile ile geçirilen sürenin artmasına neden olmuştur. Bu durum ailelerin aktif olarak bakımda yer alması zorunluluğunu ortaya çıkartmış ve ailelerin öneminin artmasına neden olmuştur (10, 76).

İngiltere ve ABD’de şizofreni hastalarının çoğunun taburcu olduktan sonra ailelerinin yanına döndüğü ve bu nedenle hastalarının bakım verenlerinin genellikle aileleri olduğu belirtilmektedir (50, 77). Bu durum Türkiye’de de benzerlik göstermekte ve bakım verme sürecinde ailelerin hem hastanın hem de kendi ihtiyaçlarıyla baş etmeye çalıştığı, hastalık sürecinden etkilenecek bakım verici rolüne uyum sağlamakta zorlandıkları ve desteğe ihtiyaç duydukları belirtilmektedir (29).

2.5. Kronik Psikiyatrik Hastalık ve Bakım Verme Yüğü

Bakım yüğü kavramı; bakım verenin üstlendiğı bakımın ortaya çıkardığı psikososyal problemler, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusu yaşaması gibi olumsuz, objektif ve subjektif sonuçları ifade etmektedir (78, 79).

Büyük ölçüde hasta bireylerin beslenme, uyku, dinlenme, çalışma, kişisel bakım gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme yetenekleri bozulmaktadır. Bu nedenle ailede bakım sorumluluğunu üstlenen bireyler, hasta bireyleri destekleme durumlarıyla karşı karşıya gelmektedirler. Kronik ruhsal hastalıkların sebep olduğu bu sınırlılıklar ve zorluklar hasta bireyi olduğu kadar ailesini de olumsuz etkilemektedir. Ailede kronik bir ruhsal hastalık varlığında bu durum ailenin işlevlerinde bozulmalara neden olabilmekte, aile üyelerine bir takım güçlükler ve yükler getirebilmektedir (80, 81)ma.

Kronik ruhsal hastalığın ilk atağını geçiren bireylerin %60'ından fazlasının eve dönüp aileleriyle birlikte yaşadığı açıklanmaktadır (77, 81). Türkiye'de de psikiyatri hastalarının en büyük destek kaynaklarının aileleri olduğu ve hastaların büyük çoğunluğunun ailesiyle birlikte yaşadığı belirlenmiştir (80, 82, 83). Kronik ruhsal hastalıkta 'bakım yüğü' kavramı genellikle hastaların hastanelerden taburcu olmasıyla dillendirilmeye başlanır. Bakım verenlerin ya da ailelerin; çatışmalar, duygusal- fiziksel ve ekonomik zorluklar açısından olumsuz olarak etkilendikleri belirtilmektedir (84). Aileler hastaların beklenmedik ve tuhaf davranışlarından dolayı birçok defa çeşitli streslere maruz kalmaktadır. Bu durumların yanı sıra bakım verme sürecindeki aile içi çatışmalar ve damgalanma gibi etmenler sebebiyle de izolasyon, suçluluk ve yalnızlık yaşamaktadırlar. Kronik ruhsal hastalıklarda hastalığın seyri ile neden olduğu fonksiyonel kısıtlılık hasta ve yakınlarında depresyon ve anksiyete riskini arttırdığı belirtilmektedir (24, 85). De Silva ve ark. yaptıkları çalışmada psikotik hastalığı olan hastalara bakım verenlerin %60'ında anksiyete ve depresyon görüldüğünü saptamıştır. Bakım verme zor ve bakım verene ağır yükler getiren bir süreç olarak tanımlanmaktadır (86).

Ağır yeti yitimine sebep olan ve davranışın bilişsel, emosyonel, algısal yönlerinin hepsinde derinden yıkıcı psikopatolojik ve klinik etkileri olan şizofreni hastasına bakım verenler büyük zorlanmalar ve çok boyutlu sıkıntılarla karşı karşıya gelmektedir (87). Magliano ve ark.'nın yaptıkları çalışma da şizofreni hastası aile üyelerinin %83'ünün emosyonel, ekonomik ve günlük hayatlarında zorluklar yaşadığını göstermiştir (88). Şizofreni hastasına bakım verenlerin incelendiğı diğer çalışmalarda fiziksel (hazımsızlık,

iştahsızlık, baş ağrısı vb.), sosyal (yalnız hissetme vb.) , duygusal (izolasyon, depresyon, stres ve anksiyetede artış vb.) ve ekonomik yük gibi çeşitler tanımlanmaktadır (89, 90).

Şizofreni hastalarında görülen pozitif ve negatif belirtilerin varlığı bakım verenlerde utanma, suçluluk, depresif belirtilere neden olabileceği gibi, bireyler kendilerini bu belirtilerden dolayı toplumdan izole eder hale de gelebilir (18, 82, 91, 92). Narayan ve ark. 'nın yaptığı çalışmada bu hastalara bakım verenlerin yaşam alanlarında iki grup altında toplanabilecek etkilenimleri olduğunu göstermiştir. Birinci gruptaki etkilenimler bakım verenlerin sosyal çekinmesiyle ilgili olarak ortaya çıkan iletişim problemleridir. İkinci grupta ele alınacak etkilenimler ise hastaların düzenlenemeyen, bozuk ve yıkıcı davranışları neticesinde hem hastaların hem de ona yardımcı olan bakım verenlerinin günlük yaşantılarının etkilenimi ve bununla beraber ortaya çıkan yaşam kalitelerindeki sekellerdir (93).

Yine şizofreni gibi kronik bir ruhsal hastalık olan ve belirgin psikososyal bozulma ile birlikte yeti yitimine neden olan bipolar bozukluk da, birey kadar aile üyelerini dolayısıyla bakım verenlerini olumsuz yönde etkilemektedir (80, 94). Yeti yitimiyle beraber hasta bireylerin beslenme, uyku, dinlenme, çalışma, kişisel bakım gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme yetenekleri önemli ölçüde bozulduğundan ailede bakım sorumluluğunu üstlenen bireyler bu aktiviteleri yerine getirirken hasta bireylere yardım etmek durumunda kalmaktadır (83, 84).

Perlick ve arkadaşları bipolar bozuklukta bakım verenlerin %93'ünün ortalama veya yüksek seviyede bakım yükü yaşadığını ve %70'inde söz konusu bakım yükünün bir yıldan fazla süre devam ettiğini belirlemiştir (15). Üstelik sanılanın aksine bakım veren yükü yalnızca ataklar sırasında değil, aynı zamanda sağlıklı duygu durum (ötimi) dönemlerinde de hastalığın kliniğini etkileyebilecek bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (16).

Bipolar bozukluğu olan bireylerde manik dönemler toplam süre içinde daha kısa olmasına rağmen, çoğunlukla hastanede yatmayı gerektirdiğinden toplumsal ve bireysel ilişkiler, kariyer planları ve ekonomik bağımsızlık açısından yıkıcı olabilme potansiyelini içinde barındırır. Bu durum bakım verenlerine ve hastanın kendisine karşı yüksek agresyon (saldırganlık) riskini de arttırabilmektedir. Sosyal işlevselliğin gerilemesi bakım verenlerde önemli sorunlara yol açabilme potansiyeline sahip olmasının yanı sıra hastanın iyilik halinin sürdürülmesi konusunda olumsuz etki yaratabilir (16, 95-97). Sanılanın aksine hastaların yaşamlarının büyük bir kısmının remisyon (yatışma) döneminde ve eşik altı belirtileri ile geçirmeleri bile, bakım veren yükünü önemli ölçüde etkileyebilir (98).

Aile üyeleri hastaya bakım verme konusunda önemli ve büyük bir vazife almış olmalarına rağmen, kültürel ve ekonomik şartların değişmesi, ruh sağlığı alanında hasta ve ailelerine yönelik uygun stratejilerin olmaması ve kaynaklardaki yetersizlikler yüzünden günümüzde kronik ruhsal hastalığı olan yakınlarına bakım veren bireylerin rolü şüphesiz daha da zorlaşmıştır (99, 100). Bu nedenle ruhsal hastalığı olan yakınına bakım veren aile üyelerinin algıladıkları yük düzeyinin ve boyutlarının bilinmesi, psikiyatri hemşirelerinin oluşturacağı müdahale programları açısından önem arz etmektedir.

2.6. Kronik Psikiyatrik Hastalığı Olan Bakım Verenlerde Stres Kavramı ve Stresle Başa Çıkma

Stres günümüzde popüler olmuş bir rahatsızlık gibi düşünülse de aslında geçmişi çok eski çağlara dayanır. Ancak, bu kadar eski bir kavram olmasına rağmen bilim insanları stresin net tanımını yapmakta zorlanmışlardır. Günümüzde birçok insan için stres kelimesi, olumsuz ve zararlı şeyleri çağrıştırmaktadır. Oysa stres bireyi zor duruma soksa da, acı ve bunaltı verse de başa çıkıldığında kişiyi ileriye, mutluluğa, başarıya götüren bir özelliğe de sahiptir. Bu yönüyle incelendiğinde stres motivasyon, büyüme, değişim ve gelişim için şarttır (101).

Stresin birçok tanımı yapılmıştır. Stres kavramını açıklayan öncü isimlerden Hans Selye stresi; ‘vücuda yüklenen herhangi bir özel olmayan isteme karşı, vücudun tepkisi’ olarak tanımlamıştır (102). Lazarus ve Folkman stresi; ‘kişi ve çevre arasındaki etkileşim’ olarak tanımlamıştır. Lazarus ve Folkman bu etkileşimde önemli olanın bireyin olayı ve kişileri stres kaynağı olarak algılayıp algılamadığı olduğunu, kişi şayet olayı ve kişileri stres kaynağı olarak algılasa stres yaşanacağını, algılamazsa stres yaşamayacağını bildirmişlerdir (103). Genel olarak stresi, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan ve kişinin fizyolojik ve psikolojik dengesini tehdit eden bir durum olarak tanımlamak mümkündür (104).

Stresle başa çıkma ya da diğer bir ifadeyle stres yönetimi ise, temelde stres yaşantısının olumsuz sonuçlarını azaltmaya veya yok etmeye yönelik çabalarla stresin etkisini olumlu parametrelerde dengeleyebilmek olarak tanımlanabilir. 1970’lerde ortaya atılan başa çıkma kavramının temel amacı stres yaşantısının olumsuz sonuçlarından korunmaktır (105).

Yaşanan stresli bir durum veya olayla başa çıkmada kişi ya ayrı bir şekilde ya da birlikte kullanabileceği iki yolu deneyebilir. Kişi kendisinde stresli durum oluşturan olay ya da durumu değiştirmeye çalışırsa bu çabaya “Probleme Dayalı Başa Çıkma” denir.

Kişi stres yaratan durumla ya da olayla ilgili duygularını mevcut stresli durum değiştiremeyecek nitelikte olsa bile hafifletmek için uğraşır ve kendini değiştirmeye çalışırsa buna da “Duygu Odaklı Başa Çıkma” denir (32, 103).

Probleme dayalı başa çıkma yönteminde kişi, öncelikle sorunu tanımlar, soruna alternatif çözümler üretir, ürettiği çözümleri değerlendirerek en uygun çözümü veya çözümleri uygulamaya başlar. Duygu odaklı başa çıkmada ise birey, bastırma, yansıtma, mantığa bürünme vb. savunma mekanizmalarını kullanarak gerçeği olduğundan farklı algılamaya çalışır. Aynı zamanda yaşadığı sorunu zihninden atmak için fiziksel egzersizler yapmayı, öfkeyi dışa vurmayı, dostlarından destek aramayı içine alan bazı davranışa yönelik çabaları gerçekleştirir (32, 103, 104).

Kronik ruhsal hastalıklar, bilindiği üzere hastanın olduğu kadar ailenin yani dolayısıyla bakım verenlerinin de yaşamını olumsuz etkilemekte ve stres yaşamalarına neden olmaktadır (77, 106). Bakım verenlerin yaşadıkları stres ile baş edebilmek için;

- Ağlama,
- İnkâr,
- Kızgınlık,
- Sosyal hayattan geri çekilme,
- Saldırgan davranışlar,
- Pozitif düşünme,
- Bilgi edinme,
- Arkadaş ve komşu desteği alma,
- Sosyal destek arama gibi yöntemlere başvurdıkları belirtilmektedir (107, 108).

Bakım vericiler yaşadıkları zorluklar ile nasıl baş edecekleri konusunda ikilemler yaşamakta ve zorlanmakta, sağlık ekibi ile işbirliği içinde olmak ve tedaviye aktif katılmak istemektedirler (77, 109, 110). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin bakım verme sürecinde aile işlevselliğini sürdürmek için kullandıkları baş etme stratejilerinin etkisiz olduğu ve bakım verenlerin baş etmelerini geliştirmek için profesyonel desteğe ihtiyaç duydukları belirtilmektedir (106, 107).

Şizofreni hastalarına bakım verenlerin yaşam kaliteleri ile ilgili 1998 ve 2008 yılları arasında yayınlanmış 37 araştırma kapsayan sistematik bir derlemede bakım verenlerin stresle ilgili anksiyete ve depresyon gibi sağlık sorunları yaşadıkları, iş yaşamlarının etkilendiği, ev gereksinimlerinin ve ekonomik ihtiyaçların arttığı stresle baş etmede zorlanmalar yaşadıkları bildirilmiştir (111). Özlü ve arkadaşları zaman içerisinde

bakım verenlerin hastalığı kabullenmeleri ve başa çıkma stratejileri kazanmaları ile yük algısında değişiklik olup olmadığını test ettikleri araştırmaları sonucunda, bakım verenin yaşının genç olması, genç hastalara bakım verme, sosyal destek varlığı, sorun odaklı başa çıkma stratejisini kullanma durumlarında travma sonrası gelişimin daha iyi olduğunu tespit etmişlerdir (112).

Bipolar bozuklukta bakım verenlerde başa çıkma stratejilerinin yük üzerine etkisi büyüktür. Bipolar bozuklukta yinelemeleri önleme, sonraki duygudurum dönemine dek geçen zamanın uzaması, dönemler arası işlevselliğin iyileştirilmesi, hastanın bireyselleşmesini destekleme ve hastanın tedavisinde bakım verenin sorumluluk seviyesini azaltma psikososyal girişimlerin temel amacı olmalıdır. Bu girişimler hastalıkla ilgili farkındalığın artışı ile hasta ve hasta yakınlarının başa çıkma şekillerinin iyileştirilmesine katkıda bulunacaktır ve aynı zamanda hastalık seyrini olumlu etkileyecek, bu durumda bakım verenin yük seviyesini de azaltacaktır (96, 113-115).

Sonuç olarak, stresle başa çıkma tutumları bakım verenler açısından kronik ruhsal hastalıklarda olduğu kadar bedensel hastalıklarda da önem arz eden ve geniş yelpazede ele alınması gereken bir kavramdır. Bu bağlamda kişinin stres yaratan çeşitli durumlar karşısında kullandığı başa çıkma tutumlarını bilmek tedavi hedeflerinin ve terapötik etkinliğin belirlenmesine yardımcı olacaktır (116). Hem problem merkezli başa çıkma hem de duygu merkezli başa çıkma yöntemleri, stresli birçok durumla etkin olarak başa çıkabilmek için gereklidir. Bireyler çoğunlukla duygu merkezli başa çıkma yöntemini diğerine nazaran daha sık kullanma eğilimindedirler. Stresli bir durumun duygusal yönleriyle başa çıkmak kritik öneme sahip olsa bile uzun vadede bir çözüm getirmeyeceğini bilmek gerekir. Bu bağlamda duygu merkezli başa çıkma yönteminin kullanımı, problem merkezli başa çıkma yönteminin başarısı için elzemdir (32, 105, 117).

2.7. Kronik Psikiyatri Hastasına Bakım Verenlere Yönelik Hemşirelik

Yaklaşımı

Psikiyatri hemşireleri sağlık ekibi içinde hastayla en çok zaman geçiren, en aktif çalışan ekip üyesi olmasına rağmen tedavi ve bakım süreci bittiğinde hastalarla olan ilişkisi de bir süreliğine biter. Oysa aileler ve bakım verenler, hastalarla bir ömür geçirip, 24 saat boyunca hastaların her türlü sorunlarıyla karşı karşıyadırlar. Bu sebeple şizofreni ve bipolar bozukluk gibi kronik hastalıkların tedavisinde ailelerin hiç kuşkusuz yardıma ihtiyaçları vardır. Bu durum iyi bir ekip yaklaşımını gerekli kılar. Bu ekip yaklaşımında psikiyatri hemşiresi, toplum ruh sağlığı merkezlerinde (TRSM), ruh sağlığı kliniklerinde

ve polikliniklerinde; hasta, merkeze yattığı andan itibaren hasta ve hastaların aileleriyle birlikte çalışma imkanına sahiptir. Bu süreçte psikiyatri hemşiresinin amaçları;

- Aileyi tedaviye katarak; hastalık, hastaya uygulanan ilaç tedavisi, psikososyal programlar ve diğer tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirmek,
- Hasta ve aileye destek olabilecek toplumsal kaynaklar hakkında bilgi vermek ve aileyi taburculuğa hazırlamak,
- Hastaneye yatış sonrası aile ile işbirliğini sürdürerek ailenin taburculuk sonrası süreçte baş etme kapasitesini arttırmak ve relapsları önlemek olmalıdır (118-120).

Karmaşık ve zor duygular içerisinde olan aile sürekli çare arayışı içerisinde ve yakınları için ellerinden gelen her şeyi yapmaya da hazırdır. Bu noktada psikiyatri hemşireleri bakım verenleri rahatlatmak amacıyla şu önerilerde bulunabilir;

- Hastalık konusunda fazla konuşulmuyor olması nadir görüldüğü anlamına gelmez öncelikle bunu kabullenin.
- Hastalık hakkında bilgi sahibi değilseniz en kısa zamanda bilgi edinin.
- Asla kendinizi suçlamayın zira hastalığın gelişmesinde sizin en ufak bir katkınız yoktur.
- Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği gibi, hasta yakını dernekleriyle bağlantı kurmanız bu konuda yalnız olmadığınızı size hatırlatır ve sizin açınızdan faydalı olabilir.
- Kronik ruhsal hastalıklar genel olarak karmaşık bir yapıda seyrettiğinden mücadele ederken sadece kendi doğru bildiklerinize göre davranmanın yetmeyeceğini kabul etmeniz ve bu konuda eğitim ihtiyacınızın farkında olmanız yararlı olacaktır.
- Bakım verenler olarak maruz kaldığınız ve giderek artan baskıların nereden kaynaklandığını düşünmeniz ve bunu yaparken diğer aile üyelerinin gereksinimlerini ihmal etmemeniz önemi olacaktır.
- Kronik ruhsal hastalığı olan için kendinizi sınırsızca feda etmenin etkili bir bakım ve mücadeleye zarar verdiğini unutmamalısınız.
- Kronik ruhsal hastalığı olan yakınınızla sabahdan akşama kadar birlikte vakit geçirmenin size de, yakınınıza da faydası olmayacağının bilincinde olmalısınız.

- Özellikle evden dışarı çıkmanızı kolaylaştıracak hobiler ve faaliyetler edinmenizin yanı sıra, arkadaşlıklar kurmanız ve sürdürmeniz de önemlidir.
- Hem kendinizin, hem de yakınınızın özgürlüğünü sağlayacak bir bakış açısı geliştirmenizin size değişebilme ve olaylara farklı bakabilme yeteneği kazandırdığının farkında olmalısınız.
- En önemlisi kendinize özen gösterin değerli olduğunuzu bilin (57, 121).

Aile bakımının sağlanması ve sağlığının geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler hemşirelik bakımının kapsamındadır. Psikiyatri hemşiresi, bütüncül bir bakış açısı ile aile sistemini, toplumun ve ailenin kültürel ve ekonomik yapısının etkileşim içinde olduğunu bilmeli, bu alanda aile ve bireye yardım konusunda etkili yöntemler geliştirebilmelidir. Ailede bakım veren kişinin desteklenmesi hem hastaların yarattığı yük ve sorunlarla daha kolay başa çıkmalarını sağlar, hem de destek sistemleri ve etkin başa çıkma yolları geliştirmelerine yardımcı olur (57, 94, 122, 123).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma kronik ruhsal bozukluk tanısı alan, hastaların primer bakımından sorumlu yakınlarının, bakım yükü ve baş etme düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Şubat 2015- Kasım 2015 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Psikiyatri Kliniğinde, ayaktan ve yatan hasta birimlerinde tedavi gören hastalara, bakım verenler ile yürütüldü.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini veri toplama tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezinde tedavi gören, kronik ruhsal bozukluk tanılı hastaların, primer bakımından sorumlu yakınları oluşturmaktadır. Aralık 2014 verilerine göre İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Hastanesinde tedavi gören 316 kronik psikiyatri hastası araştırmanın evrenini oluşturdu. Evreni bilinen örneklem formülüne göre minimal örneklem büyüklüğü 173 olarak belirlendi. Araştırmanın örnekleme evrenden, olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçildi. Araştırmada 39 bakım verenin araştırmaya katılmak istememesi, hastalarının sadece bir kez atak geçirmiş olması ve yeni tanı konmuş olan bireylerden oluşması sebebiyle, araştırma kriterlerine uyan toplam 134 bakım verenle tamamlanmıştır.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

N: Evren

n:Örneklem

t: Tablo değeri

p:Görülme sıklığı

q:Görülmememe sıklığı

d:Standart sapma

Araştırmaya Alınma Kriterleri;

- İletişime açık olması,
- Psikiyatri hastasının evdeki bakımı ile ilgilenen birinci derece yakını (anne, baba, kardeş, eş, çocuk) olması,
- En az 6 ay birincil bakım veren konumunda olması.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında sosyo-demografik bilgileri içeren Soru Formu, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği veri toplama araçları olarak kullanıldı.

3.4.1. Soru Formu

Araştırma verilerinin toplanmasında kronik psikiyatri hastalarının ve bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin ilgili literatürden yararlanılarak hazırlanan soru formu kullanılmıştır (13, 27, 39, 57, 85, 124). (EK-2). Soru formunda hastaların ve bakım verenlerinin tanıtıcı özellikleri; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, hastalık tanısı olmak üzere toplam 25 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği

Bakım Verme Yüğü Ölçeği (ZBYÖ), Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiş olup, bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadığı güçlüğü değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir (EK-3). Ölçek, Aslı Özlü, Mustafa Yıldız, Tamer Aker tarafından uyarlanmıştır. Orijinal versiyonu 22 maddeden oluşan ölçeğin şizofreni hastalarının bakım verenlerinde yapılan Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında 3 madde çıkarılmış ve Türkçe versiyonu 19 madde haline gelmiştir. Beşli Likert tipi değerlendirme (1: asla, 2: nadiren, 3: bazen, 4: sık sık, 5: hemen her zaman) sağlamaktadır. Ölçek toplam puanı her bir maddenin puanının aritmetik toplamından oluşmaktadır. Ölçeğin kesme puanı yoktur ve karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılması önerilmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 19 maksimum puan ise 95 puandır. Ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Türkçe formunun güvenilirliğinde Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur. Madde toplam puan korelasyonu 0.33 ve 0.75 arasında değişmektedir.

Ölçeğin Türkçe formunun geçerliliğinde Maslach Tükenmişlik Ölçeği ile gerek toplam puanları gerek alt ölçekleri arasında anlamlı korelasyon saptanmıştır. Açıklayıcı faktör analizinde toplam varyansın %60.93 'ünü açıklayan 5 faktör elde edilmiştir:

- 1- Ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması ölçeği, bu alt ölçekten minimum 7 puan maksimum 35 puan alınmaktadır (1., 2., 8., 9., 10., 14., 16. maddeler).
- 2- Sinirlilik ve kısıtlanmışlık ölçeği, bu alt ölçekten minimum 3 puan maksimum 15 puan alınmaktadır (3., 7., 19. maddeler).
- 3- Toplumsal ilişkilerde bozulma ölçeği, bu alt ölçekten minimum 3 puan maksimum 15 puan alınmaktadır (4., 11., 15. maddeler).
- 4- Ekonomik yük ölçeği, bu alt ölçekten minimum 4 puan maksimum 20 puan alınmaktadır (5., 13., 17., 18. maddeler).
- 5- Bağımlılık ölçeği, bu alt ölçekten minimum 2 puan maksimum 10 puan alınmaktadır (6., 12. maddeler).

Ölçek şizofreni ve alzheimer hastalığı gibi ağır ruhsal hastalığı olanların bakım verenlerinde uygulanabilir niteliktedir (21-23).

3.4.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Ölçek Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilmiş, Türkiye’de Şahin ve Durak tarafından kısaltması ve üniversite örgencilerine uyarlaması yapılan, yeni adıyla “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği” (SBÇTÖ) kullanılmıştır (EK-4). Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen Basa Çıkma Yolları Envanteri, duruma yönelik ve 66 maddelik, 4’lü likert tipi bir ölçektir. Ölçek ülkemizde daha önce Siva tarafından kullanılmış ve kültüre özgü maddeler eklenerek 74 maddelik bir ölçek haline getirilmiştir. Şahin ve Durak tarafından yapılan kısaltma çalışmaları sonucunda ölçek 30 maddeye indirilmiştir. Stresle Basa Çıkma Tarzlar Ölçeği’nin bu kısaltılmış formun faktör yapısı üç farklı çalışmada ele alınmıştır. Ölçekte, kendine güvenli yaklaşım (8., 10., 14., 16., 20., 23. ve 26. maddeler), çaresiz yaklaşım (3., 7., 11., 19., 22., 25., 27. ve 28. maddeler), boyun eğici yaklaşım (5., 13., 15., 17., 21. ve 24. maddeler), iyimser yaklaşım (2., 4., 6., 12. ve 18. maddeler) ve sosyal destek arama (1., 9., 29. ve 30. maddeler) şeklinde beş faktörden oluştuğunu saptanmıştır. Bu ölçeğin probleme yönelik etkili yollar ve duyguya yönelik etkisiz yollar olarak adlandırılabilir iki boyutu vardır. Alt ölçeklerden Kendine Güvenli Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal destek arama yaklaşımı etkili/probleme yönelik baş etme, Çaresiz yaklaşım ve Boyun Eğici yaklaşım ise etkisiz/duyguya yönelik baş etme olarak değerlendirilmektedir. 4’lü Likert Tipi olan bu ölçekte maddeler, 0 ile 3

arasında puanlanmaktadır (0: hiç uygun değil, 1: uygun değil, 2: uygun, 3: tamamen uygun). Ancak Sosyal Destek Arama alt boyutunda 1. ve 9. Maddeler (ters); hiç uygun değil: 3, uygun değil: 2, uygun: 1, tamamen uygun: 0 puan olarak değerlendirilmektedir. Alt ölçek puanları, her bir alt ölçekten alınan puanların ilgili alt ölçekteki madde sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Her alt ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 3'tür. Kendine güvenli, iyimser ve sosyal desteğe başvurma faktörlerinden elde edilen puanlar arttıkça stresle başa çıkmanın etkili olduğu, çaresiz, boyun eğici yaklaşım faktörlerinden elde edilen puanların artması ise stresle başa çıkmada etkisiz yöntemlerin kullanıldığını belirtmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları (Cronbach Alpha), iyimser yaklaşım .68, kendine güvenli yaklaşım .80, çaresiz yaklaşım .73, boyun eğici yaklaşım .70, sosyal destek arama .47'dir. Bu araştırmada iç tutarlılık katsayıları (Cronbach Alpha), iyimser yaklaşım .75, kendine güvenli yaklaşım .80, çaresiz yaklaşım .58, boyun eğici yaklaşım .61, sosyal destek arama .33 olarak bulunmuştur.

Sonuç olarak, 30 maddelik kısaltılmış ve uyarlanmış Stresle Basa Çıkma Tarzları Ölçeğinin orijinali ile kıyaslandığında, madde sayısı yarıdan daha az olmasına karşın, depresyon, anksiyete ve diğer stres belirtileriyle ilişkili olan basa çıkma tarzlarının geçerli ve güvenilir bir şekilde ölçtüğü söylenebilir (125, 126).

3.4.4. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından Şubat 2015- Kasım 2015 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezinde bulunan primer bakım verenlerle, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Verilerin toplanması haftanın 5 günü çalışma saatleri içinde her bir bakım verenle 15-20 dakikada gerçekleştirildi.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmada aşağıda belirtilen bağımlı ve bağımsız değişkenlerin dağılım ve ilişkileri incelendi.

Bağımsız değişkenleri: Bakım verenlerin demografik özellikleri.

Bağımlı değişkenleri: Zarit Bakıcı Yük Ölçeği ve Stresle Basa Çıkma Tarzları Ölçeğinden alınan puanlardır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Soru formu ve ölçeklerden elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında, gerekli istatistiksel analizler yapıldı. Ortalama, sayı, yüzdelik dağılımlar, gruplar arası farkı değerlendirmek için parametrik olan testlerde, varyans analizi, bağımsız gruplarda t-testi, pearson korelasyon testleri kullanıldı. Parametrik testlerin sağlanamadığı durumlar da parametrik olmayan Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi uygulandı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yürütülmesi için İnönü Üniversitesi Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onayı alındı (EK-5). Ayrıca İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nden yazılı izinler alındı (EK-6). Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm bakım verenlere araştırmanın amacı, süresi ve kapsamı hakkında bilgi verilerek, araştırmaya katılımın gönüllü olduğu açıklanarak katılımcılardan sözlü onamları alındı.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada bakım verenlerin evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilmiş olması, hastanede yatarak tedavi gören şizofreni ve bipolar bozukluk hasta sirkülasyonunun düşük, hastaların tedavi sürelerinin uzun olması ve çeşitli sebeplerle görüşmeyi kabul etmemesi bu araştırmanın sınırlılıklarındandır. Ayrıca gerek ziyaret saatinde gerekse hastanın muayenesi esnasında zamanın kısıtlı olması ve aile üyeleri ile bu süre içerisinde görüşülmesi nedeniyle zaman sıkıntısı yaşanmıştır.

4. BULGULAR

Kronik psikiyatri hastalarına bakım verenlerin bakım yükleri ve baş etme düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları bu bölümde yer almaktadır.

Tablo 4.1: Bakım Verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Alt Boyutları	Minimum	Maksimum	Ort±SS
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	7.00	35.00	20.97±8.02
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	3.00	15.00	9.35±3.08
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	3.00	14.00	7.18±3.07
Ekonomik Yük	5.00	20.00	14.50±3.76
Bağımlılık	2.00	10.00	7.31±2.29

Bakım verenlerin ZBYÖ alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması” alt ölçeği puan ortalaması 20.97±8.02, “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık” alt ölçeği puan ortalaması 9.35±3.08, “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” alt ölçeği puan ortalaması 7.18±3.07, “Ekonomik Yük” alt ölçeğinin puan ortalaması 14.50±3.76, “Bağımlılık” alt ölçeğinin puan ortalaması ise 7.31±2.29 bulundu (Tablo 4.1). Araştırmada bakım verenlerin önemli ölçüde yük altında oldukları belirlenmiş olmakla birlikte, daha çok ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması ile ekonomik yüklerinin fazla olduğu saptandı.

Tablo 4.2: Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyutları	Minimum	Maksimum	Ort±SS
Kendine Güvenli Yaklaşım	0.71	3.00	2.17 ±0.46
Çaresiz yaklaşım	0.38	2.63	1.55 ±0.45
Boyun eğici yaklaşım	0.00	2.33	1.61 ±0.47
İyimser yaklaşım	0.40	3.00	2.14 ±0.50
Sosyal destek arama	0.50	2.75	1.68 ±0.46

Bakım verenlerin SBÇTÖ alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; bakım verenlerin stresli olaylar karşısında en sık başvurdukları stresle baş etme yöntemi “Kendine Güvenli Yaklaşım”dır (2.17±0.46). Başvurulan diğer baş etme yöntemleri ise fazla kullanım sırasına göre iyimser yaklaşım (2.14±0.50), sosyal destek arama (1.68±0.46), boyun eğici yaklaşım (1.61±0.47) ve çaresiz yaklaşımdır (1.55±0.45). (Tablo 4.2). Araştırmada bakım verenler stresle baş etmede olumlu ve olumsuz baş etmeleri kullanmakla birlikte, sıklıkla olumlu baş etme yöntemlerini kullandıkları belirlendi.

Tablo 4.3: Bakım Verenlerin Demografik Özellikleri ile Bakım Yükü Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri				Zarit Bakıcı Yük Ölçeği					
				Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Ekonomik Yük	Bağımlılık	Toplam Ölçek Puanı
		S	%	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Yaş	19-39 yaş	32	23.9	19.03±8.10	9.18±3.01	6.90±2.94	14.09±3.71	6.78±2.26	56.00±17.24
	40-59 yaş	70	52.2	22.10±7.61	9.34±2.89	7.57±3.00	15.05±3.69	7.41±2.26	61.48±15.16
	60-87 yaş	32	23.9	20.46±8.63	9.53±3.61	6.62±3.33	13.71±3.87	7.62±2.36	57.96±19.28
Önemlilik Düzeyleri				F: 1.706 p: .186	F: .098 p: .906	F: 1.216 p: .300	F: 1.659 p: .194	F: 1.230 p: .296	F: 1.323 p: .270
Cinsiyet	Kadın	68	50.7	20.86±8.29	9.57±3.24	7.01±3.09	14.32±3.63	7.35±2.27	59.13±16.63
	Erkek	66	49.3	21.09±7.81	9.12±2.92	7.36±3.07	14.69±3.91	7.27±2.33	59.54±17.01
	Önemlilik Düzeyleri			t: .160 p: .873	t: -.847 p: .399	t: .655 p: .514	t: .573 p: .568	t: -.202 p: .840	t: .142 p: .887
Medeni Durum	Evli	106	79.1	21.48±8.35	9.55±3.00	7.04±2.94	14.81±3.96	7.56±2.36	60.46±17.21
	Bekar	28	20.9	19.07±6.42	8.57±3.32	7.71±3.55	13.35±2.59	6.35±1.72	55.07±14.38
	Önemlilik Düzeyleri			t: -1.649 p: .105	t: -1.508 p: .134	t: 1.020 p: .310	t: -2.329 p: .023	t: -3.031 p: .004	t: -1.521 p: .131
Aile tipi	Çekirdek	118	88.1	21.24±8.15	9.59±3.14	7.28±3.04	14.61±3.90	7.35±2.35	60.10±17.18
	Geniş	7	5.2	21.57±8.36	8.57±2.22	7.57±3.77	14.00±2.00	7.14±2.47	58.85±15.32
	Diğer	9	6.7	17.00±5.26	6.77±0.97	5.55±2.83	13.44±2.87	6.88±1.26	49.66±7.63
Önemlilik Düzeyleri				KW:2.699 p: .259	KW: 9.952 p: .229	KW: 1.465 p: .439	KW: .470 p: .626	KW: .798 p: .671	KW:4.044 p: .132

Tablo 4.3: Bakım Verenlerin Demografik Özellikleri ile Bakım Yüğü Puan Ortalamalarının Karşılaştırması (devam)

Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri		Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğı							
				Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamanın Bozulması	Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Ekonomik Yüğü	Bağımlılık	Toplam Ölçek Puanı
		S	%	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	11	8.2	21.81±7.79	8.90±2.87	6.90±3.11	15.00±3.22	7.00±2.23	59.63±16.73
		8	6	21.62±1.30	10.00±0.53	7.12±2.64	15.12±5.86	8.25±1.38	62.12±5.96
	Okur yazar	52	38.8	23.25±7.93	9.80±2.84	7.65±3.20	15.46 ±3.35	7.67±2.12	63.84±16.19
	İlkokul	20	14.9	20.70±8.44	9.25±3.38	6.95 ±2.72	14.85±3.91	6.95±2.35	58.70±17.59
	Ortaokul	28	20.9	17.64±7.65	8.75±3.36	6.67±3.34	12.96±3.22	6.75±2.70	52.78±16.33
	Lise	15	11.2	18.73±9.01	9.00±3.94	7.06±3.01	12.93±4.09	7.33±2.35	55.06 ±9.34
	Üniversite								
Önemlilik Düzeyleri				KW: 10.570 p: .061	KW: 3.395 p: .639	KW: 2.382 p: .794	KW: 10.581 p: .060	KW: 3.662 p: .599	KW: 8.196 p: .146

Kronik psikiyatrik hastalara bakım verenlerin demografik özellikleri ile bakım yükü puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde:

Bakım verenlerin yaş ortalamaları 49.95 ± 13.68 olup (minimum 19, maksimum 87), %50.7'sinin kadın, %79.1'inin evli, %20.9'unun bekar olduğu saptandı. Bakım verenlerin %88.1'inin çekirdek aile, eğitim düzeyi olarak %38.8'i ilköğretim, %20.9'u lise, %14.9'unun ise ortaokul mezunu olduğu saptandı (Tablo 4.3).

Bakım verenlerin medeni durumuna göre “Ekonomik Yük” ve “Bağımlılık” alt ölçekleri puan ortalamalarının bekar olan bakım verenlerde daha az olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu bulundu ($p < 0.05$). Bekar olan bakım verenlerin sadece “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” alt ölçeğinin yük puan ortalamalarının evli olan bakım verenlere göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Bakım verenlerin yaşları, eğitim düzeyleri, cinsiyetleri ve aile tiplerine göre ZBYÖ toplam ölçek puan ortalamaları ve ölçeğin alt boyutları olan “Ruhsal gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması”, “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık”, “Toplumsal İlişkilerde Bozulma”, “Ekonomik Yük” ve “Bağımlılık” alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmadı ($p > 0.05$). Ancak 40-59 yaş arası bakım verenlerin; ZBYÖ toplam ölçek, “Ruhsal gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması”, “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” ve “Ekonomik Yük”, alt ölçeği puan ortalamalarının diğer yaş gruplarından daha yüksek olduğu saptandı. Erkek bakım verenlerin; ZBYÖ toplam ölçek, “Ruhsal gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması”, “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” ve “Ekonomik Yük”, alt ölçeği puan ortalamaları kadın bakım verenlere göre daha yüksek olduğu gözlemlendi. Bakım verenlerin eğitim düzeylerine göre ZBYÖ toplam ölçek puan ortalamalarına bakıldığında, lise mezunu olan bakım verenlerin diğer eğitim düzeylerine göre daha düşük ortalamaya sahip olduğu belirlendi. Çekirdek aile tipine sahip olan bakım verenlerin ZBYÖ toplam ölçek ile “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık”, “Ekonomik Yük” ve “Bağımlılık” alt ölçek puan ortalamasının diğer aile tiplerine göre daha yüksek olduğu bulundu. Geniş aile tipine sahip bakım verenlerde; “Ruhsal gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması” ve “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” alt ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu.

Tablo 4.4: Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Yükü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri				Zarit Bakıcı Yük Ölçeği					
				Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Ekonomik Yük	Bağımlılık	Toplam Ölçek Puanı
				X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Çalışma durumu	Çalışıyor	28	20.9	20.32±7.89	8.82±3.32	6.67±3.19	14.14±4.25	7.03±2.26	57.00±17.33
	Çalışmıyor	106	79.1	21.15±8.09	9.49±3.02	7.32±3.04	14.60±3.63	7.38±2.30	59.95±16.63
	Önemlilik Düzeyleri			MW: 1421.00 p: .730	MW: 1360.50 p: .497	MW: 1286.50 p: .277	MW: 1415.50 p: .707	MW: 1352.50 p: .466	MW:1352.50 p: .471
Aylık gelir durumu	İyi	20	14.9	16.75±7.89	7.55±3.08	5.40±2.72	10.70±3.68	6.20±2.48	46.60±16.58
	Orta	74	55.2	20.70±8.51	9.36±3.24	7.31±3.15	14.50±3.21	7.27±2.40	59.14±16.70
	Kötü	40	29.9	23.60±6.10	10.22±2.39	7.85±2.82	16.42±3.32	7.95±1.75	66.05±13.13
	Önemlilik Düzeyleri			KW: 9.602 p: .008	KW: 8.90 p: .012	KW: 9.776 p: .008	KW: 29.787 p: .001	KW: 6.054 p: .048	KW: 15.211 p: .001
Sosyal yardımdan faydalanma durumu	Evet	31	23.1	20.22±8.36	10.09±3.35	7.19±3.09	15.16±3.17	7.77±2.37	60.45±16.59
	Hayır	103	76.9	21.20±7.95	9.12±2.98	7.18±3.08	14.31±3.91	7.17±2.25	59.00±16.87
	Önemlilik Düzeyleri			t: -.593 p: .554	t: 1.542 p: .125	t: .014 p: .989	t: 1.104 p: .271	t: 1.280 p: .203	t: .421 p: .674
Destek olan başka kişilerin varlığı	Anne- baba	69	51.4	22.05±8.55	9.91±3.10	7.00±3.14	15.02±3.87	7.81±2.11	61.81±17.25
	Kardeş	25	18.7	18.96±6.59	7.68±2.88	6.84±2.51	13.68±3.52	6.52±2.53	53.68±13.77
	Akrabalar	40	29.9	20.37±7.76	9.42±2.88	7.72±3.28	14.12±3.65	6.95±2.27	56.60±17.02
	Önemlilik Düzeyleri			KW: 3.268 p: .195	KW: 10.406 p: .005	KW: 1.325 p: .516	KW: 3.261 p: .196	KW: 6.666 p: .036	KW: 4.445 p: .108
Yakınlık durumu	Eş	33	24.6	19.27±7.89	8.96±2.61	7.30±3.06	13.09±3.73	6.78±2.39	55.42±16.41
	Çocuk	15	11.2	18.40±8.00	8.80±3.40	7.13±4.24	14.60±3.13	6.60±1.68	55.53±15.57
	Anne	31	23.1	23.80±6.59	9.67±3.11	7.74±3.07	15.64±4.05	7.90±2.42	64.77±16.02
	Baba	30	22.4	22.46±8.24	10.40±3.20	6.80±2.48	14.93±3.82	8.26±1.99	62.86±15.78
	Kardeş	25	18.7	19.48±8.76	8.52±3.13	6.84±3.07	14.40±3.35	6.56±2.18	55.80±18.36
	Önemlilik Düzeyleri			KW: 8.787 p: .067	KW: 7.991 p: .092	KW: 2.018 p: .732	KW: 9.772 p: .044	KW: 14.216 p: .007	KW: 9.907 p: .042

Tablo 4.4: Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Yüğü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam)

Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri		Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğı							
				Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Ekonomik Yüğü	Bağımlılık	Toplam Ölçek Puanı
		S	%	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Ek bir rahatsızlık varlığı	Evet Hayır	30 104	22.4 77.6	20.70±6.29 21.05±8.48	10.33±3.06 9.06±3.05	7.13±3.08 7.20±3.09	14.83±3.97 14.41±3.71	7.83±2.22 7.16±2.29	60.83±13.35 58.90±17.65
	Önemlilik Düzeyleri			t: -. 252 p: .802	t: 2.000 p: .048	t: - .107 p: .915	t: .537 p: .592	t: 1.415 p: .159	t: .554 p: .580
Hastalıkla ilgili eğitim alma durumu	Evet Hayır	4 130	3 97	12.50±4.20 21.23±7.98	9.25±3.59 9.35±3.08	5.25±1.89 7.24±3.09	14.50±2.64 14.50±3.79	7.00±2.94 7.32±2.28	48.50±11.35 56.66±16.81
	Önemlilik Düzeyleri			MW: 93.50 p: .029	MW: 245.50 p: .849	MW: 166.00 p: .216	MW: 249.50 p: .890	MW: 241.00 p: .801	MW: 160.50 p: .193
Bakımından sorumlu olunan başka kişi(ler) varlığı	Evet Hayır	22 112	16.4 83.6	22.22±7.09 20.73±8.20	10.00±3.50 9.22±3.00	6.95±2.85 7.23±3.13	14.63±3.00 14.48±3.90	8.00±2.26 7.17±2.28	61.81±15.00 58.84±17.10
	Önemlilik Düzeyleri			MW: 1124.00 p: .516	MW: 1066.50 p: .318	MW: 1189.00 p: .795	MW: 1224.00 p: .962	MW: 963.50 p: .102	MW: 1092.00 p: .400

Kronik psikiyatrik hastalara bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri ile bakım yükü puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde:

Bakım verenlerin %79.1'inin herhangi bir işte çalışmadığı, aylık gelir düzeyinin %14.9'unun iyi, %55.2'sinin orta, %29.9'unun ise kötü düzeyde olduğu belirlendi. Bakım verenlerin hastalarına yakınlık durumları sırasıyla %24.6'sı eşleri, %23.1'i anneleri, %22.4'ü babaları, %18.7'si kardeşleri, %11.2'sinin ise evlatları durumunda olduğu belirlendi. Bakım verenlere en çok destek olan kişiler konumunda anne-babaların (%51.5) olduğu gözlemlendi. Bakım verenlerin %22.4'ü bakım verme sürecinde ek bir rahatsızlık yaşadığı, sadece %3'ü hastalarının tıbbi tanısı ile ilgili eğitim aldıkları saptandı (Tablo 4.4).

Bakım verenlerin aylık gelir durumuna göre yük puan ortalamalarına bakıldığında, aylık gelir durumu kötü olan bakım verenlerin puan ortalamalarının, ZBYÖ toplam ölçek ve alt ölçeklerin tümünde yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ($p<0.05$). Aynı şekilde kendisini iyi aylık gelir düzeyinde olduğunu ifade eden bakım verenlerin, toplam ölçek ve alt ölçeklerin tümünde, diğer gruplara göre daha düşük yük puanına sahip olduğu saptandı.

Bakım verenlere destek olan kişi durumlarına göre yük puan ortalamaları karşılaştırıldığında, "Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık" ve "Bağımlılık" alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli fark tespit edildi ($p<0.05$). Buna göre "Bağımlılık" alt ölçek puan ortalamalarında en fazla payın, anne-baba olan bakım verenlerin olduğu gözlemlendi.

ZBYÖ toplam ölçek puan ortalamalarına bakıldığında en çok yük altında olan bakım verenlerin sırasıyla anneler, babalar, kardeşler, hastaların evlatları ve eşleri olduğu tespit edildi. Ayrıca bakım verenlerin hastalara yakınlık durumları ile toplam ölçek, "Bağımlılık" ve "Ekonomik Yük" alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Bakım verenlerin bakım verme sürecinde ek bir rahatsızlık ya da hastalığa yakalanma durumuna göre yük puan ortalamalarına bakıldığında, bakım verenlerin sadece "Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık" alt ölçek puan ortalamaları ile arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulundu ($p<0.05$). Ek bir rahatsızlık ya da hastalığın oluştuğunu belirten bakım verenlerin ZBYÖ toplam ölçek, "Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık",

“Ekonomik Yük” ve “Bağımlılık” alt ölçek puan ortalamaları, ek bir rahatsızlık ya da hastalığım oluşmadı diyen bakım verenlere göre daha yüksek olduğu saptandı.

Bakım verenlerin, hastalarının tıbbi tanısıyla ilgili herhangi bir eğitim alıp almama durumlarına bakıldığında, “Ruhsal gerginlik ve zel Yaşamın Bozulması” alt leği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan önemli farkın olduğu saptandı ($p<0.05$). Eğitim alan bakım verenlerin almayanlara göre yk puan ortalamalarının daha az olduğu belirlendi.

Bakım verenlerin çalışma, sosyal yardımdan faydalanma ve bakımından sorumlu başka kişi durumuna göre yk puan ortalamalarına bakıldığında, bakım verenlerin ZBYÖ toplam ölçek ve tüm alt ölçek yk puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmadı ($p>0.05$). Ancak alışmayan bakım verenlerin çalışanlara göre puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi. Sosyal yardımdan faydalanma durumlarına bakıldığında, sadece “Ruhsal gerginlik ve zel Yaşamın Bozulması” alt leği puan ortalamalarında, herhangi bir sosyal yardımdan faydalananların, faydalanmayanlara oranla puanları daha düşük olduğu belirlendi. Bakım verenlerin, bakımından sorumlu olduğu başka kişiler olduğunda, daha fazla yük ortalamasına sahip oldukları saptandı.

Tablo 4.5: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Verenlerin Bakım Yükü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hastaların Tanıtıcı Özellikleri				Zarit Bakıcı Yük Ölçeği					
				Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Ekonomik Yük	Bağımlılık	Toplam Ölçek Puanı
		S	%	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Yaş	19-37yaş	75	56	22.22±8.16	9.32±3.12	7.00±2.76	15.52±3.71	7.76±2.16	61.82±16.36
	38-58 yaş	48	35.8	18.95±8.02	9.14±3.14	7.18±3.24	13.60±3.49	6.64±2.52	55.54±17.84
	59-77 yaş	11	8.2	21.27±5.42	10.45±2.58	8.45±4.22	11.54±2.80	7.18±1.25	58.90±11.92
	Önemlilik Düzeyleri			KW: 5.565 p: .062	KW: 1.411 p: .494	KW: 1.150 p: .563	KW: 16.697 p: .001	KW: 6.00 p: .050	KW: 4.946 p: .084
Tanı	Şizofreni	69	51.5	22.01±8.20	9.52±3.26	7.47±2.83	14.73±3.87	7.71±2.41	61.46±17.33
	Bipolar bozukluk	65	48.5	19.87±7.75	9.16±2.90	6.87±3.31	14.26±3.65	6.89±2.08	57.07±15.94
	Önemlilik Düzeyleri			t: 1.548 p: .124	t: .659 p: .511	t: 1.131 p: .260	t: .733 p: .465	t: 2.099 p: .038	t: 1.522 p: .130
Cinsiyet	Kadın	68	50.7	20.23±7.94	8.91±3.16	6.98±3.19	14.23±3.77	6.95±2.34	57.32±17.71
	Erkek	66	49.3	21.74±8.10	9.80±2.96	7.39±2.96	14.78±3.75	7.68±2.19	61.40±15.58
	Önemlilik Düzeyleri			t: -1.087 p: .279	t: -1.682 p: .095	t: -.767 p: .444	t: -.849 p: .397	t: -1.849 p: .067	t: -1.416 p: .159
Medeni durum	Bekar	82	61.2	21.34±8.13	9.46±3.40	7.13±3.12	14.69±3.74	7.56±2.30	60.19±17.36
	Evli	52	38.8	20.40±7.91	9.17±2.52	7.26±3.02	14.21±3.81	6.92±2.23	57.98±15.83
	Önemlilik Düzeyleri			t: .657 p: .512	t: .565 p: .573	t: -.247 p: .806	t: .724 p: .471	t: 1.579 p: .117	t: .744 p: .458
Çalışma durumu	Çalışıyor	21	15.7	17.85±8.79	8.47±3.48	6.80±2.99	14.00±4.91	7.42±2.58	54.57±19.21
	Çalışmıyor	113	84.3	21.55±7.78	9.51±2.99	7.25±3.10	14.60±3.52	7.29±2.24	60.22±16.20
	Önemlilik Düzeyleri			MW:888.00 p: .067	MW: 973.00 p: .189	MW: 1094.00 p: .569	MW: 1145.00 p: .799	MW: 1108.00 p: .626	MW: 1007.00 p: .272

Tablo 4.5: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Verenlerin Bakım Yükü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam)

Hastaların Tanıtıcı Özellikleri				Zarit Bakıcı Yük Ölçeği					
				Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Ekonomik Yük	Bağımlılık	Toplam Ölçek Puanı
		S	%	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	12	9	23.33±8.02	10.00±2.04	7.83±3.40	13.83±3.95	7.50±1.97	62.50±17.40
		4	3	24.50±4.04	8.50±2.88	7.00±4.61	13.50±0.57	7.50±0.57	61.00±12.70
	Okur yazar	22	16.4	21.50±8.50	9.90±3.05	7.95±2.90	14.09 ±4.18	6.50±2.32	59.95±18.77
	İlkokul	27	20.1	20.92±8.67	9.14±3.50	7.62 ±3.27	14.59±3.72	6.96±2.68	59.25±19.92
	Ortaokul	50	37.3	19.50±7.99	8.94±3.21	6.10±2.37	14.70±3.82	7.44±2.34	56.68±15.17
	Lise	19	14.2	22.10±7.28	9.84±2.85	8.15±3.62	15.00±3.68	8.26±1.66	63.36 ±14.41
	Üniversite								
Önemlilik Düzeyleri				KW: 4.322 p: .504	KW: 2.805 p: .730	KW: 9.475 p: .092	KW: 2.182 p: .823	KW: 6.150 p: .292	KW: 2.341 p: .800
Kaç yıldır hasta	1-15 yıl	102	76.1	21.55±8.00	9.50±3.19	7.24±2.95	14.77±3.97	7.49±2.35	60.57±16.67
	16-30 yıl	24	17.9	19.87±7.91	9.20±2.71	7.25±3.37	14.58±2.43	6.95±1.94	57.87±16.05
	31-50 yıl	8	6.0	16.87±8.07	7.75±2.54	6.25±3.91	10.87±2.35	6.12±2.23	47.87±17.28
	Önemlilik Düzeyleri			KW: 2.794 p: .247	KW: 2.512 p: .285	KW: 1.041 p: .594	KW: 9.121 p: .010	KW: 4.003 p: .135	KW: 3.972 p: .137

Kronik psikiyatrik hastaların tanıtıcı özellikleri ile bakım yükü puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde: Hastaların yaş ortalamalarının 37.21 ± 13.55 olduğu (minimum 19, maksimum 77), %51.5'inin şizofreni tanısı, %48.5'inin bipolar tanısı aldığı saptandı. Hastaların %50.7'sinin kadın, %61.2'sinin bekar, %37.3'ünün lise ve %14.2'sinin yüksek öğrenim mezunu, %50'sinin işsiz, ortalama 12.35 ± 10.51 yıl hastalık öykülerinin olduğu saptandı (Tablo 4.5).

Hastaların yaşı arttıkça “Ekonomik Yük” alt ölçeğinin puan ortalamasının azaldığı ve bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu bulundu ($p < 0.05$). Hastanın yaşına göre ZBYÖ toplam ölçek, “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması”, “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık”, “Bağımlılık” ve “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” alt ölçek puan ortalamaları arasında ise, istatistiksel açıdan önemli farka rastlanmadı ($p > 0.05$).

Hastaların aldığı tanıya göre, şizofreni hastalarına bakım verenlerin, bipolar bozukluklara göre “Bağımlılık” alt ölçek puan ortalamalarında daha fazla yük ortalamasına sahip olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ($p < 0.05$).

Hastaların, hastalıkla geçen süreleri arttıkça bakım verenler açısından, yük puan ortalamalarında azalmalar gözlemlendi ancak bu fark sadece “Ekonomik Yük” alt ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan önemli bulundu ($p < 0.05$).

Hastaların cinsiyet, medeni, çalışma ve eğitim durumlarına göre bakım verenlerin ZBYÖ toplam ölçek ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmadı ($p > 0.05$). Ancak erkek hastalara bakım verenlerin; toplam ölçek ve tüm alt ölçek yük puan ortalamaları kadın hastalara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Bekar olan hastalara bakım verenlerin “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” alt ölçeğinin yük puan ortalamaları dışında, evli olan hastalara bakım verenlere göre daha yüksek olduğu saptandı. Hastaların çalışma durumuna göre “Bağımlılık” alt ölçeği dışında, diğer ölçeklerin hepsinde çalışmayan hastaların bakım verenlerinin, yük puan ortalamalarının çalışan kesime oranla daha yüksek olduğu saptandı. Ayrıca üniversite mezunu hastaların (%14.2) bakım verenlerinin, yük puan ortalamalarına bakıldığında ZBYÖ toplam ölçek, “Toplumsal İlişkilerde Bozulma”, “Bağımlılık” ve “Ekonomik Yük” alt ölçeklerinde diğer mezun guruplara göre daha fazla puan aldıkları saptandı (Tablo 4.5).

Tablo 4.6: Bakım Verenlerin Demografik Özellikleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri				Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği					
				Kendine güvenli yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama	Toplam Ölçek Puanı
				Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş	19-39 yaş	32	23.9	2.12±0.48	1.48±0.42	1.57±0.40	2.05±0.37	1.67±0.55	1.77±0.28
	40-59 yaş	70	52.2	2.18±0.48	1.55±0.41	1.64±0.47	2.17±0.52	1.73±0.42	2.86±0.26
	60-87 yaş	32	23.9	2.20±0.41	1.61±0.56	1.59±0.55	2.18±0.55	1.59±0.46	1.84±0.25
Önemlilik Düzeyleri				F : .251 p: .778	F : .607 p: .547	F : .227 p: .797	F : .787 p: .457	F: 1.024 p: .362	F : .875 p: .419
Cinsiyet	Erkek	66	49.3	2.14±0.46	1.59±0.53	1.63±0.44	2.11±0.48	1.64±0.49	1.82±0.28
	Kadın	68	50.7	2.21±0.47	1.51±0.36	1.59±0.50	2.17±0.51	1.73±0.44	1.83±0.24
	Önemlilik Düzeyleri			t: -.854 p: .395	t: .919 p: .360	t: .586 p: .559	t: -.708 p: .480	t: -1.128 p: .261	t: -.209 p: .835
Medeni durum	Bekar	28	20.9	2.01±0.60	1.60±0.47	1.43±0.59	2.05±0.57	1.64±0.51	1.74±0.29
	Evli	106	79.1	2.22±0.41	1.54±0.44	1.66±0.43	2.16±0.47	1.69±0.45	1.84±0.25
	Önemlilik Düzeyleri			t: -1.697 p: .099	t: .635 p: .526	t: -2.291 p: .024	t: -1.060 p: .291	t: -.552 p: .582	t: -1.845 p: .067
Aile tipi	Çekirdek	118	88.1	2.18±0.44	1.58±0.43	1.62±0.48	2.16±0.46	1.68±0.47	1.84±0.25
	Geniş	7	5.2	2.46±0.46	1.23±0.43	1.57±0.53	2.37±0.39	1.78±0.36	1.85±0.24
	Diğer	9	6.7	1.82±0.66	1.44±0.65	1.51±0.35	1.73±0.76	1.69±0.51	1.62±0.38
Önemlilik Düzeyleri				KW: 4.458 p: .108	KW: 3.783 p: .151	KW: .820 p: .664	KW: 4.068 p: .131	KW : .247 p: .884	KW: 3.250 p: .197
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	11	8.2	1.81±0.41	1.85±0.58	1.74±0.36	1.83±0.74	1.50±0.33	1.77±0.32
	Okur- yazar	8	6	2.10±0.45	1.79±0.26	1.58±0.17	2.17±0.42	1.53±0.63	1.85±0.23
	İlkokul	52	38.8	2.21±0.43	1.55±0.42	1.78±0.38	2.18±0.46	1.63±0.46	1.87±0.23
	Ortaokul	20	14.9	2.25±0.45	1.56±0.43	1.56±0.51	2.11±0.35	1.73±0.43	1.84±0.30
	Lise	28	20.9	2.29±0.42	2.50±0.43	1.43±0.56	2.33±0.41	1.74±0.45	1.84±0.18
	Üniversite	15	11.2	2.02±0.61	1.25±0.42	1.34±0.49	1.90±0.61	1.91±0.51	1.65±0.34
	Önemlilik Düzeyleri			KW: 10.446 p: .064	KW: 13.998 p: .016	KW: 16.337 p: .006	KW: 10.007 p: .075	KW: 7.832 p: .166	KW: 5.544 p: .353

Kronik psikiyatrik hastalarına bakım verenlerin demografik özellikleri ile stresle başa çıkma tarzları puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde:

Bakım verenlerin medeni durumlarına göre, istatistiksel açıdan önemli farkın sadece boyun eğici yaklaşım alt boyutunda olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Evli olan bakım verenlerin kendine güvenli, boyun eğici, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama puanlarının erkeklere oranla daha yüksek olduğu saptandı.

Bakım verenlerin eğitim durumlarına bakıldığında, üniversite mezunu olan bakım verenlerin çaresiz ve boyun eğici yaklaşım puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel anlamda önemli olduğu belirlendi ($p<0.05$). İyimser yaklaşım alt ölçeklerinde lise mezunu bakım verenlerin puan ortalamaları yüksek gözlenirken, boyun eğici yaklaşım alt ölçeğinde ise ilkokul mezunu bakım verenlerin puan ortalamalarının yüksek olduğu saptandı.

Bakım verenlerin yaş, cinsiyet ve aile tipi yönünden SBÇTÖ puanları açısından istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmadı ($p>0.05$). 40-59 yaş grubunda; SBÇTÖ toplam ölçek puan ortalamalarıyla beraber alt ölçeklerden olan boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama puan ortalamalarının, 60-87 yaş grubunda ise; kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve iyimser yaklaşım alt ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı. Kadın bakım verenlerin; kendine güvenli, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama tarzlarının, erkek bakım verenlerin ise boyun eğici ve çaresiz yaklaşım puanlarının daha yüksek olduğu saptandı. Geniş aile tipine sahip bakım verenlerde kendine güvenli, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gözlemlendi (Tablo 4.6).

Tablo 4.7: Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri				Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği					
				Kendine güvenli yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama	Toplam Ölçek Puanı
		S	%	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Çalışma durumu	Çalışıyor	28	20.9	2.07±0.43	1.41±0.43	1.50±0.50	2.02±0.54	1.82±0.48	1.74±0.30
	Çalışmıyor	106	79.1	2.20±0.47	1.59±0.45	1.64±0.46	2.17±0.48	1.65±0.46	1.85±0.25
Önemlilik Düzeyleri				MU:1231.00 p: .163	MU: 1246.50 p: .192	MU: 1260.00 p: .216	MU: 1307.50 p: .328	MU: 1237.00 p: .169	MU: 1277.50 p: .258
Aylık gelir durumu	İyi	20	14.9	2.09±0.59	1.51±0.58	1.43±0.48	2.00±0.69	1.57±0.42	1.74±0.35
	Orta	74	55.2	2.24±0.46	1.49±0.39	1.64±0.46	2.23±0.48	1.72±0.49	1.85±0.26
	Kötü	40	29.9	2.10±0.38	1.68±0.47	1.65±0.48	2.06±0.37	1.75±0.46	1.82±0.20
Önemlilik Düzeyleri				KW: 4.671 p: .097	KW: 7.289 p: .026	KW: 3.880 p: .144	KW: 5.354 p: .069	KW: 3.755 p: .153	KW: 3.366 p: .186
Sosyal yardımından faydalanma durumu	Evet	31	23.1	2.32±0.36	1.51±0.46	1.63±0.38	2.36±0.41	1.62±0.49	1.88±0.16
	Hayır	103	76.9	2.13±0.48	1.56±0.45	1.60±0.49	2.07±0.50	1.70±0.46	1.81±0.28
Önemlilik Düzeyleri				t: 2.043 p: .043	t: -.530 p: .597	t: .338 p: .736	t: 2.888 p: .005	t: -.777 p: .439	t: 1.415 p: .160
Destek olan başka kişilerin varlığı	Anne- baba	69	51.4	2.13±0.45	1.61±0.45	1.65±0.42	2.06±0.49	1.70±0.46	1.83±0.27
	Kardeş	25	18.7	2.12±0.53	1.60±0.36	1.64±0.48	2.15±0.49	1.64±0.47	1.82±0.29
	Akrabalar	40	29.9	2.28±0.44	1.41±0.47	1.52±0.54	2.27±0.49	1.68±0.48	1.81±0.23
Önemlilik Düzeyleri				KW: 2.776 p: .250	KW: 6.517 p: .038	KW: 1.015 p: .602	KW: 3.130 p: .209	KW: .369 p: .831	KW: .715 p: .700
Yakınlık durumu	Eş	33	24.6	2.08±0.57	1.32±0.36	1.58±0.42	2.08±0.62	1.75±0.40	1.73±0.32
	Çocuk	15	11.2	2.36±0.52	1.54±0.33	1.41±0.70	2.24±0.43	1.56±0.61	1.82±0.20
	Anne	31	23.1	2.09±0.33	1.81±0.45	1.77±0.38	2.04±0.49	1.62±0.43	1.88±0.22
	Baba	30	22.4	2.23±0.38	1.60±0.42	1.71±0.41	2.22±0.42	1.60±0.41	1.87±0.21
	Kardeş	25	18.7	2.22±0.49	1.46±0.49	1.46±0.48	2.20±0.42	1.84±0.53	1.81±0.29
Önemlilik Düzeyleri				KW: 4.778 p: .311	KW: 24.725 p: .001	KW: 9.743 p: .045	KW: 2.399 p: .663	KW: 9.211 p: .056	KW: 5.303 p: .258

Tablo 4.7: Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam)

Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri				Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği					
				Kendine güvenli yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama	Toplam Ölçek Puanı
		S	%	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Ek bir rahatsızlık varlığı	Evet	30	22.4	2.42±0.34	1.66±0.42	1.58±0.55	2.37±0.42	1.57±0.36	1.92±0.17
	Hayır	104	77.6	2.10±0.47	1.52±0.45	1.62±0.45	2.08±0.50	1.71±0.49	1.79±0.28
Önemlilik Düzeyleri				t: 3.382 p: .001	t: 1.550 p: .123	t: -.406 p: .685	t: 2.899 p: .004	t: -1.484 p: .140	t: 2.482 p: .014
Hastalıkla ilgili eğitim alma durumu	Evet	4	3	2.21±0.34	1.28±0.21	1.58±0.16	2.15±0.34	1.81±0.51	1.77±0.11
	Hayır	130	97	2.17±0.47	1.56±0.45	1.61±0.48	2.14±0.50	1.68±0.46	1.82±0.26
Önemlilik Düzeyleri				MW: 254.00 p: .937	MW: 142.50 p: .123	MW: 220.50 p: .602	MW: 244.50 p: .837	MW: 228.50 p: .676	MW: 193.00 p: .380
Bakımından sorumlu olunan başka kişi varlığı	Evet	22	16.4	2.25±0.59	1.41±0.49	1.44±0.38	2.22±0.54	1.48±0.49	1.76±0.24
	Hayır	112	83.6	2.16±0.44	1.58±0.44	1.64±0.48	2.13±0.49	1.72±0.45	1.84±0.26
Önemlilik Düzeyleri				MW: 1084.50 p: .372	MW: 962.00 p: .103	MW: 866.00 p: .027	MW: 1088.50 p: .383	MW: 892.00 p: .038	MW: 987.00 p: .140

Kronik psikiyatrik hastalarına bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri ile stresle başa çıkma tarzları puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; Kendi ifadelerine göre aylık gelir durumu kötü olan bakım verenlerin çaresiz yaklaşım alt ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu bulundu ($p<0.05$). Gelir durumu orta düzeyde olanların kendine güvenli ve iyimser yaklaşım puanlarının yüksek olduğu saptandı.

Bakım verenlerin sosyal yardımdan faydalanma durumları yönünden SBÇTÖ puanları açısından istatistiksel olarak önemli fark saptanmış olup; sosyal yardımdan faydalanan bakım verenlerin problem odaklı baş etme yaklaşımlarından kendine güvenli ve iyimser yaklaşım puanlarının daha yüksek olduğu gözlemlendi ($p<0.05$).

Bakım veren konumunda olan annelerin duygu odaklı baş etme yaklaşımlarından olan çaresiz ve boyun eğici yaklaşım alt ölçek puan ortalamalarının diğer bakım verenlere göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu bulundu ($p<0.05$). Eş durumunda olan bakım verenlerin ise, etkili baş etme yaklaşımlarından olan sosyal destek arama puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi.

Ek bir rahatsızlığı olan bakım verenlerin etkili baş etme yaklaşımlarından olan kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve SBÇTÖ toplam ölçek puanlarının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptandı ($p<0.05$).

Bakım verenlerin bakmakla sorumlu olduğu başka kişi ya da kişilerin olduğu durumlarda, sosyal destek arama ve boyun eğici yaklaşımlarının daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Bakım verenlere destek olan başka kişi ya da kişilerin varlığı söz konusu olduğunda, duygu odaklı baş etme tarzlarından olan, çaresiz yaklaşım alt ölçeğinde fazla puan alanlara göre sırasıyla anne-babalar, kardeşler ve akrabaların olduğu ve farkın önemli olduğu gözlemlendi ($p<0.05$).

Bakım verenlerin hastalıkla ilgili eğitim ve çalışma durumları yönünden SBÇTÖ puanları açısından istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmadı ($p>0.05$). Ancak çalışmayan bakım verenlerin kendine güvenli, çaresiz, boyun eğici ve iyimser yaklaşımı tercih ettiği gözlenirken, çalışan bakım verenlerin sosyal destek arama puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Bakım verenlerin hastalıkla ilgili eğitim durumlarıyla ilgili olarak eğitim alanların olumlu baş etme yaklaşım (kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama) puanlarının daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.7).

Tablo 4.8: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hastaların Tanıtıcı Özellikleri		Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği							
				Kendine güvenli yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama	Toplam Ölçek Puanı
		S	%	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş	19-37yaş	75	56	2.10±0.40	1.62±0.46	1.68±0.42	2.06±0.40	1.71±0.44	1.83±0.25
	38-58 yaş	48	35.8	2.22±0.52	1.46±0.40	1.57±0.42	2.19±0.61	1.66±0.52	1.81±0.28
	59-77 yaş	11	8.2	2.46±0.51	1.47±0.51	1.31±0.81	2.47±0.41	1.56±0.37	1.85±0.23
Önemlilik Düzeyleri				KW: 6.891 p: .032	KW: 3.415 p: .181	KW: 3.941 p: .139	KW: 8.652 p: .013	KW: .959 p: .619	KW: .000 p: 1.00
Tanı	Şizofreni	69	51.5	2.18±0.45	1.54±0.49	1.59±0.47	2.18±0.49	1.71±0.50	1.83±0.27
	Bipolar bozukluk	65	48.5	2.16±0.48	1.55±0.40	1.63±0.47	2.10±0.51	1.65±0.43	1.82±0.25
	Önemlilik Düzeyleri			t: .210 p: .834	t: -.136 p: .892	t: -.446 p: .656	t: .935 p: .352	t: .782 p: .436	t: .342 p: .733
Cinsiyet	Kadın	68	50.7	2.12±0.44	1.62±0.49	1.61±0.49	2.05±0.50	1.70±0.47	1.82±0.27
	Erkek	66	49.3	2.23±0.48	1.48±0.39	1.61±0.46	2.23±0.47	1.66±0.46	1.83±0.25
	Önemlilik Düzeyleri			t: -1.359 p: .177	t: 1.852 p: .066	t: .019 p: .985	t: -2.079 p: .040	t: .574 p: .567	t: -.223 p: .824
Medeni durum	Bekar	82	61.2	2.16±0.48	1.59±0.46	1.57±0.50	2.11±0.48	1.64±0.43	1.81±0.26
	Evli	52	38.8	2.20±0.45	1.48±0.43	1.66±0.42	2.19±0.52	1.75±0.52	1.84±0.27
	Önemlilik Düzeyleri			t: -.441 p: .660	t: 1.447 p: .150	t: -1.077 p: .283	t: -.919 p: .360	t: -1.343 p: .181	t: -.513 p: .609
Çalışma durumu	Çalışıyor	21	15.7	2.21±0.48	1.25±0.42	1.45±0.48	2.05±0.69	2.02±0.54	1.75±0.34
	Çalışmıyor	113	84.3	2.17±0.46	1.61±0.43	1.64±0.46	2.16±0.45	1.62±0.42	1.84±0.24
	Önemlilik Düzeyleri			MW: 1074.50 p: .490	MW:687.00 p: .002	MW: 900.50 p: .077	MW: 1180.50 p: .970	MW: 622.50 p: .001	MW: 1066.50 p: .462

Tablo 4.8: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam)

Hastaların Tanıtıcı Özellikleri		Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği							
				Kendine güvenli yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama	Toplam Ölçek Puanı
		S	%	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Çalışma durumu	Çalışıyor	21	15.7	2.21±0.48	1.25±0.42	1.45±0.48	2.05±0.69	2.02±0.54	1.75±0.34
	Çalışmıyor	113	84.3	2.17±0.46	1.61±0.43	1.64±0.46	2.16±0.45	1.62±0.42	1.84±0.24
	Önemlilik Düzeyleri			MW: 1074.50 p: .490	MW:687.00 p: .002	MW: 900.50 p: .077	MW: 1180.50 p: .970	MW: 622.50 p: .001	MW: 1066.50 p: .462
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	12	9	2.02±0.47	1.54±0.35	1.73±0.40	1.95±0.40	1.52±0.59	1.75±0.23
	Okur yazar	4	3	2.28±0.82	1.81±0.64	2.00±0.19	1.90±1.03	1.75±0.28	1.96±0.26
	İlkokul	22	16.4	2.03±0.55	1.58±0.60	1.47±0.44	1.84±0.56	1.70±0.43	1.72±0.35
	Ortaokul	27	20.1	2.15±0.46	1.70±0.42	1.77±0.47	2.20±0.42	1.62±0.53	1.89±0.28
	Lise	50	37.3	2.27±0.38	1.45±0.40	1.57±0.42	2.27±0.42	1.72±0.43	1.84±0.21
	Üniversite	19	14.2	2.18±0.46	1.51±0.40	1.49±0.61	2.25±0.49	1.73±0.46	1.82±0.25
	Önemlilik Düzeyleri			KW: 8.175 p: .147	KW: 4.578 p: .470	KW: 11.952 p: .035	KW: 17.443 p: .004	KW: 1.422 p: .922	KW: 9.911 p: .078
Kaç yıldır hasta	1-15 yıl	102	76.1	1.91±0.67	1.56±0.44	1.63±0.47	2.11±0.44	1.70±0.46	1.82±0.27
	16-30 yıl	24	17.9	2.29±0.69	1.52±0.51	1.49±0.44	2.25±0.64	1.63±0.52	1.83±0.18
	31-50 yıl	8	6.0	2.25±0.70	1.43±0.35	1.66±0.52	2.17±0.65	1.56±0.37	1.82±0.42
	Önemlilik Düzeyleri			KW: 2.929 p: .231	KW: .271 p: .873	KW: 3.042 p: .219	KW: 4.011 p: .135	KW: 1.199 p: .549	KW: .373 p: .830

Kronik psikiyatrik hastalarının tanıtıcı özellikleri ile stresle başa çıkma tarzları puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde:

Hastaların yaş durumlarına göre bakım verenlerin SBÇTÖ puanlarına bakıldığında, iyimser ve kendine güvenli yaklaşım puanları ile hastaların yaş durumları arasında istatistiksel açıdan önemli fark saptandı ($p<0.05$). 59-77 yaş grubundaki hastaların sorun (problem) odaklı baş etme yaklaşımlarından kendine güvenli ve iyimser yaklaşım puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gözlemlendi.

Hastaların cinsiyet durumlarına göre bakım verenlerin SBÇTÖ puanlarına bakıldığında, iyimser yaklaşım puanları ile hastaların cinsiyet durumları arasında istatistiksel açıdan önemli fark saptandı ($p<0.05$). Kadın hastalara bakım verenlerin çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puanlarının, erkek hastalara bakım verenlerin ise SBÇTÖ toplam ölçek ve alt boyutları olan kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım puanlarının daha yüksek olduğu bulundu.

Hastaların çalışma durumlarına göre bakım verenlerin SBÇTÖ puanlarına bakıldığında, çaresiz yaklaşım ve sosyal destek arama puanları ile hastaların çalışma durumları arasında istatistiksel açıdan önemli fark saptandı ($p<0.05$). Çalışan hastalara bakım verenlerin etkili (problem odaklı) baş etme yaklaşımlarından kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arama puanlarının, çalışmayan hastalara bakım verenlerin ise toplam ölçek ve alt boyutları olan çaresiz, boyun eğici ve iyimser yaklaşım puanlarının daha yüksek olduğu saptandı.

Hastaların eğitim düzeylerine göre bakım verenlerin SBÇTÖ puanlarına bakıldığında, iyimser ve boyun eğici yaklaşım puanları ile hastaların eğitim düzeyleri arasında istatistiksel açıdan önemli fark saptandı ($p<0.05$). Okur-yazar eğitim düzeyinde olan hastalara bakım verenlerin toplam ölçek ve alt boyutları olan çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arama puanlarının daha yüksek olduğu gözlemlendi. İyimser yaklaşım alt ölçeğinin en çok lise mezunu olan hastaların bakım verenlerinde yüksek olduğu ve istatistiksel anlamda önemli olduğu saptandı ($p<0.05$).

Hastaların almış oldukları tıbbi tanı, medeni durumları ve kaç yıl hasta oldukları yönünden SBÇTÖ puanları açısından istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmadı ($p>0.05$). Ancak şizofreni tanılı hastaların bakım verenlerinde kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama ve ölçeğin toplam puanı daha yüksek gözlenirken,

bipolar bozukluk tanılı hastalara bakım verenlerin çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Ayrıca evli hastalara bakım verenlerin SBÇTÖ toplam ölçek ve alt boyutları olan kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama puanları daha yüksek saptandı. Bekar hastalara bakım verenlerin sadece çaresiz yaklaşım puanları daha yüksek bulundu. Hastaların hastalanma süreleri açısından bir değerlendirilme yapılırsa, 1-15 yıl grubunda çaresiz yaklaşım ve sosyal destek arama puanlarının, 16-30 yıl grubunda kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım, 31-50 yıl grubunda ise, boyun eğici yaklaşım puanlarının daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.8)..

Tablo 4.9: Zarit Bakıcı Yük ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçek Puan Ortalamaları					
	Kendine güvenli yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama	SBÇTÖ Toplam Puan Ortalamaları
ZBYÖ Toplam Puan	r: .208 p: .016	r: .379 p: .001	r: .332 p: .001	r: .134 p: .123	r: -.287 p: .001	r: .351 p: .001

ZBYÖ toplam puanı ile SBÇTÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; toplam bakım veren yükü ile SBÇTÖ toplam puan ortalamaları ve alt boyutlarından kendine güvenli, çaresiz ve boyun eğici puan ortalamaları arasında önemli pozitif bir ilişki saptandı (r: .351, p: .001), (r: .208, p: .016), (r: .379, p: .001), (r: .332, p: .001). Toplam bakım veren yükü ile sosyal destek arama puan ortalamaları arasında ise, önemli negatif bir ilişki saptandı (r: -.287, p: .001). Ancak toplam bakım veren yükü ile iyimser yaklaşım alt ölçeği arasında önemli bir ilişki saptanmadı (r: .134, p: .123). (Tablo 4.9).

Bakım yükü yüksek olan bakım verenlerin, kendine güvenli, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım tarzlarının daha fazla kullandıkları gözlemlendi. Ancak bakım verenlerin yük durumu arttıkça stresle başa çıkma tarzlarından sosyal destek arama tarzını daha az kullandıkları saptandı.

5. TARTIŞMA

Kronik psikiyatri hastalarına bakım verenlerin bakım yükleri ve baş etme düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

5.1. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri ile ZBYÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

Araştırmanın tanıtıcı özelliklerine bakıldığında araştırmaya katılan bakım verenlerin yaş ortalamalarının 49.95 ± 13.68 olup, çoğunluğunun kadın (%50.7), %79.1'inin evli, %38.8'inin ilköğretim mezunu olduğu, %88.1'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %79.1'inin herhangi bir işte çalışmadığı, %55.2'inin gelir düzeyinin orta seviyede olduğu, bakım verenlere en çok anne-babaların destek olduğu, bakım veren konumunda olanların çoğunlukla hastaların eşleri olduğu, çok az (%3) bir kısmının hastalıkla ilgili eğitim aldığı saptanmıştır (Tablo 4.3 ve Tablo 4.4).

Bakım verenlerin yaşına göre yük puan ortalamalarına bakıldığında, bakım verenlerin ZBYÖ toplam ölçek ve tüm alt ölçek yük puanları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.3). Araştırmaya benzer Maldonado ve arkadaşlarının şizofreni hastalarının ailelerinin genel sağlık durumları ve bakım yüklerini belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada da bakım verenin yaşının yük durumunu etkilemediği bulunmuştur (85). Bu araştırmanın bulguları literatürle benzerlik göstermektedir.

Bakım verenin cinsiyetine göre yük puan ortalamalarına bakıldığında, kadın bakım verenler ile erkek bakım verenlerin ZBYÖ toplam ölçek ve tüm alt ölçek yük puan ortalamaları birbirine yakın olduğu ancak istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.3). Koukia ve arkadaşlarının yaptığı benzer bir çalışmada bakım verenin cinsiyeti ile yük duygusu arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark gözlenmemiştir (127). Literatür incelendiğinde şizofreni hastalarına bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadınlardan oluştuğu, kadına biçilen diğer rollerle birlikte hastalara bakım verme rolünün de yüklenmesiyle kadın bakım verenlerin bakım yükünün daha fazla olduğu saptanmıştır (17, 24, 85, 89). Türkiye' de Arslantaş ve ark. ile Gülseren ve ark.'ının şizofreni hastalarına bakım verenlerde yaptıkları çalışmalarda, bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadınlardan oluştuğu ve kadın bakım verenlerin

yaşadıkları yük durumlarının daha fazla olduğu bulunmuştur (34, 119). Yapılan diğer çalışma bulguları araştırma bulguları ile paralellik göstermektedir.

Bakım verenin medeni durumuna göre yük puan ortalamalarına bakıldığında, evli olan bakım verenlerin toplam yük puan ortalamalarının bekar olanlara oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bekar olan bakım verenlerin “Ekonomik Yük” ve “Bağımlılık” alt ölçek puan ortalamalarının evli olan bakım verenlere göre daha az olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Yapılan diğer çalışmalarda, bakım verenin medeni durumu ile bakım yükü arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark gözlenmemiştir (24, 85). Bu durumun oluşmasında; evli bakım verenlerin ev, iş, aile, çocuk gibi sorumluluklarının daha fazla olması sebebiyle bekar olan bakım verenlere göre yük duygusunu daha yüksek yaşadıklarını düşündürebilir. Bu bağlamda literatür bulguları araştırma bulgularını desteklememektedir.

Bakım verenlerin eğitim düzeyine göre yük puan ortalamasına bakıldığında, bakım verenlerin eğitim düzeylerine göre ZBYÖ toplam ölçek puan ortalamalarında, lise mezunu olan bakım verenlerin diğer eğitim düzeylerine göre daha düşük ortalamaya sahip olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin ZBYÖ toplam ölçek ve tüm alt ölçek yük puanları ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3). Benzer çalışmalardan Chien ve arkadaşlarının Çinli şizofren hastalarının ailelerindeki yük düzeylerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada bakım verenin eğitim durumu ile yaşadığı yük duygusu arasında önemli fark saptanmamıştır (128). Diğer benzer çalışmalardan Koukia ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bakım verenin eğitim durumu ile yaşadığı yük duygusu arasında önemli bir fark bulunmamıştır (127). Bu bağlamda, yapılan diğer çalışma bulguları araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Bakım verenlerin çalışma durumlarına göre yük puan ortalamalarına bakıldığında ZBYÖ toplam ölçek ve alt ölçek puanlarında önemli bir fark gözlenmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.4). Ancak çalışmayan konumunda olan bakım verenlerin toplam ölçek ve alt ölçeklerin tümünde çalışan bakım verenlere göre daha fazla yük puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır. Araştırmaya benzer çalışmalardan olan Chien ve arkadaşları çalışmayan bakım verenlerin yük durumlarının daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (128). Türkiye’de benzer çalışmalardan Arguvanlı ve Taşçı’nın bipolar bozuklukta bakım verenlerin sorunlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada herhangi bir işte çalışmayan bakım verenlerin daha fazla yük duygusu yaşadıklarını bildirmişlerdir (80). Bu bağlamda araştırma bulguları literatürle benzerlik göstermektedir.

Bakım verenlerin aylık gelirine göre yük puan ortalamalarına bakıldığında, ZBYÖ toplam ölçek ve tüm alt ölçek puan ortalamalarında bakım verenlerin gelir durumu düştükçe yaşadıkları yükün arttığı ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Literatür incelendiğinde Hsiao ve arkadaşının Tayvan’da yaşayan 137 şizofreni hastasının bakım verenlerinde yaptığı çalışmada düşük sosyo-ekonomik durumda olan bakım verenlerin daha fazla yük puanına sahip olduğu ve bunun istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur (129). Yurt dışında yapılan benzeri diğer çalışmalarda da bakım verenin gelir durumunun düşük olması, hastanın bakım verene bağımlı olması ve hastaya bakacak kadar paralarının olmadığını düşünen bakım verenlerin yük durumlarının daha fazla olduğu bildirilmiştir (85, 128). Türkiye’de de şizofreni ve bipolar hastaların bakım verenleriyle yapılan benzer çalışmalarda bakım verenlerin aylık gelir durumunun yaşanacak yük ile önemli bağının olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (80, 112, 119). Bu bağlamda bu araştırmanın bulguları literatürle paralellik göstermektedir.

Bakım verenleri destekleyen kişilere göre yük puan ortalamalarına bakıldığında, destekleyen kişilerin kardeş olması durumunda, “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık” ve “Bağımlılık” alt ölçeklerinde diğer destek olan kişilere göre daha az yüke sahip oldukları ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Literatürde araştırmaya benzer çalışmalarda bakım verenin yanında bir destekçinin olması, bakım verirken yardım alması bakım verenin yük duygusunu azalttığını göstermiştir (84, 88, 128). Yapılan diğer çalışma bulguları bu araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Bakım verenlerin, hastalıkla ilgili eğitim durumlarına göre yük puan ortalamalarına bakıldığında, eğitim alan bakım verenlerin “Ruhsal gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması” alt ölçeği puan ortalamalarının almayanlara göre daha az yük oluşturduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Literatürde yurtdışında şizofreni bakım verenlerinde yapılan benzer çalışmalarda bakım veren hasta yakınının hastalık hakkında bilgisinin artması bakım verenlerde yük duygusunu azalttığını belirlemişlerdir (24, 128). Türkiye’de Gülseren ve ark.’ının şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenleri incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada benzer bulgular mevcuttur (119). Yapılan diğer çalışma bulguları bu araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Bakım veren bireylerin hastalarına yakınlık derecelerine bakıldığında ZBYÖ toplam ölçek, “Ekonomik Yük” ve “Bağımlılık” alt ölçekleri puan ortalamalarının en

fazla anne-babaların ve kardeşlerin olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). Buna göre en fazla yükün anne-babaların ve kardeşlerin üzerinde olduğu söylenebilir. Benzer yurtdışı çalışmalar incelendiğinde bakım veren bireylerin çoğunluğunun anne ya da kız kardeş olduğu görülmektedir (72, 128, 129). Türkiye’de yapılan bazı benzer çalışmalarda da bakım verenlerin önemli bir kısmının anne veya kız kardeşlerin olduğunu göstermiştir (18, 69, 107). Bu bulgular, toplumların geneline bakıldığında, ev işleri ve aile ile ilgili özel alanların kadının doğal işi olarak görülmesi algısının sürmekte olduğunu düşündürebilir (130-132).

5.2. Bakım Verilen Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile ZBYÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

Araştırma kapsamında elde edilen bulgulara göre bakım verilen hastaların yaş ortalamaları 37.21 ± 13.55 olup, hastaların %51.5’ini şizofreni, %48.5’inin ise bipolar bozukluk tanısı aldığı görüldü. Hastaların %50.7’sinin kadın, %61.2’sinin bekar, %38.8’inin evli, %37.3’ünün lise mezunu olduğu, %84.3’ünün herhangi bir işte çalışmadığı ve ortalama yaklaşık 12 yıllık hastalık öykülerinin bulunduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Araştırmaya benzer çalışmalardan Grover ve arkadaşlarının şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastaların bakım verenlerinde yük ve sağlık bakım gereksinimlerinin karşılaştırılması amacıyla yaptığı çalışmada, hastaların çoğunluğunun (%62) herhangi bir işte çalışmadığı, lise düzeyinde bir eğitim gördüğü ve yaklaşık 12 yıl süreli hastalık öyküsünün olduğunu belirtmişlerdir (97). Benzer bulgulara Pazvantoğlu ve ark.’ının şizofreni hastalarının bakım verenlerinin yük boyutlarını ele aldığı çalışmasında da rastlamak mümkündür. Pazvantoğlu ve ark.’ının çalışmasında hastaların çoğunluğunun (%72.8) bekar ve ortalama yaklaşık 12 yıllık hastalık öykülerinin olduğu saptanmıştır (20). Bu sonuçlar, kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylerin eğitimlerini tamamlamada güçlük çekmeleri nedeniyle meslek sahibi olamamaları, meslek sahibi olmuş hastaların ise gerek hastalığın birincil etkileri gerekse iletişimde yaşadıkları güçlükler ve sosyal beceri yoksunluğu sebebiyle verimli çalışmamalarını veya işlerini bırakmalarıyla ilişkili olabilir.

Hastaların yaşına göre bakım verenlerin yük puan ortalamalarına bakıldığında hastaların yaşı arttıkça “Ekonomik Yük” alt ölçeğinin puan ortalamasının azaldığı ve bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.5). Li ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, genç hastalara bakım verenlerin onlarla daha uzun süre ilgilendikleri için bakım yükünü daha yüksek tespit etmişlerdir (106). Yapılan diğer

Çalışmalarda da araştırma bulgularını destekler niteliktedir ve hastanın yaşının genç olması bakım verenlerin yk duygusunun artmasına neden olmaktadır (84, 85).

Hastaların aldığı tanıya göre bakım verenlerin yk puan ortalamalarına bakıldığında ZBYÖ toplam puan ortalamaları çerçevesinde, her iki tanı grubunun bakım verenlerinde yüksek düzeyde yk tespit edilmiştir. Bununla birlikte, “Bağımlılık” alt ölçek puan ortalamalarında bipolar bozukluk hastasına bakım verenlerin şizofreni hastasına bakım verenlere göre daha az puana sahip olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Uluslararası alanda yapılan benzeri birçok çalışmada her iki tanı grubunun da bakım verenlerde önemli derecede yk oluşturduğu tespit edilmiştir (15, 16, 81, 84-89, 91-94, 97, 98). Araştırmaya benzer yurtdışı çalışmalardan olan Grover ve arkadaşlarının çalışmasında şizofreni hastalarına bakım verenlerin toplam objektif ve subjektif yk puanlarının bipolar bozukluk tanısı almış bakım verenlere göre önemli ölçüde fazla çıktığı bildirilmiştir (97). Türkiye’de yapılan benzer bazı çalışmalar da araştırma bulgularını destekler niteliktedir (18, 20, 34, 80, 82, 83, 90, 99, 124).

Hastaların cinsiyetine göre bakım verenlerin yk puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5). Yurtdışı literatürde hastanın cinsiyeti ile bakım verenlerin yk duygusu arasında bir farkın olmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (85, 133). Literatürde bu araştırmanın bulgularını desteklemeyen bazı çalışmalar da bulunmaktadır. Hastanın erkek olması bakım verenlerin yk durumlarını yükseltmektedir. Bu durumun oluşmasında; erkek hastalardan beklenen çalışma, aileye ekonomik yönden katkı sağlama gibi toplumsal rolleri üstlenmeleri beklenirken hastalanmaları sonucunda bu sorumlulukları yerine getirememeleri ve dolayısıyla aile üyelerinin daha fazla yük hissetmelerine neden oldukları dşnlmektedir (89, 119, 134).

Hastaların medeni durumlarına göre bakım verenlerin yk puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.5). Literatürde araştırmaya benzer çalışmalarda bakım verenlerin yük durumları ile hastanın medeni durumu arasında bir farkın olmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (24, 85). Yapılan diğer çalışma bulguları bu araştırmanın bulguları ile paralellik göstermektedir.

Hastaların alışma durumlarına göre bakım verenlerin yk puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5). Araştırmaya benzer Caqueo-Urizar ve Gutirrez-Maldonado’nun şizofreni ailelerinin

yüklerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında hastaların çalışma durumu ile bakım verenlerin yük durumları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark olmadığını bildirmişlerdir (24, 85). Bu bağlamda bu araştırmanın bulguları literatürle paralellik göstermektedir.

Hastaların eğitim düzeylerine göre bakım verenlerin yük puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.5). Araştırmaya benzer birçok çalışmada, hastanın eğitim durumu ile bakım verenlerin yük durumları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark olmadığı bildirilmiştir (85, 133). Yapılan diğer çalışma bulguları bu araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların, hastalıkla geçen süreleri arttıkça bakım verenler açısından, ölçeklerden alınan puan ortalamalarında azalmalar gözlenmiş ancak bu fark sadece “Ekonomik Yük” alt ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Araştırmaya benzer çalışmalardan Alexander ve ark.’ının yaptığı çalışmada hastalık süreleriyle bakım veren yükleri arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır (17). Benzer şekilde Igberase ve ark. yaptığı çalışmada da hastalık süreleriyle bakım veren yükleri arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır (135). Bu bağlamda araştırma bulguları literatürle benzerlik göstermektedir.

5.3. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özellikleri ile SBCTÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçek Puan Ortalamaları incelendiğinde; bakım verenlerin stresli olaylar karşısında en sık başvurdukları stresle baş etme yöntemi “Kendine Güvenli Yaklaşım”dır (2.17 ± 0.46). Başvurulan diğer baş etme yöntemleri ise fazla kullanım sırasına göre iyimser yaklaşım (2.14 ± 0.50), sosyal destek arama (1.68 ± 0.46), boyun eğici yaklaşım (1.61 ± 0.47) ve çaresiz yaklaşımdır (1.55 ± 0.45) (Tablo 4.2). Bu çalışmada bakım verenlerin yaşadıkları yük ile baş etmede problem odaklı ve duygu odaklı yaklaşımları kullandıkları ancak ağırlıklı olarak problem odaklı yaklaşımları tercih ettikleri saptanmıştır (Tablo 4.2). Folkman ve Lazarus’a göre birey durumu değişebilir olarak algıladığı durumda sorun çözme, karar verme, harekete geçme gibi etkili baş etme yöntemleri kullanırken, değişemez olarak algıladığı durumda kabul etme, inkar ve uzlaşmaya çalışmak gibi etkisiz baş etme yöntemlerini daha çok kullanmaktadır (101, 125). Ulusal ve uluslararası alanda yapılan benzer birçok çalışmada kronik ruhsal hastalara bakım verenlerin stresle baş etmede problem odaklı ve duygu odaklı yaklaşımları kullandıkları tespit edilmiştir. Ancak hem şizofreni hem de bipolar

hastalarının bakım verenlerinin problem odaklı başa çıkma stratejisini kullanma durumlarında travma sonrası gelişimin daha iyi olduğu tespit edilmiştir (34, 96, 99, 111-115). Benzer çalışmalardan Ayuurebobi ve ark.'ının ağır ruhsal hastalarla yaşayan bakım verenlerin deneyimlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada bakım verenlerin yük ile baş etmede çeşitli stratejiler kullandıkları ve ağırlıklı olarak bir mucize ya da yeni tedavi beklentisi içine girdikleri tespit edilmiştir (95). Bu araştırmada, bakım verenlerin yaşadıkları sıkıntılarla baş ederken ağırlıklı olarak problem odaklı yaklaşımları kullanmalarında; durumu değişebilir olarak algılamaları sebebiyle sorunlarını etkili şekilde çözme girişiminde bulundukları düşünülebilir.

Araştırmada bakım verenlerin stresle baş etme yaklaşımlarının yaş, cinsiyet, aile tipi, çalışma ve hastalıkla ilgili eğitim durumları gibi bireysel özelliklere göre farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Araştırmaya benzer çalışmalardan Onwumere ve ark. uzun dönem psikozların bakım verenlerinde baş etme tarzlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, bakım verenlerin demografik verileri ile stresle başa çıkma tarzları arasında ilişki bulunmamıştır (136). Bu bağlamda araştırmanın bulguları literatürle paralellik göstermektedir.

Araştırmada evli olan bakım verenlerin boyun eğici yaklaşımı daha çok tercih ettikleri ve bunun istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.6). Bu durumun oluşmasında; evli olan bakım verenlerin ev, iş ve aile sorumluluklarının görece fazla olmasının, kişinin dayanıklılık seviyelerinde azalmalara yol açtığı ve dolayısıyla sıkıntılı durumlar karşısında etkisiz baş etme yaklaşımını tercih etmelerine neden olabileceği düşünülebilir.

Bakım verenlerin eğitim durumlarına bakıldığında, üniversite mezunu olan bakım verenlerin çaresiz ve boyun eğici yaklaşım puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel anlamda önemli olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.6). Okur-yazar olmayan bakım verenlerin çaresiz yaklaşımı, ilkokul mezunu olan bakım verenlerin ise boyun eğici yaklaşımı daha çok tercih ettikleri saptandı. Bu bağlamda bakım verenlerin eğitim seviyesi düştükçe stresle baş etmede etkisiz (duygu odaklı) yaklaşımları daha fazla kullandıkları söylenebilir. Eğitim düzeyinin düşük olmasının bireylerin farkındalık durumunun ve yardım arama davranışının azalmasına ve sorunlar karşısında etkisiz bir tutum sergilemesine neden olabileceği düşünülmektedir.

Kendi ifadelerine göre aylık gelir durumu kötü olan bakım verenlerin daha çok çaresiz yaklaşımı tercih ettikleri ve bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Gelir durumu orta düzeyde olanların kendine güvenli

ve iyimser yaklaşım puanlarının yüksek olduğu saptandı. Bu sonuçta gelir durumu iyi olan bakım verenlerin olanaklarının fazla olması sebebiyle stresle başa çıkmada daha etkili (problem odaklı) yaklaşımları kullandıkları, gelir durumu kötü olan bakım verenlerin ise stresle baş etmede güçlük yaşadıkları ve destek gereksinimleri olduğunu göstermektedir.

Bakım verenlerin sosyal yardımdan faydalanma durumları yönünden SBÇTÖ puanları açısından istatistiksel olarak önemli fark saptanmış olup; sosyal yardımdan faydalanan bakım verenlerin kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve iyimser yaklaşım puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Bu sonuçta bakım verenlerin sosyal yardımdan faydalanma durumlarına göre hem duygu hem de problem odaklı baş etme yaklaşımlarını kullandıkları söylenebilir.

Bakım veren konumunda olan annelerin daha çok çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puanlarının yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Eş durumunda olan bakım verenlerin ise, sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçta; bakım veren konumunda olan annelerin evlatları söz konusu olduğunda, hassas ve kırılgan durumlarından ötürü etkisiz baş etme yaklaşımını kullandıkları, eş durumunda olan bakım verenlerin ise güçlü sorumluluk duygusundan ötürü daha çok etkili baş etme yaklaşımlarını kullandıkları söylenebilir.

Bakım verme sürecinde ek rahatsızlığı olan hasta yakınlarının kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve SBÇTÖ toplam ölçek puanlarının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Bu sonuç bakım verme sürecinde ek rahatsızlığı olan bakım verenlerin bu durumlarının dayanıklılık seviyelerini yükselttiği ve yaşadıkları sorunları çözmek için olumlu anlamda kendilerini geliştirdikleri şeklinde açıklanabilir.

5.4. Bakım Verilen Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile SBÇTÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

Hastaların cinsiyet durumlarına göre bakım verenlerin SBÇTÖ puanlarına bakıldığında, kadın hastalara bakım verenlerin çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puanlarının, erkek hastalara bakım verenlerin ise SBÇTÖ toplam ölçek ve alt boyutları olan kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, iyimser yaklaşım puanları ile hastaların cinsiyet durumları

arasında istatistiksel açıdan önemli fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Bu sonuçta; kadın hastaları olan bakım verenlerin stresle baş etmede daha çok etkisiz baş etme yaklaşımlarını, erkek hastası olan bakım verenlerin ise, etkili baş etme yaklaşımlarını kullandığı söylenebilir.

Hastaların çalışma durumlarına göre bakım verenlerin SBÇTÖ puanlarına bakıldığında, çalışan hastalara bakım verenlerin kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arama puanlarının, çalışmayan hastalara bakım verenlerin ise SBÇTÖ toplam ölçek ve alt boyutları olan çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve iyimser yaklaşım puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çaresiz yaklaşım ve sosyal destek arama puanları ile hastaların çalışma durumları arasında istatistiksel açıdan önemli fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Bu sonuçta; çalışan hastalara bakım verenlerin stresle baş etme yöntemlerinin daha etkili ve faydalı olduğu söylenebilir.

Hastaların almış oldukları tıbbi tanı yönünden SBÇTÖ puanları açısından istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.8). Ancak şizofreni hastalarının bakım verenlerinde kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama ve ölçeğin toplam puanı daha yüksek gözlenirken, bipolar hastalarına bakım verenlerin çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya benzer çalışmalardan, Chadda ve arkadaşlarının şizofreni ve bipolar bozukluk tanıli hastaların bakım verenlerinin yük ve baş etmeleri arasındaki ilişkiyi saptamaya yönelik yaptıkları çalışmada, her iki hastalık grubundaki bakım verenlerde problemlerin çözümünde duygu odaklı (özellikle kaçma/ kaçınma davranışı) yöntemleri kullandıkları tespit edilmiştir (137). Benzer çalışmalardan Chakrabarti ve Gill'in yaptıkları çalışmada şizofreni tanıli hastalara bakım verenlerin, bipolar bozukluk tanıli bakım verenlere göre daha çok duygusal odaklı baş etme yaklaşımlarını tercih ettikleri görülmüştür (96). Bu bağlamda araştırma bulguları literatür ile çelişmektedir. Bu durumun oluşmasında şizofreni hastalığı hakkında bilinçlenmenin artması, Türkiye'de son yıllarda kronik ruhsal hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonunda toplum temelli modelin hayata geçirilmesi ile TRSM'in yaygınlaşması ve daha çok şizofreni hastalarına hizmet vermesinin, bakım verenlerde problem odaklı baş etme yöntemlerini kullanmayı teşvik ettiği düşünülebilir.

Tüm bu bilgiler ışığında, stresle başa çıkmada önemli olan hangi başa çıkma yolunun kullanıldığı değil, başa çıkma davranışlarının çeşitliliğidir. Başka bir deyişle bakım verenler stres verici bir olayla başa çıkabilmek için ne kadar fazla yol

kullanabiliyorsa, o durumdan o kadar az etkilenmektedir (32, 117). Bu nedenle psikiyatri hemşireleri, bakım verenlerin stresle başa çıkmada hangi yolları kullandıklarını belirlemeli, etkili başa çıkma yollarını desteklemeli, uygun olmayanları değiştirmeleri ve stresle başa çıkmada yeni yollar geliştirmeleri konusunda bilinçlendirmelidir. Böylece bakım verenlerin bakım yükünden kaynaklanan streslerinin daha az düzeyde olacağı düşünölmektedir.

5.5. Bakım Verenlerin ZBYÖ ve SBÇTÖ Alt Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

ZBYÖ toplam puanı ile SBÇTÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; bakım verenlerin yükleri arttıkça stresle baş etmede kendine güvenli, çaresiz ve boyun eğici yaklaşımlarının da arttığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte bakım yükü arttıkça stresle baş etmede probleme dayalı yaklaşımlardan olan sosyal destek arama yaklaşımlarının azaldığı saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.9). Bu sonuca göre; bakım verenlerin yük durumları ile baş etmede hem etkili hem de etkisiz yaklaşımları kullandıkları söylenebilir. Araştırmaya benzer Chakrabarti ve Gill'in 38 bipolar ve 20 şizofreni hastasına bakım verenlerin yükleri ile baş etmeleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada bakım verenlerin hem duygusal hem de problem odaklı baş etme yaklaşımlarını kullandıkları tespit edilmiştir (96). Araştırmaya benzer çalışmalardan, Özlü ve ark.'ının şizofreni hastalarının bakım verenlerinde hastalığa bağlı yük, sosyal destek, baş etme yolları ve bu değişkenler arası ilişkiyi incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada; bakım verenlerin yükleri arttıkça stresle baş etmede duygu odaklı baş etme yaklaşımlarından olan çaresizlik ve kaderci yaklaşımlarının da arttığı saptanmıştır (90). Yapılan diğer çalışma bulguları bu araştırmanın bulguları ile paralellik göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik psikiyatri hastalarına bakım verenlerin bakım yükleri ve baş etme düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Hastaların ve bakım verenlerin yarısının (%50.7) kadın olduğu,
- Hastaların yarısından fazlasını (%51.5) şizofreni, %48.5'inin ise bipolar tanısı aldığı, ortalama yaklaşık 12 yıl süren bir hastalık öykülerinin bulunduğu,
- Bakım veren bireylerin çoğunun çalışmadığı, hastaların eşleri ve anne-babaları konumunda olduğu, çok az kısmının hastalıkla ilgili eğitim aldığı ve yük durumlarını önemli ölçüde etkilediği, önemli ölçüde yük altında oldukları belirlenmiş olmakla birlikte, daha çok ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması ile ekonomik yüklerinin fazla olduğu,
- Evli olan bakım verenlerin daha fazla yük duygusu yaşadıkları ve aylık gelirleri düştükçe daha fazla yük duygusu yaşadıkları, bakım yükünü en fazla yaşayanların hastalarına yakınlık durumları açısından sırasıyla anne-babaları, kardeşleri, evlatları ve eşleri olduğu,
- Hastaların yaşları arttıkça bakım verenlerin yük durumlarında azalmanın olduğu, şizofreni hastasına bakım verenlerin, bipolar hastasına bakım verenlere göre daha fazla yük duygusuna sahip olduğu,
- Bakım verenlerin yaşadıkları güçlüklerle baş ederken etkili baş etme yöntemlerini daha fazla kullandıkları, stresle baş etmede evli olan bakım verenlerin, bekar olanlara göre daha fazla problem odaklı (etkili) yaklaşımları kullandıkları, eğitim seviyesi yükseldikçe sıkıntılı durumlar karşısında daha etkili baş etme yaklaşımlarını kullandıkları, aylık gelir durumu kötü olan bakım verenlerin daha çok duygu odaklı (etkisiz) yaklaşımları tercih ettikleri, çalışan durumda olan hastalara bakım verenlerin problem odaklı yaklaşımları tercih ettikleri,
- Bakım verenlerin yükü arttıkça stresle baş etmede kendine güvenli, çaresiz ve boyun eğici yaklaşımları daha fazla tercih ettikleri saptanırken, bakım yükü arttıkça stresle başa çıkmada probleme dayalı yaklaşımlardan olan sosyal destek arama yaklaşımlarının ise daha az tercih ettikleri belirlenmiştir.

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:

- Bakım verme sürecinde hasta yakınlarının önemsenmesi, tedavi ve rehabilitasyon aşamasında hasta ile beraber değerlendirilmeye alınması, bakım verenlerin hem

yük duygularının azalmasında hem de sıkıntılar karşısında etkili baş etme yöntemlerinin artmasında etkili olabilir.

- Bakım verenlere yasal olarak kullanabilecekleri kurumsal ve maddi destekler hakkında bilgilendirilmeler yapılması, ekonomik yönde yaşanacak yükün azalmasını sağlayabilir.
- Hem hastalara hem de bakım verenlere psikiyatri hemşireleri tarafından, Türkiye’de son yıllarda sayıları gün geçtikçe artan ve kronik psikiyatrik hastalarının tedavi ve rehabilitasyonunu sağlamak amacıyla kurulan toplum ruh sağlığı merkezleri hakkında rehberlik ve danışmanlık hizmetlerinin sağlanması, bakım verenlerin yüklerini ve streslerini azaltabilir.
- Psikiyatride hasta yakınlarıyla yapılan benzer çalışmalar kronik hastalıklarda hasta ve bakım verenlerine yönelik ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesinde yol gösterici olabilir. Bu çalışmalarda öngörülen hedeflerin gerçekleşmesi durumunda ise, bakım verenlerin uzun vadede bakım yükünün azalmasına olanak sağlayabilir.

KAYNAKLAR

1. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitapları; 2011; 242-428.
2. Ayuso-Mateos J. Global burden of schizophrenia in the year 2000 [Global Burden of Disease working paper]. Geneva: WHO.
3. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. European Neuropsychopharmacology. 2011; 21 (10): 718-79.
4. Rössler W, Salize HJ, van Os J, Riecher-Rössler A. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. European Neuropsychopharmacology. 2005; 15 (4): 399-409.
5. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistemak Bir Gözden Geçirme. 2011.
6. Binbay T, Alptekin K, Elbi H, Zağlı N, Drukker M, Tanık F, et al. İzmir kent merkezinde şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşamboyu yaygınlığı ve ilişkili oldukları sosyodemografik özellikler. Turk Psikiyatri Derg. 2012; 23: 149-60.
7. Perala J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. Archives of general psychiatry. 2007; 64 (1): 19-28.
8. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of general psychiatry. 2005; 62 (6): 593-602.
9. Organization WH. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope: World Health Organization; 2001.
10. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara: Toplum Ruh Sağlığı Genel Müdürlüğü 2011. Erişim 09.10.2015, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/173168/h/ulusal-ruh-sagligi-eylem-planı.pdf>
11. Bakanlığı TS, Başkanlığı RSHM, Müdürlüğü HM. Türkiye hastalık yükü çalışması. Refik Saydam Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü ISBN. 2006: 975-590.

12. Anderson J, Adams C. Family interventions in schizophrenia. *BMJ: British Medical Journal*. 1996; 313 (7056): 505.
13. Cuijpers P, Stam H. Burnout among relatives of psychiatric patients attending psychoeducational support groups. *Psychiatric Services*. 2014.
14. Kltr S, Mete L. Şizofreni. *Psikiyatri temel kitabı*. 1997; 1: 321-53.
15. Perlick DA, Hohenstein JM, Clarkin JF, Kaczynski R, Rosenheck RA. Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar disorders*. 2005; 7 (2): 126-35.
16. Reinares M, Vieta E, Colom F, Martinez-Aran A, Torrent C, Comes M, et al. What really matters to bipolar patients' caregivers: sources of family burden. *Journal of affective disorders*. 2006; 94 (1): 157-63.
17. Alexander G, Bebee C-E, Chen K-M, Des Vignes R-M, Dixon B, Escoffery R, et al. Burden of caregivers of adult patients with schizophrenia in a predominantly African ancestry population. *Quality of Life Research*. 2015: 1-8.
18. Atagn Mİ, Balaban D, Atagün Z, Elagöz M, zpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011; 3 (3).
19. Erten E, Alpman N, zdemir A, Fistikci N. Bipolar I Bozukluğu Olan Hastalarda Dönem ve Seyir zelliklerinin Bakıcı Yüküne Etkisi.
20. Pazvantoğlu O, Sarısoy G, Bke , Aker AA, zturan DD, nverdi E. Şizofrenide bakım veren yükünün boyutları: Hastaların işlevselliğinin rolü.
21. Aydemir , Köroğlu E. *Psikiyatride Kullanılan Klinik lekler*. 3'nc baskı. Ankara Hekimler Yayın Birliği. 2007: 346-53.
22. Özlü A, Yildiz M, Aker T. Zarit Bakıcı Yük leğinin Şizofreni Hasta Yakınlarında Geçerlilik ve Güvenilirlik alışması. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*. 2009; 46.
23. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The gerontologist*. 1980; 20 (6): 649-55.
24. Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J. Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*. 2006; 15 (4): 719-24.
25. Doornbos MM. Predicting family health in families of young adults with severe mental illness. *Journal of Family Nursing*. 2002; 8 (3): 241-63.
26. Esmek M. Psikiyatri servisinde yatan Şizofren hastaların yakınlarının sosyal destek ve stresle baş etme düzeylerinin belirlenmesi. *Determine to coping with*

- stress and social support of the relatives of the patients who have schizophrenia at psychiatry unit. 2007.
27. Saunders JC. Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in mental health nursing*. 2003; 24 (2): 175-98.
 28. Magliano L, Fadden G, Madianos M, de Almeida JC, Held T, Guarneri M, et al. Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 1998; 33 (9): 405-12.
 29. Gülseren L. Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2002; 13 (2): 143-51.
 30. Bond G, drake RE. *Community-Based Treatment of Schizophrenia and Other Severe menthal Disorders*. Medscape General Medicine. 2001; 3(1).
 31. Yanık M. Bakırköy Kronik Ruhsal Hasta Rehabilitasyon Formu ‘nun Yapılandırılması= Structuring of the Bakirkoy Rehabilitation Form for Patient with Chronic Mental Illness. 2010.
 32. Çam O, Engin E. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. 2014: 367-447.
 33. Güleç C, Köroğlu E, Şenol S. *Psikiyatri temel kitabı: Hekimler Yayın Birliği*; 2007.
 34. Arslantaş H, Sevinçok L, Uygur B, Balci V, Adana F. Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Yapılan Psikoeğitimin Hastalardaki Klinik Gidişe ve Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu Düzeylerine Olan Etkisi.
 35. Işık E. Güncel Şizofreni. 1. Baskı Ankara. 2006: 18-9.
 36. Carpenter WT. Schizophrenia: disease, syndrome, or dimensions? *Family process*. 2007; 46 (2): 199-206.
 37. Goldner EM, Hsu L, Waraich P, Somers JM. Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2002; 47 (9): 833-43.
 38. Kim JS. Daughters-in-law in Korean caregiving families. *Journal of advanced nursing*. 2001; 36 (3): 399-408.
 39. Durmaz H, Okanlı A. Investigation of the effect of self-efficacy levels of caregiver family members of the individuals with schizophrenia on burden of care. *Archives of psychiatric nursing*. 2014; 28 (4): 290-4.

40. Tanrıverdi D, Ekinci M. The effect psychoeducation intervention has on the caregiving burden of caregivers for schizophrenic patients in Turkey. *International journal of nursing practice*. 2012; 18 (3): 281-8.
41. Davison GC, Neale JM, Dağ İ. Anormal psikolojisi:(Abnormal psychology): Türk Psikologlar Derneği yayınları; 2013. 276-422.
42. Üçok A. Şizofreni Nedir. Kitapçık; 2007.
43. Köroğlu E. DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru el kitabı. Beşinci baskı, Ankara: HYB. 2013.
44. Şar V. DSM-5 taslak tanı ölçütlerine genel bir bakış:“Batı cephesinde yeni bir şey yok” mu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2010; 13: 196-20.
45. Interactions ENoSNftSoG-E. Schizophrenia aetiology: Do gene-environment interactions hold the key? *Schizophrenia research*. 2008; 102 (1): 21-6.
46. Köroğlu E. PsikoNozoloji: Tanımlayıcı klinik psikiyatri: Hekimler yayın birliği; 2004.
47. Liberman R, Kopelowicz A. Basic elements in biobehavioral treatment and rehabilitation of schizophrenia. *International clinical psychopharmacology*. 1995.
48. Parker BA. Living with mental illness: the family as caregiver. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. 1993; 31 (3): 19.
49. Provencher HL, Mueser KT. Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophrenia research*. 1997; 26 (1): 71-80.
50. Davison GC, Neale JM, Kring A. *Abnormal Psychology, with Cases*: Wiley; 2004.
51. Eşel E, Baştürk M, Gönül AS, Kula M, Turan MT, Yabanoğlu İ, et al. Şizofrenik hastalarda olanzapin ve haloperidolün serum prolaktin düzeyleri üzerine etkileri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2000; 3: 246-9.
52. McCance KL, Huether SE. *Pathophysiology: The biologic basis for disease in adults and children*: Elsevier Health Sciences; 2014.
53. Soygür H. Şizofreni tedavisine genel bir bakış. *Psikiyatri Dünyası*. 1999; 3: 83-90.
54. Alataş G, Kurt E, Alataş ET, Bilgiç V, Karatepe HT. Duygudurum bozukluklarında psikoeğitim. *Düşünen Adam*. 2007; 20 (4): 196-205.

55. Naeem F, Kingdon D, Turkington D. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia: relationship between anxiety symptoms and therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2006; 79 (2):153-64.
56. Okay T, Göka E. Psikiyatrik hospitalizasyondan rehabilitasyon. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 2000; 4: 5-10.
57. Townsend MC. Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice: FA Davis; 2014.
58. Yüksel N. Psikofarmakoloji: Çizgi Tıp; 2003.
59. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu H-G, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Jama*. 1996; 276 (4): 293-9.
60. Ebmeier KP, Donaghey C, Steele JD. Recent developments and current controversies in depression. *The Lancet*. 2006; 367 (9505): 153-67.
61. Brambilla P, Glahn DC, Balestrieri M, Soares JC. Magnetic resonance findings in bipolar disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2005; 28 (2): 443-67.
62. Başterzi AD. Bipolar Bozukluk Tedavisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*. 2013; 6 (2): 72-82.
63. Birliği AP. DSM-IV-TR tanı ölçütleri başvuru kitabı. Çev: Köroğlu E. 2001.
64. Yüksel N. Dirençli Şizofreni Tedavisi. Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilimdalı, Ankara. 2007.
65. Eroğlu MZ, Özpoyraz N, Tamam L. İki uçlu bozuklukta koruyucu sağaltım. *Journal of Mood Disorders*. 2014; 4 (3): 95-102.
66. Cheng Y-C. Caregiver burnout: A critical review of the literature: ProQuest; 2005.
67. Williams CC, Mfofo-M'Carthy M. Care: Giving, receiving and meaning in the context of mental illness. *Psychiatry*. 2006; 69 (1): 26-46.
68. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2002; 5 (4): 155-9.
69. Bademli K, Duman Z Ç. Şizofreni Hastalarının Bakım Verenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2013; 5 (4).
70. Kasuya RT, Polgar-Bailey MP, MPH Robbyn Takeuchi M. Caregiver burden and burnout a guide for primary care physicians. *Postgraduate Medicine*. 2000; 108 (7):119.
71. Lidell E. Family support—a burden to patient and caregiver. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2002; 1 (2): 149-52.

72. Toseland R, Smith G, McCallion P. Family caregivers of the frail elderly, Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations. Columbia University Press. 2001: 324-32.
73. Akın A, Demirel S. Toplumsal cinsiyet kavramı ve sağlığa etkileri. CÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2003; 25 (4): 73-82.
74. Altun İ. Hasta yakınlarının bakım verme rolünde zorlanma durumları, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi. 1998: 24-6.
75. Stone R, Cafferata GL, Sangl J. Caregivers of the frail elderly: A national profile. The Gerontologist. 1987; 27 (5): 616-26.
76. Glanville DN, Dixon L. Caregiver burden, family treatment approaches and service use in families of patients with schizophrenia. Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences. 2005; 42 (1):15.
77. Addington J, McCleery A, Addington D. Three-year outcome of family work in an early psychosis program. Schizophrenia research. 2005; 79 (1): 107-16.
78. Ak M, Yavuz KF, Lapsekili N, Türkçapar MH. Evaluation of burden in a group of patients with chronic psychiatric disorders and their Caregivers. Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2012; 25 (4): 330-7.
79. Chou K-R. Caregiver burden: a concept analysis. Journal of Pediatric Nursing. 2000; 15 (6): 398-407.
80. Arguvanlı S., Taşçı S. Bipolar Bozuklukda Bakım Verenlerin Sorunları. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2013; 1(1): 21-30
81. Ukpong D. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Nijeryalılar Arasında Yük ve Ruhsal Sıkıntı: Pozitif ve Negatif Semptomların Rolü. Turk Psikiyatri Dergisi. 2012; 23(1).
82. Doğan O, Doğan S, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Başeğmez FD. Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Aileler. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2002; 3 (3): 133-9.
83. Havva T, Saraç B, GÜNAYDIN Y, Medik K, Doğan S. Psikiyatrik Hastalık Tanılı Hastaların Primer Bakım Vericilerinin Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi. Journal of Psychiatric Nursing. 2010; 1 (3): 103-7.
84. Hanzawa S, Tanaka G, Inadomi H, Urata M, Ohta Y. Burden and coping strategies in mothers of patients with schizophrenia in Japan. Psychiatry and clinical neurosciences. 2008; 62 (3): 256-63.

85. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Kavanagh DJ. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2005; 40 (11): 899-904.
86. De Silva D, De Silva S. A preliminary study of the impact of long term psychotic disorder on patients' families. *Ceylon Medical Journal*. 2001; 46 (4): 121-3.
87. Sadock BJ. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry: lippincott Williams & wilkins Philadelphia, PA; 2000.
88. Magliano L, Marasco C, Fiorillo A, Malangone C, Guarneri M, Maj M. The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002; 106 (4): 291-8.
89. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers. *Pharmacoeconomics*. 2008; 26 (2): 149-62.
90. Özlü A, Yildiz M, Aker T. Burden and burden-related features in caregivers of schizophrenia patients. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2015; 28 (2): 147-53.
91. Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De Rosa C, Maj M. Special section: a memorial tribute: patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatric services*. 2006; 57 (12): 1784-91.
92. Wong DF. Stress factors and mental health of carers with relatives suffering from schizophrenia in Hong Kong: implications for culturally sensitive practices. *British Journal of Social Work*. 2000; 30 (3): 365-82.
93. Narayan KK, Kumar DS. Disability in a group of long-stay patients with schizophrenia: Experience from a mental hospital. *Indian journal of psychological medicine*. 2012; 34 (1): 70.
94. Fortinash KM, Holoday-Worret PA. *Psychiatric mental health nursing*: Mosby; 2008.
95. Ayuurebobi K, Ngibise VCKD, Asante KP, Owusu-Agyei S. The experience of caregivers of people living with serious mental disorders: a study from rural Ghana. *Global health action*. 2015; 8.
96. Chakrabarti S, Gill S. Coping and its correlates among caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar Disorders*. 2002; 4 (1): 50-60.

97. Grover S, Chakrabarti S, Ghormode D, Dutt A. A comparative study of caregivers' perceptions of health-care needs and burden of patients with bipolar affective disorder and schizophrenia. *Nordic journal of psychiatry*. 2015 (0) :1-8.
98. Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS, Maser J, Coryell W, Solomon D, et al. Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2003; 6 (02): 127-37.
99. Arslantaş H. Adana F. Şizofreninin bakım verenlere yükü *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011 ;3: 251-77.
100. Zarit SH. Family care and burden at the end of life. *Canadian Medical Association Journal*. 2004; 170 (12): 1811-2.
101. Tuğrul CD. Stres ve depresyon. *Psikiyatri Dünyası*. 2000; 4: 12-7.
102. Selye H. Stress and the general adaptation syndrome. *British medical journal*. 1950; 1 (4667): 1383.
103. Lazarus RS, Folkman S. Stress. Appraisal, and coping. 1984; 725.
104. Karadakovan A, Aslan FE. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım: Nobel Kitabevi; 2010.
105. Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve Başa Çıkma Yolları. Remzi Kitabevi 14. Basım İstanbul. 1993.
106. Li J, Lambert CE, Lambert VA. Predictors of family caregivers' burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the People's Republic of China. *Nursing & health sciences*. 2007; 9 (3): 192-8.
107. Bademli K, Çetinkaya Duman Z. Şizofreni hastalarının bakım verenlerine uygulanan aileden aileye destek programları: sistematik derleme. *Türk Psikiyatri Derg*. 2011; 22: 255-65.
108. Huang XY, Sun FK, Yen WJ, Fu CM. The coping experiences of carers who live with someone who has schizophrenia. *Journal of clinical nursing*. 2008; 17 (6): 817-26.
109. Solomon P. Interventions for families of individuals with schizophrenia. *Disease Management and Health Outcomes*. 2000; 8 (4): 211-21.
110. Gasque-Carter KO, Curlee MB. The educational needs of families of mentally ill adults: the South Carolina experience. *Psychiatric Services*. 1999; 50 (4): 520-4.

111. Caqueo-Úrizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A. Health and Quality of Life Outcomes. 2009; 7: 84.
112. Özlü A, Yıldız M, Aker T. Şizofreni hastalarına bakım verenlerde travma sonrası gelişim ve ilişkili etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2010; 11: 89-94.
113. Bernhard B, Schaub A, Kümmler P, Dittmann S, Severus E, Seemüller F, et al. Impact of cognitive-psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives. European psychiatry. 2006; 21 (2): 81-6.
114. Reinares M, Colom F, Martinez-Aran A, Benabarre A, Vieta E. Therapeutic interventions focused on the family of bipolar patients. Psychotherapy and psychosomatics. 2002; 71 (1): 2-10.
115. Reinares M, Vieta E, Colom F, Martinez-Aran A, Torrent C, Comes M, et al. Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. Psychotherapy and psychosomatics. 2004; 73 (5): 312-9.
116. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran Ü, Özer ÖA, Kara H. COPE (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği): psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2005; 6 (4): 221-6.
117. Güçlü N. Stres yönetimi. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2001; 21 (1).
118. Drapalski AL, Marshall T, Seybolt D, Medoff D, Peer J, Leith J, et al. Unmet needs of families of adults with mental illness and preferences regarding family services. Psychiatric Services. 2008; 59 (6): 655-62.
119. Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı A, Çubukçuoğlu Z, et al. Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. Turk Psikiyatri Derg. 2010; 21: 203-12.
120. Mohr WK. Partnering with families. Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services. 2000; 38 (1): 15.
121. Stuart GW. Principles and practice of psychiatric nursing: Elsevier Health Sciences; 2014.
122. Frisch NC, Frisch LE. Psychiatric mental health nursing: Delmar Pub; 2006.
123. Mahire Olcay Ç, Turgut EÖ, Büyükbayram A. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde Dayanıklılık ve Yaratıcılık. Journal of Psychiatric Nursing. 2014; 5(3): 160-3.
124. Duman ZÇ, Bademli K. Kronik Psikiyatri Hastalarının Aileleri: Sistemik Bir İnceleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2013; 5 (1).

125. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*. 1980; 219-39.
126. Şahin N, Durak A. Üniversite Öğrencileri İçin Bir Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1995; 10 (34): 56-73.
127. Koukia E, Madianos M. Is psychosocial rehabilitation of schizophrenic patients preventing family burden? A comparative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2005; 12 (4): 415-22.
128. Chien WT, Chan SW, Morrissey J. The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*. 2007; 16 (6): 1151-61.
129. Hsiao CY, Tsai YF. Factors of caregiver burden and family functioning among Taiwanese family caregivers living with schizophrenia. *Journal of clinical nursing*. 2014.
130. Akalın AE. Türkiye'de Ev Hizmetlerinde Çalışan Göçmen Kadınların Toplumsal ve İktisadi Varoluş Stratejileri Üzerine Sosyolojik Bir Analiz. 2014.
131. Ali Ü. Geleneksel Türk Ailesinde Çocuk ve Çocukla İlgili İnanç Felsefesi: Kirgizistan Örneği. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2015 (35).
132. Bingöl O. Toplumsal Cinsiyet Olgusu ve Türkiye'de Kadınlık. 2014.
133. Caqueo-Úrizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Ferrer-García M, Peñaloza-Salazar C, Richards-Araya D, Cuadra-Peralta A. Attitudes and burden in relatives of patients with schizophrenia in a middle income country. *BMC family practice*. 2011; 12 (1): 101.
134. Roick C, Heider D, Bebbington PE, Angermeyer MC, Azorin J-M, Brugha TS, et al. Burden on caregivers of people with schizophrenia: comparison between Germany and Britain. *The British Journal of Psychiatry*. 2007; 190 (4): 333-8.
135. Igberase OO, Morakinyo O, Lawani AO, James BO, Omoaregba JO. Burden of care among relatives of patients with schizophrenia in midwestern Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry*. 2012; 58 (2): 131-7.
136. Onwumere J, Kuipers E, Bebbington P, Dunn G, Freeman D, Fowler D, et al. Coping styles in carers of people with recent and long-term psychosis. *The Journal of nervous and mental disease*. 2011; 199 (6): 423-4.
137. Chadda RK, Singh TB, Ganguly KK. Caregiver burden and coping: a prospective study of relationship between burden and coping in caregivers of

patients with schizophrenia and bipolar affective disorder. Soc Psychiatry
Psychiatr Epidemiol. 2007; 42 (11): 923-30.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş

Erman YILDIZ 12 Haziran 1986 tarihinde Pertek’ de doğdu. İlköğretim, lise ve üniversite öğrenimini Elazığ’da tamamladı. 2008 yılında Elazığ Sağlık Yüksekokulu Sağlık Memurluğu Bölümü’ nden mezun oldu. 2009-2013 yılları arasında Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Cerrahi Kliniğinde görev yaptı. 2013’ de ÖYP kapsamında İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu’ nda Araştırma Görevlisi kadrosunda göreve başladı. Yine aynı yıl İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Programı’ nda yüksek lisans eğitimine başladı. Halen ÖYP kapsamında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktadır.

EK-2. Soru Formu

Bu araştırma kronik psikiyatri hastalarına bakım verenlerin bakım yükleri ve baş etme düzeylerinin belirlemek amacıyla yapılacaktır. Araştırmanın amacına ulaşması için ankete vereceğiniz yanıtlardaki içtenliğiniz büyük önem taşımaktadır. Alınan tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

<u>BAKIM VERENİN:</u>
1.Yaşınızı belirtiniz
2.Cinsiyetinizi belirtiniz? a) Kadın b) Erkek
3.Medeni durumunuzu belirtiniz? a) Bekar b) Evli
4. Size göre aile tipinizi belirtiniz? a)Çekirdek (anne- baba, çocuklar) b)Geniş (anne- baba, çocuklar, aile büyükleri, akrabalar) c) Diğer (anne baba ayrı/boşanmış)
5.Eğitim düzeyinizi belirtiniz? a)Okur-yazar değil b)Okur-yazar c)İlkokul d)Ortaokul e)Lise f)Üniversite
6.Çalışma durumunuzu belirtiniz ? a) Çalışıyor b) Çalışmıyor
7. Aylık gelir düzeyinizi nasıl tanımlarsınız? a) İyi b) Orta c) Kötü
8. Bakım verdiğiniz kişi devlet/herhangi bir kurumun verdiği sosyal yardımdan faydalaniyor mu? a) Evet b) Hayır
9. Bakım verdiğiniz kişiye sizden başka aile üyelerinden destek olan başka kişiler var mı? a) Anne-Baba b) Kardeş c) Akrabalar
10. Hastanıza yakınlık durumunuz nedir? a) Eş b) Çocuk c) Anne d) Baba e) Kardeş f) Diğer
11.Hastanıza bakım verdiğiniz sürede sizde ek bir rahtsızlık oluştu mu? a) Evet (Belirtiniz) b) Hayır
12. Ailenizde başka kronik hastalığı olan var mı? a)Evet.....(Belirtiniz) b)Hayır
13. Ailenizde bakımından sorumlu olduğunuz başka kişiler var mı? a) Evet.....(Belirtiniz) b) Hayır
14. Mevcut kronik ruhsal hastalıkla ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı? a) Evet b) Hayır

<u>HASTANIN :</u>
1. Yaşını belirtiniz
2. Tanısını belirtiniz
3. Hastanın cinsiyetini belirtiniz? a) Kadın b) Erkek
4.Hastanın medeni durumunu belirtiniz? a) Bekar b) Evli
5.Hastanın eğitimi düzeyini belirtiniz? a)Okur-yazar değil b)Okur-yazar c)İlkokul d)Ortaokul e)Lise f)Üniversite
6. Çalışma durumunu belirtiniz? a) Çalışıyor b) Çalışmıyor
7.Kaç yıldır hasta olduğunu belirtiniz?:.....
8.Hastaneye yatış sayısını belirtiniz?:.....

EK-3. Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeği

ZARİT BAKICI YÜKÜ ÖLÇEĞİ	Beni hiç tanımlıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
1. Yakınınızla geçirdiğiniz zaman nedeniyle kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını hisseders misiniz?	1	2	3	4	5
2. Yakınıza bakma ve aileniz ya da işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseders misiniz?	1	2	3	4	5
3. Yakınınızla birlikteyken kırgınlık hisseders misiniz?	1	2	3	4	5
4. Yakınınızın şu anda ailenizin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
5. Yakınınızın geleceğiyle ilgili korkuyor musunuz?	1	2	3	4	5
6. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
7. Yakınınızla birlikteyken kısıtlanmış hisseders misiniz?	1	2	3	4	5
8. Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
9. Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
10. Yakınınıza bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
11. Yakınınız yüzünden arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?	1	2	3	4	5
12. Yakınınızın, sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
13. Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınınıza bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
14. Yakınınızın hastalığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
15. Yakınınızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?	1	2	3	4	5
16. Yakınınızla ilgili ne yapacağınız konusunda kararsız hisseders misiniz?	1	2	3	4	5
17. Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
18. Yakınınızın bakımıyla ilgili daha iyisini yapabilirdim diye düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
19. Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınızın bakımıyla ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?	1	2	3	4	5

EK-4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini (X) koyarak işaretleyin. BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA...				
	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Uygun	Tamamen Uygun
1.Kimsenin bilmesini istemem	0	1	2	3
2.İyimser olmaya çalışırım	0	1	2	3
3.Bir mucize olmasını beklerim	0	1	2	3
4.Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım	0	1	2	3
5.Başta gelen çekilir diye düşünürüm	0	1	2	3
6.Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	0	1	2	3
7.Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim	0	1	2	3
8. Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	0	1	2	3
9.İçinde bulunduğum kötü durumu, kimsenin bilmesini istemem	0	1	2	3
10.Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum	0	1	2	3
11.Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam	0	1	2	3
12.Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	0	1	2	3
13.İş olacağına varır diye düşünürüm	0	1	2	3
14.Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım	0	1	2	3
15.Problemin çözümü için adak adarım	0	1	2	3
16.Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	0	1	2	3
17.Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	0	1	2	3
18.Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	0	1	2	3
19.Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım	0	1	2	3
20.Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım	0	1	2	3
21.Mücadeleden vazgeçerim	0	1	2	3
22.Sorunun benden kaynaklandığını Düşünürüm	0	1	2	3
23.Hakkımı savunabileceğimi düşünürüm	0	1	2	3
24.Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim	0	1	2	3
25. “Keşke daha güçlü bir insan olsaydım” diye düşünürüm	0	1	2	3
26.Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissediyorum	0	1	2	3
27. “Benim suçum ne?” diye düşünürüm	0	1	2	3
28. “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm	0	1	2	3
29.Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	0	1	2	3
30.Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.	0	1	2	3

EK-5. Etik Kurul Onay Sayfası**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kronik Psikiyatri Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Yükleri ve Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2015/20

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	İnönü Üniversitesi Merkez Kampüsü, 44280, Malatya, Türkiye
	TELEFON	+90 422 341 06 60 / 1219
	FAKS	+90 422 341 00 36
	E-POSTA	inu.dhek@inonu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Rukuye AYLAZ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksek Okulu			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MALATYA			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	☐		
		Diğer ise belirtiniz			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Rıfat KARLIDAĞ
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kronik Psikiyatri Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Yükleri ve Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2015/20

DEĞERLENDİRİLE N BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	SİGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐			
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐			
	ILAN	☐			
	YILLIK BİLDİRİM	☐			
	SONUÇ RAPORU	☐			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐			
	DİĞER:	☐			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/20	Tarih: 11.03.2015			
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.				

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Rıfat KARLIDAĞ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Rıfat KARLIDAĞ	Psikiyatri	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Metin GENÇ	Halk Sağlığı	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Saim YOĞLU	Biyoistatistik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Türkan TOĞAL	Anesteziyoloji ve Rea.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. İbrahim ŞAHİN	İç Hastalıkları	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Seda TAŞDEMİR	Tıbbi Farmakoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Derya DOĞAN	Çocuk Sağlığı ve Hast.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Özden KAMIŞLI	Nöroloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Hakan HARPUTLUOĞLU	Onkoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Rıfat KARLIDAĞ
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kronik Psikiyatri Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Yükleri ve Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2015/20

Doç. Dr. Ergül ALÇİN	Fizyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	Katılmış
Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ	Tıp Tarihi ve Etik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	Katılmış
Dr. Mahmut Barkın AKGÜL	Tıp Doktoru	Halk Sağlığı Müdürlüğü	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	Katılmış
Metin TAY	Eczacı	Serbest Eczacı	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	Katılmış
Zafer ERGÜZEL	Hukuk	İnönü Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	Katılmış
Hasan KONAN	Sivil Üye	MSD Ltd. Şti.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Katılmış

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

EK-6. Turgut Özal Tıp Merkezi İzin Formu

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ
Başhekimliği

Sayı : 68636013/BH/770- 1193
Konu : Uygulama İzni

MALATYA
13 SUBAT 2015

REKTÖRLÜK MAKAMI (Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)

İlgi: 04/02/2015 tarih ve 296 sayılı yazınız

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik yüksek lisans öğrencisi Erman YILDIZ' ın "Kronik Psikiyatri Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Yükleri ve Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışması hakkındaki ilgi sayılı yazınıza istinaden;

Hastanemiz Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanlığının konu ile ilgili cevabi yazısı yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Ali ÖZER
Başhekim, a.
Başhekim Yrd.

Ek:
İlgili Anabilim Dalı Başkanlığı yazısı (1 Sayfa)

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ	
13 Subat 2015	
2165	2

16.02.2015 627
İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi 44315 MALATYA
Pbx: (0 422) 341 06 60 Faks: (0 422) 341 07 28 - (0 422) 341 07 36
e-posta: totm@inonu.edu.tr Elektronik Ağ : http://totm.inonu.edu.tr

Bilgi için:



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü
Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 93721293/ 78

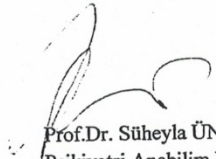
11.02.2015

Konu : Uygulama İzni

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 09.02.2015 tarih ve 770-1061 sayılı yazınız.

İlgi yazınız incelenmiş olup, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik yüksek lisans öğrencisi Erman YILDIZ' ın "Kronik Psikiyatri Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Yükleri ve Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu yüksek lisans tezi ile ilgili anket çalışmasını yapması Anabilim Dalı Başkanlığımızca uygun bulunmuştur.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.


Prof.Dr. Süheyla ÜNAL
Psikiyatri Anabilim Dalı
Başkanı

770/1061. 11.02.15