

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

**ŞİZOFRENİ HASTALARININ SOSYAL İŞLEVSELLİKLERİ VE
HASTALARA BAKIM VEREN YAKINLARININ BAKIM YÜKÜ**

Yunus KAYA

Psikiyatri Hemşireliği Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ANKARA
2013**

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

**ŞİZOFRENİ HASTALARININ SOSYAL İŞLEVSELLİKLERİ VE
HASTALARA BAKIM VEREN YAKINLARININ BAKIM YÜKÜ**

Yunus KAYA

Psikiyatri Hemşireliği Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Fatma ÖZ

**ANKARA
2013**

Anabilim Dalı : Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Program : Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Tez Başlığı : Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım
Veren Yakınlarının Bakım Yükü

Öğrenci Adı-Soyadı : Yunus KAYA

Savunma Sınavı Tarihi : 12.09.2013

Bu çalışma jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Yard. Doç. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK

(Başkent Üniversitesi)

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Fatma ÖZ

(Hacettepe Üniversitesi)

Üye : Doç. Dr. Satı Demir

(Gazi Üniversitesi)

Üye : Yard. Doç. Dr. Figen ARI İNCİ

(Niğde Üniversitesi)

Üye : Yard. Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ

(Hacettepe Üniversitesi)

ONAY:

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

Prof. Dr. Ersin FADILLIOĞLU

Müdür

TEŞEKKÜR

Sayın Prof. Dr. Fatma ÖZ, tez danışmanım olarak tez dönemim boyunca gerek bilgi, yol gösterici gerekse manevi destekte bulunmuş ve çalışmanın her aşamasında değerli eleştirileri ve deneyimleri ile katkıda bulunmuştur.

Sayın Yard. Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ, yüksek lisans eğitimim boyunca gerek ders dönemi gerekse tez çalışmam boyunca bilgi, değerli eleştirileri ile yol gösterici olmuşlardır ve manevi destekte bulunmuştur.

Bu çalışmanın asıl var olma sebebi olan şizofreni hastası bireyler ve onların her zaman destekçisi olan değerli hasta yakınları kıymetli zamanlarını ayırmışlar ve çalışmaya katkıda bulunmuşlardır.

Veri toplama döneminde Şizofreni Hastası ve Yakınları Dayanışma Derneği yöneticileri ve dernek üyeleri, değerli meslektaşlarım, diğer sağlık personelleri ve tüm klinik ve poliklinik çalışanları tüm içtenlikleri ile yardımlarını esirgememiştir.

Yüksek lisans eğitimim boyunca yanımda olan değerli çalışma arkadaşlarım Arş. Gör. Sevcan TOPTAŞ ve Arş. Gör. Adeviye AYDIN'a ve tez dönemim boyunca yanımda olan tüm çalışma arkadaşlarım manevi desteklerini esirgememişler ve hep yanımda olmuşlardır.

Bu yaşıma kadar hep yanımda olan ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen babam Hüseyin KAYA, annem Hürü KAYA ve ablam Nuran KAYA' ya sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

Kaya, Y., Şizofreni hastalarının sosyal işlevsellikleri ve hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013. Araştırma, şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik düzeylerini, bakım veren yakınlarının yük duygusunu ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Ankara, Gazi, Hacettepe Üniversite Hastanesi, Atatürk ve Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenimahalle Devlet Hastanesi, Şizofreni Hasta ve Yakınları Dayanışma Derneği'nden seçilen 130 hasta yakını ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak “Hasta ve Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri Bilgi Formu”, “Zarit Bakıcı Yük Ölçeği” ve “Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği” kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde normallik varsayımı için Shapiro Wilk, iki ortalama arasında farkın anlamlılık testi ve tek yönlü varyans analizi, sosyal işlevsellik ve yük duygusu arasındaki korelasyona bakmak için Pearson Korelasyon Katsayısı testi kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre; hastalara bakım veren yakınlarının orta düzeyde (55.80 ± 15.90) yük duygusuna sahip olduğu, hastaların sosyal işlevselliklerinin orta düzeyde (49.96 ± 16.34) olduğu ve hastaların sosyal işlevsellik puan ortalamaları ile bakım veren hasta yakınlarının yük puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Hastalarının yaşı, eğitim ve çalışma durumu, çalışan hastaların işi, ilaçlarını düzenli kullanma ve kontrollerine düzenli gelme durumu, bakım verenlerin yaşı, medeni durumu, hastaya yakınlık, çalışma ve gelir durumu, evde yaşayan kişi sayısı, hasta ile geçirilen zaman, hastalığı bilme, yakınlarında başka ruhsal hastalığı olan birey varlığı, dernek üyesi olma ya da aile eğitimlerine katılma durumuna göre bakım verenin yük duygusunda anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır. Hastaların eğitim ve çalışma durumu, ilaçlarını düzenli kullanma ve kontrollerine düzenli gelme durumu, madde kullanımı ve kullanılan madde türünün sosyal işlevsellik puanlarında anlamlı farklılığa neden olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda, psikiyatri hemşirelerinin bakım verenlerin yaşadıkları yük duygusunu azaltmak için gerekli psikososyal müdahaleleri ve hastaların sosyal işlevsellik düzeylerini arttıracak psikososyal beceri eğitimlerini planlamaları önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, sosyal işlevsellik, bakım veren, bakım yükü

ABSTRACT

Kaya, Y., The social functionality of schizophrenic patients and the burden experienced by their caregivers, Master Thesis, Psychiatric Nursing Program, Institute of Health Sciences, Hacettepe University, Ankara, 2013. This descriptive study was carried out to determine the social functionality levels of the schizophrenic patients, the burden experienced by their caregivers. The universe comprised of 130 caregivers selected from the Ankara, Gazi, Hacettepe University Hospitals, Atatürk and Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospitals, Yenimahalle State Hospital, and the Schizophrenic Patients and Relatives Solidarity Society. For data collection “Patient and Caregiver Identification Form”, “Zarit Caregiver Burden Scale” and “Schizophrenic Patients Functional Recovery Scale” were used. For the normality assumption in data evaluation, the Shapiro-Wilks test, for the significance difference between two means, and one way variance analysis, and for correlation Pearson Correlation Coefficient Test were used. The study results revealed that caregivers’ burden level was medium relatives (55.80 ± 15.90), and the patients’ social functionality was also medium (49.96 ± 16.34), and there was a negative medium level correlation between the social functionality average points of the patients and the average burden points of the caregiver patient relatives. It was determined that there was statistically important difference between points according to age, education and employment status of the patients, job of working patients, regular drug use and medical visits, caregiver age, civil status, relation with the patient, employment and income level, number of family members, time spent with the patient, knowledge about disease, existence of other mentally ill patients in the family, society membership and regular attendance to family education sessions. Education and employment of patients, regular drug use and medical visits, substance addiction and substance type caused statistically important difference between social functionality levels of patients. In light of these results, psychiatric nurses one suggested to plan necessary psychosocial interventions to diminish burden levels of caregivers and psychosocial skill training sessions to improve social functionality levels of patients.

Keywords: Schizophrenia, social functionality, caregiver, burden of care

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLO LİSTESİ	x
ŞEKİLLER	xi
1.1. Problem Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırma Soruları	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Şizofreni:	6
2.1.1. Sıklık ve Yaygınlık	6
2.1.2.Etiyoloji	7
2.1.3.Belirtiler	7
2.1.4. Türleri	7
2.1.5. Tedavi	8
2.2. Şizofreni ve Sosyal İşlevsellik	9
2.3. Şizofreni ve Aile:	11
2.4. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Yükü	12
2.5. Şizofreni Hastalarının ve Bakım Verenlerin Gereksinimlerinin Karşılmasında Psikiyatri Hemşiresinin Rolü	15
3.GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1.Araştırmanın Şekli	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	19
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	20
3.4. Örneklemeye Dâhil Etme Kriterleri	21
3.5. Verilerin Toplanması	21
3.5.1. Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu (Ek-2):	21

3.5.2. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği (Ek-3):	21
3.5.3. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) (Ek-4):	23
3.6. Ön Uygulama	24
3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	24
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	25
4.BULGULAR	26
4.1. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin ve hastaların tanıtıcı özellikleri	26
4.2. Şizofreni hastalarının işlevsel iyileşme ve bakım verenlerin yük puan ortalamaları	32
4.3. Hastaların tanıtıcı ve hastalık özelliklerine göre bakım verenlerin bakıcı yük ölçeği puan ortalamaları	33
4.4. Bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri ve bakım verme sırasında yaşadıkları sorunlara göre yük puan ortalamaları	41
4.5. Şizofreni hastalarının tanıtıcı ve hastalık özelliklerine göre sosyal işlevsellik puan ortalamaları	54
4.6. Şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik puanları ile bakım verenlerin yük puanları arasındaki ilişki	61
5.1. Şizofreni hastalarının tanıtıcı özellikleri ile bakım verenlerin yük duygularının karşılaştırılması	64
5.2. Şizofreni hastalarının hastalık özellikleri ile bakım verenlerin yük duygularının karşılaştırılması	67
5.3. Bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri ile yük duygularının karşılaştırılması	68
5.4. Bakım verenlerin bakım verme sırasında yaşadıkları sorunlar ile yük duygularının karşılaştırılması	73
5.5. Şizofreni hastalarının tanıtıcı özelliklerine göre sosyal işlevsellik puan ortalamaları	74
5.6. Şizofreni hastalarının hastalık özelliklerine göre sosyal işlevsellik puan ortalamaları	76
5.7. Şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik puanları ile bakım verenlerin yük duygusu arasındaki ilişki	78
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	79

6.1. Sonuçlar	79
6.2. Öneriler	83
KAYNAKÇA	85
EKLER	
Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu	
Ek 2. Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu	
Ek 3. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği	
Ek 4. şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (şilö)	
Ek 5. Yenimahalle Devlet Hastanesi İzin Yazısı	
Ek 6. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi İzin Yazısı	
Ek 7. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesi İzin Yazısı	
Ek 9. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı	
Ek 10. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı	
Ek 11. Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi Cebeci Araştırma Uygulama Hastanesi İzin Yazısı	
Ek 12. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yazısı	

TABLO LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 4.1. Hastalara bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri	27
Tablo 4.2. Hastalara bakım verenlerin yaşadıkları sorunlar	29
Tablo 4.3. Şizofreni hastalarının tanıtıcı özellikleri	31
Tablo 4.4. Şizofreni hastalarının işlevsel iyileşme ölçeği ve bakım verenlerin bakıcı yük ölçeği puan ortalamaları	33
Tablo 4.5. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre bakım verenlerin bakıcı yük ölçeği puan ortalamaları	34
Tablo 4.6. Hastaların hastalık özelliklerine göre bakım verenlerin bakıcı yük ölçeği puan ortalamaları	38
Tablo 4.7. Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre bakıcı yük ölçeği puan ortalamaları	42
Tablo 4.8. Bakım verenlerin bakım verme sırasında yaşadıkları sorunlara göre bakıcı yük ölçeği puan ortalamaları	51
Tablo 4.9. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre işlevsel iyileşme puan ortalamaları	55
Tablo 4.10. Hastaların hastalık özelliklerine göre işlevsel iyileşme puan ortalamaları	58
Tablo 4.11. Şizofreni hastalarının sosyal işlevsellikleri ile bakım verenlerin yük ilişkisi	62

ŞEKİLLER

Sayfa

Şekil I Şizofreni Hastalığında Klinik Bulgular

10

1.GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı

Şizofreni; genellikle genç yaşta başlayıp, her iki cinsiyette ve her toplumda görülen, iyileşme ve yinelemelerle süreğen olarak devam eden kronik ruhsal bir hastalıktır. Şizofreni, bireylerde duygu, düşünce, bellek, hareket, davranış, kişiler arası ilişkiler, işlevsellik ve gerçeği değerlendirme yetisini bozan ve gerçeklerden uzaklaşarak içe çekilme yaşadığı, önemli oranda ruhsal ve toplumsal yeti yitimine yol açan bir hastalıktır (36, 69, 103).

Şizofreni hastası bireyin gerçeği değerlendirme yetisinin bozulması toplumsal ilişkilerinde sorunlara, işlevsellik düzeyinde azalmaya bunların sonucu olarak bireyin eğitimine/işine devam edememesi, yasal sorunlar yaşaması, kendine ve çevresine zarar vermesi gibi durumlara neden olmaktadır. En önemlisi ise bireyin neden olduğu bu sorunları çoğu zaman gerçekçi değerlendirememekte ve kabullenmemektedir (11, 36, 38, 69, 76, 103). Bu durum ise bireyin aile tarafından dikkatli biçimde desteklenmesi, kontrol edilmesi ve korunması gibi gereklilikler ortaya çıkarmaktadır. Böylece şizofreni; bireyin hastalığı olmaktan çok ailenin hastalığı haline gelmektedir (4, 16, 26, 76).

Sistem modeline göre sağlıklı aile üyeleri yaşam boyunca birbirlerini destekler ve geliştirirler. Aldıkları bu sosyal destekle kendi içinde sorunlarla etkili bir şekilde baş etmeye çalışırlar (15, 33). Ancak zaman zaman sorunlar çözümlenemeyip kriz aşamasına gelebilmekte ve bir çok travmalar yaşanabilmektedir. Sağlıklı ailelerin bile bazen sorunlarla etkin bir şekilde baş edemeyebileceğini düşünüldüğünde ruhsal hastalığı olan bir üyeye sahip ailede baş etme sorunları daha sık yaşanmaktadır (16, 33).

Aile bir sistem olarak düşünüldüğünde, bu sistemin bir parçası olan şizofreni tanısı alan hasta birey, yaşadığı bir çok sıkıntılarla aileyi de olumsuz olarak etkilemektedir. Şizofreni tanısı alan bireyin kendine ve aileye karşı sorumluluklarını yerine getirememesi nedeniyle aileden başka bir üye, onun rollerini ve sorumluluklarını üstlenmektedir. Bu sorunlarla birlikte ayrıca hasta olan bireye bakım verme rolü de aile üyelerinin üzerine düşmektedir. Bu yüzden aileden birinin ruhsal hastalığının bulunması özellikle şizofreni tanısı alması, ailenin diğer üyeleri

için büyük stres kaynağı olabilmektedir. Çünkü aile; başlangıçta hastalığın ne olduğunu, nasıl sorunlarla karşılaşacaklarını, herhangi bir etikete maruz kalıp kalmayacağını bilmemesinin yanısıra; ümitsizlik, endişe, korku, suçluluk, diğer aile üyeleri ile çatışma, sosyal ve duygusal destek eksikliği gibi sorunlardaki karşılaşmaktadır (4, 26, 76). İlaç tedavisinin olmadığı zamanlarda hastaların hastanede yatma süresi uzamakta ve işlevselliklerinde azalmalar görülmektedir. Aynı zamanda, aile bağları zedelenmekte ve hastalar daha çok içe dönük bir dünyada yaşamaya başlamaktadır. Böylece hem hasta birey hem de ailesi açısından güçlüklerin birbirini izlediği bir kısır döngü ortaya çıkmıştır (37).

Son 50 yıldır kurum dışı ve toplum temelli tedavi anlayışının benimsenmesi, bunun yanında antipsikotik ilaçların keşfedilmesi hastaların tedavilerinin toplum içinde devam etmesini sağlamıştır. Toplum temelli ve kurum dışı tedavi anlayışının benimsenmesi ve ülkemizde kurumsal destek sisteminin sınırlı olması sonucu şizofreni hasta yakınları hastalıkta birincil bakım veren konumuna gelmişlerdir (3, 77, 91). Taburcu olan hastaların büyük bir kısmı taburcu olduktan sonra ailelerinin ya da akrabalarının yanına dönmek zorunda kalmıştır (3, 35, 91). Bu uygulama bir yönden bakıldığında bu hastalar için iyi bir sonuç getirmiş ve hastalar uygulanan bu ilaç tedavisi sayesinde dışardaki hayatına ve toplum içine dahil olmuştur. Ancak bu durum, hastalar için iyi bir sonuç olurken aileler daha tanımadıkları bir hastalığı olan bu aile üyesinin birincil bakım vericisi durumuna gelmişlerdir ve bu durum aileler için olumsuz sonuçlar getirmiştir. Bu duruma ek olarak, ülkemizde ruhsal hastalığı yaşayan bireyler ve aileler için kurumsal desteğin sınırlı oluşu, gerektiğinde uzman sağlık personeline ulaşımın güçlüğü, ailelerin yaşadıkları sıkıntıları daha da arttırabilmektedir (37, 38). Şizofreninin belirtileri, yeti yitimi, hastalık süreci sadece hastayı etkileyen bir rahatsızlık olmamakta aynı zamanda aileye ve topluma maddi ve manevi yük getirmektedir (37, 102). Evdeki bir aile üyesinin hastalanması sonucu rollerin ve düzenin değişmesi, hasta bireyin rollerini ve bakımını da diğer aile üyelerinin yapması, ailenin yaşadığı duygusal, fiziksel, ekonomik zorluklar bakım verenlerde yük duygusunun oluşmasına sebep olabilir (18, 37, 42).

Yük kavramı objektif ve subjektif yük duygusu olarak açıklanabilir. Objektif yük duygusu; bakım verenlerin hasta bireyin rollerini de yerine getirmeleri sonucunda yaşadıkları fiziksel ve ekonomik sıkıntılardır. Subjektif yük duygusu ise

bakım veren aile üyelerinin ve diğer aile üyelerinin yaşadıkları suçluluk, öfke, kızgınlık, depresyon, ümitsizlik gibi duygusal sıkıntılardır (42, 62).

Gülseren ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma (38) bakım verenin objektif ve subjektif yük duygusu; hem bakım verenin hem de hasta bireyin özelliklerinden etkilendiğini göstermektedir. Bunlar; bakım verenin yaşı, cinsiyeti, ekonomik durumu, bakım verme süresi, sosyal destek sistemlerinin eksikliği, sağlık personeline ulaşamamaları; hastanın ise cinsiyeti, çalışma durumu, hastalığın gidişatı, hastaneye yatış sayısı ve hastanede kalınan gün sayısıdır (38).

Bir başka çalışmada ise, bakım verenin yükünü en fazla arttıran etmenlerin başında hasta bireyin eski işlevselliğini kaybedip kendine ait iç dünyasında yaşamasının olduğunu ifade etmektedir (91). Hastanın eski işlevselliğini kaybetmesi bakım verenler için hem objektif hem de subjektif yük duygusunun oluşmasına sebep olmaktadır (3, 37, 38, 51).

Bakım veren kişiler, hastalığın ne olduğunu ve semptomlarla nasıl başa çıkabileceklerini bilmediklerinden ve hastaların davranışlarını kestiremediklerinden oldukça zorlanırlar ve çoğu zaman olumsuz baş etme yöntemlerini kullanırlar (54, 101). Bu yöntemler; hastadan kaçınma, hastayı kendi haline bırakma, aşırı koruyucu-kollayıcı tavır davranma, hastalığı numaradan yaptığını düşünme olabilmektedir (80). Bu düşünceler hasta yakınlarının hastaya karşı eleştirel ve düşmanca tavırlar takınmalarına yol açmaktadır. Bu gibi olumsuz baş etme biçimleri bakım verenin yük duygusunu arttırırken, hasta bireyin hastalığının tekrarlamasına da yol açabilir. Bakım verenler için yük duygusunun oluşmasına neden olan bir diğer etken de kısır bir döngü içinde hastalığın sürekli iyileşmeler ve ataklar halinde ortaya çıkması ve hastalığın kronik seyirli ve tekrarlayıcı olmasıdır. Bu durum, bakım vereni de çaresizliğe ve yalnızlığa götürebilmektedir (24, 94).

Gelişmekte olan ülkelerde ve ülkemizde kurumsal desteklerin sınırlı olması şizofreni hastalığının tedavi ve izleminde sorunlar yaşatmaktadır. Şizofreni tedavisinde günümüzde kullanılan yeni antipsikotikler tedavide iyi sonuçlar getirmiş olsa da tam bir iyileşmeden söz etmek zor olabilmektedir. Çünkü; ilaç tedavisinin yanında hasta ve ailesinin ruhsal/toplumsal beceri eğitimi ile desteklenmesi gerekmesine karşın bu yaygın bir hizmet değildir. Bu nedenle verilen ilaç tedavisi hastaların sağaltımında yetersiz kalabilmekte ve bu da tedavinin başarı oranı

azalmaktadır (67, 101, 102, 104). Yapılan araştırma sonuçlarına bakıldığında, hastalara uygulanan psikososyal beceri eğitimlerinin ve hasta yakınlarına uygulanan psikoeğitimlerin hem hasta hem de hasta yakını açısından olumlu sonuçlar getirdiği görülmektedir. Psikososyal beceri eğitimlerinin hastaların yaşam kalitesini, tedaviye olan uyumunu arttırdığı, tekrarlı yatış oranını azalttığı, ailesel ve toplumsal ilişkilerini geliştirdiği, rol ve sorumluluklarını yerine getirmede daha iyi bir konuma getirdiği ortaya konmuştur. Hasta yakınlarına uygulanan psikoeğitimler sonucunda; hasta yakınlarının hastaya bakım güçlüklerinin azaldığı, hastalığı daha iyi öğrendikleri, hastalık semptomlarını etkin olarak ele aldıkları, hastalık ve yaşanan sıkıntılar karşısında daha etkili baş etme yöntemleri geliştirdikleri görülmüştür (27, 89).

Bakım verenlerin bakım verme sürecinde yaşadıkları stres ve yük duygusu kendilerinin de hem fiziksel hem de ruhsal hastalık yönünden risk altında olmasına yol açmaktadır. Bakım verenler için anksiyete, insomnia ve depresyon gibi rahatsızlıklar önemli bir risk faktörleridir (66, 81). Bu bağlamda koruyucu ruh sağlığı açısından psikiyatri hemşirelerinin ya da bu alanda çalışan hemşirelerin hastaların yanında bakım veren aile üyelerini de ele almaları ve değerlendirerek uygun müdahaleleri planlamaları önemlidir.

Literatür incelendiğinde teşhisin konmasından sonra hastalık, aile ve hasta için büyük bir stres kaynağı olmaktadır. Ailelerin yaşadığı stres hastalığın ve hastalık sürecinin nasıl olacağını, sorunlarla nasıl baş edeceklerini bilmemelerinden kaynaklanabilmektedir. Lim ve arkadaşları (54) yaptıkları çalışmada; bakım verenin hastalık hakkında bilgisi ne kadar az ise hasta yakınlarının daha fazla olumsuz baş etme yöntemlerini kullandığını ve bunun da ailenin öznel yük duygusunu arttırdığını bulmuşlardır (54).

Psikiyatri hemşireleri hastalık sürecinde aileye bu sürecin nasıl olacağı ve bununla nasıl baş edecekleri konusunda verecekleri psikoeğitimle hasta yakınlarının umutsuzluğa düşmesini engelleyecek biçimde olmalıdır. Bakım verenin yük duygusunu etkileyen faktörlerden biri; hastanın sosyal işlevselliğinde meydana gelen bozukluklardır. Psikiyatri hemşiresi eğitici ve danışmalık rolleri ile hasta ve yakınlarına psikososyal beceri eğitimi verebilir. Böylece hastanın eski işlevselliğini tekrar kazanması ile bakım verenin yük duygusunun azaltılması da sağlanabilir.

Bu çalışmada, şizofreni hastalarına bakım verenlerin bakım verme sürecinde algıladıkları yükün ne olduğu, hastalarının sosyal işlevsellik düzeylerini nasıl değerlendirdikleri ve algılanan bu yük ile hastalarının sosyal işlevsellik düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma sonuçları, hastanın sosyal işlevsellik düzeylerinin arttırılması ve bakım verenin yük duygusunun azaltılması için gerekli mesleki yardımın sunulmasında psikiyatri hemşirelerine ve diğer ruh sağlığı çalışanlarına yol göstereceği düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, şizofreni hastalarına bakım verenlerin algıladıkları yükün ve hastaların sosyal işlevselliklerinin ve ikisi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

1.3. Araştırma Soruları

Bu çalışma sonucunda şu sorulara yanıt aranacaktır;

1-Şizofreni hastalarına bakım verenlerin algıladıkları yük nasıldır?

2-Bakım verenlerin değerlendirmesiyle hastaların sosyal işlevsellikleri nasıldır?

3-Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine ve bakım verme sırasında yaşadıkları sorunlara göre yük algısı puanları nasıl değişmektedir?

4-Hastanın tanıtıcı ve hastalık özelliklerine göre bakım verenlerin yük algısı puanları nasıl değişmektedir?

5- Hastanın tanıtıcı ve hastalık özelliklerine göre sosyal işlevsellik puanları ve hastalara ilişkin algıladıkları sosyal işlevsellik puanları nasıl değişmektedir?

6- Bakım verenlerin yük algısı ile hastalarının sosyal işlevsellikleri arasındaki ilişki nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni:

Şizofreni hastalığı genç yaşta başlayan, kişinin alışlagelmiş kişiler arası ilişkilerden ve gerçeklerden uzaklaşarak, kendine özgü bir içe kapanma, duyuş, düşünüş ve davranışlarda önemli bozuklukların yaşandığı kronik olarak seyreden ağır bir ruhsal hastalıktır (45, 49, 61, 69, 90). Bleuler, hastalığın kişinin ruhsal yaşamında yarattığı yarılmaya önem vererek; hastalığa Yunanca kökenli olan “schizein” yarıлма, ayrılma ve “phren” akıl, zihin kelimelerinin birleşimi olan “şizofreni” yani “akıl yarıması” adını vermiştir. Şizofreni böylece zihin bölünmesi/yarıması adıyla kullanılmaya başlanmıştır (61, 69, 79, 90).

2.1.1. Sıklık ve Yaygınlık

Şizofreni; genellikle genç yaşta başlayıp, her iki cinsiyette, her toplumda ve sosyo ekonomik düzeyde görülen, iyileşme ve yinelemelerle süregelen olarak devam eden ruhsal bir hastalıktır (36, 79, 82, 90, 99).

Şizofrenide başlangıç yaşının genellikle 15-40 yaşlar arasındadır ancak daha ileri yaşlarda da ortaya çıkabilmektedir. Hastalık belirtileri ileri yaşlarda görülse de genellikle hastalık gençlik çağında başlamaktadır (61, 69, 79, 90).

Şizofreni hastalığının her iki cinsiyette görülme insidansı aynı olmasına karşın, kadın ve erkekte hastalığın başlangıcı ve seyri konusunda farklılıklar vardır. Erkeklerde başlangıç yaşı kadınlara göre daha erken olmakla birlikte, erkek hastalarda prognozun daha kötü olduğu bilinmektedir. Literatüre bakıldığında erkeklerin kadınlara göre negatif semptomlara daha yatkın olduğu ve işlevsellik alanlarında daha fazla yıkıma uğradıkları ve kadınların sosyal işlevselliklerinin daha iyi olduğu gösterilmiştir (45, 49, 69, 79, 82, 99).

Şizofreni Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre toplumda %0.7 oranında görülürken (96), ülkemizde ise Binbay ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma verilere göre % 0.89 oranında görülmektedir (12). Ülkemizde şizofreni özür lülüğ e neden olan 20 hastalık listesinde erkeklerde 9. sırada, kadınlarda ise 11. sırada yer almaktadır (84).

2.1.2.Etiyoloji

Şizofreni tek bir nedene bağlı olmayıp, hastalığın oluşumunda; kalıtsal nedenler, beyinde işlevsel ve yapısal bozukluklar, biyokimyasal faktörler, psikososyal etkenler gibi çoklu etkenlerden söz edilmektedir. Etiyolojinin tek bir nedene bağlı olmaması nedeniyle hastalığın tedavisi de zorlaşmakta ve tedavide çoklu yaklaşımın uygulanmasını gerekli olmaktadır (46, 61, 69, 90).

2.1.3.Belirtiler

Hastaların fiziksel görünüm, konuşma, duygu, düşünce ve davranış alanlarında önemli değişiklikler meydana gelmektedir. Hastalık belirtileri pozitif ve negatif belirtiler olarak iki grupta toplanmıştır (46, 69, 90).

Pozitif belirtiler; sanrılar, varsanılar, düşünce ve davranış bozuklukları olarak tanımlanmaktadır. Düşünce içeriğinde meydana gelen bozukluklar; sanrılar, algılama bozukluğu (halüsinasyon, illüzyon) gibi belirtilerle kendini göstermektedir. Hastanın gerçeği değerlendirme yetisi bozulduğu için iç görüşü de bozulmakta ve hastanın tedaviye olan uyumu da etkilenmektedir. Aynı zamanda hastanın konuşma hızında, içeriğinde, ses tonunda, bozulmalar meydana gelmekte hasta kendine özgü bir dil kullanmaktadır. Düşünce içeriğinde meydana gelen bozulma konuşmalarına da yansımakta ve söylediği şey anlaşılamamaktadır. Bunun yanında hastanın aldığı antipsikotik ilaçlar da konuşma bozuklukları, hastanın ilgi ve dikkatinde azalmalar meydana getirebilmektedir (46, 61, 69, 79, 82, 90).

Negatif belirtiler ise; genel görünümde ilgisizlik, donukluk, çekingenlik, kişisel bakımda yetersizlikler ve dağınıklıklardır. Konuşma ve ilişki kurmada bozukluklar, tek düze ses tonu ve duygularını belli etmeyen iletişim şekli, duygu küntlüğü, soğuk ve ilişki kurma güçlükleri meydana gelmektedir (46, 61, 69, 79, 82, 90).

2.1.4. Türleri

Şizofreni; paranoid, hebefrenik (dağınık), katatonik, rezidüel, ayrışmamış ve basit şizofreni olarak 6 alt türe ayrılmıştır (45, 69).

Paranoid türde düşünce içeriğinde bozukluk baskındır. Başlangıç genellikle yavaş ve geç yaşadadır. Hastalıkta kötülük görme, etkilenme, alınganlık, kuşkuculuk gibi düşünce bozuklukları hâkimdir. Klinik olarak bu türde en fazla perseküsyon ve büyüklük sanrıları mevcuttur ve tedaviye en iyi yanıt veren alt türdür (45, 69).

Hebefrenik (dağınık) tür; genç yaşta başlayan, hastalık belirtilerinin daha renkli olduğu hastalıkta pozitif ve negatif olarak adlandırılan belirtilerin daha fazla olduğu alttürüdür. Sanrılar, varsanılar, kişilikte yıkım, kişiler arası ilişkilerde ve hareket ve davranışlarda bozulmanın daha fazla olduğu alttürüdür (45, 69).

Katatonik türde, daha çok hareket bozuklukları hâkimdir. Hastanın çoğu zaman hareket etmeden uzun süre kaldığı, yemesinin, uyumasının etkilendiği alt tür olarak tanımlanır (45, 69).

Basit şizofreni olarak tanımlanan alt tür yavaş ve sinsi başlayan ve daha çok negatif belirtiler olarak tanımlanan belirtilerin baskın olduğu alttürüdür (45, 68).

Rezidüel (kalıntı) alt tür ise hastanın yaşadığı ataklar sonucu negatif belirtilerin baskın olduğu süreğen şizofreni hastalığıdır. Bu türde birey, değişmeye isteksizdir ve hastalık artık kişilik yapısına dönüşmüştür (45, 69).

Ayrışmamış tür ise şizofreni tanısı koyacak belirtilerin olması ancak hastalığın hangi tür şizofreni olduğunun ayrıştırılamamasıdır (45, 69).

2.1.5. Tedavi

Şizofreni hastalığının tedavisinde klorpromazinin bulunmasıyla bir devrim yaşanmış ve hastaların pozitif belirtileri büyük oranda yatışmıştır. Günümüzde hastalığın tedavisinde tipik ve atipik antipsikotikler kullanılmaktadır. Atipik antipsikotikler hastaların belirtilerinin daha iyi yatışmasına ve daha az yan etki oluşmasına neden olmaktadır. Ancak ilaç tedavisi hastaların negatif belirtilerini ortadan kaldırmak için yeterli olmamakta ve etkin bir tedavi yaklaşımı uygulanmadığında yaşam boyu devam etmektedir. Hastaların negatif belirtileri için ülkemizde çok yaygın olmayan psikososyal beceri eğitimleri uygulanmaktadır. İlaç tedavisi ile birlikte psikososyal beceri eğitimleri ile desteklemek, hastanın hem pozitif hem de negatif belirtilerin üstesinden gelmesini sağlamaktadır. Hastalar ilaç tedavisi ile birlikte psikososyal beceri eğitimi ile desteklenmezse tedavi eksik kalmakta, hastalık tekrarlamaktadır ve hastanın yaşam kalitesi azalabilmektedir.

Oysa sadece hastalığın farmakolojik tedavisi ile değil, hasta bireye psikososyal beceri eğitimi, aile üyelerine sağlanacak eğitim ve desteklerle hastalığın tekrarlanması önlenerek ve hastaların yaşam kalitesi arttırılacaktır (45, 69, 90).

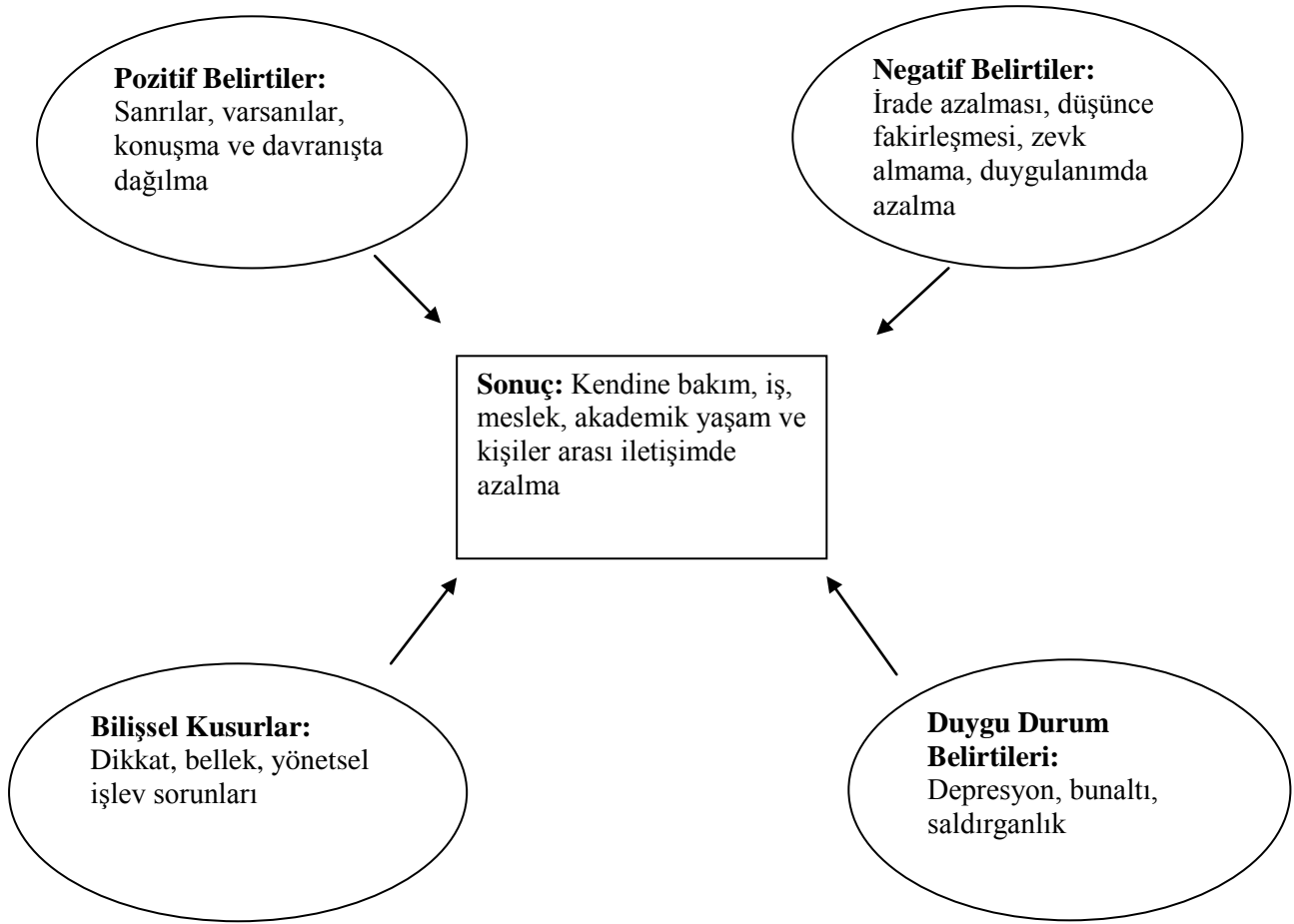
Sonuç olarak, şizofreni hastalığında sadece ilaçlarla olabilecek bir tedavi yaklaşımının benimsenmesi tedaviyi eksik bırakacak, hastanın işlevselliği desteklenmeyecek ve aile üyelerinin bakım yükü artacaktır.

2.2. Şizofreni ve Sosyal İşlevsellik

Şizofreni hastalığının tanılama kriterlerinden biri de hastanın işlevselliğinde meydana gelen bozulmalardır. Şizofreni hastalarının sosyal işlevselliğini değerlendirirken bireyin sosyal sorumlulukları, kişiler arası ilişkilerinde tutarlı bir davranış sergilemesi, günlük ve sosyal aktivitelerinde, iş ve mesleki sorumluluklarını yerine getirmesi, para kontrolünü yapabilmesi ve boş zaman aktivitelerini, tıbbi tedavisini ve ilaç kullanımını yerine getirip getiremediği değerlendirilir. Hastanın sosyal işlevsellik olarak adlandırdığımız bu alanlarda bozukluğun olması hastanın sosyal işlevselliğinin kötüye gittiğini göstermektedir (38, 76, 79).

Şizofreni tanısı konulabilmesi için hastanın işlevselliğinde gerileme iş, toplumsal ilişkiler, akademik yaşantı ve kendine bakım gibi bazı alanlarda önceki düzeye göre bir gerileme ve yıkım oluşması gerekmektedir (11, 69, 99).

Hastalığın başlangıcı genellikle hastaların ilk olarak okul başarısında düşme, arkadaş ilişkilerinin kesilmesi, kişisel bakımına dikkat etmemesi, hastanın iç dünyasına kapanması ve kendi dünyasında yaşamaya başlaması ile olur ve giderek hastanın işlevsellik alanlarında bozulmalar meydana gelir (38, 79). Bu bozulmaların meydana gelmesi, bireyin bağımsız yaşamasını engellemekte ve yaşam doyumunu azaltmaktadır. Hasta bu gibi becerileri yerine getirirken bakım veren kişilerin desteğine ihtiyaç duymaktadır(36, 42, 49,76).



Şekil I Şizofreni Hastalığında Klinik Bulgular (53, 61, 99)

Şekil I de görüldüğü gibi, hastalık sürecinde görülen klinik belirtiler hastanın işlevselliğinde azalmaya yol açmaktadır. Hastalıkta görülen pozitif, negatif belirtiler ve bunun yanında bu belirtilere ek olarak hastanın yaşadığı diğer sorunlar hastanın işlevsellik alanını da olumsuz olarak önemli oranda etkilemektedir. Hastanın işlevselliğinde meydana gelen bu sorunlar; kendine bakım, iş, meslek, akademik yaşam, aile içi ve kişiler arası iletişimde azalma ve sonrasında meydana gelen ihmaller ve bunların yol açtığı önemli sorunlardır (53, 61, 99).

Pozitif belirtiler, negatif belirtilere oranla daha geç ortaya çıkmaktadır. Ancak antipsikotik ilaç kullanımı pozitif belirtileri büyük oranda ortadan kaldırmaktadır. Negatif belirtilerin ise etkin bir tedavisi olmamakla birlikte, etkin bir müdahale

uygulanmadığı takdirde, yaşam boyu devam etmekte ve hastanın sosyal işlevsellik alanında önemli sorunlar doğurmaktadır (11, 49, 79, 99).

2.3. Şizofreni ve Aile:

Şizofreni, sadece hasta bireyi değil, aynı zamanda aileyi ve toplumu etkileyen bir hastalıktır. Hastaneye yatma, tedavi hizmetleri, ilaç kullanımı aile ve toplumu ekonomik olarak doğrudan etkilerken, hastanın işinin ve üreticiliğinin kaybolması, ailenin hastalıkla ilgili geçen zamanı, hastalığın neden olduğu maddi ve manevi sorunlardan dolayı hastalık sadece hasta bireyi değil aynı zamanda aileyi ve toplumu da etkilemektedir (6, 18, 44, 61,75).

Aile bir sistem olarak düşünüldüğünde, bu sistemin bir parçası olan şizofreni hastasının yaşadığı sıkıntıların aileyi de etkilemesi kaçınılmazdır. Bir aile üyesinin hastalanması ve şizofreni hastası olan bireyin bazı yetilerini kaybetmesi ile, aile içindeki roller, sorumluluklar ve aile içi düzen değişmiştir. Bunun sonucunda hastalık aileyi ve üyelerini de olumsuz etkilemektedir. Bazen sağlıklı ailelerin bile sorunlarla etkin bir şekilde baş edemeyebileceğini düşünüldüğünde ruhsal hastalığı olan bir üyeye sahip ailede bu baş etme sorunları daha sık yaşanmaktadır (17, 33, 79).

1950'lerden sonra keşfedilen antipsikotik ilaçlar (klorpromazin) şizofreni hastalarının tedavisinde kullanılmasıyla hastaların büyük oranda psikotik belirtilerinin iyileştiği görülmüştür. Hastaların pozitif belirtilerinin kontrol altına alınabilmesi sonucu depo hastanelerden taburculuklarına başlanmış, toplum destekli tedavi anlayışının benimsenmesi ve hastaların sağaltımlarının toplum içinde devam etmesi için kurum dışı tedavi anlayışı benimsenmiştir. Taburcu olan hastaların büyük bir kısmı ailelerinin ya da akrabalarının yanına dönmek zorunda kalmıştır. Aileler bu durumda hastaların bakımları ile birinci derecede sorumlu kişiler olarak görev almışlardır (8, 28, 32, 87).

Hasta odaklı tedavi anlayışının hâkim olduğu tedavi yönteminde bakım verenler sağlık sistemi içinde bazen yok sayılabilmekte ve ihmal edilmektedir. Hastalar bir kriz içinde ve yeterli iyileşme sağlanmadan kliniklerden taburcu edilmekte, yeterli destek ve kriz yönetimi sağlanmamakta, benzer bir durum yaşandığında hasta ve hasta yakını sağlık sistemine nasıl ulaşacağını bilmeden

taburcu edilmektedir (29). Gelişmekte olan ülkelerde ve ülkemizde hastaların ve hasta yakınlarının ulaşabileceği ve kullanabileceği ruhsal ve toplumsal destekli müdahalelerin, kurumsal kaynakların sınırlı olması, koruyucu evler ve günlük bakım merkezlerinin olmaması nedeniyle aileler çoğu zaman bu hastalığı tek başlarına yaşamaya mahkum edilmiştir (18, 29, 65, 93).

2.4. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Yükü

Şizofreni hiçbir gelişme göstermeden yıllarca sürmesi ve hastanın gereksinimlerinin sonu gelmemesi ile karakterize bir hastalıktır (44). Hastalığın yıllarca sürmesinin yanında şizofreni, bireyde bazı yeti yitimine neden olan ve bireye günlük ve sosyal yaşamda rol ve sorumluluklarını yerine getirmede sorunlar yaşatan bir hastalıktır. Öz bakım yetersizliği ve yeti yitimi nedeniyle kendine bakamayan şizofreni hastalarının yakınlarına önemli sorumluluklar düşmektedir (71).

Ruhsal hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyeleri çoğu zaman hazır olmadıkları bir rolü üstlenmek zorunda kalmışlardır (29). Bu durumda bakım veren hasta yakınları duygusal, psikolojik, fiziksel ve ekonomik olarak etkilenmiş aynı zamanda aile işlevlerinde bozulmalar, hastanın geleceğinin nasıl olacağı, bakım verenlerin kendilerinin yaşlanınca veya hayatta olmayınca hasta ile kimin ilgileceği konusundaki endişesi, hasta yakınının hastalık hakkında bilgisinin az olması ve hastadan utanması, kendini ya da hastayı suçlaması strese yol açabilmektedir (8, 18, 28, 47, 63).

Evdeki bir aile üyesinin hastalanması sonucu rollerin, düzenin değişmesi, hasta bireyin bakımının yanında yerine getirmesi gereken ailesel ve toplumsal rollerini de diğer aile üyelerinin yapması; bu üyelerin duygusal, fiziksel, ekonomik ve sosyal olarak zorluklar yaşamasına ve yük duygusunun oluşmasına sebep olmaktadır (18, 37, 42, 47). Bu durumda ailede yalnızca roller değişmekle kalmaz, ek olarak aile üyeleri bakım verici rollerini de üstlenmelerine neden olur. Bakım vericilerin tüm ilgi ve enerjileri hastalar üzerine yoğunlaşır ve bu da ailenin diğer üyelerinin gereksinim duydukları duygusal desteği görememelerine yol açar. Bu durum aynı zamanda, eşler ve diğer aile üyeleri arasında var olan düzen bozulmakta ve çatışmalar oluşmakta, oluşan çatışmalar sonucunda eşler arasında evliliklerin bitmesine kadar giden sonuçlara yol açmaktadır (5, 28, 47, 53).

Literatürde yük kavramı objektif ve subjektif yük duygusu olarak ikiye ayrılmıştır. Yük kavramını ikiye ayrılmasının nedeni yaşanan sıkıntıların daha net ortaya konması ve bireylerin yaşadığı sıkıntılara yönelik uygun çözüm planlarının getirilmesidir. Objektif yük duygusu hasta bireyin rollerini ve sorumluluklarını yerine getirememesi sonucu bakım verenin yaşadığı fiziksel, ekonomik sıkıntılar, sosyal yaşamın ve günlük aktivitelerin değişmesi olarak tanımlanırken, subjektif yük duygusu bakım verenin yerine getirdiği sorumluluktan dolayı yaşadığı duygusal ve psikolojik sorunların yanında bakım verenlerin yaşadıkları suçluluk, öfke, kızgınlık, depresyon, endişe, kayıp hissi, ümitsizlik gibi duygusal sıkıntılar olarak tanımlanmıştır (8, 32, 42, 52, 62, 71).

Sistem modeline göre sağlıklı aile üyeleri yaşam boyunca birbirlerini destekler ve geliştirirler. Aile üyeleri aldıkları bu sosyal destekle kendi içinde sorunlarla etkili bir şekilde baş etmeye çalışır. Aile üyelerinden herhangi bir aile üyesinin yaşadığı sorunun diğer sistem üyelerini de etkilmesi kaçınılmazdır (17, 33, 79). Aileden birinin ruhsal hastalığının bulunması her aile üyesi için büyük stres kaynağı olabilmektedir. Ailelerin birlikte yaşadıkları aile üyesinin hastalığına tanık olması ve bunu travmatik olarak algılaması aileler için büyük stres kaynağı olmaktadır. Çünkü aile; hastalığın ne olduğunu, nasıl sorunlarla karşılaşacaklarını, herhangi bir etikete maruz kalıp kalmayacağını bilmemekle birlikte; ümitsizlik, endişe, korku, suçluluk, hasta bireyin geleceği için kaygılanma, diğer aile üyeleri ile çatışma, sosyal ve duygusal destek eksikliği gibi sorunlarla karşılaşmaktadır (18, 26, 28, 73). Hasta olan bireylerin aile üyeleri ve komşularla olan sözel veya fiziksel çatışmaları, bağırma atakları, hastanın saldırgan davranışları bakım verenlerde utanç duygusu oluşturmakta ve sosyal çevrenin hastalığı anlamaması, etiketlenmesi ve korkması nedeniyle aile üyeleri karşılıklı sosyal ilişkilerden mümkün olduğunca kaçınmaktadır (23, 44, 50).

Ailelerin yaşadıkları stresörlerle etkili baş etme yöntemlerinden biri sosyal destektir. Sosyal destek, stres altındaki ya da güç durumdaki bireylere çevresindeki insanlar tarafından sağlanan yardım olup bireyin sorunun üstesinden gelmesinde etkin bir başa çıkma yöntemidir. Ancak hastalığın etiketlenmesi, hastalıktan ve hastadan korkulması bakım verenin ihtiyacı olan sosyal desteği zaman zaman sağlayamaz. Aksine hastanın ve ailenin hastalıktan dolayı etiketlenmesi, diğer

bireylerin hastaya ve aileye mesafeli yaklaşımı çoğu zaman ailenin stres düzeyini arttırır. Sonuç olarak, herhangi bir sosyal destek ve kurumsal desteğin olmaması sonucu kronik olan hastalığın yükleri ailelerin omuzlarına yüklenmekte ve bakım verenlerde yük duygusunun oluşmasına neden olmaktadır (29, 65, 92). Literatür incelendiğinde bakım verenin aileden ve sosyal çevresinden aldığı destek seviyesi arttıkça bakım verenin yük duygusunun azaldığı bulunmuştur (23, 39, 65, 92).

Ailenin yaşadığı stres ve yük duygusu, bakım veren bireylerin ruhsal ve fiziksel hastalıklara olan yatkınlığını arttırmakta; bakım verenlere depresyon, uykusuzluk, anksiyete ve umutsuzluk yaşatmaktadır (28). Şengün (81) yaptığı çalışmada, şizofreni hastalarına bakım verenlerin %65'inin, ruhsal sağlık açısından yüksek risk taşıdığını bulmuştur (81). Oldridge ve Hughes (66) yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarına bakım verenlerin anksiyete, insomnia ve depresyon gibi rahatsızlıklar yaşadıklarını belirlemişlerdir (66). Ayrıca, bakım verenlerde depresyon önemli bir risk faktörü olmakla birlikte, şizofreni hastalarına bakım verenlerde depresyonun genel topluma oranla iki kat daha fazla görüldüğünü bulunmuştur (66, 81).

Bakım verenlerin yük duygusunu etkileyen etmenlerden biri de hastaların eski işlevselliklerini kaybedip rol ve sorumluluklarını yerine getirememesidir (21). İşlevselliğin bozulması nedeniyle hastanın günlük ve sosyal yaşamda etkili beceriler gösterememesi, hastanın kendi bakımına ve tedavisine katılamaması sonucunda, bu sorumluluklar aile üyelerinden birine ya da birkaçına kalmaktadır. Bakım verenin hem kendi hem de hastanın sorumluluğunu alması, oldukça fazla rolü üstlenmesine ve yük duygusunun oluşmasına neden olmaktadır (49, 76, 79, 97).

Hjarthag ve arkadaşları (41) yaptıkları çalışmada, hastanın işlevselliği azaldıkça bakım verenin yük duygusunun arttığını ve yaşam kalitesinin azaldığını; negatif belirtiler azaldıkça da bakım verenin yük duygusunun azaldığını bulmuşlardır (41). Ülkemizde ise Gülseren ve arkadaşlarının (38) şizofreni hastalarının yakınları üzerinde yaptıkları çalışmada, bakım verenin algıladığı öznel ve nesnel yük puanları ile hastanın işlevsellik puanı arasında negatif ilişki bulmuşlardır. Yani, hastanın işlevsellik seviyesi arttıkça bakım verenin yük duygusunun azaldığını belirtmişlerdir (38).

2.5. Şizofreni Hastalarının ve Bakım Verenlerin Gereksinimlerinin Karşılanmasında Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Ruhsal hastalık sadece hasta bireyi etkilemekle kalmayıp bir sistem olan ailenin de etkilenmesine yol açmakta, özellikle bakım verici rolünü üstlenmiş kişileri yük algısı nedeniyle daha olumsuz olarak etkilemektedir. Bu noktadan bakıldığında hastalığı yaşayan sadece hasta birey olmamakta hastalığın getirdikleriyle aile üyeleri de oldukça uğraşmaktadırlar (17, 33, 79).

Ülkemizde 2006 yılında yayınlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı doğrultusunda ruh sağlığı çalışmalarında önemli kararlar alınmıştır. Bunlar ruh sağlığı çalışmalarının toplum temelli olması, birinci basamağa ruh sağlığının entegre edilmesi, toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarının ön plana çıkarılması doğrultusundadır. Sağlık Bakanlığı 2007 yılında bu kararlara ek olarak koruyucu ruh sağlığının geliştirilmesi ve ruh sağlığı hizmetlerinin ve çalışanlarının kalitesinin artırılmasına yönelik kararlar almıştır. Ancak, bu kararlardan uygulamaya geçirilenler henüz yeterli değildir ve sınırlı görünmektedir (84).

Ülkemizde 2011 yılında yönetmelikle kurulan ve şu an uygulama aşamasına geçmiş olan ancak sınırlı sayıdaki Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ağır ruhsal bozukluğu bulunan şizofreni ve diğer kronik hastalıklara yönelik toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde; psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip ve tedavi gerektiğinde evde sağlık hizmetleri uygulamasını öngörmektedir. Bu merkezler hastanın farmakolojik tedavisinin yanı sıra psikososyal beceri eğitimleri verme ve gündüz bakım evi görevi üstlenmektedir. Ancak bakım verenlere yönelik yeterli miktarda destek hizmetleri sunulmamaktadır (83).

Ülkemizde sağlık sisteminin ve çalışanlarının hasta odaklı tedavi anlayışını benimsemesi, hasta ile de sadece alevlenme/atak döneminde ilgilenilmesi, sosyal işlevselliği geliştirmek adına planlı programların olmaması kısaca, yalnızca hastalık ve tedavi odaklı anlayışın olması, aileyi çaresiz bıraktığı gibi tedavi sürecinde de dışarıda bırakılmaktadır. Ailenin karşılaştığı zorlukların ve yaşadığı sıkıntıların görülmemesi ailenin yük duygusunu oluşturmakta ve bakım verenlerin ruhsal ve fiziksel sağlığını olumsuz etkilemektedir (10, 84).

Bu bağlamda psikiyatri hemşirelerinin bakım verenlerin büyük risk altında olduğunun bilincinde olarak, psikiyatri hemşireliğinin ruh sağlığında koruyucu rolü ile aileleri ve bakım verenleri değerlendirerek gerekli uygulamaları planlamaları gerekmektedir. Psikiyatri ekibinin önemli bir parçası olan psikiyatri hemşireleri ailenin yaşadığı sıkıntıların farkına varmalı ve ailenin gereksinim duyduğu bilgileri ailelerle paylaşmalıdırlar. Bakım verenlerin hastalık hakkında bilgisinin artması ile bakım verenin hastalıktan dolayı kendisini suçlamasının azaldığı, hastalık ile daha etkili baş etme yöntemleri geliştirdiği ve bakım yükünün azaldığı bilinmektedir (19, 22). Lim ve Ahn (54) yaptıkları çalışmada, bakım verenin hastalık hakkında bilgisi ne kadar az ise hasta yakınlarının daha fazla olumsuz baş etme yöntemlerini kullandığını ve bunun da ailenin subjektif yük duygusunu arttırdığını bulmuşlardır (54).

Talwar ve arkadaşlarının (86) yaptıkları çalışmada, aile eğitimi ile bakım verenin hastalık hakkında bilgisinin arttığı, bilgi seviyesinin artması ile bakım verenin etkili baş etme yöntemleri kullandığı ve yük duygusunun azaldığını bulmuşlardır (86). Etkisiz baş etme yöntemini kullanan bakım verenlerin yük duygusunun artması sonucu bakım verenlerde hastalara yönelik düşmanlık, eleştirel ya da aşırı koruyucu-kollayıcı tutum sergileme yani yüksek duygu dışavurumu görülebilmektedir. Duygu dışavurumunun yüksek olması hastanın relaps oranının ve bakım verenin yük duygusunun daha da artmasına neden olmaktadır (25, 60, 63, 98).

Bakım verenlerin hastalık hakkında bilgisinin artmasını ve etkili baş etme yöntemini geliştirmek amacıyla yapılacak bir uygulama bakım veren destek gruplarının oluşturulmasıdır. Bu grupların oluşması; bakım verenin yalnız olmadığını, kendisiyle benzer problemi yaşayan kişilerle bir araya gelerek daha iyi anlamasını, böylece, bakım verenin sosyal destek mekanizmasının oluşmasını sağlayabilir. Bu sayede benzer problemi yaşayan aileler birbirinden sorunlarla nasıl baş ettiklerini, yalnızca kendilerinin bu sorunları yaşamadığını, diğer yaşayanların da olduğunu görmekte ayrıca hastalıkla ilgili yeni bilgiler öğrenmektedir (39). Bu nedenle destek gruplarının oluşturulması ve yaygınlaştırılması bakım verenlerin yük duygusunun azaltılması nedeniyle onların da ruh sağlığının korunması açısından önemlidir (65).

Şizofreni tedavisinde günümüzde antipsikotikler kullanılmaktadır. Yeni antipsikotikler tedavide iyi sonuçlar getirmiş olsa da tam bir iyileşmeden söz etmek mümkün olmamaktadır. Progresif, kronik seyirli bir hastalık olan şizofreni tedavisinde psikiyatri hemşirelerine önemli sorumluluklar düşmektedir (8, 32, 69, 87). İlaç tedavisi hasta ve aile için birincil öneme sahip olup hastanın belirtilerini azaltsa da hasta ve ailesini ruhsal/toplumsal beceri eğitimi ile desteklemeden verilen ilaç tedavisi eksik kalabilmekte ve başarı oranı azalmaktadır. Ruhsal ve toplumsal beceri eğitimi eski işlevselliğini kaybetmiş olan hastaya tekrardan işlevselliğini kazandırmayı da amaçlamaktadır. Hastaya bilişsel becerileri, iletişim ve sorun çözme becerileri kazandırmak, şizofreniyi ve tedavisini anlamak, antipsikotik ilaç yan etkilerini öğretmek, inatçı belirtilerle baş etmeyi öğretmek, alkol ve uyuşturucudan sakınmalarını sağlamak, stresle baş etme, özgüveni arttırma, zamanı etkin kullanma ve günlük işlevselliklerini ve sorumluluklarını yerine getirme becerilerini öğretmek ve toplumsal faaliyetleri öğretmeyi amaçlamaktadır. Verilen eğitim sadece hastalarla sınırlı kalmamalı aile de bu eğitimin içine dahil edilmelidir. Böylece hem hastanın eski işlevselliğini kazanması için sosyal ilişkiler kurma ve var olan sosyal ilişkileri geliştirme yönünden hastayı desteklemesi hem de bakım verme sırasında karşılaştığı sorunların ve yükün azaltılması sağlanır. Aynı zamanda stresle baş etmenin ve hastalık yönetiminin öğretilmesinin bakım verenlerin ve aile üyelerinin yük duygusunu azalttığı ve geleceğe yönelik yeni umutlar ve gerçekçi beklentilerin konmasını sağladığı belirlenmiştir(67, 77, 101 102,104).

Doğan ve arkadaşlarının (27) 23 hasta ile yaptıkları 3 ay süren çalışmalarında hastalara verilen psikososyal beceri eğitimi sonucunda hastaların yaşam kalitesinin arttığı, ailesel ve toplumsal ilişkilerinin iyileştiği, işlevlerini yerine getirmede daha iyi bir konuma geldikleri gözlenmiştir (27). Hastalara uygulanan psiksosyal beceri eğitimleri hastaların benlik saygısını, işlevselliklerinin ve yaşam kalitelerinin artmasında, hastalık belirtilerinin azalmasını önemli derecede etkilemektedir (13, 100).

Ran ve arkadaşlarının (72) yaptıkları çalışmada aile girişiminin uygulandığı grupta uygulanmayan gruba göre hastaların tedaviye olan uyumunun arttığı, relaps oranının azaldığı, hastalık hakkında bilginin arttığı ve bakım verenlerin stres oranının ve yük duygusunun azaldığını belirtmişlerdir (72).

Ülkemizde Tel ve Terakye'nin (89) 60 hastayla yaptıkları çalışma sonucunda; şizofrenik hasta yakınlarına hastanın hastanede bulunduğu sürede ve taburculuktan sonraki iki aylık sürede uygulanan psikoeğitimsel yaklaşım sonucunda; hasta yakınlarının hastaya bakım güçlüklerinin azaldığı, hastalık semptomlarını etkin olarak ele aldıkları, stresle baş etmede olumlu ve olumsuz baş etme yaklaşımları birlikte kullandıklarını, hastaların tamamına yakınının ilaç tedavisini sürdürdükleri ve aylık kontrollere isteyerek geldikleri saptanmıştır (89).

Yine yapılan araştırmalar göstermektedir ki aile girişimin uygulanması sadece aileyi etkilememekte aynı zamanda hastanın tedaviye olan uyumunu arttırmakta,relaps oranını, pozitif ve negatif belirtileri azaltmakta, hastanın sosyal işlevselliğini arttırmaktadır (58, 72, 78, 98).

Bu sonuçlar doğrultusunda, ruh sağlığı ekibinin önemli bir parçası olan psikiyatri hemşirelerinin sadece hastalığın hasta bireyi etkilemediği aynı zamanda hastalığı yaşayan ailenin de etkilendiğini farketmesi, koruyucu ruh sağlığı açısından ailelerin ve bakım verenlerin önemli risk altında olduğunu değerlendirmesi ve bu anlayışın gelişmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda hasta yakınının hastalık hakkında bilgilendirilmesi, hastalığın belirtileri, etiyolojisi, tedavi yöntemi hakkında gerekli eğitimlerin verilmesi önemlidir. Bakım verenin baş etme yönteminin bakım verenin yük duygusunu doğrudan etkilediği ve etkili baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi gerektiği bilinmelidir. Hastanın sosyal işlevsellik düzeyinin bakım verenin yük duygusu ile negatif ilişkisi olduğunu hastanın işlevsellik düzeyi arttıkça bakım verenin yük duygusunun azaldığı bilgisi doğrultusunda, hastaya uygulanacak olan psikososyal beceri eğitimleri ve hastanın işlevselliğini arttıracak psiko eğitimler ve gerekli uygulamalar planlamalıdır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Şekli

Araştırma, Ankara İli Büyükşehir Belediyesi sınırları içerisinde psikiyatri polikliniği bulunan hastanelerde ve Şizofreni Hasta ve Yakınları Dayanışma Derneği'nde izlenen şizofreni hastalarının sosyal işlevsellikleri ve hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükü ve bunlar arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara İli Büyükşehir Belediyesi sınırları içerisinde bulunan ve psikiyatri polikliniğine sahip üniversite hastaneleri (Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesi), eğitim ve araştırma hastaneleri (Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi) ve Yenimahalle Devlet Hastanesi ve Şizofreni Hasta ve Yakınları Dayanışma Derneği'nde yapılmıştır.

Ufuk Üniversitesi Dr. Rıdvan Ege Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi, Ankara Özel Güven Hastanesi araştırmaya izin vermediklerini yazılı olarak bildirdikleri, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi ise araştırma uygulaması için yazılan izin dilekçesine ve tekrarlı görüşmelere yanıt vermedikleri için araştırma kapsamına alınmamıştır.

Araştırma kapsamındaki üniversite hastaneleri poliklinikleri genellikle saat 8:30-17:00 arası randevu usulü çalışmaktadır. Polikliniklerde öğretim üyeleri, asistan doktor, poliklinik hemşireleri ve psikologlar çalışmaktadır.

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesi'nde poliklinik hemşiresi ve aynı üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünden bir öğretim elemanı tarafından her hafta düzenli olarak hastalara ruhsal-toplumsal beceri eğitimleri; klinikte ise klinik hemşiresi tarafından her ayın ilk

perşembe günü aile eğitimleri yürütülmektedir. Ancak bu eğitimlere katılım sınırlı sayıda olmaktadır.

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde ise psikiyatri polikliniği hemşiresi psikotik hastalar ile her hafta psikoeğitim şeklinde kapalı grup görüşmeleri yapmaktadır.

Eğitim ve Araştırma hastaneleri ve Devlet Hastaneleri saat 8:00-16:00 arası çalışmakta, hastalar genellikle uzman doktorlar tarafından muayene edilmektedir ve poliklinikte hemşire bulunmamaktadır.

Şizofreni Hasta ve Yakınları Dayanışma Derneği ise Ankara'nın Beşevler semtinde bulunmaktadır. Derneğin üye sayısı 280 kişidir. Dernek hafta içi 12:00-17:00 saatleri açıktır. Derneğin açık olduğu saatlerde hasta ve yakınları derneğin aile eğitimleri, hastalar için yapılabilecek uğraşı ve sosyal aktivite olanaklarından faydalanabilmektedir. Dernekte her ay düzenli olarak Orta Doğu Teknik Üniversitesi Psikoloji Bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. Nuray Karancı tarafından hastalık hakkında aile eğitimleri yapılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Anketteki soruların anlaşılabilirliğini test etmek amacıyla bakım veren hasta yakınları tarafından doldurulan 30 anket verileri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20.0 istatistik yazılım programına girilmiştir. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği arasında $r = -0.60$ 'lık bir korelasyon olduğu varsayılarak ve bu korelasyonu $d = 0.15$ 'lik bir hata ile kestirmek için Tip-I hata ile ($\alpha = 0.05$) ve güç ($1 - \beta = 0.75$) düzeylerinde 126 kişinin örnekleme alınması gerektiği bulunmuş, hata payı ve kayıplar göz önüne alınarak toplamda 130 kişiye ulaşılmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nden 22, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi'nden 20, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesi'nden 16, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 33, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 16, Yenimahalle Devlet Hastanesi'nden 10, Şizofreni Hasta ve Yakınları Dayanışma Derneği'nden 12 kişi araştırmaya dâhil edilmiştir.

3.4. Örnekleme Dâhil Etme Kriterleri

Araştırma kapsamında psikiyatri polikliniklerine ve kliniklerine tedavi amacıyla başvurmuş hastaların birinci derece yakınlarında aranacak kriterler; 18 yaş ve üzeri, birincil bakım veren konumunda olması, okur-yazar olması, hastalık teşhisinin en az 1 yıl önce konmuş olması, bakım veren bireylerin herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığının olmaması ve çalışmaya katılmayı kabul etmesidir.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri şizofreni tanısıyla izlenen hastaların ve hasta yakınlarının tanıtıcı bilgilerini içeren “Sosyo-Demografik Özellikler Formu”, hasta yakınlarının yük duygusunu değerlendirmek için “Zarit Bakıcı Yük Ölçeği” ve hastaların sosyal işlevselliklerini değerlendirmek amacı ile “Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ)” aracılığı ile toplanmıştır. Bu veri toplama araçlarının özellikleri şöyledir:

3.5.1. Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu (Ek-2):

Bu form, hasta ve yakınlarına ait tanıtıcı bilgileri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuştur (7, 38). Form, hastaya ait yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, çalışma durumu, ilaçlarını düzenli kullanma durumu, kontrollerine düzenli gelme durumu ile ilgili bilgileri ve hasta yakını için yaş, cinsiyet, hastaya yakınlık derecesi, eğitim durumu, ekonomik durumu, hastaya ne kadar süredir bakım verdiği, bakım verme sırasında yaşadığı duygusal, fiziksel, ekonomik, sosyal sorunlar, bakım verirken diğer aile üyelerinden yardım alıp alamadığı, hastanın teşhisinin ne olduğuna dair bilgisi olup olmadığı, hastalık hakkında bilgi alıp almadığı, herhangi bir derneğe ya da etkileşim grubuna katılıp katılmadığı, eğer katılıyorsa bunun kendisine etkisini değerlendiren toplam 32 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği (Ek-3):

Zarit Bakıcı Yük Ölçeği, Zarit, Reever ve Bach-Paterson tarafından (105) 1980 yılında, ilk olarak demans hastalarına bakım verenler için geliştirilmiş, daha

sonra şizofreni hastalarına bakım verenlerin yaşadığı sıkıntıyı değerlendirmek amacıyla da kullanılmış olan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek "asla", "nadiren", "ara sıra", "oldukça sık " ya da "neredeyse her zaman" şeklinde 1'den 5'e kadar değişen likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Türkiye'de ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması Özlü ve arkadaşları (67) tarafından 100 şizofreni hastasına bakım veren yakınları üzerinde yapılmıştır. 22 sorudan oluşan ölçek bakım vermenin fiziksel, akıl sağlığı, sosyal aktivite ve ekonomik kaynaklara negatif etkilerini içermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri .83 olarak bulunmuştur. Madde toplam puan korelasyonu .33 ve .75 arasında değişmiş olup ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek amacıyla, faktör analizi yapılmış ve sonuç olarak 22 maddenin 5 alt ölçek altında toplandığı görülmüştür. Bu alt ölçekler;

- 1-Ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması,
- 2-Sinirlilik ve kısıtlanmışlık,
- 3- Toplumsal ilişkilerde bozulma,
- 4- Ekonomik yük
- 5-Bağımlılıktır.

Geçerlik güvenirlik çalışmasında beş alt boyuta giren maddelerden 1., 4., 16. maddelerin faktör yükü .50'nin altında olduğu için herhangi bir alt boyutta yer almamış ve ölçeğin Türkçe versiyonu bu üç maddenin çıkarılmasıyla 19 adet sorudan oluşmuştur.

Ölçeğin ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması alt ölçeğinde 1., 2., 8., 9., 10., 14., 16. numaralı sorular yer almakta ve bu alt ölçekten alınabilecek minimum 7 puan maksimum 35 puan, sinirlilik ve kısıtlanmışlık alt ölçeğinde 3., 7., 19. numaralı sorular yer almakta ve bu alt ölçekten alınabilecek minimum 3 puan maksimum 15 puan, toplumsal ilişkilerde bozulma alt ölçeğinde 4., 11., 15. numaralı sorular yer almakta ve bu alt ölçekten alınabilecek minimum 3 puan maksimum 15 puan, ekonomik yük alt ölçeğinde 5., 13., 17., 18. numaralı sorular yer almakta ve bu alt ölçekten alınabilecek minimum 4 puan maksimum 20 puan, bağımlılık alt

ölçeğinde 6.,12. numaralı sorular yer almakta ve bu alt ölçekten minimum 2 puan maksimum 10 puan alınmaktadır (67).

3.5.3. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) (Ek-4):

Llorca ve arkadaşları tarafından (55) 2009 yılında şizofrenide işlevsel iyileşme ölçeği, “Şizofreni ’de İşlevsel İyileşme Gözlem Grubu’nun” uzmanları tarafından tasarlanmış ve ölçeğin hastalığın belirtilerinden bağımsız olarak işlevsellikteki düzelmeleri inceleyen 19 maddeden oluşan 5’li likert tipi bir ölçektir. Değerlendirme, hasta yakınlarının hastaları için son bir aydaki işlevsellik düzeylerini belirlemek amaçlıdır.

Her madde için 5 değerlendirme düzeyi bulunmaktadır. 1. düzey (yok) en düşük düzeydeki iyileşmeyi belirtirken, 5. Düzey (mükemmel derecede var) “ideal” işlev düzeyine karşılık gelmektedir. 2. (Düzey kısmen var), 3. Düzey (yeterince var) ve 4. Düzey (neredeyse tamamen var)’den oluşmaktadır. İki düzey arasında kalındığında düşük olan düzey seçilmektedir. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 95, minimum puan ise 19’dur. Sosyal işlevsellik, sağlık ve tedavi, günlük yaşam becerileri ve mesleki işlevsellik alt ölçeklerinden oluşan ölçek dört ayrı alanda işlevsel iyileşmeyi ölçmektedir. Sosyal işlevsellik alt ölçeğinden minimum 7 puan maksimum 35 puan, sağlık ve tedavi alt ölçeğinden minimum 4 puan maksimum 20 puan, günlük yaşam becerileri alt ölçeğinden minimum 6 puan maksimum 30 puan, mesleki işlevsellik alt ölçeğinden minimum 2 puan maksimum 10 puan alınmaktadır. Her maddenin değerlendirmesi ile ilgili görüşmeciye yardımcı olacak soru maddeleri yer almaktadır. Ölçeğin güvenirlik katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur

Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Emiroğlu ve arkadaşları tarafından (30) 2009 yılında 102 şizofreni hastasıyla gerçekleştirilmiştir. Her sorunun varyansına dayalı olarak hesaplanan Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.89’dur. Ölçeğin güvenirliğinin maksimum %89 ile minimum %86 arasında olduğu görülmüştür (30).

3.6. Ön Uygulama

Veri toplama araçlarından “Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu” nun ön uygulaması Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesi psikiyatri polikliniğinde hasta yakınlarıyla soruların anlaşılabilirliğini test etmek amacıyla yapılmıştır. 16 hasta yakınına 20.12.2012 -10.01.2013 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamada hastaların yakınları, muayene olduktan sonra veya muayene olmadan önce veri toplama araçlarını doldurmuşlardır. Ön uygulama sonucunda Sosyo-Demografik Özellikler Soru Form’unda herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili kurumlardan gerekli yazılı izinlerin (Ek-5-12) alınmasının ardından psikiyatri polikliniklerine başvuran hasta yakınlarından araştırma hakkında bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmaya gönüllü olan kişilerden yazılı onam alınmış (Ek-1) ve veri toplama araçları uygulanmıştır. Uygulama araştırma kapsamında olan hastanelerde 10.01.2013 ile 26.07.2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Uygulama, hastaların muayenesi öncesi ya da sonrasında hastanelerin uygun olan bir bölümünde gerçekleştirilmiş ve ortalama 25 dakika sürmüştür. Bu sürede araştırmacı bakım verenin yanında bulunmuş ve gerekli açıklamaları yapmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler toplandıktan sonra araştırmacı tarafından kodlanıp SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20.0 istatistik yazılım programında analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzdelik ile gösterilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini test etmek için Shapiro Wilk’s Testi yapılmış ve verilerin normal dağılım gösterdiği bulunmuştur. Verilerin diğer parametrik test varsayımlarını da karşıladığı belirlendiği için iki grup karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi), üç veya daha fazla grup karşılaştırıldığında tek yönlü varyans analizi (F testi) kullanılmıştır. Üç veya daha fazla gruplarda gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunduğunda farklılığın hangi

gruptan kaynaklandığını belirlemek için Tukey HSD testi uygulanmıştır. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği ile Zarit Bakıcı Yük Ölçeği arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın uygulanabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, Ankara Üniversitesi Cebeci Hastanesi, Gazi Hastanesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenimahalle Devlet Hastanesi, Şizofreni Hasta ve Yakınları Dayanışma Derneği'nden yazılı izinler alınmıştır (EK 5-12). Ayrıca Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır (EK 6).

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan hastanelere ve Şizofreni ve Hasta Yakınları Dayanışma Derneği'ne başvuran şizofreni hastalarına bakım verenlerin bakım yükü ve sosyal işlevselliklerine yönelik bulgular yer almaktadır.

4.1. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin ve hastaların tanıtıcı özellikleri

Bu bölümde bakım verenlerin tanıtıcı, hastalarının tanıtıcı ve hastalığa yönelik özelliklerine yönelik bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastalara bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	Yüzde(%)
Yaş (n=130)		
20-34 yaş	15	11.54
35-49 yaş	43	33.08
50-64 yaş	51	39.23
65 ve üstü yaş	21	16.15
Cinsiyet (n=130)		
Kadın	90	69.23
Erkek	40	30.77
Medeni durum (n=130)		
Evli	99	76.15
Bekâr	31	23.85
Hastaya yakınlık durumu (n=130)		
Anne-Baba	8	6.15
Çocuk	69	53.08
Eş	27	20.77
Kardeş	22	16.92
Diğer (Hala, Baldız, Kayın)	4	3.08
Eğitim düzeyi (n=130)		
İlköğretim	58	44.62
Lise	38	29.23
Üniversite ve Lisansüstü	34	26.15
Çalışma durumu (n=130)		
Çalışan	37	28.46
Çalışmayan	59	45.38
Emekli	34	26.16
Çalışan yakınların yaptığı iş (n=37)		
İşçi	6	16.22
Memur	25	67.56
Serbest meslek	6	16.22
Aylık gelir (n=130)		
Geliri giderinden fazla	11	8.46
Geliri giderine eşit	72	55.39
Geliri giderinden az	47	36.15
Evde birlikte yaşanan kişi sayısı (n=130)		
2	16	12.31
3	44	33.85
4	43	33.08
5	19	14.62
6 ve fazlası	8	6.15
Bakım verilen yıl (n=130)		
1-5 yıl	31	23.84
6-10 yıl	40	30.77
11-15 yıl	30	23.08
16-20 yıl	10	7.69
21 yıl ve üzeri	19	14.62

Tablo 4.1. Hastalara bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri (devam)

Tanıtıcı özellikler	Sayı	Yüzde(%)
Bakım verirken yardım alma durumu (n=130)		
Alan	85	65.38
Almayan	45	34.62
Günde hasta ile geçirilen zaman (n=130)		
1-6 saat	41	31.54
7-12 saat	44	33.85
13-18 saat	13	10.00
19-24 saat	32	24.61
Yakınlarında başka ruhsal hastalığı olan bireyin varlığı (n=130)		
Var	31	23.85
Yok	99	76.15
Şizofreni hastalığını bilme durumu (n=130)		
Bilen	97	74.62
Bilmeyen	33	25.38
Hastalık hakkında bilgi alma durumu (n=130)		
Alan	79	60.77
Almayan	51	39.23
Aile ve dernek eğitimlerine katılma durumu (n=130)		
Katılan	21	16.15
Katılmayan	109	83.85

Tablo 4.1’de çalışma kapsamına alınan bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri görülmektedir. Tabloya bakıldığında, bakım verenlerin üçte birinden fazlasının (%39.23) 50-64 yaş aralığında olduğu, çoğunluğunun (%69.23) kadın ve (%76.15) evli olduğu, yarıdan fazlasının (%53.08) hastanın annesi ya da babası olduğu görülmüştür. Bakım verenlerin yarıdan fazlasının (%58) eğitim durumunun ilköğretim düzeyinde olduğu, yarısına yakınının (%45.38) çalışmadığı, çalışan bakım verenlerin çoğunluğunun (%67.56) ise kamu personeli olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin yarısından fazlası (%55.39) gelirinin giderine eşit olduğunu, üçte biri (%33.85) evde üç kişi yaşadıklarını ve yarısına yakınının (%45.39) bakım verme süresinin 10 yıldan fazla olduğunu bildirmişlerdir. Bakım verenlerin yarıdan fazlası (%65.38) bakım verme sırasında yardım aldığını, yardım alanların hepsi diğer aile üyelerinden yardım aldıklarını, üçte biri (%33.85) hasta ile günde 7-12 saat arası vakit geçirdiğini, büyük çoğunluğu (%76.15) yakınlarında ruhsal hastalığı olan birey olmadığını, çoğunluğu (%74.62) şizofreni hastalığının ne olduğunu bildiğini, yarıdan fazlası (%60.77) hastalık hakkında sağlık personelinden bilgi aldığını bildirmiştir. Hastalık sürecinde aile eğitimleri ya da hastalıkla ilgili dernek faaliyetlerine büyük çoğunluğu (%83.85) katılmadığını bildirmiştir.

Tablo 4.2. Hastalara bakım verenlerin yaşadıkları sorunlar

Yaşanan Sorunların Boyutları	Sayı (n=130)	Yüzde (%)
Ekonomik sorun		
Yaşayan	74	56.92
Yaşamayan	30	23.08
Cevap vermeyen	26	20.00
Duygusal sorun		
Yaşayan	101	77.69
Yaşamayan	17	13.08
Cevap vermeyen	12	9.23
Fiziksel sorun		
Yaşayan	69	53.08
Yaşamayan	29	22.31
Cevap vermeyen	32	24.61
Sosyal sorun		
Yaşayan	63	48.46
Yaşamayan	34	26.16
Cevap vermeyen	33	25.38

Tablo 4.2’de çalışma kapsamına alınan bakım verenlerin bakım verme sürecinde yaşadıkları sorunlar görülmektedir. Bakım verenlerin yarıdan fazlası (%56.92) bakım verme sürecinde ekonomik sıkıntı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu ekonomik sıkıntılarının bakım verenin yeterli gelir durumunun olmaması, sağlık güvencesi olmayan hastaların tedavi masraflarının çok olması, hastanın gereksiz harcamalarının ve sigara tüketiminin fazla olması özellikle emekli olan bakım verenlerin ekstra iş yapmasalar geçinmeyeceklerini bildirmişlerdir.

Bakım verenlerin büyük bir çoğunluğu (%77.69) bakım verme sürecinde duygusal sorunlar yaşadığını, yaşanan bu duygusal sorunların ne olduğuna bakıldığında bakım verenlerin %60.40 üzüldüğünü, %16.83 çöktüğünü-tükendiğini, %13.86 psikolojik sorun, %8.91 korku, endişe, utanma ve öfke duyguları yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Bakım verenlerin yarıdan fazlası (%53.08) bakım verme sürecinde fiziksel sorunlar yaşadığını belirtmişlerdir. Yaşanan sorunların ne olduğuna bakıldığında bakım verenlerin büyük çoğunluğu (%75.36) bakım veren hasta yakınının ileri yaşta olması, hastanın yerine getirmesi gereken rol ve sorumlulukları bakım vericinin üstlenmesinden dolayı yorgunluk ve güçsüzlük yaşadığı, geriye kalan (%24.64) bakım veren hasta yakınları ise ağrı, fiziksel yakınmalar ve uyku problemi yaşadığını bildirmiştir. Bakım verenlerin yarıya yakını (%48.46) bakım verme sürecinde sosyal

sorunlar yaşadığını bildirmişlerdir. Sosyal sorunların ne olduğuna bakıldığında %36.51 gezme ve sosyal aktivite açısından kendisine yeterli zaman ayıramadığını, %19.05 kendisine yeterli zaman ayıramadığını, %17.46 kimseyle görüşmediğini, %15.87 hastanın sosyal ilişkileri zayıf olduğu için kendilerinin de kimse ile görüşmediğini, %11.11 etiketlenmekten korktuğu için hastalığı kimse ile paylaşmadığını ve kendi içinde yaşadığını bildirmişlerdir.

Tablo 4.3. Şizofreni hastalarının tanıtıcı özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	Yüzde(%)
Cinsiyet (n=130)		
Kadın	54	41.50
Erkek	76	58.50
Yaş (n=130)		
18-29	35	26.93
30-41	44	33.85
42-53	34	26.15
54+	17	13.07
Medeni durum (n=130)		
Evli	41	31.54
Bekâr	89	68.46
Eğitim Düzeyi (n=130)		
Okur-yazar değil	5	3.80
İlkokul	25	19.20
Ortaokul	10	7.70
Lise	61	46.90
Üniversite	29	22.30
Çalışma Durumu (n=130)		
Çalışan	21	16.20
Çalışmayan	90	69.20
Emekli	19	14.60
Çalışan hastaların işleri (n=21)		
İşçi	10	47.62
Memur	4	19.04
Serbest meslek (Esnaf, fotoğrafçı)	7	33.34
Hastalık süresi (n=130)		
1-3 yıl	16	12.30
4-6 yıl	18	13.84
7-9 yıl	15	11.54
10-12 yıl	22	16.92
13-15 yıl	21	16.16
16 ve üzeri	38	29.24
Hastaneye yatış sayısı (n=130)		
Yatmayan	14	10.77
1-3 defa yatan	85	65.38
4 ve üzeri yatan	31	23.85
İlaçlarını düzenli olarak kullanma durumu (n=130)		
Düzenli kullanan	95	73.08
Arada bir aksatan	22	16.92
Arada bir alan	13	10.00
Kontrollerine düzenli gelme durumu (n=130)		
Gelen	118	90.77
Gelmeyen	12	9.23
Herhangi bir maddeye bağımlılık (n=130)		
Var	70	53.85
Yok	60	46.15
Hangi maddeye bağımlılığı var (n=70)		
Sigara	64	91.43
Çoklu kullanım (Sigara+ Alkol/ Uyuşturucu mad.)	6	8.57

Tablo 4.3’de çalışma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri görülmektedir. Tabloya bakıldığında hastaların yarıdan fazlasının (%58.50) erkek olduğu, üçte birinin (%33.85) 30-41 yaşlarında olduğu görülmektedir. Hastaların çoğunluğunun (%68.46) bekâr olduğu, yarısına yakınının (%46.90) eğitim durumunun lise olduğu, çoğunluğunun (%69.20) herhangi bir işte çalışmadığı ve çalışan hastaların yarısına yakınının (%47.62) ise işçi olduğu görülmektedir. Yarıdan fazlasının (%62.32) hastalık süresinin 10 yıl ve üzeri olduğu, yarısından fazlasının (%65.38) hastaneye 1-3 kez yattığı, çoğunluğunun (%73.08) ilaçlarını düzenli kullandığını, büyük çoğunluğu (%90.77) kontrollerine düzenli olarak geldiği belirlenmiştir. Yarıdan fazlasının (%53.85) madde kullandığı, madde kullananların büyük çoğunluğu (%91.43) sadece sigara kullandığı bunun yanında küçük bir oranının (%8.57) sigara ile birlikte alkol, esrar ve hap kullandığı görülmüştür.

4.2. Şizofreni hastalarının işlevsel iyileşme ve bakım verenlerin yük puan ortalamaları

Bu bölümde şizofreni hastalarının işlevsel iyileşme ve bakım verenlerin yük puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 4.4. Şizofreni hastalarının işlevsel iyileşme ölçeği ve bakım verenlerin bakıcı yük ölçeği puan ortalamaları

Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği	X±SS	Min-Max
Sosyal İşlevsellik	17.66±6.37	7-35
Sağlık ve Tedavi	11.90±4.10	4-20
Günlük Yaşam Becerileri	15.90±5.84	6-28
Mesleki İşlevsellik	4.49±1.88	2-10
Toplam Ölçek Puanı	49.96±16.34	20-87
Zarit Bakıcı Yük Ölçeği		
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	19.65±7.63	7-35
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	9.07±2.91	3-15
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	6.86±3.45	3-15
Ekonomik Yük	13.03±3.70	4-20
Bağımlılık	7.17±2.36	2-10
Toplam Ölçek Puanı	55.80±15.90	21-89

Tablo 4.4'te Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği toplam puan ortalaması 49.96±16.34, sosyal işlevsellik alt ölçeğinin puan ortalaması 17.66±6.37, sağlık ve tedavi alt ölçeğinin puan ortalaması 11.90±4.10, günlük yaşam becerileri alt ölçeğinin puan ortalaması 15.90±5.84, mesleki işlevsellik alt ölçeğinin puan ortalaması 4.49±1.88 olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği toplam puan ortalaması 55.80±15.90, ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması alt ölçeği puan ortalaması 19.65±7.63, sinirlilik ve kısıtlanmışlık alt ölçeği puan ortalaması 9.07±2.91, toplumsal ilişkilerde bozulma alt ölçeği puan ortalaması 6.86±3.45, ekonomik yük alt ölçeği puan ortalaması 13.03±3.70, bağımlılık alt ölçeği puan ortalamasının 7.17±2.36 olduğu bulunmuştur.

4.3. Hastaların tanıtıcı ve hastalık özelliklerine göre bakım verenlerin bakıcı yük ölçeği puan ortalamaları

Bu bölümde hastaların tanıtıcı ve hastalık özelliklerine göre bakım verenlerin bakıcı yük ölçeği puan ortalamaları yer almaktadır.

Tablo 4.5. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre bakım verenlerin bakıcı yük ölçeği puan ortalamaları

Hastanın Tanıtıcı Özellikleri		Zarit Bakıcı Yük Ölçeği					
		Toplam Ölçek Puanı	Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	Sınırlılık ve Kısıtlanmışlık	Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Ekonomik Yük	Bağımlılık
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Yaş	18-29 yaş ^a	60.65±14.74	22.91±6.80	9.80±2.27	6.88±3.22	14.17±3.06	6.88±2.41
	30-41 yaş ^b	56.38±14.56	19.45±7.43	8.97±2.64	7.00±3.33	13.68±3.40	7.27±2.32
	42-53 yaş ^c	53.44±15.39	18.11±7.27	8.76±3.02	7.11±3.56	12.23±3.52	7.20±2.08
	54 ve üzeri yaş ^d	49.00±20.13	16.52±8.63	8.47±3.53	5.94±4.08	10.58±4.74	7.47±2.98
	İstatistiksel analiz	F= 2.47 p= .065	F=3.779 p= .012	F=1.112 p= .347	F=.484 p= .694	F=4.953 p= .003	F=.285 p= .836
Tukey HSD Testi yapılmıştır. Ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması: a-c, a-d, ekonomik yük: a-d, b-d.							
Cinsiyet	Kadın	56.74±16.60	19.59±7.87	9.33±2.97	7.27±3.59	13.22±3.80	7.31±2.53
	Erkek	55.13±15.46	19.69±7.50	8.89±2.88	6.56±3.33	12.89±3.66	7.07±2.24
	İstatistiksel analiz	t= .567 p=.466	t= -0.77 p=.329	t= .840 p= .951	t= 1.161 p= .332	t= .495 p= .749	t= .559 p= .240
Medeni Durum	Evli	54.46±18.01	19.31±8.18	9.19±3.32	7.43±3.80	11.85±3.79	6.65±2.62
	Bekâr	56.41±14.90	19.80±7.40	9.02±2.72	6.59±3.26	13.57±3.56	7.41±2.20
	İstatistiksel analiz	t= -,649 p=.142	t= -.340 p= .377	t= .313 p= .148	t= 1.299 p= .159	t= -2.506 p= 1.000	t= -1.710 p= .133
Sağlık Güvencesi	Var	55.97±15.88	19.67±7.55	9.12±2.90	6.95±3.46	13.06±3.73	7.15±2.37
	Yok	52.16±17.52	19.16±9.84	8.16±3.37	4.83±2.56	12.33±3.44	7.66±2.33
	İstatistiksel analiz	t=.571 p=.819	t= .160 p= .302	t= .681 p= .857	t= 1.141 p= .411	t= .470 p= .772	t= -.518 p= .720

Tablo 4.5. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre bakım verenlerin bakıcı yük ölçeği puan ortalamaları (devam)

Hastanın Tanıtıcı Özellikleri		Zarit Bakıcı Yük Ölçeği					
		Toplam Ölçek Puanı	Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Ekonomik Yük	Bağımlılık
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Eğitim düzeyi	Okur-Yazar Değil	64.00±20.79	22.40±9.93	11.40±3.78	9.40±4.50	13.00±2.23	7.80±2.28
	İlkokul	57.76±19.74	19.96±8.19	9.40±3.35	7.92±3.85	13.60±4.51	6.88±2.90
	Ortaokul	54.00±14.82	18.70±7.94	8.40±3.40	6.40±2.63	13.90±3.17	6.60±2.01
	Lise	56.80±15.28	20.37±7.52	9.14±2.85	6.91±3.41	13.11±3.51	7.24±2.34
	Üniversite	51.20±12.56	17.72±6.94	8.48±2.16	5.55±2.83	12.06±3.72	7.37±2.07
	İstatistiksel analiz	F=1.129 p=.346	F= .807 p= .523	F= 1.328 p= .263	F= 2.466 p= .048	F= .775 p= .544	F= .393 p= .813
Tukey HSD Testi yapılmıştır. Farklılığın hangisinden kaynaklandığı bulunamamıştır.							
Çalışma Durumu	Çalışan ^a	53.66±13.98	18,95±6,52	9.19±2.61	6.42±2.67	12.38±3.42	6.71±2.02
	Çalışmayan ^b	58.38±15.13	20.83±7.55	9.30±2.88	7.27±3.47	13.65±3.35	7.32±2.25
	Emekli ^c	45.89±17.93	14.84±7.47	7.89±3.22	5.36±3.75	10.78±4.69	7.00±3.16
	İstatistiksel analiz	F=5.412 p=.006	F= 5.268 p= .006	F= 1.865 p= .159	F= 2.667 p= .073	F= 5.418 p= .006	F= .622 p= .539
Tukey HSD testi yapılmıştır. Toplam ölçek puanı, ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, ekonomik yük: b-c.							
Çalışan hastaların işi (n=21)	İşçi ^a	50.40±14.79	17.40±6.73	8.90±2.88	5.70±2.54	11.50±3.43	6.90±2.18
	Memur ^b	50.00±8.67	16.00±4.08	9.25±1.50	7.25±1.70	10.00±2.00	7.50±1.29
	Serbest Meslek ^c	60.42±14.33	22.85±6.14	9.57±2.99	7.00±3.31	15.00±2.51	6.00±2.16
	İstatistiksel analiz	F=1.261 p=.307	F= 2.176 p= .142	F= .125 p= .884	F= .697 p= .511	F= 4.512 p= .026	F= .757 p= .483
Tukey HSD Testi yapılmıştır. Ekonomik yük; b-c.							

Tablo 4.5'te hastanın yaşına göre bakım verenlerin toplam yük puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması” ve “Ekonomik Yük” alt ölçekleri puan ortalamalarının hastanın yaşı arttıkça azaldığı ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın hangi yaş gruplarından kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey HSD testine göre “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması” alt ölçeğinde 18-29 yaş grubunun puan ortalaması 42-53 ile 54 ve üzeri yaş gruplarından daha yüksektir ($p<0,05$). “Ekonomik Yük” alt ölçeğinde ise 18-29 ve 30-41 yaş gruplarının puan ortalamalarının 54 ve üzeri yaş grubu puan ortalamasından yüksektir ($p<0,05$). Hastanın yaşına göre toplam ölçek, “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık”, “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” ve “Bağımlılık” alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farka rastlanmamıştır ($p> 0,05$).

Hastanın cinsiyetine göre bakım verenlerin toplam ölçek ve tüm alt ölçek yük puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p>0,05$). Ancak kadın hastalara bakım verenlerin; toplam ölçek, “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık”, “Toplumsal İlişkilerde Bozulma”, “Ekonomik Yük”, “Bağımlılık” alt ölçeği puan ortalamaları erkek hastalara göre daha yüksektir.

Hastanın medeni durumuna göre bakım verenlerin toplam ölçek ve alt ölçek yük puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farka rastlanmamıştır ($p>0,05$). Ancak bekâr olan hastalara bakım verenlerin toplam ölçek, “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması”, “Ekonomik Yük” ve “Bağımlılık” alt ölçeğinin yük puan ortalamaları evli olan hastalara bakım verenlere göre daha yüksektir.

Hastanın sağlık güvencesinin olup olmamasına göre bakım verenlerin yük puan ortalamasına bakıldığında, sağlık güvencesi olan hastalara bakım verenlerin “Bağımlılık” alt ölçeği dışında yük puan ortalamaları sağlık güvencesi olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların eğitim düzeyine göre bakım verenlerin yük puan ortalamalarına bakıldığında üniversite mezunu olan hastalara bakım verenlerin yük puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu görülmektedir. “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” alt ölçeği dışındaki alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark

istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$). Farkın hangi eğitim türünden kaynaklandığını belirlemek için Tukey HSD testi yapılmış fakat farklılığın kaynaklandığı bir gruba rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların çalışma durumuna göre bakım verenlerin yük puan ortalamalarına bakıldığında, “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması” ve “Ekonomik Yük” alt ölçeği puan ortalamasının emekli hastalarda çalışmayanlara göre istatistiksel anlamlılıkta daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Çalışan hastaların yaptığı iş ile bakım verenlerin “Ekonomik Yük” alt ölçeği dışında yük puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farka rastlanmamıştır ($p>0.05$). “Ekonomik Yük”, alt ölçeğinde farkın hangi gruptan olduğunu belirlemek amacı ile yapılan Tukey HSD testi sonucunda memur olarak çalışan hastaların serbest meslek olarak çalışan hastaların yakınlarına göre yük puan ortalamalarının daha az olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.6. Hastaların hastalık özelliklerine göre bakım verenlerin bakıcı yük ölçeği puan ortalamaları

Hastalık Özellikleri		Zarit Bakıcı Yük Ölçeği					
		Toplam Ölçek Puanı	Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Ekonomik Yük	Bağımlılık
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Hastalık süresi	1-3 yıl ^a	57.12±13.39	21.18±7.35	9.18±2.66	6.06±3.17	14.06±3.45	6.62±2.06
	4-6 yıl ^b	56.44±17.67	18.05±8.59	9.22±3.15	7.61±4.07	14.72±3.17	6.83±2.70
	7-9 yıl ^c	57.93±16.67	21.80±7.30	9.33±2.87	6.73±3.19	12.93±3.15	7.13±2.35
	10-12 yıl ^d	58.09±15.57	20.22±7.48	9.59±2.85	7.63±3.23	13.04±3.52	7.59±2.13
	13-15 yıl ^e	58.00±13.78	21.14±6.98	9.19±2.99	6.71±3.37	13.61±3.35	7.33±2.45
	16 yıl ve üzeri ^f	51.55±17.11	17.76±7.71	8.50±3.01	6.52±3.57	11.50±4.13	7.26±2.47
	İstatistiksel analiz	F=.789 p=.559	F= 1.184 p= .321	F= .467 p= .800	F= .638 p= .671	F= 2.543 p= .032	F= .405 p= .844
Tukey HSD Testi yapılmıştır. Ekonomik yük; b-f.							
Hastaneye yatış sayısı	Yatmamış	55.64±12.99	18.78±7.64	9.07±2.20	6.14±2.50	14.42±3.97	7.21±2.11
	1-3 defa yatan	55.07±16.45	19.35±7.64	8.98±3.09	6.77±3.58	12.88±3.62	7.07±2.48
	4 ve üzeri defa yatan	57.87±15.83	20.87±7.68	9.32±2.73	7.41±3.46	12.80±3.78	7.45±2.17
	İstatistiksel analiz	F=.349 p=.706	F= .547 p= .580	F= .147 p= .863	F= .732 p= .483	F= 1.122 p= .329	F= .294 p= .746
İlaçları düzenli kullanma	Evet ^a	53.62±15.59	19.03±7.37	8.82±2.87	6.23±3.18	12.53±3.82	7.00±2.50
	Arada bir alıyor ^b	57.46±14.87	19.38±8.16	9.23±2.97	7.07±3.72	14.23±2.83	7.53±2.25
	Arada bir aksatıyor ^c	64.22±15.52	22.50±8.09	10.09±2.95	9.45±3.30	14.45±3.21	7.72±1.66
	İstatistiksel analiz	F=4.254 p=.016	F= 1.80 p= .157	F= 1.733 p= .181	F= 8.764 p=.000	F= 3.255 p= .042	F=1.014 p= .366
Tukey HSD testi yapılmıştır. Toplam puanda, toplumsal ilişkilerde bozulma, ekonomik yük: a-c.							

Tablo 4.6. Hastaların hastalık özelliklerine göre bakım verenlerin bakıcı yük ölçeği puan ortalamaları (devam)

Hastalık Özellikleri		Zarit Bakıcı Yük Ölçeği					
		Toplam Ölçek Puanı	Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Ekonomik Yük	Bağımlılık
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Kontrolle düzenli gelme	Gelen	55.10±15.77	19.45±7.58	8.96±2.87	6.64±3.29	12.94±3.75	7.09±2.41
	Gelmeyen	62.66±16.19	21.58±8.10	10.16±3.18	9.00±4.34	13.91±3.20	8.00±1.70
	İstatistiksel analiz	t= -1.545 p= .895	t= -.919 p= .885	t= -1.363 p= .971	t= -2.290 p= .046	t= -.868 p= .312	t= -1.269 p= .088
Madde kullanımı	Kullanan	57.45±17.13	20.32±7.96	9.14±3.16	7.07±3.51	13.47±3.80	7.44±2.40
	Kullanmayan	53.86±14.24	18.86±7.20	9.00±2.61	6.61±3.38	12.51±3.54	6.86±2.29
	İstatistiksel analiz	t=1.286 p=.039	t= 1.090 p= .282	t= .277 p= .035	t= .748 p= .813	t= 1.470 p= .207	t= 1.390 p= .743
Kullanılan madde (n=70)	Sigara	56.10±16.95	19.60±7.70	8.96±3.21	6.85±3.42	13.21±3.82	7.45±2.47
	Çoklu kullanım (sigara ile alkol/uyuşturucu mad.)	71.83±12.52	28.00± 7.04	11.00±1.89	9.33±3.98	16.16±2.56	7.33±1.63
	İstatistiksel analiz	t= -2.209 p=.144	t= -2.565 p=.392	t= -1.516 p= .133	t= -1.670 p= .336	t= -1.184 p= .174	t= .116 p= .207

Tablo 4.6’ da hastalık süresine göre bakım verenlerin yük puan ortalamalarına bakıldığında, “Ekonomik Yük” alt ölçeği dışında puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farka rastlanmamıştır ($p>0.05$). “Ekonomik Yük” alt ölçeğinde farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey HSD testi sonucunda hastalık süresi 4-6 yıl olan grubun “Ekonomik Yük” puan ortalaması 16 yıl ve üzeri olan grubunkinden daha yüksektir ($p<0.05$).

Hastaneye yatış sayısına göre bakım verenlerin yük puan ortalamalarına bakıldığında, toplam ölçek ve tüm alt ölçekler arasında bulunan fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$). Ancak toplam ölçek puanı ve alt ölçekler puan ortalamaları 4 ve üzeri defa yatan hastalara bakım verenlerin yük puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur ($p>0.05$).

İlaçlarını düzenli kullanma durumuna göre bakım verenlerin yük puan ortalamalarına bakıldığında toplam ölçek, “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” ve “Ekonomik Yük” alt ölçeği yük puan ortalamaları arasında ilaçlarını düzenli kullanan hastalara bakım verenlerin yük puan ortalamaları istatistiksel anlamlılıkta daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey HSD testi sonucunda toplam ölçek, “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” ve “Ekonomik Yük” alt ölçeğinde ilaçlarını düzenli kullanan ve arada bir aksatan grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Hastanın kontrollerine düzenli gelmelerine göre bakım verenlerin yük puan ortalamalarına bakıldığında toplam ölçek ve “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması”, “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık”, “Ekonomik Yük”, “Bağımlılık” alt ölçek yük puan ortalamaları kontrollerine düzenli gelen hastaların düzenli gelmeyen hastaların bakım verenlerine göre daha düşük bulunmuş fakat bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$). “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” alt ölçek yük puan ortalaması kontrollerine düzenli gelen hastaların bakım verenlerinde istatistiksel anlamlılıkta daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların madde kullanımına göre bakım verenlerin yük puan ortalamalarına bakıldığında, toplam ölçek ve “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık” alt ölçeğinin yük puan ortalamaları madde kullanan hastaların kullanmayan hastaların bakım verenlerine göre yük puan ortalamasının istatistiksel anlamlılıkta daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Kullanılan madde türüne göre bakım verenlerin toplam yük ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p>0.05$).

4.4. Bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri ve bakım verme sırasında yaşadıkları sorunlara göre yük puan ortalamaları

Bu bölümde bakım verenlerin tanıtıcı ve bakım verme sırasında yaşadıkları sorunlara göre yük puan ortalamalarına bakılmıştır.

Tablo 4.7. Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre bakıcı yük ölçeği puan ortalamaları

Bakım Vereninin Tanıtıcı Özellikleri		Zarit Bakıcı Yük Ölçeği					
		Toplam Ölçek Puanı	Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Ekonomik Yük	Bağımlılık
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Yaş	20-34 yaş ^a	61.66±17.28	22.20±8.07	10.26±2.89	8.86±4.68	13.86±3.60	6.46±2.16
	35-49 yaş ^b	58.55±15.95	20.39±7.60	9.60±2.98	7.58±3.37	13.48±3.52	7.48±2.30
	50-64 yaş ^c	54.68±15.56	19.52±7.67	8.82±3.01	6.27±2.86	13.00±3.86	7.05±2.63
	65 ve üstü yaş ^d	48.66±13.54	16.61±6.72	7.76±1.99	5.38±3.10	11.57±3.59	7.33±1.90
	İstatistiksel analiz	F= 2.706 p= .048	F= 1.839 p= .143	F= 2.985 p= .034	F= 4.420 p= .005	F= 1.579 p= .198	F= .769 p= .513
Tukey HSD testi yapılmıştır. Toplumsal ilişkilerde bozulma: a-c, a-d.							
Cinsiyet	Kadın	58.03±16.09	21.04±7.65	9.33±2.92	7.05±3.55	13.20±3.71	7.40±2.35
	Erkek	50.77±14.43	16.52±6.65	8.50±2.83	6.42±3.19	12.65±3.70	6.67±2.34
	İstatistiksel analiz	t= 2.447 p= .378	t=3.299 p= .198	t= 1.511 p= .532	t= .961 p= .650	t= .779 p= .954	t= 1.624 p= .924
Medeni durum	Evli	54.51±16.31	18.93±7.89	8.88±3.02	6.61±3.30	12.82±3.68	7.24±2.41
	Bekâr	59.90±14.00	21.93±6.30	9.67±2.48	7.64±3.81	13.67±3.75	6.96±2.22
	İstatistiksel analiz	t= -1.657 p= .240	t= -1.923 p= .033	t= -1.317 p= .251	t= -1.455 p= .214	t= -1.114 p= .831	t= .563 p= .576
Hastaya yakınlık durumu	Anne-Baba	56.87±18.69	20.87±8.54	9.87±2.85	8.62±3.77	11.37±3.77	6.12±2.35
	Çocuk	56.08±13.88	20.26±7.33	8.97±2.57	6.20±2.79	13.44±3.15	7.20±2.22
	Eş	53.00±19.47	18.22±8.34	8.96±3.68	7.40±4.01	11.66±4.03	6.74±2.83
	Kardeş	59.54±15.61	19.95±6.99	9.40±3.04	8.18±4.01	14.27±4.10	7.72±2.14
	Diğer	47.00±20.44	14.75±10.21	8.25±3.20	3.75±1.50	5.56±2.78	8.75±1.89
	İstatistiksel analiz	F= .831 p= .508	F= .815 p= .518	F= .328 p= .859	F= 3.133 p= .017	F= 2.421 p= .052	F= 1.385 p= .243

Tablo 4.7. Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre bakıcı yük ölçeği puan ortalamaları (devam)

Bakım Verenin Tanıtıcı Özellikleri		Zarit Bakıcı Yük Ölçeği					
		Toplam Ölçek Puanı	Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Ekonomik Yük	Bağımlılık
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Eğitim düzeyi	İlköğretim	56.94±15.15	20.08±7.42	9.44±3.02	6.87±3.20	13.12±3.41	7.41±2.37
	Lise	57.73±17.81	20.63±8.47	9.00±2.94	7.39±3.82	13.76±3.94	6.94±2.39
	Üniversite ve lisansüstü	51.67±14.56	17.82±6.85	8.52±2.68	6.23±3.42	12.05±3.82	7.02±2.34
	İstatistiksel analiz	F= 1.590 p= .208	F= 1.391 p= .252	F= 1.084 p= .341	F= 1.015 p= .365	F= 1.955 p= .146	F= .533 p= .588
Çalışma Durumu	Çalışıyor ^a	53.24±15.41	18.29±6.78	8.59±2.93	6.94±3.29	12.81±4.24	6.59±2.53
	Çalışmıyor ^b	60.03±16.63	21.52±8.09	9.86±2.97	7.35±3.68	13.66±3.54	7.62±2.30
	Emekli ^c	51.23±13.51	17.88±7.11	8.23±2.48	12.17±3.25	12.17±3.25	7.02±2.18
	İstatistiksel analiz	F= 4.163 p= .018	F= 3.397 p= .037	F= 4.280 p= .016	F= 1.933 p= .149	F= 1.843 p= .163	F= 2.304 p= .104
Tukey HSD Testi yapılmıştır. Toplam ölçek puanı, sinirlilik ve kısıtlanmışlık: b-c.							
Çalışan yakınların işi (n=37)	İşçi	58.00±20.62	19.50±9.91	8.66±3.77	8.00±4.00	14.83±4.11	7.00±2.36
	Memur	53.88±12.89	18.64±5.90	8.76±2.61	6.92±3.34	12.80±4.13	6.76±2.43
	Serbest Meslek	45.83±19.78	15.66±7.47	7.83±3.76	6.00±2.44	10.83±4.57	5.50±3.20
	İstatistiksel analiz	F= 1.001 p= .378	F= .562 p= .575	F= .232 p= .794	F= .542 p= .586	F= 1.361 p= .270	F= .678 p= .514
Gelir Durumu	Geliri giderinden fazla ^a	43.90±14.33	14.27±6.00	7.27±2.90	4.63±2.33	10.36±3.47	7.36±2.87
	Geliri giderine eşit ^b	52.58±14.79	18.81±7.43	8.59±2.59	6.25±3.02	12.25±3.62	6.66±2.36
	Geliri giderinden az ^c	63.51±14.70	22.19±7.45	10.23±3.02	8.31±3.75	14.85±3.09	7.91±2.07
	İstatistiksel analiz	F= 11.746 p= .000	F= 6.232 p= .003	F= 7.457 p= .001	F= 8.499 p= .000	F= 11.795 p= .000	F= 4.200 p= .017
Tukey HSD testi yapılmıştır. Toplam ölçek puanı, ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, sinirlilik ve kısıtlanmışlık, toplumsal ilişkilerde bozulma ve ekonomik yük; a-c, b-c, bağımlılık b-c.							

Tablo 4.7. Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre bakıcı yük ölçeği puan ortalamaları (devam)

Bakım Verenin Tanıtıcı Özellikleri		Zarit Bakıcı Yük Ölçeği					
		Toplam Ölçek Puanı	Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Ekonomik Yük	Bağımlılık
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Evde yaşayan kişi sayısı	İki ^a	51.75±14.24	17.68±7.37	8.62±2.70	5.68±3.45	12.06±3.47	7.68±1.70
	Üç ^b	52.45±15.65	18.72±7.06	8.56±2.72	6.36±3.06	11.86±3.98	6.93±2.60
	Dört ^c	56.11±17.23	19.67±8.28	9.23±3.38	6.95±3.40	13.23±3.37	7.02±2.37
	Beş ^d	59.63±12.77	20.57±7.66	9.63±2.65	7.31±3.71	14.68±3.18	7.42±2.29
	Altı ve fazlası ^e	71.50±9.50	26.37±4.30	10.62±1.68	10.37±3.37	16.37±2.19	7.75±2.43
	İstatistiksel analiz	F= 3.175 p= .016	F= 2.121 p= .082	F= 1.204 p= .312	F= 3.307 p= .020	F= 4.381 p= .002	F= .511 p= .728
Tukey HSD testi yapılmıştır. Toplam ölçekte, toplumsal ilişkilerde bozulma; a-e,b-e, ekonomik yük; a-e, b-d,b-e.							
Bakım verme yılı	1-5 yıl	56.48±15.15	19.90±7.95	9.32±2.85	6.54±3.17	14.16±3.33	6.54±2.36
	6-10 yıl	56.27±17.24	19.45±7.92	9.15±3.16	7.30±3.88	13.05±3.16	7.32±2.25
	11-15 yıl	57.13±14.19	20.66±7.32	9.23±2.69	6.70±3.20	12.83±3.85	7.70±2.27
	16- 20 yıl	53.90±14.73	19.30±6.14	7.50±2.22	6.40±3.47	13.60±4.37	7.10±2.42
	21 yıl ve üzeri	52.57±18.31	18.26±8.13	9.10±3.14	6.94±3.53	11.15±4.31	7.10±2.68
	İstatistiksel analiz	F= .300 p= .878	F= .304 p= .875	F= .809 p= .521	F= .283 p= .829	F= 2.080 p= .087	F= .960 p= .432
Yardım alma	Alan	55.67±16.10	19.58±7.70	8.97±2.79	6.70±3.41	13.34±3.64	7.05±2.42
	Almayan	56.04±15.69	19.77±7.57	9.26±3.15	7.15±3.52	12.44±3.79	7.40±2.25
	İstatistiksel analiz	t= -.127 p= .609	t= -.135 p= .827	t= -.538 p= .359	t= -.699 p= .867	t= 1.315 p= .800	t= -.782 p= .415

Tablo 4.7. Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre bakıcı yük ölçeği puan ortalamaları (devam)

Bakım Vereninin Tanıtıcı Özellikleri		Zarit Bakıcı Yük Ölçeği					
		Toplam Ölçek Puanı	Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Ekonomik Yük	Bağımlılık
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Günde birlikte geçirilen zaman	1-6 saat ^a	50.60±15.62	17.00±7.24	8.31±2.82	6.43±3.04	12.56±4.03	6.29±2.44
	7-12 saat ^b	55.25±14.70	19.54±7.11	8.75±2.91	6.75±3.49	12.88±3.43	7.31±2.17
	13-18 saat ^c	59.15±16.95	22.53±8.40	9.46±2.81	6.61±4.57	12.92±3.66	7.61±2.46
	19- 24 saat ^d	61.84±15.74	22.03±7.64	10.34±2.76	7.65±3.40	13.87±3.67	7.93±2.21
	İstatistiksel analiz	F= 3.383 p= .020	F= 3.503 p= .017	F= 3.377 p= .021	F= .805 p= .494	F= .794 p= .499	F= 3.397 p= .020
Tukey HSD testi uygulanmıştır. Toplam ölçek puanı, sinirlilik ve kısıtlanmışlık, bağımlılık; a-d, ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması; a-c.							
Yakınlarında ruhsal hastalığı olma durumu	Olan	54.00±16.68	19.09±8.02	8.41±3.10	6.06±2.94	13.41±4.65	7.00±2.67
	Olmayan	56.36±15.69	19.82±7.53	9.28±2.83	7.11±3.57	12.90±3.37	7.23±2.27
	İstatistiksel analiz	t= -.721 p= .491	t= -.464 p= .491	t= -1.445 p= .409	t= -1.481 p= .303	t= .667 p= .005	t= -.476 p= .268
Hastalığı Bilme	Bilen	54.72±15.40	19.06±7.39	8.95±2.79	6.83±3.36	12.83±3.94	7.03±2.27
	Bilmeyen	58.96±17.15	21.39±8.15	9.42±3.25	6.93±3.74	13.60±2.88	7.60±2.60
	İstatistiksel analiz	t= -1.329 p= .289	t= -1.524 p= .300	t= -.791 p= .295	t= -.150 p= .335	t= -1.032 p= .027	t= -1.209 p= .245

Tablo 4.7. Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre bakıcı yük ölçeği puan ortalamaları (devam)

Bakım Verenin Tanıtıcı Özellikleri		Zarit Bakıcı Yük Ölçeği					
		Toplam Ölçek Puanı	Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Ekonomik Yük	Bağımlılık
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Bilgi alma	Alan	53.25±14.94	18.26±7.39	8.54±2.75	6.50±3.16	12.98±3.75	6.94±2.32
	Almayan	59.74±16.67	21.80±7.55	9.90±2.99	7.41±3.81	13.09±3.66	7.52±2.40
	İstatistiksel analiz	t= -2.310 p=.428	t= -2.640 p= .937	t= -2.651 p= .673	t= -1.468 p= .246	t= -.166 p= .530	t= -1.371 p= .884
Dernek üyeliği veya aile toplantılarına katılma (n=21)	Katılan	48.47±8.69	16.04±4.80	7.85±2.10	5.57±2.37	12.42±3.51	6.57±1.96
	Katılmayan	57.21±16.60	20.34±7.89	9.31±2.99	7.11±3.57	13.14±3.74	7.29±2.42
	İstatistiksel analiz	t= -2.344 p= .000	t= -2.409 p= .001	t= -2.121 p= .034	t= -1.890 p= .055	t= -.812 p= .568	t= -1.285 p= .159

Tablo 4.7’de bakım verenin yaşına göre yük puan ortalamalarına bakıldığında toplam ölçek, “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık”, “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” alt ölçeği yük puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey HSD testi sonucunda toplam ölçek puanı ve “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık” alt ölçeği grupları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmazken ($p>0.05$), “Toplumsal İlişkilerin Bozulması” alt ölçeği yük puan ortalamaları 20-34 yaş grubu ile 50-64 yaş ve 65 yaş üstü grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiş ve 20-34 yaş grubu bakım verenlerinin yük puan ortalamasının yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Bakım verenin cinsiyetine göre toplam ölçek ve tüm alt ölçek yük puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p>0.05$). Ancak kadın bakım verenlerin yük puan ortalamaları erkek bakım verenlere göre daha yüksek bulunmuştur.

Bakım verenin medeni durumuna göre toplam ölçek, “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık”, “Toplumsal İlişkilerde Bozulma”, “Ekonomik yük”, “Bağımlılık” alt ölçek yük puan ortalamaları arasında medeni durumu bekâr olan bakım verenlerin yük puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$). “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması” alt ölçek yük puan ortalaması bekâr bakım verenlerde evli olanlara göre istatistiksel anlamlılıkta daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaya yakınlık durumuna göre bakım verenlerin “Toplumsal İlişkilerin Bozulması” alt ölçeği yük puan ortalaması dışında istatistiksel açıdan anlamlı farka rastlanmamıştır ($p>0.05$). Toplam ölçek yük puan ortalamasında hastaya yakınlık durumu kardeşi olan bakım verenlerin yük puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$). “Toplumsal İlişkilerin Bozulması” alt ölçeği yük puan ortalamaları arasında farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey HSD testine göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farka rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Bakım verenin eğitim durumuna göre toplam ölçek ve tüm alt ölçek yük puan ortalamaları arasında üniversite mezunu olan bakım verenlerin yük puan

ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuş ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bakım verenlerin çalışma durumuna göre toplam ölçek ve “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması”, “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık” alt ölçekleri yük puan ortalamaları emekli olan bakım verenlerde istatistiksel anlamlılıkta daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey HSD testi sonucunda toplam ölçek ve “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık” alt ölçek yük puan ortalamaları emekli bakım verenlerin çalışmayan bakım verenlere göre istatistiksel anlamlılıkta daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması” alt ölçeğindeki gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışan bakım verenlerin işi ile toplam ölçek ve tüm alt ölçek yük puan ortalamaları arasında serbest meslek grubunun yük puan ortalamaları daha düşük bulunmuş ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$).

Bakım verenlerin gelir durumu ile toplam ölçek ve tüm alt ölçek yük puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey HSD testi sonucunda toplam ölçek, “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması”, “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık”, “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” ve “Ekonomik Yük” alt ölçeklerinde geliri giderinden fazla olan grubun yük puan ortalaması geliri giderinden az olan grubun yük puan ortalamasından, geliri giderine eşit olan grubun yük puan ortalaması geliri giderinden az olan grubun yük puan ortalamasından daha düşüktür. “Bağımlılık” alt ölçeğinde geliri giderine eşit olan grubun yük puan ortalaması geliri giderinden az olan grubun yük puan ortalamasından daha düşüktür ($p<0.05$).

Evde yaşayan kişi sayısına göre bakım verenlerin toplam ölçek, “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” ve “Ekonomik Yük” alt ölçek yük puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey HSD testi sonucunda toplam ölçek ve “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” alt ölçeği yük puan ortalamalarının iki kişilik ve altı kişilik, üç kişilik ve altı kişilik aileler arasında, “Ekonomik Yük” alt ölçeği yük

puan ortalamasının iki kişilik ve altı kişilik, üç kişilik ve beş kişilik, üç kişilik ve altı kişilik aileler arasındaki fark anlamlı düzeydedir ($p<0.05$).

Bakım verme yılı ve bakım verme sırasında yardım alma durumuna göre bakım verenlerin toplam ölçek ve tüm alt ölçek yük puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farka rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Günde hasta ile geçirilen zamana göre bakım verenlerin “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” alt ölçeğinin dışında toplam ölçek ve diğer alt ölçek yük puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı düzeydedir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Tukey HSD testi uygulanmıştır. Toplam ölçek, “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık” ve “Bağımlılık” alt ölçeğinin, 1-6 saat ile 19-24 saat gruplarının yük puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ve 19-24 saat bakım verenlerin yük puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması” alt ölçeğinin 1-6 saat ile 13-18 saat gruplarının yük puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ve 13-18 saat bakım verenlerin yük puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Yakınlarında başka ruhsal hastalığı olan bireyin var olup olmamasına göre bakım verenlerin “Ekonomik Yük” alt ölçeği dışında ailede başka ruhsal hastalığı olan bakım veren hasta yakınlarının yük puan ortalamaları olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$). “Ekonomik Yük” alt ölçeği yük puan ortalaması yakınlarında başka ruhsal hastalığı olan bakım verenlerde istatistiksel anlamlılıkta daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Bakım verenlerden şizofreni hastalığının ne olduğunu bilen bakım verenlerin hastalığı bilmeyen bakım verenlere göre “Ekonomik Yük” alt ölçeğinin yük puan ortalaması istatistiksel anlamlılıkta daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Bakım verenlerden hastalık hakkında bilgi alan bakım verenlerin toplam ölçek ve tüm alt ölçek yük puan ortalamaları hastalık hakkında bilgi almayanlara göre düşük bulunmuş ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$).

Dernek üyesi olan ve derneğin yaptıkları aile eğitimlerine katılan bakım verenlerin toplam ölçek ve “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması”, “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık”, “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” alt ölçeğinin yük

puanı ortalamaları eğitimlere katılmayan bakım verenlere göre istatistiksel anlamlılıkta daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.8. Bakım verenlerin bakım verme sırasında yaşadıkları sorunlara göre bakıcı yük ölçeği puan ortalamaları

Bakım Vereninin Bakım Verme Sırasında Yaşadığı Sorunlar		Zarit Bakıcı Yük Ölçeği					
		Toplam Ölçek Puanı	Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Ekonomik Yük	Bağımlılık
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Ekonomik sorun (n=104)	Ekonomik sıkıntı	61.51±14.85	22.05±7.39	9.81±3.00	7.63±3.64	14.31±3.32	7.70±2.20
	Etkilenmedi	48.93±14.88	16.80±7.16	8.43±2.69	5.53±2.89	11.33±3.70	6.83±2.61
	İstatistiksel analiz	t=3.910 p= .884	t= 3.312 p= .742	t=2.181 p= .483	t= 2.184 p= .077	t=4.003 p= .738	t= 1.724 p= .104
Duygusal sorun (n=118)	Üzüntü ^a	54.85±12.66	18.81±6.75	9.00±2.73	6.45±3.07	12.85±3.47	7.72±1.80
	Çöktük-tükendik ^b	63.23±15.33	23.35±7.52	10.52±2.15	8.00±3.92	13.88±3.07	7.47±2.37
	Psikolojik sorun ^c	67.71±12.76	25.50±6.26	10.92±2.16	8.78±3.66	14.78±3.59	7.71±2.01
	Korku, öfke, utanma, endişe ^d	60.77±21.04	21.44±8.67	9.66±4.00	9.00±4.50	13.66±2.87	7.00±2.50
	Etkilenmedi ^e	47.88±18.47	17.05±8.30	7.58±3.00	5.35±3.23	12.11±4.55	5.76±3.15
	İstatistiksel analiz	F=4.717 p= .001	F=4.148 p= .004	F=3.942 p= .005	F=3.465 p= .010	F= 1.416 p= .233	F= 2.799 p= .029
Tukey HSD testi yapılmıştır. Toplam ölçekte; a-c, b-e, c-e, ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması; a-c, c-e, sinirlilik ve kısıtlanmışlık; b-e, c-e, toplumsal ilişkilerde bozulma; c-e, bağımlılık; a-e.							
Fiziksel sorun (n=98)	Bakım verenin yaşlı olması, yorgunluk ve güçsüzlük ^a	65.57±12.65	24.19±6.18	10.61±2.64	8.50±3.56	14.19±2.95	8.07±1.86
	Ağrı, fiziksel yakınmalar, uyku problemi ^b	59.58±12.05	21.76±7.02	9.76±2.07	7.17±2.81	13.23±3.61	7.64±2.02
	Etkilenmedi ^c	46.51±15.80	15.82±6.97	7.41±2.71	4.93±3.01	11.62±4.33	6.72±2.87
	İstatistiksel analiz	F= 18.394 p= .000	F= 15.139 p= .000	F= 14.426 p= .000	F= 10.944 p= .000	F= 4.957 p= .009	F= 3.409 p= .037
Tukey HSD testi uygulanmıştır. Toplam ölçek, ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, sinirlilik ve kısıtlanmışlık puanında; a-c, b-c, toplumsal ilişkilerin bozulması, ekonomik yük ve bağımlılık puanında; a-c.							

Tablo 4.8. Bakım verenlerin bakım verme sırasında yaşadıkları sorunlara göre bakıcı yük ölçeği puan ortalamaları (devam)

Bakım Vereninin Bakım Verme Sırasında Yaşadığı Sorunlar		Zararlı Bakıcı Yük Ölçeği					
		Toplam Ölçek Puanı	Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Ekonomik Yük	Bağımlılık
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Sosyal sorun (n=97)	Sosyal aktivite olarak kendine vakit ayıramama ^a	57.82±12.00	20.69±6.40	9.47±2.39	7.21±3.02	13.08±3.08	7.34±1.82
	İçine kapanma ve kimseyle görüşmek istememe ^b	69.36±11.02	27.36±5.66	11.09±2.42	8.72±4.00	14.09±2.58	8.09±1.51
	Hastanın sosyal ilişkileri zayıf olması bu yüzden bakım verenin sosyal aktivitelerinin sınırlı olması ^c	61.10±15.37	22.10±7.60	9.50±2.50	8.10±3.81	13.20±4.04	8.20±2.52
	Kendine zaman ayıramama ^d	69.83±13.57	26.00±6.82	11.00±2.59	9.50±3.08	15.00±3.21	8.33±1.72
	Etiketlenme korkusundan hastalığı saklama ve kimseyle görüşmeme ^e	60.28±12.99	19.14±6.01	10.14±2.67	7.71±2.87	15.00±4.47	8.28±1.38
	Etkilenmedi ^f	49.38±14.99	16.64±6.86	8.05±3.03	5.35±3.09	12.35±3.90	6.97±2.66
	İstatistiksel analiz	F= 6.172 p= .000	F= 6.417 p= .000	F= 3.504 p= .006	F= 4.059 p= .002	F= 1462 p= .210	F= 1.298 p= .272

Tukey HSD testi yapılmıştır. Toplam ölçekte, ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, sinirlilik ve kısıtlanmışlık, toplumsal ilişkilerde bozulma; b-f, d-f.

Tablo 4.8’de bakım verenlerin yaşadığı ekonomik sorunlar ile toplam ölçek ve tüm alt ölçeklerin yük puan ortalamaları ekonomik sıkıntı yaşayan bakım verenlerin etkilenmeyen bakım verenlere göre daha yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde değildir ($p>0.05$).

Bakım verenlerin yaşadıkları duygusal sorunlar ile toplam ölçek ve “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması”, “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık”, “Toplumsal İlişkilerde Bozulma”, “Bağımlılık” alt ölçeğinin yük puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Tukey HSD testi yapılmıştır. Toplam ölçek puan ortalamalarında; üzüntü ve psikolojik sorun, çöktük-tükendik ve etkilenmedi, psikolojik sorun ve etkilenmedi gruplarının yük puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$). “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması” alt ölçeğinin, üzüntü ve psikolojik sorun, psikolojik sorun ve etkilenmedi gruplarının yük puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$). “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık” alt ölçeğinin, çöktük-tükendik ve etkilenmedi, psikolojik sorun ve etkilenmedi gruplarının yük puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$). “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” alt ölçeğinin, psikolojik sorun ve etkilenmedi gruplarının yük puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$). “Bağımlılık” alt ölçeğinin, üzüntü ve etkilenmedi gruplarının yük puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$).

Bakım verenin yaşadığı fiziksel sorunlar ile toplam ölçek ve tüm alt ölçek yük puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Tukey HSD testi yapılmıştır. Toplam ölçek, “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması”, “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık” alt ölçeğinin, bakım verenin yaşlı olması, yorgunluk, güçsüzlük ile etkilenmedi, ağrı, fiziksel yakınmalar ve uyku problemi ile etkilenmedi gruplarının yük puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$). “Toplumsal İlişkilerin Bozulması”, “Ekonomik yük” ve “Bağımlılık” alt ölçeğinin, bakım verenin yaşlı olması, yorgunluk, güçsüzlük ile etkilenmedi gruplarının yük puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$).

Bakım verenin yaşadığı sosyal sorun ile toplam ölçek, “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması”, “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık”, “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” alt ölçeğinin yük puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Tukey HSD testi yapılmıştır. Toplam ölçek puanı, “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması”, “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık”, “Toplumsal İlişkilerin Bozulması” alt ölçeğinin, içime kapandım kimse ile görüşmek istemedim ve etkilenmedi, kendime zaman ayıramaz oldum ve etkilenmedi gruplarının yük puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$).

4.5. Şizofreni hastalarının tanıtıcı ve hastalık özelliklerine göre sosyal işlevsellik puan ortalamaları

Bu bölümde şizofreni hastalarının tanıtıcı ve hastalık özelliklerine göre işlevsellik puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 4.9. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre işlevsel iyileşme puan ortalamaları

Şizofreni Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri		Şizofreni Hastalarında İşlevsel iyileşme Ölçeği (ŞİLÖ)				
		Toplam ölçek puanı	Sosyal İşlevsellik	Sağlık ve Tedavi	Günlük Yaşam Becerileri	Mesleki İşlevsellik
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Yaş	18-29 yaş	48.54±15.10	17.88±6.11	11.45±3.54	14.65±5.50	4.54±1.77
	30-41 yaş	50.31±17.38	17.31±6.73	12.50±4.47	16.00±6.05	4.50±1.81
	42-53 yaş	51.35±15.95	17.97±6.19	12.14±4.05	16.61±5.45	4.61±2.16
	54 ve üzeri yaş	49.17±17.94	17.52±6.80	10.76±4.30	16.76±6.75	4.11±1.86
	İstatistiksel analiz	F= .187 p= .905	F= .084 p= .969	F= .921 p= .433	F= .824 p= .483	F= .277 p= .842
Cinsiyet	Kadın	48.61±17.38	17.00±6.72	11.72±4.49	15.33±6.01	4.55±1.99
	Erkek	50.92±15.60	18.14±6.10	12.02±3.83	16.30±5.72	4.44±1.82
	İstatistiksel analiz	t= -.793 p= .328	t= -1.010 p= .427	t= -.415 p= .053	t= -.932 p= .759	t= .321 p= .405
Medeni durum	Evli	49.63±18.49	18.09±7.14	10.78±4.33	16.24±6.49	4.51±1.92
	Bekâr	50.11±15.36	17.47±6.01	12.41±3.91	15.74±5.55	4.48±1.88
	İstatistiksel analiz	t= -.154 p= .152	t= .519 p= .300	t= -.2139 p= .252	t= .454 p= .078	t= .081 p= .695
Eğitim Durumu	Okuryazar değil ^a	35.00±11.76	13.80±4.49	6.80±3.11	11.00±3.80	3.40±1.34
	İlkokul ^b	49.20±22.25	17.56±8.55	11.32±4.96	15.72±7.39	4.60±2.44
	Ortaokul ^c	47.30±12.14	16.50±4.76	12.30±2.58	13.50±4.64	5.00±2.21
	Lise ^d	49.59±15.51	17.90±6.31	11.83±3.94	15.44±5.45	4.40±1.80
	Üniversite ^e	54.89±12.41	18.34±4.98	13.27±3.56	18.68±4.77	4.58±1.47
	İstatistiksel analiz	F= 1.844 p= .125	F= .642 p= .634	F= 3.080 p= .019	F= 3.268 p= .014	F= .659 p= .622
Tukey HSD testi uygulanmıştır. Sağlık ve tedavi, günlük yaşam becerileri; a-e.						

Tablo 4.9. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre işlevsel iyileşme puan ortalamaları(devam)

Şizofreni Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri		Şizofreni Hastalarında İşlevsel iyileşme Ölçeği (ŞİLÖ)				
		Toplam ölçek puanı	Sosyal İşlevsellik	Sağlık ve Tedavi	Günlük Yaşam Becerileri	Mesleki İşlevsellik
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Çalışma Durumu	Çalışıyor ^a	57.61±14.08	20.19±6.13	13.38±3.58	18.52±4.77	5.52±1.86
	Çalışmıyor ^b	46.33±15.66	16.51±6.04	11.33±4.18	14.37±5.48	4.11±1.74
	Emekli ^c	58.68±16.29	20.36±6.80	12.94±3.83	20.21±5.60	5.15±2.06
	İstatistiksel analiz	F= 8.017 p= .001	F= 5.149 p= .007	F= 2.925 p= .057	F= 12.127 p= .000	F= 6.681 p= .002
Tukey HSD testi uygulanmıştır. Toplam ölçek puanı, sosyal işlevsellik, günlük yaşam becerileri; a-b, b-c, mesleki işlevsellik a-b.						
Çalışan hastaların işi (n=21)	İşçi	60.90±14.85	20.90±6.08	14.30±3.68	19.60±5.12	6.10±1.96
	Memur	47.75±13.45	14.00±4.54	11.50±3.10	18.00±4.32	4.25±2.06
	Serbest Meslek	58.57±12.50	22.71±5.08	13.14±3.71	17.28±4.82	5.42±1.39
	İstatistiksel analiz	F= 1.308 p= .295	F= 3.318 p= .059	F= .885 p= .430	F= .488 p= .622	F= 1.497 p= .250

Tablo 4.9. da hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu ile sosyal işlevsellik puanının toplam ölçek ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farka rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların eğitim düzeyi ile sosyal işlevsellik toplam ölçek, “Sosyal İşlevsellik” ve “Mesleki İşlevsellik” alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bulunmamıştır ($p>0.05$). “Sağlık ve Tedavi”, “Günlük Yaşam Becerileri” alt ölçeklerin sosyal işlevsellik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bulunmuş ve bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Tukey HSD testi yapılmıştır. “Sağlık ve Tedavi”, “Günlük Yaşam Becerileri” alt ölçeklerinin okur-yazar olmayan ile üniversite mezunu olan grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı düzeydedir ($p<0.05$). Üniversite mezunu olan hastaların sosyal işlevsellik puan ortalamaları okur-yazar olmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların çalışma durumu ile sosyal işlevsellik toplam ölçek ve “Sosyal İşlevsellik”, “Günlük Yaşam Becerileri”, “Mesleki İşlevsellik” alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı düzeydedir ($p<0.05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Tukey HSD testi uygulanmıştır. Toplam işlevsellik, “Sosyal İşlevsellik”, “Günlük Yaşam Becerileri” alt ölçeğinin, çalışan ve çalışmayan, emekli ve çalışmayan gruplarının sosyal işlevsellik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı düzeydedir ($p<0.05$). Çalışan ve emekli olan hastaların puan ortalamaları çalışmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. “Mesleki İşlevsellik” alt ölçeğinin, çalışan ve çalışmayan grupların sosyal işlevsellik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı düzeydedir ($p<0.05$). Çalışan hastaların puan ortalamaları çalışmayan hastaların puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışan hastaların işi ile sosyal işlevsellikleri arasında toplam ölçek ve tüm alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı farka rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.10. Hastaların hastalık özelliklerine göre işlevsel iyileşme puan ortalamaları

Şizofreni Hastalarının Hastalık Özellikleri		Şizofreni Hastalarında İşlevsel iyileşme Ölçeği (ŞİLÖ)				
		Toplam ölçek puanı	Sosyal İşlevsellik	Sağlık ve Tedavi	Günlük Yaşam Becerileri	Mesleki İşlevsellik
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Hastalık Süresi	1-3 yıl	48.25±12.94	18.06±5.06	11.00±3.34	14.81±5.15	4.37±1.74
	4-6 yıl	54.27±18.88	19.33±8.02	13.16±4.20	16.38±6.14	5.38±2.14
	7-9 yıl	51.66±20.64	18.93±7.72	11.80±4.61	16.40±6.97	4.53±2.35
	10-12 yıl	46.59±12.21	16.31±4.57	11.63±3.18	14.59±5.05	4.04±1.70
	13-15 yıl	46.61±17.67	16.33±6.62	11.52±5.09	14.57±5.90	4.19±1.40
	16 ve üzeri yıl	51.76±16.00	17.73±6.25	12.07±4.12	17.42±5.82	4.52±1.92
	İstatistiksel analiz	F= .767 p= .575	F= .752 p= .586	F= .556 p= .734	F= 1.116 p= .355	F= 1.189 p= .318
Hastaneye Yatış Sayısı	Hiç	54.28±16.76	20.50±6.79	11.92±4.32	16.42±6.00	5.42±2.02
	1-3 kez	49.81±16.69	17.57±6.51	11.97±4.12	15.82±5.89	4.43±1.85
	4 ve üzeri	48.41±15.33	16.64±5.54	11.67±4.07	15.87±5.79	4.22±1.85
	İstatistiksel analiz	F= .628 p= .535	F= 1.815 p= .167	F= .060 p= .942	F= .064 p= .938	F= 2.101 p= .127
İlaçlarını Kullanma Durumu	Evet ^a	52.56±17.27	18.53 ±6.86	12.65±4.26	16.90±6.07	4.75±1.94
	Arada bir alıyor ^b	48.07±13.35	18.25±5.02	10.07±3.14	14.76±5.40	4.69±1.84
	Arada bir aksatıyor ^c	39.81±7.82	14.63±3.51	9.72±2.62	12.22±2.84	3.22±0.97
	İstatistiksel analiz	F= 5.959 p= .003	F= 3.111 p= .048	F= 6.459 p= .002	F= 6.508 p= .002	F=6.444 p= .002
Tukey HSD testi uygulanmıştır. Toplam ve tüm alt ölçeklerde; a-c.						
Kontrolleri ne düzenli gelme	Evet	50.83±16.48	17.94±6.52	12.20±4.09	16.14±5.86	4.55±1.87
	Hayır	41.33±12.31	15.00±3.78	8.91±2.99	13.50±5.23	3.91±2.02
	İstatistiksel analiz	t= 1.940 p= .152	t= 1.531 p= .047	t= 2.705 p= .116	t=1.501 p= .413	t= 1.109 p= .707

Tablo 4.10. Hastaların hastalık özelliklerine göre işlevsel iyileşme puan ortalamaları (devam)

Şizofreni Hastalarının Hastalık Özellikleri		Şizofreni Hastalarında İşlevsel iyileşme Ölçeği (ŞİLÖ)				
		Toplam ölçek puanı	Sosyal İşlevsellik	Sağlık ve Tedavi	Günlük Yaşam Becerileri	Mesleki İşlevsellik
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Herhangi bir maddeye bağımlılık	Evet	48.60±15.97	17.31±6.33	11.81±3.77	15.22±5.73	4.24±1.86
	Hayır	51.55±16.75	18.08±6.43	12.00±4.49	16.68±5.92	4.78±1.89
	İstatistiksel analiz	t= -1.026 p= .949	t= -.685 p= .705	t= -.256 p= .030	t= -1.421 p= .598	t= -1.637 p= .675
Bağımlı olunan madde (n=70)	Sigara	48.98±16.50	17.39±6.56	12.01±3.86	15.25±5.81	4.32±1.91
	Birlikte kullanım	44.50±8.16	16.50±3.20	9.66±1.63	15.00±5.21	3.33±0.81
	İstatistiksel analiz	t= .655 p= .040	t= .327 p= .133	t= 1.470 p= .050	t= .101 p= .562	t= 1.258 p= .072

Tablo 4.10’da hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı ile sosyal işlevsellik toplam ölçek ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farka rastlanmamıştır ($p>0.05$).

İlaçlarını düzenli kullanan hastaların düzenli kullanmayan hastalara göre sosyal işlevsellik toplam ölçek ve tüm alt ölçek puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Tukey HSD testi uygulanmıştır. Toplam ölçek ve tüm alt ölçeklerin; ilaçlarını düzenli kullanan hasta grubu ile ara sıra aksatan hasta grubunun işlevsellik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$). İlaçlarını düzenli kullanan hastaların sosyal işlevsellik puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Kontrollerine düzenli gelen hastaların sosyal işlevsellik puan ortalamaları gelmeyen hastalara göre daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$). “Sosyal işlevsellik” alt ölçeğinin puan ortalaması kontrollerine düzenli gelen hastalarda istatistiksel anlamlılıkta daha yüksektir ($p<0.05$).

Madde bağımlılığı olmayan hastaların madde bağımlılığı olan hastalara göre sosyal işlevsellik puan ortalamaları daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$). “Sağlık ve tedavi” alt ölçeğinin puan ortalaması madde kullanımı olmayan hastaların sosyal işlevsellik puan ortalaması kullanan hastalara göre istatistiksel anlamlılıkta daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Sadece sigara kullanan hastaların çoklu madde kullanımı olan hastalara göre sosyal işlevsellik puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$). “Sağlık ve tedavi” alt ölçek puan ortalaması sadece sigara kullanımı olan hastalarda çoklu madde kullanımı olan hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).

4.6. Şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik puanları ile bakım verenlerin yük puanları arasındaki ilişki

Bu bölümde şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik puan ortalamaları ile bakım verenlerin yük puan ortalamaları arasındaki ilişkiye yönelik bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.11. Şizofreni hastalarının sosyal işlevsellikleri ile bakım verenlerin yük ilişkisi

Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) Alt ölçekleri	Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Alt Ölçekleri									
	Ruhsal Gerginlik ve Özel yaşamın Bozulması		Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık		Toplumsal İlişkilerde Bozulma		Ekonomik Yük		Bağımlılık	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Sosyal İşlevsellik	-.505	.000	-.572	.000	-.569	.000	-.212	.016	-.516	.000
Sağlık ve Tedavi	-.567	.000	-.535	.000	-.609	.000	-.235	.007	-.537	.000
Günlük Yaşam Becerileri	-.572	.000	-.534	.000	-.599	.000	-.304	.000	-.459	.000
Mesleki İşlevsellik	-.455	.000	-.390	.000	-.495	.000	-.143	.105	-.448	.000

r= Korelasyon katsayısı

p= 0.05

Şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik puan ortalaması ile bakım verenlerin yük puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=-.675$, $p=.000$).

Tablo 4.11’de şizofreni hastalarında işlevsellik alt ölçeği olan “Sosyal İşlevsellik” ile yük ölçeğinin alt ölçekleri arasında, “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması” ($r=-.505$, $p=.000$), “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık” ($r=-.572$, $p=.000$), “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” ($r=-.569$, $p=.000$) ve “Bağımlılık” ($r=-.516$, $p=.000$) **orta** düzeyde bir ilişki bulunurken, “Ekonomik Yük” alt ölçeği ile ($r=-.212$, $p=.016$) **zayıf** bir ilişki bulunmuştur.

“Sağlık ve Tedavi” alt ölçeği ile yük ölçeğinin alt ölçekleri arasında “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması” ($r=-.567$, $p=.000$), “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık” ($r=-.535$, $p=.000$), “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” ($r=-.609$, $p=.000$) ve “Bağımlılık” ($r=-.537$, $p=.000$) **orta** düzeyde bir ilişki bulunurken, “Ekonomik Yük” alt ölçeği ile ($r=-.235$, $p=.007$) **zayıf** bir ilişki bulunmuştur.

“Günlük Yaşam Becerileri” alt ölçeği ile yük ölçeğinin alt ölçekleri arasında “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması” ($r=-.572$, $p=.000$), “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık” ($r=-.534$, $p=.000$), “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” ($r=-.599$, $p=.000$) ve “Bağımlılık” ($r=-.459$, $p=.000$) **orta** düzeyde bir ilişki bulunurken, “Ekonomik Yük” alt ölçeği ile ($r=-.304$, $p=.007$) **zayıf** bir ilişki bulunmuştur.

“Mesleki İşlevsellik” alt ölçeği ile yük ölçeğinin alt ölçekleri arasında “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması” ($r=-.455$, $p=.000$), “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” ($r=-.495$, $p=.000$) ve “Bağımlılık” arasında ($r=-.448$, $p=.000$) **orta** düzeyde bir ilişki bulunurken, “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık” alt ölçeği ile arasında ($r=-.390$, $p=.000$), **zayıf** bir ilişki bulunmuş, “Ekonomik Yük” alt ölçeği ile arasında ($r=-.143$, $p=.105$) istatistiksel açıdan anlamsız düzeyde bir ilişki bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde şizofreni hastalarına bakım verenlerin yük algısı ve hastaların sosyal işlevsellik düzeyleri ile tanıtıcı özelliklerine göre puan ortalamalarının dağılımı ve sosyal işlevsellik ile bakım yükü arasındaki ilişki literatür ışığında tartışılmıştır.

Çalışmamızın sonucunda şizofreni hastalarının yarısından fazlasının erkek ve bekâr olduğu, bakım verenlerin büyük çoğunluğunu kadınların oluşturduğu bulunmuştur. Bu durum, hastalığın erken yaşta başlaması ve hastanın evlenememesi sonucunda genellikle aileleriyle yaşaması ve toplumun kadına biçtiği bakım verici sorumlulukla açıklanabilir. Aynı zamanda, erkek aile üyelerinin evin ekonomik yükümlülüğünü yerine getirmesi nedeniyle daha çok ev dışında çalışmasından bakımı ise daha çok evde yaşayan kadınların üstlenmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Yapılan araştırmalarda da, çalışmamızın bulgularına benzer nitelikte sonuçlar olduğu görülmektedir (18, 34, 35, 38, 56, 57, 64).

5.1. Şizofreni hastalarının tanıtıcı özellikleri ile bakım verenlerin yük duygularının karşılaştırılması

Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinden alınabilecek en düşük puanın 19, en yüksek puanın ise 95 olduğu ve ölçeğin kesim noktasının olmadığı dikkate alındığından çalışmamızda bakım verenlerin toplam yük puan ortalaması 55.80 ± 15.90 bulunmuştur. Bu da bakım verenlerin yük puanlarının ortalamasının biraz altında olduğunu göstermektedir. Alt ölçeklerden ise “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması” 19.65 ± 7.63 , “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık” 9.07 ± 2.91 , “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” 6.86 ± 3.45 , “Ekonomik Yük” 13.03 ± 3.70 , “Bağımlılık” 7.17 ± 2.36 almışlardır.

Hastanın yaşına göre bakım verenlerin yük puan ortalamalarından toplam ölçek puanında genç olan hastalara bakım verenlerin yük puanı ortalaması daha fazladır ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p > 0.05$). Yük ölçeğinin alt boyutları olan “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması” ve “Ekonomik Yük” alt ölçeğinin yük puanı ortalaması genç olan hastalara bakım verenlerde daha fazla bulunmuş ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0.05$). Bu durumun genç olan

hastaların hastalığının yeni başlaması, bakım verenin hastalığı tam olarak bilmemesi ve genç hastalardan beklenen rol ve sorumlulukların daha fazla olması ve yerine getirememesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde de benzer şekilde çalışmalar mevcuttur. Li ve arkadaşlarının (52) yaptıkları çalışmada, genç hastalara bakım verenlerin onlarla daha uzun süre ilgilendikleri için bakım yükünü daha yüksek bulmuşlardır (52). Yapılan diğer araştırmalar da çalışma bulgularını destekler niteliktedir ve hastanın yaşının genç olması bakım verenlerin yük duygusunun artmasına neden olmaktadır (35, 40). Aydın ve arkadaşlarının (9) yaptıkları çalışmada ise farklı şekilde hastanın yaşı artıkça bakım verenin yük duygusunun arttığı bulunmuştur (9).

Hastanın cinsiyetine göre bakım verenlerin yük puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Literatürde de hastanın cinsiyeti ile bakım verenlerin yük duygusu arasında bir farkın olmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (9, 20, 35). Literatürde bulgularımızı desteklemeyen çalışmalar da bulunmaktadır. Hastanın erkek olması bakım verenlerin yük duygusunu artırmaktadır. Çünkü; erkek hastalardan beklenen çalışma, aileye ekonomik yönden katkı sağlama gibi toplumsal rolleri üstlenmeleri beklenirken hastalanması sonucunda bu sorumlulukları yerine getirememesi aile üyelerinin daha fazla yük hissetmelerine neden olabilmektedir (38, 74).

Bekâr hastalara bakım verenlerin yük puan ortalamalarının evli olan hastalara göre istatistiksel anlamlılıkta olmayan bir farkla daha yüksek bulunmuştur ($p>0.05$). Literatürde de bakım verenlerin yük duygusu ile hastanın medeni durumu arasında bir farkın olmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (9, 18, 20, 35).

Hastanın sağlık güvencesinin olup olmasına göre bakım verenlerin yük puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu durumun sağlık güvencesi olmayan hasta sayısının az olmasından dolayı kaynaklandığı düşünülmektedir. Oysa hasta yakınlarının belirttiği gibi pek çoğu ekonomik güçlük yaşamaktadır. Sağlık güvencesinin olmayışı bu güçlüğü daha da artırabilmekte ve yük oluşturabilmektedir.

Üniversite mezunu olan hastalara bakım verenlerin “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” alt ölçeğinin yük puan ortalaması diğer eğitim seviyelerine göre istatistiksel anlamlılıkta daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bu durumun

üniversite mezunu olan hastaların daha iyi işlevsellik gösterdiğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Xiang ve arkadaşlarının (97) yaptıkları çalışmada, eğitim durumu üniversite olan hastaların daha iyi sosyal işlevsellik gösterdikleri ve bu yüzden bakım veren hasta yakınlarının yük duygusunun daha az olduğunu bulmuşlardır (97). Farklı biçimde Caqueo-Urizar ve arkadaşları (20), Gutiérrez-Maldonado ve arkadaşları (35) yaptıkları çalışmalarda, hastanın eğitim durumu ile bakım veren yakınlarının yük duygusu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığını bulmuşlardır (20, 35).

Hastanın çalışma durumuna göre bakıldığında emekli olan hastalara bakım verenlerin çalışmayan hastalara göre toplam ölçek, “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması” ve “Ekonomik Yük” alt ölçeğinin yük puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Bu durumun emekli hastaların belli bir yaşta olması, ekonomik gelire sahip olması, emeklilik ile birlikte hastadan beklentilerin azalması ve hastalık süresinin daha uzun olması göz önüne alındığında, bakım verenin hastalığı ve hastalık belirtileriyle baş etmeyi daha iyi bilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatüre bakıldığında çalışma bulgularını destekleyen çalışmalar mevcuttur. Igberase ve arkadaşları (43) yaptıkları çalışmada, çalışmayan hastalara bakım verenlerin yük duygusunun çalışan hastalara göre daha fazla olduğunu saptamışlardır (43). Roick ve arkadaşları (74) çalışan hastalara bakım verenlerin yük duygusunun daha az olduğunu bulmuşlardır (74). Diğer taraftan Gutiérrez-Maldonado ve arkadaşları (35) ve Caqueo-Urizar ve Gutiérrez-Maldonado'nun (18) yaptıkları çalışmada, hastanın çalışma durumu ile bakım verenlerin yük duygusu arasında bir istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığını bulmuşlardır (18, 35).

Memur olarak çalışan hastalara bakım verenlerin “Ekonomik Yük” alt ölçeğinin yük puan ortalaması diğer meslek gruplarında çalışanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bu durumun, memur olan hastaların diğer meslek gruplarına göre her ay düzenli bir ekonomik gelirinin ve sağlık güvencesinin olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.2. Şizofreni hastalarının hastalık özellikleri ile bakım verenlerin yük duygularının karşılaştırılması

Hastalık süresine göre bakım verenlerin yük puan ortalamalarına bakıldığında “Bağımlılık” alt ölçeği dışında hastalık süresi 16 yıl ve üzeri olan hastalara bakım verenlerin yük puan ortalamasının diğer gruplara göre daha düşük olduğu bulunmuş fakat bu farkın sadece “Ekonomik Yük” alt ölçeği puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu durum ailenin hastalığın seyrini kabullenip bu doğrultuda daha gerçekçi beklentilerle yeniden yapılanmasıyla açıklanabilir. Igberase ve arkadaşları (43) yaptıkları çalışma da hastalık süresi ve bakım verme süresi uzadıkça bakım verenlerin yük duygusunun azaldığını bulmuşlardır ve bu çalışma bulgularını desteklemektedir (43). Talwar ve Matheiken (86) ise hastalık süresi uzadıkça bakım verenlerin ekonomik olarak yük duygusunun arttığını bulmuşlardır (86). Farklı biçimde, hastalık süresi ile bakım verenlerin yük duygusu arasında bir farkın olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (18, 23, 48).

Hastanın hastaneye yatış sayısına göre bakım verenlerin yük puan ortalamaları toplam ölçek, “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması”, “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” alt ölçeğinin hiç hastaneye yatmayanlarda hastaneye yatışı olanlara göre daha düşük olduğu bulunmuş ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p > 0.05$). Hiç hastaneye yatmayan hastaların, ayaktan tedavisi yapılabilecek düzeyde iyi durumda olmaları nedeniyle yük duygusunun daha az olmasına yol açmaktadır. Ayrıca hastaneye yatışla aile içi rol ve sorumlulukların değişmesi yük duygusunu arttırabilirken hiç hastaneye yatışın olmaması bu bağlamda yük duygusunu azaltan bir neden olabilmektedir. Kouika ve Madianos (48) yaptıkları çalışmada, hastanın hastaneye yatış sayısı ile bakım verenlerin yük duygusu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farka rastlamamışlardır (48). Li ve arkadaşları (52), Aydın ve arkadaşları (9) ise yaptıkları çalışmada hastanın hastaneye yatış sayısı arttıkça bakım verenlerin yük duygusunun arttığını bulmuşlardır (9, 52).

İlaçlarını düzenli kullanan hastalara bakım verenlerin toplam ölçek ve “Toplumsal İlişkilerde Bozulma”, “Ekonomik Yük” alt ölçeğinin yük puan ortalamaları, ilaçlarını düzenli kullanmayan hastalara bakım verenlere göre

istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu durumun ilaçlarını düzenli kullanan hastaların tedaviye olan uyumunun iyi olması ve daha iyi işlevsellik göstermeleri ayrıca hastaneye yatış sayılarının az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Diğer taraftan Gutiérrez-Maldonado ve arkadaşları (35) yaptıkları çalışmada hastanın tedaviye olan uyumu ile bakım verenlerin yük duygusu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farka rastlamamışlardır (35).

Kontrollerine düzenli gelen hastalara bakım verenlerin toplam ölçek ve tüm alt ölçek yük puan ortalamaları düzenli gelmeyen hastalara göre daha düşük bulunmuş ancak bu fark sadece “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” alt ölçeğinin yük puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$). Bu durumun kontrollerine düzenli gelen hastaların tedaviye uyumunun daha iyi olması ve belirtilerinin daha yatışmış olması nedeniyle sosyal ilişkilerini sürdürebildiğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Madde kullanan hastalara bakım verenlerin toplam ölçek ve tüm alt ölçek yük puan ortalamaları daha yüksek olduğu bulunmuş, aradaki fark yalnızca toplam ölçek ve “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık” alt ölçeğinin yük puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu durumun madde kullanımı olan hastaların özellikle sigara kullanımının fazla olması ve sigara ile birlikte esrar ve hap kullanımı olan hastaya bakım verenlerin hastalık yanında diğer sorunlarla mücadele etmesine ve ekonomik olarak sorun olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastanın kullandığı madde türüne göre bakım verenlerin toplam ölçek ve tüm alt ölçek yük puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu durumun, hastanın kullandığı madde türünün değil madde kullanımının bakım verenlerin yük duygusunu etkilediğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.3. Bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri ile yük duygularının karşılaştırılması

Bakım verenin yaşına göre yük puan ortalamalarına bakıldığında “Bağımlılık” alt ölçeği dışında bakım verenin yaşı arttıkça yük puan ortalamalarının azaldığı bulunmuştur. Bu fark toplam ölçek ve “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık”, “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” alt ölçeğinin yük puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeydedir ($p<0.05$). Bu durumun bakım verenlerin yaşı

artıkça hastaya ve hastalığa olan tutumunun daha toleranslı olduğu, bakım verenlerden anne ya da baba olanların yaşı büyük olduğu düşünüldüğünde, ebeveynlerin daha çok bakım verme sorumluluğunu içselleştirdiği ve bakma zorunluluğu hissetmelerinden kaynaklandığını düşündürmektedir. Literatür incelendiğinde bulgularımızı destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Magliona ve arkadaşları (57), Li ve arkadaşları (52) bakım verenin yaşı artıkça bakım veren hasta yakınlarının yük duygusunun azaldığını bulmuşlardır (52, 57). Caque-Urizar ve arkadaşları (20) ve Chien ve arkadaşları (23) yaptıkları çalışmalarda ise bakım verenin yaşı artıkça yük duygusunun arttığını saptamışlardır (20, 23). Yapılan bazı çalışmalarda da bakım verenin yaşının yük duygusunu etkilemediği bulunmuştur (9, 35).

Bakım verenin cinsiyetine göre yük puan ortalamalarına bakıldığında kadın bakım verenlerin toplam ölçek ve tüm alt ölçek yük puan ortalamaları erkek bakım verenlere göre daha yüksek bulunmuş ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$). Literatür incelendiğinde bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadınlardan oluştuğu, kadına biçilen diğer rollerle birlikte hastalara bakım verme rolünün de yüklenmesiyle kadın bakım verenlerin yük duygusunun daha fazla olduğu belirlenmiştir (18, 35, 38, 52). Ancak bazı çalışmalarda erkek bakım verenlerin daha fazla olduğu ve erkeğin alışık olmadığı bir rol olan bakım vermenin erkek bakım verenler için daha fazla yük duygusu oluşturduğunu bulmuşlardır (20, 43). Yapılan bazı çalışmalarda da bakım verenin cinsiyeti ile yük duygusu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulmamışlardır (23, 48).

Bakım verenin medeni durumuna göre yük puan ortalamalarına bakıldığında bekâr bakım verenlerin yük puan ortalamaları evli olan bakım verenlere göre “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması” alt ölçeğinde istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Bu durumun bekâr bakım verenlerin hastalığı ve diğer sorumlulukları tek başına üstlenmelerinden ve evli olan bakım verenlere göre gerek gördükleri sosyal desteği bulamamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ohaeri (65) yaptığı çalışmada bakım verenin bekâr ya da dul olmasının evli olanlara göre aile rutinleri daha fazla bozulduğu, daha fazla finansal zorluk yaşadığı ve bunların bakım verenin yük duygusunu arttırdığı bulunmuştur

(65). Yapılan bazı çalışmalar bakım verenin medeni durumu ile yük duygusu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığını bulmuşlardır (9, 18, 20, 35).

Bakım verenin hastaya yakınlık durumuna göre yük puan ortalamasına bakıldığında hastanın çocuğu olan bakım verenlerin yük duygusu “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” alt ölçeğinde istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Bu durumun hastaya yakınlık durumu kardeşi ya da hastanın çocuğu olan kişilerin yaşının genç olması, genç bakım verenlerin hastaya ve hastalığa tolerans seviyesinin daha düşük olduğu ve kendi sorumluluklarını yerine getirmede yaşadığı zorluklardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Lim ve Ahn (54), yaptıkları çalışmada hastanın çocuğu ya da kardeşi olan bakım verenlerin daha fazla yük duygusuna sahip olduğunu bulmuşlardır (54). Yapılan bazı çalışmalarda bakım verenlerin çoğunun annelerden oluştuğu ve annelerin daha fazla yük duygusu yaşadığı belirtilmiştir (18, 35, 38, 52). Chien ve arkadaşlarının (23) yaptıkları çalışmada ise bakım verenin hastaya yakınlık durumu ile yük duygusu arasında farka rastlamışlardır (23).

Bakım verenlerin eğitim düzeyine göre yük puan ortalamasına bakıldığında “Bağımlılık” alt ölçeği dışında eğitim durumu üniversite ve lisansüstü olan bakım verenlerin yük puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuş fakat bu fark istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde değildir ($p>0.05$). Yapılan araştırmalarda bakım verenin eğitim durumu yükseldikçe, yük duygusunun azaldığı bulunmuştur. Bu durumun bakım verenin eğitim seviyesi yükseldikçe hastalığı daha iyi anlama, hastaya karşı daha olumlu bir yaklaşım sergileme ve kullanacağı toplumsal kaynakların farkında olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (9, 18, 20, 35, 43, 52). Yapılan bazı araştırmalar da bakım verenin eğitim durumu ile yaşadığı yük duygusu arasında bir fark bulunmadığını göstermektedir (23, 48).

Bakım verenlerin çalışma durumlarına göre yük puan ortalamalarına bakıldığında toplam ölçek, “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması”, “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık” alt ölçek yük puan ortalamalarının emekli olan bakım verenlerin çalışmayan bakım verenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bu durumun emekli olan bakım verenlerin belli bir ekonomik gelire sahip olduğu ve hastanın tedavi ve ilaç masraflarını karşılayabileceği ve sağlık güvencesinin olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Chien ve arkadaşları (23) çalışmayan bakım verenlerin yük duygusunun daha fazla olduğunu bulmuşlardır (23).

Bakım verenin aylık gelirine göre yük puan ortalamalarına bakıldığında toplam ölçek ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında geliri giderinden fazla olan ile geliri giderine eşit olan bakım verenlerin yük puan ortalamaları geliri giderinden az olan gruptan istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bu durumun bakım verenlerin bakım verme sorumluluğundan dolayı işini aksatması, hastanın harcamalarının, ihtiyaçlarının ve tedavi masraflarının fazla olduğu düşünüldüğünde bakım verenin gelirinin az olması bakım veren için bir yük oluşturmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Aynı zamanda bakım verenler hasta bireyin iyileşmesi için ellerindeki tüm olanakları kullanmaktadırlar. Bir hasta yakını, *“Çocuğumun iyileşmesi için elimden geleni yaptım özel doktorlara götürdüm elimde param yoktu, krediler çektim ama hala aynı hiçbir şey değişmiyor. Çektiğim kredi borcunu da ödeyemedim.”* şeklinde yaşadığı ekonomik sıkıntıyı belirtmiştir. Literatür incelendiğinde yapılan araştırmalar çalışma bulgularını desteklemektedir. Bakım verenin gelir durumunun düşük olması, hastanın bakım verene bağımlı olması ve hastaya bakacak kadar paralarının olmadığını düşünen bakım verenlerin yük duygusunun daha fazla olduğu bulunmuştur (23, 35, 38, 86).

Evde yaşayan kişi sayısı arttıkça bakım verenlerin toplam ölçek ve “Toplumsal İlişkilerde Bozulma”, “Ekonomik Yük” alt ölçeği yük puan ortalamasının arttığı bulunmuştur bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$). Bu durumun, bakım verenin hasta bireye bakımının yanında diğer sorumluluklarının da fazla olması nedeniyle yük duygusunu artırmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Öte yandan, literatürde çalışma bulgularını desteklemeyen çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalarda bakım vereni destekleyen kişilerin olması bakım verenlerin yük duygusunu azalttığı bulunmuştur (23, 39, 57). Ancak, bu çalışmalardaki ailede yaşayan birey sayısının bakım verene yük değil, destek olduğu düşünülmektedir. Bakım verirken yardım alma ile bakım verenlerin toplam ölçek ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Yapılan çalışmalara bakıldığında çalışma bulguları ile uyumlu değildir. Bakım verenin yanında bir destekçinin olması, bakım verirken yardım alması bakım verenin yük duygusunu azalttığını göstermektedir (23, 39, 57).

Bakım verme yılı bakım verenin toplam ölçek ve tüm alt ölçek yük puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak toplam yük ölçek puanı 21 yıl ve üzeri bakım veren hasta yakınlarının daha düşük bulunmuştur. Igberase ve arkadaşları (43) yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin bakım verme süresi uzadıkça yük duygusunun azaldığını bulmuşlardır (43). Taktak ve arkadaşlarının (85) yaptıkları çalışmada hastalık süresi uzadıkça bakım veren hasta yakınlarının yılgınlığının ve aile işlevselliğinde bozulmanın arttığını bunun da bakım verenin yük duygusunu arttırdığını bulmuşlardır (85).

Hasta ile günlük geçirilen süre ile bakım verenlerin yük puan ortalamalarına bakıldığında “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” ve “Ekonomik Yük” alt ölçeği dışında bakım verenin hasta ile geçirdiği süre arttıkça yük duygusunun arttığı bulunmuştur ($p<0.05$). Bu durumun hasta ile geçirilen süre arttıkça hastanın tek başına yapabileceklerinin ve sosyal işlevselliğinin iyi olmaması, bakım verenin kendisine yeterli zaman ayıramaması ve diğer sorumluluklarının da olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında sonuçlar çalışma bulguları ile uyumludur. Lauber ve arkadaşlarının (50) yaptıkları çalışmada, bakım verenin hasta ile geçirdiği süre arttıkça bakım verenin yük duygusunun arttığı bulunmuştur (50). Yapılan diğer araştırmalarda da çalışma bulgularını destekler nitelikte sonuçlar bulunmuş ve bakım verenin hasta ile geçirdiği süre arttıkça bakım verenin objektif ve subjektif yük duygusunun arttığı belirlenmiştir (48, 52, 57, 74).

Şizofreni hastalığını bilen bakım verenlerin yük puan ortalamaları bilmeyenlere göre daha düşük bulunmuştur ancak bu fark sadece “Ekonomik Yük” alt ölçeğinin yük puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bu durumun hastalığı bilmeyen bakım verenlerin tedavi için tıp dışı başka yöntemleri denemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bir hasta yakınının bildirdiğine göre, *“Eşimin iyileşmesi için çok para harcadım. Hocalara götürdüm, muskalar yazdırdım bunu yapabilmek için tarlalarımı sattım ama hiçbir faydası olmadı. Elimde satacak hiçbir şey kalmadı ve anladım ki onlarda bizi dolandırmış.”* şeklinde bakım verdiği yakınına iyileştirmek için birçok ekonomik kayıplar yaşadığı için bakım verenlerde yük duygusu oluşturmaktadır. Chien ve arkadaşları (23), Coque Urizar ve Gutierrez Maldonado (18), yaptıkları çalışmada bakım veren hasta

yakının hastalık hakkında bilgisinin artması bakım verenin yük duygusunu azalttığını bulmuşlardır (18, 23).

Hastalık hakkında bilgi alma durumuna göre bakım verenlerin yük puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Gülseren ve arkadaşları (38), bakım verenlerin sağlık personelinin gerekli desteği ve bilgiyi almayan bakım veren hasta yakınlarının yük duygusunun daha fazla olduğunu bulmuşlardır (38).

Hasta yakınlarının aile eğitimlerine ya da hastalık ile ilgili dernek etkinliklerine katılmasına göre bakım verenlerin toplam ölçek ve “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması”, “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık” ve “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” alt ölçeğinin yük puan ortalaması bu faaliyetlere katılan bakım verenlerin katılmayan bakım verenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Bu durumun bakım verenin aile eğitimlerinde hastalığı ve hastaya nasıl yaklaşması gerektiğini öğrendiği, kendisi ile benzer problemi yaşayan kişilerle bir araya gelmesi hasta yakınlarının birbirlerine sosyal destek olması nedeniyle yükün paylaşımı dolayısıyla bakım verenlerin yük duygusunu azaltabilmektedir. Literatür de bakım verenin hastalık hakkında bilgisinin artması, gerekli sosyal desteğinin olması sonucunda bakım verenlerin yük duygusunu azalttığını göstermektedir (18, 23, 38).

5.4. Bakım verenlerin bakım verme sırasında yaşadıkları sorunlar ile yük duygularının karşılaştırılması

Bakım verenin yaşadığı ekonomik sorun ile bakım verenin toplam ölçek ve tüm alt ölçek yük puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak ekonomik sıkıntı yaşayan bakım verenlerin yük puan ortalamaları ekonomik olarak etkilenmeyen bakım verenlere göre daha yüksek bulunmuştur.

Bakım verirken yaşanan duygusal sorunlara göre bakım verenlerin yük puan ortalamalarına bakıldığında “Ekonomik Yük” alt ölçeği dışında bakım verenlerin yaşadığı duygusal sıkıntı ile yük puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Psikolojik sıkıntı yaşayan bakım verenlerin yük puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Bakım verenler “*Artık*

yaşadığının farkında bile değilim.”, *“Hayattan artık hiçbir zevk almıyorum yaşamanın benim için bir anlamı kalmadı.”* ve *“Artık yaşadığım sıkıntılarla baş edemiyorum ve bunun için madde kullanımını başladım.”* şeklinde yaşadıkları psikolojik sıkıntıları ifade etmişlerdir. Bazı bakım verenler ise *“çöktük, tükendik, bittik”* ve *“İnsanın çocuğu hayal ettiği gibi olmuyor. Onun evlenmesini, yuva kurmasını isterdik ama o gün geçtikçe daha kötü oluyor. Gün geçtikçe bende mahvoluyorum.”* şeklinde yaşadıkları duygusal sorunları bildirmişlerdir. Bu iki ifadeyi bildiren bakım verenler duygusal olarak etkilenmeyen bakım verenlere göre yük puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). (Tablo 4.8.)

Bakım verirken yaşanan fiziksel sorunlara göre bakım verenlerin yük puan ortalamalarına bakıldığında *“Bakım verenin yaşlı olması ve hastanın yerine getirmesi gereken sorumlulukları da bakım verenin yerine getirmesi ve yorgunluk, güçsüzlük”* ve *“Ağrı, fiziksel yakınmalar, uyku problemi”* yaşayan bakım verenlerin yük puan ortalamaları fiziksel olarak etkilenmeyen bakım verenlerden daha yüksek bulunmuştur ve bulunan bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$). (Tablo 4.8.)

Bakım verirken yaşanan sosyal sorunlara göre bakım verenlerin yük puan ortalamalarına bakıldığında toplam ölçek ve *“Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması”*, *“Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık”*, *“Toplumsal İlişkilerde Bozulma”* alt ölçeği puan ortalaması *“İçime kapandım kimseyle görüşmek istemedim.”* ve *“Kendime zaman ayıramaz oldum.”* cevabını verenler sosyal olarak etkilenmeyen bakım verenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha fazla yük duygusuna sahip oldukları bulunmuştur ($p<0.05$). (Tablo 4.8.)

5.5. Şizofreni hastalarının tanıtıcı özelliklerine göre sosyal işlevsellik puan ortalamaları

Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeğinden hastaların alabileceği en düşük puanın 19, en yüksek puanın 95 olduğu ve ölçeğin bir kesim noktası olmadığı dikkate alındığında çalışmada hastaların toplam işlevsel iyileşme puan ortalaması 49.96 ± 16.34 olarak bulunmuştur. Bu puan ortalamasının altında bir puandır ve hastaların iyi işlevsellik göstermediği bulunmuştur. *“Sosyal İşlevsellik”* alt ölçeği puan ortalaması 17.66 ± 6.37 , *“Sağlık ve Tedavi”* alt ölçeği puan ortalaması

11.90±4.10, “Günlük Yaşam Becerileri” alt ölçeği puan ortalaması 15.90±5.84, “Mesleki İşlevsellik” alt ölçeği puan ortalaması 4.49±1.88 olarak bulunmuştur.

Hastanın yaşına göre toplam ölçek ve tüm alt ölçeklerin sosyal işlevsellik puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Tatlıdil’in (88), yaptığı çalışmada da hastaların yaşı ile sosyal işlevsellik puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan bir fark bulunmamıştır (88). Taktak ve arkadaşları (85), yaptıkları çalışmada genç hastaların sosyal işlevsellik puanlarının daha düşük olduğunu bulmuşlardır (85). Browne ve arkadaşları (14), şizofreni hastalarının yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada hastanın yaşı arttıkça yaşam kalitesinin azaldığını saptamışlardır (14).

Hastanın cinsiyetine göre toplam ölçek ve tüm alt ölçeklerin sosyal işlevsellik puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu durumun hastalık belirtilerinden negatif belirtilerin pozitif belirtilere göre daha erken başlaması ve her iki cinsiyette de sosyal işlevselliği olumsuz etkilediğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatüre bakıldığında çalışma bulgularını destekleyen çalışmalar mevcuttur. Erol ve arkadaşları (31), yaptıkları çalışmada ise hastanın cinsiyeti ile işlevsellik puanları arasında bir fark olmadığını bulmuşlardır (31). Addington ve arkadaşlarının (1), yaptıkları çalışmada buldukları sonuçlar çalışma bulgularını desteklemektedir ve kadın ve erkek hastaların işlevsellik puanları arasında bir fark olmadığını bulmuşlardır (1). Farklı biçimde Usall ve arkadaşları (95), yaptıkları çalışma da kadın hastaların işlevsellik puanlarının erkek hastalara göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (95).

Hastanın medeni durumuna göre sosyal işlevsellik puan ortalamalarına bakıldığında toplam ölçek ve tüm alt ölçeklerin sosyal işlevsellik puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Erol ve arkadaşları (31), yaptıkları çalışmada evli olan hastaların bekâr olan hastalara göre işlevsellik puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (31). Norman ve arkadaşlarının (64), yaptıkları çalışmada medeni duruma göre yaşam kalitesinin değiştiğini evli olan hastaların yaşam kalitesinin bekâr ya da boşanmış olan hastalara göre daha iyi olduğu belirlenmiştir (64).

Hastanın eğitim durumuna göre sosyal işlevsellik puan ortalamalarına bakıldığında “Sağlık ve Tedavi” ve “Günlük Yaşam Becerileri” alt ölçeklerinin puan

ortalaması üniversite mezunu olan hastalarda daha yüksek bulunmuş ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$). Bu durumun hastanın eğitim durumu ne kadar yüksek ise hastalığın başlama yaşının o kadar geç olduğu, işlevselliğinin ve bazı becerileri hastalığı erken başlayan hastalara göre daha iyi olduğu ve hastaların eğitim ile bazı sosyal becerilerini geliştirdiğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Xiang ve arkadaşları (97), yaptıkları çalışmada hastanın eğitim durumu yükseldikçe daha az negatif belirti gösterdiği ve işlevsellik puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır (97). Tatlıdil (88), başka bir ölçüm aracılığıyla gerçekleştirdiği çalışmasında, hastanın eğitim durumu yükseldikçe sosyal işlevsellik ölçeğinin alt boyutu olan “Bağımsızlık Düzeyi- Performans” arttığını bulmuştur (88).

Hastanın çalışma durumuna göre sosyal işlevsellik puan ortalamalarına bakıldığında “Sağlık ve Tedavi” alt ölçeği dışında toplam ölçek ve diğer alt ölçeklerin puan ortalaması emekli olan ve çalışan hastaların çalışmayan hasta grubuna oranla istatistiksel anlamlılık düzeyinde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Bu durumun hastaların çalışıyor olması ya da belirli bir süre çalıştıktan sonra emekli olması hastaların belirli bazı sosyal becerilerinin ve olanaklarının daha iyi olmasından kaynaklanabilir. Aktif olarak sosyal hayatın içinde olması hastanın sosyal işlevselliğini olumlu yönde etkilemektedir. Ancak çalışan hastaların işi ile sosyal işlevsellik puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Yapılan bazı çalışmalar çalışma bulgularını desteklemektedir. Erol ve arkadaşları (31), yaptıkları çalışmada çalışan hastaların çalışmayan hastalara göre daha iyi işlevsellik gösterdiklerini bulmuşlardır (31). McGurk ve Meltzer (59) yaptıkları çalışmada, çalışmayan hastaların diğer gruplara göre negatif belirtilerin daha fazla olduğu ve işlevselliklerinin daha olumsuz etkilendiğini bulmuşlardır (59).

5.6. Şizofreni hastalarının hastalık özelliklerine göre sosyal işlevsellik puan ortalamaları

Hastalık süresine göre hastaların sosyal işlevsellik puan ortalamalarına bakıldığında toplam ölçek ve tüm alt ölçeklerin puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Tatlıdil (88), yaptığı

çalışma sonuçları çalışma bulgularını destekler türdedir ve hastalık süresi ile hastanın sosyal işlevsellik puanı arasında bir fark olmadığını bulmuştur (88).

Hastaneye yatış sayısına göre hastaların sosyal işlevsellik puan ortalamalarına bakıldığında “Sağlık ve Tedavi” alt ölçeği dışında hastaneye hiç yatışı olmayan hastaların toplam işlevsellik ve diğer alt ölçek sosyal işlevsellik puan ortalamaları hastaneye yatışı olan hasta grubundan daha yüksek bulunmuş ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Anlar ve arkadaşlarının (2), yaptıkları çalışmada hastaların hastaneye yatış sayısı arttıkça işlevsellik seviyelerinin azaldığını bulmuşlardır (2).

İlaçlarını düzenli kullanma durumuna göre hastaların sosyal işlevsellik puan ortalamalarına bakıldığında ilaçlarını düzenli kullanan hastaların ilaçlarını düzenli kullanmayanlara göre toplam ölçek ve tüm alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$). Bu durumun ilaçlarını düzenli kullanan hastaların pozitif belirtilerinin daha az olduğu, tedaviye ve günlük yaşama uyumlarının daha iyi olduğundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Anlar ve arkadaşlarının (2), yaptıkları çalışmada ilaçlarını düzenli kullanan hastaların kullanmayan hastalara göre işlevsellik seviyelerinin daha iyi olduğunu saptamışlardır ve bu sonuç çalışma bulgularını destekler niteliktedir (2).

Kontrollerine düzenli gelen hastaların “Sosyal İşlevsellik” alt ölçeğinin puan ortalaması gelmeyen hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bu durumun kontrollerine düzenli gelen hastaların tedaviye ve günlük diğer becerilere uyumunun daha iyi olduğunu düşündürmektedir. Anlar ve arkadaşlarının (2), yaptıkları çalışmada da kontrollerine düzenli gelen hastaların daha iyi işlevsellik gösterdiklerini saptamışlardır (2).

Madde kullanımı ve kullanılan madde türüne göre hastaların sosyal işlevsellik puan ortalamalarına bakıldığında madde kullanımı olmayan hastaların kullananlara göre ve madde kullanan hastalardan da sadece sigara kullanan hastaların çoklu kullanımı olanlara göre “Sağlık ve Tedavi” alt ölçeğinin puan ortalaması daha yüksek bulunmuş ve bulunan bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$).

5.7. Şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik puanları ile bakım verenlerin yük duygusu arasındaki ilişki

Bu bölümde şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik puan ortalamaları ile bakım verenlerin yük puan ortalamaları arasındaki ilişki literatür ışığında tartışılmıştır.

Şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik puan ortalaması ile bakım verenlerin yük puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. ($r=-.675$, $p=.000$) Bu durum hastanın işlevsellik seviyesi arttıkça bakım verenlerin yük duygusunun azaldığı sonucunu göstermektedir. Bu durumun hastanın işlevsellik seviyesindeki artışın ya da iyileşmenin olması sonucunda hastanın kendi sorumluluklarını yerine getirmesi, tedavisine ve kendi bakımına daha iyi katılması nedeniyle bakım verenlerin yük duygusunun azaldığından kaynaklandığını düşündürmektedir. Literatüre bakıldığında bu alanda yapılan pek çok araştırma çalışma bulgularını desteklemektedir. Hjartag ve arkadaşları (41), yaptıkları çalışmada hastanın işlevselliği azaldıkça ve negatif belirtileri arttıkça bakım verenin yük duygusunun arttığını ve yaşam kalitesinin azaldığını bulmuşlardır (41). Gutiérrez-Maldonado ve arkadaşları (35) yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarının sosyal işlevselliğinde meydana gelen azalmalar bakım verenin yük duygusunu arttırdığını saptamışlardır (35). Yine yapılan diğer araştırmalara bakıldığında hastanın işlevsellik seviyesinde meydana gelen azalma bakım verenin yük duygusunu arttırdığı şeklinde benzer sonuçlar göstermektedir (39, 44, 56, 70, 71)

Sonuç olarak, şizofreni hastalığı kronik seyirli ve yeti yitimine neden olan bir hastalıktır. Hastanın eski beceri ve sorumluluklarını yerine getirememesi, hastalık belirtilerinin süregelen olması bakım verenlerde yük duygusunun oluşmasına neden olmaktadır. Çalışmamızda hastaların sosyal işlevsellik olarak alanında bozulmaların oluşması bakım verenin yük duygusunu önemli derecede etkilemekte ve artırmaktadır. Bunun yanında bakım verenin yaşı, eğitim durumu, gelir düzeyi, çalışma durumu ve bakım verme sırasında yaşadıkları sorunlar da (duygusal, ekonomik, fiziksel, sosyal) yük duygusunu etkilemektedir. Oluşan bu yük duygusunun bakım verenler için fiziksel ve ruh sağlıkları açısından önemli bir risk faktörü oluşturacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik düzeylerinin bakım verenlerin yük duygusuna etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada; bakım verenlerin yarıdan fazlası 50 yaş ve üstü (%55.38), büyük çoğunluğunun kadın (%69.23), büyük çoğunluğunun evli olduğu (%76.15), yarıdan fazlasının (%53.08) hastanın annesi ya da babası olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin yarıya yakınının (%44.62) eğitim seviyesinin ilköğretim olduğu, çoğunluğunun (%77.69) duygusal sorunları, yarıdan fazlasının (%53.08) fiziksel sorunları vardır. (Tablo 4.1.,4.2.) Hastaların yarıdan fazlasının (%58.50) erkek, üçte birinin (%33.85) 30-41 yaşları arasında olduğu, büyük çoğunluğunun (%68.50) bekar, büyük çoğunluğunun (%69.20) çalışmadığı saptanmıştır. Hastaların büyük çoğunluğunun (%62.32) hastalık süresinin 10 yıl ve üzeri, büyük çoğunluğunun (%73.08) ilaçlarını düzenli kullandığını, tamamına yakını (%90.77) kontrollerine düzenli geldiğini, yarıdan fazlasının (%53.85) madde kullanımının olduğu, madde kullananların tamamına yakınının (%91.43) sadece sigara kullandığı belirlenmiştir. (Tablo 4.3.)

Bu özelliklere sahip hastaların ve bakım verenlerin yük duygusu, hastaların sosyal işlevsellik düzeyleri ve hastanın sosyal işlevselliği ile bakım verenlerin yük duygusu ile ilişkisi değerlendirildiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Hastanın yaşına göre bakım verenlerin yük puan ortalamalarına bakıldığında “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması” ve “Ekonomik Yük” alt ölçeğinin yük puan ortalaması 18-29 yaş grubundaki hastalara bakım verenlerin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu,
- Hastanın eğitim durumuna göre bakım verenlerin yük puan ortalamalarına bakıldığında “Toplumsal İlişkiler Bozulma” alt ölçeğinin yük puan ortalaması okur-yazar olmayan hastalara bakım verenlerin daha yüksek olduğu,
- Çalışmayan hastalara bakım verenlerin diğer gruplara göre toplam ölçek, “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması” ve “Ekonomik Yük” alt ölçeklerinin yük puan ortalaması daha yüksek olduğu,
- Çalışan hastaların işine göre bakım verenlerin yük puan ortalamalarına bakıldığında “Ekonomik Yük” alt ölçeğinin yük puan ortalaması memur olarak

çalışan hastaların bakım verenlerinde daha düşük olduğu, hastalık süresine göre bakım verenlerin yük puan ortalamalarına bakıldığında “Ekonomik Yük” alt ölçeğinin yük puan ortalaması hastalık süresi 16 yıl ve üzeri olan hastalara bakım verenlerde diğer gruplara göre daha düşük olduğu, ilaçlarını düzenli kullanan hastalara bakım verenlerin toplam ölçek, “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” ve “Ekonomik Yük” alt ölçeğinin yük puan ortalaması diğer gruplara göre daha düşük olduğu, kontrollerine düzenli gelen hastalara bakım verenlerin “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” alt ölçeğinin yük puan ortalaması düzenli gelmeyen hastaların bakım verenlerine göre daha düşük olduğu, madde kullanımı olan hastalara bakım verenlerin toplam ölçek ve “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık” alt ölçeğinin yük puan ortalaması madde kullanımı olmayan hastalara bakım verenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

- Hastanın cinsiyeti, medeni durumu, sağlık güvencesinin olup olmaması, hastaneye yatış sayısı ve kullanılan madde türü ile bakım verenlerin yük puan ortalamalarına bakıldığında toplam ölçek ve tüm alt ölçek yük puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p>0.05$).

- 65 yaş ve üstü olan bakım verenlerin toplam ölçek, “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık” ve “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” alt ölçeğinin yük puan ortalaması diğer gruplara göre daha düşük olduğu,

- Bakım verenin medeni durumu göre bakım verenlerin yük puan ortalamalarına bakıldığında “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması” alt ölçeğinin yük puan ortalaması bekâr bakım verenlerde daha yüksek olduğu,

- Bakım verenin hastaya yakınlık durumuna göre hastanın çocuğu olan bakım verenlerin “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” alt ölçeğinin yük puan ortalamasının daha yüksek olduğu,

- Emekli olan bakım verenlerin toplam ölçek, “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması” ve “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık” alt ölçeğinin yük puan ortalaması diğer gruplara göre daha düşük olduğu,

- Geliri giderinden az olan bakım verenlerin diğer gruplara göre toplam ölçek ve tüm alt ölçek yük puan ortalaması daha yüksek olduğu,

- Evde altı kişi ve daha fazla yaşayan bakım verenlerin toplam ölçek, “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” ve “Ekonomik Yük” alt ölçek puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu,

- Günde hasta ile geçirilen zamana göre bakım verenlerin yük puan ortalamalarına bakıldığında toplam ölçek ve “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık” alt ölçeğinin yük puan ortalaması 19-24 saat hasta ile zaman geçiren bakım verenlerde daha yüksek bulunurken, “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması” alt ölçeğinin puan ortalaması 13-18 saat zaman geçirenlerde daha yüksek olduğu,

- Yakınlarında başka ruhsal hastalığı olan bakım verenlerin “Ekonomik Yük” alt ölçeğinin yük puan ortalaması olmayan bakım verenlere göre daha yüksek olduğu,

- Şizofreni hastalığının ne olduğunu bilen bakım verenlerin “Ekonomik Yük” alt ölçeği yük puan ortalaması bilemeyenlere göre daha düşük olduğu,

- Dernek üyeliği olan ya da aile eğitimlerine katılan bakım verenlerin “Ekonomik Yük” ve “Bağımlılık” alt ölçeği dışında toplam ölçek ve diğer alt ölçek yük puan ortalaması katılmayanlara göre daha düşük olduğu,

- Bakım verme sırasında yaşanan duygusal sorun boyutlarına göre bakım verenlerin “Ekonomik Yük” alt ölçeği dışında toplam ölçek ve diğer alt ölçek yük puan ortalamalarında etkilenmedi cevabını veren bakım verenlerin yük puan ortalamaları diğer cevapları veren bakım verenlere göre daha düşük olduğu, yaşanan fiziksel sorun boyutlarına göre bakım verenlerin toplam ölçek ve tüm alt ölçekte etkilenmedi cevabını veren bakım verenlerin yük puan ortalamaları diğer cevapları veren bakım verenlere göre daha düşük olduğu, bakım verme sırasında yaşanan sosyal sorun boyutlarına göre bakım verenlerin “Ekonomik Yük” ve “Bağımlılık” alt ölçeği dışında toplam ölçek ve diğer alt ölçekte etkilenmedi cevabını veren bakım verenlerin yük puan ortalamaları diğer cevapları veren bakım verenlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

- Bakım verenlerin cinsiyeti, eğitim düzeyleri, çalışan bakım verenlerin yaptıkları iş, bakım verme yılı, bakım verirken yardım alma, hastalık hakkında bilgi alma ve derneğe ya da aile eğitimlerine katılan bakım verenlere bu eğitimlerin etkisi, bakım verme sırasında yaşanan ekonomik sorun ile bakım verenlerin toplam ölçek ve

tüm alt ölçek yük puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

- “Sağlık ve Tedavi” ve “Günlük Yaşam Becerileri” alt ölçeğinin sosyal işlevsellik puan ortalaması üniversite mezunu olan hastalarda daha yüksek olduğu,

- Çalışan ve emekli olan hastaların “Sağlık ve Tedavi” alt ölçeğinin puan ortalaması dışında toplam ölçek ve diğer alt ölçek puan ortalaması çalışmayan hastalara göre daha yüksek olduğu,

- İlaçlarını düzenli kullanan hastaların sosyal işlevsellik puan ortalamaları diğer gruplara göre toplam ölçek ve tüm alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek olduğu,

- Kontrollerine düzenli gelen hastaların “Sağlık ve Tedavi” alt ölçeğinin sosyal işlevsellik puan ortalaması gelemeyen hastalara göre daha yüksek olduğu,

- Madde bağımlılığı olan hastaların “Sağlık ve Tedavi” alt ölçeğinin sosyal işlevsellik puan ortalaması olmayan hastalara göre daha düşük olduğu,

- Sadece sigara kullanan hastaların toplam ölçek ve “Sağlık ve Tedavi” alt ölçeğinin puan ortalaması çoklu kullanımı olan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

- Şizofreni hastalarının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı ve çalışan hastaların işi ile hastaların sosyal işlevsellik toplam ölçek ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

- Şizofreni hastalarının sosyal işlevsellikleri ile bakım verenlerin yük puan ortalamaları arasında negatif orta düzeyde bir ilişki olduğu yani, hastanın sosyal işlevsellik seviyesi arttıkça bakım veren hasta yakınlarının yük duygusunun azaldığı saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Araştırma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Hastanın çalışmasının hem bakım verenlerin yük duygusunu azalttığı hem de hastanın sosyal işlevsellik seviyesini arttırdığı bulunmuştur. Bu doğrultuda çalışabilecek olan hastalara yönelik korumalı işyerlerinin açılması ve özürlü kamu personeli olarak alımlarda daha fazla hasta bireyin alınması,

- İlaçlarını düzenli kullanan, kontrollerine düzenli gelen, günde hasta ile geçirilen zaman azaldıkça bakım veren hasta yakınlarının yük duygusunun azaldığı bulunmuştur. Aynı zamanda ilaçlarını düzenli alan ve kontrollerine düzenli gelen hastaların sosyal işlevsellik düzeylerinin daha iyi olduğu bulunmuştur. Bu doğrultuda gündüz bakım evlerinin ve toplum ruh sağlığı merkezlerinin yaygınlaştırılması burada hem hastanın tıbbi tedavisine devam etmesi, hem de hastanın işlevsellik seviyesinin artmasını sağlayacak uygulamaların planlanması,

- Bakım verenin çalışma durumu ve aylık gelirin yük duygusunu önemli derecede etkilediği bulunmuştur. Bu doğrultuda gündüz bakım evlerinin ve toplum ruh sağlığı merkezlerinin yaygınlaştırılması hem hastalar hem de bakım veren hasta yakınlarının yük duygusunun azaltılmasını sağlar. Ayrıca, bu bireylere iş imkânlarının oluşturulması ya da bakım verenlere yönelik her ay belli miktarda yardım yapıldığı hakkında bakım verenlerin bilgilendirilmesi,

- Bakım verenlerin bakım verme sırasında yaşadıkları sorunlardan dolayı ruhsal sağlık açısından büyük risk altında oldukları bu doğrultuda psikiyatri hemşireleri ve diğer ekip çalışanları tarafından koruyucu ruh sağlığı açısından bakım verenlerin de değerlendirilmesi,

- Sadece hasta odaklı tedavi anlayışının yerine ruhsal hastalığa sahip olan hasta bireyin yanında aile üyelerinin ve bakım verenlerin de tedaviye dâhil edilmesi, bakım verenlerin hastalık hakkında ve kullanabileceği kurumsal destekler hakkında bilgilendirilmesi,

- Şizofreni hastası olan bireylerin sosyal işlevselliklerinde meydana gelen bozulmalar bakım verenlerin yük duygusunu önemli oranda arttırdığı bulunmuştur. Bu doğrultuda hasta bireylerin sosyal işlevselliklerini geliştirmek ilaç tedavisinin yanında psiko-sosyal beceri eğitimlerinin yaygınlaştırılması,

- Bakım verenlerin yaşadıkları sıkıntıları daha net bir şekilde değerlendirmek için bu alanda nitel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- 1- Addington, J., Addington, D. (2000). Neurocognitive and social functioning in schizophrenia: a 2.5 year follow-up study. *Schizophrenia Research*, 44, 47–56.
- 2- Anlar, L., Doğan, S., Doğan, O. (2009). Sivas'ta Bir Psikiyatri Kliniğinden Taburcu Olan Hastaların Ruhsal Durumları, İşlevsellik Düzeyleri Ve İlgili Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 293-300.
- 3- Arslantaş, H. Adana, F.(2011). Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 251-277.
- 4- Arslantaş, H. Sevinçok, L. Uygur, B. Balcı, V. Adana, F. (2009). Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Yapılan Psikoeğitimin Hastalardaki Klinik Gidişe ve Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu Düzeylerine Olan Etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 10(2), 3 – 10.
- 5- Arslantaş, H., Sevinçok, L., Uygur, B., Balcı, V., Adana, F. (2009). Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Yapılan Psikoeğitimin Hastalardaki Klinik Gidişe ve Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu Düzeylerine Olan Etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 10(2), 3 –10.
- 6- Arslantaş,H., Adana F., Dereboy F., Altınyazar V., İnal S., Ildırlı G. S., ve diğerleri. (2011). Algılanan Aile Yükü Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*; 48,53-58.
- 7- Avcı, A. (2001). **Şizofreni Hasta Ailelerinin Aile Yükünün Belirlenmesi.** Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- 8- Awad A.G., Voruganti L.N.P. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers. *Pharmacoeconomics*, 26(2), 149-162.
- 9- Aydın, A., Eker, S.S., Cangür, Ş., Sarandöl, A., Kırılı S. (2009). Şizofreni Hastalarında Bakım Veren Külfet Düzeyinin, Sosyo Demografik Değişkenler ve Hastalığın Özellikleri ile İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*; 46 Özel Sayı, 10-14.
- 10- Bauer R., Koepke F., Sterzinger L., Spiessl H. (2012). Burden, rewards, and coping-the ups and downs of caregivers of people with mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200,11, 928-934.

- 11- Bellack, A.S., Morrison, R.L., Wixtedand, J.T., Mueser, K.T. (1990). An analysis of social competence in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 156, 809-818.
- 12- Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., Alptekin, K. (2011). Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistematik Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 22(1), 40-52.
- 13- Brekke J. S., Long D. J. (2000), Community-based psychosocial rehabilitation and prospective change in functional, clinical, and subjective experience variables in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26(3), 667-680.
- 14- Browne, S., Roe, M., Lane, A., Gervin, M., Morris, M., Kinsella, A. ve diğerleri. (1996). Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia (özet). *Acta Psychiatr Scand*, 94, 118-124.
- 15- Buldukoğlu, K. Bademli, K. Karakaya, D. Göral, G. Keser, İ. (2011). Ruhsal Hastalığı Olan Ebeveynle Yaşamak. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(4), 683-703.
- 16- Bulut, I. (1993). *Ruh Hastalığının Aile İşlevselliğine Etkisi*. Ankara: Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları.
- 17- Cain A. (1977). Families and family therapy, Robinson, L., (Ed) *Psychiatric nursing as a human experience* (2. Bs.). (s:260-262). Londra: W.B. Saunders Company, Philadelphia.
- 18- Caqueo-Urizar A., Gutiérrez-Maldonado J. (2006). Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 15, 719–724.
- 19- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., Palma-Faúndez, C. (2011). Caregivers of patients with schizophrenia: how much they know and learn after a psychoeducational intervention?. *Procedia –Social and Behavioral Sciences*, 30, 2468 – 2476.
- 20- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., Peñaloza-Salazar, C., Richards-Araya, D., Cuadra-Peralta, A. (2011). Attitudes and burden in relatives of patients with schizophrenia in a middle income country. *BMC Family Practice*, 12, 101.

- 21- Chadda, R.K., Singh, T.B., Ganguly, K.K. (2007). 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*, 42, 923–930.
- 22- Chan S,W.,Yip B. , Tso S., Cheng B., Tam W.(2009). Evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. *Patient Education and Counseling*, 75, 67–76.
- 23- Chien, W.T., Chan, S.WC., Morrissey, J. (2007). The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1151–1161.
- 24- Cole, J.D., Kazrian S.S. (1988). The level of expressed emotion scale: a new measure of expressed emotion. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 3, 392-397.
- 25- Çetinkaya Duman, Z., Aştı, N., Üçok, A., Kuşcu, M. K. (2007). Şizofreni Hastalarına Ve Ailelerine ‘Bağımsız Ve Sosyal Yaşam Becerileri Topluma Yeniden Katılım Programı’ Uygulaması, İzlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 8, 91-99.
- 26- Doğan, O. (2001). Şizofreni Hastalarının Evde Bakımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(1), 41-46.
- 27- Doğan, S., Doğan, O., Tel, H., Çoker, F., Polatöz, Ö., Başegmez Doğan, F. (2002). Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar: Ayaktan Hastalar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3,69-74.
- 28- Doornbos M.M. (1997). The problem and coping methods of caregivers and young adults with mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 35,9, 22-26.
- 29- Doornbos M.M.(2002). Family caregivers and the mental health care system: reality and dreams. *Archives of Psychiatric Nursing* ,XVI, 1, 39-46.
- 30- Emiroğlu, B., Karadayı, G., Aydemir, Ö., Üçok, A., (2009) Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*; 46, Özel Sayı, 15-24.
- 31- Erol, A., Keleş Ünal E., Tunç Aydın E., Mete, L. (2009). Şizofrenide Sosyal İşlevselliği Yordayan Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*;20(4), 313-321.

- 32- Fadden,G., Bebbington P., Kuipers, L. (1987). The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry*, 150,285-292.
- 33- Gorman L.M., Raines, M.L., Sultan D.F. (2002). *Psychosocial nursig for general patient care* (2.Bs.), (s:292-300), USA, Philadephia: F.A. Davis Company .
- 34- Grandón, P., Jenaro, C., Lemos, S. (2008). Primary caregivers of schizophrenia out patients: Burden and predictor variables. *Psychiatry Research*, 158, 335–343.
- 35- Gutiérrez-Maldonado, J.,Caqueo-Urizar, A., Kavanagh, D. J. (2005), Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40, 899–904.
- 36- Güleç C.(2009).*Psikiyatri'nin ABC'si* (2. Bs.). İstanbul: Say Yayınları.
- 37- Gülseren, L. (2002). Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2),143-151.
- 38- Gülseren, L., Çam, B., Karakoç, B., Yiğit, T., Danacı, A.E., Çubukçuoğlu, Z. ve diğerleri. (2010). Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21,(3),203-212.
- 39- Hanzawa S., Tanaka G., İnadomi H., Urata M., Ohta Y. (2008). Burden and coping strategies in mother of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 256-263.
- 40- Hanzawa, S., Bae, J.K., Tanaka H., Bae Y.J., Tanaka G., Inadomi, H. ve diğerleri. (2010). Caregiver burden and coping strategies for patients with schizophrenia: Comparison between Japan and Korea. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*; 64, 377–386.
- 41- Hjarthag F., Heldin L., Karilampi U., Norlander T. (2010). İllness- related components for the family burden of relatives to patients with psychotic illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45, 275-283.
- 42- Hoffman, R.L., Mitchell, A.M. (1998). Caregiver burden: historical devolopment. *Nursing Forum*, 33(4),5-11.
- 43- Igberase, O.O., Morakinyo, O., Lawani, A.O., Jamesand, B.O., Omoaregba, J.O. (2012). Burden of care among relatives of patients with schizophrenia in

- midwestern Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(2), 131-137.
- 44- Jungbauer J., Wittmund B., Dietrich S., Angermeyer M.C. (2003). Subjective burden over 12 months in parents of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, XVII,3, 126-134.
- 45- Kaplan, H.I., Sadock B.J. (2004). *Klinik Psikiyatri*. (Çev. Ed. E. Abay). İstanbul: Nobel Tıp kitap Evi.
- 46- Kneisl, C.R., Wilson, H.S., Trigoboff, E. (2004). *Contemporary psychiatric-mental health nursing*. New Jersey: Pearson Education Inc.
- 47- Knock J., Kline E., Schiffman J., Maynard S., Reeves G. (2011). Burdens and difficulties experienced by caregivers of children and adolescents with schizophrenia-spectrum disorders: a qualitative study. *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 349–354.
- 48- Koukia, E., Madianos, M. G. (2005). Is psychosocial rehabilitation of schizophrenic patients preventing family burden? A comparative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 415–422.
- 49- Köroğlu E. (2009). *Boylam Klinik Uygulamada Psikiyatri Tanı ve Tedavi Kılavuzları*. Ankara: HYB Basım ve Yayın.
- 50- Lauber C., Eichenberger A., Luginbühl P., Keller, C., Rössler W. (2003). Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *European Psychiatry*, 18, 285–289.
- 51- Lefley, H.P. (1989). Family burden and family stigma in major mental illness. *American Psychologist*, 44, 3, 556-560.
- 52- Li, J., Lambert, C. E., Lambert, V. A. (2007). 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 and Health Sciences*, 9, 192–198.
- 53- Liberman, R.P. (2008) *Yetiyitiminden İyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim El Kitabı*. (M. Yıldız, Çev.) Ankara, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği (2011).
- 54- Lim, Y.M., Ahn Y.,H. (2003). Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. *Applied Nursing Research*, 16, 2, 110-117.

- 55- Llorca, P.M., Lançon, C., Loncrenon, S., Bayle, F.J., Caci, H., Rouillon, F. ve diğerleri. (2009). The “Functional Remission of General Schizophrenia” (FROGS) scale: development and validation of a new questionnaire. *Schizophrenia Research*, 113, 218-225
- 56- Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Held, T., Xavier, M., Guarneri M. ve diğerleri. (2000). Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35, 109-115.
- 57- Magliano, L., Fadden, G., Madianos, M., Caldas de Almeida, J.M., Held, T., Guarneri, M. ve diğerleri. (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33, 405- 412.
- 58- Malm U., Lewander T. (2001). The OTP research group at the university of Gothenburg, Theuku, Scandinavian society for psychopharmacology. Consumer satisfaction in schizophrenia. a 2-year randomized comparative study of two community-based treatment programs. *Nord J Psychiatry*, 55, 44, 91–96.
- 59- McGurka, S.R., Meltzer, H.Y. (2000). The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 45,175–184.
- 60- Meneghelli A., Alpi A., Pafumi N., Patelli G., Preti A., Cocchi A. (2011). Expressed emotion in first-episode schizophrenia and in ultra high-risk patients: Results from the Programma 2000 (Milan, Italy). *PsychiatryResearch*, 189, 331–338.
- 61- Moller, M.D., Murphy M.F. (2001). Neurobiological responses and schizophrenia and psychotic disorders. Stuart G.W., Laraia M.T (Ed.) *Principles and practice of psychiatric nursing (7.Bs.)*, (s402-437) USA: Mosby Inc.
- 62- Montgomery, R.J.V., Gonyea, J.G., Hooyman, N.R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, 35, 19-26.
- 63- Möller-Leimkühler, A.M., Wiesheu, A. (2012). Caregiver burden in chronic mental illness: the role of patient and caregiver characteristics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 262, 157–166.

- 64- Norman, R.M.G., Malla, A.K., McLean, T., Voruganti, L.P.N., Cortese, L., McIntosh, E. ve diğeri. (2000). The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general well being and the Quality of Life Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 102, 303-309.
- 65- Ohaeri J.U. (2001). Caregiver burden and psychotic patients' perception of social support in Nigerian setting. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36, 86-93.
- 66- Oldridge, M.L., Hughes, I.C.T. (1992). Psychological well-being in families with a member suffering from schizophrenia an investigation into long-standing problems. *British Journal of Psychiatry*, 161, 249-251.
- 67- Oral, N.(2005). Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitimi. Candansayar S.(Ed.) *Neden Nasıl Şizofreni*. (s: 269-280). Ankara: Peday Yayıncılık.
- 68- Özlü, A. Yıldız, M., Aker, T. (2009). Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni Hasta Yakınlarında Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46 Özel Sayı, 38-42.
- 69- Öztürk M.O., Uluşahin A. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I* (11.Bs.). Ankara: Tuna Matbaacılık San. ve Tic. A.Ş.
- 70- Perlick, D.A., Rosenheck, R.A., Kaczynski, R., Cañive, J.M., Lieberman, J.A. (2006). Components and correlates of family burden in schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57, 8, 1117-1125.
- 71- Provencher, H.L., Mueser, K.T. (1997). Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 26, 71-80.
- 72- Ran, M.S., Xiang M.Z., Chan C.L.W., Leff J., Simpson P., Huang M.S. ve diğeri. (2003). Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia: A randomised controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38, 69-75.
- 73- Reinhard S.C., Horwitz A.V. (1995). Caregiver burden: differentiating the content and consequences of family caregiving. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 741-750.
- 74- Roick C., Heider D., Bebbington P. E., Angermeyer M. C., Azorin J.M., Brugha T.S. ve diğeri. (2007). Burden on caregivers of people with

- schizophrenia: comparison between Germany and Britain. *Journal Of Psychiatry*, 190, 333 – 338.
- 75- Rössler W., Salize H.J., Os J.V., Rössler Riecher A. (2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 399-409.
- 76- Schene A.H., Wijngaarden B.V., Koeter M.W.J. (1998). Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. *Schizophrenia Bulletin*, 24,4, 609-618.
- 77- Sevinçok L. (2000). Şizofrenide Psikososyal Tedaviler. *Şizofreni Dizisi*;1, 72-80.
- 78- Sharif, F., Shaygan M., Mani A. (2012). Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry*, 12, 48-56.
- 79- Shives Rebreca L. (2008). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing* (7. Bs.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- 80- Szmukler, G. (1996). From family 'burden' to caregiving. *Psychiatric Bulletin*, 20, 449-451.
- 81- Şengün, F.(2007). **Şizofreni Hastaların Bakım Verenlerin Ruhsal Sağlık Durumlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi**. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- 82- Şenol S. (2005). Erken Başlangıçlı Şizofreni. Candansayar, S., (Ed.). *Neden Nasıl Şizofreni*. (Sy: 35-62) Ankara: Şen Matbaa.
- 83- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. Erişim Tarihi: 15/07/2013. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12038/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html>.
- 84- T.C. Sağlık Bakanlığı.(2011). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı.
- 85- Taktak, Ş., Erkıran, M., Karşıdağ, Ç., Özeren M., Alpay N. (2000). Şizofren Olgularda Aile İşlevselliğinin Algılanması, Sosyo-demografik ve Klinik Özelliklerle İlişkisi Üzerine Bir Çalışma. *Düşünen Adam*; 13(4), 196-203.
- 86- Talwar, P., Matheiken, S.T. (2010). Caregivers in schizophrenia: A Cross Cultural. *Indian J Psychol Med.*, 32,1, 29-33.

- 87- Taşkın E.O. (2007). Şizofreniye Yönelik Tutumlar ve Damgalama. Taşkın, E.O. (Ed.). *Stigma ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama* (Sy:116-131). İzmir: Turkuaz Bilişim & Bilgisayar & Yayıncılık.
- 88- Tatlıdil, E., (2008), **Şizofreni Tanılı Hastalarda Semptomatolojinin Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkisi**. Uzmanlık Tezi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- 89- Tel, H., Terakye, G.(2000). Şizofrenik Hasta Ailelerine Yönelik Bir Psikoeğitimsel Yaklaşım Uygulaması Denemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(3), 133-142.
- 90- Townsend M.C. (2002). *Essentials of psychiatric mental health nursing* (2.Bs.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- 91- Tucker, C. Barker, A. Gregoire, A. (1998). Living with schizophrenia: caring for a person with a severe mental illness. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 33, 305-309.
- 92- Tuna A. (2012).Akıl Hastalarının Sosyal Red Durumunun Hasta Ailesi Üzerindeki Etkilerinin Araştırılması. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*,12, 50-61.
- 93- Tüzer V., Kısa C., Aydemir Ç., Ak E., Göka E. (2010). Şizofreni Hastaları ve Yakınlarının Öznel Yaşam Kalitesini Yordayan Faktörler: Bir İzlem Çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 47, 292-296.
- 94- Tüzer, V. Zincir, S. Başterzi, A.D. Aydemir,Ç. Kısa C. ve Göka, E.(2003). Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı ve Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 6,198-203.
- 95- Usall, J., Araya, S.,Ochoa, S., Busquets, E.,Gost, A., Marquez, M. ve diğerleri. (2001). Gender differences in a sample of schizophrenic out patients. *Comprehensive Psychiatry*,42, 4, 301-305.
- 96- World Health Organization. (2013). Schizophrenia. Erişim tarihi: 15.07.2013 http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/index.html.
- 97- Xiang, Y.T., Shum, D., Chiu, H.F.K., Tang, W.K., Ungvari, G.S. (2010). Association of demographic characteristics, symptomatology, retrospective and prospective memory, executive functioning and intelligence with social

- functioning in schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 1112 – 1117.
- 98- Yıldırım, A., Ekinci M. (2010). Ruhsal Eğitimin Şizofreni Hastalarının Ailelerinin Aile İşlevleri, Hastaların Sosyal Destek Düzeyleri Ve Tedaviye Uyum Üzerine Etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11, 195-205.
- 99- Yıldız M.(2005). *Şizofreni Hastalığı Anlamak ve Onunla Yaşamayı Öğrenmek* (2.Bs.). İstanbul: Okuyan Us Yayıncılık.
- 100- Yıldız M., Yazıcı A., Ünal S., Aker T., Özgen G., Ekmekçi H. ve diğerleri. (2002). Şizofreninin Ruhsal-Toplumsal Tedavisinde Sosyal Beceri Eğitimi Belirtilerle Baş Etme ve İlaç Tedavisi Yaklaşımının Türkiye’de Çok Merkezli Bir Uygulaması. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 13(1), 41-47.
- 101- Yıldız, M. Yazıcı, A. Çetinkaya, Ö. Bilici, R. ve Elçim, R.(2010). Şizofreni Hastalarının Yakınlarının Hastalıkla İlgili Bilgi ve Görüşleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(2),105-113.
- 102- Yıldız, M.(2005). Şizofrenide Psikososyal Tedaviler. *Türkiye Klinikleri Journal of International Medical Science*, 1(12), 67-73.
- 103- Yıldız, M.(2005). Şizofrenili Hastaların Ayaktan Tedavisinde Ruhsal ve toplumsal Girişimler Neden Gereklidir ve Nasıl Uygulanabilir? Candansayar S. (Ed.) *Neden Nasıl Şizofreni* (s: 237-268) Ankara: Peday Yayıncılık.
- 104- Yıldız, M.(2011). *Şizofreni Hastaları İçin Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi Eğitici El Kitabı* (2.Bs.). Ankara: Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları.
- 105- Zarit, S.H., Reeve, K.E., Bach-Peterson J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20, 6, 649-655

EKLER

Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu

**“ŞİZOFRENİ HASTALARININ SOSYAL İŞLEVSELLİKLERİ VE HASTALARA BAKIM
VEREN YAKINLARININ BAKIM YÜKÜ BAŞLIKLARI ARAŞTIRMA İÇİN
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU”**

Araştırmacının Açıklaması:

Yaşamın herhangi bir döneminde ve her toplumda görülebilen hastalık olan şizofreni, sadece hasta bireyleri etkilemekle kalmayıp aynı zamanda bakım veren kişileri ve ailelerini de etkileyen strese yol açan, bakım veren kişilerde yük duygusunun oluşmasına ve bazen de psikiyatrik rahatsızlıklara yol açabilmektedir. Bütüncül bakım ve ruh sağlığı hemşirelerinin koruyucu rolü kapsamında sadece şizofreni hastalarının değil aynı zamanda bakım veren yakınları ile birlikte ele alınmalı, bakım verenlerin yaşadıkları stres, yük duygusu ve diğer sıkıntılarının değerlendirilmesi hastalara bakım verenlerin sorunlarının çözümünde yol gösterici olacaktır.

“Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yükü” konulu tezi Ankara ili Büyükşehir Belediye sınırları içinde yer alan psikiyatri polikliniği bulunan hastanelere başvuran ve Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneğine kayıtlı olan hasta yakınları üzerinde gerçekleştirilecektir. Sizin de bu araştırmaya katılmanız hasta yakınlarına verilecek hizmetin planlanmasında katkısı olacaktır. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmama sizin kararınızdır ve gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacılar tarafından tedavi gördüğünüz poliklinikte veya Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği'nde 1 kez ziyaret edileceksiniz ve araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formunu dolduracaksınız. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Şunu bilmeniz gerekir ki çalışma sonucunda elde edilen bilgiler, kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanındaki öğrencilerin eğitiminde, bilimsel nitelikteki çalışmalarda kullanılabilir ve gereği halinde çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca incelenebilir. Bu amaçların dışında kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve katılmayı reddedebilirsiniz. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Vereceğiniz samimi yanıtlar, paylaşımlarınız, işbirliğiniz ve yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Katılımcının Beyanı:

Araştırmacı Arş. Gör. Yunus Kaya tarafından, psikiyatri polikliniği bulunan hastanelerde ve Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği'nde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmenin uygun olacağını bilincindeyim.) Ayrıca gerekli görüldüğü durumlarda araştırmacılar tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda; araştırmacı Yunus Kaya'yı 0542 ve 03123051580/ 135 numaralı telefonlardan ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu formun bir kopyası bana verilecektir.

	Katılımcı	Görüşme tanığı	Araştırmacı
Adı, soyadı:			Arş.Gör.Yunus Kaya
Adres			H.Ü..Hemşirelik Fakültesi Sıhhiye/Ankara
Tel.			0542
İmza			

Ek 2. Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu

Hastanın Özellikleri;

- 1-Hastanın yaşı:
- 2-Cinsiyeti: Kadın () Erkek ()
- 3-Medeni durumu: Evli () Bekâr ()
- 4-Sağlık güvencesi: SGK () Özel Sigorta () Yok ()
- 5-Eğitim düzeyi: Okur-yazar Değil () İlkokul () Ortaokul ()
Lise () Üniversite () Lisansüstü ()
- 6-Çalışma durumu: Çalışıyor () Çalışmıyor () Emekli ()
- 7-Eğer hastanız çalışıyor ise ne iş yaptığınızı belirtiniz:
- 8-Hastalık süresi:
- 9-Hastaneye yatış sayısı:.....
- 10-İlaçlarını düzenli olarak alıyor mu: Evet () Arada Bir Alıyor ()
Arada Bir Aksatıyor ()
- 11-Kontrollerine düzenli olarak gidiyor mu? Evet () Hayır ()
- 12-Hastanın herhangi bir maddeye (sigara, alkol, uyuşturucu) bağımlılığı var mı?
Evet () Hayır ()
- 13- Eğer hastanızın herhangi bir maddeye bağımlılığı varsa belirtiniz.

Bakım Veren Kişinin Özellikleri;

- 14- Bakım verenin yaşı:
- 15-Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()
- 16-Medeni durumunuz: Evli () Bekar ()
- 17-Hastaya yakınlık durumunuz: Annem () Babam () Çocuğum ()
Eşim () Kardeşim () Diğer(.....)
- 18-Eğitim düzeyiniz: İlkokul () Ortaokul () Lise ()
Üniversite () Lisansüstü ()
- 19-Çalışma durumunuz: Çalışıyorum () Çalışmıyorum ()
Emekli ()
- 20-Çalışıyor iseniz ne iş yaptığınızı belirtiniz:

- 21-Aylık geliriniz : Geliri giderinden fazla ()
 Geliri giderine eşit ()
 Geliri giderinden az ()

22-Evde kaç kişi yaşıyorsunuz:

23-Kaç yıldır bakım veriyorsunuz:

24-Bakım verme sürecinde sizi etkileyen yaşadığınız sorunlar nelerdir? **Açıklayınız.**

Ekonomik:

Duygusal:

Fiziksel:

Sosyal:

25-Bakım verirken diğer aile üyelerinden yardım alıyor musunuz: Evet () Hayır ()

26-Eğer yardım alıyorsanız kimlerden yardım alıyorsunuz:

27-Günde kaç saat hastayla birlikte vakit geçiriyorsunuz:

28-Ailenizde başka ruhsal hastalığı olan birey var mı: Evet () Hayır ()

29-Şizofreni hastalığının ne olduğunu biliyor musunuz: Evet () Hayır ()

30-Şizofreni hastalığı hakkında herhangi bir bilgi aldınız mı: Evet () Hayır ()

31-Hastalık ve yaşadığınız süreçle ilgili herhangi bir derneğe üye veya herhangi bir etkileşim grubuna(grup terapisi) katılıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

Eğer cevabınız evet ise bir sonraki soruya geçiniz.

32-Bir derneğe üye ya da grupta görüşüyor iseniz size etkisinin neler olduğundan kısaca bahseder misiniz?

Ek 3. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği

Aşağıda insanların bir başka insanın bakımını üstlendiğinde kendini nasıl hissedebileceğini yansıtan ifadelerden oluşan bir liste yer almaktadır. Her ifadeden sonra sizin ne kadar sık böyle hissettiğinizi belirtin: Asla, nadiren, ara sıra, oldukça çok, nerdeyse her zaman şeklinde. Yanlış ya da doğru cevap bulunmamaktadır.

	Asla	Nadiren	Ara sıra	Oldukça sık	Neredeyse her zaman
1-Yakınınızla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
2- Yakınınıza bakma ve aileniz ya da işiniz ile ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
3- Yakınınızla birlikteyken kızgınlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
4- Yakınınızın şu anda ailenizin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkilerinizi olumsuz şekilde etkilediğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
5- Yakınınızın geleceği ile ilgili korkularınız olur mu?	1	2	3	4	5
6- Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
7- Yakınınızla birlikteyken kısıtlanmışlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
8- Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hisseder misiniz?	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 hisseder misiniz?	1	2	3	4	5

11- Yakınınız nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?	1	2	3	4	5
12- Yakınınızın sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğini hissedersiniz mi?	1	2	3	4	5
13- Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınınıza bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
14- Yakınınız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi düşünür müsünüz?	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 kararsızlık hissedersiniz mi?	1	2	3	4	5
17 -Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
18- Yakınınızın bakımı ile ilgili olarak daha iyisini yapabiliyordum diye düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
19- Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınızın bakımı ile ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?	1	2	3	4	5

Ek 4. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (Şilö)

1. Sosyal İşlevsellik

Sosyal ilişkilerde kendini ortaya koyabilme (Sosyal ortamlarda hastanın kendisini ortaya koyma, kendini ifade edebilme becerisi.)

1. Yok: Hasta kendini ortaya koyamaz. Hasta bazen etrafındakiler tarafından kötü muamele görmeye ses çıkarmaz.
2. Kısmen var: Hasta sosyal ortamlarda pasiftir ve sadece arkadaş canlısı ortamlarda kendini ortaya koyabilir.
3. Yeterince var: Hasta herhangi bir ortamda kendisini yalnızca kısmen ortaya koyabilir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta her ortamda kendisini ortaya koyabilir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta her ortamda kendisini ortaya koyabilir hatta etrafındakiler üstünde etki bırakabilir.

1 2 3 4 5

Sosyal hayata ve / veya bir derneğe katılım (Politik olaylardan haberdar olmak, oy kullanmak, derneklere üye olmak vb.)

1. Yok: Hasta sosyal veya politik olaylarla hiç ilgilenmez.
2. Kısmen var: Hastanın sosyal ya da politik olaylara ilgisi belli belirsizdir ve kişisel olarak bu olaylara dahil olmaz.
3. Yeterince var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ancak katılımı sınırlıdır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ve eğer katılımı istenirse katılır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ve aktif olarak katılır; dernek etkinliklerine katılır.

1 2 3 4 5

Kişisel aktiviteler (Kişisel ilgi alanlarına zaman ayırma, boş zamanları değerlendirebilme becerisi, örneğin; sportif faaliyetler, kitap okuma, el becerilerini geliştirme gibi hobiler.)

1. Yok: Hastanın hiçbir kişisel ilgi alanı yoktur veya hobilerini sürdürmez. Hasta, boş zamanlarında hareketsizdir.
2. Kısmen var: Hastanın birkaç ilgi alanı vardır ve kişisel aktiviteleri sınırlı ya da basmakalıptır veya dışarıdan zorlamayla gerçekleşir.
3. Yeterince var: Hasta, boş zamanlardaki etkinliklere kendiliğinden katılma konusunda belirli bir isteksizlik gösterir. Bazı ilgi alanları vardır ama bunları sürdürmekte zorlanırlar.
4. Neredeyse tamamen var: hastanın kendiliğinden başlattığı ve zaman içinde sürdürebildiği kişisel ilgi alanları vardır. İlgi alanları görece sınırlıdır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta, farklı türlerde birkaç etkinliğe gönüllü olarak kendiliğinden ve düzenli olarak katılır.

1 2 3 4 5

İletişim ve bilgilendirme (Yaygın bilgi kaynaklarının kullanımı. Örneğin; gazete, dergi, televizyon, radyo gibi ya da iletişim kaynaklarının kullanılması, telefon, posta, elektronik posta gibi.)

1. Yok: Hasta yaygın bilgi ve iletişim kaynaklarını kendi başına kesinlikle kullanamaz.
2. Kısmen var: Hasta sadece kesinlikle gerekli olduğu hallerde bilgi ve iletişim kaynaklarını kullanır.
3. Yeterince var: Hasta zaman zaman bazı iletişim ve bilgi kaynaklarını kullanır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta çoğu yaygın iletişim ve bilgi kaynaklarını kullanır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta erişiminin olduğu tüm iletişim ve bilgi kaynaklarını düzenli olarak kullanır.

1 2 3 4 5

Aile ve arkadaşlar (Aile bireyleri ve arkadaşlarla olan iletişim kalitesi, görüşme sıklığı)

1. Yok: Hastanın ailesiyle iletişimi yoktur ve arkadaşı yoktur.
2. Kısmen var: Hastanın ailesi ve arkadaşlarıyla nadir ve/veya pasif iletişimi vardır ve ilişkileri yüzeysel ve/veya düşük niteliklidir (agresif).
3. Yeterince var: Hastanın ailesi ve arkadaşlarıyla iletişimi vardır. İletişim düzensiz ve/veya seyrek. İyi nitelikli olabilen bazı ilişkilere kısmen dâhil olurlar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta aile üyeleri ve arkadaşlarıyla ilişkilerini sürdürür ve bu ilişkilerde bazen inisiyatifi alır.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın aile üyeleri ve arkadaşlarıyla iyi nitelikli ilişkileri vardır. İletişim sıklıkla kurulur ve genellikle hasta iletişim kurma girişiminde bulunur.

1 2 3 4 5

Yaşam için gerekli olan sosyal çevre (mağazalar, hizmetler, komşular...): uyumlu sosyal entegrasyon için gerekli olan ilişkiler

1. Yok: Hastanın herhangi bir sosyal çevreyle hiçbir teması ya da etkileşimi yoktur.
2. Kısmen var: Hastanın komşularıyla olan etkileşimi çok azdır ve kesinlikle gerekli olan dışında çok nadiren temasta bulunur.
3. Yeterince var: Hastanın komşularıyla bazı etkileşimleri olur. Bu etkileşimler mesafelidir ve nadiren hasta tarafından başlatılır. Hasta hayatı için gerekli olan sosyal çevresini sadece kısmen kullanır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta sıklıkla komşularıyla etkileşim halindedir. Hasta, hayatı için gerekli olan sosyal çevresini düzenli olarak kullanır ancak kişisel ilişkiden kaçınır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta komşularıyla ve hayatı için gerekli olan sosyal çevresiyle kendisinin başlattığı düzenli ve neşeli etkileşimlerde bulunur.

1 2 3 4 5

Duygusal ve cinsel ilişkiler (Duygusal bir ilişki isteği ve bunu başarmak. Tatmin edici cinsel hayat)

1. Yok: Hastanın duygusal bir ilişkisi yoktur ve olması için aramaz. Hastanın ne fantezilerinde ne de gerçekte cinsel bir etkinliği yoktur.
2. Kısmen var: Hastanın duygusal bir ilişkisi yoktur ama olmasını ister. Cinsel etkinlik tatmin edici değildir ve nadirdir.
3. Yeterince var: Hastanın verimsiz ve düzensiz duygusal ilişkileri vardır. Cinsel hayatı aralıktır.
4. Neredeyse tamamen var: Hastanın yeterince istikrarlı duygusal bir ilişkisi vardır. Cinsel etkinlik her zaman tatmin edici değildir.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın, istekleri doğrultusunda, tatmin edici duygusal bir ilişkisi vardır. Cinsel hayatı tatmin edicidir.

1 2 3 4 5

2. Sağlık ve Tedavi

Hastalığın ve tedavinin idaresi (Hastalıklarını, belirtilerini, tedavi programlarını, nüksetme işaretlerini bilme ve tedaviye uyum.)

1. Yok: Hasta, hastalığının adını bilmez veya belirtilerini ve tedavisini anlamaz; tedavi programına uymaz.
2. Kısmen var: Hastanın, hastalığı ve sonuçları hakkında çok sınırlı bilgisi vardır. Belirtilerin bazılarının farkındadırlar ancak bu belirtileri hastalığıyla ilişkilendiremez. Tedaviyi yeterince kavramaz ve uyumun gerekli olduğunu düşünmez.
3. Yeterince var: Hasta ilaçlarının isimlerini söyleyebilir ancak onları kullanmanın önemini gerçekten kavramaz.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta hastalığını, temel belirtilerini ve sonuçlarını kavrar. İlaçlarının isimlerini söyleyebilir ve onları kullanmanın önemini anlar.
5. Mükemmel derecede var: Hasta, hastalığını, temel belirtilerini ve sonuçlarını kavrar. İlaçlarının isimlerini söyleyebilir ve tedavi programına tamamen uyar.

1 2 3 4 5

Sağlık idaresi (Sağlığını korumak için gerekli önlemleri almak.)

1. Yok: Hasta sağlığını ve kişisel temizliğini tamamen ihmal etmiştir.
2. Kısmen var: Hasta, yalnızca acı hissederse veya işlevsel bir bozulma yaşarsa sağlığıyla ilgilenir.
3. Yeterince var: Hasta, özellikle de acı hissederse veya işlevsel bir bozulma yaşarsa kendi sağlığıyla ilgilenir. Kişisel temizliğin asgari kurallarına uymaya çalışır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta kendi sağlığıyla ilgilidir. Genel olarak temizlik ve beslenmenin temel kurallarına uyarlar.
5. Mükemmel derecede var: Hasta kendi sağlığıyla ilgili olarak endişelidir ve aktif bir biçimde tedavi ve önleyici tedbirler alır. Hasta temizlik ve beslenme kurallarına tamamen uyar.

1 2 3 4 5

Empati ve başkalarına yardım

1. Yok: Hasta etrafındaki kişilere dikkat etmez ve başkalarıyla ilgilenmez.
2. Kısmen var: Hastanın etrafındaki kişilere karşı dikkati çok azdır ve hasta başkalarının sorunlarıyla ilgilenmez.
3. Yeterince var: Hasta etrafındaki kişilere ilgi gösterir ancak bu kişilerin sorunlarına karışmaz.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta başkalarının sorunlarıyla aktif olarak ilgilenir ancak onlara yardım etmek için aldığı sorumluluk sınırlıdır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta başka insanların sorunlarıyla kişisel olarak ilgilenir ve yardım etmekten memnuniyet duyar.

1 2 3 4 5

Tedavinin yan etkilerini idare etme (Tedavinin yan etkilerini bilme, tanıma ve bu etkilerle başa çıkma becerisi.)

1. Yok: Hasta, Tedavisinin yan etkileriyle tamamen ilgisiz görünür.
2. Kısmen var: Hasta tedavisinin yan etkileriyle yalnızca muğlak biçimde alakalıdır, yan etkileri tanımakta zorluk yaşar ve bunlarla baş etmek için yardım istemez.
3. Yeterince var: Hasta, tedavisinin yan etkileri konusunda yeterince alakalıdır. Yalnızca en rahatsız edici yan etkileri tanıyıp onlarla başa çıkabilir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta tedavisinin tüm yan etkileriyle alakalıdır. Neredeyse hepsini tanıyıp onlarla nasıl başa çıkacağını bilmesi şart değildir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta tedavisinin olası tüm yan etkileriyle alakalıdır ve bu etkiler hakkında araştırma yapar. Tüm yan etkileri tanıyıp onlarla başa çıkabilir.

1 2 3 4 5

3. Günlük Yaşam Becerileri

Biyolojik ritimlere uyum (hastanın uyanma/uyku, yemek saatleri gibi biyolojik ritimlere uyumu)

1. Yok: Hastanın yaşamla ilgili alışkanlıkları kesinlikle düzensizdir.
2. Kısmen var: Hasta, yalnızca başkası tarafından açıkça istendiğinde biyolojik ritimlere uyar.
3. Yeterince var: Hasta biyolojik ritimlere kendiliğinden ancak düzensiz biçimde uyar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta biyolojik ritimlere genellikle uyar ancak temel değişikliklere uyum sağlamakta zorlanır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta her alanda ve her durumda biyolojik ritimlere uyar.

1 2 3 4 5

Beslenme (Yemek hazırlığı yapma; alış-veriş, düzenleme ve/veya (ailenin veya yaşanılan yerin) yemek saatlerine uyma becerisi)

1. Yok: Hasta kendiliğinden tek başına alış-verişe çıkmaz ve yalnız yaşıyorsa kendi yemeğini hazırlamaz; ailesiyle ya da bir bakım evinde yaşıyorsa yemek saatlerine uymaz.
2. Kısmen var: Hasta nadiren yemek alış-verişine veya yemek hazırlığına dahil olur. Yalnızca, ondan uyulması istenirse yemek saatlerine uyar.
3. Yeterince var: Hasta kendi yemeğini öyle ya da böyle yeterli biçimde hazırlar ancak yemek kalitesi ve düzeni yetersizdir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta kendi yemeğini sağlamak konusunda görece kendine yeterlidir. Besin kalitesi ve yemek düzeni çoğu zaman yeterlidir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta yemeğini hazırlamak konusunda kendine yeter. Besin kalitesi ve yemek düzeni yeterlidir.

1 2 3 4 5

İdari ve finansal yönetim (Olağan harcamaların idaresi, fatura ödemeleri, idari işler, sahip olduğu hakları bilme, mal varlığının idaresi)

1. Yok: Hasta olağan harcamalarını kontrol edemez ve tüm idari işlerde dışarıdan yardıma ihtiyaç duyar.
2. Kısmen var: Hasta günlük harcamalarını idare edebilir ama bütçe ve çoğu idari iş konusunda yardıma ihtiyaç duyar.
3. Yeterince var: Hasta kendi kişisel bütçesini ayarlayabilir. Tek başına faturalarını ödeyebilir ve harcamalarını ve giderlerini kontrol edebilir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta tüm faturaları ve idari işleri kendi başına halledebilir. Hasta tüm haklarından ve mal varlığından haberdar değildir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta tüm faturalarını ve idari işlemleri kendi başına halledebilir. Hasta haklarından ve mal varlığından haberdardır.

1 2 3 4 5

Kişisel görünüm ve bakım (görünüş, kişisel hijyen, kıyafetlerin temizliği)

Daha önceki alışkanlıklar ve sosyal-kültürel ortamla kıyaslanarak değerlendirilecektir.

1. Yok: Hasta kirli ve dağınıktır, kokmaktadır. Görünüşünü ve bakımını ihmal eder. Birbirleriyle uyumsuz ve uygun olmayan kıyafetler giyer.
2. Kısmen var: Hastanın görünüşü ve/veya bakımı vasatın altındadır. Görünüşü oldukça ihmal edilmiştir ve kıyafetleri birbirleriyle uyumsuz olabilir veya uygun olmayabilir.
3. Yeterince var: Uygun bir bakım düzeyini sürdürmekte zorluk yaşıyor gibi görünmesine rağmen hastanın görünüşünde sadece hafifçe bir ihmal vardır.
4. Neredeyse tamamen var: Hastanın zaman zaman bakımla ilgili problemleri olur veya bazen görünüşünü ihmal eder. Bu çok nadiren olur ve önemli sonuçlar doğurmaz.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın iyi bir görünüşü vardır ve bakımlıdır; giyimine dikkat eder.

1 2 3 4 5

Agresif, saldırgan veya anti sosyal davranışın kontrolü (agresif davranış ve/veya kanunların ve toplum hayatının kurallarının hiçe sayılması)

1. Yok: Hasta agresif duygularına hakim olmaz. Kanunları sıklıkla ve/veya ciddi biçimde çiğner.
2. Kısmen var: Hasta agresif duygularına sadece kısmen hakim olur. Kanunlara veya toplum hayatının kurallarına her zaman uymaz.
3. Yeterince var: Hasta neredeyse her zaman agresif davranışına hakim olur. Kanunlara uyar ve toplum hayatının kurallarıyla ilgili nadiren sorun yaşar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta agresif duygularına hakim olur, bu duyguları sadece sözel olarak ifade eder. Kanunlara uyar ve genellikle toplum hayatının kurallarına da uyar.
5. Mükemmel derecede var: Hasta tüm agresif davranışlarına ve sözel agresyonuna hakim olur. Kanunlara ve toplum hayatının kurallarına harfi harfine uyar.

1 2 3 4 5

Strese ve beklenmeyen durumlara uyum sağlama (Uyabilme becerisi, duygusal kontrol, başa çıkma mekanizmaları)

1. Yok: Hasta, en ufak sıkıntıya uygunsuz biçimde tepki verir. Ortaya çıkabilecek beklenmedik herhangi bir problemle başa çıkmak için hazırlıklı değildir.
2. Kısmen var: Hasta bazı problemlerle başa çıkabilir ama hemen bunalır.
3. Yeterince var: Hasta stresle başa çıkabilir ancak sorunlar tekrarladığında ya da ciddi bir hal aldığı bunalır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta, günlük hayattaki stres ve sorunlarla iyi bir biçimde başa çıkar ancak büyük ve beklenmedik strese karşı oldukça hassastır.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın duygusal kontrolü iyidir ve her durumda etkili baş etme mekanizmaları kullanır.

1 2 3 4 5

4. Mesleki işlevsellik

Ev işi etkinlikleri (Ev idaresi ile ilgili işler; toplama, çamaşır, bulaşık, temizlik, çöpü dışarı çıkarma, genel bakım, mobilyanın durumu vb.)

1. Yok: Hasta evine hiç bakmaz (temizliği asla kendisi yapmaz, nevresimleri değiştirmez, çöpü dışarı çıkarmaz...).
2. Kısmen var: Hasta çok az ev işi yapar ve sadece mutlaka gerekli olan şeyleri yapar.
3. Yeterince var: Hasta, içinde bulunduğu çevrenin sosyal kurallarını yerine getirme imkânı veren minimum düzeydeki ev işlerini ve temizlik işlerini yapar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta çoğu ev işini yapar ancak bu bazen düzensiz ve eksik olur.
5. Mükemmel derecede var: Hasta ev işlerini düzenli olarak ve iyi bir biçimde yapar.

1 2 3 4 5

Çalışma veya eğitim (Okul veya üniversiteye devam etme ya da geri dönme, iş eğitimi alma ya da profesyonel yönelim. iş arama yada işe geri dönme, profesyonel entegrasyon)

1. Yok: Hasta herhangi bir profesyonel etkinlik yürütemez ya da okulunu tamamlayamaz görünür. İş aramak veya okula geri dönmek için adım atmaz.
2. Kısmen var: Hasta iş aramak veya okula geri dönmek için adım atar. Şu anda iş ya da okulla ilgili olarak bir etkinlikte bulunmaz.
3. Yeterince var: Hastanın korunaklı bir ortamda düzensiz iş veya işleri vardır. Hasta aralıklı olarak okula gider.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta çalışır ya da okula gider. Entegrasyonu için çaba gerekir veya araya kısa aralıklar girer.
5. Mükemmel derecede var: Hasta düzenli bir biçimde çalışır veya (okuldaki) çalışmalarını gayretle sürdürür.

1 2 3 4 5

Ek 5. Yenimahalle Devlet Hastanesi İzin Yazısı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yenimahalle Devlet Hastanesi Başhekimliği

Sayı: B.10.4.ISM.4.06.8938/929/11131
Konu: Tez çalışması hk.

01 KASIM 2012

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
ANKARA

İLGİ: 12.10.2012 tarih ve 776 sayılı yazınız.

Üniversiteniz yüksek lisans öğrencisi Yunus KAYA'nın "Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hasta Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yükü" tezini 15 Aralık 2012-31 Mayıs 2013 tarihleri arasında hastanemizde yapmasında sakınca yoktur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Op. Dr. Uğur YILDIZ
Başhekim /

Ek 6. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi İzin Yazısı



HACETTEPE
ÜNİVERSİTESİ
HASTANELERİ

Erişkin Hastanesi
İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi
Onkoloji Hastanesi



B.30.2.HAC.0.HD.00.00/D- 3291

06.11.2012

*Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Başkanlığı'na,*

İlgi: 12.10.2012 tarih ve 766 sayılı yazınız.

İlgi yazınız Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı tarafından incelenerek cevap yazıları ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.


Prof.Dr. Arzu TOPELİ İSKİT
Erişkin Hastanesi Başhekimi

Ek: 1 sayfa yazı,

ATI/cd



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

6.11.2012 - 6 < 7

H.Ü. Erişkin Hastanesi Başhekimliği'ne,

H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisan öğrencilerinden Yunus Kaya'nın "Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yükü" adlı tezi ile ilgili bölümümüzde çalışma yapması uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunulur.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Elif Anıl Yağcıoğlu

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Anabilim Dalı Başkanı

Ek 7. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesi İzin Yazısı



16.11.2012
08-4712

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : B.30.2.GÜN.0.H1.02.00
Konu :

/5038

08/11/2012

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

İLGİ: 12.10.2012 tarih ve 767 sayılı yazınız.

Bölümünüz öğrencilerinden Yunus KAYA'nın ilgi sayılı yazınız ile konusu bildirilen tez çalışmasını Hastanemiz Psikiyatri Anabilim Dalında yapması Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica olunur.

Doç.Dr. Erkan İRİZ
Başhekimlik
Başhekim Yardımcısı

Ek 8. Şizofreni Hasta Ve Yakınları Dayanışma Derneği İzin Yazısı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
 Sağlık Bilimleri Fakültesi
 Hemşirelik Bölümü

Sayı : B.30.2.HAC.0.82.00.00/ 778
 Konu

Tarih :12/ 10 / 2012

**Şizofreni Hasta ve Yakınları Dayanışma
 Derneği**

Anabilim Dalımız yüksek lisans öğrencisi Yunus Kaya'nın "Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yüktü" tezinin uygulamasını 15 Aralık 2012-31 Mayıs 2013 tarihleri arasında Hastanemiz Psikiyatri Polikliniğinde yapabilmesi konusunda izinlerinizi ve bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.


 Prof.Dr.Nuran Akdemir
 Lisansüstü Eğitim Koordinatörü


 Prof.Dr.Fatma Öz
 Psikiyatri Hemşireliği
 Anabilim Dalı Başkanı

Adıgöçen öğrencinin
 Derneğimizde tez çalışmasını
 yapılması uygundur.
 H. Meral Taşkent
 Dernek Yönl. Kurul Üyesi ve Saymanı
 24/11/2012

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü 06100 Sıhhiye / Ankara
 Telefon: (0 312) 324 20 13-305 15 80-305 14 47 Faks: (0 312) 312 70 85 E-posta: hyo@hacettepe.edu.tr



Ek 9. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği



SAYI : B.10.4.ISM.4.06.23.33/Per.
KONU: Tez Çalışması

07.11.2012 28102
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Anabilim Dalınız yüksek lisans öğrencisi Yunus Kaya' nın "Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yükü" adlı tezinin uygulamasını 15 Aralık 2012- 31 Mayıs 2013 tarihleri arasında Hastanemiz Psikiyatri Polikliniğinde yapması Baştabipliğimizce uygun görülmüştür.
Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Murat ALPER
Baştabip

Ek 10. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SAYI : 12175

KONU : Yunus KAYA

09/11/2012

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Anabilim Dalınız yüksek lisans öğrencisi Yunus KAYA'nın "Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yükü" konulu tezinin 15 Aralık 2012-31 Mayıs 2013 tarihleri arasında hastanemiz psikiyatri polikliniğinde yapması uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Murat AKÇAY
Baştabip

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Koordinatörlüğü Birimi
Eskişehir Yolu 8. Km. No. 2 PK: 06800 Bilkent / Ankara
Telefon : 0 (312) 291 25 25 (4064)

**Ek 11. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma Uygulama
Hastanesi İzin Yazısı**



T.C.
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı



02.01.2013

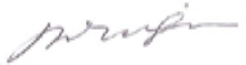
Sayı :70558629-304.03- 7

Konu:Yunus KAYA'nın tez uygulaması hk.

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi: 30.10.2012 tarih ve B.30.2.ANK.0.20.70.01/304.03/6668/24602 sayılı yazınız
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümü Psikiyatri hemşireliği
Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Yunus KAYA'nın "Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri
ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yükü" tezinin uygulamasını 15 Aralık 2012 – 31
Mayıs 2013 tarihleri arasında Anabilim Dalı'mızda yapması 19.12.2012 tarihli Akademik Kurul
Kararımızla uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla sunarım.


Prof. Dr. Engin TURAN
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı Başkanı

Ek: Akademik Kurul Kararı

Telefon:0312 595 66 17

Faks: 0312 319 19 33

06260 Dikimevi/ANKARA

E-mail: psikiyat@medicine.ankara.edu.tr.

Ek 12. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yazısı



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

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

Sayı: B.30.2.HAC.0.05.07.00 / 89

28 Ocak 2013

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 23.01.2013 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2013/02
Proje No : LUT 12/169 (Değerlendirme Tarihi 12.12.2012)
Karar No : LUT 12/169 - 11

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi, öğretim üyelerinden Prof. Dr. Fatma Öz'ün sorumlu araştırmacı olduğu Arş. Gör. Yunus Kaya'nın tezi olan LUT 12/169 kayıt numaralı ve "Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yüğü" başlıklı proje önerisi Kurulumuzda değerlendirilmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | | | |
|---|--|---------|---|
| 1. Prof. Dr. Nurten Akarsu (Başkan) | | GÖREVLİ | 9 Prof. Dr. Songül Vaizoğlu (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken (Üye) | | | 10. Prof. Dr. Melahat Görduysus (Üye) |
| İZİNLİ | | | |
| 3. Prof. Dr. Hakan S. Örer (Üye) | | | 11. Doç. Dr. R. Köksal Özgül (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Şeyda F. Müftüoğlu (Üye) | | GÖREVLİ | 12. Prof. Dr. Cansın Saçkesen (Üye) |
| Prof. Dr. Cenk Sökmensüer (Üye) | | | 13 Doç. Dr. Ayşe Lale Doğan (Üye) |
| 6. Prof. Dr. Kafiye Eroğlu (Üye) | | | 14. Doç. Dr. S. Kutay Demirkan (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay (Üye) | | GÖREVLİ | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hülsrev Turnagöl (Üye) |
| GÖREVLİ | | GÖREVLİ | |
| 8. Prof. Dr. Yılmaz Selim Erdal (Üye) | | | 16. Av. Meltem Onurlu (Üye) |