



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

**KRONİK RUHSAL HASTALIK TANISI ALMIŞ BİREYLERE
BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN BAKIM YÜKÜ VE RUHSAL
İYİLİK HALLERİNE İLİŞKİN NİCEL BİR ARAŞTIRMA**

Bilgehan ERGÜN

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2023

**KRONİK RUHSAL HASTALIK TANISI ALMIŞ BİREYLERE
BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN BAKIM YÜKÜ VE RUHSAL
İYİLİK HALLERİNE İLİŞKİN NİCEL BİR ARAŞTIRMA**

Bilgehan ERGÜN

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2023

KABUL VE ONAY

Bilgehan ERGÜN tarafından hazırlanan “Kronik Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Ruhsal İyilik Hallerine İlişkin Nicel Bir Araştırma” başlıklı bu çalışma, 18.01.2023 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

[İ m z a]

[Unvanı, Adı ve Soyadı] (Başkan)

[İ m z a]

Doç. Dr. Özge Sanem ÖZATEŞ GELMEZ

[İ m z a]

[Unvanı, Adı ve Soyadı] (Üye)

[İ m z a]

[Unvanı, Adı ve Soyadı] (Üye)

[İ m z a]

[Unvanı, Adı ve Soyadı] (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

[Unvanı, Adı ve Soyadı]

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan *“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”* kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

...../...../.....

[İmza]

Bilgehan ERGÜN

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, **Doç. Dr. Özge Sanem ÖZATEŞ GELMEZ** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Bilgehan ERGÜN

Varlığımı borçlu olduğum

annem ve babama..

TEŞEKKÜR

Zorlu araştırma yolculuğumda, ufuk açan fikirleriyle ve sonsuz inancıyla yol gösteren, yazdığım tezi sabırla ve adım adım takip ederek zaman, emek ve deneyimlerini benimle paylaşan, ulaşılabilirliği açısından kendimi çok şanslı hissettiğim danışmanım Doç. Dr. Özge Sanem ÖZATEŞ GELMEZ'e

Tez savunma sınavımda bilgi birikimi ve araştırma deneyimleri ile tezime yön veren Doç. Dr. Burcu HATİBOĞLU KISAT'a

Lisans uygulama sürecimde akademik çalışmalarını örnek aldığım, tez savunma sınavımda da sunduğu katkılarla beni desteleyen Doç. Dr. Seval BEKİROĞLU'na

Kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin bakım sorumluluğunu üstlenen tüm katılımcılara,

Lisans dönemimde uygulama danışmanlığımı yapmak için yollarımızın kesiştiği, daha sonra da hem akademik hem de bireysel tecrübelerini, desteğini ve ışığını benden esirgemeyen, tez savunma sınavımda da kendi savunması gibi heyecanımı paylaşan hocam Arş. Gör. Özlem GÖZEN'e,

Tez konumu belirlediğim günden itibaren her zaman yanımda olan, deneyimlerini benimle paylaşan, desteğini hep omzumda hissettiğim dostum, kız kardeşim Gülcan ATEŞ'e,

Lisans ve yüksek lisans sürecimize birlikte adım attığımız, inancımızı kaybettiğimiz dönemde birbirimize sarılarak ayağa kalktığımız, sıkılmadan beni dinleyen, dostluğu ve desteğini her daim hissettiğim, doktora sürecini emin adımlarla tamamlamaya çalışan İpek LİMAN'a

Tez sürecimde objektif fikirleriyle beni destekleyen, tezi başarıyla tamamlayacağıma benim kadar inanan, iş yaşamımda da karşılaştığım vakalarda zaman zaman süpervizyonluk yapan değerli meslektaşım Murat CÖMERT'e,

Araştırma izin sürecimde yardımlarını esirgemeyen Antalya Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü çalışanlarına ve veri toplama sürecimde yol gösteren Kepez Sosyal Hizmet Merkezi Müdürü Efsun ŞEKER'e,

İŖe baŖladığım günden itibaren motivasyonumu yüksek tutmamı sağlayan mesai arkadaşlarıma,

Varlığımı borçlu olduğum, yaşamımın her döneminde akademik çalışmalarım için beni cesaretlendiren ve güç veren babam Ali ERGÜN, annem Selda ERGÜN ve kardeşim Berkehan ERGÜN'e teşekkür ederim.

ÖZET

ERGÜN, Bilgehan. *Kronik Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükleri ve Ruhsal İyilik Hallerine İlişkin Nicel Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2023

Bu araştırma, kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere evde bakım uygulaması kapsamında bakım veren aile üyeleri ile aynı hanede yaşayan yetişkin aile üyelerinin bakım yüklerini ve ruhsal iyilik hallerini ortaya çıkarmak ve araştırmaya katılan bireylerin bakım yükünün ruhsal iyilik hallerine etkisini saptamak amacıyla taşımaktadır.

Nicel araştırma yöntemi ile gerçekleştirilen bu araştırmada, tarama modellerinden ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Evde bakım uygulamasından yararlanan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 313 bakım veren aile üyesi ve aynı hanede yaşayan 129 yetişkin aile üyesi olmak üzere toplam 442 kişi araştırmaya dahil edilmiştir. Veri toplama araçları olarak Sosyodemografik Bilgi Formu, Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği ve PERMA İyi Oluş Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS V27 paket programı kullanılmıştır.

Araştırmada kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere evde bakım uygulaması kapsamında bakım veren aile üyelerinin bakım yükünün, şiddetli yük kapsamında olduğunu, ruhsal iyilik halleri açısından ise ölçek puan ortalamalarının düşük düzeyde olduğunu söylemek mümkündür. Araştırma sonuçlarında hem evde bakım uygulaması kapsamında bakım verenlerin hem de yetişkin aile üyesi katılımcıların bakım yükünün, ruhsal iyilik hallerini negatif yönde etkilediği belirlenmiştir. Bu kapsamda katılımcıların bakım yükü arttıkça ruhsal iyilik hallerinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Bulgular, kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükünü azaltılıp ve ruhsal iyilik hallerinin artırılmasına yönelik sosyal hizmet müdahaleleri ve sosyal politikalarının ortaya konulması ihtiyacını ön plana çıkarmıştır.

Bu bağlamda öncelikle ruh sağlığı alanında kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükünün azaltılması amacıyla ruhsal hastalık tanısı almış birey sayısı ile orantılı olarak Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin artırılması, bakım veren bireylerin ruhsal sağlık takibinin yapılması, bir sosyal politika uygulaması

olan evde bakımın, bireylere insan hakları temelinde sunulması öneriler arasında yer almaktadır.

Anahtar Sözcükler

Kronik ruhsal hastalık, bakım, bakım yükü, ruhsal iyilik hali, sosyal hizmet

ABSTRACT

ERGÜN, Bilgehan. A Quantitative Research On The Care Burden and Mental Well-Being of Family Members Caring For Individuals with Chronic Mental Illness. Master's Thesis, Ankara, 2023.

This research aims to reveal the care burdens and mental well-being of adult family members living in the same household with caregivers within the scope of home care practice for individuals diagnosed with chronic mental illness and to determine the effect of the care burden on the mental well-being of the individuals participating in the research.

In this research, which was carried out with quantitative research method, relational screening model was used from the screening models. A total of 442 people were included in the study, including 313 caregiver family members who benefited from home care practice and volunteered to participate in the study, and 129 adult family members living in the same household. The Sociodemographic Information Form, Zarit Caregiver Burden Scale and PERMA Well-being Scale were used as data collection tools. The SPSS V27 package program was used for the analysis of the data.

It was concluded that 54.5% of the caregivers within the scope of home care practice were male, 45.5% were female, they were at least 20 years old and at most 80 years old, and the average age was 46.6. It was concluded that 70.5% of adult family member participants were female and 29.5% were male, they were at least 20 and at most 72 years old, and the average age was 48.

In the research, it was concluded that the care burden of family members who care for individuals with chronic mental illness within the scope of home care practice is within the scope of severe burden. In terms of mental well-being, it is possible to say that the average score of the scale is at a low level. In the results of the research, it was determined that the care burden of both the caregivers within the scope of home care practice and the adult family member participants negatively affected their mental well-being. In this context, it was concluded that as the care burden of the participants increased, their mental well-being decreased.

Findings highlighted the need for social work interventions and social policies to reduce the burden of care for family members who care for individuals diagnosed with chronic mental illness and to increase their mental well-being.

In this context, primarily in the field of mental health, in order to reduce the burden of care for family members who care for individuals diagnosed with chronic mental illness, increasing the number of Community Mental Health Centers in proportion to the number of individuals diagnosed with mental illness, monitoring the mental health of caregivers, and the implementation of home care, which is a social policy practice that it should be presented to individuals on the basis of human rights are among the suggestions.

Key Words: Chronic mental illness, care, care burden, mental well-being, social work

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
İÇİNDEKİLER	xi
KISALTMALAR DİZİNİ	xiv
TABLOLAR DİZİNİ	xv
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: GENEL BİLGİLER	4
1.1. AŞTIRMANIN SORUNU	4
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	6
1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	7
1.4. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI	8
1.5. TANIMLAR	8
2. BÖLÜM: KURAMSAL ÇERÇEVE	9
2.1. KRONİK RUHSAL HASTALIKLARA GENEL BİR BAKIŞ	9
2.1.1. Şizofreni	10
2.1.2. Bipolar Bozukluk	12
2.1.3. Şizoaffektif Bozukluk.....	13
2.1.4. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)	13
2.2. KRONİK RUHSAL HASTALIKLARA İLİŞKİN BAKIŞ AÇILARI VE TARIHSEL SÜREÇ İÇİNDE DEĞİŞEN BAKIŞ AÇILARININ HİZMET MODELLERİNE YANSIMASI	14

2.3. KRONİK RUHSAL HASTALIKLARDA BAKIM VERMENİN BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ	24
2.3.1. Kronik Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Bireylere Bakım Veren Aile Üyeleri Üzerindeki Bakım Yükü.....	29
2.3.1.1. Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler	31
2.4. RUHSAL İYİLİK HALİ	36
2.4.1. Kronik Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Bireylere Bakım Vermenin Bakım Verenlerin Ruhsal İyilik Hali Üzerindeki Etkisi.....	41
2.5. KRONİK RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK TEDAVİ EDİCİ, REHABİLİTE EDİCİ VE KORUYUCU-ÖNLEYİCİ HİZMETLERDE SOSYAL HİZMETİN ROLÜ	44
2.6. BİR SOSYAL HİZMET UYGULAMASI OLARAK TÜRKİYE'DE EVDE BAKIM.....	54
3. BÖLÜM: YÖNTEM.....	60
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	60
3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM	61
3.3. VERİLERİN TOPLANMASI	62
3.3.1. VERİ TOPLANMA ARAÇLARI.....	63
3.3.1.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	63
3.3.1.2. Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği	63
3.3.1.3. PERMA İyi Oluş Ölçeği.....	64
3.3.2. VERİ TOPLAMA SÜRECİ	64
3.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	65
3.5. SÜRE VE OLANAKLAR	66
3.6. VERİLERİN ANALİZİ	66
4. BÖLÜM: BULGULAR VE YORUM.....	68
4.1. KRONİK RUHSAL HASTALIK TANISI ALMIŞ BİREYLERE BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİ İLE YETİŞKİN AİLE ÜYELERİNİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	69

4.2. KRONİK RUHSAL HASTALIK TANISI ALMIŞ BİREYLERE BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİ VE YETİŞKİN AİLE ÜYELERİNİN BAKIM YÜKLERİ.....	77
4.3 KRONİK RUHSAL HASTALIK TANISI ALMIŞ BİREYLERE BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN VE YETİŞKİN AİLE ÜYELERİNİN RUHSAL İYİLİK HALLERİ.....	91
4.4. BAKIM YÜKÜNÜN RUHSAL İYİLİK HALİNE ETKİSİ.....	106
5. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER.....	111
5.1. SONUÇLAR.....	111
5.1.1 Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Sonuçlar.....	111
5.1.2. Katılımcıların Çalışma ve Gelir Durumlarına İlişkin Sonuçlar.....	112
5.1.3. Hastalık ve Bakıma İlişkin Sonuçlar.....	113
5.1.4. Bakım Yüküne İlişkin Sonuçlar.....	114
5.1.5. Ruhsal İyilik Hallerine İlişkin Sonuçlar.....	119
5.1.6. Bakım Yükünün Ruhsal İyilik Hallerine Etkisine İlişkin Sonuçlar.....	125
5.2. ÖNERİLER.....	127
KAYNAKÇA.....	131
EK-1: ORJİNALLİK RAPORU.....	151
EK-2: ETİK KOMİSYON İZİNİ.....	152
EK-3: ZARİT BAKICI YÜKÜ ÖLÇEĞİ İZİNİ.....	153
EK-4: PERMA İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ İZİNİ.....	154
EK-5: SAĞLIK BAKANLIĞI İZİNİ.....	155
EK-6: GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU.....	156
EK-7: ZARİT BAKICI YÜKÜ ÖLÇEĞİ.....	157
EK-8: PERMA İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ.....	159
EK-9: AİLE VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI İZİNİ.....	160

KISALTMALAR DİZİNİ

ASHB: Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

NASW: The National Association of Social Workers (Amerikan Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği)

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Evde Bakım Uygulaması Kapsamında Antalya İli İlçelerinde Kronik Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Bireylere Bakım Verenler	62
Tablo 2: Katılımcılara Ait Sosyodemografik Veriler.....	70
Tablo 3: Katılımcıların Çalışma ve Gelir Durumuna Ait Bilgiler	73
Tablo 4: Hastalık ve Bakımla İlgili Bilgiler.....	76
Tablo 5: Bakım Veren Aile Üyelerinin Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği Puan Ortalamaları ..	78
Tablo 6: Yetişkin Aile Üyelerinin Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği Puan Ortalamaları.....	79
Tablo 7: Bakım Veren Aile Üyelerinin Cinsiyetine Göre Bakım Yükü Düzeyi.....	80
Tablo 8: Yetişkin Aile Üyelerinin Cinsiyetine Göre Bakım Yükü Düzeyi	81
Tablo 9: Hastaya Yakınlık Durumuna Göre Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü Düzeyi	83
Tablo 10: Hastaya Yakınlık Durumuna Göre Yetişkin Aile Üyelerinin Bakım Yükü Düzeyi	87
Tablo 11: Bakım Veren Aile Üyeleri ile Yetişkin Aile Üyelerinin Bakım Verme Durumuna Göre Bakım Yükü Düzeyi.....	90
Tablo 12: Bakım Veren Aile Üyelerinin PERMA İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamaları .	92
Tablo 13: Yetişkin Aile Üyelerinin PERMA İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamaları	93
Tablo 14: Bakım Veren Aile Üyelerinin Cinsiyetine Göre İyi Oluş Düzeyi	94
Tablo 15: Yetişkin Aile Üyelerinin Cinsiyetine Göre İyi Oluş Düzeyi	95
Tablo 16: Bakım Veren Aile Üyelerinin Hastaya Yakınlık Durumuna Göre İyi Oluş Düzeyi	97
Tablo 17: Yetişkin Aile Üyelerinin Hastaya Yakınlık Durumuna Göre İyi Oluş Düzeyi	101
Tablo 18: Bakım Veren Aile Üyelerinin ve Yetişkin Aile Üyelerinin İyi Oluş Düzeyi	105
Tablo 19: Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükünün İyi Oluşları Üzerindeki Etkisi	107
Tablo 20: Yetişkin Aile Üyelerinin Bakım Yükünün İyi Oluşları Üzerindeki Etkisi..	107
Tablo 21: Bakım Veren Kadınların Bakım Yükünün İyi Oluşları Üzerindeki Etkisi ..	108
Tablo 22: Bakım Veren Erkeklerin Bakım Yükünün İyi Oluşları Üzerindeki Etkisi ..	108

Tablo 23: Yetişkin Aile Üyesi Kadınların Bakım Yükünün İyi Oluşları Üzerindeki Etkisi	109
Tablo 24: Yetişkin Aile Üyesi Erkeklerin Bakım Yükünün İyi Oluşları Üzerindeki Etkisi	109

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı, sadece hastalık ya da engelliliğin olmaması değil, fiziksel zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır (WHO, 1948). Bu kapsamda ruh sağlığı genel sağlıkla bir bütün olarak değerlendirilmelidir. Kronik hastalıklardan ruhsal hastalıklar; çalışma hayatı, kişisel bakım, toplumsal ilişkiler ve günlük hayattaki aktivitelerde işlevselliği bozan hastalıklar olarak ifade edilmektedir (Arabacı vd., 2018, s. 175). Bu hastalıklar kişilerin ve bakım veren ailelerin günlük yaşamını çeşitli şekillerde etkilemektedir. Özellikle ruhsal hastalara bakım veren kişilerin aile içinde bakım ihtiyaçlarının karşılanıyor olması halinde pek çok bakım veren aile üyesi için bakım işlerini, günlük yaşam pratiklerinin merkezine yerleştirme zorunluluğu ortaya çıkabilmektedir. Kronik ruhsal hastalıkların görülme sıklığına bakıldığında DSÖ'ye (WHO, 2021) göre dünya genelinde bu oran %18-36 arasında değişmekte, yeti yitimine ve ölüme sebep olan on hastalıktan beşinin ruhsal sorun ve hastalıklar olduğu belirtilmektedir. DSÖ 2017 verilerine göre ise ruhsal hastalıklar son on yılda %13 artmış olup her beş kişiden biri ruhsal hastalığa sahip olmakla birlikte dünyada 300 milyon bireyin depresyon, 45 milyon bireyin bipolar bozukluk ve 20 milyon bireyin şizofreni ve diğer psikotik bozukluklardan etkilendiği bildirilmektedir (WHO, 2017). TÜİK'in 2019 yılında yayımladığı Türkiye Sağlık Araştırmasına göre ise Türkiye'de yaşayan bireylerin son 12 ay içerisinde yaşadığı sağlık sorunları içerisinde depresyonun %9 oranla üçüncü sırada yer aldığı, bu oranın kadınlarda %12,2, erkeklerde ise %5,7 olduğu, oranların 2016 yılına göre %25 oranında arttığı tespit edilmiştir (TÜİK, 2019).

Ruh sağlığı hizmetlerinde çağdaş modellerin gelişmeye başlamasıyla hastalarda uzun süreli yatışların önlenmesine, tedavilerin toplum temelli olmasına önem verilmektedir. Toplum temelli tedaviler hastayı toplumda ve kendi ortamında tedavi etmeyi amaçlamaktadır (Yıldırım vd., 2017, s. 165). Bu durum kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin yakınlarının birincil bakım veren konumuna gelmesine ve daha fazla sorumluluk almalarına neden olmaktadır. Bu durumun sonucu olarak bir aile üyesi, hakkında bilgi sahibi olmadığı bir hastalıkla, beklemediği bir anda bakım veren rolü ile karşı karşıya kalmakta, hasta bireyin yaşamını devam ettirmesi için çeşitli ihtiyaçlarını

karşılamaya çalışmaktadır (Özbaş vd., 2008, s. 15). Toplumsal cinsiyet rol ve sorumluluklarının geleneksel olarak kabul gördüğü toplumlarda, evdeki hasta bir bireye bakım verme rolü aile üyelerinin, genellikle kadınların, görevi olarak görülmektedir.

Aileden bir üyenin kronik ruhsal hastalığa sahip olması diğer üyelerinin ruh sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Ruhsal hastalara bakım veren aile üyeleri endişe, korku, ümitsizlik, suçluluk, etiketlenme düşüncesi, ailedeki diğer bireyler ile çatışma, duygusal ve sosyal destek eksikliği gibi sorunlarla da karşılaşmaktadır (Duman, 2013, s. 90). Bakım veren aile üyeleri belirtilen süreçlerden fiziksel, duygusal, ekonomik ve sosyal yönden olumsuz etkilenmekte, bu durum da bakım yüküne neden olmaktadır. Bakım yükü ise bakım veren aile üyelerini ruhsal açıdan olumsuz etkilemektedir.

Bu çalışmada, kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım verenler aile aynı hanede yaşayan yetişkin aile üyelerinin bakım yükünü ve ruhsal iyilik halini inceleyerek bakım yükünün ruhsal iyilik hallerine etkisini ortaya koymak amaçlanmıştır. Bu bağlamda çalışmanın ilk bölümünde, araştırmaya ilişkin genel bilgilerin yer aldığı, araştırmanın sorununa, amacına, önemine, varsayımlarına yer verilmiş ve araştırmaya yönelik işe vuruk tanımlar yapılmıştır.

İkinci bölümde, kronik ruhsal hastalıklarla ilgili genel bilgilere yer verilmiş, söz konusu hastalıklara ilişkin bakış açıları ile tarihsel süreç içerisinde değişen bakış açılarının hizmet modellerine nasıl yansıdığı, kronik ruhsal hastalıklara yönelik tedavi edici, koruyucu ve önleyici hizmetler, sosyal hizmet bakış açısıyla ele alınmıştır. Ardından kronik ruhsal hastalıklarda bakım vermenin, bakım veren aile üyeleri üzerindeki etkileri, bakım yükü ve bakım yükünü etkileyen faktörler bağlamında açıklanmış; ruhsal iyilik hali, kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım vermenin, bakım verenler üzerindeki etkileri bağlamında ele alınmıştır. Bu bölümde son olarak Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın bir politikası olan evde bakım uygulaması değerlendirilmiştir.

Üçüncü bölümde, gerçekleştirilen araştırmanın yöntemi, modeli, evren ve örneklem, veri toplama araçları, veri toplama süreci, sınırlılıklar, süre ve olanaklar ile verilerin analizi açıklanmıştır. Dördüncü bölümde gerçekleştirilen araştırma sonucunda elde

edilen bulgular, tablolarla ifade edilerek literatürdeki benzer sonuçlarla karşılaştırılarak yorumlanmıştır.

Çalışmanın son bölümünde sonuç başlığı altında katılımcıların sosyodemografik bilgileri, çalışma ve gelir durumu ile bakım yüküne ve ruhsal iyilik hallerine yönelik sonuçlar aktarılmış ve bakım yükünün ruhsal iyilik hallerine etkisi ele alınmış; hastalık tanısı almış bireylerin hastalık bilgilerine yer verilmiştir. Öneriler başlığında ise kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükünün azaltılması amacıyla neler yapılabileceğine yönelik öneriler, bir sosyal hizmet uygulaması olan evde bakımın hak temelli bir uygulama olması için öneriler ve gelecek araştırmalar için önerilere yer verilmiştir.

1. BÖLÜM: GENEL BİLGİLER

1.1. AŞTIRMANIN SORUNU

Tüm kronik hastalıklarda bakım süreci, hastalık tanısı almış birey kadar, bakım vereni de fiziksel, duygusal, ruhsal ve sosyal yönden etkileyen bir süreçtir. Kronik hastaya bakım veren bireylerin sosyal ve özel hayattan yoksun kaldıkları (Atagün vd., 2011, s. 518), kendilerine yeterince zaman ayıramadıkları ve bakım verme yükünün bireyin kendisi ve sosyal çevresi arasındaki iletişimi olumsuz etkilediği (Öztop vd., 2008, s. 44-46), bakım verdikleri engelli bireyin, bakım verene bağımlı olduğu, onun geleceğine dair endişe duydukları, bu sebeple bakım yükünün bakım veren bireylerde sağlık sorunlarına neden olduğu, ayrıca ekonomik olarak da olumsuz etkilendikleri görülmektedir (Çayır, 2017, s. 8-10). Özateş Gelmez (2015) kadının bakım emeğini evde bakım uygulaması üzerinden değerlendirdiği araştırmasında, kadınların zamanlarının çoğunu engelli bakımına ayırmaları nedeniyle sağlık sorunları yaşadığı, bu sebeple sağlık yoksunluğuyla karşı karşıya kalarak ruhsal, bedensel ve zihinsel sağlıklarını kaybettikleri sonucuna ulaşmıştır.

Ruh sağlığı hizmetlerinde çağdaş modellerin gelişmeye başlamasıyla hastalarda uzun süreli yatışların önlenmesine, tedavilerin toplum temelli olmasına önem verilmektedir. Toplum temelli tedaviler hastayı toplumda ve kendi ortamında tedavi ifade etmeyi amaçlamaktadır (Yıldırım vd., 2017, s. 165). Bu durum kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin yakınlarının birincil bakım veren konumuna gelmesine neden olmaktadır ve bir aile üyesi hasta bireyin yaşamını devam ettirmesi için çeşitli ihtiyaçlarını karşılamaya çalışmaktadır (Özbaş vd., 2008, s. 15).

Aileden bir üyenin kronik ruhsal hastalığa sahip olması diğer üyelerin ruh sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Çünkü aile üyeleri, evdeki kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireye bakım verirken başlangıçta hastalıkla ilgili yeterli bilgi düzeyine ve nasıl bir sürecin onları beklediğine, ne gibi sorunlarla karşılaşacaklarına dair fikir sahibi olmamanın yanı sıra başlangıçta hastalığa inanmamakta ve tıbbi tedavinin yanında farklı

tedavi seçenekleri aramaktadır (Thornicroft, 2006, s. 5-8). Ayrıca ruhsal hastalara bakım veren aile üyeleri endişe, korku, ümitsizlik, suçluluk, etiketlenme düşüncesi, ailedeki diğer bireyler ile çatışma, duygusal ve sosyal destek eksikliği gibi problemlerle de karşılaşmaktadır (Duman, 2013, s. 90).

Harmancı ve Duman (2016) tarafından ailesinde ruhsal hastalık tanısı almış bir birey bulunan kişilerin yaşamında maddi konuların, iş ve evlilikle ilgili sorunların ve yasal meselelerin stres faktörü olarak rol oynadığı, ruhsal hastalık tanısı almış bireylerde ise hastalığa bağlı olarak sosyal rol ve ilişkilerde bozulma, aile içi ilişkilerde çatışma yaşandığı tespit edilmiş ve tüm bu belirtilen stres faktörlerinin bakım yükü üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu belirtilmiştir. Gutiérrez-Maldonado ve arkadaşları (2005) bakım yükünün bakım veren bireylere etkilerini inceledikleri bir araştırma yapmışlardır. Bu çalışmada bakım yükünün; şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin sosyal ilişkilerini, kişisel ve mesleki gelişimlerini sınırlandırdığı, kişilerin bireysel ihtiyaçlarına zaman ayıramadıklarını bu durumun psikolojik sağlıklarını etkilediğini ve bakım veren bireylerin sosyal destek sağlayan faaliyetlerde bulunmaları gerektiğini vurgulamışlardır. Bu noktada bakım veren bireylerin yaşadığı güçlükler ve stres faktörlerinin bakım veren aile üyelerinin iyilik hallerini olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Ruhsal iyilik hali, bireylerin diğer insanlarla iyi ilişkiler kurması, yaşamsal amaçlarının farkında olması ve çeşitli sorumluluklara sahip olması şeklinde tanımlanan ve kişinin ruhsal anlamda iyi olmasını ifade eden bir kavramdır (Özdemir, 2020, s. 6; Telef ve ark., 2013, s. 1300). Ryff (1989) iyi oluşu, bireylerin psikolojik olarak ne kadar işlevsel olduğu şeklinde tanımlamış ve işlevselliği altı boyutta -kendini kabul, kişisel gelişim, çevresel kontrol, diğerleri ile olumlu ilişkiler, özerk olma ve yaşam amacı-temellendirerek çok boyutlu psikolojik iyi oluş modelini geliştirmiştir (Ryff, 1989'dan aktaran Demirci vd., 2017, s. 62-63). Keyes ise iyi oluşun sosyal boyutu üzerinde durmuş ve sosyal kabul, sosyal uyum, sosyal bütünlük gibi kavramların iyi oluşla bütünleştirilmesi gerektiğini vurgulamıştır (Keyes, 1998'den aktaran Demirci&Şen, 2017, s. 2713). Tarihsel süreç içerisinde iyi oluş kavramının tanımlanmasındaki farklı bakış açıları değerlendirilmiş ve farklı yaklaşımların ele alındığı çok boyutlu iyi oluş modelleri ortaya çıkmıştır. Martin Seligman (2011) da kendisinden önceki iyi oluş tanımlarını gözden geçirerek çok boyutlu iyi oluş yaklaşımını ortaya koymuştur.

Seligman (2011) 'a göre iyi oluş farklı bileşenlerle ortaya çıkmaktadır ve iyi oluşu tek bir ölçümle tanımlamak mümkün değildir. Bu bileşenler; hayatın birçok yönüne karşı olumlu duygular, kişinin yaptığı işe veya etkinliğe kendini vererek bağlanması, çevresiyle olumlu ve iyi ilişkiler kurması, yaşamın anlamı ve amacının farkında olması ve son olarak kişinin hedefler belirleyip o hedeflere yönelik plan çalışması, çalışma sonucunda elde ettiği başarılarıdır. Bahsedilen bileşenlerin tek başına iyi oluşu vermediği ancak birbirleriyle bağlantılı olduğu ve iyi oluşa katkı sağladığı belirtilmektedir (Seligman 2011'den aktaran Demirci vd., 2017, s. 63).

Tüm bu bilgiler çerçevesinde bakım veren bireylerin bakım yükü nedeniyle sorunlar yaşadıkları, bu sorunların bakım yükünü artırdığı ve sonuç olarak iyilik hallerini olumsuz etkilediğini söylemek mümkündür. Bu noktada araştırmanın problemi, kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükünün, ruhsal iyilik halleri üzerindeki etkinin araştırılmamış olmasıdır.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın genel amacı, evde bakım uygulaması kapsamında kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım verenler ile aynı hanede yaşayan yetişkin aile üyelerinin bakım yükünü ve ruhsal iyilik hallerini inceleyerek bakım yükünün ruhsal iyilik hallerine etkisini ortaya koymaktır. Araştırmada bu genel amaç bağlamında belirlenen aşağıdaki sorulara yanıtlar aranmıştır.

1. Kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin ve aynı hanede yaşayan yetişkin aile üyelerinin bakım yükü düzeyi nedir?
2. Kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin ve aynı hanede yaşayan yetişkin aile üyelerinin sosyo-demografik özellikleri ile bakım yükü arasında ilişki var mıdır?
3. Kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyeleri ile evdeki yetişkin aile üyelerinin bakım yükü düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

4. Kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyeleri ile evdeki yetişkin aile üyelerinin ruhsal iyilik halleri ne düzeydedir?
5. Kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyeleri ile evdeki yetişkin aile üyelerinin sosyo-demografik özellikleri ile ruhsal iyilik halleri arasında ilişki var mıdır?
6. Kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyeleri ile evdeki aile üyelerinin ruhsal iyilik halleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
7. Kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyeleri ile evdeki yetişkin aile üyelerinin bakım yükü ile ruhsal iyilik halleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Literatür incelendiğinde, kronik ruhsal hastalıklardan şizofreniye ve şizofreni tanısı almış hastalara bakım verenlerin bakım yüklerini konu edinen çalışmalar yapıldığı görülmüş ancak ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin bakım sorumluluğunu üstlenen aile üyelerinin bakım yükünü değerlendirerek bakım yükü ile ruhsal iyilik hallerini ilişkilendiren çalışmalara rastlanamamıştır. Ayrıca söz konusu araştırmaların büyük ağırlıkla tıp ve hemşirelik alanlarında yapıldığı görülmüştür. Geleneksel bakış açısına sahip toplumlarda, bakım sorumluluğunun kadınlara atfedildiğini ve kadınlar tarafından üstlenildiğini ortaya koyan pek çok araştırma bulunmaktadır. Ek olarak Türkiye bağlamında, evde bakım uygulaması kapsamında bakım ücretlerinin kadınlar tarafından alındığını ve bakımın kadınlar tarafından yapıldığını, buna karşın söz konusu nakdi yardım tasarrufunun genellikle erkek hane üyelerinde olduğunu gösteren araştırmalara da sıklıkla rastlanmaktadır. Gerçekleştirilen bu araştırmada, ailede kronik ruhsal hastalık tanısı almış bir bireye evinde resmi olarak bakım veren erkek birey oranının daha fazla olduğu ancak asıl bakım yükünü daha yoğun hisseden kişilerin kadınlar olduğu tespit edilmiştir. Bu açıdan araştırmanın, güncel ve mevcut araştırmalardan farklı bir örneklem üzerinde konuyu ele alması bakımından bu alanda ihtiyaç duyulan

bilimsel bilgiyi ortaya çıkartacağı ve sosyal hizmet literatürüne katkı sunacağı düşünülmektedir.

1.4.ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI

Kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım vermenin, bakım veren bireylerin bakım sürecinde yaşadıkları bakım veren bireyden, bakım alan bireylerden ve sosyal faktörlerden kaynaklanan güçlükler sonucunda bakım yükü düzeyini anlamlı düzeyde etkilediği; bakım yükü düzeyinin de bakım veren bireylerinin ruhsal iyilik hallerini olumsuz etkilediği varsayılmaktadır.

1.5. TANIMLAR

Kronik ruhsal hasta: Şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk tanılarında birini almış olan, Antalya’da yaşayan ve evde bakım uygulamasından yararlanan hastalardır.

Bakım yükü: Kronik ruhsal hastalara bakım verenlerin ve aynı hanede yaşayan yetişkin aile üyelerinin yaşadıkları fiziksel, sosyal ve psikolojik zorlukları gösteren ölçek puan ortalamalarına göre ortaya konan bakım yüküdür.

Bakım veren aile üyesi: Şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış olan hasta üzerinden evde bakım ücreti alan kişilerdir.

Yetişkin aile üyesi: Evde bakım uygulaması kapsamında bakım veren ve bakım alan kişi ile aynı hanede yaşayan 18 yaş üzeri hane üyesidir.

Evde bakım: Antalya ili ve ilçelerinde şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış olan bireylerin bakımlarının, Bakıma Muhtaç Engellilerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik kapsamında evdeki aile üyeleri tarafından karşılanmasını amaçlayan Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (ASHB) uygulamasıdır.

2. BÖLÜM: KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. KRONİK RUHSAL HASTALIKLARA GENEL BİR BAKIŞ

Kronik ruhsal hastalıklar, duygu ve davranış bozukluklarının yanı sıra toplumsal hayatta işlevselliği bozan, bazı hastalarda hastalığın başlangıcında belirti vermeyen, sonrasında ise bilişsel zararlara, yeti yitimlerine ve bireyin günlük yaşamdaki rol ve sorumluluklarını yerine getirmede sorunlar yaşamasına neden olan hastalıklardır (Kaya, 2013, s. 10; Velentza, 2016, s. 72). Literatür incelendiğinde kronik ruhsal hastalık yerine “şiddetli ruhsal hastalık” ve “ağır psikiyatrik bozukluk” kavramlarının aynı anlamda kullanıldığı görülmektedir (Yıldız, 2016, s. 4). Bu kapsam içerisinde yeti yitimi ve aileye bağımlılığa yol açarak sosyal işlevsellikte bozulmalara neden olan ve genellikle genç yaşlarda belirti veren şizofreni, bipolar bozukluk, şizoaffektif bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, madde kullanım bozuklukları ve diğer psikotik bozukluklar yer almaktadır (Wave & Goldfingers, 1997’den aktaran Saatçioğlu vd., 2010, s. 184).

Kronik ruhsal hastalıkların görülme sıklığına bakıldığında Dünya Sağlık Örgütü’ne (WHO, 2021) göre dünya genelinde bu oran %18-36 arasında değişmekte, yeti yitimine ve ölüme sebep olan on hastalık arasından beş tanesinin ruh sağlığı sorunları ve ruhsal hastalıklar olduğu belirtilmektedir.

Kronik ruhsal hastalıkların görülme sıklığı ve yaygınlığı Türkiye açısından değerlendirildiğinde, 1998 yılında yayımlanan Türkiye Ruh Sağlığı Profili-1 araştırmasına göre, 18 yaş ve üzeri bireylerde ruhsal hastalık görülme sıklığının %17,2 olduğu bildirilmekte ve bu raporda madde kullanımı bozuklukları dışındaki tüm ruhsal hastalıkların yaygınlığının kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğu belirtilmektedir (Erol vd., 1998).

2013 yılında yayımlanan, 15 yaş ve üzeri 18477 kişi ile gerçekleştirilen kronik hastalıklar ve hastalıklara yönelik risk faktörlerinin değerlendirildiği bir çalışmada depresif bozuklukların %9, panik bozuklukların %2, somatizasyon bozukluklarının ise

%5 olduğu; cinsiyetlere göre ruhsal hastalıkların görülme sıklığına bakıldığında ise kadınlarda bu oranların (%15), erkeklere (%7) göre daha fazla olduğu görülmektedir (nal vd., 2013).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2019 yılında yayımladığı Türkiye Sağlık Araştırmasına göre, Türkiye'de yaşayan bireylerin son 12 ay içerisinde yaşadığı sağlık sorunları içerisinde depresyonun %9 oranla üçüncü sırada yer aldığı, bu oranın kadınlarda %12,2, erkeklerde ise %5,7 olduğu, oranların 2016 yılına göre %25 arttığı tespit edilmiştir (TİK, 2019). 2019 yılında yayımlanan Sağlık İstatistikleri Yıllığından elde edilen bilgilere göre Türkiye'de engelliliğe bağlı yaşam yılı kayıplarında ilk on hastalık arasında depresyon ve anksiyetenin yer aldığı görülmektedir (Bora Başara vd., 2019). Bunlarla birlikte ulusal hastalık yükü çalışmalarına bakıldığında, ruhsal hastalıkların %19 ile kalp ve damar hastalıklarından sonra ikinci sırada olduğu görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2014). Bakıldığı zaman 1998 yılında yapılmış olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasından bu zamana kadar geçen sürede tüm Türkiye'yi temsil eden geniş ölçekli ve yayımlanmış bir çalışmanın olmadığı ancak Sağlık Bakanlığından alınan bilgilere göre 2019 yılında Türkiye Ruh Sağlığı Profili-2 çalışmasının tanıtım toplantısının yapıldığı (T.C Sağlık Bakanlığı, 2019), Kılıç (2020)'ın yayımladığı araştırmada bahsedilen çalışmanın hazırlıklarının tamamlandığı ve kontrollerinin yapılmakta olduğu belirtilmiştir.

Bu çalışmada öncelikle, şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk hastalıklarının, bireyler üzerindeki psikolojik ve sosyal etkilerinin değerlendirilebilmesi, hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yüklerine yönelik sorunların detaylandırılabilmesi için söz konusu hastalıkların temel özellikleri açıklanacaktır.

2.1.1. şizofreni

şizofreni, kronik ruhsal hastalıklardan en fazla yeti yitimine sebep olan (ztrk & Uluşahin, 2016, s. 190) bireylerin algısını, düşüncelerini, duygulanımını ve davranışlarını değerıstiren (The British Psychological Society, 2009, s. 17), kişilerarası ilişkilerden ve gerçeklerden kopmasına neden olan (Thornicroft, 2006) psikiyatrik

rahatsızlığı tanımlamak için kullanılmaktadır. Tüm araştırmalara rağmen şizofreninin seyri ve tedavisinde tam bir uzlaşmaya varılamadığı görülmekle birlikte hastalığın ortaya çıkışında genetik sebepler ve stresli yaşam olaylarının önemli rol oynadığı belirtilmektedir (Yavuz, 2008, s. 53). Halüsinasyon, dağınık konuşmalar, davranış bozuklukları ve sanrılar gibi pozitif belirtilerle; sosyal geri çekilme, duygusal tepkilerin azalması, isteksizlik gibi negatif belirtiler görülebilmektedir. Hastalığın belirtileri her hastada farklılık göstermekte ve zaman içerisinde değişebilmektedir (ztrk & Uluşahin, 2016, s. 192).

Öztürk ve Uluşahin (2016), hastalıkla ilgili yapılan ilk çalışmalarda kadınlar ve erkeklerde şizofreninin görülme sıklığı ve yaygınlığı arasında büyük bir fark görülmezken son yıllardaki çalışmalarda erkek bireylerde daha sık görüldüğü, kadın/erkek oranının %0,9/2,4 olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca sosyoekonomik düzeyi düşük olan bölgelerde yaşayan bireylerin şizofreni tanısı alma sıklığının, yüksek olan bölgelerde yaşayan bireylere göre 5 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Harrison vd., 1987'den aktaran Summakoğlu & Ertuğrul, 2018, s. 44). Hastalığın seyri ve tedavi süreci her hastada farklılık göstermektedir. Hastalığın başlangıç yaşı 15-25 yaş arasında olmakla birlikte kadınlarda erkeklere göre biraz daha geçtir (ztrk & Uluşahin, 2016, s.191). şizofreni hastalığının, bireylerin en üretken olduğu yaşlarda başlaması sebebiyle hem birey hem de toplum açısından önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu düşünülmektedir.

Hastalığın tedavisine bakıldığında, farmakolojik ve psikososyal tedaviler ile elektrokonvulsif tedavileri içermektedir. Tedavi ile ilgili yapılan çalışmalarda yalnızca ilaç tedavisi gören hastaların yüksek oranda uyumsuzluk ve nüksle mücadele etmek zorunda kaldığı görülmektedir (Kocal vd., 2019, s. 260). Bu noktada ilaç tedavilerinin psikososyal tedavilerle desteklenerek hastalığın sosyal boyutunun görmezden gelinmemesi gerekmektedir. Psikososyal tedaviler arasında, bireysel, aile ve grup psikoterapileri, psikoeğitim grupları (etinkaya Duman vd., 2007, s. 96), bilişsel davranışçı terapiler ve psikososyal beceri eğitimleri, kulüp ev ortamları, gündüz hastaneleri yer almaktadır (Yıldız vd., 2003). İlaç tedavilerinin psikososyal tedavilerle desteklenmesi, hastaların sosyal işlevselliğini ve toplumsal becerilerini artırarak hastalık

hakkında bilinçlenmelerini sağlamakta; bakım verenlerin ise bakım yükünü azaltarak ruhsal iyilik hallerinin artırılmasında önemli rol oynadığı düşünülmektedir.

Şizofreni hastalığının tedavisinde, “hastalığı tümüyle yenmenin” mümkün olmadığı, iyileşmenin sonuç olmaktan öte bir süreç olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmekte; hastalığın iyiye gitmesi ise hastada halüsinasyon ve gerçek dışı düşüncelerin olmaması, belirli bir iş ve okul yaşamının devam etmesi, bağımsız bir yaşam sürdürme becerisi sergilemesi olarak değerlendirilmektedir. İyileşmenin bu kapsamda ele alınması durumunda şizofreni tanısı almış bireylerin %40-70 oranında iyileşme gösterdiği ifade edilmektedir (Koroğlu, 2010'dan aktaran Attepe Özden, 2015, s. 12).

2.1.2. Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluk, belli bir düzeni olmadan tekrarlayan mani, hipomani, depresyon veya karma görümlü duygudurum dönemleriyle seyreden kronik ruhsal hastalıklardan biridir (Yeloğlu & Hocaoğlu, 2017, s. 42). Bu hastalık da şizofreni gibi kişilerin toplumsal hayattaki işlevselliğini olumsuz yönde etkilemekte; hastalığın ara dönemlerinde kişiler sağlıklı duruma dönebilmekte ancak hastalık kalıntı belirtilerle kişilerin sosyal yaşamlarında belirli bozulmalara yol açabilmektedir. Bipolar bozukluğun nedenlerine bakıldığında biyolojik ve çevresel faktörlerin rol oynadığı bilinmekle birlikte hastalığın gelişiminde genetik faktörlerin %60-80 oranında olduğu belirtilmekte; seyri her hastada farklı olması ve iyileşme ve kötüleşmelerle seyretmesi sebebiyle hastaları ruhsal ve fiziksel olarak etkilemekte (Yeloğlu & Hocaoğlu, 2017, s. 47-49), kişilerin sosyal ve mesleki yaşamlarında değişikliklere neden olmakta, aile fonksiyonlarını bozmakta ve bakım verenlerin yaşam pratiklerini olumsuz etkileyerek bakım yükü ile karşı karşıya kalmalarına sebep olmaktadır (Abood vd., 2002, s. 244). Hastalık seyrinin sıklıkla depresif, nadir olarak da manik ve karma dönemlerden oluştuğu, hastalığın yaygınlık oranının ise erkeklerde % 0,7, kadınlarda % 0,9 olduğu, hastalığın erkeklerde kadınlara göre 4 veya 5 yaş daha erken başladığı görülmekte ve başlangıç yaşının 20 ve altında olduğu belirtilmektedir (Öztürk & Uluşahin, 2016, s. 307). Bipolar bozukluğun işlevsel yıkıma neden olması ve bipolar bozukluk tanısı almış hastalarda özkıyım oranının %10-20 arasında olduğu belirtildiğinden (Schaffer

vd., 2015, s. 6) doğru planlanmış tedavi programlarının uygulanması hayat kurtarıcıdır. Şizofrenide olduğu gibi bipolar bozuklukta da ilaç tedavisinin psikososyal tedavilerle desteklenmesi hastalığın sağaltımında oldukça önemlidir. Bu kapsamda bipolar bozukluk tanısı almış birey ve ailelerine yönelik hastalık ve seyri hakkında bilgilendirme, hastaların işlevselliklerinin artırılması ve günlük yaşam becerilerinin tekrar kazandırılması amacıyla psiko eğitim ve ruhsal toplumsal beceri eğitimleri psikososyal tedavilerdendir (Bekiroğlu & Attepe Özden, 2021, s. 66).

Bekiroğlu ve Attepe Özden (2021), ağır ruhsal hastalara yönelik yapılan çeşitli psikososyal müdahaleleri inceledikleri araştırmalarında, Türkiye'deki psikososyal müdahalelerin genellikle şizofreni hastalarına yönelik olduğunu, bipolar bozukluk tanısı almış hastalara yönelik psikososyal müdahalelerin daha az olduğunu ve bu yöndeki çalışmaların geliştirilmesine ihtiyaç olduğunu belirtmişlerdir.

2.1.3. Şizoaffektif Bozukluk

Şizoaffektif bozukluk hem şizofreni hem de duygudurum bozukluklarının niteliklerini taşıyan kronik ruhsal hastalıklardan biridir. Tarihsel süreç içerisinde şizofreni ya da bipolar bozukluğun alt türü olduğuna dair tartışmalar süregelmış, ilerleyen süreçte ise şizofreni ve bipolar bozukluktan ayrı bir hastalık olarak tanımlanmıştır. DSM-5'e göre şizoaffektif bozukluk, şizofreni tanı kriterlerini de içeren, majör depresif ya da manik dönem içerisinde geçen, bu dönemler olmadığında ise en az iki hafta sanrı ve varsanılarının görüldüğü madde kullanımı ya da herhangi bir tıbbi durumla ilişkilendirilemeyen bir hastalıktır (Tsuang & Simpson, 1984'ten aktaran Padhy & Hedge, 2015). Bu hastalığın yaygınlığının şizofreni hastalığının 1/3'ü kadar olduğu tahmin edilmekte, yaygınlık oranının % 0,03 olduğu belirtilmektedir ve hastalık kadınlarda erkeklere göre daha yaygın görülmektedir. Hastalığın akut döneminde psikotik belirtiler görüldüğünden antipsikotik ilaçlar, duygudurum düzenleyiciler ve antidepresanlar tedavide yaygın olarak kullanılmaktadır (Padhy & Hedge, 2015, s. 134).

2.1.4. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), saplantı ve zorlanmaların görüldüğü, yaygın olarak süregelen ilerleyen zaman zaman alevlenmelerin olduğu, kişinin günlük yaşam

pratiklerini belirgin olarak etkileyen bir hastalıktır (Öztürk & Uluşahin, 2016, s. 264). Saplantılar (obsession) irade dışı gelişen, bireyi tedirgin eden, bilinçli çaba ile zihinden uzaklaştırılmayan dürtülerdir. Zorlanımlar (compulsion) ise istem dışı yapılan, saplantılı düşünceleri kovmak için yinelenen davranışlardır. Zorlanımlar, saplantılar sonucu ortaya çıkan rahatsızlığı azaltmak için başlar ancak bu durum kontrol edilemez bir seviyeye ulaşır. Bu durum kimi zaman dışarıdan gözlemlenebilirken kimi zaman da zihinsel bir eylem şeklinde olabilmektedir. OKB'nin görüldüğü bazı hastalardaki belirtiler hafif olduğu ve hastalar bu durumu normalleştirdikleri için herhangi bir uzmandan yardım almamakta ve hastalık hastalar tarafından bir yakınma olarak dile getirilmediği için tanımlanamamaktadır. ABD ve Kanada'da yürütülen çalışmalarda bu hastalığın yaşam boyu yaygınlığı %2,5-3 olarak bildirilmiştir (Gordon vd., 1984, s. 533). Hastalığın tedavisinde ise farmakolojik tedaviler ve bu tedavilerin bilişsel davranışçı terapilerle desteklenmesi hastanın iyileşmesinde önemli rol oynamaktadır (Öztürk & Uluşahin, 2016, s. 375).

Özet olarak kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylerde hastalıkların ortaya çıkışı, seyri ve tedavileri her hastada farklılık göstermektedir. Söz konusu hastalıkların, hastaların yanı sıra ailelerini ve sosyal çevrelerini psikolojik ve sosyal yönden olumsuz etkilediği görülmektedir. Ruhsal hastalıkların tümünde bu etkilerin daha az hissedilmesi için her hasta ve ailesinin kendi özelinde, hastalıkları ve bakım sürecini algılama biçimine uygun olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastalık tanısı almış bireyler ve ailelerin hastalık seyri ve tedavileri hakkında bilgilendirilmesi ve hastalıkların olumsuz etkileriyle başa çıkmayı öğrenmelerinin, bakım yüklerinin azaltılmasında önemli rol oynadığını söylemek mümkündür.

2.2. KRONİK RUHSAL HASTALIKLARA İLİŞKİN BAKIŞ AÇILARI VE TARİHSEL SÜREÇ İÇİNDE DEĞİŞEN BAKIŞ AÇILARININ HİZMET MODELLERİNE YANSIMASI

Dünyanın her yerinde kronik ruhsal hastalıklara bakış açısının değişen inanç ve tutumlara bağlı olarak değişerek geliştiği, bu durumun tedavi hizmetlerine de yansıdığı görülmekle birlikte Ortaçağ Avrupası'nda ruh sağlığı sorunu yaşayan kişiler, içlerine

şeytan girmiş ya da kötülüğün etkisindeki kişiler olarak nitelendirilmiş ve Engizisyon mahkemelerinde yakılmışlar; ruh sağlığı sorunu olduğu kabul edilen bazı bireyler ise bir miktar yiyecek ve içecek ile dümeni olmayan gemilerle denize gönderilip kaybolmaları sağlanmıştır (Alataş, 2010). Dünya genelinde ruhsal hastalıklara yönelik tedavi hizmetlerinin tarihine bakıldığı zaman tedavi yaklaşımlarının üç döneme ayrıldığını söylemek mümkündür. İlk dönem, depo tipi akıl hastanelerinin açılması ve geleneksel hastane hizmetlerinin yürürlüğe girdiği dönem, ikinci dönem akıl hastanelerinin geri planda kaldığı, toplum temelli tedavi hizmetlerinin ön plana çıktığı dönem olan ikinci dönem ve üçüncü dönem, ruh sağlığı hizmetlerinin gerektiğinde hastanede ancak çoğunlukla toplum içerisinde sürdürüldüğü, psikiyatri ve toplum temelli tedavilerin bütünleşik olarak sunulduğu, toplum temelli ve hastane temelli modelin yararlı yönlerinin alınarak oluşturulan toplum hastane denge modeli olarak adlandırılan dönemdir. Bu dönemlerin art arda gerçekleştiği belirtilmekle birlikte her ülkede farklı zamanlarda yaşandığı görülmektedir (Thornicroft & Tansella, 2002, s. 84).

Ruhsal hastalıklarda farklı tedavi yaklaşımlarının ilk dönemi olarak değerlendirilebilecek süreç içinde dünya tarihindeki ilk depo tipi akıl hastanesi, İngiltere’de açılan Bethlem Hastanesi olmuştur. Bu hastane, 1300’lü yıllarda kötü koşullarıyla hastaların kapatıldığı bir hastane olarak tanınmıştır. 18. Yüzyılda, sanayi devrimine bağlı olarak hızlı kentleşme, kentlerdeki nüfus artışı ve kırsal alanlardaki nüfusun azalması, tarımsal gerileme sonucunda yaşanan sorunlar, siyasal karmaşalar yeni ruh sağlığı sorunlarını da beraberinde getirmiştir. Zorlaşan yaşam koşulları, artan stres, yalnızlaşma ve bireylerin davranış ve duygularında yaşanan değişimler hem ruhsal hastalıkları artırmış hem de yöneticilerin psikiyatri bilimine yönelik taleplerini de şekillendirmiştir. Geleneksel akıl hastanelerinin yürürlükte olduğu birinci dönem içerisinde bireylerin sanayileşme sonucunda ruh sağlığının bozulduğuna inanılmış ve hasta bireyler toplum tarafından dışlanarak şehir merkezine uzak olan depo hastanelerde tedavi ve bakım planlamasına dahil olmuşlardır. 1880-1950 yılları arasında gelişmiş ülkelerde yaygın olarak kullanılan geleneksel depo hastanelerin, şehirden ve dolayısıyla da toplumdan uzak noktalarda olmasının nedeni ruhsal hastalıklarının tedavisinin, kişinin yaşadığı toplumdan uzak bir şekilde mümkün olabileceği anlayışıdır (Gözen, 2018, s. 26; Thornicroft & Tansella, 2002, s. 85; Tükel, 2020, s. 167). Bu hastanelerin

insan haklarının ihlal edildiği, hasta bireylerin yaşamları boyunca kaldıkları (Çiçekoğlu & Duran, 2018, s. 9), tedaviden çok hastaların toplumdan dışlanmasına ve ruhsal hastalıkların süreğen hale gelmesine neden olduğu görülmektedir.

1950'li yıllara gelindiğinde dünya genelinde depo tipi hastanelerin aşırı kalabalık olduğu, bu hastaların, toplumdan uzaktaki hastanelere kapatılmasının, hastalara ruhsal hastalıklar kadar zarar verdiği tartışılmaya başlanmış (Patel vd, 2014'ten aktaran Çiçekoğlu & Duran, 2018, s. 9), verilen hizmetlerin insanlık dışı olması, kurumların coğrafi izolasyonu sebebiyle ulaşılabilirlik sorunları, eksik personel ve hastanedeki etik dışı uygulamalar nedeniyle bu hizmet modelinde değişikliğe gidilmiş ve geleneksel hastaneler, insan haklarını ihlal ettiği gerekçesiyle kapatılmaya başlanmıştır. Bu doğrultuda ruh sağlığı hastanelerini kapatan Avrupa ülkelerinden ilki İtalya olmuştur. İtalya 1978'de yasal bir düzenleme ile hastaneden toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçişteki ara süreç olan kurumsuzlaştırma sürecine girmiştir. O dönemlerde kurumsuzlaştırma, kurumsallıktan toplum temelli modele geçiş sırasındaki alternatif modeli tanımlayan bir terim olmuştur. Kurumsuzlaştırma sürecinin temel ilkeleri, hastaların haklarına saygı gösterilmesi ve yeniden kurumsallaşmanın önlenmesidir. Toplum temelli tedaviye uygun olarak ruh sağlığı çalışanlarının mesleki eğitim alması, ailelere psikolojik ve sosyal destek sağlanması, toplumsal farkındalığın artırılmaya çalışılması bu dönemde olmuştur. Tüm bu sürecin daha rahat ilerlemesi için ruh sağlığı yasalarının gerekliliği dikkat çekmiştir. Kurumsuzlaştırma sürecindeki bir başka sorunun ise hastaneden çıkan hastaların ağır engelli olduğu, toplumsal destek almadan tedavi edilemeyeceği olmuştur. Bu süreçte ihtiyaçların tanımlanması, durum değerlendirmesi yapılması, kaynakların bulunması, hizmetlerin ihtiyaçlar doğrultusunda sunulmasının gerekliliği öne çıkmıştır. Hizmetlerin yasal çerçeveye dayandırılması, toplum temelli hizmetlere geçiş için çeşitli kaynakların tahsis edilmesi, mikro ve mezo düzeyde bakım planlarının yapılması, makro düzeyde toplumun desteklenmesi ve bu yöndeki politikaların artırılması da toplum temelli tedavi hizmetlerine geçiş stratejisinin önemli dayanak noktalarından olmuştur (Almeida & Killaspy, 2011). Ayrıca birinci basamak sağlık hizmetleriyle koordineli bir biçimde çalışmak da ruhsal hastalığa sahip bireylere ve ailelerine nitelikli tedavinin yapılmasında önemli olduğu düşünülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü de kurumsuzlaştırma için temel ilkelerin uzun süre hastanede

kalmış olan hastaların taburculuk öncesinde toplum ruh sağlığı hizmetlerinin hazır olması, nitelikli personelin varlığı, uygun zamanlama ve finansal desteğin önemli olduğunu vurgulamıştır (World Health Organization, 2014). Tedavi sürecinde toplum temelli hizmetlerin olmamasının hastaların hak ihlalleri yaşamasına, bakım ihtiyacının artmasına ve ihmale neden olabileceği düşünülmüş, bu kapsamda ruh sağlığı çalışanlarının değişim odaklı çalışması ve meslek kuruluşlarının da bu kapsamda toplum temelli hizmetlere yönelik çalışma yapmasının önemli olduğu görülmüş ve ikinci dönem olan toplum temelli hizmet modellerine geçilmiştir.

Toplum temelli model, hastanın bakım ve tedavisinin geleneksel hastaneler yerine yaşadığı toplum içerisinde gerçekleştirilmesini temel alan modeldir. Belirtilen modelin hedefleri ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin hastaneye yatışının önlenmesi ve kişilerin çeşitli desteklerle sosyal işlevselliğini geri kazanmasıdır. Toplum temelli ruh sağlığı modeline geçilmesinin nedenleri arasında hizmetlere daha rahat erişebilmek, hasta ve ailelerin memnuniyetini sağlamak, klinik ve toplumsal sonuçların daha iyi olması için çabalamak ve insan haklarını temel alan hizmet sunumu yer almaktadır (Almeida vd., 2012). Bu kapsamda geleneksel ruh sağlığı hastanelerine alternatif olarak açılmış olan gündüz hastaneleri, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, genel hastanelerin içerisinde yer alan psikiyatri servisleri, korumalı işyerleri ve evler toplum temelli olarak hizmet sunan kuruluşlar arasındadır (Tükel, 2020, s. 168). Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde, ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin yaşadığı ortamda tedavi edilmesini sağlamak ve verilen hizmetlerde insan haklarının temel alınması amaçlanmaktadır. Bu sistem sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmakta, aynı zamanda toplumun ruhsal hastalıklara yönelik farkındalığını artırmayı ve bu doğrultuda ayrımcılık ve damgalanma ile mücadele etmeyi amaçlamaktadır. Dolayısıyla toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerindeki temel amaç, hasta bireylerin ruh sağlığını korumak, ruhsal hastalıkların oluşumunu önlemek ve ruh sağlığı hizmetlerini topluma entegre etmek (birincil önleme), ruhsal hastalıklarda erken tanı, tedavi ve bakımı sağlamak (ikincil önleme), ruhsal hastalıkların rehabilitasyonu, bakımı ve tüm hizmetlerin devamlılığı için sistem oluşturmaktır (üçüncül önleme). Özet olarak toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, hastaların sık aralıklarla hastaneye yatmasının ve işlevselliklerindeki azalmanın önlenmesi amacıyla hastanın yaşadığı ortamda ihtiyaçlarını karşılamayı, sorun çözme

becerisini geliştirmek amacıyla çeşitli destek sistemleriyle bütünülek tedavi stratejisi oluşturmayı temel almaktadır.

Toplum içerisinde tedavi ve bakımın devamlılığı sağlanamayan, toplumsal ilişkiler kuramayan, beceri ve uğraşlarını devam ettirmekten yoksun kalan ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin hem ailelerine hem de topluma ağır yük getirdiği görülmektedir (Bilge vd., 2016, s. 2; Briefing, 2015). Ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin toplum temelli tedavi modeli çerçevesinde yaşadığı ortamda tedavisi ve bakımı sağlanırken hastalığın yeterince kontrol altında tutulamaması, hizmetlerin yeterli seviyede olmaması ve hastaların hem ailesine hem de kendilerine tehlike oluşturma olasılığı bulunmakta ve toplum temelli model tek başına yeterli olmamaktadır (Çiçekoğlu & Duran, 2018, s. 10). Böyle durumlarda hastaneye yatış gerekli olabilmektedir. Bu noktada hem hastane hem de toplum temelli tedaviyi içeren psikiyatrik hizmetlerin toplum hizmetleriyle bütünüleştiği ve dünya genelinde halen gelişmekte olan üçüncü dönem toplum-hastane denge modeli devreye girmektedir.

Kurum ve toplum temelli modelin dengede olabilmesi için verilen hizmetlerin insan hakları temelinde olması, erişilebilir, etkili ve sürdürülebilir olması önerilmektedir. Ayrıca hastalarla ilgili karar verilirken, hasta ve ailenin katılım hakkının gözetilmesi ve tedavilerin kısıtlayıcılığının minimum düzeyde olması, insan hakları temelinde hizmet verilebilmesi için önemli bir koşuldur. Hizmetler yerel düzeyde verilmelidir, aksi takdirde hizmetlerin erişilebilir olması mümkün değildir. Hizmetler, her sosyoekonomik düzeyde birey ve aileye hitap etmeli, ücretsiz olarak verilmelidir. Her hizmette olduğu gibi ruh sağlığı hizmetlerinde de kanıta dayalı uygulama, izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılarak hizmet sunumunun dinamik olmasına özen gösterilmelidir (Mcdaid & Thornicroft, 2005, s. 3). Toplum-hastane denge modeli hizmetinde amaç, hastanın tedavisinin toplumsal ortamda sağlanması gerekli durumlarda ise tedavinin toplumdaki koparılmadan kısa süreli hastaneye yatışlarla desteklenmesidir.

Thornicroft & Tansella (2013)'nın da 'dengeli bakım modeli' olarak tanımladığı toplum-hastane denge modeline göre kaynakların düşük düzeyde olduğu ortamlarda ruh sağlığı hizmetlerinin temel düzeyde, birinci basamak sağlık hizmetleri tarafından verildiği; orta gelir düzeyine sahip ortamlarda ise birinci basamak sağlık hizmetlerinin

yanında kaynakların olanak tanıdığı düzeyde genel yetişkin ruh sağlığı hizmetlerinin de verildiği görülmektedir. Toplum-hastane denge modelinde hizmetler, mutidisipliner ekip içerisindeki ruh sağlığı çalışanları, gezici ekip, ayakta tedavi hizmeti veren klinikler, iş ve mesleki hizmetler olarak sıralanabilmektedir. Toplum-hastane denge modeli, sosyoekonomik düzeyin yüksek olduğu ülkelerde, düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde hizmetlere ek olarak hem aile hem de ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin ihtiyaçlarına yönelik hizmet sunumlarını içermektedir. Bakıldığında toplum-hastane denge modeli ülkelerin gelir düzeylerine göre tanımlanan hizmet modellerini göstermektedir.

Ruh sağlığı hizmetlerinin tarihsel süreci Türkiye açısından değerlendirildiğinde, Avrupa'dan farklı olarak Osmanlı dönemindeki akıl hastaları, dini inanışlar temelinde 'yaptıkları eylemlerin farkında olmayan bireyler' olarak adlandırıldıkları için toplum içinde yaşamışlardır. 17 ve 18. yüzyılda Osmanlı dönemindeki hekimler tarafından ruhsal hastalıklar ilk olarak ilaç tedavisi yerine geçen besin maddeleriyle tedavi edilmeye çalışılmış, bu tür hastalıkların diğer hastalıklar gibi tedavi edilebileceği düşüncesiyle çeşitli tedavilerin yapıldığı hastaneler olarak adlandırılan darüşşifaların bir bölümü ruhsal hastalara ayrılmıştır (Sarı & Akgün, 2008, s. 8). 18. yüzyılla birlikte Osmanlı'da ekonominin çöküşe geçmesiyle ilerleyen tıp biliminin gerisinde kalan darüşşifalar, akıl hastanesi anlamında kullanılan Bimarhane ve tımarhanelere dönüşmüştür. Ayrıca o dönemlerde ruh sağlığı yerinde olmayan kişilere hoşgörülle yaklaşıldığı, bazı hastaların müzik ve su sesleriyle tedavi edildiği, hastalardan herhangi bir ücret talep edilmediği görülmüştür. 18. yüzyılda Dr. Mongeri'nin ülkeye gelmesiyle Bimarhanelerdeki tedavi hizmetleri yeniden düzenlenerek hastaların daha iyi hizmet alması sağlanmıştır. Osmanlı devletinin en büyük akıl hastanesi olarak bilinen Toptaşı Bimarhanesi, 1924 yılında Mazhar Osman'ın teklifiyle Bakırköy'e taşınmaya başlamış bu süreç üç yıl sürmüştür. 1927 yılına gelindiğinde taşınma işlemleri tamamlanarak Toptaşı Bimarhanesi kapatılmış ve Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi kurulmuştur (Erkoç vd., 2010, s. 2). Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinin açılmasının ardından Elazığ ve Manisa'ya iki adet depo hastane açılmış, takip eden yıllarda ise biri Samsun ve diğeri Adana olmak üzere ülkenin doğu, batı, kuzey ve güneyinde birer tane depo hastane açılması sağlanarak kurumsallaşma süreci devam

etmiştir (Alataş, 2010). İlerleyen yıllarda dünyada yaşanan gelişmelere benzer biçimde Türkiye’de de geleneksel depo hastanelerin kapatılması gündeme gelmiştir.

1945-1975 yılları arasında Dünya Sağlık Örgütü’nün ‘herkes için sağlık’ yaklaşımı ile sağlık politikalarında eşitlik öne çıkmaya başlamış ve bu doğrultuda çeşitli konferanslar düzenlenmiştir. 1977’de Cenevre’de Dünya Sağlık Asamblesi, 1978’de ise Alma-Ata’da yapılan konferanslarda sağlıklı bir toplum yaratmak için birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi üzerinde durulmuştur. 1998’de ise Kopenhag’da yapılan toplantıda ‘herkes için sağlık’ bakış açısı geliştirilerek ‘sağlık 21’ başlığı altında 21. yüzyıl için 21 sağlık hedefi belirlenmiştir. Bu hedeflerden altıncısı ruh sağlığının geliştirilmesi olmuş, 2020 yılına kadar her bireyin psikososyal iyilik halinin artırılması, geliştirilmesi ve ruhsal sorunlarla mücadele eden bireyler için daha ulaşılabilir hizmetlerin geliştirileceği vurgusu yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011b). Ulusal bazda, Sağlık Bakanlığı 1998’deki herkes için sağlık bakış açısını temel alarak 2020’ye kadar olan sağlık hedeflerini açıklamış, bu kapsamda 10 hedef belirlemiş ve 8. sıraya ‘ruh sağlığının geliştirilmesi’ hedefini koymuş, bu hedefe yönelik alt başlıkların ise ‘her bireyin ruhsal sağlık durumunu geliştirmek’ ve ‘ruh sağlığı sorunu yaşayan bireylerin özel bakım almalarını sağlamak’ olduğu görülmüştür. 2005 yılında ise Helsinki’de yapılan Avrupa Bölgesi Bakanlar Toplantısı’nda her devletin kendi ruh sağlığı eylem planını oluşturmasının gerekli olduğu belirtilmiş ve bu toplantıdan sonra 2006 yılında ‘Türkiye’de Ulusal Ruh Sağlığı Politikası’ metni kapsamında ulusal ruh sağlığı eylem planı için gereken çalışmalara başlanmıştır. Bu metinde toplum temelli ruh sağlığı ve rehabilitasyon hizmetlerinin artırılması, ruh sağlığı yasalarının çıkartılması, ruh sağlığı hizmetlerinde kalitenin artırılması, damgalanma ile mücadele ve ruh sağlığı alanında çalışan personellerin artırılması üzerinde durulmuştur. 2007 yılında ise Sağlık Bakanının talimatı ile ruh sağlığı profesyonelleri ve dernek temsilcileri ile Ruh Sağlığı Yürütme Kurulu kurulmuştur. Ruh Sağlığı Yürütme Kurulu da ruh sağlığı çalışanlarının artırılması, mevzuat çalışmalarının yapılması ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi üzerinde önemle durmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2011, s. 4).

2011 yılında yayımlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında hastane temelli modelin en eski ve geleneksek bir model olduğu, bu kapsamda sunulan hizmetlerin ruhsal hastalıklarda alevlenme ve atak dönemine odaklandığı; alevlenme ve atak döneminde

olan hastaların biyolojik, psikolojik ve sosyal sorunları çözmeye ve hastaların sosyal ve mesleki işlevselliğine katkıda bulunmaya yönelik çalışmaların hastane temelli hizmet modeli kapsamında yapılmadığı belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011b). Hastanelerden taburcu olan hastaların ilaç kullanımları gerekli bilgilendirme ve takiplerinin yapılmadan hastaların kendi inisiyatifine ya da bakım verenlerin sorumluluğuna bırakıldığı, bu durumun da hasta ve ailesi üzerinde yük oluşturduğu, takibi yapılmayan ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin tekrar atak dönemine girdikleri, hastane yatışına mecbur kaldıkları ve bu döngünün sürekli devam ettiği belirtilmekte ve bu sürecin hastaların ve ailenin tanı konulan hastalıktan dolayı damgalanmasına sebep olduğu, bireylerin herhangi bir eğitim ve psikososyal destek alamamasından dolayı sürecin tükenmişlik ve bakım yükü ile sonuçlandığı ve yaşanan tüm bu süreçlerin ‘dönerkapı’ fenomeni olarak adlandırılmasına neden olduğu belirtilmektedir. Dönerkapı olgusunun yeni ihtiyaçları doğurduğu, hastalara eşit ve yeterli hizmetin verilemediği, ruh sağlığı profesyonellerinin medikal tedavilere ek olarak psikososyal müdahalelere enerji ve zamanlarının kalmadığı, en iyi ihtimalde bile hasta ve ailesinin ‘asgari’ düzeyde hizmet alımı ile yetinmeye mecbur bırakıldığı belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011b).

Avrupa Birliğinin 2009 Türkiye İlerleme Raporunda kurumsallaşmaya alternatif olarak toplum temelli hizmetlerin hayata geçirilmesinin önemli olduğu belirtilmiş ve 1960’lı yıllarda İtalya’da başlayıp dünyanın birçok ülkesinde yürürlüğe giren toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin, Türkiye’de de işlerlik kazanması için öneride bulunulmuştur. Bu kapsamda ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin yaşadıkları sorunları sadece tedavi boyutuyla değil psikolojik, sosyal, tıbbi ve hukuki yönden çok boyutlu olarak ele alınmasının ruhsal hastalık tanısı almış bireyler, aileleri ve sosyal çevreleri açısından önemli olduğu belirtilmiştir. Hastalara ve ailelere yönelik sorunların çok boyutlu olarak ele alınması, incelenmesi ve değerlendirilmesi, takiplerinin düzenli olarak yapılmasının toplum temelli hizmetlerle mümkün olabileceği belirtilmiş ve 2011 yılında yayımlanmış olan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planıyla toplum temelli tedaviye geçiş için adım atılmış ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin, toplum temelli tedavi bakış açısıyla hizmet vereceği belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011b).

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde; ruh sağlığı profesyonelleri, ekip olarak belirli bölgelere hizmet vermek için açılan gündüz hastaneleri, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ve rehabilitasyon merkezlerinde hizmet vermektedir. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin açılma kararı 2009 yılında alınmış, 2011 yılında ise Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge yayımlanmış ve uygulamaya konmuştur. İlk pilot uygulama ise 2008 yılında Bolu ilinde gerçekleştirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011a). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, belirli bir nüfus grubuna hitap eden coğrafi bölgelerde hizmet vermektedir. Multidisipliner ekip tarafından o bölgelerde yaşayan ruhsal hastalık tanısı almış bireyler, psikiyatristler tarafından merkezlere yönlendirilir. Hastalar TRSM'lerde bireysel ve grup terapileri ile desteklenir, sosyal işlevselliklerinin artırılmasına yönelik psikoeğitim ve grup çalışmaları yapılır ve ev ziyaretleri ile desteklenerek çevresi içinde birey bakış açısıyla, evre ve aile ilişkileri incelenerek hastalık takibi yapılır. Ayrıca TRSM'lerde damgalama ile mücadele, hasta ve ailelerinin sosyal, ekonomik, barınma ve istihdama yönelik sorun ve ihtiyaç tespiti yapılarak gerekli görüldüğü durumlarda çeşitli kuruluşlara yönlendirilir. Türkiye'de 2021 yılı itibari ile hizmet veren 177 tane Toplum Ruh Sağlığı Merkezi vardır. 2021 yılında yayımlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında ise TRSM'lerin 2021, 2022 ve 2023 yılları için 190,195 ve 200'e ulaşması hedeflenmiştir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2021). Ancak yapılan araştırmalarda bu sayının yetersiz olduğu, Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin ruhsal hastalık tanısı almış birey ve aileleri tarafından yeterince tanınmadığı ve hastaların TRSM'ye kaydı yapılırsa dahi sürekli devam etmedikleri, TRSM'lerde sunulan hizmetlerin sağlık profesyonelleri tarafından dahi bilinmediği görülmekte, sosyal hizmet uzmanları ise iş yoğunlukları sebebiyle TRSM'lere yönelik yeterli tanıtım ve bilgilendirme çalışmaları yapamadıklarını belirtmektedir (Gözen & Buz, 2020, s. 39). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine düzenli devamlılık sağlayan bireylerin hastaneye yatış oranlarının azaldığı (Kocamer şahin vd., 2019), hastaların işlevselliklerinin arttığı, hasta ve ailelerin yaşam kalitelerinin yükseldiği (Ensari vd., 2013) görülmektedir. Ayrıca TRSM'ye devam eden bireylere bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitelerinin devam etmeyen bireylere göre daha yüksek olduğu, bakım verenlerin kendilerine daha çok zaman ayırdığı ve kendilerini daha gcl hissettikleri görülmektedir (Demircioğlu, 2019, s. 29). 2021 yılında yayımlanmış olan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında, toplum temelli tedavilerin yaygınlaşması ve

bireylerin aile yanında tedavi edilmesi hedeflenmiş olsa da bakım veren bireylerin ruhsal iyilik hallerini iyileştirmeye yönelik spesifik hedeflerin olmadığı görülmektedir. Bu noktada Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin sayıca artırılması ve var olan merkezlerin daha nitelikli hale getirilmesinin hasta ve aileleri açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Ruh sağlığı ekibi içerisinde psikiyatrist, sosyal çalışmacı, hemşire, uğraşı terapisti ve psikolog bulunmaktadır. Gerekli görüldüğü takdirde psikolog, sosyal çalışmacı ve hemşireden oluşan gezici ekip, ruhsal hastalık tanısı almış bireylere ev ve iş yeri ziyaretleri yapmakta ve hastaların psikososyal durumlarını değerlendirmektedirler. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde bireysel ve grup terapileri, aile görüşmeleri, kişisel beceri eğitimleri ve danışmanlık hizmetleri verilmektedir (Çölgeçen, 2018; Gözen & Buz, 2020; Sağlık Bakanlığı, 2011b).

Bakıldığı zaman toplum temelli modelin çok sayıda faydası vardır ancak ruhsal hastalıkların doğası gereği hastanede kısa süreli yatışlar kaçınılmaz olmaktadır. Ayrıca toplum temelli modelle, psikiyatri hastanelerini tamamen kapatmayı hedeflenmekte ve bu sistemin insan kaynakları açısından maliyetli olduğu belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011b). Bu açıdan Türkiye koşulları düşünüldüğünde, ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin tedavilerinde toplum temelli model ve hastane temelli modelin birbirlerine entegre edildiği, tedavilerin toplum içerisinde ancak gerektiğinde hastanelerle iş birliğine dayalı olarak yapıldığı en uygun hizmet modelinin toplum-hastane denge modeli olduğu görülmektedir. Henüz bu hizmet modelinin Türkiye’de aktif olarak uygulanmadığı, modele yönelik yeterli planlanmaların yapılması halinde hem hastalar hem de ailelerin tedavide daha iyi sonuçlar alabileceği (Karataş & Çalışkan, 2020) ve hastaların işlevselliklerinin artırılarak topluma kazandırılmasının daha kolay olacağı düşünülmektedir.

Bir sonraki başlıkta, dünyada ve Türkiye’de kronik ruhsal hastalıklara yönelik tedavi edici, rehabilite edici ve koruyucu önleyici hizmetler açıklanarak her bir hizmete yönelik sosyal hizmet uzmanları tarafından yapılan mikro, mezo ve makro düzeydeki çalışmalardan bahsedilecek ve ruhsal hastalık tanısı almış birey ve ailelere yönelik hizmetler hakkında mevcut durum değerlendirmesi yapılacaktır.

2.3. KRONİK RUHSAL HASTALIKLARDA BAKIM VERMENİN BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Bakım hem bakım alan hem de bakım veren bireyleri etkileyen bir süreçtir. Hastalıkların artması ve hastaların ağırlaşması bakım verme sürecini zorlaştırmakta ve bakım veren bireylerin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Bu süreç bakım veren bireyler tarafından sosyal, psikolojik, fiziksel ve ekonomik olmak üzere çok boyutlu olarak algılanmaktadır. Bakım verenlerle yapılan çalışmalarda bakım verenlerin bel, boyun, sırt ve kas ağrıları, düzensiz yemek yeme, hazımsızlık gibi mide sorunları ve kardiyovasküler sorunlar gibi fiziksel sorunlar yaşadıkları görülmektedir (Özkurt, 2019; Sülü, 2016, s. 67; Toseland vd., 2001). Ekonomik sorunlar ise sağlık güvencesinden karşılanamayan tedavi masrafları, bakım veren bireylerin bakıma uzun süreli zaman ayırmasından dolayı iş yerinden ayrılmak zorunda kalması, özel ilaç ve fizik tedavilerin de maliyetli olmasını kapsamaktadır. Ayrıca yapılan çalışmalarda bakım veren bireyler bakım vermenin günlük yaşamlarını olumsuz etkilediğini, sosyal çevresi tarafından dışlandıklarını, dışarı çıktıklarında kendilerini huzursuz hissettiklerini ve bu durumun sosyal izolasyona sebep olduğunu belirtmişlerdir (Özkurt, 2019; Sülü, 2016, s. 69; Thornicroft, 2006, s. 10). Bakım vermenin bakım veren bireyler açısından psikolojik yönden farklı duygu durumları yarattığını da söylemek mümkündür. Bir taraftan bakım verenlerin bakımı sürdürürken sevgi, şefkat, empati hissiyle bakım verdikleri kişiye bağlılıklarını yansıttığı, bakım sorumluluğunu üstlenirken kendilerine bu noktada motivasyon sağladığı, verdikleri destekle kendilerini daha iyi hissettikleri belirtilirken (Toseland vd., 2001, s. 550); diğer taraftan bakım vermenin bakım veren kişilerin fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz etkilediği ve çabuk öfkelenedikleri belirtilmektedir (Akça & Taşçı, 2005, s. 32). Bakım ihtiyacının artmasıyla hem hastalarda hem de bakım verenlerde depresyon, anksiyete gibi psikolojik sorunların da arttığı ve bu durumun bakım veren bireylerin günlük yaşamlarını olumsuz etkilediği (Akyar & Akdemir, 2009), bakım veren bireylerin kendilerini bakım konusunda yetersiz görerek çaresiz ve güçsüz hissettikleri (Malak & Dicle, 2008'den aktaran Çayır, 2017, s. 17), bakım verdikleri bireyle ilgili gelecek kaygısı hissettikleri, sosyal çevrelerinin hastalığa karşı bakış açısından dolayı rahatsız oldukları (Karadağ, 2009, s. 317) görülmektedir. Yapılan araştırmalar değerlendirildiğinde bakım vermenin, bakım verenler üzerinde negatif

etkiler yarattığını ve çoğunlukla olumsuz duygu durumlarına yol açtığını söylemek mümkündür. Bu bağlamda bakım, bakım veren bireyler tarafından çok boyutlu olarak algılanan ve bu doğrultuda değerlendirilmesi gereken bir olgudur.

Bakım verme genellikle formel ve enformel olarak iki şekilde incelenmektedir. Formel bakım, evde ya da herhangi bir sağlık kuruluşunda bakım alanında uzman olan meslek grupları tarafından verilen bakımı ifade etmektedir (Karahan & Güven, 2002). Enformel bakım ise fiziksel olduğu kadar duygusal mesaiyi de içeren, literatürde ‘karşılıksız emek’, ‘duygusal emek’, ‘sosyal yeniden üretim’ olarak da adlandırılan bakım türüdür (Atakan, 2018, s. 130). Bu bakım uzmanlık gerektirmemekte ve hastanın ailesi ya da sosyal çevresi tarafından verilmektir. Ayrıca tarihsel olarak türetilmiş değerlerin, normların, becerilerin ve bilginin nesiller arası aktarımını sağlamakta (Marphatia & Moussie, 2013, s. 586), duygusal emekle iç içe geçerek bakım verenle özdeşleştirilmekte, hastanın ailesi ve sosyal çevresi tarafından görünmeyen emek türü olarak ifade edilmektedir (Özkaplan, 2009, s. 16).

Knijin ve Kremer bakım konusunu bakım verenler ve bakım alanlar üzerinden ele almışlar ve her bireyin yaşamının bir döneminde bakım veren konumunda olabileceğini belirtmişlerdir. Bu kapsamda bakım sorumluluğunun, toplumsal cinsiyetle özdeşleşen karakterinin ötesine geçerek yaşamsal gereklilik nedeniyle her bireyin üstlenebilme durumu olduğu belirtmişlerdir (Knijin& Kremer, 1997, s. 331-332’den aktaran Yılmaz, 2013, s. 149). Ancak bakım verme sürecinin çoğunlukla koşulları kadınların aleyhine kıldığı, kadınların bakım sorumluluğu için işlerinden ya da okullarından ayrılmak zorunda kaldığı (Marphatia & Moussie, 2013, s. 585), bakımın ataerkil kültürlerde kadınlara atfedilen ilgi, şefkat ve cefakarlık duygularıyla birleştirilerek kadınlar üzerinden sürekli olarak devam ettirilmesine, ikincil konumlarının ve yeniden üretim sürecinin pekiştirilmesine (Yılmaz, 2013, s. 147) neden olduğu görülmektedir.

Kapitalist sistemdeki ataerkil bakış açısı, bakım sorumluluğunun gerçekleştirilmesi ve aile üyelerinin ihtiyaçlarını karşılamayı kadınların yapması beklentisini korumakta ve günlük yaşamda da bu işleri kadınların yapmasını olağan duruma getiren cinsiyetçi iş bölümünün kabul ve yargılarını korumaktadır (Özateş Gelmez, 2016). Bu bakış açısıyla ev içerisindeki işler kadının doğasına uygun, kadınlardan yapılması beklenen değersiz

işler olarak görülmekte ve kadın emeğinin erkek emeğinden her durumda aşağı olduğu düşünülmektedir (Özateş Gelmez, 2016). Dahası kamusal bakım hizmetlerinde devletin sorumluluğu yok sayılmakta, bakım sorumluluğu ev içerisinde gerçekleştirilmesi gereken bir olgu olarak görülmekte, tamamen kadınların omuzlarına yüklenmekte ve evde bakıma ihtiyacı olan yaşlı, engelli ve çocukların sorumluluklarını kadınların üstlenmesi bir kural haline gelmektedir (Özateş Gelmez, 2017, s. 78). Özetle kapitalist sistemdeki ataerkil bakış açısıyla kadınlar öncelikle yeniden üretim işlerinden sorumlu görülmekte, erkekler ise ekonomik ve toplumsal sistemin aktörleri olarak konumlanmaktadır (Özateş Gelmez, 2016, s. 28). Bu durumun sonucu olarak da geleneksel cinsiyetçi algı değişmemekte, bakım hizmetleri hak ve toplumsal politik talepler olarak algılanmaktan uzaklaşarak bakım ihtiyacı enformel olarak kadınlar tarafından karşılanmaya devam etmekte, erkek egemen toplumda bakım emeği ev içine hapsedilmekte, bakım sorumluluğu, paylaşımına değil ‘evin ekmek getireni’ olarak erkeklerin karşısında kadınların eve bağımlılığının pekişmesine neden olmaktadır (Atasü-Topcuoğlu, 2013; Özateş Gelmez, 2016).

Enformel bakımın görünür olduğu en önemli alanlardan biri de kronik ruhsal hastalıklardır. Kronik ruhsal hastalıkların tümü, gerek bakım veren aile üyelerinin gerekse hastalık tanısı almış kişilerin duygu, düşünce ve davranışları etkilemektedir. Kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireyler ve aile üyeleri hastalığın başlangıcında hastalığı ve tedaviyi kabul etmemekte (Yıldız, 2018, s. 140-142), sosyal çevresi tarafından damgalanmaya maruz kalma endişesi ile hastalığı gizlemekte (Thornicroft, 2006, s. 11), aile içi çatışmalar yaşamakta, çatışmalar sebebiyle daha çok içe dönük bir hayatı tercih etmektedirler. Söz konusu bu durumlar ise hastaların özgüven kaybı yaşamalarına neden olmaktadır (Vural & Köroğlu, 2020, s. 655).

Diğer hastalıklarda olduğu gibi kronik ruhsal hastalıklarda da bakımın genellikle aile üyeleri, özellikle de kadınlar tarafından sağlandığı görülmektedir. Meijer ve arkadaşları (2004) şizofreni tanısı almış bireylerin bakım gereksinimlerinin enformel bakım verenler için olumsuz sonuçlarla ilişkili olup olmadığını değerlendirdikleri bir çalışma yapmışlardır. Yapılan çalışmada bakım verenlerin %68’inin kadın olduğu, %60,3’ünün evli, %47,4’ünün şizofreni tanısı almış bireylerin ebeveyni, %48’inin ise haftada 32 saatten fazla birlikte oldukları kişiler olduğu bildirilmiştir. Geriani ve diğerleri (2015)

şizofreni hastalarına bakım verenlerin bakım yükünü inceledikleri araştırmasında bakım verenlerin %73'ünün kadın olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Ulusal literatür incelendiğinde de ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım verenlerin çoğunlukla aile içerisindeki kadınlar olduğunu gösteren araştırmalara (Bakar, 2020; Kundakçı, 2020; Nergiz, 2019). Bu çalışmalarda bakım verenlerin yakınlık derecesinin aile üyeleri, genellikle de anne ve eş olduğu görülmüştür. Kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin yakınlarının hastalık tanısı almış bireylere yönelik yardımlarını ve bu yardımların ne düzeyde olduğunu incelediği bir araştırmada ise ailelerin, hastaların ihtiyaçlarını karşılamada önemli rol oynadığı, psikiyatri kuruluşları tarafından sağlanan hizmetlerin devamlılığını sağladıkları belirtilmektedir (Fleury vd., 2008).

Toplum temelli tedavilere geçişle birlikte, hastanede yatış süresi kısalmış ve tedavilerin kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin yaşadığı çevre içerisinde, toplumla bütünleşecekleri şekilde yapılmasının hasta açısından daha olumlu sonuçlar verdiği görüşü yaygınlaşmıştır. Bu durum kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin birincil bakım veren konumuna gelmesine neden olarak ailenin işlevlerini artırmıştır. Bu durumda kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım verenler, fiziksel ve sosyal desteklerin yanı sıra hastanın aldığı sağlık hizmetlerinin sürekliliğin sağlanması, ilaçlarının kontrolü, kişisel bakım, para yönetimi, alışveriş gibi sorumlulukları da üstlenmeye başlamışlardır (İnci, 2006, s. 4).

Toplum temelli tedaviler hasta ve ailesi açısından birçok fayda sağlamakta, hastaların insan hakları temelinde tedavi görmesine yardımcı olmakta ve sosyal işlevselliğini artırarak kronik ruhsal hastalıkların olumsuz sonuçlarını azaltmaya da yardımcı olmaktadır. Toplum temelli tedavi hizmetleri içerisinde özellikle de Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde hem hastalara hem de bakım veren aile üyelerine yönelik psikoeğitim (Sağlık Bakanlığı, 2011a), bireysel ve aile terapileri gibi hizmet sunumları yapılmaktadır. Ayrıca kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin ailelerine yönelik hastalık hakkında bilgi sahibi olmak, belirtileri erken fark etmek, toplumsal işlevselliği artırmak, bağımsız yaşamaya yardımcı olmak ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik uyumlandırma çalışmaları da mevcuttur (Doğan vd., 2002, s. 134). Ailelere yönelik destekleyici terapiler, kendi kendine yardım grupları ve yapılan psikoeğitim ve psikososyal tedavilerin bakım verenlerin sorunlarıyla başa çıkmasında, hastalıklar

hakkında bilinçlenmelerine, hastalıklardaki nüks oranının azalmasına, aile bireylerinin bakım yükünü azaltarak yaşam kalitelerinin artmasına ve toplumda daha işlevsel bir konuma gelmelerine katkı sağladığı belirtilmektedir (Mottaghypour & Tabatabaee, 2019; Yesufu-Udechuku vd., 2015). Ancak birey ve ailelere yönelik psikososyal tedavilerin değerlendirildiği araştırmalarda, gelişmiş ülkelerde bile psikoeğitim programlarının rutin klinik uygulamalarda yeterince kullanılmadığı, verilen hizmetlerin daha çok hastalara, hatta genellikle şizofreni hastalarına yönelik olduğu, ailelerin eğitim ve uygulamalara yeteri kadar dahil edilmediği, hasta ve ailelerin toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri hakkında yeterince bilgi sahibi olmadığı görülmektedir (Bekiroğlu & Attepe Özden, 2021; Çölgeçen, 2018; Rummel-Kluge vd., 2006). Ailelerin bahsedilen tedavilere dahil edilmemesi ve hizmetlerin yalnızca hastalık tanısı almış bireylere yönelik olması hastaya bakım verenlere, aynı hanede yaşayan aile üyelerinin bu süreçte yaşayabileceği sorunlarla başa çıkabilmeleri açısından ihtiyaç duyabilecekleri yeterli desteği sağlamamaktadır.

Kronik ruhsal hastalıkların tedavisinde aileleri ayrı bir müdahale alanı olarak değerlendirmek gerekmektedir çünkü aile, tedavi sistemlerinden doğrudan etkilenmekte ve bakım vermede ve hastalığın sağıltım sürecinde önemli rol oynamaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde kronik ruhsal hastalık tanısı almış birey ve aile üyelerinin rahat ulaşabileceği ve kullanabileceği toplum destekli hizmetlerin yeterli olmaması ve hasta ve aileler tarafından bilinmemesi sebebiyle de aile üyeleri kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin bakımıyla tek başına ilgilenmek zorunda kalmaktadır (Doornbos, 2002; Gutiérrez-Maldonado vd., 2005). Bakım veren haline gelme durumu planlanamayan ve seçilemeyen bir durumdur, bu sebeple bakım veren aile üyelerinin de bu sürece adapte olması çeşitli zorlukları içinde barındırmaktadır. Zira bakım veren aile üyeleri hastalık tanısı almış bireylerin hayat boyu sürececek olan ihtiyaçlarını karşılamak ve karşılaşılan sorunlarla başa çıkmak ve hastaların yaşamı boyunca sürececek olan bakım talepleriyle beklenmedik bir şekilde yüzleşmek zorunda kalmaktadırlar. Ayrıca kronik ruhsal hastalıkların bakım veren aile üyeleri üzerindeki yarattığı güçlükler, hastalıkların aşamalarına göre de değişkenlik gösterebilmektedir. Örneğin ruhsal hastalık tanısının ilk konduğu dönemlerde atak geçiren bir hastanın aile üyeleri korku, şaşkınlık ve endişe

gibi duygular hissederken yedinci kez hastaneye yatan bir hastanın aile üyeleri bıkkınlık, utanç ve suçluluk yaşayabilmektedir (Gülseren, 2002, s. 144).

Bahsedilen güçlükler, kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinde depresyon, suçluluk, utanma, korku, tükenmişlik hissi gibi duygusal sorunlar yaratabilmektedir. Bu sorunlara ek olarak bakım veren aile üyeleri bakım verme sürecinde ekonomik ve sosyal sorunlar yaşayarak toplum tarafından dışlanmaya maruz kalabilmektedir. Ev içinde bakım verilen bireye ait bakım sorumluluğu, bakım verenlerin günlük yaşam pratiklerine ait diğer sorumluluklarla birleşince bakım verenlerin bakım yükü ile mücadele etmek durumunda kaldıklarını söylemek mümkündür.

2.3.1. Kronik Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Bireylere Bakım Veren Aile Üyeleri Üzerindeki Bakım Yükü

Aynı evde yaşayan bir aile üyesinin ruhsal hastalık tanısı alması, aile ilişkilerini ve düzeni değiştirmekte, hastalık tanısı almış bireyin tanı almadan önceki sorumlulukları ve rollerini bakım veren aile üyeleri üstlenmek zorunda kalmaktadır. Bu süreçte yaşanan zorluklar bakım veren bireylerde yük duygusunun oluşmasına sebep olur. Bahsedilen yük duygusu, bireyleri duygusal, fiziksel ve ekonomik yönden önemli ölçüde etkilemektedir. Ayrıca bakım verenlerin üstlendiği bakım sorumlulukları aile, iş yaşamı ve sosyal ilişkilerinde değişime neden olması sebebiyle kişilere engellenmişlik hissi veren bir durumdur (Arslantaş & Adana, 2011; Zarit vd., 1980a). Bakım yükü kavramı bakım veren bireylerdeki bakım vermenin yarattığı etki ve sonuçları açısından tanımlanmakta, bakım veren bireylerdeki fiziksel, sosyal, ekonomik ve psikolojik etkilerinin yanında umutsuzluk, suçluluk ve utanma gibi duyguları da kapsamaktadır.

Ailelerin hissettiği bakım yükü ise hastalıklar sonucu ortaya çıkan ve bireyler tarafından istenmeyen durumların aile üyelerine yansımaları olarak tanımlanmaktadır (Özer, 2010, s. 5). Bu kavram ilk defa ruh sağlığı alanında ruhsal hastalık tanısı almış olan bireylerin aileleri üzerinde yarattığı ekonomik zorluklar olarak tanımlanmış olsa da (K. Chou, 2000) güncel literatürde daha geniş bir boyutta tanımlanmaktadır. Bu kapsamda aile

bakım yükü ‘pratik’ ve ‘psikolojik’ olmak üzere iki kategoride incelenmektedir (Magliano & Politano, 2016; Turan Gürhopur, 2017). Psikolojik aile bakım yükü, bakım veren aile üyelerinin yaşadığı kaygı, üzüntü, endişe, gergin tepkiler ve bu tepkilerle baş edememe durumu olarak ifade edilirken; pratik aile bakım yükü ise bakım veren aile bireylerinin boş zaman, sosyal etkinlikler ve ilişkilerinin kısıtlanması ve sosyoekonomik zorluklar olarak tanımlanmaktadır (Magliano & Politano, 2016).

Bakım yükü kavramı, ayrıca öznel ve nesnel olarak da incelenmektedir. Öznel yük, bakım verenlerde bakım işlevini yerine getirirken ortaya çıkmakta ve bakım veren kişilerin kişisel duygularını içermektedir. Bu nedenle öznel yük, bakım verenlerin yorgunluk, eşitsizlik veya bakım vermenin mevcut durumu algılama biçimi gibi duygusal veya bilişsel tepkilerini ifade etmektedir (Liu vd., 2020, s. 440). Nesnel yük ise bakım verme esnasında hastalığın ortaya çıkardığı olumsuz bakım deneyimleri, bakım için harcanan zaman ve bakım veren kişinin yapamadığı aktiviteler ile ilgilidir (Montgomery vd., 1985 s. 21; Uğur, 2012, s. 35). Kronik ruhsal hastalıklar genellikle daha sıkı takip ve bakım gerektirdiğinden birincil bakım veren aile üyelerinin hem öznel hem de nesnel yüklerinin fazla olduğu düşünülmektedir çünkü kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım süreci hem gerilim ve strese hem de kişileri sosyal hayattan soyutlayarak zamanlarının çoğunu bakım verdikleri bireylerle geçirmelerine neden olmaktadır.

Kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin; ruhsal hastalık tanısı almış bir bireyin gereksinim duyduğu yoğun bakım gereksinimi nedeniyle, bakım yükü ve zamanı artmakta, bu durum kişiler arasındaki iletişimde kopukluk yaşanmasına neden olabilmektedir. Tüm bunlarla birlikte bakım yükünün sıklıkla aile ilişkilerinin yabancılaşmasına veya bozulmasına neden olduğu da görülmektedir. Dahası, uzun süreli bakım vermenin, bakım verenlerin yaşam planlarını ve yaşam tarzını bozabileceği, bu durumun kişilerin sosyal aktivitelerini sınırlayabileceği, sosyal olarak izole olma hissine yol açabileceği ve kişilerin ruhsal sağlık durumlarının olumsuz etkilenebileceğine de dikkat çekilmektedir (Yoon vd., 2014, s. 1246).

Bakım yükünü, bakım verenlerin yaşadığı ortam, içerisinde bulunduğu kültür, yaşı ve cinsiyeti etkilemektedir. Ruhsal hastalık tanısı almış bireyler açısından bakıldığı zaman hastalık düzeyi, hastanın iletişim sorunları, kişilik değişiklikleri, hastalığın belirtileri ile ilgili değişkenler de bakım yükünü etkileyebilmektedir. Dolayısıyla bakım yükünün, bakım verenlerin psikolojik ve fiziksel sağlıklarında bozulmaya, bakım süresince başarılı olamama korkusuna, kronik ruhsal hastalık tanısı almış birey ve bakım veren aile üyeleri arasında ortaya çıkabilecek olumsuz ilişkilere de neden olabileceği düşünülmektedir.

2.3.1.1. Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler

Literatür incelendiğinde bakım yükünü etkileyen faktörlerin genellikle, bakım verenlere ait faktörler (Arslantaş & Adana, 2011; Magana vd., 2007; Mulud & McCarthy, 2017) , hastalara ait faktörler (Arslantatar, 2020; Jones vd., 2011; Rodrigo vd., 2013) ve sosyal faktörler (Atagün vd., 2011) olarak sınıflandırıldığı görülmektedir

Bakım veren aile üyelerine ait faktörler cinsiyet, ekonomik düzey, bakım yardımı alma durumu, herhangi bir işte çalışma durumu, bakım sorumluluğunu ailede başka biriyle paylaşma durumu, bakım verme süresi, hasta bakımı ile ilgili daha önce eğitim alıp almama durumu, hastalık tanısı almış bireye bakım verilirken kendisini güçsüz hissetme, sağlık güvencesine sahip olma, fiziksel veya ruhsal sağlık sorunların varlığı ve herhangi bir sorunla karşılaştığı zaman kullanılan problem çözme ve baş etme stratejileri gibi unsurlardan oluşmaktadır.

Cinsiyet ile bakım yükünün ilişkisinin incelendiği çalışmaların bir bölümünde kadınların, bakım yükünü erkeklere kıyasla daha fazla hissettiği ortaya çıkartılmıştır (Hsiao, 2010; Mulud & McCarthy, 2017; Schaffer vd., 2015). Buna karşın kadın ya da erkek olmanın bakım yükü düzeyini etkilemediğini saptayan çalışmalar da bulunmaktadır (Ak vd., 2012; Akgün Şahin vd., 2009; Malak & Dicle, 2008; Orak & Sezgin, 2015).

Konuyla ilgili çalışmalara bakıldığı zaman hastalık tanısı almış bireylere bakım verenlerin cinsiyetinin önemli bir değişken olduğu görülmektedir. Farklı hastalıklara ve dezavantajlı konumda olan bireylere bakım verenlerin neredeyse tamamının kadın olduğu (Akça & Taşçı, 2005, s. 31; Akyar & Akdemir, 2009, s. 36; Tel & Ertekin Pınar, 2013), bu bakımın günün 24 saatine yayıldığı ve görmezden gelindiği (Atakan, 2018, s. 131) dolayısıyla da kadınlar tarafından içselleştirildiği, kadınlar açısından bakım, yaşamlarının temel unsuru haline geldiği ve yaşam biçimine dönüştüğü belirtilmektedir (Özateş Gelmez, 2015, s. 63). Özateş (2015) kadının bakım emeğini evde bakım uygulaması üzerinden değerlendirdiği araştırmasının nicel boyutunda kadınların günün 17 saatini ücretsiz çalışmaya ayırdıklarını, bu zaman diliminin %65'inin ise bakım rolüne ait olduğunu belirtmiştir. Aynı hanede bulunan erkekler ise zamanlarının büyük çoğunluğunu kişisel bakım, ilgi ve gelişim etkinliklerine ayırmaktadırlar (Özateş, 2015). Bu durum hem kadınların fiziksel ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanamamasına yol açmakta hem de kamusal alanda var olmalarının önünde büyük engeller oluşturmaktadır. Kamusal alanda var olamayan kadınlar ekonomik ve sosyal açıdan erkeklere bağımlı hale gelmekte, sosyal haklarını da eş ya da babalarının üzerinden elde etmektedirler (Özateş, 2015). Bu bakımdan kadın tarafından verilen bakım, 'aile yükümlülüğü' olarak adlandırılmakta ve bakıma ekonomik ve sosyal yönden herhangi bir değer atfedilmemektedir (Delpy, 1999'dan aktaran Başak vd., 2013, s. 19-22). Türkiye'de ve pek çok kültürde hastalık tanısı almış bir bireye bakım verme, kadınların asli görevi olarak algılanmakta (Mulud & McCarthy, 2017), kültürler arasındaki farklar ve toplumsal cinsiyet rolleri açısından ailelerde bakım sorumluluğunu üstlenen kişilerin genellikle hastaların eşleri, kız çocukları ve anneleri olduğu, ev içi bakım emeğini kadınların üstlendiği görülmektedir (Chou vd., 2011; Hsiao, 2010). Bu durumun, kadınların sosyal olarak izole olma hissini yaşamasına, sosyal destek sistemlerinin bakım sorumluluğuna bağlı olarak azalmasına, aile içi iletişimde kopukluklar yaşanmasına ve dolayısıyla da bakım yükünün artmasına neden olduğunu söylemek mümkündür (Boakye vd., 2017; Kaya, 2013; Meijer vd., 2004; Sabancıoğulları & Ertekin Pınar, 2020; Yener, 2019; Yeşil, 2016).

Bakım veren bireylerin ekonomik düzeyi ile bakım yükünü inceleyen çalışmalara bakıldığında, bakım veren aile üyelerinin gelir düzeylerinin yüksek olmasının farklı

kaynaklara ulaşma konusunda fayda sağladığı ve bireylerin bakım yükünü azalttığı görülmektedir (Aylaz & Yıldız, 2017; Rahmani vd., 2019; Sabancıoğulları & Ertekin Pınar, 2020). Bakım veren bireylerin gelir getiren düzenli bir işte çalışması bakım yükünü etkilemekte, literatürde herhangi bir işte çalışmayan kadınların bakım yükünün daha yüksek olduğu görülmektedir (Arguvanlı & Taşçı, 2013; Nasr & Kausar, 2009). Sosyal güvencesi olmayan bireylerin bakımı sırasında tedavi masraflarının fazla olması, hastaların aşırı sigara tüketimi ve gereksiz harcamaların özellikle emekli bakım verenlerin ek işlerde çalışmak zorunda kalmasına yol açmakta bu sorunlar da bakım yükünü artırmaktadır (Kaya, 2013, s. 30). Ayrıca gelir durumunun az olmasının aile işlevlerini etkileyerek aile bireylerinin olumsuz etkilenmesine ve bakım yükü düzeyinin artmasına neden olduğu görülmektedir (Chien vd., 2007, s. 1153).

Bakım verenlerin herhangi bir işte çalışma durumunun bakım yükü düzeyine etkisini inceleyen araştırmalarda, çalışma durumunun bakım yükü düzeyini etkilediği görülmektedir. Bakım veren bireylerin bakım sorumluluğundan dolayı çalıştıkları işten ayrılmak zorunda kaldıkları veya bakım sorumlulukları için iş yaşamına daha az zaman ayırdıkları belirtilmiştir (Çetinkaya Duman vd., 2007; İnan & Duman, 2013). Yaşlı bireylere bakım veren kadınlarla yapılan bir çalışmada, aktif çalışma yaşamı içerisinde olan kadınların hem iş hayatını hem de aile rollerini sürdürürken üçüncü bir mesai harcadıkları ifade edilmiştir (Doress-Worters, 1994). Yacı (2011) ise yaptığı çalışmada çalışma durumu ile bakım yükü arasında anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuştur.

Bakım verme süresinin bakım yüküne etkisinin ne derece olduğunu inceleyen araştırmalara bakıldığında bakım süresinin bakım yükünü artırdığı (Chappell & Reid, 2002; Kızılırmak, 2014; Mollaoğlu vd., 2011; Sarpdağı, 2018), Ödemiş'in (2018) çalışmasında ise bakım süresinin bakım yükünü etkilemediği görülmektedir. Shamsaei ve arkadaşları (2015), şizofreni hastalarına bakım veren aile bireylerinin bakım yüklerini inceledikleri araştırmalarında bakım verme süresi ile bakım yükü arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Uzun süreli bakım vermenin bakım veren bireylerin ruhsal iyilik hali, sağlık durumu ve ekonomik koşulları olumsuz etkilediği, aynı zamanda bakım verenlerde uyku bozuklukları, yorgunluk ve fiziksel ağrılar meydana getirdiği görülmektedir (Özdemir vd., 2017). Ampalam ve arkadaşları (2012)

psikiyatrik ve kronik hastalık tanısı almış bireylerle yaptıkları çalışmalarında bakım süresi ile bakım yükü arasında pozitif ilişki olduğunu saptamışlardır.

Bakım verenlerin bakım sorumluluğunu paylaşma durumunun bakım yüküne etkisinin incelendiği araştırmalarda bakım sorumluluğunda bakıma yardımcı olan bir bireyin varlığının, bakım yükünü azalttığı tespit edilmiş, bakım sorumluluğunu paylaşanların bakım veren kişilerin yakını olup olmadığına bakılmamıştır (Gutiérrez-Maldonado vd., 2005; Hanzawa vd., 2008; Yıldız, 2016). Sarpdağı (2018) ise yaptığı çalışmada bakım sürecinde destek alınan kişilerin anne, baba, eş ve çocuklar olduğunu belirtmiş, bakıma yardım eden kişilerin yakınlık derecesi açısından bakım yüklerinde anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir. Hsiao (2010), ruhsal hastaların bakım sorumluluğunu üstlenen aile üyelerinin sosyal destek ve bakım yükünü incelediği çalışmasında bakım verenlerin, %95'inin bakım verme sürecinde ailenin diğer üyelerinden destek aldığını ancak kadın bakım verenlerin bakım yüklerinin daha yüksek düzeyde olduğunu ve algıladıkları sosyal desteğin de daha düşük düzeyde olduğunu belirtmiştir. Ayrıca bu çalışmada bakım verenlerden kadınların erkeklere göre daha fazla damgalanma, suçluluk ve strese maruz kaldıkları da belirtilmiştir (Hsiao, 2010, s. 3499).

Bakım yükünü etkileyen faktörler arasında yer alan hastalara ait faktörler kategorisi altında ise hastalık tanısı almış bireyin cinsiyeti, hastalık belirtileri, hastalığın süresi ve hastaneye yatış sıklığı, davranış bozukluğunun olup olmaması, işlevselliğini ne düzeyde olduğu önemli değişkenler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hastalık tanısı alan bireyin cinsiyetinin bakım yüküne etkisini inceleyen çalışmalara (Awad & Voruganti, 2008; Gülseren vd., 2010) bakıldığı zaman bakım yükü ile hastalık tanısı almış bireyin cinsiyeti arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Bakım yükü düzeyinin erkek hastalara bakım veren bireylerde daha yüksek olduğu, toplumun erkeklerden beklediği çalışıp aileye ekonomik katkı sağlama gibi toplumsal rollerin hastalık süresince aksamasından dolayı ailelerin bakım yükü düzeyinin arttığı belirtilmektedir. Bir ailede istihdama katılan tek kişinin erkek birey olması ve erkek bireyin hastalık tanısı alıp bakıma ihtiyaç duyması durumunda kadınların tüm ekonomik sorumluluğu üstlenmek zorunda kalması, hem bakım hem de aile ihtiyaçları sebebiyle

ekonomik zorluklarla karşı karşıya kalmasına sebep olmakta ve kadınların bakım yükleri artmaktadır (Takano & Arai, 2005).

Kronik ruhsal hastalıklarda semptomatik belirtilerin artmasının bakım yükünü arttırdığı görülmektedir (Lowyck vd., 2004). Literatür incelendiğinde hastalık döneminde kişilik değişiklikleri (Gülseren vd., 2010), kişilerarası ilişkilerin sınırlı olması (Gelder vd., 2010'dan aktaran Attepe Özden, 2015c), davranış bozuklukları (Çamlı, 2019; Nergiz, 2019), yeti yitiminin olması (Gutiérrez-Maldonado vd., 2005) ve sosyal işlevselliğin azalmasının (Kundakçı, 2020; Mora-Castañeda vd., 2018) bakım yükü düzeyini etkilediği, davranış bozukluklarının ise bakım yükünü en fazla etkileyen faktör olduğu belirtilmektedir (Arslantaş & Adana, 2011; Atagün vd., 2011; Gülseren vd., 2010).

Hastalık tanısı almış bireylerin sosyal işlevselliğinin azalması ve bakım veren bireye bağımlı hale gelmesi, bakım veren aile üyelerinin zorlanmasına, bakım sorumluluğuna daha fazla zaman ayırmasına ve bu nedenle bakım sürecinde daha fazla yük hissetmesine neden olmaktadır (Atagün vd., 2011; Gülseren vd., 2010; Reinares vd., 2006).

Kronik ruhsal hastalıkların bakım ve tedavi süreci zorlu ve uzun bir süreçtir. Bakım veren bireyler bu süreçte öfke, utanma, damgalanma, yalnızlık ve mutsuzluk hissedebilirler. Olumsuz duygu durumlarının aile içerisindeki iletişimi olumsuz etkilemesi ve bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarının kötüye gitmesi bu noktada kaçınılmaz olmaktadır. Hem kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin hem de bakım veren aile üyelerinin hissettiklerini sosyal destek sistemleri yoluyla dışarı aktarmaları, bireylerin kendilerini iyi hissetmesine ve bakım yükünün azalmasına yardımcı olmaktadır. Bu süreç psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve psikiyatri uzmanlarının içerisinde bulunduğu psikiyatri ekibi tarafından desteklenebileceği gibi enformel olarak bakım verenlerin yakın çevresi tarafından da desteklenebilir. Bu bağlamda bireylerin sosyal destek sistemlerinin olması, umutsuzluk ve bakım yükü düzeyinin azalmasını sağladığı belirtilmektedir (Attepe Özden, 2015a; Özlü vd., 2009; Yıldız, 2018).

2.4. RUHSAL İYİLİK HALİ

Sağlığın tanımı tarihsel süreç içerisinde farklı şekillerde ele alınmıştır. Başlangıçta sağlık, negatif göstergelerin ölçülmesi daha kolay olduğu için hastalık ve ölümün olmaması olarak tanımlanmıştır. Psikoloji biliminde uzmanlaşan bilim insanları da geleneksel olarak ruhsal iyilik halini tanımlamaktan kaçınmış, daha çok psikolojik rahatsızlıkların belirtilerini tanımlamak ve ortaya çıkartmak için çalışmalar yapmıştır. Zaman geçtikçe yaşam süresinin uzaması, sosyal ve ekonomik faktörlerin sağlığa etkisinin azımsanmayacak durumda olduğunun görülmesi sebebiyle sağlığın tanımının sağlığı oluşturan olumlu faktörler üzerinden geliştirildiği ve pozitif göstergelerle tanımlanmaya başladığı görülmektedir. Bu bağlamda “sağlığın bozulması” yerine “sağlığın korunması”, “geliştirilmesi”, “birey” yerine “toplumun” ön plana çıkarılması sağlığın olumlu bakış açılarıyla tanımlanmasını sağlamıştır (Hamzaoglu, 2010, s. 407).

Dünya Sağlık Örgütü sağlık tanımını, hastalık ya da engelliliğin olmama durumu değil, zihinsel, fiziksel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak yapmıştır (WHO, 1948). WHO, 2001 yılında yaptığı tanımda ise iyi oluşu, bireyin kendi yeteneklerini fark ettiği, yaşamın stresleriyle baş edebildiği, üretken ve verimli bir şekilde çalışabildiği ve çalıştığı alana katkıda bulunabildiği bir iyi olma hali olarak tanımlamıştır (Jakab, 2011, s. 5; WHO, 2001).

Ruhsal iyilik hali, sadece ruhsal açıdan herhangi bir rahatsızlık olmaması değil, yaşamdan keyif alma, ihtiyaçların karşılanması, mutlu olma gibi olumlu faktörler olarak bireyin kendini iyi hissetme ve hayatın işleyişine ayak uydurması, sorumluluklarının farkında olmasıyla ilgilidir (Keyes vd., 2002). İyi hissetme kavramı mutluluk ve memnuniyet duygularının yanında ilgi, bağlılık, güven ve şefkat gibi duyguları da içerir. Aynı zamanda kişinin potansiyelinin geliştirilmesini, kişinin yaşamı üzerinde kontrol sahibi olmasını, bir amaç duygusuna sahip olmasını (örneğin, değerli hedeflere doğru çalışmak) ve olumlu ilişkiler deneyimlemesini de kapsamaktadır (Demirci vd., 2017).

İyi oluş kavramı, bireyin yaşamı içerisinde anlamlı amaçları sürdürme, çevresiyle nitelikli ilişkiler kurma ve kişisel gelişim olarak ifade edilmektedir (Keyes vd., 2002). İyi oluş kavramıyla ilgili literatür incelendiğinde iki genel bakış açısının olduğu

görülmektedir. Bu bakış açılarından ilki, öznel-hazcı iyi oluş (Hedonik), diğeri ise psikolojik iyi oluş (Eudaimonic) yaklaşımlarıdır (Ryan & Deci, 2000; Ryff & Keyes, 1995). Hedonik yaklaşım (öznel iyi oluş), memnuniyet elde etme, acıdan kaçınma ve mutlu olma üzerine temellenmiştir. Bu yaklaşım, iyi oluş kavramını mutluluk ve doyum olarak tanımlanmaktadır ve yaklaşımın temel ölçütü bireyin kendi kendisine belirlediği değer ve içerisinde bulunduğu yaşamı değerlendirmesidir (Waterman, 1993). Eudaimonic yaklaşım (psikolojik işlevsellik) ise yaşamın anlamı ve bireyin kendisini gerçekleştirme üzerine odaklanmaktadır (Ryan & Deci, 2000). Öznel iyi oluş yaklaşımında iyi oluşu belirlemek için tek bir ölçüt vardır bu da birey ve bireyin özel değeridir. Psikolojik işlevsellikte ise iyi oluşu belirleyen daha fazla kriter olmakla birlikte bu kriterler farklı kuramcılar tarafından farklı şekillerde değerlendirilmektedir.

Psikolojik olarak iyi olma bireyin diğer bireylerle ilişkisinin kalitesi, yaşamsal amaçlarının farkında olması, yaşamsal sınırlılıkları olsa bile içerisinde bulunduğu durumla sağlıklı bir şekilde başa çıkabilmesi, çevresi ile sıcak ilişkiler geliştirebilmesi, özgür ve bağımsız davranışlar sergileyebilmesi, ileriye dönük planlar yaparak yaşamını şekillendirmeye yönelik gücü kendisinde bulmasıdır (Diener vd., 1999; Keyes vd., 2002). Ruhsal iyilik hali ilgili literatür değerlendirildiğinde öznel-hazcı iyi oluşun tanımlama ve ölçülmesinden farklı olduğu görülmektedir ve öznel iyi oluşun herhangi bir bilimsel temelinin olmadığı, sadece bireyin kendisini algılayış ve değerlendirme biçimiyle ilgili olduğu, öznel iyi oluşun ruhsal açıdan iyi olma koşulunu karşılamadığı görülmektedir (Diener vd., 1999; Özen, 2010; Ryff & Keyes, 1995). Örneğin mani dönemindeki bir hasta duygularında aşırıya kaçtığına mutludur ve öznel olarak iyidir ancak bu noktada bireyi psikolojik olarak sağlıklı ya da iyi olarak değerlendirmek pek mümkün değildir.

Psikolojik iyi oluş modelleri incelendiğinde, Ryff'in (1989) modeli literatürdeki önemli modellerden biridir. Ryff (1989), kendisinden önceki kuramcılarının daha çok olumlu ve olumsuz duygu durumları ile yaşam doyumunu kavramlarına odaklandığını belirtmiş ve iyi oluşun az sayıda bileşenlerle değerlendirilemeyeceğini vurgulamıştır. Bu kapsamda yaptığı çalışmada, yaşamdaki makro düzeydeki değişimlerin (istihdam, eğitim seviyesindeki değişim, sosyal ve siyasi olaylar) bireylerin ruhsal iyilik halini nasıl değiştirdiğini ortaya koymayı amaçlamıştır. Felsefi soruları bilimsel ampirizmle

birleştiren bir yaklaşım inşa etmek için Aristoteles'ten John Stuart Mill'e, Abraham Maslow'dan Carl Jung'a kadar çeşitli düşünürler, iyi oluş teorilerini değerlendirmiştir. Ryff (1989), ruhsal iyi oluşu işlevsellikle ilişkilendirmiş ve psikolojik işlevselliği altı boyutta temellendirmiştir. Bu boyutlardan ilki, bireyin olumlu ve olumsuz yönlerinin farkında olması, bunları kabul etmesi ve benliğine karşı olumlu tutumlara sahip olmasını tanımlayan kendini kabul kavramıdır. İkincisi, bireyin çevresi ile olumlu ilişki kurarak ilişkileri sürdürmesi, empati duygusu kazanması ve bireylerin huzur ve mutluluğuyla ilgilenmesini içeren başkalarıyla olumlu ilişkiler kavramıdır. Üçüncü boyut olan özerklik ise bireyin kendi standartlarını geliştirmesi ve yaşamını standartlarına göre devam ettirmesi, eylemlerinde özgür olmasını ve kendi kararlarını verebilmesini içermektedir. Dördüncü boyut, bireylerin kendi ihtiyaç ve istekleri doğrultusunda çevresini düzenlemesini, seçimler yaparak çevreye uyum sağlamasını içeren çevresel hakimiyettir. Beşinci boyut olan yaşam amacı ise bireyin yaşamında belirli hedefleri olduğunun farkında olmasını ve bu hedeflere ulaşma çabasını tanımlamaktadır. Son boyut ise kişisel gelişimdir. Kişisel gelişim, bireyin yapabilirliklerinin farkında olması, sahip olduğu yetenekleri geliştirmek için çaba göstermesini ve yeniliklere açık olmasını ifade etmektedir (Demirci & Şen, 2017; Keyes vd., 2002; Ryff, 1989; Telef vd., 2013). Ruhsal iyi oluş düzeyleri yüksek olan bireylerin düşük olanlara göre daha işlevsel oldukları, ruhsal iyi oluşun mutluluk ve yaşam doyumu ile pozitif; depresyon ile negatif ilişkili olduğu belirtilmektedir (Ryff & Keyes, 1995).

Ruhsal iyilik hali, Seligman'ın öncülüğünü yaptığı olumlu psikoloji hareketi ile önem kazanmış, bireylerin güçlü yanlarını keşfedip geliştirerek potansiyellerini sergileyebileceğine vurgu yapılmıştır. Seligman, psikoloji tarihinde ruhsal rahatsızlıklar, madde bağımlılığı ve kaygı bozukluklarına vurgu yapıldığını ve bu alanlarda daha fazla araştırmanın olduğunu belirtmiş; olumlu duygular, sağlıklı ilişkiler ve mutluluk gibi faktörlerin daha az vurgulandığı üzerinde durmuştur (Seligman vd., 2005, s. 415). Son zamanlarda ise bu bakış açısına paralel olarak pozitif yaşam ve pozitif yaşamı sağlayan olumlu duygular, olumlu karakter özellikleri gibi faktörlerin de ön plana çıktığı görülmektedir. İyi oluş kavramıyla ilgili geniş ve belirsiz tanımlamalarla çeşitli yaklaşımlar ortaya atılmış, araştırmacılar iyi oluş kavramıyla eş anlamlı olarak 'yaşam

doyum’, ‘mutluluk’, ‘yaşam niteliği’ gibi kelime gruplarını kullanmışlardır. Bununla birlikte iyi oluşun çok yönlü yapısı görmezden gelinerek tek bir yapı, daha çok yaşam doyumunu, ile özdeşleştirilmiş ve iyi oluşun diğer bileşenleri yok sayılmıştır. Seligman ise mutluluk ve iyi oluş kalıplarını ayırıştırarak her biri için ayrı açıklamalar yapmıştır. Seligman (2011)’a göre mutluluk bir ‘şey’ ise iyi oluş bir ‘yapı’dır. Gerçek mutluluk, bağlılık, anlam ve olumlu duygu olarak üç etmeden; iyi oluş ise mutluluktan ayrı olarak ölçülebilen beş bileşenden oluşmaktadır Bu yapı tek başına değil çok boyutlu olarak ele alınmalı, iyi oluşu ölçmek için farklı bileşenler bir araya getirilmelidir (Seligman, 211’den aktaran Seligman, 2018). Böylece Seligman (2018) baş harfleri bir araya getirildiğinde PERMA kavramını ortaya çıkaran iyi oluş yaklaşımını beş bileşen üzerine inşa etmiştir. Bu bileşenler hayatın birçok yönüne karşı olumlu duygular (positive emotion), kişinin yaptığı işe veya etkinliğe kendini vererek bağlanması (engagement), çevresiyle olumlu ve iyi ilişkiler kurması (positive relationships), yaşamın anlamı (meaning) ve son olarak kişinin hedefler belirleyip o hedeflere yönelik planlı bir biçimde çalışma sonucunda elde ettiği başarılarıdır (accomplishment).

Olumlu duygular, iyi oluşun ilk boyutudur. Fredrickson (1998) olumlu duyguların bireylerin kişisel kaynaklarını genişlettiğini, farkındalıklarını ve yaratıcı düşünme yeteneklerini artırdığını, kişisel bağlantılar kurarak çok yönlü düşünebildiklerini belirtmiştir. Dahası olumlu duygular, problem çözme ve stresle başa çıkma düzeyini, iş verimliliğini, üretkenliği artırmakta, ruhsal iyi oluş ve mutluluğu olumlu yönde etkilemekte, fiziksel ve ruh sağlığını da olumlu bir seviyeye çıkarmaktadır (Fredrickson, 1998). PERMA modelindeki olumlu duygular ise haz, neşe, mutluluk ve rahatlığa odaklanmaktadır (Butler & Kern, 2016).

Bağlanma, iyi oluş modelinin bir diğer bileşenidir. Literatüre bakıldığında ise bağlanma belirli bir durum, olay ya da amaçla psikolojik olarak bağlantılı olma durumunu ifade etmektedir (Khaw & Kern, 2015). Başka bir ifadeyle bağlanma, bireyin kendisini bir ortamda zamanın nasıl geçtiğini anlamayacak kadar o işe ya da etkinliğe vermesini, ‘akış’ içerisinde olmasını ifade etmektedir (Butler & Kern, 2016).

Olumlu ilişkiler ise bireyin çevresi tarafından sevilmesi, destek görmesi ve değer görmesi anlamında kullanılmaktadır. Dolayısıyla olumlu ilişkiler iyi oluş ve iyi

hissetmenin temel bileşeni olarak görülmektedir (Seligman, 2018) çünkü olumlu ilişkilerin bireylerin toplumla bütünleşmesine, işlevselliklerinin artmasına ve kendilerini iyi hissetmelerine katkı sağladığı düşünülmektedir.

Anlam, bir bireyin yaşama dair inanç ve amacını ifade etmektedir. Yaşamın anlamının incelendiği çalışmalardan birinde anlamı ölçmek amacıyla ‘mevcut anlam’ ve ‘anlam arayışı’ olmak üzere iki kavram ortaya konmuştur. Mevcut yaşamda anlam bulmanın, sevgi, mutluluk ve yaşam doyumu gibi ruh sağlığı değişkenleri ile pozitif ilişkili olduğu öne sürülmüş; anlam arayışının ise daha çok olumsuz ruh sağlığı değişkenleri olan, korku, üzüntü ve depresyonla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Steger vd., 2006). Bu kapsamda PERMA modeli de anlamlı ve amaçlı bir yaşam algısının iyi oluşun önemli bir unsuru olduğunu öne sürmektedir (Seligman, 2018).

Başarı, yaşamda kişi için anlam ifade etmese ve olumlu duygular oluşmasını sağlamasa da elde edilip sürdürülebilir bir durumdur (Seligman, 2018). Bireylerin yaşam amacı için bir hedef belirleyip o hedefe yönelik çaba sarf etmesini gerektirmektedir. Bireyler belirli bir alanda uzmanlaşarak öz yeterlilik kazanabilmekte ve o alanda başarı elde edebilmektedir. Dolayısıyla PERMA modelindeki başarı unsuru, bireyin belirlediği hedefe yönelik çalışmasını, günlük sorumluluklarını yerine getirmesini değerlendirmektedir (Butler & Kern, 2016). Bahsedilen bileşenlerin tek başına iyi oluşu vermediği birbirleriyle bağlantılı olarak ele alındığı ve iyi oluşa katkı sağladığı görülmüştür (Seligman 2011'dan aktaran Demirci vd., 2017, s. 63). Bu kapsamda değerlendirildiğinde Seligman'ın iyi oluş yaklaşımı, incelediği boyutlarla birlikte iyi oluşu tanımlayan ve değerlendiren yaklaşımların içerisinde başarılı görülmektedir (Demirci vd., 2017).

Özetle sağlığın pozitif göstergelerle tanımlanması, bireylerin sorunlarıyla birlikte ruhsal iyilik hallerinin değerlendirilmesi, yaşanan sorunların iyi oluşlarını ne düzeyde etkilediğini ortaya çıkarma gerekliliğini de ortaya koymaktadır. Ancak kişilerin ruhsal iyilik hali tek bir noktadan değil farklı bileşenleri de bir araya getiren yaklaşımlarla ele alınmalıdır.

2.4.1. Kronik Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Bireylere Bakım Verenlerin Bakım Verenlerin Ruhsal İyilik Hali Üzerindeki Etkisi

Küresel ölçekte değerlendirildiğinde kronik ruhsal hastalıkların yaşamamızda önemli bir yerde olduğu görülmekte, ruhsal hastalıkların küresel yükü ile ilgili çalışmalarda, hastalık yükünün ekonomik, sosyal ve küresel boyutları olduğu vurgulanmaktadır. Hastalık yükü, tüm hastalıkların sosyal, politik, ekonomik ve çevresel faktörlerinin incelenmesi, bireyler ve toplum üzerindeki sosyal ve ekonomik çıktılarının belirlenmesidir (Erdüger, 2020; WHO, 2019).

Küresel hastalık yükünün nedenlerine yönelik yapılan araştırmalarda ilk yirmi nedenin beşinde majör depresyon, anksiyete, şizofreni, süregen depresyon ve bipolar bozukluk yer almaktadır (Vos vd., 2015). Ancak politika yapıcılar ve fon sağlayıcıların kronik ruhsal hastalıkların hastalık tanısı almış bireylere ve hastalıklara bakım verenlere etkilerine yeteri kadar önem vermediği görülmektedir (Saraceno vd., 2007; Vigo vd., 2018).

Ruh sağlığına yönelik hizmetlerin gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha yetersiz düzeyde olduğu, ülke içinde bile ruh sağlığı kaynaklarının eşit derecede dağılmadığı, düşük sosyoekonomik düzeydeki toplumların ruh sağlığı hizmetlerine daha çok ihtiyaç duyduğu ancak ruh sağlığına erişim kaynaklarının kısıtlılığının da en fazla bu ülkelerde olduğu bildirilmektedir (Kakuma vd., 2011; Saxena vd., 2007). Ayrıca düşük sosyoekonomik düzeye sahip toplumlarda, ruh sağlığına yönelik harcamaların daha çok medikal model kapsamında olduğu, sosyal model kapsamında hastalık tanısı almış bireylerin iyilik hallerinin ve sosyal işlevselliklerinin artırılmasına yönelik hizmet ve harcamaların yeterli düzeyde olmadığı, bu hizmetlerin insan hakları temelinde sunulmadığı görülmektedir (Mahomed, 2020, s. 36).

Kronik ruhsal hastalıklar, sadece hastalık tanısı almış bireyleri değil onlara bakım veren aile üyelerinin yaşamlarının birçok alanını etkilerken ruh sağlıklarına yönelik stres kaynağı olabilmektedir. Evdeki ruhsal hastalık tanısı almış yakınlarına bakım veren aile üyeleri, bu süreçte hem bakım verdikleri hastalara destek olmaya çalışmakta hem de

kendilerinin sosyal ve psikolojik desteğe ihtiyaçları artmaktadır (Karaağaç & Çalık Var, 2019).

Literatüre bakıldığında birçok çalışmada kronik ruhsal hastalıklara yönelik klinik uygulamalara odaklanılırken son yıllarda hastalık tanısı almış bireylere bakım verenlere yönelik araştırmaların da arttığı görülmektedir (Chappell & Reid, 2002; Glanville & Dixon, 2005; Gülseren, 2002; Gupta vd., 2015).

Yapılan bazı çalışmalarda kronik ruhsal hastalık tanısı almış bir aile üyesine bakım vermenin kronik bir stres etkeni olarak görüldüğü, bakım veren bireylerin bu sorunları çözmek için kendilerine ekstra sorumluluk yükledikleri bildirilmektedir (Gupta vd., 2015). Bakım veren bireylerin kaynaklara ulaşmada ekonomik sorunlar yaşaması, bakım sorumluluğunu daha karmaşık hale getirerek bireylerin kendilerini kötü hissetmesine neden olmakta, bakım verenlerin bu kapsamda kaygı ve depresyona karşı savunmasız olduğu da bildirilmektedir (Gupta vd., 2015). Ayrıca kronik ruhsal hastalık tanısı almış bir bireye bakım vermenin, bakım veren bireylerin istihdam gibi çeşitli haklarını sınırlandırmakta ve bu durumun sonucu olarak da bireylerin hak ihlalleri ile karşı karşıya kaldıkları ifade edilmektedir (Puras & Gooding, 2019, s. 42).

Kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere uzun süreli bakım vermenin, bakım veren bireylerin günlük rutin aktivitelerini aksattığı, bu durumun bakım yükü olarak algılanarak bireylerdeki depresyon riskini de artırabileceği, bu kapsamda ise bakım veren bireylerin desteklenmesinin bakım yükünün azaltılmasında önemli olduğu bildirilmektedir (Perlick vd., 2016). Bakım verenlerin ruh sağlıklarının araştırıldığı bir diğer araştırmada, kadınların bakım verme sürecinde daha fazla anksiyete yaşadığı belirtilmektedir (İnan & Duman, 2013). Bakım verenlerin yaşadıkları zorluklar, kişilerin yaşamı algılayış biçiminin olumsuz yönde değişmesine neden olmakta, bu durum da ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım verenlere yönelik geliştirilen politikaların hak temelli bakış açısıyla sunulma gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır.

Şizofreni hastalarına bakım verenlerin yaşam kalitelerinin değerlendirildiği bir çalışmada, bakım sorumluluğunun bakım veren bireylerin yaşamlarını olumsuz etkileyerek aile işlevlerinde bozulmalara neden olduğu, bakım veren kadınların bakım

veren erkeklere göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu, ayrıca bakım veren bireylerin depresyon riski taşıdığı belirtilmiştir (Meng vd., 2021). Aynı çalışmada şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin, hastalık tanısı almış bireylerdeki uyum sorunları, davranış bozuklukları, şiddet davranışları ve damgalanma gibi stresörlere mücadele etmeye çalıştıkları ve bu durumun bakım veren bireylerin ruh sağlığını olumsuz etkilediği görülmüştür (Meng vd., 2021, s. 4). Şizofreni hastalarının bakım sorumluluğunu üstlenen yapılan başka bir çalışmada ise bakım verenlerin hastalık hakkında bilgi sahibi olmasının ruhsal sağlık durumlarını olumlu yönde etkilediği, psikososyal müdahaleler ile ailelere yönelik yapılan psikoeğitimlerin, bakım verenlerin ruh sağlığı üzerinde olumlu etki yarattığı gözlemlenmiştir (Hazel vd., 2004).

Bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin bakımından sorumlu olan aile üyelerinin bakım yükü ile depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, bakım yükünü daha yüksek düzeyde hisseden bakım verenlerin neredeyse yarısının depresyon tanı kriterlerini karşıladığı bildirilmiştir (Perlick vd., 2016, s. 188). Bipolar bozukluk tanısı alan bireylere bakım verenlerle yapılan bir diğer çalışmada ise bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları yük, stres ve güçlüklerle ilgili sürekli düşündükleri, bu düşünme eğiliminin bireyleri depresyon ve çeşitli ruhsal rahatsızlıklara yatkın hale getirdiği, bugünleri ve gelecekleriyle ilgili endişe duydukları, kendilerini yetersiz hissettikleri görülmüş; bu çerçevede bakım veren bireylere yönelik psikososyal destek ve tedavilerin artırılması, stresle başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Perlick vd., 2012, s. 360).

ABD’de bu kapsamda yapılan bir çalışmada, kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren 318 aile üyesine Aileden Aileye Eğitim Programı’na katılması istenmiştir. Programda, aile üyelerinin ruhsal hastalıklara ve bakım vermeye ilişkin farkındalık düzeylerinin artırılması, duygu odaklı başa çıkma stratejileri geliştirilmesi, aile bireyleri arasındaki iletişimin güçlendirilmesi ve kaygının azaltılması amaçlanmıştır. Program üç ay sürmüş ve sonunda programa katılan ve katılmayan bireyler karşılaştırılmıştır. Çıkan sonuçlara bakıldığında, Aileden Aileye Eğitim Programına yalnızca bir seans katılanların bile kaygı düzeyinin azaldığı, devamlı katılanların ise sorunlarla başa çıkma düzeyi gelişerek depresyon riski azaldığı, bakım veren bireylerin bakımla ilgili güçlükler hakkında daha az düşünmeye başladığı ve

kendilerine daha çok zaman ayırarak daha iyi hissetmeye başladıkları görülmüştür (Dixon vd., 2011, s. 1-6). Bu kapsamda ailelere yönelik eğitim programlarının daha çok toplum temelli ve ücretsiz yapılması gerekliliğinin bakım yükünü azaltmak ve bakım veren bireylerin kendilerini daha iyi hissetmesini sağlamak için değerli olduğu düşünülmektedir.

Kronik ruhsal hastalıkların hem bakım veren hem de bakım alan bireyler üzerinde damgalanmaya sebep olduğu bilinmektedir. Damgalanmanın kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyeleri üzerinde bir stres faktörü olarak görüldüğü, hasta yakınlarının psikolojik süreçlerini ve sosyal yaşantılarını olumsuz etkilediği (Kuş Saillard, 2010) bildirilmektedir.

Özet olarak kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireye bakım vermenin bakım yükünü artırırken bireylerin ruhsal iyilik hallerini ekonomik, fiziksel ve sosyal yönden olumsuz etkilediği, bakım sorumluluğunu üstlenirken depresyon gibi çeşitli ruh sağlığı sorunları ile karşı karşıya kalarak bireylerin kendilerini sosyal çevreden soyutlama riski bulunduğu da görülmektedir. Bu bağlamda çevresi içinde birey yaklaşımını benimseyen sosyal hizmet uzmanlarının, hastalara bakım veren aile bireylerinin damgalanma ve dışlanma korkuları sonucu kendilerini toplumdan soyutlamalarını ortadan kaldırması, hasta ve hasta yakınlarının sosyal içermelerinin sağlanması ve bakım veren bireylerin kendilerini daha iyi hissetmesine yönelik politika üretmeleri gerekmektedir (Karaağaç & Çalık Var, 2019). Kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin güçlü yanları, sosyal destek kaynakları ve sorunlarla baş etme becerilerinin ortaya çıkarılmasının, bakım veren bireylere verilen psikososyal destek ve tedavilerin genişletilmesinin, bakım veren bireylerin ruhsal iyilik hallerinin artırılmasında önemli rol oynadığı düşünülmektedir.

2.5. KRONİK RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK TEDAVİ EDİCİ, REHABİLİTE EDİCİ VE KORUYUCU-ÖNLEYİCİ HİZMETLERDE SOSYAL HİZMETİN ROLÜ

Kronik ruhsal hastalıkların sağaltımında, ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin sosyal işlevselliklerinin artırılması, yeti yitiminin iyileştirilmesine yönelik hizmetler tedavi

edici, rehabilite edici ve önleyici olarak üç boyutta sınıflandırılabilir. Ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının üç boyutta da önemli rolleri vardır. Sosyal hizmet uzmanları müdahalelerini gerçekleştirirken kapsamlı bilgi kaynaklarından yararlanırlar. Bilgi kaynakları, biyopsikososyal yaklaşımı temel alarak birey ve toplumla çalışma bilgisine dayanır ve çevresi içerisinde birey kuramından yola çıkarak sorunların çözümünde bireyin aile, iş ve çevresi başta olmak üzere etkileşimde olduğu sistemlere odaklanır. Bu kapsamda sosyal hizmet uzmanları ruhsal hastalıkların bireysel ve toplumsal etkileriyle ilgilenmekte, hizmet sunumlarında da kamu ve özel kuruluşlarla işbirliği içerisinde uygulamalar yapmaktadırlar (Aviram, 2008; Webber, 2013).

Tedavi edici hizmetler, klinik ve poliklinik hizmetlerini içermektedir. Bu hizmetlerin ekip çalışması içerisinde gerçekleştiği görülmektedir. Psikiyatri tedavi ekibi içerisinde doktor, psikiyatri hemşiresi, psikolog ve sosyal hizmet uzmanları bulunmaktadır. Hastaların psikiyatri polikliniğinde karşılanması, hastaneye yatışı gereken ve kliniğe yatmakta direnç gösteren hastaların kliniğe uyum sağlaması, tedavisi tamamlanan hastaların taburculuk sonrasında yaşadığı ortama dönmesi için çeşitli uygulamaların yapılması, yaşadığı topluma adapte olması için sosyal çevresi ile görüşmeler yapılması tedavi edici ruh sağlığı hizmetlerini kapsamaktadır (Çölgeçen, 2018).

Tedavi edici hizmetlerin sosyal hizmet uzmanları açısından asıl amacı ruhsal hastalık tanısı almış bireyin güçlendirilmesi, sosyal çevresi, ailesi ve içinde yaşadığı toplumun hastalık hakkında bilgi sahibi olarak hastalık tanısı almış bireyin damgalanmasının önlenmesidir (Tew, 2005'ten aktaran Nişancı, 2019). Bu kapsamda, sosyal hizmet uzmanları kliniklerde ruhsal hastalık tanısı almış bireylere yönelik işlevsel bozuklukların yaygınlığını azaltmaya çalışarak çeşitli müdahaleler yaparlar. Bu müdahaleler akut psikiyatrik semptomların azaltılmasını, duygusal travmalara yönelik bireysel terapileri, ilişki sorunlarını, stres veya kriz yaşayan bireylerin sorun çözüm stratejileri geliştirmesini, sorunların değerlendirilmesini, risk yönetimini, bireysel, çift, aile ve grup danışmanlığını (National Association of Social Workers [NASW], 2011), müdahaleyi, terapi ve makro düzeyde savunuculuğu içermektedir (Canadian Association of Social Workers [CASW], 2020).

Amerikan Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliğine göre sosyal hizmet uzmanları tedavi ekibi içerisinde, hastaları madde kullanımı, destek sistemleri, fiziksel ve duygusal işlevsellik, finansal istikrar, güvenlik, intihar düşüncesi vb. açısından değerlendirir, hastanın kendi kaderini tayin etme ilkesi çerçevesinde uygun tedavi ve taburculuk planları geliştirir ve uygular (NASW, 2011, s. 2). Hastaların tanı aldığı ruhsal hastalık ile ilgili olarak bireysel, aile veya grup terapisi gibi doğrudan terapötik hizmetler sağlar, güvenlik değerlendirmesi de dahil olmak üzere kriz yönetimi yapar, topluluk kaynaklarına yönlendirerek çeşitli kuruluşlardaki profesyonellerle işbirliği yapar, toplum temelli çalışma çerçevesinde makro düzeyde klinikler tarafından sağlanan ruh sağlığı hizmetlerini topluma tanıtır, hizmet sunumunda varsa etik sorunları belirler ve çözer (NASW, 2011, s. 2).

Sosyal hizmet uzmanlarının tedavi edici hizmetler kapsamındaki sorumluluklarını sorumlulukları hastaneye yatış öncesi, yatış aşaması ve yatış sonrasındaki olarak sınıflandırmak mümkündür. Hastaneye yatış öncesinde sosyal hizmet uzmanlarının, ruhsal hastalık tanısı almış ancak hastaneye başvurmamış bireylere ev ziyaretlerinin yapılarak hastaneye başvurmalarının sağlanması, hastalık tanısı almış birey ve ailesinin hastaneye yatışa hazırlanması ve hastaya ilişkin psikososyal değerlendirme yapılması gibi görevleri vardır. Hastaneye yatış aşamasında sosyal hizmet uzmanları, hasta ve ailesini bütüncül bakış açısıyla değerlendirir. Bu aşamada uzman, ihtiyaç tespiti yaparak sosyal inceleme raporu yazmakta, kaynak bulucu rolüyle toplumsal kaynakları harekete geçirmekte, ruhsal hastalık tanısı almış birey ve aileyi hastalık konusunda bilgilendirerek hastalık sürecine adaptasyonunu sağlamakta, birey ve grup çalışmaları yaparak hastaların kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamaktadır. Hastane yatışı sonrası ise sosyal hizmet uzmanları, ruhsal hastalık tanısı almış birey ve ailesini taburculuk aşamasına hazırlamakta, taburculuk sonrası toplumsal yaşama uyumunu sağlamak için görüşmeler yapmakta ve hastalar ile aile bireylerinin taburculuk sonrası takibini sürdürmektedir (Doğan, 2009'dan aktaran Çölgeçen, 2018, s. 74).

Oral ve Tuncay (2012), sosyal hizmet uzmanlarının klinik düzeyde, hasta ve ailesinin tanınması, ihtiyaçlarının ve sosyal işlevsellik düzeyinin incelenmesi, hasta ve ailesinin ekonomik durumunun belirlenmesi amacıyla sosyal inceleme raporunun hazırlanması; hastane ortamında birey ve grup çalışmaları, psikoeğitim, taburculuk planlaması, ruhsal

hastalık tanısı almış bireylerin kaynaklarla buluşturulması ve hasta ile ailenin ihtiyaçlarının karşılanması için çeşitli kuruluşlara savunuculuk yapılması ve çalıştıkları birimde hizmet içi eğitim planlamalarında görevli olabileceklerini belirtmişlerdir.

Rehabilite edici hizmetler; ruhsal hastalık durumunun değerlendirilmesi, tedavilerin izlenmesi, hastaların toplumla bütünleşmesini sağlayacak psikososyal becerilerin kazandırılması, kazanılan becerilerin desteklenmesine yönelik program ve çalışmaların yapılması, hastaya, ailesine, hastanın çevresine, topluma ve sağlık personeline, ruhsal hastalıklara yönelik eğitim ve farkındalık çalışmalarının yapılmasını kapsamaktadır (Çölgeçen, 2018; Sağlık Bakanlığı, 2011a). Ayrıca işlevsel bozuklukların azaltılmasını amaçlayarak ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin kapasitelerini yüksek düzeyde kullanmalarını sağlar. Bu kapsamdaki hizmetler ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin toplumsal, ruhsal ve mesleki işlevselliğinin artırılmasına ve nihayetinde yaşam kalitelerinin yükseltilmesine odaklanmaktadır (Çölgeçen, 2018, s. 79). Dünya Sağlık Örgütü ise rehabilitasyonu, işlev kaybı yaşayan bireylerin çevresi ile etkileşim içerisinde olarak maksimum işlevselliklerini yeniden kazanmalarına yardımcı olan hizmetler bütünü olarak tanımlamıştır (WHO, 2011, s. 2). Bu tanımdan hareketle ruhsal hastalık tanısı almış bireylere yönelik rehabilitasyon, hastalıkların yol açtığı belirtileri en aza indirmek, hastaneye yatış sıklığını azaltmak (Young & Ensing, 1999), sosyal içermeyi desteklemek ve hastaların çevresi ile bütünleşmesini sağlamak olarak tanımlanabilmektedir. Ruhsal hastalıkların tedavilerinde temel hedef, ruhsal hastalıkların kalıcı yeti yitimine sebep olmadan tedavi edilebilmesidir. Rehabilite edici hizmetler de bu kapsamda yeti yitimini azaltmaya ve gidermeye yönelik tedavileri içermektedir. Rehabilitasyon hizmetleri tedavinin başında planlanmalı ve tedavi süresince devam etmelidir. Rehabilite edici tedaviler, multidisipliner ekip çalışmasını içermeli, sadece hasta-doktor-hastane üçgeninde değil toplumsal tedavileri de içermelidir (Yıldız, 2011, s. 82). Rehabilite edici hizmetler, ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin çevresel ve toplumsal engellerini ortadan kaldırmayı, yaşam yönetimi, bağımsız yaşam ve toplumsallaşma becerilerini yeniden kazandırmayı amaçlamaktadır. Ruhsal hastalık tanısı almış bireyler hastalıkları süresince sosyal dışlanma ve izolasyona maruz kalmaktadır. Psikiyatrik rehabilitasyon, bireyleri bu sorunlardan kurtarır ve bireylerin yeniden sosyalleşmesi, toplumda bağımsız bir birey olduklarının farkında

olmaları ve daha aktif bir yaşam sürdürmelerine yardımcı olur. Psikiyatrik rehabilitasyonda ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin yeterlilik ve işlevselliklerini artırmak için yapılan toplumsal beceri eğitimleri, meslek kazandırma, akran destekleri, aile eğitimleri, bireysel, çift ve grup çalışmaları, toplumsal farkındalık kazandırma girişimleri düzenli olarak yapılmalıdır (Çölgeçen, 2018, s. 79; Yıldız vd., 2003, s. 282).

Kanada Sosyal Hizmet Uzmanları Birliğine göre, rehabilite edici hizmetlerde sosyal hizmet uzmanları, ruhsal hastalık, duygu-davranış sorunları ve işlevsizliğin ileri düzeydeki etkilerini azaltmayı amaçlamakta ve bireylerin kapasitelerini en yüksek seviyede kullanmasını sağlamak amacıyla eğitim ve rehabilitasyon hizmetleri sunmaktadır (CASW, 2020). Rehabilitasyon hizmetleri genellikle ruhsal hastalık tanısı almış bireylere odaklanarak bilgi ve becerileri geliştirmek için bireysel, çift, aile ve grup müdahalelerini, boş zaman kaynaklarının sağlanmasını ve gelişimi sağlamak için savunuculuğu içermektedir (CASW, 2020).

Rehabilite edici hizmetleri küresel düzeyde değerlendirmek gerekirse, Fransa'da ruhsal hastalık tanısı almış ve yeti yitimi ciddi düzeyde olan hastaların rehabilitasyonun sağlanması amacıyla hastane dışında hastalık tanısı almış bireyleri destekleyen barınma hizmetleri mevcuttur. Bu kapsamda özel korunaklı evler (specialised sheltered houses) ve apartmanlar, ayrıca daha kapsamlı psikiyatrik tedavi sunumu yapan terapötik evler bulunmaktadır (Ulaş, 2008, s. 5). Fransa'da, Türkiye ile benzer şekilde Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri de bulunmakta, gündüz hastaneleri ve gündüz merkezleri ile koordineli bir hizmet sunumu yapılmaktadır. Hollanda'da rehabilite edici hizmetler kapsamında hizmet veren gündüz hastaneleri ile rehabilitasyon merkezleri bulunmaktadır. Ayrıca hastalık yükünün daha ağır olduğu ve uzun süreli tedavi görmesi gereken hastalar için yataklı hastaneler ile hastalığı daha hafif seyreden bireyler için toplum içerisinde destekli grup evleri bulunmaktadır. İngiltere'de, ruh sağlığı hizmetleri toplum ruh sağlığı ekipleri tarafından verilmektedir. Rehabilitasyon hizmetleri, ulusal sağlık sistemi, özel ve gönüllü kuruluşlar ile çeşitli vakıflar aracılığıyla yürütülmektedir. Bu kapsamdaki hizmetleri, yataklı ve ayaktan olmak üzere iki kategoride incelemek mümkündür. Yataklı rehabilitasyon hizmetleri, hastanede ve toplumda yer alan yataklı rehabilitasyon servisleri tarafından verilmekte, süre ve verilen desteğin niteliği açısından sınıflandırılmaktadır. Rehabilitasyon ekipleri, toplum içerisinde ruhsal

hastalık tanısı almış bireylerin barınma, ekonomik, mesleki ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasında rol oynamaktadır. Bu ekip içerisinde ağırlıklı olan sosyal hizmet uzmanları ve psikiyatri hemşiresi bulunmakla birlikte, doktor, ergoterapist ve klinik psikologlar da bulunmaktadır. İspanya'daki rehabilitasyon hizmetlerinde, sosyal bütünleşme ve korunaklı barınma gibi hizmet sunumlarının yer aldığı 'Ara Toplum Hizmetleri' bulunmaktadır. Bu hizmetler daha çok gündüz hastaneleri ve gündüz merkezlerinde verilmekte ancak bu hizmetler bölgesel düzeyde farklılıklar göstermektedir. Bu sebeple 'Ara Toplum Hizmetleri' nin ülke çapında yeterli düzeyde gelişmediği bildirilmektedir (Barquero vd., 2001). İsveç'te ise rehabilitasyon hizmetleri çerçevesinde, hastaların hastane dışında sosyal bütünleşmesini sağlayan ve tedavi sürecine hastaların ailelerinin de dahil edilmesini amaçlayan bir hizmet sunumu yer almaktadır (Stefansson & Hansson, 2001). İtalya'ya bakıldığında zaman rehabilitasyon hizmetlerinin hastane dışında, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ve gündüz hastanelerinde yürütüldüğü görülmektedir (Ulaş, 2008, s. 9).

Psikiyatrik rehabilitasyon programları hastalık tanısı almış bireylerin, hastalığın yol açtığı sosyal, ekonomik, toplumsal, hukuki ve tıbbi sorunlarla başa çıkmasını öğrenmesini sağlamakta, hastaların hastaneye yatışlarını azaltmakta, toplumdaki izole olmasını engellemektedir. Çıtak'a (2007) göre psikiyatrik rehabilitasyon; tanılama, planlama girişim ve değerlendirme olmak üzere dört aşamadan oluşmaktadır (Çıtak, 2007' den aktaran Çölgeçen, 2018, s. 80). İlk aşama olan tanılama aşaması, ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin hali hazırda sahip olduğu beceriler, içinde bulunduğu mesleki, eğitimsel ve toplumsal ortamlardaki işlevselliğinin eskisi gibi olması için gereken destek kaynaklarının belirlenmesini içermektedir. Ayrıca ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin hastalık semptomlarının belirlenmesi, kişilerarası ilişkilerinin incelenmesi, güçlü ve zayıf yönleri, tedaviye uyumu, benlik algısı, içsel motivasyonu ve yaşam becerilerinin tanımlanması da bu aşamada gerçekleşir. Planlama aşamasında, tanılama aşamasında elde edilen bilgiler doğrultusunda yapılacak müdahalelerin planlanması yapılır. Girişim aşamasında ise ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin güçlü yönlerini keşfetmesi, günlük yaşam pratiklerini öğrenmesini sağlamak, psikoeğitim, hastalığın tekrarının önlenmesi için eğitimler verme, davranış geliştirme, sorunlarla baş etme becerilerini geliştirme için eğitimler verme, hastalığın yönetilmesi ve hastalığın

iyileşmesi için hastaları güçlendirme bu aşamadaki uygulamalardandır. Değerlendirme aşamasında ise, ruhsal hastalık tanısı almış bireylere uygulanan programların ne derece etkili olduğu, aile ve çevresi ile etkileşiminin ne düzeyde olduğu değerlendirilmektedir (Çıtak, 2007'den aktaran Çölgeçen, 2018, s. 80).

Koruyucu-önleyici hizmetler, ruhsal hastalıkların başlangıcını önlemeyi veya geciktirmeyi, hastalık tanısı koyulmuşsa hastalığın süresini kısaltmayı ve ruhsal hastalıklar sonucu oluşan yeti yitimlerini azaltmayı amaçlamaktadır (Attepe Özden, 2015a, s. 192). Ruhsal hastalıklar toplumda sosyal, ekonomik ve psikolojik yükler oluşturmakta, ayrıca fiziksel hastalıkların riskini de artırmaktadır (Çölgeçen, 2018, s. 70). Toplum büyük ölçüde etkilediği için de önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmeli, hastalığın getirdiği yüklerin azaltılması ve giderilmesi için de koruyucu ve önleyici hizmetlerin dikkate alınması gerekmektedir. Koruyucu hizmetlerin temelinde ruhsal hastalıklara yönelik risk faktörlerinin varlığı ve bunları önleme düşüncesi ve bu alana yönelik politikaların geliştirilmesi gerekliliği vardır. Bu bağlamda koruyucu ruh sağlığı hizmetleri birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma olmak üzere üç düzeyde sınıflandırılmıştır.

Birincil koruma, ruhsal hastalık tanısı almamış fakat hastalık açısından riskli bireylere yönelik hizmetleri kapsayan koruma düzeyini ifade etmektedir. Bu hizmetlerin amaçları, hastalığa neden olan etkenlerin belirlenmesi ve azaltılması, risk faktörlerinin analiz edilmesi ve hastalığın yayılmasını engellemektir. Bakıldığı zaman birincil korumada, ruh sağlığının kişisel ve toplumsal çalışmalarla korunması amaçlanmaktadır. Makro düzeyde ruh sağlığını olumsuz etkileyen durumları belirleyerek azaltma ve önlemeye yönelik politikalar geliştirmek, yerelden topluma bütün kesimlerde ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık düzeyinin artırılması ve bu kapsamda damgalanmanın önüne geçilmesi için eğitimler yapılması, alkol ve madde bağımlılığının yol açtığı olumsuz etkilere yönelik bilinçlendirme çalışmaları, ebeveynlik becerilerinin artırılması için eğitim planlanması, risk gruplarına yönelik önlemlerin alınması, ruhsal hastalıkların genetik geçişlerini önlenmesine yönelik çalışmalar yapılması, bireyler ve ailelerin sorun çözme, stres düzeylerini azaltma ve kontrol altında tutmalarına yönelik çalışmaların yapılması, ailelerin hastalığın getirdiği yükler hakkında bilgilendirilmesi ve ailelere yönelik destek programlarının artırılarak yeni hizmet modellerinin geliştirilmesi birincil

koruma düzeyindeki hizmetlerdendir (Attepe Özden, 2015a; Compton, 2012; Gözen, 2018; Gözen & Buz, 2020).

İkincil koruma, ruhsal hastalıkların erken teşhis edilmesi ve tedavilerinin en hızlı şekilde yapılmasını içermektedir. Ayrıca ruhsal hastalık süresinin kısaltılması ve hastalıkların süreğen hale gelmesinin önüne geçmek için yapılan çalışmalar da ikincil koruma düzeyindeki hizmetlerdendir (Çölgeçen, 2018, s. 71; Gözen & Buz, 2020, s. 21). Bu kapsamda, toplumda ruhsal hastalıkların erken tanılarına yönelik çalışmalar yapılması, erken tanıya yönelik hizmet veren acil servisler, poliklinikler ve gündüz hastanelerinde verilen hizmetlerin iyileştirilmesi, kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin ve ailelerin hastalığa yönelik tedavi hizmetleri hakkında bilgilendirilmesi, taburculuk işlemleri yapılan hastaların evlerinde takibinin yapılması, kriz yaşayan bireyler ve ailelerine yönelik telefon hatlarının oluşturulması verilen hizmetlerdendir (Attepe Özden, 2015a, s. 193; Gözen & Buz, 2020, s. 22).

Üçüncül koruma, ruhsal hastalık sonucu oluşan davranış bozukluklarını ve yeti yitimlerini gidermek için yapılan çalışmaları kapsamaktadır. Kronik ruhsal hastalıklara yönelik planlanan toplum temelli tedaviler, sosyal beceri eğitimleri, sosyal destek grupları, hasta birey ve ailelere yönelik destek hizmetler (Compton, 2012), gerektiği zaman hastaların kısa süreli hastaneye yatışının yapılması ve hastanın uygun tedavi hizmetlerine yönlendirilmesi, tedavi sonrası hasta ve ailelerine izlemeye yönelik ev ziyaretlerinin yapılması üçüncü düzey koruma hizmetlerindendir (Gözen & Buz, 2020, s. 22).

Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde sosyal hizmet uzmanları, ruhsal hastalık tanısı almış birey ve çevresinin sorunlarla başa çıkma yeteneğini güçlendirmekte, bir toplumda ruhsal hastalık ya da duygu ve davranış sorunları varsa bu sorunların yaygınlığını azaltmayı amaçlamaktadır. Bu kapsamda yapılan çalışmalar, önleme, eğitim ve bilinçlendirme çalışmalarıyla ruh sağlığının korunmasını ve geliştirilmesini, temel ihtiyaçlar için yeterli standartların oluşturulmasını ve ruhsal hastalıkların yol açabileceği risklere karşı özel korumayı içermektedir. Sosyal hizmet uzmanları bu kapsamda sosyal ve duygusal destek, sağlıklı ilişkilerin oluşturulması, toplum düzeyinde bilgi ve

becerilerin geliştirilmesi ve sosyal adalet için savunuculuk ile ilgili birey, grup ve toplum düzeyinde çalışmalar yapar (CASW, 2020).

Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerine sosyal hizmet perspektifinden bakıldığı zaman, sosyal hizmet uzmanlarının bu alanda ekip çalışması içerisinde rol aldığı görülmekte ve riskli gruplara yönelik koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin 2011-2023 yılları arasında kapsayan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında (Sağlık Bakanlığı, 2011b) yer verilen 4.3 numaralı maddede birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilerek, aile hekimlerinin koruyucu ruh sağlığı ile ilgili bilgilendirilmesinin gerekliliği belirtilmektedir. Bu kapsamdaki halihazırda yürürlükte olan koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin; ayrımcılıkla mücadele ve damgalama, çocukların psikososyal gelişimini desteklemeye yönelik programlar, kadına yönelik ve aile içi şiddeti önlemeye yönelik risklerin değerlendirilmesi, güvenlik planları oluşturulması, adli sürecin başlatılması ve psikososyal destek hizmetlerinin yönlendirilmesine yönelik hizmetlerde sağlık çalışanlarının tümünün bilinçlendirilmesine yönelik eğitimlerin verilmesi, güncel psikiyatri yaklaşımları dikkate alınarak ruhsal hastalıkların erken tanı, tedavisi ve oluşabilecek riskler, psikososyal destek, stres yönetimi, intiharı önleme gibi konularda bireysel ve toplumsal düzeyde farkındalık artırıcı eğitimlerin verilmesi olduğu görülmektedir (Çölgeçen, 2018; Sağlık Bakanlığı, 2011b).

Belirtildiği gibi ruhsal hastalıklarda farmakolojik tedaviler ve hastane yatışları tam iyileşme sağlayamamaktadır. Bu tür hastalıklarda koruyucu ve rehabilite edici (Sönmez, 2009, s. 10) tedavilerin önemi yadsınamayacak ölçüde büyüktür ancak DSÖ tarafından dünyada ve Türkiye'deki sağlık sistemlerinin kronik ruhsal hastalık yüküne yeterince cevap veremediği ve bu kapsamdaki tedavi boşluklarının oldukça yaygın olduğu bildirilmektedir (WHO, 2021). Düşük ve orta gelirli ülkelerdeki ruhsal hastalığı olan kişilerin %76-85'i hastalıklarına yönelik tedavi görmediği görülmekte; yüksek gelirli ülkelerde ise bu oranın %35-50 arasında olduğu belirtilmektedir (Demircioğlu, 2019, s. 6-8; WHO, 2021). Belirtilen oranlara bakıldığında ruhsal hastalıklara ve ruhsal hastalık tanısı almış bireylere ve ailelere yönelik hizmetlerin yetersiz olduğu bu kapsamda yeterli bilincin oluşmadığı görülmekte, bu durumun hem hastalara hem de bakım verenlerin zorluklar yaşamasına neden olacağı düşünülmektedir.

Dünya’ da hem görülme sıklığı fazla olan hem de en fazla yeti yitimine sebep olan kronik ruhsal hastalıklar; psikolojik, sosyal hukuki, ekonomik ve tıbbi boyutlarda çeşitli sorunları ortaya çıkarmaktadır. Belirtilen sorunların çözülmesi, hastaların yaşam kaliteleri ve işlevselliklerinin artırılması, topluma kazandırılması, bakım verenlerin bakım sorumluluklarından kaynaklanan sorunların çözümlenmesi ve bakım yüklerinin azaltılarak ruhsal iyilik hallerinin artırılması için hasta ve ailelerin biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden bütüncül bakış açısıyla değerlendirilmesi ve sağlığın tanımında olduğu gibi tam bir iyilik halinin sağlanması gerekmektedir. Doktor ve hemşire gibi tıbbi profesyoneller, hastalığın tıbbi boyutuna odaklanırken psikiyatri ekibi içerisindeki sosyal hizmet uzmanları da hastalığın sosyal boyutuna odaklanmaktadır. Çölgeçen (2018) çalışmasında sosyal hizmet uzmanlarının tedavi edici hizmetlerde psikiyatri ekibinin bir üyesi olarak görülmediğini belirtmiştir. Bunun nedeninin ise sosyal hizmet uzmanlarının sayıca az olması ve kliniklerden farklı bir binada çalışmaları, hekimlerin talepleri doğrultusunda hizmet sunmaları ve psikiyatri ekibiyle iletişim sorunları olduğunu belirtmiştir (Çölgeçen, 2018, s. 175). Bu kapsamda tedavi edici hizmetler içerisinde, sosyal hizmet uzmanlarının sayıları artırılmalı, uzmanlar psikiyatri ekibi içerisine dahil edilmeli, ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin çevresi içerisinde değerlendirilebilmeleri için ev ziyaretleri yapılmalı, hasta ve hasta yakınları sosyal hizmet uzmanları tarafından sosyal hakları konusunda bilinçlendirilmeli ve sosyal hizmet uzmanları hastalıkların sosyal boyutu konusunda psikiyatri ekibini bilgilendirmeli ve sosyal sağlığın önemine vurgu yapmalıdır.

Türkiye’de ise rehabilite edici hizmetler daha çok Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde uygulanmaktadır ve merkezlerde kronik ruhsal hastalıkların sosyal boyutunun öne çıkarıldığı görülmektedir (Çölgeçen, 2018, s. 180). Rehabilite edici hizmetler kapsamında da ekip çalışmasının öne çıktığı ve hastanelere göre Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerindeki ekip uyumunun daha fazla olduğu görülmektedir. TRSM’lerde psikososyal beceri eğitimleri, birey ve ailelere yönelik psikoeğitimler, terapiler, sosyal destek programları ve damgalama ile mücadele çalışmaları yapılmaktadır. TRSM’lere düzenli devam eden hastaların hastaneye yatışlarının azaldığı, iyileşmeye yönelik inançlarının arttığı, hastaların ailelerinde ise bakım yükü düzeylerinin düşük olduğu (Bilgen vd., 2020, s. 305) saptanmıştır. Bekiroğlu ve Attepe Özden (2021), ağır ruhsal

hastalıklara yönelik psikososyal müdahaleleri inceledikleri çalışmalarında uygulanan psikoeğitimlerin daha çok hastalara yönelik olduğu, ailelerin de dahil olduğu programların sınırlı olduğunu belirtmişlerdir. Bu kapsamda ailelerin sorunlarını çözmeye ve hastalık konusunda bilinçlenmelerine yönelik programlarının artırılması, toplum tarafından TRSM'lerin tanınması ve ruhsal hastalıklar hakkında bilgilendirilmesi için sosyal hizmet uzmanları tarafından yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca her TRSM'de sosyal hizmet uzmanı sayısının yeterli olmadığı, hastane bünyesinde çalışan uzmanların TRSM'lerde görevlendirme ile çalıştıkları görülmektedir. Bu kapsamda sosyal hizmet uzmanı sayısı artırılmalıdır.

Koruyucu-önleyici hizmetler, birincil, ikincil ve üçüncül koruma düzeyindeki hizmetleri kapsamaktadır. Çölgeçen (2018) çalışmasında psikiyatri ekibinin koruyucu ve önleyici hizmetler kapsamında sadece birincil koruma hakkında bilgi sahibi olduklarını belirtmiştir. Bu kapsamda hizmet verenlerin tüm koruma düzeyleri konusunda bilgi sahibi olmaları için çalışmalar yapılmalı, çalışmalara sosyal hizmet uzmanlarının katılımı sağlanmalı, çalışmalar sonrasında da toplumun ruhsal hastalıklar konusunda bilgi sahibi olması sağlanmalıdır.

Bir sonraki başlıkta kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım vermenin birey ve aileleri üzerindeki etkilerine değinilmiş; bakım sorumluluğu sırasında karşılaşılan güçlükler sonucunda oluşan bakım yükü ve bakım yükünün bakım veren, bakım alan ve sosyal faktörlerden kaynaklanan etkileri üzerinde durulmuştur

2.6. BİR SOSYAL HİZMET UYGULAMASI OLARAK TÜRKİYE'DE EVDE BAKIM

Hastane temelli bakımdan toplum temelli bakıma yönelmenin etkisi neoliberal politikalarla sosyal harcamaların azaltılması, ülkelerin yaşadığı ekonomik ve sosyal sorunlar ve nüfusun artmasıyla sağlık kapasitelerinin yetersiz duruma gelmesi, evde bakım hizmetlerinin gündeme gelmesine neden olmuş ve evde bakım bir sosyal politika alanı olarak kabul edilmeye başlamıştır (Ağcasulu, 2021, s. 169; Çoban & Esatoğlu, 2004, s. 118). Bir sosyal politika uygulaması olarak Türkiye'de evde bakım uygulaması,

engellilik, yaşlılık ve hastalık gibi durumlar nedeniyle bakıma ihtiyaç duyan kişiler için planlanmış ve hayata geçirilmiştir.

Türkiye, refah modeli sınıflandırmasında Güney Avrupa refah modeli içerisinde yer almakta ve çalışma yaşamına dayanan primli sigorta modelini benimsemektedir. Bakım politikaları bağlamında değerlendirildiğinde ise enformel bakım modelinin desteklendiği politikaların olduğu görülmektedir. Türkiye’de evde bakım, merkezi hükümet, yerel yönetimler ve bakanlıklar tarafından, hizmet sunumundan ziyade nakdi yardım şeklinde uygulanmaktadır. Evde bakım uygulaması, bakıma ihtiyacı olan birey ve ailesine nakdi yardımın yanında psikososyal destek sağlamayı da vadettiği için bir bütün olarak ailenin işlevselliğini artırmayı ve bakıma ihtiyacı olan bireyin, kurum bakımına gitmesini geciktirmeyi amaçlamaktadır. Kurum bakımına gitmeyi geciktirmek de hem bakıma ihtiyacı olan bireyin ruhsal iyilik halini hem de oluşturduğu yüksek maliyetli bakım giderlerini azaltmak için istenmektedir (Aygüler & Ayalp, 2018, s. 4).

ASHB’nin engelli bireylerin bakımı ile ilgili çalışmaları 2005 yılında yayımlanan 5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun ile başlamıştır. Bu kapsamda engellilik sınıflandırmaları, engelli bireylerin bakımı ve ihtiyaçlarının tespit edilmesi gibi birçok alanda bakanlığın çalışma alanlarına dahil edilmiştir. Bu kapsamda sunulan hizmetlerden asıl sorumlu olan birimin ASHB çatısı altındaki Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü’dür. Bu sebeple çalışmamızda Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının 2006 yılında yayımladığı “Bakıma Muhtaç Engellilerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik” kapsamındaki uygulamalar ele alınacaktır.

ASHB, 2006 yılında engelli bakımında alışılmış toplu kurum bakımı hizmetlerinde değişikliğe giderek bakıma ihtiyacı olan bireylerin kışla tipi ve çok yataklı kurumlar yerine yaşadığı ortamda aile bireyleriyle birlikte kalmalarını sağlayacak evde bakım uygulamasını başlatma kararı almıştır. Ailesinde engelli ya da süregen hastalık tanısı alıp ağır engelli raporu almış olan kişilere, Yönetmelikteki belirlenen şartları taşımaları, aile içerisindeki engelli bireylerin bakımını üstlenerek yasal sorumluluklarını almaları şartıyla nakdi yardım verilmeye başlanmıştır. 2007 yılında 28.583 kişi ile başlayan evde

bakım yardımı 2021 yılı Ağustos ayı itibari ile 583.805 kişinin yararlandığı bir uygulama olmuştur (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2021).

Bakıma Muhtaç Engellilerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik' e göre Aile ve Sosyal Hizmetler il ve ilçe müdürlükleri ile sosyal hizmet merkezleri evde bakım aylığı bağlama konusunda yetki sahibi kuruluşlardır. Belirtilen kuruluşlarda “Bakım Hizmetleri Değerlendirme Heyeti” bulunmakta ve heyet, bakım alan ve bakım verip evde bakım aylığı almak isteyen bireye yönelik sosyal inceleme raporu yazmakta, bireysel bakım planı oluşturmakta, bakım hizmetlerine yönelik gözlem ve kontrol yapmaktadır (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2006). Heyetin yaptığı sosyal inceleme ve oluşturduğu bakım planı doğrultusunda il müdürlüğünün de onay vermesinden sonra bakım vermek isteyen bireye, evde bakım aylığı bağlanmakta ve söz konusu heyet bakım veren kişinin bakım sorumluluğunu yerine getirip getirmediğini belirli aralıklarla denetlemekte ve bu durumu raporlarında da belirtmektedir.

Evde bakım aylığı almak için, iki temel şart bulunmaktadır. Bu şartlardan ilki bakıma ihtiyacı olan bireyin Sağlık Bakanlığının uygun bulunduğu hastanelerden en az %50 engel oranı olduğunu belirtmesi ve kişinin engelli sağlık kurulu raporunda “tam bağımlı” ibaresinin yer almasıdır (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2006). İlk şartta yaş ve engel türü belirtilmemekte, bu durum da herhangi bir engel türüne sahip yaşlı, çocuk ve yetişkinlerin evde bakım uygulamasından yararlanabileceği bir uygulama olduğunu göstermektedir (Özateş, 2015) ancak her engel türünün tedavi ve bakım giderleri farklılık göstermekte, bakım veren bireylere oluşturduğu yük ve verilen emek de engel türüne göre değişmektedir. Bakanlık bu faktörleri dikkate almayarak uygulamadan yararlanmak isteyen herkesi aynı koşullar bağlamında değerlendirmekte, bakım verme derecesi ve kişilerin yaşadıkları zorluklar dikkate alınmamaktadır. İkinci şart ise bakıma ihtiyacı olan bireyle aynı hanede yaşayanların aylık net gelir tutarının asgari ücretin 2/3'ünden fazla olmaması gerekliliğidir (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2006). Bu kapsamda bakıma ihtiyaç duyan bireyin sosyal güvence durumu dikkate alınmamakla birlikte yoksulluk durumu bir koşul olarak belirtilmekte, bakım vermek isteyen aile üyelerinin gelirlerinin tespit edilmesinin ardından ekonomik yoksunluk içinde olmadığı saptanan bakıma ihtiyacı olan bireylerin, bakım ihtiyacı, aylık giderleri ve tedavi

masrafları yok sayılmakla birlikte bakım bir kamusal hizmet değil yalnızca ‘muhtaç’ durumda olanların yararlanabileceği, nakdi yardımlarla desteklenecek bir iş olarak görülmektedir (Özateş, 2015). Bu iki temel şart sağlandığında bakım aylığına başvuru yapılabilmektedir ancak evde bakım ağılığının kabul edilmesi için öncelikle bakım verecek kişinin, bakıma ihtiyacı olan bireyin birinci dereceden akrabası ya da yasal vasisi olması gerekmekte, bununla birlikte bakım verecek kişinin bakıma ihtiyacı olan bireye baktığı için aylık alacağından herhangi bir yerde çalışmıyor olması gerekmektedir. Dahası bakım verecek bireyle bakıma ihtiyacı olan bireyin aynı adreste ikamet etmesi gerekmektedir. Nadir durumlarda ikamet şartı esnetilebilmekte, evde bakım heyeti tarafından yapılan inceleme sonucunda uygun görülürse, bakım veren bireyle bakıma ihtiyacı olan bireyin aynı adreste ikamet etmemelerine, bakım veren kişinin, bakıma ihtiyacı olan bireyin 24 saatlik ihtiyacını karşılayabilecek durumda olması ve günün 8 saatini birlikte geçirecek olmaları şartıyla kabul edilmektedir (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2006). Söz konusu şartlara bakıldığında, evde bakım uygulamasının bakım veren aile üyesinin kendi özel ilgi alanlarına ayırıp sosyalleşebileceği bir vakit ya da herhangi bir ihtiyacı olduğunda kullanabileceği bir izin olanağı tanımadığını ve bu durumun ev içinde gerçekleştirilen bakım sorumluluğunun şartlarını daha da ağırlaştırdığını söylemek mümkündür (Özateş, 2015). Ayrıca bakım sorumluluğunun 24 saat olması şartını karşılayan kişinin Türkiye’deki ataerkil toplum yapısından dolayı kadınlar olacağı düşünülmektedir. Çünkü bu bakış açısına göre evdeki erkek evin ‘reisidir’ ve erkeklerden beklenen çalışıp gelir getirmesi ve evin ihtiyaçlarını karşılaması, kadınların ise evde düzenini sağlaması, bakıma ihtiyacı olanların sorumluluklarını üstlenmesi, ev işlerini yapması kısaca ücretsiz ev içi emeğini sürdürmesidir. Bu durum, kadınların sosyal güvenceye sahip bir işte çalışmasını engellemekte, içinde bulunduğu koşulları daha da zorlaştırmaktadır. Evde bakım uygulaması kapsamında verilen ücretin (3340 TL) asgari ücretten (5500 TL) az olduğu göz önüne alındığında, bakım veren bireylerin bakım vermelerinden kaynaklanan bakım yükü artmakta ve bakım vermeye yönelik motivasyon kaynağı da kalmamaktadır. Ayrıca evde bakım uygulaması kapsamında bakım verenler, sosyal güvenlik sistemi dışında bırakılmakta, emeklilik, sağlık ve kaza gibi durumlarda sosyal haklar sağlamamaktadır. Bu durum, evde bakım uygulaması kapsamında verilen nakdi yardımın, bir maaş olarak değerlendirilmesini olanaksızlaştırmaktadır. Evde bakım

uygulamasını bir sosyal yardım olarak da çerçeveselendirilememektedir çünkü bakım veren bireye evde bakım heyeti tarafından oluşturulan bakım planı çerçevesinde 24 saatlik bir bakım planı oluşturulmakta ve bakım veren birey günün herhangi bir saatinde bakımı bir başkasına devredememektedir (Aygüler & Ayalp, 2018).

Evde bakım uygulamasında bakım alan ve bakım veren bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek, biyolojik, psikolojik ve tıbbi ihtiyaçlarını karşılamaya yardımcı olmak amaçlansa da pratikte bu amaçların karşılanamadığı görülmektedir. Uygulama, bakım veren ve bakım alan bireylerin yaşam standartlarını yükseltmek yerine az miktardaki ekonomik destekle bakıma ihtiyacı olan bireyin tüm sorumluluklarını aile içinden bir kişiye resmi olarak devretmesine neden olmaktadır. Ayrıca evde bakım uygulamasından yararlananlar Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı ya da özel hizmet veren herhangi bir yatılı ya da gündüzlü bakım merkezine başvuru yapamamakta, kurum bakımı talep edememektedir. Bu doğrultuda da bakanlık yeni bakım ve rehabilitasyon merkezi açma gereksinimi duymamaktadır. Mevcut kurumlar da yeni talepler oluşmadığı için yeterli olarak görülmektedir. Söz konusu bu durum istatistikî verilere de yansımakta, 2010 yılından beri sıra bekleyen ve kurum talep eden engelli bireyin olmadığı görülmektedir (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2021, s. 46). Evde bakım uygulamasından yararlanmak isteyip başvurusu kabul edilen bireylere, başvuru yaptıkları ve kabul edildikleri birim tarafından bakımla ilgili bilgiler verilmektedir. Ancak bu eğitimler kalabalık bir kitleye yapıldığı ve sadece bakıma başlandığı dönemle sınırlı kaldığı için kalıcı olmamaktadır. Ayrıca eğitimlerle hedeflenen davranış değişikliği ve farkındalık kazandırma amaçları dikkate alınmamakta, eğitimlerin sonunda ölçme ve değerlendirme yapılmamaktadır. Eğitime katılanların tamamının öğrenme çıktılarını kazandığı kabul edilmekte, bakım yükünü azaltacak ve yaşanan güçlüklerle nasıl baş edebilecekleri ile kişileri güçlendirmeye, ruhsal iyilik hallerini artırmalarının dikkate alınmadığı görülmektedir (Aygüler & Ayalp, 2018).

Türkiye’de bakım politikalarının aileyi ön plana çıkardığını gösteren bir diğer yönetmelik de ‘Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Müdürlüğü Özürlülerin Bakımı, Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik’tir. Bu yönetmeliğin 7. maddesinde engelli bakımının engelli bireylerin ailesinin yanında yapılmasına öncelik verildiği, yatılı merkezlerde sunulan bakımın ise ailesi olmayan ya

da ailesi yanında bakılamayan engelliler için alternatif bir hizmet modeli olarak sağlanacağı ifade edilmiştir (Özateş, 2015). Kamusal bakımın sınırlı sayıda olduğu durumlarda ise özel bakım kuruluşları engelli bakımını üstlenmektedir ancak bu kuruluşlar kâr amacıyla hizmet verdiği için oldukça maliyetlidir. Ayrıca bu özel kuruluşların da devlet tarafından kamu bütçesinden desteklendiği belirtilmektedir (Özdek, 2011'den aktaran Özateş Gelmez, 2016). Bu noktada kurum bakımı hizmetleri sadece yüksek gelirli ailelerin karşılayabildiği bir hizmet modeli olmakta; orta ve alt sınıf aileler için ise bakımın aile içerisinde ve evde gerçekleştirilmesi zorunlu kılınmaktadır.

Özetle bakımın devletin sorumluluk alanları arasında yer aldığı ve kişilere vatandaş olmalarından kaynaklı sahip oldukları temel haklar bağlamında sağlanması gerekliliği ifade ediliyor olsa da (Özateş Gelmez, 2015, s. 60) bakım hizmetlerinin Türkiye’de ‘sosyal hak’ olarak değil, ‘sosyal yardım’ olarak yürütüldüğünü, evde bakım uygulamasının bireylerin ihtiyaçlarını bütüncül olarak ele almadığını, bakım veren bireylerin özellikle de kadınların bakım yükünü azaltacak ve güçlenmelerini sağlayacak psikososyal destek, farkındalık temelli eğitim ve uygulamaların olmadığını, bakım verenlerin kendilerine ait zaman yaratmalarını sağlayacak imkan tanınmadığını, evde bakım uygulamasının sigorta sistemlerine dahil edilmediği için bakım hizmeti veren bireylerin uzun vadede yoksulluk riskiyle karşı karşıya kaldığını söylemek mümkündür.

3. BÖLÜM: YÖNTEM

Bu bölüm, araştırmanın modeli, evren ve örneklem, verilerin toplanması, süre ve olanaklar, verilerin analizi alt başlıklarından oluşmaktadır.

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu araştırmada öncelikle kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükü düzeylerinin ve ruhsal iyilik hallerinin ortaya çıkartılması amaçlanmıştır. İkinci olarak bakım yükü düzeylerinin ve ruhsal iyilik hallerinin sırasıyla cinsiyete ve hastaya yakınlık durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesi amaçlanmıştır. Ardından katılımcıların bakım yükü düzeylerinin ve ruhsal iyilik hallerinin bakım verme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğinin ortaya çıkartılması amaçlanmıştır. Son olarak ise bakım veren aile üyelerinin bakım yükünün, ruhsal iyilik halleri düzeylerine etkisinin ölçülmesi amaçlanmıştır. Bu bağlamda araştırmanın yöntemi, araştırmanın sözü edilen amaçlarına uygun olarak nicel araştırma olarak belirlenmiştir.

Araştırmada, araştırmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerinin ortaya konulması, bakım yükünün ve ruhsal iyilik hallerinin ortaya çıkartılması amaçlanmıştır. Ayrıca bakım yükü ve ruhsal iyilik hallerinin bağımsız değişkenler açısından incelenmesi ve bakım yükünün ruhsal iyilik hali üzerindeki etkisini ortaya çıkartılması amacıyla tarama modeli ve ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır.

Tarama modeli, bir evren içerisinde seçilen bir örneklem üzerinden yapılan araştırma yoluyla evren genelindeki eylem, tutum ve görüşlerin nicel veya numerik olarak betimlenmesini sağlamaktadır. Bu modelde araştırmacı, örneklemde elde edilen veriler ışığında evren hakkında çıkarımlarda bulunabilmektedir (Creswell, 2017, s. 155-157). İlişkisel tarama modelinde ise değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla iki

veya daha fazla değişken arasındaki ilişki düzeyi istatistiksel testler kullanılarak ölçülmeye çalışılır (Aziz, 2015, aktaran Bozan, 2019, s. 57).

3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Antalya ilinde yaşayan kronik ruhsal hastalık tanısı almış bir birey için evde bakım uygulamasından yararlanan 1990 hane bu araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Tablo 1’de görülebileceği gibi Antalya Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğünden 2022 yılı Ocak ayında alınan bilgiye göre, evde bakım uygulamasından yararlanan söz konusu hanelerde kronik ruhsal hastalık tanısı almış bir hastaya 756 kadın, 1234 erkek bakım vermektedir.

Araştırmanın örneklemini tabakalı örnekleme modeli olarak belirlenmiştir. Tabakalı örnekleme modelinde evrendeki alt gruplar belirlenerek bu grupların evren büyüklüğü içindeki oranlarıyla örnekleme temsil edilmeleri amaçlanmaktadır (Büyüköztürk vd., 2016, s. 86-88). Evde bakım uygulaması kapsamında Antalya ilinde (ilçeler de dahil olmak üzere) 1990 bakım veren haneden %95 güven aralığında, 0.05 anlamlılık düzeyinde 322 hane bu araştırmada örneklem olarak belirlenmiştir. Araştırmada örneklemini evrene genellemek amaçlanmış, bu kapsamda, ilçelerde evde bakım uygulamasından yararlanan bireyler de örneklem sayısına dahil edilmiştir. Araştırma için ilçeler bazında örneklem hesaplaması yapılırken; her ilçedeki bakım veren kişi sayısı toplam evren sayısına bölünmüş ve oran katsayısı elde edilmiştir. Daha sonra bu katsayı örneklem sayısı olan 322 ile çarpılmış ve her ilçe için anket yapılacak kişi sayısı elde edilmiştir. Bu sayı ikiye bölünmüş ve kadın ve erkek sayıları ayrı ayrı gösterilmiştir. Evde bakım uygulaması kapsamında nakdi yardım alarak bakım veren kişi ile aynı hanede yaşayan ve bakım sorumluluğunu paylaşan yetişkin bir hane üyesinin bakım yükü ve ruhsal iyilik hallerini karşılaştırmak amaçlandığından toplamda 644 kişiyle anket uygulaması yapılması planlanmıştır. 322 hanede anket uygulaması gerçekleştirilmiş, her hanede gönüllü olan iki kişiyle araştırma gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda araştırmaya katılmaya gönüllü olan 322 hanede anket uygulaması yapılmış, 9 hanede katılımcılar görüşme sırasında araştırmaya katılmaktan vazgeçmiş, vazgeçen katılımcılardan alınan veriler araştırmaya dahil edilmemiş ve 313 haneden toplam 313

bakım veren ve bakım verenle aynı hanede yaşayan 129 yetişkin aile üyesi olmak üzere toplam 442 kişi araştırmaya dahil edilmiştir.

Tablo 1: *Evde Bakım Uygulaması Kapsamında Antalya İli İlçelerinde Kronik Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Bireylere Bakım Verenler*

Antalya İli İlçeleri	Kadın	Erkek	Örnekleme Alınacak Kadın Sayısı	Örnekleme Alınacak Erkek Sayısı
AKSEKİ	6	4	1	1
ALANYA	102	177	22	22
ELMALI	14	17	2	2
FİNİKE	16	23	2	2
GAZİPAŞA	35	45	6	6
GÜNDOĞMUŞ	3	2	1	1
KAŞ	17	33	4	4
KORKUTELİ	16	23	3	3
KUMLUCA	17	30	4	4
MANAVGAT	97	117	18	18
SERİK	34	60	8	8
İBRADI	4	7	1	1
KEMER	6	13	2	2
DEMRE	11	7	1	1
AKSU	17	30	4	4
DÖŞEMEALTI	17	25	3	3
KEPEZ	184	309	40	40
KONYAALTI	30	68	8	8
MURATPAŞA	130	244	30	30
TOPLAM	756	1234	161	161

3.3. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmada ruhsal hastalara bakım verenlerin tanıtıcı bilgilerini içeren “Sosyodemografik Bilgi Formu”, bakım verenlerin bakım yükünün değerlendirilmesini amaçlayan “Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği” ve bakım verenlerin ruhsal iyilik hallerinin belirlenmesini amaçlayan “PERMA İyi Oluş Ölçeği” kullanılmıştır. Veriler kurumların ve katılımcıların izinleri doğrultusunda telefon görüşmeleri yoluyla toplanmıştır.

3.3.1. VERİ TOPLANMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama araçları olarak kronik ruhsal hastalara evde bakım uygulaması kapsamında bakım veren kişilere ve aynı hanede yaşayan yetişkin hane üyelerine ilişkin tanıtıcı bilgileri elde etmek amacıyla hazırlanmış olan Sosyodemografik Bilgi Formu, bakım veren aile üyelerinin bakım yüklerini belirlemeye yönelik verilerin elde edilmesini amaçlayan Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği ve bakım veren aile üyelerin ruhsal iyilik hallerinin belirlenmesini PERMA İyi Oluş Ölçeği kullanılmıştır.

3.3.1.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacının kendisinin hazırladığı, katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, çocuk sahibi olma durumu, hastaya kaç yıldır bakım verdiği, bakım verdiği bireyle yakınlık derecesi vb. bilgilere ulaşmak amacıyla sorulan 33 sorudan oluşmaktadır.

3.3.1.2. Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği

Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği, Zarit ve arkadaşları tarafından 1980 yılında ilk olarak demans hastalarına bakım verenlerin bakım yükünü değerlendirmek için geliştirilmiştir (Zarit vd., 1980, s. 650). Ölçek daha sonra ise şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin bakım yükünü değerlendirmek amacıyla da kullanılmıştır. Ölçeğin soruları bakım vermenin bakım veren birey üzerindeki etkilerini belirleyen 22 ifadeden oluşmakta, araştırmacı tarafından sorularak ya da bakım verenlerin kendisi tarafından cevaplanabilmektedir. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık ya da hemen her zaman şeklinde 1'den 5'e kadar değişen Likert tipi bir değerlendirmeye sahiptir. Yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,91 olarak hesaplanmış; görüşmeciler arasındaki tutarlılık katsayısı ise 0,63 olarak saptanmıştır (Zarit vd., 1980).

Faktör analizi sonucunda ölçeğin, ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, sinirlilik ve kısıtlanmışlık, toplumsal ilişkilerde bozulma, ekonomik yük ve bağımlılık olmak üzere 5 alt boyuttan oluştuğu görülmekte; ölçek puanının yüksek olması hissedilen

yükün de yüksek olduğunu göstermektedir (Özlu vd., 2009). Ölçeğin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özlu ve arkadaşları tarafından 100 şizofreni hastasına bakım veren yakınlar üzerinde yapılmış olup Cronbach’s Alpha değeri 0,83 olarak saptanmıştır. Ölçek maddelerinin toplam puan korelasyonu 0,33 ile 0,75 arasında değişiklik göstermiştir. Araştırma sonucunda ölçeğin ciddi ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verenlerin bakım yükünü değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptanmıştır (Özlu vd., 2009, s. 39-42).

3.3.1.3. PERMA İyi Oluş Ölçeği

Perma İyi Oluş Ölçeği, Martin Seligman’ın Perma iyi oluş modeline göre Butler ve Kern tarafından (2016) geliştirilmiş; Türkçeye uyarlaması Demirci ve arkadaşları (2017) tarafından yapılmıştır. Ölçek 15 madde ve 5 alt boyutu ölçen (olumlu duygular, bağlanma, olumlu ilişkiler, anlam, başarılar) ve her alt boyutu ölçmek için 3 maddeden oluşmaktadır. Türkçeye uyarlaması Demirci ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan ölçeğin; Butler ve Kern, (2016) tarafından geliştirilen orijinal formunda, 15 maddeye 8 madde daha eklenerek “sağlıklı olma hissi”, “olumsuz duygular” ve “yalnızlık” da ölçülmek istenmiştir. Ölçekte 7, 12, 14 ve 20. maddeler ters kodlanmaktadır. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapıldığı araştırmada, Cronbach’s Alpha katsayısı ölçeğin toplam puanı için 0,91; “olumlu duygular” alt boyutu için 0,81; “bağlanma” alt boyutu için 0,61; “olumlu ilişkiler” alt boyutu için 0,61; “anlam ve başarı” alt boyutu için 0,77 ve 0,70; “olumsuz duygular” alt boyutu için, 0,61 ve son olarak sağlık alt boyutu için 0,79 olarak hesaplanmıştır (Demirci vd., 2017, s. 70). Bu bağlamda iyi oluşu, olumlu duygular, bağlanma, olumlu ilişkiler, anlam ve başarıdan oluşan 5 alt boyutla birlikte ölçen PERMA ölçeğinin, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu söylemek mümkündür.

3.3.2. VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Araştırma için Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünden 13/07/2021 tarihinde araştırma izni, Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Komisyonu Sosyal Beşerî Bilimler Kurulundan 02/11/2021 tarihli etik komisyon izni ve

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Eğitim ve Yayın İdaresi Başkanlığından 04/01/2022 tarihli araştırma izni alınmıştır.

Örnekleme dahil edilen hanelere Antalya Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü aracılığı ile telefon numaraları alınarak ulaşılmıştır, haneler, İl Müdürlüğündeki personeller gözetiminde tek tek aranarak görüşülen kişilere öncelikle araştırmanın hangi amaçla yapıldığı ve yöntemi açıklanmış, araştırmaya katılımın gönüllü olduğu, toplanan verilerin gizli olacağı, bu araştırmada onlardan herhangi bir ücret talep edilmeyeceği ve kendilerine herhangi bir ücret verilmeyeceği bilgisi aktarılmıştır. Bu kapsamda araştırmaya katılmaya gönüllü olan bakım verenlerin yanı sıra aynı hanede yaşayan yetişkin aile üyesinin sözlü onamları alınmıştır, katılımcılara önce Whatsapp aracılığı ile anket formu gönderilmiş ancak bu yöntemle araştırma verileri sağlıklı toplanamadığı için katılımcılar tek tek aranmış ve anket sorularının telefon görüşmesi aracılığı ile cevaplanması sağlanmıştır. Anket sorularının cevapları, veri toplama aşamasında eş zamanlı olarak araştırmacı tarafından oluşturulan Google Formla işlenmiştir. Sorular ve anketlerdeki ifadeler anlaşılmadığında tekrar sorulmuş, ek açıklamalar yapılmış ve böylece bakım veren aile üyesinin ve aynı hanede yaşayan yetişkin aile üyesi bir kişinin soruları yanıtlanması sağlanmıştır. Araştırma 25-30 dakika civarında sürmüştür ve araştırma verileri 10/01/2022-06/06/2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasından sonra Google Formlara işlenen veriler, önce Microsoft Excel'e oradan da SPSS V27 paket programına aktarılmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın saha çalışmasının, COVID-19 pandemi sürecine denk gelmesi sebebiyle verilerin katılımcılarla yüz yüze görüşerek değil, Google Formlar ya da telefon görüşmeleri aracılığıyla toplanmış olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

3.5. SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırma verileri, ilgili kurumlardan izinlerin alınması ardından 2021-2022 akademik yılı Güz ve Bahar dönemlerinde, 10/01/2022-06/06/2022 tarihleri arasında araştırmacının kendi olanaklarıyla toplanmıştır.

3.6. VERİLERİN ANALİZİ

Bu araştırma sonucunda elde edilen veriler araştırmacı tarafından Excel'den SPSS V27 paket programına aktarılmış, öncelikle araştırma sonucunda elde edilen verilerin güvenilirlikleri test edilmiştir. Bu kapsamda, Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği'nin toplam puanlarına ilişkin yapılan güvenilirlik analizi sonucuna göre Cronbach's Alpha katsayısı 0,95 olarak hesaplanmıştır. Alt ölçek puanları ise sırasıyla “ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması (2, 3, 10, 11, 12, 17 ve 19. Maddeler)” için 0,85; “sinirlilik ve kısıtlanmışlık (5, 9 ve 22. Maddeler)” için 0,46; “toplumsal ilişkilerde bozulma (6, 13, ve 18. Maddeler)” için 0,83; “ekonomik yük (15, 20, 21, 7. Maddeler)” için 0,38 ve “bağımlılık (8 ve 17. Maddeler)” için 0,76 olarak bulunmuştur. PERMA İyi Oluş Ölçeği'nin toplam puanlarına ilişkin elde edilen Cronbach's Alpha katsayısı 0,87 olarak; alt ölçek puanları ise sırasıyla “olumlu duygular (5, 10 ve 22. Maddeler)” için 0,71; “bağlanma (3,11 ve 21. Maddeler)” için 0,73; “olumlu ilişkiler (6,15 ve 19. Maddeler)” için 0,70; “anlam (1, 9 ve 17. Maddeler)” için 0,67; “başarılar (2,8 ve 16. Maddeler)” için 0,66; “sağlıklı olma hissi (4,13 ve 18. Maddeler)” için 0,74; “olumsuz duygular (7, 14 ve 20. Maddeler)” için 0,4; olarak bulunmuştur. Buna göre her iki ölçeğin de oldukça güvenilir sonuçlar verdiğini söylemek mümkündür.

Verilerin güvenilirlik analizinde sonra, normal dağılım gösterip göstermediğine karar vermek için skewness (çarpıklık) ve kurtosis (basıklık) değerlerine bakılmıştır. Bu değerler Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği ortalaması için -0,529 ve -0,615; PERMA İyi Oluş Ölçeği ortalaması için 0,178 ve -0,283 olarak saptanmıştır. Bu çerçevede bakıldığında değerlerin -1 ile +1 arasında olduğu görülmüştür. -1 ile +1 arasında olan çarpıklık ve basıklık değerlerinin normal dağıldığı kabul edilmektedir (Hair vd., 2013). Bu kapsamda bakıldığı zaman araştırmada elde edilen verilerin normal dağıldığını söylemek mümkündür.

Evde bakım uygulaması kapsamında kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireyin bakım sorumluluğunu üstlenen ve aynı hanede yaşayıp araştırmaya katılmayı kabul eden yetişkin aile üyesinin sosyodemografik verilerinin (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, çalışma durumu, hastanın bakım alma süresi, hastalığın ailenin günlük yaşamı etkileme durumu, bakım sorumluluklarını paylaşma durumu, bakım alan kronik ruhsal hastaların özellikleri vb.) analizinde betimsel istatistikler kullanılmıştır.

İki ölçeğin de alt boyutlarına göre toplam puanlarına ve puan ortalamalarına bakılmıştır, bakıcı yükü ve iyi oluş düzeyleri belirlenmiştir. Bakım verenlerin bakım yükü düzeylerinin, cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine bakmak için **bağımsız örneklem t testi**, bakım verenlerin bakım yükü düzeylerinin, bakım verdikleri hastaya yakınlık durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine bakmak için **one way anova testi** yapılmıştır. Bakım yükü düzeylerinin, bakım verme durumuna (bakım veren ve evdeki yetişkin aile üyesi) göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine bakmak için **bağımsız örneklem t testi** yapılmıştır.

Bakım verenlerin ruhsal iyilik hallerinin, cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine bakmak için **bağımsız örneklem t testi**, bakım verenlerin, ruhsal iyilik hallerinin bakım verdikleri hastaya yakınlık durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine bakmak için **one way anova testi**, bakım verenlerin, ruhsal iyilik hallerinin bakım desteği alma durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine bakmak için **bağımsız örneklem t testi** yapılmıştır. Ruhsal iyilik hallerinin bakım verme durumuna (bakım veren ve evdeki yetişkin aile üyesi) göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine bakmak için **bağımsız örneklem t testi** yapılmıştır. Bakım verenlerinin bakım yükünün, ruhsal iyilik hallerine etkisini ölçmek amacıyla **basit lineer (doğrusal) regresyon testi** kullanılmıştır.

4. BÖLÜM: BULGULAR VE YORUM

Kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyeleri ve yetişkin aile üyelerinin bakım yükünü ve ruhsal iyilik hallerini incelemek üzere gerçekleştirilen bu araştırmanın verilerinin analizinden hareketle ulaşılan bulgular dört alt başlıkta ele alınmıştır.

“Kronik Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Bireylere Bakım Veren Aile Üyeleri ile Yetişkin Aile Üyelerinin Sosyo-Demografik Özellikleri” isimli ilk alt başlıkta, evde bakım uygulaması kapsamında kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyeleri ile yetişkin aile üyelerinin cinsiyeti, medeni durumu, hastaya yakınlık derecesi, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, gelir durumu gibi bilgilere yer verilmiştir. Ek olarak bakım veren aile üyesi katılımcılardan alınan; hastanın hastalık tanısı, bakım için destek alma durumu, alınan desteğin yeterlilik düzeyi, bakmakla sorumlu oldukları başka kişilerin varlığı ve hem evde bakım ücreti kapsamında bakım veren aile üyeleri hem de yetişkin ile üyelerinin psikolojik desteğe ihtiyaç durumu ile psikolojik bir desteğe başvurma durumuna ilişkin bilgiler bu başlık altında paylaşılmıştır.

“Kronik Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Bireylere Bakım Veren Aile Üyeleri ve Yetişkin Aile Üyelerinin Bakım Yükleri” adlı ikinci alt başlıkta, evde bakım uygulaması kapsamında kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin bakımından sorumlu olan aile üyelerinin ve yetişkin aile üyelerinin bakım yüklerinin ortaya çıkartılabilmesi amacıyla kullanılmış olan Zarit Bakıcı Yükü Ölçeğinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Bu başlık altında öncelikle, bakım veren aile üyelerinin ve yetişkin aile üyelerinin bakım yükü düzeyleri ölçek toplam puanı ve alt boyutlarında ulaşılan puanlar bağlamında ortaya konulmuştur. Ardından elde edilen ölçek puanları cinsiyet ve hastaya yakınlık durumu değişkenleri açısından incelenmiştir.

“Kronik Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin ve Yetişkin Aile Üyelerinin Ruhsal İyilik Halleri” adlı üçüncü alt başlıkta, evde bakım uygulaması kapsamında bakım veren aile üyelerinin ve yetişkin aile üyelerinin ruhsal iyilik hallerinin incelenebilmesi amacıyla kullanılmış olan PERMA İyi Oluş Ölçeğinden

elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Söz konusu ölçekten alınan puanlar ile bakım veren aile üyelerinin ve yetişkin aile üyelerinin ruhsal iyilik halleri ortaya çıkartılmış ve ulaşılan veriler; cinsiyet ve hastaya yakınlık durumu değişkenleri bağlamında değerlendirilmiştir.

“Bakım Yükünün Ruhsal İyilik Hallerine Etkisi” adlı son başlıkta evde bakım uygulaması kapsamında bakım veren aile üyelerinin ve yetişkin aile üyelerinin bakım yüklerinin ruhsal iyilik hallerine etkisini ortaya çıkarmak amacıyla yapılan basit lineer (doğrusal) regresyon testinden elde edilen sonuçlara yer verilmiştir.

4.1. KRONİK RUHSAL HASTALIK TANISI ALMIŞ BİREYLERE BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİ İLE YETİŞKİN AİLE ÜYELERİNİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Bulguların ilk bölümünde öncelikle kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerini ve yetişkin aile üyelerini tanıttıcı; cinsiyet, medeni durum, hasta ile yakınlık derecesi, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, gelir durumu, çalışmama nedeni gibi tanıttıcı bilgilere yer verilmiştir. Ardından hastanın hastalık tanısı, bakmakla sorumlu olunan başka bireylerin varlığı, katılımcıların psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumu ve psikolojik desteğe başvurma durumu gibi hastalık ve bakımla ilgili bilgiler paylaşılmıştır.

Tablo 2: Katılımcılara Ait Sosyodemografik Veriler

Katılımcıların Özellikleri		Bakım Veren Aile Üyesi		Yetişkin Aile Üyesi	
		N	%	N	%
Cinsiyet	Erkek	170	54,5	38	29,5
	Kadın	143	45,5	91	70,5
	Toplam	313	100	129	100
Medeni durum	Evli-birlikte yaşıyor	237	75,7	101	78,3
	Bekar	39	12,5	18	14,0
	Evli-ayrı yaşıyor	29	9,3	1	0,8
	Eşi vefat etmiş	6	1,9	6	4,7
	Boşanmış	2	0,6	3	2,3
	Toplam	313	100	129	100
Hasta ile yakınlık derecesi	Eş	125	39,9	19	14,7
	Çocuk	73	23,3	65	50,4
	Anne	52	16,6	24	18,6
	Abla/ağabey	33	10,5	7	5,4
	Baba	28	8,9	14	10,9
	Büyükanne/büyükbaba	1	0,3	0	0
	Teyze/hala	1	0,3	0	0
	Toplam	313	100	129	100

Araştırma kapsamında kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireye bakım veren 313 hanede toplam 313 bakım veren kişiden ve bakım verenle aynı hanede yaşayan 129 yetişkin aile üyesinden (toplam 442 kişi) veri toplanmıştır. Dolayısıyla araştırmaya katılan bireylerin %70,8'i bakım verdiği birey üzerinden evde bakım ücreti almakta, %29,2'si ise hanede bakım sorumluluğuna destek olmaktadır. Bakım veren aile üyelerinin %54,5'i erkek, %45,5'i kadın olup, katılımcıların en az 20 en fazla 80 yaşında olduğu, yaş ortalamasının ise 46,6 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bakım veren aile üyelerinin tamamına yakınının (%75,7) evli ve eşiyle birlikte yaşadığı, %12,5'inin bekar olduğu, %9,3'ünün evli ancak eşinden ayrı yaşadığı, %1,9'unun ise eşinin vefat ettiği, %0,6'sının boşanmış olduğu görülmektedir. Bakım veren aile üyelerinden %39,9'unun eşine, %23,3'ünün çocuğuna, %16,6'sının annesine, %10,5'inin ablası ya da ağabeyine, %8,9'unun babasına, %0,3'ünün büyükanne/büyükbaba ya da teyze/halasına bakım verdiği görülmektedir.

Yetişkin aile üyelerinin %70,5'inin kadın, %29,5'inin ise erkek olup en az 20 en fazla 72 yaşında olduğu, yaş ortalamasının ise 48 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Evde bakım ücreti almayan yetişkin aile üyelerinin tamamına yakınının (%78,3) evli ve eşiyile birlikte yaşadığı, %14'ünün bekar olduğu, %4,7'sinin eşinin vefat ettiği, %2,3'ünün boşanmış olduğu ve %0,8'inin ise evli olup eşinden ayrı yaşadıkları görülmektedir. Yetişkin aile üyelerinin yarısının (%50,4) çocuğunun, %18,6'sının annesinin, %14'ünün eşinin, %10,9'unun babasının, %5,4'ünün ise ablası ya da ağabeyinin bakımına destek olduğu görülmektedir.

Kundakçı (2020)'nin şizofreni hastalarının işlevsellikleri ve bakım verenlerin bakım yükü, ruhsal sağlık düzeyleri ile stresle başa çıkma stilleri arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin yaş ortalamasının 48,2 olduğu, %50'sinin ise kadın olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tel ve Ertekin Pınar (2013) tarafından, kronik ruhsal hastalık tanısı almış kişilerin primer bakım vericileri ile yapılan çalışmada, katılımcıların %60'ının kadın olduğu, Karaağaç (2016) tarafından şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin travma sonrası gelişimleri ve bakım yüklerinin yaşam kalitesine etkisinin incelendiği çalışmada ise bakım veren bireylerin %54,8'inin kadın olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Uluslararası literatür incelendiğinde de benzer bulgulara ulaşan araştırmaların olduğu görülmektedir. Örneğin Gutiérrez-Maldonado ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada şizofreni hastalarına bakım verenlerin yaş ortalamasının 55,2 olduğu bildirilmiştir. Kanada ve Kore'de şizofreni hastalarına bakım verenlerin % 64,9'unun kadın olduğu saptanmıştır (Lim & Ahn, 2003, s.113). Konuyla ilgili gerçekleştirilen diğer araştırmalardan farklı olarak, bu çalışmada, evde bakım uygulaması kapsamında resmi bakım veren aile üyeleri arasında erkeklerin fazla olduğu (%54) görülmüştür. Mevcut geleneksel toplumsal cinsiyet ilişkileri içinde değerlendirildiğinde, erkek aile üyelerinin bakım ücreti alıyor olmasının, bakım sorumluluğunun gereğini yerine getirenlerin de aynı erkek aile üyeleri olmasını beraberinde getireceğini söylemek güç hale gelmektedir. Bu nedenle ulaşılan sonuç, geleneksel toplumsal cinsiyet rol ve sorumluluklarının bir sonucu olarak kadın aile üyelerinin, bakımı fiilen gerçekleştirenler olmasına karşın bakım ücretini alanların erkek hane üyeleri olduğunu düşündürmektedir. Zira Özateş Gelmez (2015) tarafından evde bakım uygulaması kapsamında bakım veren kadınlarla gerçekleştirilen araştırma

sonucunda da kadınlar, her ne kadar resmen ve fiilen bakım veren kişi olsalar da eşleri tarafından evde bakım ücretine kısmen ya da tamamen el konulduğu ya da konulmak istendiğini sonucuna ulaşılmıştır Dolayısıyla gerçekleştirilen araştırma kapsamında elde edilen bulguların cinsiyetçi iş bölümü, evde bakım politikaları ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile bakım ilişkileri arasındaki kesişimselliği yansıttığı düşünülmektedir.

Evde bakım uygulaması kapsamında resmi bakım veren aile üyelerinin en yüksek oranda (%39,9) eşine bakım verdiği, aynı hanede yaşayan yetişkin aile üyelerinin ise %50,4 oranında çocuğunun bakımına destek verdiği görülmektedir. Özateş Gelmez (2015) tarafından yapılan araştırmada bakım verenlerin %49,7'sinin bakım verdikleri kişinin annesi, %18'inin bakım verdikleri kişinin eşi, %11,6'sının bakım verdikleri kişinin kızı, %11,3'ünün bakım verdikleri kişinin gelini, %3,4'ünün bakım verdikleri kişinin kardeşi ve geriye kalan %5,9'unun bakım verdikleri kişiyle diğer akrabalık dereceleri bulunduğu ortaya çıkartılmıştır. Günay (2017) ise inmeli veya psikiyatrik bozukluğu olan hastalara bakım veren bireylerde bakım yükü ile ilgili yaptığı çalışmasında bakım veren bireylerin %20,2'sinin kızına, %17,3'ünün eşine, %16,3'ünün annesine, %10,6'sının babasına, %4,8'inin ise gelini ya da damadına bakım verdiği görülmektedir. Özbaş ve arkadaşlarının (2008) ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin hastalığa karşı tutumlarını inceledikleri araştırmalarında bakım verenlerin %24,6 ile en yüksek oranda eşine bakım verdikleri sonucuna ulaşılmıştır. Bu kapsamda değerlendirildiğinde bakım sorumluluğunun yine aile içerisinde ve daha çok eşe, çocuğa ya da anneye verildiği, bu durumun da bakımın aile içerisine hapsolmesine yol açtığı görülmektedir.

Tablo 3: Katılımcıların Çalışma ve Gelir Durumuna Ait Bilgiler

Çalışma ve Gelir Durumuna Ait Bilgiler		Bakım Veren Aile Üyesi		Yetişkin Aile Üyesi	
		N	%	N	%
Çalışma durumu	Çalışmıyor (emekli değil)	305	97,4	96	74,4
	Çalışıyor (emekli değil)	5	1,6	23	17,8
	Çalışıyor (emekli)	1	0,3	9	7,0
	Çalışmıyor (emekli)	2	0,6	1	0,8
	Toplam	313	100	129	100
Sosyal güvence durumu	Yok	223	71,2	65	50,4
	Var	90	28,8	64	49,6
	Toplam	313	100	129	100
Gelir durumu	Gelir giderden az	283	90,4	119	92,2
	Gelir gidere eşit	28	8,9	9	7,0
	Gelir giderden fazla	2	0,6	1	0,8
	Toplam	313	100	129	100
Çalışmama nedeni	Bakım verme	264	86,5	72	75
	Çalışmak istemiyor	20	6,5	14	14
	Yaşlılık	14	4,5	2	2,08
	İş bulamama	5	1,6	7	7,2
	Emekli	2	0,6	1	1,04
	Toplam	305	100	96	100

Bakım veren aile üyelerinin tamamına yakınının (%97,4) emekli olmadığı ve çalışmadığı, %1,6'sının ise emekli olmadığı ve çalıştığı görülmektedir. Bakım veren aile üyelerinin yine tamamına yakınının (%71,2) sosyal güvencesinin olmadığı, %28,8'inin ise sosyal güvencesinin olduğu; tamamına yakınının (%90,4) gelirinin giderlerinden az olduğu, %8,9'unun ise gelir ve giderlerinin eşit olduğu, çok azının ise (0,6) gelirinin giderlerinden fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Evde bakım uygulaması kapsamında resmi bakım veren aile üyelerinden çalışmayanların tamamına yakını (%86,5) bakım verdikleri için çalışmadıklarını, %6,5'i çalışmak istemediklerini, %4,5'i yaşlı oldukları için çalışmadıklarını, %1,6'sı ise iş bulamadıklarını belirtmiştir.

Yetişkin aile üyelerinin de tamamına yakınının (%74,4) emekli olmadığı ve çalışmadığı, %17,8'inin çalıştığı ve henüz emekli olmadığı, %7'sinin ise emekli olup aynı zamanda çalıştığı görülmektedir. Sosyal güvence durumuna bakıldığında ise yetişkin aile üyelerinin %50,4'ünün sosyal güvencesi olmadığı, %49,6'sının ise sosyal güvencesinin olduğu, tamamına yakınının (%92,2) gelirinin giderinden az olduğu, %7'sinin ise gelir

ve giderinin eşit olduğu saptanmıştır. Çalışmayan yetişkin aile üyelerinden çalışmayanların çalışmama nedenine bakıldığında ise tamamına yakını (%75) bakım verdiği için çalışmadığını, %14'ü çalışmak istemediğini, %7,2'si iş bulamadığını, %2,08'i yaşlı olduğu için çalışmadığını ve %1,04'ü emekli olduğunu belirtmiştir.

Bakar (2020)'ın şizofreni tanısı almış hastalara bakım verenlerde travma sonrası gelişimle bakım yükü arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında da bakım veren bireylerin %69,3'ünün çalışmadığı görülmektedir. Kaya (2013), şizofreni tanısı almış bireylerin sosyal işlevsellikleri ve bakım yükü arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında bakım verenlerin %69,20'sinin çalışmadığı sonucuna ulaşmıştır. Kundakçı (2020) şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin %73,7'sinin, Özateş Gelmez (2015) ise evde bakım verenlerin %77,9'unun çalışmadığını bildirmiştir. Gerçekleştirilen araştırma sonucunda ulaşılan bulguların, sözü edilen diğer araştırma sonuçlarıyla benzer olduğu görülmektedir. Ayrıca araştırma sonucunda araştırmaya katılan bireylerden evde bakım uygulaması kapsamında bakım verenlerin %86,5'i, yetişkin aile üyelerinin ise %75'i çalışmama gerekçesi olarak "bakım verme"yi sunmuştur. Özateş Gelmez (2015) araştırma sonucunda evde bakım uygulaması kapsamında bakım verenlerin %74,4'ünün bakım verdikleri için çalışmadıkları sonucuna ulaşmıştır. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında da ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin ailelerinde en az bir kişinin bakım verme sebebi ile herhangi bir yerde çalışmadığı ve üretim sürecine katılmadığı belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011b). Dolayısıyla gerçekleştirilen araştırma sonucu ulaşılan bu bulgu da konuyla ilgili yapılan araştırmalarla benzer olduğu ve bakım veren bireylerin günlük yaşamlarının büyük bölümünü bakım sorumluluğuna ayırmasının, gelir getirici bir işte çalışmanın önünde engel oluşturduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan bireylerden bakım veren aile üyelerinin %90,4'ü; yetişkin aile üyelerinin ise 92,2'si gelirlerinin giderlerinden daha az olduğunu bildirmiştir. Bu bulgulardan farklı olarak Çunkuş (2016), yaptığı çalışmada şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin %67'sinin gelirinin gidere denk veya gelirinin giderlerinden fazla olduğu sonucuna ulaşmıştır. Kaya (2013) ise şizofreni hastalarına bakım verenlerin bakım yükleri ile sosyal işlevselliklerini incelediği araştırmasında, bakım veren bireylerin yarısının (%55,39) gelirinin giderine eşit olduğunu saptamıştır. Söz konusu farklılaşma, bu araştırmanın ekonomik krizle örtüşen bir zaman aralığında yapılmış

olması nedeniyle hanelerin giderlerinin ve/veya hissettikleri ekonomik yükün artmış olmasıyla açıklanabilir.

Araştırmaya katılan bireylerden bakım veren aile üyelerinin %71,2'si; diğer yetişkin aile üyelerinin ise %50,4'ü sosyal güvencesinin olmadığını belirtmiştir. Özateş Gelmez (2015) yaptığı araştırmada evde bakım uygulamasından yararlanan hanelerde bir sosyal güvenceye sahip olan bakım veren kadınların çoğunluğunun kendi sosyal güvencesine değil, %75,7'sinin eşinin üzerinden, %9'unun babasının üzerinden, %1,2'sinin çocuklarının üzerinden, %1'inin ise annesinin üzerinden sosyal güvenceye sahip olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bakım veren aile üyelerinin tamamına yakınının sosyal güvencesinin olmaması, evde bakım ücreti alan bireyin sigortalı bir işte çalışmaya başlaması ile bakım ücretinin kesiliyor olmasıyla yakından ilişkilidir (Aygüler & Ayalp, 2018, s.12).

Tablo 4: Hastalık ve Bakımla İlgili Bilgiler

Hastalık ve Bakımla İlgili Bilgiler		N		%	
Hastanın hastalık tanısı	Şizofreni	193		61,7	
	Bipolar duygudurum bozukluğu	87		27,8	
	Şizoaffektif bozukluk	28		8,9	
	Obsesif kompulsif bozukluk	5		1,6	
	Toplam	313		100	
Bakmakla sorumlu olunan farklı kimselerin varlığı	Hayır	195		62,3	
	Evet	118		37,7	
	Toplam	313		100	
Bakım verme sürecinde psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumu		Bakım Veren Aile Üyesi		Yetişkin Aile Üyesi	
		N	%	N	%
	Evet	291	93	129	100
	Hayır	22	7	0	0
	Toplam	313	100	129	100
Psikolojik desteğe ihtiyaç duyan bakım verenlerin desteğe başvuru durumu	Başvurmayı düşündüm ama başvurmadım	172	59,1	68	52,3
	Profesyonel bir desteğe başvurdum	79	25,6	35	27,3
	Profesyonel bir desteğe başvurmayı düşünmedim	48	16,5	26	20,3
	Toplam	291	100	129	100

Evde bakım uygulaması kapsamında bakım alan hastaların %61,7'si şizofreni, %27,8'i bipolar bozukluk, %8,9'u şizoaffektif bozukluk ve %1,6'sı obsesif kompulsif bozukluk tanısı almıştır. Bu kapsamda değerlendirildiğinde bakım alan hastaların en fazla şizofreni tanısı almış olduğu (% 61,7) sonucuna ulaşılmıştır. Kızılırmak (2014) da ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım verenleri ile yaptığı çalışmada hastaların %28,8'inin şizofreni, %19,3'ünün bipolar bozukluk, %16,5'inin ise majör depresyon tanısı aldığını belirtmiştir. Aşkan (2019) kronik ruhsal hastalığı olan bireye bakım

verenlerdeki eş bağımlılık ve ilişkili faktörleri incelediği araştırmasında bakım verilen bireylerin %77'sinin şizofreni tanısı almış olduğu görülmektedir. Bu kapsamda gerçekleştirilen araştırmada elde edilen bulgunun, diğer araştırmalarla benzer olduğu ve ruhsal hastalıklar içinde şizofreninin bakıma gereksinim duyulan bir ruhsal hastalık olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan aile üyelerinin %93'ü bakım verme sürecinde psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu ancak sadece %25'i profesyonel desteğe başvurduğunu belirtmiştir. Yetişkin aile üyelerinden ise %100'ü psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu belirtmiş olmasına karşın yalnızca %27,3'ü bu anlamda bir desteğe başvurmuştur. Güzel (2021), ağır ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verenlerin bakım verme deneyimlerini ve bu duruma yönelik politika önerilerini araştırdığı çalışmasında, bakım verenlerin bakım verme sürecinde hem fiziksel hem de psikolojik açıdan olumsuz deneyimler yaşadıklarını ve süreci yönetmekte zorlandıklarını tespit etmiş; ağır ruhsal hastalığa sahip bir bireye bakım verme durumunun bir süre sonra büyük bir stres kaynağı haline geldiğini, hasta yakınlarının tükenmişlik yaşadığını ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu ifade etmiştir. Tel ve Ertekin Pınar (2013), ağır ruhsal hastalığa sahip bireylere bakım verenlerin depresyon ve tükenmişlik yaşadıklarını ve bu iki faktör arasında yakın ilişki olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

4.2. KRONİK RUHSAL HASTALIK TANISI ALMIŞ BİREYLERE BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİ VE YETİŞKİN AİLE ÜYELERİNİN BAKIM YÜKLERİ

Bu bölümde öncelikle, kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin bakım sorumluluğunu üstlenen aile üyeleri ve yetişkin aile üyelerinin Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeği toplam puanına, katılımcıların ankete verdikleri cevaplardaki minimum, maksimum değerlere ve ölçek alt boyutlarına göre ayrı ayrı ortalamalara yer verilmiştir. Daha sonra ise kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin bakım sorumluluğunu üstlenen aile üyeleri ve yetişkin aile üyelerinin bakım yükünün cinsiyet ve hastalık tanısı almış bireye yakınlık durumu değişkenleri açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediği ölçek toplamı ve alt boyutlarında incelenmiştir.

Tablo 5: Bakım Veren Aile Üyelerinin Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği Puan Ortalamaları

	N	Min	Max	\bar{X}	Ss	%
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	313	2,71	5	3,98	0,56	79,7
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	313	3	5	4,14	0,49	82,7
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	313	2,33	5	4	0,67	80,0
Ekonomik Yük	313	3	5	4,23	0,41	84,6
Bağımlılık	313	2	5	3,92	0,72	78,5
Toplam Puan	313	2,89	4,89	4,06	0,51	82,9

Bakım veren aile üyelerinin bakım yükünü incelemek amacıyla kullanılan Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği toplamında ve alt boyutlarında katılımcıların bakım yükü düzeyleri analiz edilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde bakım yükünün %82,9 olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre bakım veren aile üyelerinin yük düzeyinin ‘şiddetli yük’ kapsamında olduğunu söylemek mümkündür (Özlu vd., 2009). Dolayısıyla kronik ruhsal hastalara bakım vermenin, oldukça yoğun ve yorucu bir emek gerektirdiği ve bunun bakım yükünü artırdığı söylenebilir. Ölçek alt boyutlarına bakıldığında zaman ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması alt boyutu puanının %79,7; sinirlilik ve kısıtlanmışlık alt boyutu puanının %82,7; toplumsal ilişkilerde bozulma alt boyutu puanının %80; ekonomik yük alt boyutu puan ortalamasının %84,6 bağımlılık alt boyutu puan ortalamasının ise 78,5 olduğu saptanmıştır. Bu kapsamda bakıldığında kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin ölçek alt boyutlarında da şiddetli bakım yükü hissettiklerini söylemek mümkündür.

Tablo 6: *Yetişkin Aile Üyelerinin Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği Puan Ortalamaları*

	N	Min	Max	\bar{X}	Ss	%
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	129	2	5	4,13	0,56	83,2
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	129	3,33	5	4,31	0,48	78,1
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	129	1,33	5	4,18	0,68	80,2
Ekonomik Yük	129	2,75	5	4,34	0,39	79,5
Bağımlılık	129	1	5	4,12	0,73	82,3
Toplam Puan	129	2,21	4,95	4,21	0,51	85

Yetişkin aile üyelerinin bakım yükünü incelemek amacıyla kullanılan Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği toplamında ve alt boyutlarında katılımcıların bakım yükü düzeyleri analiz edilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde bakım yükünün %85 olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre yetişkin aile üyelerinin de yük düzeyinin ‘şiddetli yük’ kapsamında olduğunu söylemek mümkündür (Özlu vd., 2009). Ölçek alt boyutlarına bakıldığında zaman ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması alt boyutu puanının %83,2; sinirlilik ve kısıtlanmışlık alt boyutu puanının %78,1; toplumsal ilişkilerde bozulma alt boyutu puanının %80,2; ekonomik yük alt boyutu puan ortalamasının %79,5; bağımlılık alt boyutu puan ortalamasının ise 82,3 olduğu saptanmıştır. Bu kapsamda bakıldığında evde bakım uygulaması kapsamında bakım alanla aynı hanede yaşayan yetişkin aile üyelerinin de ölçek alt boyutlarında şiddetli bakım yükü hissettiklerini söylemek mümkündür.

Tablo 7: Bakım Veren Aile Üyelerinin Cinsiyetine Göre Bakım Yükü Düzeyi

	Cinsiyet	N	\bar{X}	Ss	t	p																																																				
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	Kadın	143	4,40	0,37	16,5	0,000*																																																				
	Erkek	170	3,63	0,45			Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	Kadın	143	4,44	0,39	11,9	0,000*	Erkek	170	3,88	0,43	Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Kadın	143	4,45	0,45	14,4	0,000*	Erkek	170	3,62	0,58	Ekonomik Yük	Kadın	143	4,48	0,3	12,3	0,000*	Erkek	170	4,02	0,36	Bağımlılık	Kadın	143	4,39	0,53	13,3	0,000*	Erkek	170	3,53	0,61	Ölçek Toplam	Kadın	143	4,43	0,32	16,8	0,000*	Erkek
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	Kadın	143	4,44	0,39	11,9	0,000*																																																				
	Erkek	170	3,88	0,43			Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Kadın	143	4,45	0,45	14,4	0,000*	Erkek	170	3,62	0,58	Ekonomik Yük	Kadın	143	4,48	0,3	12,3	0,000*	Erkek	170	4,02	0,36	Bağımlılık	Kadın	143	4,39	0,53	13,3	0,000*	Erkek	170	3,53	0,61	Ölçek Toplam	Kadın	143	4,43	0,32	16,8	0,000*	Erkek	170	3,74	0,41								
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Kadın	143	4,45	0,45	14,4	0,000*																																																				
	Erkek	170	3,62	0,58			Ekonomik Yük	Kadın	143	4,48	0,3	12,3	0,000*	Erkek	170	4,02	0,36	Bağımlılık	Kadın	143	4,39	0,53	13,3	0,000*	Erkek	170	3,53	0,61	Ölçek Toplam	Kadın	143	4,43	0,32	16,8	0,000*	Erkek	170	3,74	0,41																			
Ekonomik Yük	Kadın	143	4,48	0,3	12,3	0,000*																																																				
	Erkek	170	4,02	0,36			Bağımlılık	Kadın	143	4,39	0,53	13,3	0,000*	Erkek	170	3,53	0,61	Ölçek Toplam	Kadın	143	4,43	0,32	16,8	0,000*	Erkek	170	3,74	0,41																														
Bağımlılık	Kadın	143	4,39	0,53	13,3	0,000*																																																				
	Erkek	170	3,53	0,61			Ölçek Toplam	Kadın	143	4,43	0,32	16,8	0,000*	Erkek	170	3,74	0,41																																									
Ölçek Toplam	Kadın	143	4,43	0,32	16,8	0,000*																																																				
	Erkek	170	3,74	0,41																																																						

*p<0,05

Evde bakım uygulaması kapsamında kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin cinsiyetine göre Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği toplam puanı ile alt boyutlarından alınan puanların analiz edilmesi için yapılan t testi sonuçları Tablo 7’de verilmiştir. Tabloya bakıldığında ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması alt boyutuna ait puan ortalaması kadın ve erkeklerde sırasıyla, 4,40 ve 3,63; sinirlilik ve kısıtlanmışlık alt boyutuna ait puan ortalaması 4,44 ve 3,88; toplumsal ilişkilerde bozulma alt boyutuna ait puan ortalaması 4,45 ve 3,62; ekonomik yük alt boyutuna ait puan ortalaması 4,48 ve 4,02; bağımlılık alt boyutuna ait puan ortalaması ise 4,39 ve 3,53’tür. Ölçek toplam puanına ait puan ortalamasının ise kadın ve erkeklerde sırasıyla 4,43 ve 3,74 olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Zarit Bakıcı Yükü Ölçeğinden alınan toplam puan, bakım veren aile üyelerinin cinsiyeti bakımından istatistiksel açıdan anlamlıdır (t= 16,8; p<0,05). Ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, sinirlilik ve kısıtlanmışlık, toplumsal ilişkilerde bozulma, ekonomik yük ve bağımlılık alt boyutlarında da bakım yükünün, cinsiyet değişkeni açısından anlamlı bir farklılık sergilediği sonucuna ulaşılmıştır (p<0,05). Dolayısıyla gerek ölçek toplam puanına göre gerekse alt ölçeklerin ortalama puanlara göre evde bakım uygulaması kapsamında bakım veren aile üyelerinden kadınların, erkek bakım veren

aile üyelerine göre daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu yani hissettikleri bakım yükünün daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 8: Yetişkin Aile Üyelerinin Cinsiyetine Göre Bakım Yükü Düzeyi

	Cinsiyet	N	\bar{X}	Ss	t	p																																																				
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	Kadın	91	4,38	0,33	9,067	0,000*																																																				
	Erkek	38	3,53	0,54			Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	Kadın	91	4,50	0,32	7,027	0,000*	Erkek	38	3,87	0,51	Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Kadın	91	4,46	0,42	7,882	0,000*	Erkek	38	3,49	0,71	Ekonomik Yük	Kadın	91	4,49	0,26	6,809	0,000*	Erkek	38	3,99	0,42	Bağımlılık	Kadın	91	4,44	0,45	8,390	0,000*	Erkek	38	3,37	0,73	Ölçek Toplamı	Kadın	91	4,44	0,29	8,961	0,000*	Erkek
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	Kadın	91	4,50	0,32	7,027	0,000*																																																				
	Erkek	38	3,87	0,51			Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Kadın	91	4,46	0,42	7,882	0,000*	Erkek	38	3,49	0,71	Ekonomik Yük	Kadın	91	4,49	0,26	6,809	0,000*	Erkek	38	3,99	0,42	Bağımlılık	Kadın	91	4,44	0,45	8,390	0,000*	Erkek	38	3,37	0,73	Ölçek Toplamı	Kadın	91	4,44	0,29	8,961	0,000*	Erkek	38	3,66	0,51								
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Kadın	91	4,46	0,42	7,882	0,000*																																																				
	Erkek	38	3,49	0,71			Ekonomik Yük	Kadın	91	4,49	0,26	6,809	0,000*	Erkek	38	3,99	0,42	Bağımlılık	Kadın	91	4,44	0,45	8,390	0,000*	Erkek	38	3,37	0,73	Ölçek Toplamı	Kadın	91	4,44	0,29	8,961	0,000*	Erkek	38	3,66	0,51																			
Ekonomik Yük	Kadın	91	4,49	0,26	6,809	0,000*																																																				
	Erkek	38	3,99	0,42			Bağımlılık	Kadın	91	4,44	0,45	8,390	0,000*	Erkek	38	3,37	0,73	Ölçek Toplamı	Kadın	91	4,44	0,29	8,961	0,000*	Erkek	38	3,66	0,51																														
Bağımlılık	Kadın	91	4,44	0,45	8,390	0,000*																																																				
	Erkek	38	3,37	0,73			Ölçek Toplamı	Kadın	91	4,44	0,29	8,961	0,000*	Erkek	38	3,66	0,51																																									
Ölçek Toplamı	Kadın	91	4,44	0,29	8,961	0,000*																																																				
	Erkek	38	3,66	0,51																																																						

*p<0,05

Araştırmaya katılan yetişkin aile üyelerinin cinsiyetine göre Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği toplam puanı ile alt boyutlarından alınan puanların analiz edilmesi için yapılan t testi sonuçları Tablo 8’de verilmiştir. Tabloya göre, ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması alt boyutuna ait puan ortalaması kadın ve erkeklerde sırasıyla, 4,38 ve 3,53; sinirlilik ve kısıtlanmışlık alt boyutuna ait puan ortalaması 4,50 ve 3,87; toplumsal ilişkilerde bozulma alt boyutuna ait puan ortalaması 4,46 ve 3,49; ekonomik yük alt boyutuna ait puan ortalaması 4,49 ve 3,99; bağımlılık alt boyutuna ait puan ortalaması ise 4,44 ve 3,37’dir. Ölçek toplam puanına ait puan ortalamasının ise kadın ve erkeklerde sırasıyla 4,44 ve 3,66 olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Zarit Bakıcı Yükü Ölçeğinden alınan toplam puan, yetişkin aile üyelerinin cinsiyeti bakımından istatistiksel açıdan anlamlıdır (t= 8,961; p<0,05). Ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, sinirlilik ve kısıtlanmışlık, toplumsal ilişkilerde bozulma, ekonomik yük ve bağımlılık alt boyutlarında hissedilen bakım yükünün, cinsiyet değişkeni

açısından anlamlı bir farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,05$). Dolayısıyla gerek ölçek toplam puanına göre gerekse alt ölçeklerin ortalama puanlara göre yetişkin aile üyeleri arasında da kadınların, erkeklere göre daha yüksek puana sahip olduğu, yani hissettikleri bakım yükünün daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Literatüre bakıldığında ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım verenlerin genellikle kadın olduğu ve kadınların üstlendiği geleneksel rol ve sorumluluklara ek olarak ruhsal hastalık tanısı almış bir bireye bakım vermenin bakım yükünü artırdığı görülmektedir (Gutiérrez-Maldonado vd., 2005; Chou vd., 2011). Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Arslantaş ve Adana (2011), kadın bakım verenlerin, bakım verdikleri bireylerdeki sanrı ve davranışsal problemler arttığında subjektif yüklerinin arttığını, bunun sonucu olarak da psikolojik, fiziksel ve davranışsal problemler yaşadıklarını belirtmişlerdir. Araştırma bulgularından farklı olarak Caqueo-Urizar ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada bakım sorumluluğunun erkeklerin alışık olmamasından kaynaklı olarak daha fazla yük duygusu hissettirdiği saptanmıştır. Buna karşın literatürde, bakım verenin cinsiyetinin bakım yüküne herhangi bir etkisinin olmadığını gösteren çalışmaların da mevcut olduğu görülmektedir (Chien vd., 2007; Foldemo vd., 2005; Koukia & Madianos, 2005).

Haklar ve sosyal politika perspektifinden bakıldığı zaman devletin engelli bireylere yönelik politika ve uygulamaları, bakım sorumluluğunun aile ve özellikle de kadın merkezli olmasına yol açmaktadır. Bu bulgular, devletin bakım sorumluluğunu, ailelere devretmesi ve bakım hizmetlerinin kişilere vatandaş olmalarından kaynaklanan haklar bağlamında sağlanmaması nedeniyle hissedilen bakım yükünün yoğun olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca bulgular, ailelere devredilen bakım sorumluluğunun bir yansıması olarak evde bakım uygulamasının, kadının ev içerisindeki bakım rollerini ve ataerkil ideolojiyi pekiştirdiğini ve kadınların bakım yükünü artırdığını göstermektedir (Özateş Gelmez, 2014).

Tablo 9: Hastaya Yakınlık Durumuna Göre Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü Düzeyi

		N	\bar{X}	Ss	F	P	Tukey Testi
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	Anne ¹	53	4,05	0,59	13,2	0,000*	1-5
	Baba ²	29	3,84	0,58			2-3
	Eş ³	125	4,19	0,46			3-5
	Abla/ağabey ⁴	33	3,97	0,57			4-5
	Çocuk ⁵	73	3,65	0,54			
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	Anne ¹	53	4,10	0,45	12,6	0,000*	1-3
	Baba ²	29	3,99	0,45			2-3
	Eş ³	125	4,34	0,43			3-5
	Abla/ağabey ⁴	33	4,10	0,52			
	Çocuk ⁵	73	3,88	0,50			
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Anne ¹	53	4,06	0,76	13,4	0,000*	2-3
	Baba ²	29	3,89	0,65			3-5
	Eş ³	125	4,24	0,53			4-5
	Abla/ağabey ⁴	33	4,01	0,67			
	Çocuk ⁵	73	3,58	0,62			
Ekonomik Yük	Anne ¹	53	4,25	0,37	12,9	0,000*	1-5
	Baba ²	29	4,11	0,38			2-3
	Eş ³	125	4,38	0,34			3-5
	Abla/ağabey ⁴	33	4,26	0,38			4-5
	Çocuk ⁵	73	3,99	0,43			
Bağımlılık	Anne ¹	53	4,02	0,76	11,8	0,000*	1-5
	Baba ²	29	3,78	0,70			2-3
	Eş ³	125	4,18	0,62			3-4
	Abla/ağabey ⁴	33	3,80	0,71			3-5
	Çocuk ⁵	73	3,53	0,67			
Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği	Anne¹	53	4,10	0,52	15,7	0,000*	1-5
	Baba²	29	3,92	0,49			2-3
	Eş³	125	4,26	0,40			3-5
	Abla/ağabey⁴	33	4,04	0,50			4-5
	Çocuk⁵	73	3,73	0,50			

*p<0,05

Araştırmaya katılan bakım veren aile üyelerinin bakım yükü düzeyinin, Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği toplamında ve alt boyutlarında bakım verenin hastaya yakınlık durumu bakımından farklılık gösterme durumunun incelenmesi amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ONE WAY ANOVA) sonuçları Tablo 9’da verilmiştir.

Zarit Bakıcı Yükü Ölçeğinden alınan puan ortalamasına göre çocuğuna bakım veren aile üyelerinin ortalaması 3,73; babasına bakım veren aile üyelerinin ortalaması 3,92; ablası ya da ağabeyine bakım veren aile üyelerinin ortalaması 4,04; annesine bakım veren aile

üyelerinin ortalaması 4,10 ve eşine bakım veren aile üyelerinin ortalaması ise 4,26'dır. Gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları, Zarit Bakıcı Yükü Ölçeğinden alınan toplam puanın, bakım verenin hasta ile yakınlık derecesine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiğini ortaya çıkartmıştır ($F= 15,7$; $p<0,05$).

Bakım verenin hasta ile yakınlık derecesini, Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği alt boyutları açısından incelediğimizde ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması alt boyutunda çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 3,65; babasına bakım verenlerin puan ortalaması 3,84; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 3,97; annesine bakım verenlerin puan ortalaması 4,05 ve eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,19'dur ($F=13,2$; $p<0,05$).

Sinirlilik ve kısıtlanmışlık alt boyutunda çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 3,88; babasına bakım verenlerin puan ortalaması 3,99; annesine ve ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 4,10; eşine bakım verenlerin puan ortalaması ise 4,34'tür ($F=12,6$; $p<0,05$).

Toplumsal ilişkilerde bozulma alt boyutunda çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 3,58; babasına bakım verenlerin puan ortalaması 3,89; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 4,01; annesine bakım verenlerin puan ortalaması 4,06 ve eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,24'tür ($F=13,4$; $p<0,05$).

Ekonomik yük alt boyutunda çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 3,99; babasına bakım verenlerin puan ortalaması 4,11; annesine bakım verenlerin puan ortalaması 4,25; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 4,26 ve eşine bakım verenleri puan ortalaması 4,38'dir ($F=12,9$; $p<0,05$).

Son alt boyut olan bağımlılık alt boyutunda çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 3,53; babasına bakım verenlerin puan ortalaması 3,78; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 3,80; annesine bakım verenlerin puan ortalaması 4,02 ve eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,18'dir ($F=11,9$; $p<0,05$). Dolayısıyla Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği alt boyutlarında Tek Yönlü Varyans Analizi ile yapılan analiz sonucunda, Ölçeğin tüm alt boyutlarından alınan puanların, bakım verenin bakım yükü düzeyinin, hasta ile yakınlık derecesi açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmüştür.

Bakım verenlerin, bakım yükü düzeylerinin hastaya yakınlık durumuna göre nasıl farklılık gösterdiğini incelemek üzere yapılan Post Hoc Testlerinden Tukey testi sonuçlarına göre ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması alt boyutunda bu farklılığın yoğunlukla 5. gruptan kaynaklandığı yani ortalama puanlar açısından bakıldığında hastanın çocuğu olduğunu bakım veren aile üyelerinin; annesi, eşi, ablası ya da ağabeyi olduğunu belirtenlere göre daha düşük puana sahip olduğu gözlemlenmektedir. Bu kapsamda değerlendirildiğinde hastanın çocuğu olduğu belirtenlerin daha düşük bakım yükü hissettiğini söylemek mümkündür. Gerçekleştirilen test sonucunda 2. ve 3. grup arasında da farklılık olduğu ve ortalama puanlar açısından bakıldığında hastanın eşi olduğunu belirtenlerin, babası olduğunu belirtenlere göre daha yüksek puana sahip olduğu gözlemlenmekte, hastanın eşi olduğunu belirtenler, babası olduğunu belirten bakım veren aile üyelerine göre daha fazla bakım yükü hissetmektedir.

Sinirlilik ve kısıtlanmışlık alt boyutundaki farklılığın yoğunlukla 3. gruptan kaynaklandığı yani ortalama puanlar açısından bakıldığında hastanın eşi olduğunu belirtenlerin; annesi, babası veya çocuğu olduğunu belirtenlere göre daha yüksek puana sahip olduğu gözlemlenmektedir. Bu çerçevede hastanın eşi olduğunu belirten bakım veren aile üyelerinin daha fazla bakım yükü hissettiğini söylemek mümkündür.

Toplumsal ilişkilerde bozulma alt boyutunda farklılığın yoğunlukla 5. gruptan kaynaklandığı yani ortalama puanlar açısından bakıldığında hastanın çocuğu olduğunu belirtenlerin; eşi, ablası ya da ağabeyi olduğunu belirten bireylere göre daha düşük puana sahip olduğu gözlemlenmekte, bu çerçevede hastanın çocuğu olduğunu belirtenlerin daha az bakım yükü hissettiği görülmektedir. Diğer yandan 2. ve 3. grup arasında da farklılık olduğu ve ortalama puanlara göre hastanın eşi olduğunu belirtenlerin, babası olduğunu belirten bireylere göre daha yüksek puana sahip olduğunu, daha fazla bakım yükü hissettiğini söylemek mümkündür.

Ekonomik yük alt boyutunda bu farklılığın yoğunlukla 5. gruptan kaynaklandığı yani ortalama puanlar açısından bakıldığında hastanın çocuğu olduğunu belirtenlerin; annesi, eşi, ablası ya da ağabeyi olduğunu belirtenlere göre daha düşük puana sahip olduğu gözlemlenmekte, hastanın çocuğu olduğunu belirten bakım veren aile üyeleri, daha az bakım yükü hissetmektedir. Diğer yandan 2. ve 3. grup arasında da farklılık olduğu ve

ortalama puanlara göre hastanın eşi olduğunu belirtenlerin, babası olduğunu belirten bireylere göre daha yüksek puana sahip olduğunu yani daha fazla bakım yükü hissettiğini söylemek mümkündür.

Bağımlılık alt boyutunda bu farklılığın 5. gruptan kaynaklandığı yani ortalama puanlar açısından bakıldığında hastanın çocuğu olduğunu belirten bakım veren aile üyelerinin, annesi ya da eşi olduğunu belirtenlere göre daha düşük puana sahip olduğu hastanın çocuğu olduğunu belirtenlerin daha az bakım yükü hissettikleri gözlemlenmektedir. Diğer yandan 3. gruptan meydana gelen farklılığın da olduğu ve ortalama puanlara göre hastanın eşi olduğunu belirtenlerin; babası, ablası ya da ağabeyi olduğunu belirten bireylere göre daha yüksek puana sahip olduğunu, bu çerçevede daha fazla bakım yükü hissettiğini söylemek mümkündür.

Tablo 10: Hastaya Yakınlık Durumuna Göre Yetişkin Aile Üyelerinin Bakım Yükü Düzeyi

		N	\bar{X}	Ss	F	p
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	Anne ¹	24	3,92	0,64	1,456	0,22
	Baba ²	14	4,14	0,34		
	Eş ³	19	4,2	0,58		
	Abla/ağabey ⁴	7	3,96	0,46		
	Çocuk ⁵	65	4,21	0,55		
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	Anne ¹	24	4,18	0,45	0,728	0,574
	Baba ²	14	4,33	0,52		
	Eş ³	19	4,26	0,54		
	Abla/ağabey ⁴	7	4,33	0,38		
	Çocuk ⁵	65	4,37	0,48		
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Anne ¹	24	3,94	0,86	0,97	0,426
	Baba ²	14	4,14	0,5		
	Eş ³	19	4,21	0,74		
	Abla/ağabey ⁴	7	4,14	0,5		
	Çocuk ⁵	65	4,26	0,64		
Ekonomik Yük	Anne ¹	24	4,19	0,53	1,294	0,276
	Baba ²	14	4,36	0,25		
	Eş ³	19	4,37	0,38		
	Abla/ağabey ⁴	7	4,29	0,27		
	Çocuk ⁵	65	4,39	0,36		
Bağımlılık	Anne ¹	24	3,83	0,87	1,728	0,148
	Baba ²	14	4,21	0,43		
	Eş ³	19	4,11	0,88		
	Abla/ağabey ⁴	7	3,86	0,75		
	Çocuk ⁵	65	4,25	0,66		
Ölçek Toplamı	Anne¹	24	4,01	0,61	1,365	0,25
	Baba²	14	4,23	0,34		
	Eş³	19	4,24	0,57		
	Abla/ağabey⁴	7	4,11	0,41		
	Çocuk⁵	65	4,28	0,49		

Araştırmaya katılan yetişkin aile üyelerinin bakım yükü düzeyinin, Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği toplamında ve alt boyutlarında hastaya yakınlık durumu bakımından farklılık gösterme durumunun incelenmesi amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ONE WAY ANOVA) sonuçları Tablo 10'da verilmiştir.

Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğinden alınan puan ortalamasına göre annesine bakım veren aile üyelerinin puan ortalaması 4,01; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 4,11; babasına bakım verenlerin puan ortalaması 4,23; eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,24; çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 4,28'dir. Gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları, Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğinden alınan toplam puanın, yetişkin aile üyelerinin hasta ile yakınlık derecesine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediğini ortaya çıkartmıştır ($p>0,05$).

Bakım verenin hasta ile yakınlık derecesini, Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeği alt boyutları açısından incelediğimizde ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması alt boyutunda annesine bakım verenlerin puan ortalaması 3,92; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 3,96; babasına bakım verenlerin puan ortalaması 4,14; eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,2 ve çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 4,21'dir ($F=1,456$; $p>0,05$).

Sinirlilik ve kısıtlanmışlık alt boyutunda annesine bakım verenlerin puan ortalaması 4,18; eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,26; babası ve ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 4,33 ve çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 4,37'dir ($F=0,728$; $p>0,05$).

Toplumsal ilişkilerde bozulma alt boyutunda annesine bakım verenlerin puan ortalaması 3,94; babası ve ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 4,14; eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,21 ve çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 4,26'dır ($F=0,97$; $p>0,05$).

Ekonomik yük alt boyutunda annesine bakım verenlerin puan ortalaması 4,19; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 4,29; babasına bakım verenlerin puan ortalaması 4,36; eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,37 ve çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 4,39'dur ($F=1,294$; $p>0,05$).

Son alt boyut olan bağımlılık alt boyutunda annesine bakım verenlerin puan ortalaması 3,83; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 3,86; eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,11; babasına bakım verenlerin puan ortalaması 4,21 ve çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 4,25'tir ($F=1,728$; $p>0,05$).

Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeği alt boyutlarında Tek Yönlü Varyans Analizi ile yapılan analiz sonucunda, Ölçeğin tüm alt boyutlarından alınan puanların, bakım verenin bakım yüğü düzeyinin, hasta ile yakınlık derecesi açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği görülmüştür.

Gerçekleştirilen araştırmada, evde bakım uygulaması kapsamında resmi bakım veren aile üyeleri açısından ortaya çıkan araştırma bulgusu ile uyumlu olarak Gülseren ve arkadaşları (2010) ile Gutiérrez-Maldonado ve arkadaşları (2005) yaptıkları çalışmalarda, bakım yüğü ile yakınlık derecesi arasında anlamlı farklılık olduğunu, çocuğuna bakım veren kadınların daha fazla bakım yüğü hissettiklerini saptamışlardır. Araştırma sonucunda yetişkin aile üyeleri açısından ulaşılan sonuca benzer biçimde Kızılırmak (2014) tarafından yapılan araştırma sonucunda, bakım verenlerin, ruhsal hastalık tanısı almış kişiye yakınlık durumu ile bakım yüğü arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirtilmiştir. Bakar'ın (2020) şizofreni hastalarına bakım verenlerde travma sonrası gelişim ile bakım yüğü arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmasında da hastanın yakınlık derecesi ile bakım yüğü arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Son olarak Chien ve arkadaşları (2007) da bakım yüğü ile hastaya yakınlık derecesi arasında anlamlı bir farklılık bulamamışlardır.

Tablo 11: Bakım Veren Aile Üyeleri ile Yetişkin Aile Üyelerinin Bakım Verme Durumuna Göre Bakım Yükü Düzeyi

	Bakım Verme Durumu	N	\bar{X}	Ss	t	p
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	Bakım veren aile üyesi	313	3,98	0,56	-2,5	0,012*
	Yetişkin aile üyesi	129	4,13	0,56		
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	Bakım veren aile üyesi	313	4,14	0,49	-3,5	0,001*
	Yetişkin aile üyesi	129	4,31	0,48		
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Bakım veren aile üyesi	313	4	0,67	-2,5	0,012*
	Yetişkin aile üyesi	129	4,18	0,68		
Ekonomik Yük	Bakım veren aile üyesi	313	4,23	0,41	-2,6	0,009*
	Yetişkin aile üyesi	129	4,34	0,39		
Bağımlılık	Bakım veren aile üyesi	313	3,92	0,72	-2,6	0,009*
	Yetişkin aile üyesi	129	4,12	0,73		
Ölçek Toplamı	Bakım veren aile üyesi	313	4,06	0,51	-2,9	0,004*
	Yetişkin aile üyesi	129	4,21	0,51		

*p<0,05

Kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyeleri ile aynı hanede yaşayan yetişkin aile üyelerinin bakım verme durumlarına göre Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği toplam puanı ile alt boyutlarından alınan puanların analiz edilmesi amacıyla yapılan t testi sonuçları Tablo 11’de verilmiştir. Tabloya bakıldığında, bakım veren aile üyeleri ve evdeki yetişkin aile üyelerinin puan ortalamaları sırasıyla, ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması alt boyutunda 3,98 ve 4,13; sinirlilik ve kısıtlanmışlık alt boyutunda 4,14 ve 4,31; toplumsal ilişkilerde bozulma alt boyutunda 4,00 ve 4,18; ekonomik yük alt boyutunda 4,23 ve 4,34; bağımlılık alt boyutunda ise 3,92 ve 4,12’dir. Ölçek toplam puanına ait puan ortalaması ise evde bakım uygulaması kapsamında bakım verenler ve evdeki aile üyesinin puan ortalamaları sırasıyla 4,06 ve 4,21’dir.

Tabloda, Zarit Bakıcı Yükü Ölçeğinden alınan toplam puanın, bakım veren aile üyeleri ile yetişkin aile üyeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık sergilediği görülmektedir ($p<0,05$). Ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, sinirlilik ve kısıtlanmışlık, toplumsal ilişkilerde bozulma, ekonomik yük ve bağımlılık alt boyutlarının da bakım verme durumu açısından bakım yükü düzeyinin anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Bu bağlamda gerek ölçek toplamında gerekse alt boyutlarında yetişkin aile üyelerinin, evde bakım uygulaması kapsamında resmi bakım veren aile üyelerine göre daha yüksek puana sahip olduğu, daha fazla bakım yükü hissettikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Ulaşılan bu bulgu, yetişkin hane üyeleri arasında kadınların sayısının fazla olmasına rağmen, evde bakım uygulaması kapsamında erkek resmi bakım verenlerin daha fazla oranda olmasıyla birlikte değerlendirilmelidir. Bu bağlamda geleneksel toplumsal cinsiyet ilişkileri içinde, erkeklerin evde bakım uygulaması kapsamında sunulan bakım ücretini almasına karşın bakım sorumluluğunda kadınlar kadar rol almıyor ya da bakım sürecine aktif olarak katılım sağlamıyor oluşunun, hissettikleri bakım yükünün de görece daha düşük olmasına neden olduğunu düşündürmektedir. Bu bağlamda bakımın kadınların görevi olarak algılanmasının ve bu sorumluluğun örtük veya açıktan bir biçimde kadınlara yüklenmesinin, kadınların aile bireylerine enformel olarak bakım vermesine, bakım yükünün artmasına ve söz konusu bakım yükünün, kadınların psikolojik, fiziksel, sosyal ve ekonomik sorunlarla karşılaşmasına yol açtığı düşünülmektedir.

4.3 KRONİK RUHSAL HASTALIK TANISI ALMIŞ BİREYLERE BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN VE YETİŞKİN AİLE ÜYELERİNİN RUHSAL İYİLİK HALLERİ

Bu bölümde öncelikle, kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyeleri ve yetişkin aile üyelerinin PERMA İyi Oluş Ölçeği toplam puanına verdikleri cevaplardaki minimum, maksimum değerlere ve ölçek alt boyutlarına göre ayrı ayrı ortalamalara yer verilmiştir. Daha sonra ise kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin ve yetişkin aile üyelerinin ruhsal iyilik hallerinin cinsiyet ve

hastalık tanısı almış bireye yakınlık durumu değişkenleri açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediği ölçek toplamı ve alt boyutlarında incelenmiştir.

Tablo 12: Bakım Veren Aile Üyelerinin PERMA İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamaları

	Sayı	Min	Max	\bar{X}	Ss	%
Olumlu Duygular	313	2,00	7,33	4,66	1,03	63,5
Bağlanma	313	2,33	7,00	4,63	0,96	66,2
Olumlu İlişkiler	313	2,67	7,33	4,82	1,02	65,7
Anlam	313	2,00	7,00	4,84	0,86	69,1
Başarılar	313	2,00	7,33	4,52	0,92	61,6
Sağlıklı Olma Hissi	313	1,33	8,33	5,65	1,22	67,8
Olumsuz Duygular	313	1,67	7,33	4,18	1,00	56,9
Toplam Puan	313	2,62	6,67	4,76	0,76	71,4

Kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin PERMA İyi Oluş Ölçeği toplam puanının %71,4 olduğu, ortalamasının ise 4,76 olduğu görülmektedir. Olumlu duygular alt boyutu puan ortalamasının 4,66; bağlanma alt boyutu puan ortalamasının 4,63; olumlu ilişkiler puan ortalamasının 4,82; anlam alt boyutu puan ortalamasının 4,84; başarılar alt boyutu puan ortalamasının 4,52; sağlıklı olma hissi alt boyutu puan ortalamasının 5,65; olumsuz duygular alt boyutu puan ortalamasının ise 4,18 olduğu saptanmıştır. Bu çerçevede değerlendirildiğinde kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin PERMA İyi Oluş Ölçeği ve alt boyutlarında ruhsal iyilik hallerinin düşük düzeyde olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 13: Yetişkin Aile Üyelerinin PERMA İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamaları

	Sayı	Min	Max	\bar{X}	Ss	%
Olumlu Duygular	129	2,67	6,67	4,45	1,00	62
Bağlanma	129	2,67	7,33	4,53	1,04	63
Olumlu İlişkiler	129	2,67	8,00	4,72	1,05	64,1
Anlam	129	3,00	7,00	4,76	0,87	62,3
Başarılar	129	2,33	7,00	4,39	1,00	60
Sağlıklı Olma Hissi	129	3,33	9,00	5,40	1,11	65
Olumsuz Duygular	129	2,00	6,00	3,94	1,02	62,2
Toplam Puan	129	3,10	6,57	4,60	0,81	65,

Kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylerle aynı hanede yaşayan ve bakıma destek olan yetişkin aile üyelerinin PERMA İyi Oluş Ölçeği toplam puanının % 65 olduğu, ortalamasının ise 4,60 olduğu görülmektedir. Olumlu duygular alt boyutu puan ortalaması 4,45, bağlanma alt boyutu puan ortalaması 4,53, olumlu ilişkiler alt boyutu puan ortalaması 4,72, anlam alt boyutu puan ortalaması 4,76, başarılar puan ortalaması 4,39, sağlıklı olma hissi alt boyutu puan ortalaması 5,40, olumsuz duygular alt boyutu puan ortalaması 3,94 elde edilmiştir. Bu çerçevede değerlendirildiğinde kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin PERMA İyi Oluş Ölçeği ve alt boyutlarında ruhsal iyilik hallerinin düşük düzeyde olduğunu söylemek mümkündür.

Laidlaw ve arkadaşları (2002), şizofreni hastalarının aileleri ile yaptıkları çalışmada aile bireylerinin boş zamanlarında bile hasta ile ilgilendiklerini, tatil yapamadıklarını ve kendilerine zaman ayıramadıklarını, bu durumun da ailelerin ruh sağlığını olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Gutiérrez-Maldonado ve arkadaşları da (2005), araştırma bulgusu ile uyumlu olarak şizofreni hastalarının bakım verenlerinin yüksek düzeyde bakım yükü yaşadıkları ve bu duruma bağlı olarak ruhsal iyilik hallerinin olumsuz etkilendiğini ifade etmiştir. Esmek (2007) şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin yükleri ve ruhsal sağlık durumlarını incelediği çalışmasında, hasta yakınlarının hastaların hastalıklarından etkilendiği ve neredeyse yarısının bir ruhsal hastalığa sahip olduğu sonucuna ulaşmıştır. Şengün (2007), şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin

%65'inin ruhsal sağlık sorunları açısından yüksek risk taşıdığını belirtmiştir. Gerçekleştirilen araştırma sonucunda, hem yetişkin aile üyelerinin hem de resmi bakım veren aile üyelerinin ruhsal iyilik hallerinin düşük düzeyde olduğunu gösteren bulgu, araştırma sonucunda ulaşılan; bakım verenlerin psikolojik desteğe ihtiyaç duyuyor oldukları bulgusuyla ve yukarıda sözü edilen araştırma sonuçlarıyla birlikte değerlendirildiğinde bakım verenlerin de ruhsal sağlık sorunları açısından risk altında olabileceğine ve bu sorunların yaşanmamasına yönelik önleyici çalışmaların yapılmasının önemine işaret etmektedir.

Tablo 14: *Bakım Veren Aile Üyelerinin Cinsiyetine Göre İyi Oluş Düzeyi*

	Cinsiyet	N	\bar{X}	Ss	t	p
Olumlu Duygular	Kadın	143	4,28	0,86	-	0,000*
	Erkek	170	4,98	1,04	6,4	
Bağlanma	Kadın	143	4,43	0,85	-	0,000*
	Erkek	170	4,81	1,02	3,5	
Olumlu İlişkiler	Kadın	143	4,48	0,85	-	0,000*
	Erkek	170	5,12	1,06	5,8	
Anlam	Kadın	143	4,73	0,81	-	0,033*
	Erkek	170	4,94	0,88	2,1	
Başarılar	Kadın	143	4,38	0,83	-	0,010*
	Erkek	170	4,65	0,97	2,5	
Sağlıklı Olma Hissi	Kadın	143	5,59	1,26	-	0,331
	Erkek	170	5,72	1,18	0,9	
Olumsuz Duygular	Kadın	143	3,75	0,96	-	0,000*
	Erkek	170	4,54	0,89	7,5	
Ölçek Toplamı	Kadın	143	4,52	0,62	-	0,000*
	Erkek	170	4,96	0,81	5,4	

***p<0,05**

Kronik ruhsal hastalık tanısı almış yakınlarına evde bakım uygulaması kapsamında bakım veren aile üyelerinin cinsiyete göre PERMA İyi Oluş Ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarından alınan puanların analiz edilmesi için yapılan t testi sonuçları Tablo 14'te verilmiştir. Tabloya göre alt boyutlardan alınan puan ortalamaları kadın ve erkeklerde sırasıyla olumlu duygular alt boyutunda 4,28 ve 4,98; bağlanma alt boyutunda 4,43 ve 4,81; olumlu ilişkiler alt boyutunda 4,48 ve 5,12; anlam alt boyutunda 4,73 ve 4,94; başarılar alt boyutunda 4,38 ve 4,65; sağlıklı olma hissi alt boyutunda 5,59 ve 5,72; olumsuz duygular alt boyutunda 3,75 ve 4,54'tür. Ölçek toplamına ait puan ortalamasının ise kadın ve erkeklerde sırasıyla 4,52 ve 4,96 olduğu görülmektedir.

Perma İyi Oluş Ölçeğinden alınan toplam puan bakım verenin cinsiyeti bakımından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

Ek olarak olumlu duygular, bağlanma, olumlu ilişkiler, anlam, başarılar ve olumsuz duygular alt boyutlarının hepsinde ölçek alt boyut puanlarının, bakım verenin cinsiyeti bakımından anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Sağlıklı olma hissi alt boyutunda ise bakım verenin cinsiyeti bakımından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,331$). Gerek alt boyutlar gerekse ölçek toplamından alınan ortalama puanlara göre erkek bakım verenlerin, kadın bakım verenlere göre daha yüksek puana sahip olduğu yani ruhsal iyilik hallerinin daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür.

Tablo 15: Yetişkin Aile Üyelerinin Cinsiyetine Göre İyi Oluş Düzeyi

	Cinsiyet	N	X	ss	F	p																																																																										
Olumlu Duygular	Kadın	91	4,05	0,81	-8,882	0,000*																																																																										
	Erkek	38	5,4	0,74			Bağlanma	Kadın	91	4,19	0,86	-6,653	0,000*	Erkek	38	5,35	1	Olumlu İlişkiler	Kadın	91	4,34	0,89	-7,518	0,000*	Erkek	38	5,61	0,83	Anlam	Kadın	91	4,49	0,74	-6,29	0,000*	Erkek	38	5,41	0,81	Başarılar	Kadın	91	4,07	0,87	-6,434	0,000*	Erkek	38	5,15	0,87	Sağlıklı Olma Hissi	Kadın	91	5,16	1,07	-3,859	0,000*	Erkek	38	5,95	1,01	Olumsuz Duygular	Kadın	91	3,68	0,98	-4,726	0,000*	Erkek	38	4,54	0,84	Ölçek Toplamı	Kadın	91	4,28	0,67	-8,286	0,000*	Erkek
Bağlanma	Kadın	91	4,19	0,86	-6,653	0,000*																																																																										
	Erkek	38	5,35	1			Olumlu İlişkiler	Kadın	91	4,34	0,89	-7,518	0,000*	Erkek	38	5,61	0,83	Anlam	Kadın	91	4,49	0,74	-6,29	0,000*	Erkek	38	5,41	0,81	Başarılar	Kadın	91	4,07	0,87	-6,434	0,000*	Erkek	38	5,15	0,87	Sağlıklı Olma Hissi	Kadın	91	5,16	1,07	-3,859	0,000*	Erkek	38	5,95	1,01	Olumsuz Duygular	Kadın	91	3,68	0,98	-4,726	0,000*	Erkek	38	4,54	0,84	Ölçek Toplamı	Kadın	91	4,28	0,67	-8,286	0,000*	Erkek	38	5,35	0,64								
Olumlu İlişkiler	Kadın	91	4,34	0,89	-7,518	0,000*																																																																										
	Erkek	38	5,61	0,83			Anlam	Kadın	91	4,49	0,74	-6,29	0,000*	Erkek	38	5,41	0,81	Başarılar	Kadın	91	4,07	0,87	-6,434	0,000*	Erkek	38	5,15	0,87	Sağlıklı Olma Hissi	Kadın	91	5,16	1,07	-3,859	0,000*	Erkek	38	5,95	1,01	Olumsuz Duygular	Kadın	91	3,68	0,98	-4,726	0,000*	Erkek	38	4,54	0,84	Ölçek Toplamı	Kadın	91	4,28	0,67	-8,286	0,000*	Erkek	38	5,35	0,64																			
Anlam	Kadın	91	4,49	0,74	-6,29	0,000*																																																																										
	Erkek	38	5,41	0,81			Başarılar	Kadın	91	4,07	0,87	-6,434	0,000*	Erkek	38	5,15	0,87	Sağlıklı Olma Hissi	Kadın	91	5,16	1,07	-3,859	0,000*	Erkek	38	5,95	1,01	Olumsuz Duygular	Kadın	91	3,68	0,98	-4,726	0,000*	Erkek	38	4,54	0,84	Ölçek Toplamı	Kadın	91	4,28	0,67	-8,286	0,000*	Erkek	38	5,35	0,64																														
Başarılar	Kadın	91	4,07	0,87	-6,434	0,000*																																																																										
	Erkek	38	5,15	0,87			Sağlıklı Olma Hissi	Kadın	91	5,16	1,07	-3,859	0,000*	Erkek	38	5,95	1,01	Olumsuz Duygular	Kadın	91	3,68	0,98	-4,726	0,000*	Erkek	38	4,54	0,84	Ölçek Toplamı	Kadın	91	4,28	0,67	-8,286	0,000*	Erkek	38	5,35	0,64																																									
Sağlıklı Olma Hissi	Kadın	91	5,16	1,07	-3,859	0,000*																																																																										
	Erkek	38	5,95	1,01			Olumsuz Duygular	Kadın	91	3,68	0,98	-4,726	0,000*	Erkek	38	4,54	0,84	Ölçek Toplamı	Kadın	91	4,28	0,67	-8,286	0,000*	Erkek	38	5,35	0,64																																																				
Olumsuz Duygular	Kadın	91	3,68	0,98	-4,726	0,000*																																																																										
	Erkek	38	4,54	0,84			Ölçek Toplamı	Kadın	91	4,28	0,67	-8,286	0,000*	Erkek	38	5,35	0,64																																																															
Ölçek Toplamı	Kadın	91	4,28	0,67	-8,286	0,000*																																																																										
	Erkek	38	5,35	0,64																																																																												

*** $p<0,05$**

Yetişkin aile üyelerinin cinsiyete göre PERMA İyi Oluş Ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarından alınan puanların analiz edilmesi için yapılan t testi sonuçları Tablo 15'te verilmiştir. Tabloya göre alt boyutlardan alınan puan ortalamaları kadın ve erkeklerde sırasıyla olumlu duygular alt boyutunda 4,05 ve 5,4; bağlanma alt boyutunda 4,19 ve 5,35; olumlu ilişkiler alt boyutunda 4,34 ve 5,61; anlam alt boyutunda 4,49 ve 5,41; başarılar alt boyutunda 4,07 ve 5,15; sağlıklı olma hissi alt boyutunda 5,16 ve 5,95; olumsuz duygular alt boyutunda 3,68 ve 4,54'tür. Ölçek toplamına ait puan

ortalamasının ise kadın ve erkeklerde sırasıyla 4,28 ve 5,35 olduğu görülmektedir. Perma İyi Oluş Ölçeğinden alınan toplam puan yetişkin aile üyesinin cinsiyeti bakımından da istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ölçek alt boyutları bağlamında ise duygular, bağlanma, olumlu ilişkiler, anlam, başarılar, sağlıklı olma hissi ve olumsuz duygular alt boyutlarının hepsinde ölçek alt boyut puanlarının, bakım verenin cinsiyeti bakımından anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Gerek alt boyutlar gerekse ölçek toplamından alınan ortalama puanlara göre erkeklerin, kadınlara göre daha yüksek puana sahip olduğu yani ruhsal iyilik hallerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Kadınların daha fazla bakım yükü hissettiği göz önünde bulundurulduğunda ruhsal iyilik halinin de daha düşük olması anlaşılır görünmektedir. Barlas (2011) şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almış bireylere bakım verenlerin yük, depresyon ve anksiyete düzeylerini çeşitli değişkenlere göre karşılaştırdığı araştırmada, bakım veren kadınların depresyon riskinin erkeklere göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Tel ve Ertekin Pınar (2013)'ın çalışmasında da kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren kadınların depresyon puanlarının erkeklere göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Cuijpers (2005) de bakım veren kadınların, ruhsal sağlık sorunları açısından erkeklere göre daha fazla risk altında olduğunu belirtmiştir.

Tablo 16: Bakım Veren Aile Üyelerinin Hastaya Yakınlık Durumuna Göre İyi Oluş Düzeyi

		N	\bar{X}	Ss	F	P	Tukey Testi
Olumlu Duygular	Anne ¹	53	4,66	1,07	4,901	0,001*	3-5
	Baba ²	29	4,47	0,86			
	Eş ³	125	4,43	0,90			
	Abla/ağabey ⁴	33	4,81	1,16			
	Çocuk ⁵	73	5,05	1,09			
Bağlanma	Anne ¹	53	4,55	0,93	1,690	0,152	
	Baba ²	29	4,44	0,82			
	Eş ³	125	4,55	0,94			
	Abla/ağabey ⁴	33	4,88	1,00			
	Çocuk ⁵	73	4,80	1,05			
Olumlu İlişkiler	Anne ¹	53	4,67	1,10	3,687	0,006*	1-5
	Baba ²	29	4,68	0,65			3-5
	Eş ³	125	4,68	0,90			
	Abla/ağabey ⁴	33	4,93	1,14			
	Çocuk ⁵	73	5,19	1,12			
Anlam	Anne ¹	53	4,86	0,86	0,470	0,758	
	Baba ²	29	4,68	0,68			
	Eş ³	125	4,83	0,83			
	Abla/ağabey ⁴	33	4,97	0,88			
	Çocuk ⁵	73	4,86	0,95			
Başarılar	Anne ¹	53	4,55	0,97	1,583	0,179	
	Baba ²	29	4,25	0,62			
	Eş ³	125	4,45	0,89			
	Abla/ağabey ⁴	33	4,64	0,98			
	Çocuk ⁵	73	4,69	0,99			
Sağlıklı Olma Hissi	Anne ¹	53	5,79	1,32	1,442	0,220	
	Baba ²	29	5,33	0,94			
	Eş ³	125	5,64	1,31			
	Abla/ağabey ⁴	33	6,00	1,27			
	Çocuk ⁵	73	5,56	1,02			
Olumsuz Duygular	Anne ¹	53	4,36	1,10	13,535	0,000*	1-3
	Baba ²	29	4,45	0,94			2-3
	Eş ³	125	3,78	0,88			3-5
	Abla/ağabey ⁴	33	3,98	0,90			4-5
	Çocuk ⁵	73	4,72	0,87			
Perma İyi Oluş Ölçeği	Anne ¹	53	4,78	0,78	3,163	0,014*	3-5
	Baba ²	29	4,61	0,50			
	Eş ³	125	4,62	0,71			
	Abla/ağabey ⁴	33	4,89	0,81			
	Çocuk ⁵	73	4,98	0,85			

*p<0,05

Araştırmaya katılan bakım veren aile üyelerinin ruhsal iyilik hallerinin, PERMA İyi Oluş Ölçeği toplamında ve alt boyutlarında bakım verenin hastaya yakınlık durumu açısından farklılık gösterme durumunun incelenmesi için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ONE WAY ANOVA) sonuçları Tablo 16'da verilmiştir.

Ölçek toplamında babasına bakım verenlerin puan ortalaması 4,61; eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,62; annesine bakım verenlerin puan ortalaması 4,78; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 4,89 ve çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 4,98'dir. Gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları, PERMA İyi Oluş Ölçeği toplam puanın, bakım verenin hasta ile yakınlık derecesi bakımından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiğini ortaya çıkartmıştır ($F=3,1$; $p<0,05$).

Olumlu duygular alt boyutunda eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,43; babasına bakım verenlerin puan ortalaması 4,47; annesine bakım verenlerin puan ortalaması 4,66; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 4,81 ve çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 5,05'tir ($F=4,9$; $p<0,05$).

Bağlanma alt boyutunda babasına bakım verenlerin puan ortalaması 4,44; annesi ve eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,55; çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 4,80 ve ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 4,88'dir ($F=1,6$; $p>0,05$).

Olumlu ilişkiler alt boyutunda annesine bakım verenlerin puan ortalaması 4,67; babasına ve eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,68; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 4,93; çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması ise 5,19'dur ($F=3,6$; $p<0,05$).

Anlam alt boyutunda babasına bakım verenlerin puan ortalaması 4,68; eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,83; annesine ve çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 4,86; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 4,97'dir ($F=0,4$; $p>0,05$).

Başarılar alt boyutunda babasına bakım verenlerin puan ortalaması 4,25; eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,45; annesine bakım verenlerin puan ortalaması 4,55; ablası

ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 4,64; çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 4,69'dur ($F=1,5$; $p>0,05$).

Sağlıklı olma hissi alt boyutunda babasına bakım verenlerin puan ortalaması 5,33; çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 5,56; eşine bakım verenlerin puan ortalaması 5,64; annesine bakım verenlerin puan ortalaması 5,79; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması ise 6,00'dır ($F=1,4$; $p>0,05$).

Olumsuz duygular alt boyutunda eşine bakım verenlerin puan ortalaması 3,78; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 3,98; annesine bakım verenlerin puan ortalaması 4,36; babasına bakım verenlerin puan ortalaması 4,45; çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 4,72'dir ($F=13,5$; $p<0,05$). Özetle PERMA İyi Oluş Ölçeğinin olumlu duygular, olumlu ilişkiler ve olumsuz duygular alt boyutlarında bakım verenin ruhsal iyilik halinin, hasta ile yakınlık derecesine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ($p<0,05$). Ölçeğin bağlanma, anlam, başarılar ve sağlıklı olma hissi alt boyutlarında ise bakım verenin ruhsal iyilik halinin, hasta ile yakınlık derecesine göre istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=0,152$, $p=0,758$, $p=179$, $p=0,22$).

Bakım verenlerin, ruhsal iyilik hallerinin hastaya yakınlık durumuna göre nasıl farklılık gösterdiğini incelemek üzere yapılan Post Hoc Testlerinden Tukey testi sonuçlarına olumlu duygular alt boyutundaki farklılığın 3. ve 5. gruptan meydana geldiği yani; ortalama puanlar açısından bakıldığında hastanın çocuğu olduğunu belirtenlerin, eşi olduğunu belirtenlere göre daha yüksek puana sahip olduğu, hastanın çocuğu olduğunu belirtenlerin, eşi olduğunu belirtenlere göre bakım verirken kendilerini ruhsal açıdan daha iyi hissettiklerini görülmektedir.

Olumlu ilişkiler alt boyutundaki farklılığın 5. gruptan kaynaklandığı yani ortalama puanlar açısından bakıldığında hastanın çocuğu olduğunu belirtenlerin annesi ya da eşi olduğunu belirtenlere göre daha yüksek puana sahip olduğu ve çocuğuna bakım verirken kendilerini ruhsal açıdan daha iyi hissettiklerini söylemek mümkündür.

Olumsuz duygular alt boyutundaki farklılığın 3. gruptan kaynaklandığı yani ortalama puanlar açısından bakıldığında hastanın eşi olduğunu belirtenlerin, annesi, babası ya da çocuğu olduğunu belirtenlere göre daha düşük puana sahip olduğu gözlemlenmektedir.

Diğer yandan 4. ve 5. grup arasında da farklılık olduğu ve ortalama puanlar açısından bakıldığında hastanın çocuğu olduğunu belirtenlerin, ablası ya da ağabeyi olduğunu belirtenlere göre daha yüksek puana sahip olduğu gözlemlenmektedir. Bu bağlamda hastanın çocuğu olduğunu belirtenlerin, ablası ya da ağabeyi olduğunu belirtenlere göre bakım verirken kendilerini ruhsal açıdan daha iyi hissettiklerini söylemek mümkündür.

Tablo 17: Yetişkin Aile Üyelerinin Hastaya Yakınlık Durumuna Göre İyi Oluş Düzeyi

		N	\bar{X}	Ss	F	p	Tukey Testi
Olumlu Duygular	Anne ¹	24	4,88	0,97	1,926	0,11	
	Baba ²	14	4,24	0,78			
	Eş ³	19	4,4	1,1			
	Abla/ağabey ⁴	7	4,86	0,96			
	Çocuk ⁵	65	4,31	1			
Bağlanma	Anne ¹	24	4,89	1,1	0,997	0,412	
	Baba ²	14	4,5	0,95			
	Eş ³	19	4,4	1,11			
	Abla/ağabey ⁴	7	4,71	0,91			
	Çocuk ⁵	65	4,43	1,03			
Olumlu İlişkiler	Anne ¹	24	5,11	0,97	1,423	0,23	
	Baba ²	14	4,79	0,86			
	Eş ³	19	4,68	1,18			
	Abla/ağabey ⁴	7	4,95	0,89			
	Çocuk ⁵	65	4,54	1,07			
Anlam	Anne ¹	24	5,06	0,8	1,143	0,34	
	Baba ²	14	4,57	0,8			
	Eş ³	19	4,7	0,87			
	Abla/ağabey ⁴	7	5	0,64			
	Çocuk ⁵	65	4,69	0,91			
Başarılar	Anne ¹	24	4,74	1	1,356	0,253	
	Baba ²	14	4,29	0,92			
	Eş ³	19	4,42	1,14			
	Abla/ağabey ⁴	7	4,71	0,93			
	Çocuk ⁵	65	4,24	0,96			
Sağlıklı Olma Hissi	Anne ¹	24	5,96	0,94	2,608	0,039*	1-5
	Baba ²	14	5,52	1,37			
	Eş ³	19	5,09	1,14			
	Abla/ağabey ⁴	7	5,67	1,09			
	Çocuk ⁵	65	5,22	1,04			
Olumsuz Duygular	Anne ¹	24	4,24	0,83	2,201	0,073	
	Baba ²	14	3,86	1,17			
	Eş ³	19	4,16	0,96			
	Abla/ağabey ⁴	7	4,52	1,43			
	Çocuk ⁵	65	3,71	0,99			
Perma İyi Oluş Ölçeği	Anne ¹	24	4,98	0,75	2,235	0,069	
	Baba ²	14	4,54	0,74			
	Eş ³	19	4,55	0,92			
	Abla/ağabey ⁴	7	4,92	0,78			
	Çocuk ⁵	65	4,45	0,81			

*p<0,05

Araştırmaya katılan yetişkin aile üyelerinin ruhsal iyilik hallerinin, PERMA İyi Oluş Ölçeği toplamında ve alt boyutlarında hastaya yakınlık durumu açısından farklılık gösterme durumunun incelenmesi için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ONE WAY ANOVA) sonuçları Tablo 17’de verilmiştir.

Ölçek toplamında bakım alan kişi, çocuğu olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,45; babası olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,54; eşi olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,55; ablası ya da ağabeyi olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,92; annesi olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,98’dir. Gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları, PERMA İyi Oluş Ölçeği toplam puanında, yetişkin aile üyelerinin ruhsal iyilik hallerinin bakım alan hasta ile yakınlık derecesi bakımından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediğini ortaya çıkartmıştır ($F=2,235$; $p>0,05$).

Olumlu duygular alt boyutunda bakım alan kişi, babası olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,24; çocuğu olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,31; eşi olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,4; ablası ya da ağabeyi olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,86 ve annesi olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,88’dir ($F=1,926$; $p>0,05$).

Bağlanma alt boyutunda eşinin bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,40; çocuğunun bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,43; babasının bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,5; ablası ya da ağabeyinin bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,71 ve annesinin bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,89’dur ($F=0,997$; $p>0,05$).

Olumlu ilişkiler alt boyutunda çocuğunun bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,54; eşinin bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,68; babasının bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,79; ablası ya da ağabeyinin bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,95 ve annesinin bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 5,11’dir ($F=1,423$; $p>0,05$).

Anlam alt boyutunda bakım alan kişi babası olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,57; çocuğu olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,69; eşi olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,7; ablası ya da ağabeyi olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 5; annesi olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 5,06'dır ($F=1,143$; $p>0,05$).

Başarılar alt boyutunda bakım alan kişi, çocuğu olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,24; babası olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,29; eşi olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,42; annesi olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,74; ablası ya da ağabeyi olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,71'dir ($F=1,356$; $p>0,05$).

Sağlıklı olma hissi alt boyutunda eşinin bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 5,09; çocuğunun bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 5,22; babasının bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 5,52; ablası ya da ağabeyinin bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması ise 5,67; annesinin bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 5,96'dır ($F=2,608$; $p<0,05$).

Olumsuz duygular alt boyutunda çocuğunun bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 3,71; babasının bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 3,86; eşinin bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,16; annesinin bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,24 ve ablası ya da ağabeyinin bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,52'dir ($F=2,201$ $p>0,05$).

PERMA İyi Oluş Ölçeğinin toplam puanının yanı sıra olumlu duygular, bağlanma, olumlu ilişkiler, anlam, başarılar ve olumsuz duygular alt boyutlarında da yetişkin aile üyelerinin ruhsal iyilik halinin, hasta ile yakınlık derecesine göre istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=0,11$, $p=0,412$, $p=0,23$, $p=0,34$, $p=0,253$, $p=0,073$, $p=0,069$). Ölçeğin sağlıklı olma hissi alt boyutunda yetişkin aile üyelerinin ruhsal iyilik halinin, hasta ile yakınlık derecesine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ($p<0,05$). Söz konusu bu alt boyutta, yetişkin aile üyelerinin ruhsal iyilik hallerinin hastaya yakınlık durumuna göre nasıl farklılık gösterdiğini incelemek üzere yapılan Post Hoc Testlerinden Tukey testi sonuçlarına göre farklılığın

1. ve 5. gruplardan kaynaklandığı yani; sağlıklı olma hissi alt boyutundaki ortalama puanlara göre bakım alan hastanın annesi olduğunu belirten yetişkin aile üyelerinin, çocuğu olduğunu belirtenlere göre daha yüksek puana sahip olduğu gözlemlenmektedir.

Tel ve Ertekin Pınar (2013) ise yaptıkları araştırmada bakım veren eşlerin daha yüksek düzeyde depresyon semptomları gösterdiğini saptamıştır. Bu çerçevede bakım alan kişinin, bakım verenin çocuğu olmasının, bakım veren açısından doğuştan ve karşılıksız bir sorumluluk getirdiği, bakım sürecinde hastaya ve hastalığa karşı tolerans seviyesinin daha yüksek olduğu ve bu sebeple de bakım verilirken diğer yakınlık derecelerine göre daha iyi hissedilmesini sağladığı düşünülmüştür.

Tablo 18: Bakım Veren Aile Üyelerinin ve Yetişkin Aile Üyelerinin İyi Oluş Düzeyi

	Bakım Verme Durumu	N	\bar{X}	Ss	t	p
Olumlu Duygular	Bakım veren aile üyesi	313	4,66	1,03	1,9	0,05
	Yetişkin aile üyesi	129	4,45	1		
Bağlanma	Bakım veren aile üyesi	313	4,63	0,96	0,9	0,322
	Yetişkin aile üyesi	129	4,53	1,04		
Olumlu İlişkiler	Bakım veren aile üyesi	313	4,82	1,02	0,9	0,329
	Yetişkin aile üyesi	129	4,72	1,05		
Anlam	Bakım veren aile üyesi	313	4,84	0,86	0,8	0,38
	Yetişkin aile üyesi	129	4,76	0,87		
Başarılar	Bakım veren aile üyesi	313	4,52	0,92	1,3	0,167
	Yetişkin aile üyesi	129	4,39	1		
Sağlıklı Olma Hissi	Bakım veren aile üyesi	313	5,65	1,22	2	0,037*
	Yetişkin aile üyesi	129	5,4	1,11		
Olumsuz Duygular	Bakım veren aile üyesi	313	4,18	1	2,3	0,022*
	Yetişkin aile üyesi	129	3,94	1,02		
Ölçek Toplamı	Bakım veren aile üyesi	313	4,76	0,76	1,9	0,048*
	Yetişkin aile üyesi	129	4,6	0,82		

***p<0,05**

Kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere evde bakım uygulaması kapsamında resmi bakım veren aile üyeleri ile aynı hanede yaşayan ve bakıma destek olan yetişkin aile üyelerinin PERMA İyi Oluş Ölçeği toplam puanı ile alt boyutlarından alınan puanların karşılaştırılması için yapılan t testi sonuçları Tablo 18'de verilmiştir. Tabloya göre, bakım veren aile üyeleri ve yetişkin aile üyelerinin puan ortalamaları sırasıyla olumlu duygular alt boyutunda 4,66 ve 4,45; bağlanma alt boyutunda 4,63 ve 4,53; olumlu

ilişkiler alt boyutunda 4,82 ve 4,72; anlam alt boyutunda 4,84 ve 4,76; başarılar alt boyutunda 4,52 ve 4,39; sağlıklı olma hissi alt boyutunda 5,65 ve 5,4; olumsuz duygular alt boyutunda 4,18 ve 3,94'tür. Ölçek toplam puanının evde bakım uygulaması kapsamında resmi bakım veren aile üyeleri ve yetişkin aile üyelerine ait puan ortalamaları ise sırasıyla 4,76 ve 4,6'tır. Tabloda, PERMA İyi Oluş Ölçeğinden alınan toplam puan ile sağlıklı olma hissi ve olumsuz duygular alt boyutlarında, bakım verenin ruhsal iyilik halinin, evde bakım uygulaması kapsamında bakım ücreti alarak bakım verme durumu bakımından istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Bu bağlamda evde bakım uygulaması kapsamında resmi olarak bakım veren aile üyelerinin, aynı hanede yaşayan yetişkin aile üyelerine göre daha yüksek puana sahip olduğu ve dolayısıyla ruhsal iyilik hallerinin görece daha iyi olduğu görülmektedir.

Ölçeğin olumlu duygular, bağlanma, olumlu ilişkiler, anlam ve başarılar alt boyutlarında ise katılımcıların ruhsal iyilik halinin, resmi bakım verme durumu bakımından istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği görülmüştür ($p=0,05$, $p=0,322$, $p=0,329$, $p=0,38$, $p=167$).

Bu bulgular, evde bakım uygulamasının, bu açıdan aile üyelerinin ruhsal iyilik halleri üzerinde bakım verirken az da olsa olumlu bir etki yarattığını göstermektedir. Ancak evde bakım uygulaması kapsamında ücret almaksızın bakıma destek olan yetişkin aile üyelerinin bakım yükünün daha fazla olduğu bulgusu göz önüne alındığında, erkeklerin bakım sürecinde sadece ücret alan tarafta olması ve bakım sorumluluğuna aktif katılım sağlamamasının, özellikle resmi olarak bakım veren görünmemekle birlikte bakıma destek olan yetişkin aile üyesi kadınların ruhsal iyilik hallerini olumsuz etkilemektedir.

4.4. BAKIM YÜKÜNÜN RUHSAL İYİLİK HALİNE ETKİSİ

Bu başlık altında, kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyesi katılımcılar ile yetişkin aile üyesi katılımcıların bakım yükünün ruhsal iyilik hallerine etkisi analiz edilip yorumlanmıştır.

Tablo 19: *Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükünün İyi Oluşları Üzerindeki Etkisi*

Değişkenler	B	Std. Hata	β	T	p
(Sabit)	7,293	0,318	-	22,926	0
Bakım Yükü	-0,625	0,078	-0,414	-8,026	0

Bağımlı değişken: İyi oluş

$$R = 0,414 \quad R^2 = 0,172 \quad F = 64,412 \quad p = 0,000$$

Kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere evde bakım uygulaması kapsamında bakım veren aile üyelerinin bakım yükünün, ruhsal iyilik hallerine etkisini incelemek üzere basit lineer (doğrusal) regresyon testi gerçekleştirilmiş ve kurulan regresyon modelinin, istatistiksel olarak anlamlı şekilde bakım veren aile üyelerinin ruhsal iyilik düzeylerini açıkladığı görülmüştür ($F=64,412$, $p<0,05$). Analiz sonuçlarında evde bakım uygulaması kapsamında resmi olarak bakım veren aile üyelerinin bakım yükünün, ruhsal iyilik hallerini negatif yönde etkilediği ($\beta = -0,414$) belirlenmiştir. Bu kapsamda değerlendirildiğinde bakım verenin bakım yükü arttığında, ruhsal iyilik halinin azaldığını söylemek mümkündür. Bakım veren aile üyelerinin ruhsal iyilik hallerindeki değişimin %17,2'si bakım yükü tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 20: *Yetişkin Aile Üyelerinin Bakım Yükünün İyi Oluşları Üzerindeki Etkisi*

Değişkenler	B	Std. Hata	β	T	p
(Sabit)	8,516	0,493	-	17,264	0
Bakım Yükü	-0,931	0,116	-0,579	-8,002	0

Bağımlı değişken: İyi oluş

$$R = 0,578 \quad R^2 = 0,335 \quad F = 64,028 \quad p = 0,000$$

Yetişkin aile üyesi katılımcıların bakım yükünün, ruhsal iyilik hallerine etkisini incelemek üzere basit lineer (doğrusal) regresyon testi gerçekleştirilmiş ve kurulan regresyon modelinin, istatistiksel olarak anlamlı şekilde söz konusu katılımcıların ruhsal iyilik hallerini açıkladığı görülmüştür ($F=64,028$, $p<0,05$). Analiz sonuçlarında evde bakım ücreti almaksızın bakıma destek olan yetişkin aile üyesi katılımcıların bakım yükünün, ruhsal iyilik hallerini negatif yönde etkilediği ($\beta = -0,579$) belirlenmiştir. Bu kapsamda değerlendirildiğinde yetişkin aile üyelerinin hissettiği bakım yükü arttığında,

ruhsal iyilik halinin azaldığını söylemek mümkündür. Bakım ücreti almayan yetişkin aile üyesi katılımcıların ruhsal iyilik hallerindeki değişimin %33,5'i bakım yükü tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 21: *Bakım Veren Kadınların Bakım Yükünün İyi Oluşları Üzerindeki Etkisi*

Değişkenler	B	Std. Hata	β	T	p
(Sabit)	4,879	0,726	-	6,721	0
Bakım Yükü	-0,081	0,163	-0,042	-0,493	0

Bağımlı değişken: İyi oluş

$$R = 0,414 \quad R^2 = 0,02 \quad F = 0,243 \quad p = 0,623$$

Bakım veren kadın aile üyelerinin bakım yükünün, ruhsal iyilik halleri üzerindeki etkisini incelemek için gerçekleştirilen basit lineer (doğrusal) regresyon testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir etkinin bulunmadığı görülmüştür ($p > 0,05$).

Tablo 22: *Bakım Veren Erkeklerin Bakım Yükünün İyi Oluşları Üzerindeki Etkisi*

Değişkenler	B	Std. Hata	β	T	p
(Sabit)	8,212	0,519	-	15,816	0
Bakım Yükü	-0,869	0,869	-0,437	-6,291	0

Bağımlı değişken: İyi oluş

$$R = 0,43 \quad R^2 = 0,191 \quad F = 39,580 \quad p = 0,000$$

Bakım veren erkek aile üyelerinin bakım yükünün, ruhsal iyilik hallerine etkisini incelemek üzere basit lineer (doğrusal) regresyon testi gerçekleştirilmiş ve kurulan regresyon modelinin, istatistiksel olarak anlamlı şekilde söz konusu katılımcıların ruhsal iyilik hallerini açıkladığı görülmüştür ($F = 39,580$, $p < 0,05$). Analiz sonuçlarına bakım veren erkeklerin bakım yükünün, psikolojik iyili hallerini negatif yönde etkilediği ($\beta = -0,437$) belirlenmiştir. Bu kapsamda değerlendirildiğinde bakım veren erkeklerin hissettikleri bakım yükü arttığında, ruhsal iyilik halinin azaldığını söylemek mümkündür. Bakım veren erkeklerin ruhsal iyilik hallerindeki değişimin % 19,1'i bakım yükü tarafından açıklanmaktadır

Tablo 23: Yetişkin Aile Üyesi Kadınların Bakım Yükünün İyi Oluşları Üzerindeki Etkisi

Değişkenler	B	Std. Hata	β	T	p
(Sabit)	7,608	1,049	-	7,253	0
Bakım Yükü	-0,748	0,236	-0,319	-3,175	0,002

Bağımlı değişken: İyi oluş

$$R = 0,319 \quad R^2 = 0,102 \quad F = 10,079 \quad p = 0,002$$

Yetişkin aile üyesi kadınların bakım yükünün, ruhsal iyilik hallerine etkisini incelemek üzere basit lineer (doğrusal) regresyon testi gerçekleştirilmiş ve kurulan regresyon modelinin, istatistiksel olarak anlamlı şekilde söz konusu katılımcıların ruhsal iyilik hallerini açıkladığı görülmüştür ($F=10,079$, $p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre, yetişkin aile üyesi kadınların bakım yükünün, psikolojik iyilik hallerini negatif yönde etkilediğini, resmi olarak bakım veren olarak görünmemekle birlikte bakıma destek olan yetişkin aile üyelerinden kadın olanların bakım yükü arttığında, ruhsal iyilik halinin azaldığını söylemek mümkündür. ($\beta = -0,319$) belirlenmiştir. Yetişkin aile üyesi kadınların psikolojik iyilik hallerindeki değişiminin % 10,2'si bakım yükü tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 24: Yetişkin Aile Üyesi Erkeklerin Bakım Yükünün İyi Oluşları Üzerindeki Etkisi

Değişkenler	B	Std. Hata	β	T	p
(Sabit)	6,557	0,778	-	8,713	0
Bakım Yükü	-0,337	0,204	-0,265	-1,647	0,108

Bağımlı değişken: İyi oluş

$$R = 0,264 \quad R^2 = 0,070 \quad F = 2,711 \quad p = 0,0108$$

Yetişkin aile üyesi erkeklerin bakım yükünün, ruhsal iyilik hallerine etkisini incelemek üzere basit lineer (doğrusal) regresyon testi gerçekleştirilmiş ve kurulan regresyon modelinin, istatistiksel olarak anlamlı şekilde söz konusu katılımcıların ruhsal iyilik hallerini açıklamadığı görülmüştür ($F=2,711$, $p>0,05$).

Literatür incelendiğine bakım vermenin bakım verenlerin hem fiziksel hem de ruhsal sağlıklarını negatif yönde etkilediği, ayrıca bakım verenlerde depresyon ve stresin ilerleyen yıllarda fizyolojik değişikliklere de neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Schulz & Sherwood, 2009, s. 4). Yaşlı hastalara bakım verenlerle yapılan bir çalışmada yaşlı hastalara bakım vermenin, bakım veren bireyleri negatif yönde etkilediği, yüksek

düzeyde depresyon ve kaygıya neden olduğu; bakım veren bireylerin daha düşük düzeyde yaşam doyumuna sahip olduğu saptanmıştır (Luchetti vd., 2021). Literatür incelendiğinde kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerindeki bakım yükünün depresyon, yaşam kalitesi vb. etkisini inceleyen araştırmalara rastlanmıştır olup, bakım yükünün ruhsal iyilik hallerine etkisini inceleyen araştırmaya rastlanmamıştır. Bu açıdan, gerçekleştirilen araştırmanın literatürde bir ilk olma özelliğini taşıdığı söylemek mümkündür.

5. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde öncelikle araştırma sonuçları özetlenmiş, daha sonra kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yüklerinin azaltılması ve ruhsal iyilik hallerinin artırılmasına yönelik öneriler ile gelecek araştırmalar için önerilere yer verilmiştir.

5.1. SONUÇLAR

Bu araştırmada, kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere evde bakım uygulaması kapsamında bakım veren aile üyelerinin ve aynı hanede yaşayan yetişkin aile üyelerinin bakım yükleri ve ruhsal iyilik halleri incelenerek bakım yükünün, ruhsal iyilik hallerine etkisi ortaya konulmuştur. Literatür incelendiğinde bu konuya benzer çalışmaların daha çok tıbbi alanda yapılmış olduğu görülmüştür. Bu açıdan değerlendirildiğinde araştırmanın, sosyal hizmet literatürüne önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Söz konusu katkının görünür olması için araştırmadan elde edilen sonuçlar toplam altı alt başlıkta ele alınmıştır.

5.1.1 Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

Araştırma kapsamında kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren 313 hanede toplam 313 bakım veren kişiden ve bakım verenle aynı hanede yaşayan 129 yetişkin aile üyesinden (toplam 442 kişi) veri toplanmıştır. Dolayısıyla araştırmaya katılan bireylerin %70,8'i bakım verdiği birey üzerinden evde bakım ücreti almakta, %29,2'si ise aynı hanede bakım sorumluluğuna destek olmaktadır (Tablo 2).

Bakım veren aile üyelerinin %54,5'inin erkek, %45,5'inin kadın olduğu, en az 20 en fazla 80 yaşında oldukları, yaş ortalamasının ise 46,6 olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 2).

Bakım veren aile üyelerinin tamamına yakınının (%75,7) evli ve eşiyle birlikte yaşadığı, %12,5'inin bekar olduğu, %9,3'ünün evli ancak eşinden ayrı yaşadığı, %1,9'unun ise eşinin vefat ettiği, %0,6'sının boşanmış olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Bakım veren aile üyelerinin %39,9'unun eşine, %23,3'ünün çocuğuna, %16,6'sının annesine, %10,5'inin ablası ya da ağabeyine, %8,9'unun babasına, %0,3'ünün büyükanne/büyükbaba ya da teyze/halasına bakım verdiği görülmektedir. Bu kapsamda değerlendirildiğinde bakım ücreti alan bireylerin en yüksek oranda (%39,9) eşine bakım verdiği görülmektedir (Tablo 2).

Yetişkin aile üyesi katılımcıların %70,5'inin kadın, %29,5'inin erkek olduğu, en az 20 en fazla 72 yaşında oldukları, yaş ortalamasının ise 48 olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 2). Söz konusu katılımcıların tamamına yakınının (%78,3) evli ve eşiyle birlikte yaşadığı, %14'ünün bekar olduğu, %4,7'sinin eşinin vefat ettiği, %2,3'ünün boşanmış olduğu ve %0,8'inin ise evli olup eşinden ayrı yaşadıkları görülmektedir (Tablo 2). Evde bakım ücreti almayan bireylerinin yarısının (%50,4) çocuğuna, %18,6'sının annesine, %14'ünün eşine, %10,9'unun babasına, %5,4'ünün ise ablası ya da ağabeyine bakım verdiği görülmektedir (Tablo 2).

5.1.2. Katılımcıların Çalışma ve Gelir Durumlarına İlişkin Sonuçlar

Bakım veren aile üyelerinin tamamına yakınının (%97,4) çalışmadığı, %1,6'sının ise çalıştığı görülmektedir (Tablo 3).

Söz konusu katılımcıların yine tamamına yakınının (%71,2) sosyal güvencesinin olmadığı, %28,8'inin ise sosyal güvencesinin olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Bu katılımcıların tamamına yakınının (%90,4) gelirinin giderlerinden az olduğu, %8,9'unun gelir ve giderlerinin eşit olduğu, çok azının ise (%0,6) gelirinin giderlerinden fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 3).

Bakım veren aile üyelerinden çalışmadığını ifade eden katılımcıların tamamına yakını (%86,5) bakım verdikleri için çalışmadıklarını, %6,5'i çalışmak istemediklerini, %4,5'i

yaşlı oldukları için çalışmadıklarını, %1,6'sı ise iş bulamadıklarını belirtmiştir (Tablo 3).

Araştırmaya katılan, diğer yetişkin aile üyelerinin tamamına yakınının (%74,4) çalışmadığı, %17,8'inin çalıştığı ve henüz emekli olmadığı, %7'sinin ise emekli olup aynı zamanda çalıştığı sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 3).

Sosyal güvence durumuna bakıldığında ise bu oranın yarı yarıya olduğu, bakım ücreti almayan yetişkin aile üyelerinin %50,4'ünün sosyal güvencesi olmadığı, %49,6'sının ise sosyal güvencesinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 3).

Söz konusu katılımcıların tamamına yakınının (%92,2) gelirinin giderinden az olduğu, %7'sinin ise gelir ve giderinin eşit olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Bu katılımcılar arasında çalışmadığını belirtenlerin çalışmama nedenine bakıldığında ise tamamına yakını (%75) bakım verdiği için çalışmadığını, %14'ü çalışmak istemediğini, %7,2'si iş bulamadığını, %2,08'i yaşlı olduğu için çalışmadığını ve %1,04'ü emekli olduğunu belirtmiştir (Tablo 3).

5.1.3. Hastalık ve Bakıma İlişkin Sonuçlar

Bakım verilen bireylerin hastalık bilgilerine bakıldığında yarıdan fazlasının (%61,7), şizofreni, %27,8'inin bipolar duygudurum bozukluğu, %8,9'unun şizoaffektif bozukluk, %1,6'sının ise obsesif kompulsif bozukluk tanısı aldığı görülmektedir (Tablo 4).

Bakım veren aile üyelerinin en az 1, en fazla 40 olmak üzere ortalama 10 yıldır bakım verdikleri saptanmıştır (Tablo 4).

Bakım veren aile üyelerinin yarıdan fazlasının (%60,7), bakım verirken aile üyelerinden destek aldığı, %31,3'ünün aile üyesi olmayan tanıdıklardan destek aldığı, %8'inin ise herhangi bir destek almadığı görülmektedir. Ancak destek aldığını ifade eden bakım verenlerin yarıdan fazlası (%60,7), aldıkları desteği yetersiz bulduklarını belirtmiştir (Tablo 4).

Bakım veren aile üyelerinin %37,7'si bakım verdikleri kişi dışında başka bir bireye de bakım vermek zorunda olduğunu, tamamına yakını (%93), bakım verme sürecinde psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu, yetişkin aile üyelerinin ise tamamı bakım verme sürecinde psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir (Tablo 4).

Bakım verme sürecinde psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu belirten bakım veren aile üyelerinin yarıdan fazlası (%59,1) ise profesyonel bir destek almayı düşündüğünü ancak herhangi bir kişiye başvurmadığını, %25,6'sı psikolojik destek için profesyonel bir kişiye başvurduğunu, %16,5'i profesyonel bir kişiye başvurmayı düşünmediğini belirtmiştir (Tablo 4).

Bakım verme sürecinde psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu belirten yetişkin aile üyelerinin ise yarısı (%52,3) profesyonel bir destek almayı düşündüğünü ancak herhangi bir kişiye başvurmadığını, %27,3'ü psikolojik destek için profesyonel bir desteğe başvurduğunu, %20,3'ü profesyonel bir kişiye başvurmayı düşünmediğini belirtmiştir (Tablo 4).

5.1.4. Bakım Yüküne İlişkin Sonuçlar

Kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yüküne ilişkin sonuçları incelendiğinde bakım yükünün %82,9 olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre bakım veren aile üyelerinin yük düzeyinin 'şiddetli yük' kapsamında olduğunu söylemek mümkündür (Tablo 5).

Ölçek alt boyutlarına bakıldığında zaman ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması alt boyutu puanının %79,7; sinirlilik ve kısıtlanmışlık alt boyutu puanının %82,7; toplumsal ilişkilerde bozulma alt boyutu puanının %80; ekonomik yük alt boyutu puan ortalamasının %84,6 bağımlılık alt boyutu puan ortalamasının ise 78,5 olduğu saptanmıştır. Bu kapsamda bakıldığında kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin ölçek alt boyutlarında da şiddetli bakım yükü hissettiklerini söylemek mümkündür (Tablo 5).

Bakım veren yetişkin aile üyelerinin bakım yüküne ilişkin sonuçlar incelendiğinde bakım yükünün bakım yükünün %85 olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre bakım veren aile üyelerinin de yük düzeyinin ‘şiddetli yük’ kapsamında olduğunu söylemek mümkündür. (Tablo 6).

Ölçek alt boyutlarına bakıldığı zaman ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması alt boyutu puanının %83,2; sinirlilik ve kısıtlanmışlık alt boyutu puanının %78,1; toplumsal ilişkilerde bozulma alt boyutu puanının %80,2; ekonomik yük alt boyutu puan ortalamasının %79,5; bağımlılık alt boyutu puan ortalamasının ise 82,3 olduğu saptanmıştır. Bu kapsamda bakıldığında yetişkin aile üyelerinin de ölçek alt boyutlarında da şiddetli bakım yükü hissettiklerini söylemek mümkündür (Tablo 6).

Bakım veren aile üyelerinin cinsiyete göre ölçek toplam puanı ve alt boyutlarından alınan puanların analiz edilmesi amacıyla yapılan T testi sonuçlarına göre, ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması alt boyutuna ait puan ortalaması kadın ve erkeklerde sırasıyla, 4,40 ve 3,63; sinirlilik ve kısıtlanmışlık alt boyutuna ait puan ortalaması 4,44 ve 3,88; toplumsal ilişkilerde bozulma alt boyutuna ait puan ortalaması 4,45 ve 3,62; ekonomik yük alt boyutuna ait puan ortalaması 4,48 ve 4,02; bağımlılık alt boyutuna ait puan ortalaması ise 4,39 ve 3,53’tür. Ölçek toplam puanına ait puan ortalamasının ise kadın ve erkeklerde sırasıyla 4,43 ve 3,74 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Zarit Bakıcı Yükü Ölçeğinden alınan toplam puan, bakım verenin cinsiyeti bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($t= 16,8$; $p<0,05$) (Tablo 7).

Ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, sinirlilik ve kısıtlanmışlık, toplumsal ilişkilerde bozulma, ekonomik yük ve bağımlılık alt boyutlarının da cinsiyet değişkeni açısından bakım yükünün anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Dolayısıyla gerek ölçek toplam puanına göre gerekse alt ölçeklerin ortalama puanlara göre kadınların, erkeklere göre daha yüksek puana sahip olduğu, hissettikleri bakım yükünün daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 7).

Yetişkin aile üyelerinin cinsiyete göre ölçek toplam puanı ve alt boyutlarından alınan puanların analiz edilmesi amacıyla yapılan T testi sonuçlarına göre, ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması alt boyutuna ait puan ortalaması kadın ve erkeklerde sırasıyla,

4,38 ve 3,53; sinirlilik ve kısıtlanmışlık alt boyutuna ait puan ortalaması 4,50 ve 3,87; toplumsal ilişkilerde bozulma alt boyutuna ait puan ortalaması 4,46 ve 3,49; ekonomik yük alt boyutuna ait puan ortalaması 4,49 ve 3,99; bağımlılık alt boyutuna ait puan ortalaması ise 4,44 ve 3,37'dir. Ölçek toplam puanına ait puan ortalamasının ise kadın ve erkeklerde sırasıyla 4,44 ve 3,66 olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 8).

Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğinden alınan toplam puan, yetişkin aile üyelerinin cinsiyeti bakımından istatistiksel açıdan anlamlıdır ($t= 8,961$; $p<0,05$). Ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, sinirlilik ve kısıtlanmışlık, toplumsal ilişkilerde bozulma, ekonomik yük ve bağımlılık alt boyutlarının da cinsiyet değişkeni açısından anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,05$). Dolayısıyla gerek ölçek toplam puanına göre gerekse alt ölçeklerin ortalama puanlara göre kadınların, erkeklere göre daha yüksek puana sahip olduğu, yani hissettikleri bakım yükünün daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 8).

Araştırmaya katılan bakım veren aile üyelerinin bakım yükü düzeyinin, Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeği toplamında ve alt boyutlarında bakım verenin hastaya yakınlık durumu bakımından farklılık gösterme durumunun incelenmesi amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ONE WAY ANOVA) sonuçlarına göre, Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğinden alınan puan ortalamasına göre çocuğuna bakım veren aile üyelerinin ortalaması 3,73; babasına bakım veren aile üyelerinin ortalaması 3,92; ablası ya da ağabeyine bakım veren aile üyelerinin ortalaması 4,04; annesine bakım veren aile üyelerinin ortalaması 4,10 ve eşine bakım veren aile üyelerinin ortalaması ise 4,26'dır. Gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları, Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğinden alınan toplam puanın, bakım verenin hasta ile yakınlık derecesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiğini ortaya çıkartmıştır ($F= 15,7$; $p<0,05$) (Tablo 9).

Bakım verenin bakım yükünü, hasta ile yakınlık derecesi bağlamında Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeği alt boyutlarında incelediğimizde ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması alt boyutunda çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 3,65; babasına bakım verenlerin puan ortalaması 3,84; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 3,97; annesine bakım verenlerin puan ortalaması 4,05 ve eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,19'dur ($F=13,2$; $p<0,05$) (Tablo 9).

Sinirlilik ve kısıtlanmışlık alt boyutunda çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 3,88; babasına bakım verenlerin puan ortalaması 3,99; annesine ve ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 4,10; eşine bakım verenlerin puan ortalaması ise 4,34'tür ($F=12,6$; $p<0,05$) (Tablo 9).

Toplumsal ilişkilerde bozulma alt boyutunda çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 3,58; babasına bakım verenlerin puan ortalaması 3,89; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 4,01; annesine bakım verenlerin puan ortalaması 4,06 ve eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,24'tür ($F=13,4$; $p<0,05$) (Tablo 9).

Ekonomik yük alt boyutunda çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 3,99; babasına bakım verenlerin puan ortalaması 4,11; annesine bakım verenlerin puan ortalaması 4,25; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 4,26 ve eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,38'dir ($F=12,9$; $p<0,05$) (Tablo 9).

Son alt boyut olan bağımlılık alt boyutunda çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 3,53; babasına bakım verenlerin puan ortalaması 3,78; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 3,80; annesine bakım verenlerin puan ortalaması 4,02 ve eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,18'dir ($F=11,9$; $p<0,05$) (Tablo 9).

Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeği alt boyutlarında Tek Yönlü Varyans Analizi ile yapılan analiz sonucunda, Ölçeğin tüm alt boyutlarından alınan puanların, bakım verenin bakım yükü düzeyinin, hasta ile yakınlık derecesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmüştür.

Araştırmaya katılan yetişkin aile üyelerinin bakım yükü düzeyinin, Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeği toplamında ve alt boyutlarında bakım verenin hastaya yakınlık durumu bakımından farklılık gösterme durumunun incelenmesi amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ONE WAY ANOVA) sonuçlarına göre, Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğinden alınan puan ortalamasına göre annesine bakım veren aile üyelerinin puan ortalaması 4,01; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 4,11; babasına bakım verenlerin puan ortalaması 4,23; eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,24; çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 4,28'dir (Tablo 10).

Gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları, Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğinden alınan toplam puanın, yetişkin aile üyelerinin hasta ile yakınlık derecesine göre

istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediğini ortaya çıkartmıştır ($p>0,05$) (Tablo 10).

Bakım veren yetişkin aile üyelerinin hasta ile yakınlık derecesini, Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği alt boyutları açısından incelediğimizde ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması alt boyutunda annesine bakım verenlerin puan ortalaması 3,92; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 3,96; babasına bakım verenlerin puan ortalaması 4,14; eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,2 ve çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 4,21'dir ($F=1,456$; $p>0,05$) (Tablo 10).

Sinirlilik ve kısıtlanmışlık alt boyutunda annesine bakım verenlerin puan ortalaması 4,18; eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,26; babası ve ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 4,33 ve çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 4,37'dir ($F=0,728$; $p>0,05$) (Tablo 10).

Toplumsal ilişkilerde bozulma alt boyutunda annesine bakım verenlerin puan ortalaması 3,94; babası ve ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 4,14; eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,21 ve çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 4,26'dır ($F=0,97$; $p>0,05$) (Tablo 10).

Ekonomik yük alt boyutunda annesine bakım verenlerin puan ortalaması 4,19; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 4,29; babasına bakım verenlerin puan ortalaması 4,36; eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,37 ve çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 4,39'dur ($F=1,294$; $p>0,05$) (Tablo 10).

Son alt boyut olan bağımlılık alt boyutunda annesine bakım verenlerin puan ortalaması 3,83; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 3,86; eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,11; babasına bakım verenlerin puan ortalaması 4,21 ve çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 4,25'tir ($F=1,728$; $p>0,05$) (Tablo 10).

Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği alt boyutlarında Tek Yönlü Varyans Analizi ile yapılan analiz sonucunda, Ölçeğin tüm alt boyutlarından alınan puanların, bakım verenin bakım yükü düzeyinin, hasta ile yakınlık derecesi açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği görülmüştür (Tablo 10).

Kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyeleri ile yetişkin aile üyelerinin bakım verme durumlarına göre Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği toplam puanı ile alt

boyutlarından alınan puanların analiz edilmesi amacıyla yapılan T testi sonuçlarına göre, evde bakım uygulaması kapsamında bakım verenler ve yetişkin aile üyelerinin puan ortalamaları sırasıyla, ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması alt boyutunda 3,98 ve 4,13; sinirlilik ve kısıtlanmışlık alt boyutunda 4,14 ve 4,31; toplumsal ilişkilerde bozulma alt boyutunda 4,00 ve 4,18; ekonomik yük alt boyutunda 4,23 ve 4,34; bağımlılık alt boyutunda ise 3,92 ve 4,12'dir. Ölçek toplam puanına ait puan ortalaması ise bakım verenler ve yetişkin aile üyesinin puan ortalamaları sırasıyla 4,06 ve 4,21'dir. Zarit Bakıcı Yükü Ölçeğinden alınan toplam puan, bakımdan sorumlu olan bireyin bakımından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, sinirlilik ve kısıtlanmışlık, toplumsal ilişkilerde bozulma, ekonomik yük ve bağımlılık alt boyutlarının da bakım verme durumu açısından anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 11).

Zarit Bakıcı Yükü Ölçeğinden alınan toplam puan, bakım verme durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, sinirlilik ve kısıtlanmışlık, toplumsal ilişkilerde bozulma, ekonomik yük ve bağımlılık alt boyutlarının da bakım verme durumu açısından anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalama puanlara göre evde bakım ücreti almayan yetişkin aile üyelerinin, evde bakım ücreti alan bakım verenlere göre daha yüksek puana sahip olduğu, daha fazla bakım yükü hissettikleri sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 11).

5.1.5. Ruhsal İyilik Hallerine İlişkin Sonuçlar

Kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin PERMA İyi Oluş Ölçeği toplam puanının %71,3 olduğu, ortalamanın ise 4,76 olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 12).

Olumlu duygular alt boyutu puan ortalamasının 4,66; bağlanma alt boyutu puan ortalamasının 4,63; olumlu ilişkiler puan ortalamasının 4,82; anlam alt boyutu puan ortalamasının 4,84; başarılar alt boyutu puan ortalamasının 4,52; sağlıklı olma hissi puan ortalamasının 5,65; olumsuz duygular puan ortalamasının ise 4,18 olduğu saptanmıştır (Tablo 12).

Yetişkin aile üyelerinin PERMA İyi Oluş Ölçeği toplam puanının % 65,02 olduğu, ortalamasının ise 4,60 olduğu görülmektedir (Tablo 13).

Olumlu duygular alt boyutu puan ortalaması 4,45, bağlanma alt boyutu puan ortalaması 4,53, olumlu ilişkiler alt boyutu puan ortalaması 4,72, anlam alt boyutu puan ortalaması 4,76, başarılar puan ortalaması 4,39, sağlıklı olma hissi alt boyutu puan ortalaması 5,40, olumsuz duygular alt boyutu puan ortalaması 3,94 elde edilmiştir. Bu çerçevede değerlendirildiğinde kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin PERMA İyi Oluş Ölçeği ve alt boyutlarında ruhsal iyilik hallerinin düşük düzeyde olduğunu söylemek mümkündür (Tablo 13).

Kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin cinsiyete göre PERMA İyi Oluş Ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarından alınan puanların analiz edilmesi amacıyla yapılan T testi sonuçlarına göre, alt boyutlardan alınan puan ortalamaları kadın ve erkeklerde sırasıyla olumlu duygular alt boyutunda 4,28 ve 4,98; bağlanma alt boyutunda 4,43 ve 4,81; olumlu ilişkiler alt boyutunda 4,48 ve 5,12; anlam alt boyutunda 4,73 ve 4,94; başarılar alt boyutunda 4,38 ve 4,65; sağlıklı olma hissi alt boyutunda 5,59 ve 5,72; olumsuz duygular alt boyutunda 3,75 ve 4,54'tür. Perma İyi Oluş Ölçeğinden alınan toplam puan bakım verenin cinsiyeti bakımından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir. Ek olarak olumlu duygular, bağlanma, olumlu ilişkiler, anlam, başarılar ve olumsuz duygular alt boyutlarının hepsinde ölçek alt boyut puanlarının, bakım verenin cinsiyeti bakımından anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Sağlıklı olma hissi alt boyutunda ise bakım verenin cinsiyeti bakımından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,331$) (Tablo 14).

Ölçek toplamına ait puan ortalamasının ise kadın ve erkeklerde sırasıyla 4,52 ve 4,96 olduğu görülmektedir. Perma İyi Oluş Ölçeğinden alınan toplam puan bakım verenin cinsiyeti bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) (Tablo 14).

Ek olarak olumlu duygular, bağlanma, olumlu ilişkiler, anlam, başarılar ve olumsuz duygular alt boyutlarının hepsinde ölçek alt boyut puanlarının, bakım verenin cinsiyeti bakımından anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 14).

Sağlıklı olma hissi alt boyutunda ise bakım verenin cinsiyeti bakımından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,331$). Gerek alt boyutlar gerekse ölçek toplamından alınan ortalama puanlara göre erkeklerin, kadınlara göre daha yüksek puana sahip olduğu yani ruhsal iyilik hallerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 14).

Yetişkin aile üyelerinin cinsiyete göre PERMA İyi Oluş Ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarından alınan puanların analiz edilmesi için yapılan t testi sonuçlarına göre, alt boyutlardan alınan puan ortalamaları kadın ve erkeklerde sırasıyla olumlu duygular alt boyutunda 4,05 ve 5,4; bağlanma alt boyutunda 4,19 ve 5,35; olumlu ilişkiler alt boyutunda 4,34 ve 5,61; anlam alt boyutunda 4,49 ve 5,41; başarılar alt boyutunda 4,07 ve 5,15; sağlıklı olma hissi alt boyutunda 5,16 ve 5,95; olumsuz duygular alt boyutunda 3,68 ve 4,54'tür. Ölçek toplamına ait puan ortalamasının ise kadın ve erkeklerde sırasıyla 4,28 ve 5,35 olduğu görülmektedir. Perma İyi Oluş Ölçeğinden alınan toplam puan bakım verenin cinsiyeti bakımından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) (Tablo 15).

Ek olarak olumlu duygular, bağlanma, olumlu ilişkiler, anlam, başarılar ve olumsuz duygular alt boyutlarının hepsinde ölçek alt boyut puanlarının, bakım verenin cinsiyeti bakımından anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Sağlıklı olma hissi alt boyutunda ise bakım verenin cinsiyeti bakımından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,331$). Gerek alt boyutlar gerekse ölçek toplamından alınan ortalama puanlara göre erkeklerin, kadınlara göre daha yüksek puana sahip olduğu yani ruhsal iyilik hallerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 15).

Araştırmaya katılan bakım veren aile üyelerinin ruhsal iyilik hallerinin, PERMA İyi Oluş Ölçeği toplamında ve alt boyutlarında bakım verenin hastaya yakınlık durumu bakımından farklılık gösterme durumunun incelenmesi amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ONE WAY ANOVA) sonuçlarına göre, ölçek toplamında babasına bakım verenlerin puan ortalaması 4,61; eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,62; annesine bakım verenlerin puan ortalaması 4,78; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 4,89 ve çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 4,98'dir (Tablo 16).

Gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları, PERMA İyi Oluş Ölçeği toplam puanın, bakım verenin hasta ile yakınlık derecesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiğini ortaya çıkartmıştır ($F=3,1$; $p<0,05$) (Tablo 16).

Olumlu duygular alt boyutunda eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,43; babasına bakım verenlerin puan ortalaması 4,47; annesine bakım verenlerin puan ortalaması 4,66; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 4,81 ve çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 5,05'tir ($F=4,9$; $p<0,05$) (Tablo 16).

Bağlanma alt boyutunda babasına bakım verenlerin puan ortalaması 4,44; annesi ve eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,55; çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 4,80 ve ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 4,88'dir ($F=1,6$; $p>0,05$) (Tablo 16).

Olumlu ilişkiler alt boyutunda annesine bakım verenlerin puan ortalaması 4,67; babasına ve eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,68; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 4,93; çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması ise 5,19'dur ($F=3,6$; $p<0,05$) (Tablo 16).

Anlam alt boyutunda babasına bakım verenlerin puan ortalaması 4,68; eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,83; annesine ve çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 4,86; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 4,97'dir ($F=0,4$; $p>0,05$) (Tablo 16).

Başarılar alt boyutunda babasına bakım verenlerin puan ortalaması 4,25; eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,45; annesine bakım verenlerin puan ortalaması 4,55; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 4,64; çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 4,69'dur ($F=1,5$; $p>0,05$) (Tablo 16).

Sağlıklı olma hissi alt boyutunda babasına bakım verenlerin puan ortalaması 5,33; çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 5,56; eşine bakım verenlerin puan ortalaması 5,64; annesine bakım verenlerin puan ortalaması 5,79; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması ise 6,00'dir ($F=1,4$; $p>0,05$) (Tablo 16).

Olumsuz duygular alt boyutunda eşine bakım verenlerin puan ortalaması 3,78; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 3,98; annesine bakım verenlerin puan

ortalaması 4,36; babasına bakım verenlerin puan ortalaması 4,45; çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 4,72'dir ($F=13,5$; $p<0,05$) (Tablo 16).

PERMA İyi Oluş Ölçeğinin olumlu duygular, olumlu ilişkiler ve olumsuz duygular alt boyutlarında bakım verenin ruhsal iyilik halinin, hasta ile yakınlık derecesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ($p<0,05$) (Tablo 16).

Ölçeğin bağlanma, anlam, başarılar ve sağlıklı olma hissi alt boyutlarında ise bakım verenin ruhsal iyilik halinin, hasta ile yakınlık derecesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür ($p=0,152$, $p=0,758$, $p=179$, $p=0,22$) (Tablo 16).

Araştırmaya yetişkin aile üyelerinin ruhsal iyilik hallerinin, PERMA İyi Oluş Ölçeği toplamında ve alt boyutlarında bakım verenin hastaya yakınlık durumu açısından farklılık gösterme durumunun incelenmesi için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ONE WAY ANOVA) sonuçlarına göre, ölçek toplamında çocuğuna bakım verenlerin puan ortalaması 4,45; babasına bakım verenlerin puan ortalaması 4,54; eşine bakım verenlerin puan ortalaması 4,55; ablası ya da ağabeyine bakım verenlerin puan ortalaması 4,92; annesine bakım verenlerin puan ortalaması 4,98'dir (Tablo 17).

Gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları, PERMA İyi Oluş Ölçeği toplam puanın, yetişkin aile üyelerinin hasta ile yakınlık derecesi bakımından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediğini ortaya çıkartmıştır ($F=2,235$; $p>0,05$) (Tablo 17).

Olumlu duygular alt boyutunda bakım alan kişi babası olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,24; çocuğu olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,31; eşi olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,4; ablası ya da ağabeyi olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,71 ve annesine bakım verenlerin puan ortalaması 4,88'dir ($F=1,926$; $p>0,05$) (Tablo 17).

Bağlanma alt boyutunda eşinin bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,40; çocuğunun bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,43; babasının bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,5; ablası ya da ağabeyinin bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan

ortalaması 4,71 ve annesinin bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,89'dur ($F=0,997$; $p>0,05$) (Tablo 17).

Olumlu ilişkiler alt boyutunda çocuğunun bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,54; eşinin bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,68; babasının bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,79; ablası ya da ağabeyinin bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,95 ve annesinin bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 5,11'dir ($F=1,423$; $p>0,05$) (Tablo 17).

Anlam alt boyutunda bakım alan kişi babası olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,57; çocuğu olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,69; eşi olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,7; ablası ya da ağabeyi olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 5; annesi olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 5,06'dır ($F=1,143$; $p>0,05$) (Tablo 17).

Başarılar alt boyutunda bakım alan kişi, çocuğu olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,24; babası olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,29; eşi olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,42; annesi olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,74; ablası ya da ağabeyi olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,71'dir ($F=1,356$; $p>0,05$) (Tablo 17).

Sağlıklı olma hissi alt boyutunda eşinin bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 5,09; çocuğunun bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 5,22; babasının bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 5,52; ablası ya da ağabeyinin bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması ise 5,67; annesinin bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 5,96'dır ($F=2,608$; $p<0,05$) (Tablo 17).

Olumsuz duygular alt boyutunda çocuğunun bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 3,71; babasının bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 3,86; eşinin bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,16; annesinin bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,24 ve ablası ya da ağabeyinin bakımına destek olan yetişkin aile üyelerinin puan ortalaması 4,52'dir ($F=2,201$ $p>0,05$) (Tablo 17).

PERMA İyi Oluş Ölçeğinin sağlıklı olma hissi alt boyutunda yetişkin aile üyelerinin ruhsal iyilik halinin, hasta ile yakınlık derecesine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ($p<0,05$). Ölçeğin olumlu duygular, bağlanma, olumlu ilişkiler, anlam, başarılar, olumsuz duygular ve ölçek toplamında yetişkin aile üyelerinin ruhsal iyilik halinin, hasta ile yakınlık derecesine göre istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=0,11$, $p=0,412$, $p=0,23$, $p=0,34$, $p=0,253$, $p=0,073$, $p=0,069$) (Tablo 17).

Kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyeleri ve yetişkin aile üyelerinin bakım verme durumlarına göre PERMA İyi Oluş Ölçeği toplam puanı ile alt boyutlarından alınan puanların analiz edilmesi amacıyla yapılan T testi sonuçlarına göre, evde bakım uygulaması kapsamında bakım verenler ve evdeki yetişkin aile üyelerinin puan ortalamaları sırasıyla olumlu duygular alt boyutunda 4,66 ve 4,45; bağlanma alt boyutunda 4,63 ve 4,53; olumlu ilişkiler alt boyutunda 4,82 ve 4,72; anlam alt boyutunda 4,84 ve 4,76; başarılar alt boyutunda 4,52 ve 4,39; sağlıklı olma hissi alt boyutunda 5,65 ve 5,40; olumsuz duygular alt boyutunda 4,18 ve 3,94'tür. Ölçek toplam puanının evde bakım uygulaması kapsamında bakım veren ve evdeki yetişkin aile üyelerine ait puan ortalamaları ise 4,76 ve 4,6'dır (Tablo18).

PERMA İyi Oluş Ölçeği toplamı ile sağlıklı olma hissi ve olumsuz duygular alt boyutlarında, bakım verenin ruhsal iyilik halinin, evde bakım uygulaması kapsamında bakım ücreti alarak bakım verme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$) (Tablo 18).

Ölçeğin olumlu duygular, bağlanma, olumlu ilişkiler, anlam ve başarılar alt boyutlarında ise bakım verenin ruhsal iyilik halinin, bakım verme durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği görülmüştür ($p=0,05$, $p=0,322$, $p=0,329$, $p=0,38$, $p=167$) (Tablo 18).

5.1.6. Bakım Yükünün Ruhsal İyilik Hallerine Etkisine İlişkin Sonuçlar

Kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükünün, ruhsal iyilik hallerine etkisini incelemek üzere basit lineer (doğrusal) regresyon testi gerçekleştirilmiş ve kurulan regresyon modelinin, istatistiksel olarak

anlamli şekilde bakim veren aile uyelerinin iyi oluş dizeylerini aēıkladığı gōr÷lmüştür (F=64,412, p<0,05) (Tablo 19).

Basit lineer (doğrusal) regresyon testi sonucuna gōre, bakim veren aile uyelerinin bakim y÷k÷n÷n, ruhsal iyilik hallerini negatif yōnde etkilediği ($\beta = -0,414$) belirlenmiştir (Tablo 19). Bu kapsamda değerlendirildiğinde bakim verenin bakim y÷k÷ arttığında, ruhsal iyilik halinin azaldığını sōylemek m÷mk÷nd÷r. Bakim veren aile uyelerinin iyi oluş dizeylerindeki değişimin %17,2'si bakim y÷k÷ tarafından aēıklanmaktadır.

Yetişkin aile uyesi katılımcıların bakim y÷k÷n÷n, ruhsal iyilik hallerine etkisini incelemek üzere basit lineer (doğrusal) regresyon testi gerēekleřtirilmiř ve kurulan regresyon modelinin, istatistiksel olarak anlamli şekilde sōz konusu katılımcıların ruhsal iyilik hallerini aēıkladığı gōr÷lmüştür (F=64,028, p<0,05) (Tablo 20).

Analiz sonuēlarında evde bakim ücreti almayan bireylerin bakim y÷k÷n÷n, ruhsal iyilik hallerini negatif yōnde etkilediği ($\beta = -0,579$) belirlenmiştir (Tablo 20). Bu kapsamda değerlendirildiğinde bakim verenin bakim y÷k÷ arttığında, ruhsal iyilik halinin azaldığını sōylemek m÷mk÷nd÷r. Bakim veren aile uyelerinin ruhsal iyilik hallerindeki değişimin %33'÷ bakim y÷k÷ tarafından aēıklanmaktadır.

Bakim veren kadın aile uyelerinin bakim y÷k÷n÷n, ruhsal iyilik halleri üzerindeki etkisini incelemek için kurulan regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamli bulunmadığı gōr÷lmüştür (p>0,05) (Tablo 21).

Bakim veren erkek aile uyelerinin bakim y÷k÷n÷n, ruhsal iyilik hallerine etkisini incelemek üzere basit lineer (doğrusal) regresyon testi gerēekleřtirilmiř ve kurulan regresyon modelinin, istatistiksel olarak anlamli şekilde sōz konusu katılımcıların ruhsal iyilik hallerini aēıkladığı gōr÷lmüştür (F=39,580, p<0,05) (Tablo 22).

Analiz sonuēlarına erkeklerin bakim y÷k÷n÷n, bakim veren erkeklerin psikolojik iyili hallerini negatif yōnde etkilediği ($\beta = -0,437$) belirlenmiştir. Bu kapsamda değerlendirildiğinde bakim verenin bakim y÷k÷ arttığında, ruhsal iyilik halinin azaldığını sōylemek m÷mk÷nd÷r. Bakim veren erkeklerin psikolojik iyilik hallerindeki değişimin % 19,1'i bakim y÷k÷ tarafından aēıklanmaktadır (Tablo 22).

Yetişkin aile üyesi kadınların bakım yükünün, ruhsal iyilik hallerine etkisini incelemek üzere basit lineer (doğrusal) regresyon testi gerçekleştirilmiş ve kurulan regresyon modelinin, istatistiksel olarak anlamlı şekilde söz konusu katılımcıların ruhsal iyilik hallerini açıkladığı görülmüştür ($F=10,079$, $p<0,05$) (Tablo 23).

Analiz sonuçlarına göre, yetişkin aile üyesi kadınların bakım yükünün, psikolojik iyilik hallerini negatif yönde etkilediğini, bakım verenin bakım yükü arttığında, ruhsal iyilik halinin azaldığını söylemek mümkündür. ($\beta = -0,319$) belirlenmiştir. Yetişkin aile üyesi kadınların psikolojik iyilik hallerindeki değişiminin % 10,2'si bakım yükü tarafından açıklanmaktadır (Tablo 23).

Yetişkin aile üyesi erkeklerin bakım yükünün, ruhsal iyilik hallerine etkisini incelemek üzere basit lineer (doğrusal) regresyon testi gerçekleştirilmiş ve kurulan regresyon modelinin, istatistiksel olarak anlamlı şekilde söz konusu katılımcıların ruhsal iyilik hallerini açıklamadığı görülmüştür ($F=2,711$, $p>0,05$) (Tablo 24).

5.2. ÖNERİLER

Gerçekleştirilen araştırma kapsamında ortaya çıkan temel sonuç, kronik ruhsal hastalık tanısı almış bir bireye evde bakım uygulaması kapsamında resmi bakım veren aile üyelerinin ve aynı hanede yaşayan, bakıma destek veren yetişkin aile üyelerinin hissettikleri bakım yükünün oldukça yüksek olduğu ve bu durumun, bakım veren ve bakıma destek olan kişilerin ruhsal iyilik hallerini olumsuz etkiliyor olduğudur. Bu temel sonuç bağlamında bu başlıkta öncelikle ruh sağlığı alanında kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükünün azaltılmasına yönelik öneriler ve daha sonra bir sosyal hizmet uygulaması olan evde bakımın hak temelli bir uygulama olması için öneriler ve gelecek araştırmalar için öneriler geliştirilmiştir.

Bakım veren aile üyelerinin bakım yükünü azaltacak çalışmalar kapsamında kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin hastalık seyrinin izlenmesi, toplumsal hayata katılmalarını sağlayacak sosyal içerme politikalarının geliştirilmesi ve sosyal işlevselliğin artırılması amacıyla ülke çapında ruhsal hastalık tanısı almış birey sayısı ile orantılı olarak Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin ve bu doğrultuda ruh sağlığı alanında

uzmanlaşmış sosyal hizmet uzmanları başta olmak üzere meslek elemanı sayısının artırılması önerilmektedir.

Toplum temelli model çerçevesinde hasta bireylerin toplumla etkileşim içerisinde olması ancak hastanelerle koordineli bir biçimde çalışılması, bu süreçte tedavi konusunda sadece aile üyelerinin değil, devletin de sorumluluk alması gerekmektedir. Bu çerçevede Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden ayrı olarak hastalık tanısı almış bireyler tarafından kolay ulaşılabilen, hastalığın düzeyine ve türüne göre değişen, hastaların gözlemlenerek toplumsal yaşamla bütünleşebileceği, toplumsal yaşam becerilerini edinebileceği ve gerektiğinde hastanelere yönlendirebileceği kuruluşların açılması önerilmektedir. Bu sayede hastalık tanısı almış bireylerin sosyalizasyonu sağlanacak, bireyler yaşam becerilerini öğrenecek, evde geçirdikleri zaman minimum seviyede olacak ve ailelerin bakım yükünün azalma olasılığı artacaktır.

Tedavi konusunda sorumluluk alması gereken devletin, bakıma yönelik sosyal politikalar açısından da sorumluluk alma gerekliliği bulunmaktadır. 2019 yılında Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın yayımladığı stratejik planda “bakımın aile odaklı olması” gerekliliği vurgusu yapılmıştır ancak bakım sorumluluğunun aileye özgü bir sorumluluk olarak algılanmasının önüne geçilmesi, bu çerçevede bakıma yönelik sosyal politikaların, kişilere vatandaş olmalarından kaynaklı sahip oldukları temel haklar bağlamında sağlanması, bakım veren ve bakım alan bireylerin kendilerini gerçekleştirmelerine katkı sağlayan ve bütüncül bir şekilde değerlendiren ve maddi desteğin yanında sosyal destek sağlayan bir sistemin oluşturulması gerekmektedir. Devletin bakıma ihtiyaç duyan bireylere yönelik sorumluluklarını özel alandan çıkarması, bakım politikalarının insan hakları temelinde yeniden dönüştürmesi, politika oluştururken ihtiyaçların daha net görülmesi amacıyla alanda çalışan profesyonellerin görüşleri doğrultusunda çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Gerçekleştirilen araştırma kapsamında bakım verenlerin ruhsal iyilik hallerinin düşük düzeyde olduğu görülmektedir. 2021 yılında yayımlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında, ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım verenlere yönelik destek programlarının yaygınlaştırılacağı belirtilmiş ancak spesifik hedeflere rastlanmamıştır. Bu çerçevede bakım verenlerin belli periyotlarda psikolojik destek almasının sağlanması amacıyla Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine ve yukarıda bahsedilen

kuruluşlara kaydı olan hasta yakınları ile düzenli görüşmeler yapılması, bireylerdeki risk faktörleri ve ihtiyaçların belirlenerek psikolojik desteğe ihtiyaç duyanların psikologlara yönlendirilmesi önerilmektedir.

Ruhsal hastalıkların tedavisinde tıbbi boyutun yanı sıra sosyal boyutun önemine dikkat çekilerek farmakolojik tedavilerin yanında bireylerin etkileşim içerisinde olduğu sistemlerle birlikte çalışılması, hastalık tanısı almış bireylerin sosyal izolasyona maruz kalmaması için aile bireylerinin ve çevrelerinin ruhsal hastalıklar konusunda bilinçlendirilmesi ve bu konuda onların da taleplerinin alınarak ailedeki risklerin ve ihtiyaçlarının belirlenmesi, yapılacak müdahalelerin birlikte çalışma ilkesi çerçevesinde planlanması önerilmektedir. Bu sayede hastalıkla iç içe olan bireylerin ihtiyaçları da tespit edilerek uygun müdahalelerin yapılması sağlanacaktır.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde, bakım verenlerin bakım yükünün azaltılması ve ruhsal iyilik hallerinin artırılması amacıyla aile eğitimlerinin sıklıkla yapılması önerilmektedir. Bu eğitimlerde hastalıkla baş etme süreçlerindeki olumsuz durumlarla mücadele etmek ve baş etme stratejileri geliştirmek, aile bireyleri arasındaki bakım sorumluluğunun eşit olmasının önemine dikkat çekmek ve buna yönelik aile bireyleri arasında görev dağılımı yapıp belli periyotlarda aile görüşmeleri yapmak, hastaların ruh sağlığı merkezlerine devamının önemi, bakım veren bireylerin, hastaların ruh sağlığı merkezlerinde olduğu süreçte kendilerine bireysel zaman ayırmalarının sağlanması gibi konular üzerine durulması önerilmektedir. Her hasta ve ailenin kendine özgü olduğu unutulmamalı, bu çerçevede çevresi içinde birey yaklaşımıyla aile özellikleri, işlevleri ve dinamikleri de dikkate alınarak yapılacak müdahalelere aile ve hastalık tanısı almış bireylerin aktif katılımının sağlanması önerilmektedir.

Genel çerçevede evde bakım uygulamasından yararlanan bireylerin, bakım verdiği süreçte sosyal güvenlik sistemine dahil edilmesi, belli aralıklarla izin alabilmeleri ve kendilerine zaman yaratabilecekleri özel alanları olması gerekmektedir. Gerçekleştirilen araştırma özelinde değerlendirildiğinde ise hane içerisinde evde bakım ücreti almayan bireylerin bakım yükünün daha fazla olduğu, ruhsal iyilik hallerinin ise bakım ücreti alan bireylere göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bu kapsamda aile içerisinde enformel bakım veren kadın emeğinin görünür kılınması, ihtiyaç duyulması halinde evdeki temizlik vb. işlerde destek sağlanması, evde bakım heyetinin bakım emeği ve

toplumsal cinsiyet konularında bilinçlendirilmesi ve heyete bu konuya yönelik eğitim verilmesi, heyetin bakım ücreti verdiği bireyleri sık aralıklarla evlerine giderek denetlemesi, evdeki diğer aile üyeleriyle görüşmeler yapması, olumsuz durumlarla karşılaşılması halinde ise ücreti gerçekten bakım veren bireye vermesi önerilmektedir. Ayrıca kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin bir araya gelebileceği, çeşitli aktiviteler yapabildiği, sorunlarını paylaşarak birlikte çözüm üretebildikleri kendine yardım grupları oluşturulması önerilmektedir.

Sosyal hizmet alanında ruhsal hastalara ve bakım veren bireylerle yapılan çalışmalarda tıbbi boyutun yanı sıra sosyal boyutun önemine dikkat çekilmesi, ruhsal hastalık tanısı almış bireylerle birlikte yaşayan ailelerin yaşadığı sorunların görünür kılınması için çevresi içerisinde birey yaklaşımını temel alan nitel araştırmaların yapılabileceği düşünülmektedir. Ayrıca gerçekleştirilen araştırmada bakım veren aile üyelerinin çocuğuna bakım verirken daha az bakım yükü hissettiği ancak eşine bakım verirken daha fazla bakım yükü hissettiği görülmüştür. Bu kapsamda bakım yükünü farklılaştıran sebeplere yönelik nitel ve nicel araştırmaların artırılması önerilmektedir.

Araştırma verilerinin telefon görüşmeleri yoluyla toplanması, katılımcıların farkındalık ve algılama düzeylerinin düşük olması ve araştırmada iki ölçek kullanılmış olması, verilerin toplanmasını zorlaştırmıştır. Bu sebeple gerçekleştirilecek nicel araştırmalarda, araştırma sürecinden önce veri toplanması düşünülen kitleye uygun anketler geliştirilebilir ve geçerlik-güvenirliliği yapılmış ölçeklerin uygulanabilirliği iyi analiz edilmelidir.

KAYNAKÇA

- Abood, Z., Sharkey, A., Webb, M., Kelly, A., & Gill, M. (2002). Are patients with bipolar affective disorder socially disadvantaged? A comparison with a control group. *Bipolar Disorders*, 4, 243–248.
- Ak, M., Yavuz, K. F., & Türkçapar, M. H. (2012). Kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ve bakım verenlerinin bakım yükü açısından değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25(4), 330–337. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2012250405>
- Akça, N. K., & Taşçı, S. (2005). 65 Yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Journal of Health Sciences*, 14, 30–36.
- Akgün Şahin, Z., Polat, H., & Ergüney, S. (2009). Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2), 1–9.
- Akyar, İ., & Akdemir, N. (2009). Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler Strains of Caregivers of Alzheimer Patients. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 16(3), 32–49.
- Alataş, G. (2010). Toplum temelli ruh sağlığı ve toplum ruh sağlığı merkezleri. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu Dergisi*, 2–15.
- Almeida, J. C., Mateus, P., & Tomé, G. (2012). *Joint action on mental health and well-being*.
- Almeida, J. M. C., & Killaspy, H. (2011). *Long-term mental health care for people with severe mental disorders*.
- Ampalam, P., Gunturu, S., & Padma, V. (2012). A comparative study of caregiver burden in psychiatric illness and chronic medical illness. *Indian Journal of Psychiatry*, 54(3), 239–244. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.102423>
- Arabacı, L. B., Büyükbayram, A., & Taşkın, Y. A. N. (2018). Kronik Ruhsal Bozukluk Tanısı Alan Hastaların Bakım Verenlerine Verilen Psikoeğitimin Yaşadıkları Güçlük ve Psikososyal Uyumlarına Etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(3), 175–185. <https://doi.org/10.14744/phd.2018.88700>
- Arguvanlı, S., & Taşçı, S. (2013). Bipolar bozuklukta bakım verenlerin sorunları. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 21–30.

- Arslantaş, H., & Adana, F. (2011). Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 251–277. <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/pskguncel/article/view/5000076368>
- Arslantatar, İ. (2020). *Duchenne musküler distrofili hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yılmazlık düzeyleri arasındaki ilişki*. [Yüksek Lisans Tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Aşkan, T. (2019). *Kronik ruhsal hastalığı olan bireye bakım verenlerde eş bağımlılık ve ilişkili faktörler*. [Yüksek Lisans Tezi]. Necmettin Erbakan Üniversitesi.
- Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M., & Özpolat, A. Y. (2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 3(3), 513–552. <https://doi.org/10.5455/cap.20110323>
- Atakan, A. G. (2018). Toplumsal cinsiyet eşitliği ve bakım emeği. *Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ve Bakım Emeği*, 16(3), 125–136. <https://doi.org/10.18026/cbayarsos.465717>
- Atasü-Topcuoğlu, R. (2013). Sosyal haklar piyasalaşır mı? Çocuk hakları ve kadın emeğinin kesişiminde Türkiye’de kreşler. *Sosyal Haklar Uluslararası Sempozyumu*, 281–292.
- Attepe Özden, S. (2015a). Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde sosyal hizmetin rolü. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 1(26), 191–204.
- Attepe Özden, S. (2015b). *Şizofreni tanısı almış bireylerin ailelerinin bakımverme deneyimleri ve sosyal destek ilişkilerinin psikiyatrik sosyal hizmet temelinde incelenmesi*. [Doktora Tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Attepe Özden, S. (2015c). *Şizofreni tanısı almış bireylerin ailelerinin bakımverme deneyimleri ve sosyal destek ilişkilerinin psikiyatrik sosyal hizmet temelinde incelenmesi*. [Doktora Tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Aviram, U. (2008). The Changing Role of the Social Worker in the Mental Health System. *Journal of Social Work in Health Care*, 35(1), 617–634. <https://doi.org/10.1300/J010v35n01>
- Awad, A. G., & Voruganti, L. N. P. (2008). The burden of schizophrenia a review. *Journal of Pharmacoeconomics*, 26(2), 149–162.
- Aygüler, E., & Ayalp, M. Ç. (2018). Türkiye’deki evde bakım aylığı düzenlemesine eleştirel bir yaklaşım. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(3), 1–

22. <https://doi.org/10.18026/cbayarsos.465702>
- Aylaz, R., & Yıldız, E. (2017). The care burden and coping levels of chronic psychiatric patients' caregivers. *Journal of Perspect Psychiatr Care*, 1–12. <https://doi.org/10.1111/ppc.12228>
- Bakar, M. (2020). *Şizofreni hastasına bakım verenlerde travma sonrası gelişim ile bakım yükü arasındaki ilişkinin incelenmesi*. [Yüksek Lisans Tezi]. Atatürk Üniversitesi.
- Barlas, F. (2011). *Şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarına bakım verenlerin yük, depresyon ve anksiyete düzeylerinin sosyodemografik özellikler ve hastalık şiddeti yönünden karşılaştırılması*. [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Başak, S., Kınır, S., & Yaşar, Ş. (2013). *Kadının görünmeyen emeği: İkinci Vardiya*.
- Bekiroğlu, S., & Attepe Özden, S. (2021). Türkiye'de ağır ruhsal hastalığa sahip bireylere ve ailelerine yönelik psikososyal müdahaleler: Sistematik bir inceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 13(1), 52–76. <https://doi.org/10.18863/pgy.721987>
- Bilge, A., Mermer, G., Çam, M. O., Çetinkaya, A., Erdoğan, E., & Üçkuyu, N. (2016). Türkiye'deki toplum ruh sağlığı merkezlerinin 2013-2015 yıllarının profili. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 1–5.
- Bilgen, Ç., Erdal, A., & Bilgili, N. (2020). Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı şizofreni tanılı hastalara bakım verenlerin hastalığa yönelik inançları ve bakım yükleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 12(1), 298–311. <https://doi.org/10.18863/pgy.745775>
- Boakye, H., Nsiah, A., Bello, A., & Quartey, J. (2017). Burden of Care and Quality of Life among Caregivers of Stroke Survivors: Influence of Clinical and Demographic Variables. *British Journal of Medicine and Medical Research*, 20(6), 1–10. <https://doi.org/10.9734/bjmmr/2017/31903>
- Bora Başara, B., Soyutun Çağlar, İ., Aygün, A., Özdemir, T. A., Kulali, B., Uzun, S. B., Birge Kayış, B., Yentür, G. K., Pekeriçli, A., & Kara, S. (2019). *Sağlık istatistikleri yılı* (B. Bora Başara, İ. Soyutun Çağlar, A. Aygün, T. A. Özdemir, & B. Kulali (eds.)). Sağlık Bakanlığı.
- Bozan, M. (2019). *Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alanların içselleştirilmiş*

- damgalanma ve sosya işlevsellik durumların incelenmesi: Eskişehir örneği.* [Yüksek Lisans Tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Briefing, T. P. (2015). Balancing paid work and unpaid care work to achieve women's economic empowerment. *IDS Policy Briefing Journal*, 83, 1–4.
- Butler, J., & Kern, M. L. (2016). The PERMA-Profiler: A brief multidimensional measure of flourishing. *International Journal of Wellbeing*, 6(3), 1–48. <https://doi.org/10.5502/ijw.v6i3.526>
- Çamlı, B. (2019). *Bipolar bozukluk tanısı alan hastaların birincil bakım vericilerinin algıladığı bakım yükü ve etkileyen faktörler* [[Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi]. <http://marefateadyan.nashriyat.ir/node/150>
- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., Jamett, P. R., & Irrazaval, M. (2016). Objective and subjective burden in relatives of patients with schizophrenia and its influence on care relationships in Chile. *Psychiatry Research*, 1–23. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.013>
- CASW. (2020). *The role of social work in mental health*. Casw Acts. <https://www.casw-acts.ca/en/role-social-work-mental-health>
- Çayır, Y. S. (2017). *Evde bakım hizmeti veren kadınların yaşam deneyimleri*. [Yüksek Lisans Tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Çetinkaya Duman, Z., Aştı, N., Üçok, A., & Kuşçu, M. K. (2007). Şizofreni hastalarına ve ailelerine “bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı” uygulaması, izlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 91–101.
- Chappell, N. L., & Reid, R. C. (2002). Burden and well-being among caregivers: Examining the distinction. *Journal of The Gerontologist*, 42(6), 772–780.
- Chien, W., Chan, S. W. C., & Morrissey, J. (2007). The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. *Journal of Mental Health Nursing*, 16, 1151–1161. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01501.x>
- Chou, K. (2000). Caregiver burden: A concept analysis. *International Pediatric Nursing*, 15(6), 398–407. <https://doi.org/10.1053/jpdn.2000.16709>
- Chou, Y., Fu, L., Lin, L., & Lee, Y. (2011). Predictors of subjective and objective caregiving burden in older female caregivers of adults with intellectual disabilities. *Journal of International Psychogeriatrics*, 23(4), 562–572. <https://doi.org/10.1017/S1041610210001225>

- Çiçekoğlu, P., & Duran, S. (2018). Dünyada ve Türkiye’de toplum temelli koruyucu ruh sağlığı hizmetleri. *Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 8–14.
- Çolgeçen, Y. (2018). *Psikiyatrik sosyal hizmet ve hastane-toplum ruh sağlığı merkezi uygulamaları (Manisa ili  rneği)*. [Doktora Tezi]. Yalova Üniversitesi.
- Compton, M. T. (2012). *Public health, prevention and community psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3149-7>
- Creswell, J. W. (2017). *Araştırma Deseni Nitel, Nicel ve Karma Yöntem Yaklaşımları* (S. BeŐirDemir (ed.); 4th ed.).
- Cuijpers, P. (2005). Depressive disorders in caregivers of dementia patients: A systematic review. *Aging & Mental Health*, 9(4), 325–330. <https://doi.org/10.1080/13607860500090078>
- Çunkuş, N. (2016). *Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hastalığa İlişkin Gereksinimleri ve Bakım Yüküne Etkisi*. [Yüksek Lisans Tezi] Adnan Menderes Üniversitesi.
- Demirci, İ., EkŐi, H., Dinçer, D., & KardaŐ, S. (2017). Beş boyutlu iyi oluş modeli: PERMA  lçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 5(1), 60–77.
- Demirci, İ., & Şen, A. H. (2017). Kendini bilme ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 6(5), 2710–2728.
- Demircioğlu, S. (2019). *Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin ailelerinin toplum ruh sağlığı merkezinden aldıkları hizmetlerle ilgili görüŐlerinin sosyal destek ve bakım yükü ile ilişkisi*. [Yüksek Lisans Tezi]. Koç Üniversitesi.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Dixon, L. B., Lucksted, A., Medoff, D. R., Burland, J., & Stewart, B. (2011). Outcomes of a randomized study of a peer-taught family-to-family education program for mental illness. *Journal of Psychiatric Services*, 62(6), 1–7.
- Doğan, O., Doğan, S., Tel, H., Çoker, F., Polat z,  ., & Doğan BaŐeđmez, F. (2002). Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Aileler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3, 133–139.

- Doornbos, M. M. (2002). Family caregivers and the mental health care system: Reality and dreams. *Archives Of Psychiatric Nursing*, XVI(1), 39–46. <https://doi.org/10.1053/apnu.2002.30541>
- Doress-Worters, P. B. (1994). Adding elder care to women's multiple roles: A critical review of the caregiver stress and multiple roles literatures. *Journal of Sex Roles*, 9(10), 597–616.
- Duman, Z. (2013). Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: Sistematik bir inceleme. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 5(1), 78–94. <https://doi.org/10.5455/cap.20130506>
- Ensari, H., Gültekin, B. K., Karaman, D., Koç, A., & Beşkardeş, A. F. (2013). Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, 108–114. <https://doi.org/10.5455/apd.36380>
- Erdüger, T. (2020). *Ulusal ve uluslararası ölçekte sağlık finansmanında hastalık yükü- sağlık finansmanı raporu.*
- Erkoç, Ş., Kardeş, F., & Artvinli, F. (2010). Bakırköy prof. dr. Mazhar Osman ruh sağlığı ve sinir hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesinin kısa tarihi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 1–10.
- Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M., & Şimşek, Z. (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. In *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu.*
- Esmek, M. (2007). *Psikiyatri servisinde yatan şizofren hastaların yakınlarının sosyal destek ve stresle baş etme düzeylerinin belirlenmesi.* [Yüksek Lisans Tezi]. Selçuk Üniversitesi.
- Fleury, M.-J., Grenier, G., Caron, J., & Lesage, A. (2008). Patients' report of help provided by relatives and services to meet their needs. *Journal of Community Ment Health*, 44, 271–281. <https://doi.org/10.1007/s10597-008-9127-x>
- Foldemo, A., Gullberg, M., Ek, A.-C., & Bogren, L. (2005). Quality of life and burden in parents of outpatients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40, 133–138. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0853-x>
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2(3), 300–319.
- Geriani, D., Savithry, K. S. B., Shivakumar, S., & Kanchan, T. (2015). Burden of care

- on caregivers of schizophrenia patients: A correlation to personality and coping. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9(3), 1–43. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/11342.5654>
- Glanville, D. N., & Dixon, L. (2005). Caregiver burden, family treatment approaches and service use in families of patients with schizophrenia. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 42(1), 15–22.
- Gordon, E., Krauhin, C., Kelly, P., & Meares, R. (1984). The development of hysteria as a psychiatric concept. *Comprehensive Psychiatry*, 25(5), 532–537.
- Gözen, Ö. (2018). *Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde koruyucu ve önleyici boyutun değerlendirilmesi*. [Yüksek Lisans Tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Gözen, Ö., & Buz, S. (2020). Türkiye’de koruyucu ve önleyici ruh sağlığı uygulamaları: Sosyal hizmet uzmanları ve hastaların deneyimlerine dair nitel bir araştırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-*, 12(1), 18–42. <https://doi.org/10.18863/pgy.662628>
- Gülseren, L. (2002). Şizofreni ve aile: Güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 143–151.
- Gülseren, L., Cam, B., Karakoç, B., Yiğit, T., Danacı, A. E., Cubukçuoğlu, Z., Taş, C., Gülseren, S., & Mete, L. (2010). Sizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(3), 203–212.
- Günay, R. (2017). *İnmeli veya psikiyatrik bozukluğu olan hastalara bakım veren kişilerdeki bakım yükü ve ilgili değişkenler*. [Yüksek lisans tezi] Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi.
- Gupta, A., Solanki, R. ., Koolwal, G. ., & Gehlot, S. (2015). Psychological well-being and burden in caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 4(1), 70–76. <https://doi.org/10.5455/ijmsph.2015.0817201416>
- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A., & Kavanagh, D. J. (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(11), 899–904. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0963-5>
- Güzel, S. (2021). *Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere bakım verenlerin bakım verme deneyimleri ve politika önerileri*. [Yüksek Lisans Tezi]. Mehmet Akif Ersoy

Üniversitesi.

- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2013). *Multivariate data analysis: Pearson education limited*. (6th ed.).
- Hamzaoglu, O. (2010). Sağlık nedir? Nasıl tanımlanmalıdır? *Toplum ve Hekim*, 26(5), 403–410.
- Hanzawa, S., Tanaka, G., Inadomi, H., Urata, M., & Ohta, Y. (2008). Burden and coping strategies in mothers of patients with schizophrenia in Japan. *Journal of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 256–263. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2008.01791.x>
- Harmancı, P., & Duman, Z. Ç. (2016). Şizofreni hastalarına bakım verenlerin yükleri ve ruhsal sağlık durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 7(2), 82–86. <https://doi.org/10.5505/phd.2016.15870>
- Hazel, N. A., McDonell, M. G., Short, R. A., Berry, C. M., Voss, W. D., Rodgers, M. L., & Dyck, D. G. (2004). Impact of Multiple-Family Groups for Outpatients With Schizophrenia on Caregivers ' Distress and Resources. *Journal of Psychiatric Services*, 55(1), 35–41.
- Hsiao, C.-Y. (2010). Family demands, social support and caregiver burden in Taiwanese family caregivers living with mental illness: The role of family caregiver gender. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3494–3503. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03315.x>
- İnan, F. Ş., & Duman, Z. Ç. (2013). Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruh sağlığını etkileyen faktörler: Sosyodemografik değişkenler ve stresle başa çıkma tarzları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(4), 205–211.
- İnci, F. H. (2006). Bakım verme yükü ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. In *Community Health*. Pamukkale Üniversitesi.
- Jakab, Z. (2011). *Presentation: "Designing the road to better health and well-being in Europe" at the 14th European Health Forum Gastein. October*, 1–16.
- Jones, S. L., Hadjistavropoulos, H. D., Janzen, J. A., & Hadjistavropoulos, T. (2011). The relation of pain and caregiver burden in informal older adult caregivers. *Journal of Pain Medicine*, 12, 51–58.
- Kakuma, R., Minas, H., Ginneken, N. Van, Poz, M. R. D., Desiraju, K., Morris, J. E., Saxena, S., & Scheffl, R. M. (2011). Human resources for mental health care:

- Current situation and strategies for action. *Journal of Global Mental Health* 5, 378, 1654–1663. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61093-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61093-3)
- Karaağaç, H. (2016). *Şizofreni hastalarına bakım verenlerin travma sonrası gelişimlerinin ve bakım yüklerinin yaşam kalitelerine etkisinin incelenmesi*. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.
- Karaağaç, H., & Çalık Var, E. (2019). Şizofreni hastalarına bakım verenlerin bakım yüklerinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22(1), 16–26. <https://doi.org/10.5505/kpd.2018.60783>
- Karadağ, G. (2009). Engelli çocuğa sahip annelerin yaşadıkları güçlükler ile aileden aldıkları sosyal destek ve umutsuzluk düzeyleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(4), 315–322.
- Karahan, A., & Güven, S. (2002). Yaşlılıkta evde bakım. *Turkish Journal of Geriatrics*, 5(4), 155–159.
- Karataş, S., & Çalışkan, B. B. (2020). Toplum ruh sağlığı modelleri: Dünyada ve Türkiye’deki mevcut durum. *Türkiye Klinikleri İç Hastalıkları Dergisi*, 5(1), 14–51. <https://doi.org/10.5336/intermed.2019-70877>
- Kaya, Y. (2013). *Şizofreni hastalarının sosyal işlevsellikleri ve hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükü*. [Yüksek Lisans Tezi] Hacettepe Üniversitesi.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007–1022. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.82.6.1007>
- Khaw, D., & Kern, M. L. (2015). A cross-cultural comparison of the PERMA of well-being. *Undergraduate Journal of Psychology*, 8, 1–22.
- Kılıç, C. (2020). Türkiye’de ruhsal hastalıkların yaygınlığı ve ruhsal tedavi ihtiyacı konusunda neredeyiz? *Toplum ve Hekim Dergisi*, 35(3), 179–187.
- Kızılırmak, B. (2014). *Ruhsal bozukluğu olan bireylerin ailelerinde bakım yükü ve ruhsal sağlık durumu*. [Yüksek Lisans Tezi] İstanbul Üniversitesi.
- Kocal, Y., Karakuş, G., & Sert, D. (2019). Şizofreni: Etyoloji, klinik özellikleri ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2), 251–267. <https://doi.org/10.17827/aktd.303574>
- Kocamer Şahin, Ş., Elboğa, G., & Altındağ, A. (2019). Hospitalization rates of patients using community mental health center service. *International Journal of Health*

- Services Research and Policy*, 4(1), 22–30. <https://doi.org/10.33457/ijhsrp.497776>
- 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.
- Kundakçı, N. (2020). *Şizofreni hastalarının işlevsellikleri ve bakım vericilerinin bakım yükü, ruhsal sağlık düzeyleri, stresle başa çıkma stilleri arasındaki ilişki: Bir yapısal eşitlik modelleme çalışması*. [Yüksek Lisans Tezi]. Düzce Üniversitesi.
- Kuş Saillard, E. (2010). Ruhsal hastalara yönelik damgalanmaya ilişkin psikiyatrist görüşleri ve öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1), 14–24.
- Laidlaw, T. M., Coverdale, J. H., Falloon, I. R. H., & Kydd, R. R. (2002). Caregivers' stresses when living together or apart from patients with chronic schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 38(4), 303–310. <https://doi.org/10.1023/A:1015949325141>
- Lim, Y. M., & Ahn, Y.-H. (2003). Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. *Applied Nursing Research*, 16(2), 110–117. [https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(03\)00007-7](https://doi.org/10.1016/S0897-1897(03)00007-7)
- Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(4), 438–445. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012>
- Lowyck, B., Hert, M. De, Peeters, E., Wampers, M., Gilis, P., & Peuskens, J. (2004). A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. *Journal of European Psychiatry*, 19, 395–401. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.04.006>
- Luchetti, M., Terracciano, A., Stephan, Y., Sutin, A. R., & Aschwanden, D. (2021). Personality and psychological health in caregivers of older relatives: A case-control study. *Aging & Mental Health*, 25(9), 1692–1700. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1758907>
- Magana, S. M., Ramiez Garcia, J. I., Hernandez, M. G., & Cortez, R. (2007). Psychological distress among Latino family caregivers of adults with schizophrenia: The roles of burden and stigma. *Psychiatric Services*, 58(3), 378–384.
- Magliano, L., & Politano, L. (2016). Family context in muscular dystrophies: Psychosocial aspects and social integration. *Journal of Acta Myologica*, 96–99.

- Mahomed, F. (2020). Addressing the problem of severe underinvestment in mental health and well-being from a human rights perspective. *Health and Human Rights*, 22(1), 35–49.
- Malak, A. T., & Dicle, A. (2008). Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 18(2), 118–121.
- Marphatia, A. A., & Moussie, R. (2013). A question of gender justice : Exploring the linkages between women ' s unpaid care work , education , and gender equality. *International Journal of Educational Development*, 33, 585–594. <https://doi.org/10.1016/j.ijedudev.2013.05.005>
- Mcdaid, D., & Thornicroft, G. (2005). *Mental health II balancing institutional and community-based care by*.
- Meijer, K., Schene, A., Koeter, M., Charlotte, H., Thomas, K., Thornicroft, G., Vázquez-Barquero, J. L., & Tansella, M. (2004). Needs for care of patients with schizophrenia and the consequences for their informal caregivers Results from the EPSILON multi centre study on schizophrenia. *Journal of Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39, 251–258. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0737-5>
- Meng, N., Chen, J., Cao, B., Wang, F., Xie, X., & Li, X. (2021). Focusing on quality of life in the family caregivers of patients with schizophrenia from the perspective of family functioning. *Journal of Medicine*, 5, 1–8.
- Mollaoğlu, M., Özkan Tuncay, F., & Kars Fertelli, T. (2011). İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(3), 125–130.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, 34(1), 10–41. <https://doi.org/10.2307/583753>
- Mora-Castañeda, B., Márquez-González, M., Fernández-Liria, A., de la Espriella, R., Torres, N., & Borrero, Á. A. (2018). Clinical and demographic variables associated with coping and the burden of caregivers of schizophrenia patients. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English Ed.)*, 47(1), 13–20. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2017.12.001>
- Mottaghipour, Y., & Tabatabaee, M. (2019). Family and patient psychoeducation for severe mental disorder in Iran: A review. *Iranian J Psychiatry*, 84–108.

- Mulud, Z. A., & McCarthy, G. (2017). Caregiver burden among caregivers of individuals with severe mental illness: Testing the moderation and mediation models of resilience. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(1), 24–30. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.019>
- Nasr, T., & Kausar, R. (2009). Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Annals of General Psychiatry*, 8(17), 1–6. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-8-17>
- National Association of Social Workers. (2011). *Social workers in mental health clinics & outpatient facilities occupational profile*.
- Nergiz, Z. (2019). *Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin aile bütünlüğü duygusu ve bakım yükünün belirlenmesi*. [Yüksek Lisans Tezi]. Ordu Üniversitesi.
- Nişancı, A. (2019). Ruh sağlığı alanında iyileşme yaklaşımı ve psikiyatrik sosyal hizmet. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 30(1), 231–259.
- Ödemiş, H. (2018). *İnmeli hastaların primer bakım vericilerinin bakım yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. [Yüksek lisans tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi].
- Orak, O. S., & Sezgin, S. (2015). Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 6(1), 33–39. <https://doi.org/10.5505/phd.2015.02986>
- Oral, M., & Tuncay, T. (2012). Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 23(2), 93–114.
- Özateş Gelmez, Ö. S. (2014). *Kadının bakım emeğinin evde bakım uygulaması üzerinden değerlendirilmesi bir karma yöntem araştırması: Ankara mamak örneği*. [Doktora tezi] Hacettepe Üniversitesi.
- Özateş Gelmez, Ö. S. (2016). Women labour under the grip of neoliberal/conservative care policies: An assessment on home care practices. *Kadın/Woman 2000 Journal for Women's Studies*, 17(2), 27–42.
- Özateş Gelmez, Ö. S. (2017). Bir sosyal politika uygulamasının yarattığı eşitsizlikler: Kadın emeği ve zaman kullanımı. *Emek Araştırma Dergisi (GEAD)*, 8(12), 75–86.
- Özbaş, D., Küçük, L., & Buzlu, S. (2008). Ruhsal bozukluğu olan bireye sahip ailelerin hastalığa karşı tutumları. *Düşünen Adam Dergisi*, 21(1–4), 14–23.
- Özdemir, A. (2020). *Şizofreni Hastalarında Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma*

- Eğiliminin Umut, Psikolojik İyi Oluş ve İşlevsel İyileşmeye Etkisi*. [Doktora tezi, İnönü Üniversitesi].
- Özdemir, Ü., Taşçı, S., Kartın, P., Çürük, G. N., Nemli, A., & Karaca, H. (2017). Kemoterapi alan bireylerin fonksiyonel durumu ve bakım verenlerin yükü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 49–61.
- Özen, Y. (2010). Kişisel sorumluluk bağlamında öznel ve psikolojik iyi oluş (sosyal psikolojik bir değerlendirme). *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi*, 2(4), 46–58.
- Özer, S. (2010). Kalp yetersizliğinde aile/bakım verici yükü. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 3–7. <https://doi.org/10.5543/khd.2010.001>
- Özkaplan, N. (2009). Duygusal emek ve kadın işi/erkek işi. *Çalışma Ve Toplum*, 2, 15–24.
- Özkurt, V. (2019). Bakım verenlerin bakım ihtiyacı riski: Bakım alan kişinin mıknaatıs etkisi. *Yaşlılık Çalışmaları Dergisi*, 3, 4–18. <https://doi.org/10.24876/senex.2019.17>
- Özlü, A., Yıldız, M., & Aker, T. (2009). Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni Hasta Yakınlarında Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46, 38–42.
- Öztop, H., Şener, A., & Güven, S. (2008). Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2008(1), 39–49.
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, N. A. (2016). *Ruh sağlığı ve bozuklukları* (14. Baskı). Miki Matbaacılık.
- Padhy, S., & Hedge, A. (2015). Şizoafektif bozukluk: Kavramın ortaya çıkışı ve güncel durumu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(2), 131–137.
- Perlick, D., Berk, L., Kaczynski, R., Gonzalez, J., Link, B., Dixon, L., Grier, S., & Miklowitz, D. (2016). Caregiver burden as a predictor of depression among family and friends who provide care for persons with bipolar disorder. *An International Journal of Psychiatry and Neurosciences*, 18, 183–191. <https://doi.org/10.1111/bdi.12379>
- Perlick, D., Gonzalez, J., Michael, L., Huth, M., Culver, J., Kaczynski, R., J., C., & DJ., M. (2012). Rumination, gender and depressive symptoms associated with caregiving strain in bipolar disorder. *Journal of Acta Psychiatrica Scandinavia*,

- 126, 356–362. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01874.x>
- Puras, D., & Gooding, P. (2019). Mental health and human rights in the 21st century. *World Psychiatry, 18*(1), 42–43. <https://doi.org/10.1002/wps.20599>
- Rahmani, F., Ranjbar, F., Hosseinzadeh, M., Sajjad, S., Dickens, G. L., & Vahidi, M. (2019). Coping strategies of family caregivers of patients with schizophrenia in Iran: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Sciences, 6*(2), 148–153. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.03.006>
- Reinares, M., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Colom, F., Torrent, C., Comes, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., Daban, C., & Sánchez-Moreno, J. (2006). What really matters to bipolar patients' caregivers: Sources of family burden. *Journal of Affective Disorders 94, 94*, 157–163. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.04.022>
- Rodrigo, C., Fernando, T., Rajapakse, S., Silva, V. De, & Hanwella, R. (2013). Caregiver strain and symptoms of depression among principal caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder in Sri Lanka. *International Journal of Mental Health Systems, 7*(2), 1–5. <http://www.ijmhs.com/content/7/1/2>
- Rummel-Kluge, C., Pitschel-walz, G., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation in Schizophrenia—Results of a survey of all psychiatric. *Schizophrenia Bulletin, 32*(4), 765–775. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl006>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Journal of American Psychologist, 55*(1), 68–78.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069–1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 719–727*. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Saatçioğlu, Ö., Yazıcı, A., Çoşkun, S., & Yanık, M. (2010). Bakırköy kronik ruhsal hasta rehabilitasyon formunun yapılandırılması. *Nöropsikiyatri Arşivi, 47*, 183–195. <https://doi.org/10.4274/npa.5403>
- Sabancıoğulları, S., & Ertekin Pınar, Ş. (2020). Kronik psikiyatri hastalarının bakım

- vericilerinin bakım yükü ve stresle başa çıkma tarzları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(1), 109–117. <https://doi.org/10.17049/ataunihem.588211>
- Sağlık Bakanlığı. (2011a). *Toplum ruh sağlığı merkezleri hakkında yönerge* (Issue 1).
- Sağlık Bakanlığı. (2011b). *Ulusal ruh sağlığı eylem planı(2011-2023)* (Y. Erkoç, S. Çom, M. A. Torunoğlu, G. Alataş, & A. K. Kahiloğulları (eds.)).
- Sağlık Bakanlığı. (2014). *Çok paydaşlı sağlık sorumluluğunu geliştirme programı 2013-2023* (S. Özkan, T. Bahçebaşı, S. Görpelioğlu, M. Topbaş, S. Çom, H. Irmak, H. İlter, & D. Çamur (eds.)). Anıl Matbaacılık.
- Saraceno, B., Ommeren, M. Van, Batniji, R., Cohen, A., Gureje, O., Mahoney, J., Sridhar, D., & Underhill, C. (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Journal of Global Mental Health* 5, 370, 1164–1174. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61263-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61263-X)
- Sarı, N., & Akgün, B. (2008). Türk tarihinde psikiyatriye bakış. *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar*, 62, 1–24.
- Sarpdağı, Y. (2018). *Epilepsili çocuğa sahip ebeveynlerin bakım yükü ve umutsuzluk düzeyinin incelenmesi*. [Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi].
- Saxena, S., Thornicroft, G., Knapp, M., & Whiteford, H. (2007). Resources for mental health : Scarcity, inequity and inefficiency. *Journal of Global Mental Health* 2, 370. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61239-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61239-2)
- Schaffer, A., Isometsä, E. T., Tondo, L., Moreno, D. H., Sinyor, M., Kessing, L. V., Turecki, G., Weizman, A., Azorin, J., Ha, K., Reis, C., Cassidy, F., Goldstein, T., Rihmer, Z., Beautrais, A., Chou, Y.-H., Diazgranados, N., Levitt, A. J., Jr, C. A. Z., & Yatham, L. (2015). Epidemiology , neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder : Part I of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 1–18. <https://doi.org/10.1177/0004867415594427>
- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2009). Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs.*, 108, 1–7. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c>Physical
- Seligman, M. (2018). PERMA and the building blocks of well-being. *Journal of*

- Positive Psychology*, 13(4), 333–335.
<https://doi.org/10.1080/17439760.2018.1437466>
- Seligman, M., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress. *Journal of American Psychologist*, 60(5), 410–421.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>
- Şengün, F. (2007). *Şizofreni hastalarına bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi*. [Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi].
- Shamsaei, F., Cheraghi, F., & Bashirian, S. (2015). Burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia. *Iran J Psychiatry* 2015;, 10(4), 239–245.
- Sönmez, S. (2009). *Şizofreni hastalarında psikoeğitim grup çalışmasının pozitif ve negatif belirtiler, sosyal işlevsellik, yeti yitimi, içgörü ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin araştırılması*. [Tıpta uzmanlık tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi].
- Stefansson, C.-G., & Hansson, L. (2001). Mental health care reform in Sweden, 1995. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 104(410), 82–88. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.1040s2082.x>
- Steger, M. F., Frazier, P., Kaler, M., & Oishi, S. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 80–93. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>
- Sülü, C. (2016). *Gümüşhane ilinde evde bakım hizmeti veren bireylerin bakım hizmetinden kaynaklanan güçlükler*. [Yüksek Lisans Tezi]. Sakarya Üniversitesi.
- Summakoğlu, D., & Ertuğrul, B. (2018). Şizofreni ve tedavisi. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences*, 1(2), 43–61.
- T.C Sağlık Bakanlığı. (2019). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili-2 Araştırması' Tanıtım Toplantısı Yapıldı*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,60876/turkiye-ruh-sagligi-profil-2-arastirmasi-tanitim-toplantisi-yapildi.html>
- T.C Sağlık Bakanlığı. (2021). *Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2020-2023)*.
- Takano, M., & Arai, H. (2005). Gender difference and caregivers' burden in early-onset Alzheimer's disease. *Journal of Psychogeriatrics*, 5, 73–77.
- Tel, H., & Ertekin Pınar, S. (2013). Kronik ruhsal sorunlu hastaların primer bakım vericilerinde tükenmişlik ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 4(3), 145–152. <https://doi.org/10.5505/phd.2013.58088>

- Telef, B. B., Uzman, E., & Ergün, E. (2013). Öğretmen adaylarında psikolojik iyi oluş ve değerler arasındaki ilişkinin incelenmesi. *International Periodical For the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic Volume*, 8(12), 1297–1307.
- The British Psychological Society. (2009). *Schizophrenia core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care* (National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned (ed.); Issue 82).
- Thornicroft, G. (2006). *Toplumun reddettiği ruhsal hastalığı olan insanlara karşı ayrımcılık* (H. Soygür (ed.); 2.).
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2002). Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry*, 1(2), 84–90.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2013). The balanced care model: The case for both hospital- and community-based mental healthcare. *British Journal of Psychiatry*, 202(4), 246–248. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.111377>
- Toseland, R. W., Smith, G. C., & McCallion, P. (2001). Family caregivers of the frail elderly. In A. Gitterman (Ed.), *Handbook of social work practice with vulnerable and resilient populations* (2nd ed., pp. 548–582).
- TÜİK. (2019). *Türkiye sağlık araştırması*.
- Tükel, R. (2020). Dünden bugüne toplum ruh sağlığı hizmetleri: Nasıldı nasıl olmalı. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 3(35), 165–178.
- Turan Gürhopur, F. D. (2017). Zihinsel yetersiz çocuğu plan ebeveynlerde aile yükü. *Journal of Psychiatric Nursing*, 1(8), 9–16. <https://doi.org/10.14744/phd.2017.87609>
- Uğur, Ö. (2012). *Onkoloji hastasına evde bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi*. Ege Üniversitesi.
- Ulaş, H. (2008). Batı Avrupa ülkelerinde ve Türkiye’de psikiyatrik hizmetler. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 112(2), 1–12.
- Ünal, B., Ergör, G., Dinç Horasan, G., Kalaça, S., & Sözman, K. (2013). *Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması-Sağlık bakanlığı halk sağlığı kurumu* (B. Ünal & G. Ergör (eds.)). Anıl Matbaacılık.
- Velentza, O. (2016). Social skills training in chronically mentally ill patients under psychosocial rehabilitation. *Sanitas Magisterium*, 2(1), 71–79.

<https://doi.org/10.12738/SM.2016.1.0019>

- Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2018). Estimating the true global burden of mental illness. *Journal of The Lancet Psychiatry*, 3(2), 171–178. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)
- Vos, T., Barber, R. M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I., Charlson, F., Davis, A., Degenhardt, L., Dicker, D., Duan, L., Erskine, H., Feigin, V. L., Ferrari, A. J., Fitzmaurice, C., Fleming, T., Graetz, N., Guinovart, C., Haagsma, J., ... Murray, C. J. L. (2015). Global, regional and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. In *The Lancet* (Vol. 8, Issue 9995). Elsevier Ltd. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60692-4)
- Vural, F., & Köroğlu, M. A. (2020). Şizofreni hastalarının sosyal yaşamları ve sosyal hizmet ilişkisi: Kütahya ili örneği. *Optimum Ekonomi ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 7(2), 653–668.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness(eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678–691.
- Webber, M. (2013). Developing advanced practitioners in mental health social work: pedagogical considerations. *The International Journal*, 32(7), 944–955. <https://doi.org/10.1080/02615479.2012.723684>
- WHO. (2001). *The WHO World Health Report 2001: New understanding - New hope* (Vol. 39, Issue 1).
- WHO. (2011). *Rehabilitation guidelines*.
- WHO. (2014). *Innovation in deinstitutionalization*.
- WHO. (2019). *Mental health: A state of well-being*. <https://doi.org/10.12968/bjmh.2019.8.2.57>
- WHO. (2021). *Mental disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Yacı, Ö. (2011). *Çeşitli evrelerdeki alzheimer hastalarına bakım veren yakınlarındaki bakıcı yükü ve depresyonun karşılaştırılması*. [Tıpta uzmanlık tezi, İstanbul Üniversitesi].

- Yavuz, R. (2008). Şizofreni. *Türliyede Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar*, 62, 49–57.
- Yeloğlu, Ç. H., & Hocaoğlu, Ç. (2017). Önemli bir ruh sağlığı sorunu: Bipolar bozukluk. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 8(30), 41–54. <https://doi.org/10.17944/mkutfd.323344>
- Yener, M. (2019). *Engelli evde bakım aylığı alan bireylerde bakım yükünün değerlendirilmesi: Ümraniye örneği*. [Yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi].
- Yeşil, T. (2016). *Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi*. Süleyman Demirel Üniversitesi.
- Yesufu-Udechuku, A., Harrison, B., Mayo-wilson, E., Young, N., Woodhams, P., Shiers, D., Kuipers, E., & Kendall, T. (2015). Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness : systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 206, 268–274. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147561>
- Yıldırım, S., Yalçın, N., & Güler, C. (2017). Kronik ruhsal hastalıklarda bakımveren yükü: Sistematik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 165–171. <https://doi.org/10.14744/phd.2017.60783>
- Yıldız, E. (2016). *Kronik psikiyatri hastalarına bakım verenlerin bakım yükleri ve baş etme düzeylerinin belirlenmesi*. İnönü Üniversitesi.
- Yıldız, M. (2011). Koruyucu psikiyatri açısından psikiyatrik iyileştirim. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 4(4), 82–85.
- Yıldız, M. (2018). *Şizofreni* (3rd ed.). Umuttepe Yayınları.
- Yıldız, M., Tural, Ü., Kurdoğlu, S., & Önder, M. E. (2003). Şizofreni rehabilitasyonunda aile ve gönüllülerle yürütülen bir kulüp-ev denemesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(4), 281–287.
- Yılmaz, B. O. (2013). Kadınların sosyal vatandaşlığı ve bakım emeğine yönelik tartışmalar. *Kadın Araştırmaları Dergisi*, 12(1), 139–154.
- Yoon, S. J., Kim, J. S., Jung, J. G., Kim, S. S., & Kim, S. (2014). Modifiable factors associated with caregiver burden among family caregivers of terminally ill Korean cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 22(5), 1243–1250. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-2077-z>
- Young, S. L., & Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of

people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 219–231.

Zarit, S., Reever, K., & Bahc-Peterson, J. (1980). How Emotions Drive Customer Loyalty (Infographic) | Provide Support. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655.

EK-2: ETİK KOMİSYON İZİNİ



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Rektörlük

Sayı : E-35853172-300-00001845612
Konu : Bilgehan ERGÜN (Etik Komisyon İzni)

2.11.2021

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 13.10.2021 tarihli ve E-12908312-300-00001817173 sayılı yazınız.

Enstitünüz Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden **Bilgehan ERGÜN**'ün **Doç. Dr. Özge Sanem ÖZATEŞ GELMEZ** danışmanlığında hazırladığı "**Kronik Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükünün Ruhsal İyilik Hallerine Etkisinin İncelenmesi**" başlıklı tez çalışması Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun **26 Ekim 2021** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Vural GÖKMEN
Rektör Yardımcısı

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 18EAB63C-F230-4A7A-A126-943D3F15853F

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/bu-ebys>

Adres: Hacettepe Üniversitesi Rektörlük 06100 Sıhhiye-Ankara

Bilgi için: Sevdâ TOPAL

E-posta: yazim@hacettepe.edu.tr İnternet Adresi: www.hacettepe.edu.tr Elektronik

Bilgisayar İşletmeni

Ağ: www.hacettepe.edu.tr

Telefon: 03123051008

Telefon: 0 (312) 305 3001-3002 Faks:0 (312) 311 9992

Kep: hacettepeuniversitesi@hs01.kep.tr



EK-3: ZARİT BAKICI YÜKÜ ÖLÇEĞİ İZİNİ

Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği Hakkında Gelen Kutusu x



Bilgehan Ergün <bilgehanergun07@gmail.com>

12 Nisan Pzt 22:30



Alıcı: aslıozlu

Aslı hocam merhaba,

ben Bilgehan. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümünde yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans bitirme tezim kapsamında ruhsal hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin psikolojik iyi oluşlarına etkisini incelemeye yönelik bir çalışma yapmak istiyorum. Türkiye'ye uyarlamasını yaptığınız "Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği" ni referans göstermek koşulu ile benimle paylaşabilir ve nasıl analiz edeceğim konusunda beni bilgilendirebilir misiniz? Teşekkürler, iyi çalışmalar.



aslı özlu

6 Mayıs Per 19:40 (3 gün önce)



Alıcı: ben

Merhabalar,

Zarit Bakıcı Yük ölçeğini çalışmanızda tabiki kullanabilirsiniz. Ölçekler kitabından ölçeğe ve analizine ulaşabilirsiniz. Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

İyi çalışmalar



← Yanıtla

➡ Yönlendir

EK-4: PERMA İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ İZİNİ

PERMA Ölçeği Hakkında Gelen Kutusu x



Bilgehan Ergün <bilgehanergun07@gmail.com>

11 Nisan Paz 20:45 (11 gün önce)



Alıcı: ibrahimdemircidr

İbrahim hocam merhaba,
ben Bilgehan. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümünde yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans bitirme tezim kapsamında ruhsal hastalara bakım veren bireylerin algıladıkları aile yüklerinin psikolojik iyi oluşlarına etkisini incelemeye yönelik bir çalışma yapmak istiyorum. Türkçeye uyarlamasını yaptığınız "PERMA Ölçeği" ni referans göstermek koşulu ile benimle paylaşabilir ve nasıl analiz edeceğim konusunda beni bilgilendirebilir misiniz?
Teşekkürler, iyi çalışmalar.



İbrahim DEMİRCİ

04:24 (8 saat önce)



Alıcı: ben

Merhaba Bilgehan, kusura bakmayın yeni gördüm mailinizi.
Ölçeğe toaddan ulaşabilirsiniz. 5. satırdaki word dosyasında bilgilere ulaşabilirsiniz.
<https://toad.halileksi.net/olcek/perma-olcegi>
Saygılarımla.

Dr. İbrahim DEMİRCİ
Sinop Üniversitesi
Eğitim Fakültesi
Eğitim Bilimleri Bölümü
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı

EK-5: SAĞLIK BAKANLIĞI İZİNİ



Bilimsel Araştırma Başvurusu <portal@saglik.gov.tr>
Alıcı: ben

13 Temmuz Sal 23:11 (14 saat önce) ☆ ↶ ⋮

Sayın İlgili,

Bilimsel Araştırma Platformuna yapmış olduğunuz başvuru incelenmiştir.

Bu çalışmayı yapmanız Bakanlığımızca uygun olarak değerlendirilmiştir. Araştırmanız gerektirdiği diğer tüm süreçlerin (etik kurul, etik komisyon, faz çalışması, diğer izinler vb.) tamamlanması konusunda araştırmacı/lar sorumludur.

Açıklama :

Form Adı : Bilgehan Ergün-2021-07-13T13_46_00

Başvuru Formu için [tıklayınız](#).

Başvuru Formunuzu <https://bilimselarastrima.saglik.gov.tr/> adresinden görüntüleyebilirsiniz.

İlginiz ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Not: Bu ileti Bilimsel Araştırmanızın Değerlendirilmesinin tamamlanması nedeniyle sistem tarafından otomatik gönderilmiştir. Lütfen bu iletiyi cevaplamayınız.

EK-6: GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

Değerli Katılımcı,

“Kronik Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükünün Ruhsal İyilik Hallerine Etkisinin İncelenmesi” isimli bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı’nda Doç. Dr. Özge Sanem Özateş Gelmez tarafından yönetilen araştırma kapsamında yapılmaktadır. Araştırmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu’ndan gerekli izinler alınmıştır.

Araştırmanın temel amacı, kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükünü değerlendirmek, bu durumun kişilerin iyilik hallerine etkisini incelemek, bakım verenlere ve ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarına öneriler geliştirmektir. Bu araştırmada sizlerden kimlik bilgileriniz istenmemektedir. Araştırmada verilerin analizi aşamasında isimleriniz kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılmak gönüllülüğe dayanmakla birlikte hastaya resmi olarak bakım veriyor olmanız gerekmektedir. Araştırmada minimum bakım süresi aranmamaktadır. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında herhangi bir ceza ya da yararınıza olan hakların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır bu sebeple çalışmaya katıldıktan sonra, çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan çekilebilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel ve eğitim amaçları ile kullanılacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak, gizli tutulacak, araştırma yayımlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır. Çalışmaya katkılarınızdan ötürü sizden herhangi bir ücret talep edilmemektedir. Katkılarınız için sizlere herhangi bir ödeme de yapılmayacaktır. Araştırmacının herhangi bir kişisel menfaati bulunmayıp temel amacı sizlerin yaşadığı sorunları gün yüzüne çıkarmaktır. Bu çalışma sizlere herhangi bir sorumluluk getirmeyecektir.

Araştırmanın onay öncesi veya sonrası herhangi bir aşamasında ortaya çıkabilecek her türlü soru ve sorunlarınız için aşağıda iletişim bilgileri bulunan Bilgehan ERGÜN ile bağlantıya geçebilirsiniz. Talebinizin olması durumunda araştırma sonuçları sizlerle paylaşılacaktır. Tüm bu bilgiler doğrultusunda çalışmaya kendinizi baskı altında hissetmeden gönüllü olarak katkı vermek istiyorsanız aşağıda geçen ilgili yerleri imzalayınız.

EK-7: ZARİT BAKICI YÜKÜ ÖLÇEĞİ

	Asla	Nadiren	Ara sıra	Oldukça sık	Neredeyse her zaman
1. Yakınınızın ihtiyacı olandan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5
2. Yakınınızla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
3. Yakınına bakma ve aileniz ya da işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
4. Yakınınızın davranışlarından utanır mısınız?	1	2	3	4	5
5. Yakınınızla birlikteyken kızgınlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
6. Yakınınızın şu anda ailenin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
7. Yakınınızın geleceği ile ilgili korkuyor musunuz?	1	2	3	4	5
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
9. Yakınınızla birlikteyken kısıtlanmış hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
10. Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
11. Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
12. Yakınına bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
13. Yakınınız nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?	1	2	3	4	5
14. Yakınınızın sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
15. Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınına bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
16. Yakınına artık daha fazla bakamayacağınızı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5

17. Yakınınız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
18. Yakınınızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?	1	2	3	4	5
19. Yakınızla ilgili ne yapacağınız konusunda kararsızlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5
21. Yakınınızın bakımı ile ilgili daha iyisini yapabilirdim diye düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
22. Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınızın bakımı ile ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?	1	2	3	4	5

EK-8: PERMA İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra 0 ile 10 arasında size en uygun olan seçeneğin üzerine çarpı (X) işareti koyunuz.	
1	Genel olarak, ne ölçüde amaçlı ve anlamlı bir hayat sürdürmekteyiz? Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen
2	Ne sıklıkla hedeflerinize ulaşmak için ilerleme kaydettiğinizi hissedersiniz? Hiçbir zaman 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Her zaman
3	Ne sıklıkla yaptığınız işe kendinizi verirsiniz? Hiçbir zaman 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Her zaman
4	Genel olarak, sağlık durumunuz nasıl? Çok Kötü 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mükemmel
5	Genel olarak, ne sıklıkta neşeli hissedersiniz? Hiçbir zaman 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Her zaman
6	İhtiyacımız olduğunda ne ölçüde başkalarından yardım ve destek alabilirsiniz? Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen
7	Genel olarak, ne sıklıkta endişeli hissedersiniz? Hiçbir zaman 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Her zaman
8	Kendiniz için belirlediğiniz önemli hedeflere ne sıklıkla ulaşırsınız? Hiçbir zaman 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Her zaman
9	Genel olarak, hayatınızda yaptıklarınızın ne ölçüde değerli ve faydalı olduğunu hissedersiniz? Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen
10	Genel olarak, ne sıklıkta olumlu hissedersiniz? Hiçbir zaman 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Her zaman
11	Genel olarak, ne ölçüde olaylara karşı heyecanlı ve ilgili hissedersiniz? Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen
12	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar yalnız hissedersiniz? Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen
13	Mevcut fiziksel sağlık durumunuzdan ne kadar memnunsunuz? Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen
14	Genel olarak, ne sıklıkta öfkeli hissedersiniz? Hiçbir zaman 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Her zaman
15	Ne derecede sevildiğinizi hissedersiniz? Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen
16	Sorumluluklarınızı ne sıklıkla yerine getirebilirsiniz? Hiçbir zaman 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Her zaman
17	Genel olarak, ne ölçüde hayatınızın bir yönü olduğunu hissedersiniz? Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen
18	Kendinizi sizinle aynı yaş ve cinsiyet grubuyla karşılaştırdığımızda sağlık durumunuz nasıl? Çok Kötü 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mükemmel
19	Kişisel ilişkilerinizden ne kadar memnunsunuz? Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen
20	Genel olarak ne sıklıkla üzgün hissedersiniz? Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen
21	Ne sıklıkla eğlenceli bir şeyler yaparken zamanın nasıl geçtiğini anlamazsınız? Hiçbir zaman 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Her zaman
22	Genel olarak ne ölçüde memnun hissedersiniz? Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen
23	Her şeyi birlikte değerlendirdiğinizde ne kadar mutlusunuz? Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen

EK-9: AİLE VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI İZİNİ



T.C.
AİLE VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI
Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : E-93240211-605.01-2242183

04.01.2022

Konu : Veri Toplama (Bilgehan ERGÜN)

DAĞITIM YERLERİNE

- İlgi : a) Eğitim ve Yayın Daire Başkanlığının 19.11.2021 tarihli ve E-84459573-605.01-1788433 sayılı yazısı.
b) Genel Müdürlüğümüzün 07/12/2021 tarihli ve 1952765 sayılı yazısı.
c) Eğitim ve Yayın Daire Başkanlığının 21.12.2021 tarihli ve E-84459573-605.01-2104138 sayılı yazısı.

İlgi (a) yazıda Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Sosyal Hizmet Bölümü Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Bilgehan ERGÜN'ün Doç. Dr. Özge Sanem ÖZATEŞ GELMEZ danışmanlığında hazırladığı "Kronik Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükünün Ruhsal İyilik Hallerine Etkisinin incelenmesi" adlı araştırması kapsamında 2021-2022 öğretim yılı güz ve bahar dönemlerinde Antalya İli ve İlçelerinde evde bakım uygulaması kapsamında ruhsal hastalık tanısı almış (ruhsal engelli) bireylere bakım veren aile üyelerine anket uygulayabilmek için iletişim bilgileri talep edilmiştir.

Genel Müdürlüğümüzün ilgi (b) yazısı ile talebin uygun görülmediği belirtilmiştir.

İlgi (c) yazıda araştırmacı Bilgehan ERGÜN'ün yeniden araştırma talebinde bulunduğu belirtilerek Genel Müdürlüğümüz görüşü talep edilmektedir.

Söz konusu araştırmanın gizliliğe aykırı olmayacak biçimde Antalya ilinde ruhsal engelli bireylerin evde bakım uygulaması üzerinden bakımlarını sağlayan toplam 200 kişiye Kepez, Muratpaşa, Alanya, Kumluca, Manavgat ve Serik Sosyal Hizmet Merkezleri personeli gözetiminde, telefon görüşmeleri aracılığıyla gerçekleştirilme talebi bildirilmiştir.

Antalya Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü tarafından da uygulanması uygun görülen ilgili araştırma talebi Genel Müdürlüğümüzce olumlu değerlendirilmiş olup sözkonusu araştırmanın, İl Müdürlüğünün koordinasyonunda, kuruluş idaresinin gözetim ve denetiminde, gerçekleştirilmesi araştırma sonuçlarının herhangi bir yerde yayımlanmadan önce kurum izni alınması ve bir örneğinin Genel Müdürlüğümüze gönderilmesi koşuluyla uygulanabilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ve rica ederim

Uzm. Dr. Orhan KOÇ
Bakan a.
Genel Müdür

Dağıtım:
Gereği:
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığına

Bilgi:

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu: C1C5C67E-7CB0-4E85-9292-A75DAA55E1D7 Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/ashb-ebys>
Eskişehir Yolu Söğütözü Mah. 2177. Sok. No: 10. A Kat: 14-15-16 06510 Çankaya / Ankara Bilgi için: Sultan SAKINCI
KARAKUŞ
Birim Sorumlusu

