

T.C.  
ORDU ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİ HASTALARININ BAKIM  
VERİCİLERİNİN AİLE BÜTÜNLÜĞÜ DUYGUSU  
VE BAKIM YÜKÜNÜN BELİRLENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Zübeyde NERGİZ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**

**TEZ DANIŞMANI**

**Dr. Öğretim Üyesi Nevin GÜNAYDIN**

**ORDU-2019**

ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Zübeyde NERGİZ tarafından hazırlanan ve Dr. Öğr. Üyesi Nevin GÜNAYDIN danışmanlığında yürütülen “Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerinin Aile Bütünlüğü Duygusu ve Bakım Yükünün Belirlenmesi” adlı bu tez, jürimiz tarafından 03/07/2019 tarihinde oybirliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Ortak Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Nevin GÜNAYDIN

Başkan : Prof. Dr. Nülüfer ERBİL  
Hemşirelik Anabilim Dalı  
Ordu Üniversitesi

İmza.....  


Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Medine KOÇ  
Hemşirelik Anabilim Dalı  
Gaziosmanpaşa Üniversitesi

İmza.....  

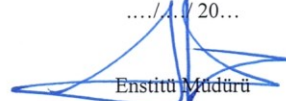

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Nevin GÜNAYDIN  
Hemşirelik Anabilim Dalı  
Ordu Üniversitesi

İmza.....  


ONAY

27.08/2019 tarihinde enstitüye teslim edilen bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 04/09/2019 tarih ve 2019-166 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

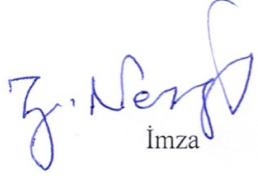
.../.../20...



Enstitü Müdürü  
Doç. Dr. Alparslan İNCE

## TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

  
İmza

Zübeyde NERGİZ

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmamda izleyeceğim yol konusunda bana kılavuzluk eden ve her daim yardımlarını esirgemeyen, umutsuzluğa düştüğüm an her zaman desteğini üzerimde hissettiğim Sayın Dr. Öğretim Üyesi Nevin GÜNAYDIN'a ,

Yüksek Lisans eğitimimde bana büyük katkıları olan Sayın Prof. Dr. Nilüfer ERBİL'e,

İstatistik çalışmalarında destek olan Sayın Prof. Dr. Soner ÇANKAYA'ya,

Tez savunma sınavımda bana önerileriyle katkıda bulunan Sayın Dr. Öğretim Üyesi Medine KOÇ'a,

Tez sürecim ve tüm hayatım boyunca yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen anneme, babama, kardeşime minnet ve sevgilerimi sunuyorum. Şu anda yanımda olmayan, yokluğunu her daim hissettiğim, hayatım boyunca eksikliklerini hep duyacağım rahmetli anneannem ve dedeme de saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Tüm meslek hayatım boyunca bana destek olan meslektaşlarım ve sevgili arkadaşlarım Mutlu TELLİ ve Esra ÇAPKIN'a teşekkürü bir borç bilirim.

Bu çalışmayla korkusunu, umudunu, umutsuzluğunu, gücünü, güçsüzlüklerini, kaygısını, gelişimini, çöküşünü paylaşan ve onların dünyalarına girmeme izin veren hasta yakınlarına sonsuz teşekkürler.

Zübeyde NERGİZ

## ÖZET

### ŞİZOFRENİ HASTALARININ BAKIM VERİCİLERİNİN AİLE BÜTÜNLÜĞÜ DUYGUSU VE BAKIM YÜKÜNÜN BELİRLENMESİ

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, şizofreni hastalarının bakım vericilerinin bakım yükü ile aile bütünlük duygusunun arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma, 1 Haziran 2018- 1 Ekim 2018 tarihleri arasında Ordu ilinde Devlet Hastanesi ile Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine şizofreni tanısıyla gelen, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, 178 şizofreni hastasının primer bakım vericisi üzerinden yürütülmüştür. Veri toplama aracı olarak ‘Kişisel Bilgi Formu’, ‘Aile Bütünlük Duygusu Ölçeği Kısa Formu’ ve ‘Bakım Verme Yükü Ölçeği’ kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler Student *t*-test, Tek Yönlü Varyans Analizi, Pearson korelasyon katsayısı ve çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan bakım vericilerin %70.8’inin kadın, %59.6’sının evli, %62.4’ünün çalışmayan, %61.2’sinin orta gelirli olduğu tespit edilmiştir. Bakım verenlerin bakım yükü puan ortalamasının  $49.47 \pm 15.20$  olduğu, %69.1’inin ortalamanın üzerinde (orta ve yüksek düzey) bakım yükü puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Aile bütünlük duygusu puan ortalamasının ise  $48.87 \pm 9.74$  olduğu ve yaklaşık %87.6’sının ortalamanın üzerinde (orta ve yüksek düzey) aile bütünlük duygusu puan ortalamasına sahip olduğu tespit edilmiştir. Bakım vericilerin bakım verme yükü ile gelir durumu, hastanın eğitimi, hasta bakım süresi, hasta yaşı, hastalık süresi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ). Aile bütünlük duygusu ile hastanın eğitimi, aile gelir düzeyi, hasta bakım süresi, hasta yaşı, hastalık süresi, günlük ilgilenme süresi arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Aile bütünlük duygusu ölçeği alt boyutlarından “anlaşılabilirlik” alt boyutu ile bakım verenin eğitimi, hastanın eğitimi, aylık ortalama gelir, hastaya bakım verme süresi, hastalık süresi; “yönetilebilirlik” alt boyutu ile bakım verenin eğitimi, hastanın eğitimi, aylık gelir, bakım vericinin çalışma durumu, hastaya bakım verme süresi, hastanın yaşı, hastalık süresi; “anlamlılık” alt boyutu ile bakım verenin aile tipi, aylık geliri, yaşadığı yer, hastanın eğitimi, hastaya bakım verme süresi, hastalık süresi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Aile bütünlük duygusu yüksek olan bakım verenlerin daha az bakım yüküne sahip oldukları saptanmıştır. Yarısından fazlasının (%69.1) orta ve ağır bakım yükü yaşadığı, yine yaklaşık tamamına yakınının (%87.6) orta ve yüksek aile bütünlük duygusuna sahip olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında aylık gelir, hastanın eğitim durumu, hastalık süresi, hastaya bakım verme süresi aile bütünlük duygusunun anlaşılabilirlik”, “yönetilebilirlik”, “anlamlılık” alt boyutlarını; bakım verenin eğitim durumunun anlaşılabilirlik”, “yönetilebilirlik” alt boyutlarını; bakım vericinin çalışma durumu ile hastanın yaşının “yönetilebilirlik” alt boyutunu; bakım verenin aile tipi ile yaşadığı yerin “anlamlılık” alt boyutunu etkilediği belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Bakım yükü, aile bütünlüğü, şizofreni, birincil bakım verici

## ABSTRACT

### DETERMINATION OF THE CARE BURDEN AND THE SENSE OF FAMILY COHERENCE IN CAREGIVERS OF THE PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

**Aim:** The aim of this study is to evaluate the care burden of caregivers of patients with schizophrenia and to evaluate their relationship with family integrity.

**Material and Method:** This study was carried out between June 1, 2018 and October 1, 2018 in the primary care giver of 178 schizophrenic patients, who came to Ordu State Hospital and Training and Research Hospital psychiatry outpatient clinic with the diagnosis of schizophrenia, voluntarily agreed to participate in the study. Personal information form, family sense of integrity scale short form and care burden scale were used as data collection tools. The data obtained from the study were evaluated with Student's t-test, One-Way Variance Analysis, Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis.

**Results:** It was found that %70.8 of the caregivers participating in the study were women, %59.6 were married, %62.4 were unemployed, and %61.2 were middle-income. It was determined that the caregivers had an average of  $49.47 \pm 15.20$  points from the care load scale and %69.1 had a mean care load score above the average (medium and high level). It was found that the mean score of family integrity was  $48.87 \pm 9.74$  and approximately 87.6% had a mean (higher and middle) level of family integrity. A significant relationship was found between caregiver burden and income status, patient education, patient care time, patient age, and disease duration ( $p < 0.05$ ). There was a significant relationship between the sense of family integrity and the education of the patient, family income level, patient care period, patient age, duration of illness and duration of daily care ( $p < 0.05$ ). In the subscales of the sense of family integrity scale, between the “intelligibility” subdimension and the caregiver's education, patient education, monthly average income, patient care duration, and disease duration; “manageability” subdimension includes education of the caregiver, educational status of the patient, monthly income, working status of the caregiver, duration of patient care, patient age, duration of illness, duration of daily care; In the “meaningfulness” subdimension, a significant relationship was found between the caregiver's family type, monthly income, place of residence, education of the patient, duration of patient care, duration of illness, and duration of daily care ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** It was found that caregivers with a high sense of family integrity had less care burden. It was determined that more than half (%69.1) experienced moderate and heavy care burden, and almost all (%87.6) had moderate and high family integrity. In addition, monthly income, education level of the patient, duration of illness, duration of care of the patient are the subscales of “intelligibility”, “manageability” and “meaningfulness” of the sense of family integrity; the like “understandability” and “manageability” sub-dimensions of the caregiver's educational status; the “manageability” sub-dimension of the caregiver's working status and age of the patient; it was determined that the caregiver influenced the “meaningfulness” sub-dimension of the family type and the place where they lived.

**Keywords:** Care burden, sense of coherence in family, schizophrenia, primary caregiver

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İÇ KAPAK SAYFASI.....	
ONAY.....	
TEZ BİLDİRİMİ.....	I
TEŞEKKÜR.....	II
ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
TABLolar DİZİNİ.....	VIII
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	X
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	3
1.3. Araştırmanın Soruları.....	3
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>4</b>
2.1. Şizofreni.....	4
2.2. Şizofreninin Kısa Tarihçesi.....	4
2.3. Epidemiyoloji.....	5
2.4. Etiyoloji.....	6
2.5. Klinik Özellikler.....	6
2.6. Şizofrenide Tedavi.....	7
2.7. Şizofreni ve Aile.....	8
2.8. Salutogenez Modeli.....	9
2.8.1. Bütünlük Kavramı.....	10

2.8.2. Ailede Bütünlük Duygusu.....	12
2.9. Şizofreni Hastalarının Ailelerinde Bakım Yüğü.....	13
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>17</b>
3.1. Araştırmanın Türü.....	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	17
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	17
3.3.2. Araştırmanın Örnekleme.....	17
3.3.2.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	17
3.4. Veri Toplama Araçları.....	18
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	18
3.4.2. Aile Bütünlük Duygusu Ölçeği Kısa Formu.....	18
3.4.3. Bakım Verme Yüğü Ölçeği.....	19
3.5. Veri Toplama Formunun Uygulanması.....	20
3.6. Değişkenler.....	20
3.6.1. Bağımlı Değişkenler.....	20
3.6.2. Bağımsız Değişkenler.....	20
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu.....	21
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	21
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	22
3.10. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler.....	22
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>23</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>38</b>
5.1. Hastaların Sosyodemografik Değişkenlerinin Tartışılması.....	38
5.2. Bakım Vericilerin Sosyodemografik Değişkenlerinin Tartışılması..	40
5.3. Bakım Yüğü İle İlgili Bulguların Tartışılması.....	43



5.4. Aile Bütünlük Duygusu İle İlgili Bulguların Tartışılması.....	47
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>52</b>
6.1. Sonuçlar.....	52
6.2. Öneriler.....	56
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>58</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>68</b>
<b>Ek 1. Kişisel Bilgi Formu.....</b>	<b>68</b>
<b>Ek 2. Aile Bütünlük Duygusu Ölçeği Kısa Formu (ABDÖ-K).....</b>	<b>70</b>
<b>Ek 3. Bakım Verme Yükü Ölçeği.....</b>	<b>71</b>
<b>Ek 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....</b>	<b>74</b>
<b>Ek 5. Aile Bütünlük Duygusu Ölçeği Kısa Formu (ABDÖ-K ) İzin Yazısı</b>	<b>76</b>
<b>Ek 6. Bakım Verme Yükü Ölçeği İzin Yazısı.....</b>	<b>77</b>
<b>Ek 7. Kurum İzni.....</b>	<b>78</b>
<b>Ek 8. Etik Kurul Onayı.....</b>	<b>80</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>81</b>

## TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
<b>Tablo 4.1.</b> Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	24
<b>Tablo 4.2.</b> Şizofreni Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	25
<b>Tablo 4.3.</b> Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerinin Bazı Sosyodemografik Özellikleri ile Ölçeklerdeki Maddelere Verdiği Cevaplara İlişkin Bazı Tanımlayıcı İstatistikler.....	26
<b>Tablo 4.4.</b> Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerinin BVYÖ Puan Ortalamalarının Bakım Yüğü Düzeyine Göre Dağılımları.....	27
<b>Tablo 4.5.</b> Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerinin ABDÖ-K Puan Ortalamalarının Aile Bütünlük Duygusu Düzeylerine Göre Dağılımları.....	27
<b>Tablo 4.6.</b> Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerinin Bakım Verme Yüğü ile Aile Bütünlük Duygusu Düzeylerine Göre Dağılımları.....	28
<b>Tablo 4.7.</b> Bakım Vericilerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre BVYÖ, ABDÖ-K, Anlaşılabilirlik, Yönetilebilirlik, Anlamlılık Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	31
<b>Tablo 4.8.</b> Şizofreni Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre BVYÖ, ABDÖ-K, Anlaşılabilirlik, Yönetilebilirlik, Anlamlılık Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	33

<b>Tablo 4.9.</b> Şizofreni Hastalarının Bakım Vericileri ile Şizofreni Hastalarının Bazı Sosyodemografik Özellikleriyle BVYÖ ve ABDÖ-K Ölçek Puanları Arasındaki İlişki.....	36
<b>Tablo 4.10.</b> Adımsal Çoklu Regresyon Analiz Sonuçları.....	37



## SİMGELER VE KISALTMALAR

ABDÖ-K	:	Aile Bütünlük Duygusu Ölçeği Kısa Formu
BVYÖ	:	Bakım Verme Yükü Ölçeği
DSM-5	:	Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorder-5
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
F	:	Tek Yönlü Varyans Analizi
SS	:	Standart Sapma
T	:	Student t testi

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ruhsal hastalıklar, tüm dünyada yüksek yaygınlık oranlarıyla en önemli bozukluklardandır (Bademli ve Duman, 2013). Kronik ruhsal bozukluklardan biri olan şizofreni ise, dünya genelinde 21 milyondan fazla insanı etkilemekte, yeti yitimine yol açmakta, ekonomik ve sosyal kayıplara neden olmakta, sürekli olarak aile desteği ve bakımına ihtiyaç duyulan bozukluklar içinde yer almaktadır (Chan ve ark., 2015; Taş ve Buldukoğlu, 2015; Donyağı, 2016). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün verilerine göre, bütün dünyada 1.5-3 milyon şizofreni hastası bulunmaktadır (Donyağı, 2016). Sistematik bir literatür taraması yapılarak hazırlanan bir araştırmada ise, şizofreninin prevalansının, %0.48 olduğu bildirilmiştir (Simeone ve ark., 2015). Şizofreninin yaşam boyu prevalansı Çin'de %4.54, Pekin'de ise % 0.49 olarak bildirilmektedir (Chan ve ark., 2015).

Genel olarak, gençlik yıllarında başlayan, gidişi ve sonlanması hastadan hastaya farklılık gösteren, etiyojisi tam olarak bilinmeyen şizofreni, çok önemli bir toplum ruh sağlığı sorunudur (Karayazgan, 2013; Donyağı, 2016). Tüm şizofreni hastalarının %20-30'unun yaşamlarını normal şekilde sürdürebildikleri, orta derecede semptomlara sahip oldukları; %40-60'ının tüm yaşamları boyunca belirli işlevleri yerine getirecek şekilde yaşamlarına devam edebildikleri görülmektedir. İşlevsellik düzeyinin, toplum içinde günlük yaşamını sürdüren, ailesinden algıladığı sosyal desteği yüksek olan şizofreni hastalarında daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Sadock ve Sadock, 2016).

Son yıllarda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün "Akıl Sağlığı Eylem Planı" 2013-2020 verilerine dayanılarak, şizofren bireylerin durumları stabil olduğunda, şizofreninin "toplum içinde tedavi edilme" anlayışı (psikiyatrik kurumsal bakımdan, toplum temelli bakıma aktarılır anlayışıyla) doğrultusunda bakım ve tedavi alması benimsenmiştir. Bu anlayış, ailelerin hastaların bakımında daha fazla sorumluluk almalarına ve bakım verici rolünü primer olarak üstlenmelerine neden olmuştur (Tsui ve Tsang, 2017).

Şizofreni, hem hastalar hem de aileleri üzerinde önemli derecede olumsuz etkiye sahiptir. Şizofreni gibi ağır psikiyatrik bozukluğu olan bir birey ile yaşamak ve evdeki bakımını yapmak; fiziksel, sosyal, ekonomik, duygusal yönden çeşitli güçlükleri beraberinde getirmektedir (Atagün ve ark., 2011). Aileler, hastalığın her aşamasında bu güçlüklerle karşılaşmaktadır. Ülkemizde çoğunlukla ailelerin yaşadığı bu güçlüklerle başetmede yeterli hizmet ve eğitim olanakları bulunmamaktadır. Aileler bu nedenle yalnız kalabilmekte ve yaşadıkları bakım yükünün ağırlığı daha da artmaktadır (Gülseren ve ark., 2010; Arslantaş ve Adana, 2011; Bademli ve Duman, 2013; Bademli ve ark., 2016 ).

Yük kavramı, hasta bireyle yaşayan aile üyelerinin günlük yaşamlarında karşılaştıkları stres verici durumlar, yaşamlarını etkileyen sıkıntılar ve olumsuz olaylar gibi hastalığın aileler üzerindeki etkisini tanımlamak amacıyla kullanılan bir kavramdır (Gülseren ve ark., 2010). Şizofrenide aile yükü, çok boyutlu bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Stres kaynaklarına karşı savunmasız olan bakım vericilerin kendi sağlıklarını, yaşam biçimlerini koruması ve hastasının bakımını iyi düzeyde yapması önemlidir. Bunun için ailelerin, yüksek bütünlük duygusu gibi daha kapsayıcı bir yaklaşımla ele alınmaya ihtiyaç duydukları, aileyle yapılan çalışmalarla daha görünür hale gelmiştir (Wickens ve Greeff, 2005; Mizuno ve ark., 2012).

Bütünlük duygusu, “salutogenez modeli”nin bir alt kavramıdır ve sağlığın yükseltilmesine odaklanır. Geleneksel tıp yaklaşımının aksine, hastaya bütüncül yaklaşımı savunur. Hastalık değil, pozitif yaklaşımla “iyi olma”yı sağlayan bileşenleri ele alır (Çeçen, 2007; Tsuno ve Yamazaki, 2012). Bütünlük duygusu güçlü ailelerin, karşılaşacakları kaygı yaratacak durumları daha kolay şekilde yönetebildikleri ve kaynaklarını daha iyi kullandıkları belirlenmiştir. Buna ek olarak, bu kaygı veren durumların, ailelerin bütünlük duygusuna katkıda bulunduğu ve bundan dolayı aileyi daha güçlü kıldığı bildirilmektedir. Ayrıca aile bütünlük duygusu güçlü ailelerin, aile bütünlük duygusu düşük olan ailelere göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (Çeçen, 2008). Yurt dışı çalışmalar incelendiğinde, “bütünlük” duygusuyla ilgili araştırmaların çok sayıda olduğu ancak “aile bütünlük duygusu” ile ilgili çalışmaların sınırlı sayıda olduğu dikkati çekmektedir (Wicken ve Greeff, 2005). Ülkemizde şizofreni hastalarının aileleriyle yapılan çalışmalarda ise, ailelerin aile bütünlük duygusunu ele alınan çalışmaların

çok daha sınırlı düzeyde olduğu görülmüştür (Çeçen, 2007). Özellikle aileler, hastaların iyileşmesinde ve topluma yeniden katılmaları konusunda anahtar rol oynamaktadır (Atagün ve ark., 2011). Bu sebeple bakım vericilerin hem hastalara verdikleri bakımın kalitesi, hem de kendi yaşam kaliteleri açısından bütünlük duygusunun korunmasının önemli olduğu ve bakım yükünü azaltabilecek önemli değişkenlerden biri olabileceği öngörülmektedir.

Psikiyatri hemşireliği, hasta ve ailesine bütüncül bakış açısıyla bakım veren bir ruh sağlığı disiplinidir. “Salutogenez Modeli”, hasta ve hastalığa patojenik açıdan yaklaşan geleneksel tıp anlayışının tamamlayıcısı durumundadır. Aynı zamanda hasta/aile ve hastalığı bütüncül bakış açısıyla ele alan yaklaşımı ile psikiyatri hemşireliği ile benzerlik taşımaktadır ve psikiyatri hemşireliğine en uygun modeller içinde yer almaktadır. Bu nedenle bu çalışma, şizofreni hastalarının bakım vericilerinin bakım verme yükü ile aile bütünlük duygusu arasındaki ilişkinin araştırılmasının önemli olacağı düşünülerek yapılmıştır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma, şizofreni hastalarının bakım vericilerinin bakım yükü, aile bütünlük duygusunu, aralarındaki ilişkinin araştırılması amacıyla yapılmıştır.

## **1.3. Araştırmanın Soruları**

Araştırma soruları;

- Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin aile bütünlüğü duygusu ne düzeydedir?

- Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin bakım yükü ne düzeydedir?

- Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin aile bütünlüğü duygusu ve bakım yükü arasında ilişki var mıdır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Şizofreni

Şizofreni, genel olarak genç yaşlarda başlayan, düşünce, davranış, algı, konuşma, iletişim, sosyal ilişkiler, dikkat, dürtü denetimi, çevre ile olan etkileşim, duygusal ifadeler, motor davranışlarda belirtiler gösteren; gerçeği değerlendirmenin bozulduğu, heterojen özellikte olan ve sıklıkla tekrarlamalarla seyreden, kronik bir psikiyatrik bozukluktur.

### 2.2. Şizofreninin Kısa Tarihçesi

Şizofreni, çok uzun zamandır sağlık profesyonellerini yakından ilgilendirmiştir. İsa'dan önce 1400'lü yıllardan kalan bir Hindu yapıtında, şeytanın gazabına uğramış ve 'obur, pis, çırlıçiplak gezen, belleğini yitirmiş ve tedirgin bir biçimde dolaşan' bir hastadan söz edilmektedir. İsa'dan sonra 1. yüzyılda ülkemizde Kapadokya olarak bilinen yerde yaşamış olan Areteus ve İsa'dan sonra 2. yüzyılda Soranus, şizofrenik tepkilerden bazılarını, özellikle paranoid tepkileri günümüzdekine oldukça benzeyen şekilde tanımlamışlardır. Fakat Ortaçağ döneminde şizofreni kavramı batıl inançlarla karışmış ve ancak 19. yy sonlarına doğru bilimsel açıdan incelenmeye başlanmıştır (Çam ve Engin, 2014).

Şizofreninin tarihine bakıldığında, Emil Kraepelin (1856-1926) ve Eugen Bleuler (1857-1939) önemli yer tutan iki isim olarak öne çıkmıştır. Benedict Morel (1809-1873), şizofreniyi ergenlikte başlayan hastalığın yıkımla (deteriorasyonla) sonuçlanmasından dolayı "Demans Paracoxa" olarak adlandırmıştır. Karl Kahlbaum (1829-1899), katotonik şizofreniyi açıklamıştır. Ewald Hecker (1843-1909) ise, aşırı garip, acayip davranışlarla bulgularanan dezorganize (hebefrenik) şizofreniyi tanımlamıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Güleç, 2009).

Emil Kraepelin, şizofrenik bozukluğun bilişsel sürecini 'Demans', erken başlangıcını ise 'Paracoxa' olarak vurgulamıştır. 'Demans Paracox'lu hastalar, uzun dönemde kötüye gidişatı olan hastalar için kullanılmıştır. Kraepelin, her şizofreni hastasında yıkımın olmadığını söyleyerek, duygu, düşünce ve davranışta yarılmayı ortaya atmıştır. Eugen Bleuler literatürde ilk kez "demans paracox" yerine "şizofreni" terimini kullanmıştır. Bleuler, şizofrenide çağrışımlarda enkoherans



(saçma sapan, anlaşılmaz), duygulanımda küntlük, duygu, düşünce ve davranışta ikilemler (ambivalans), kişinin dış dünyadan çekilerek kendi iç dünyasına dönmesi (autizm) olarak 4A belirtisinin olduğu birincil; hezeyan, halüsünasyonlar ve diğer belirtileri ikincil süreçler olarak değerlendirmiştir. Bunlarla birlikte, Bleuler şizofreninin kişinin ruhsal hayatındaki yarılmaya neden olduğunu düşündüğü için, hastalığa Yunanca kökeni olan ‘schizen’ yarıma, ayrılma ve ‘phren’, akıl, zihin kelimelerinin birleşimi ‘şizofreni’ yani “akıl yarılması” demiştir. Psikobiyojinin ve modern psikiyatrinin kurucuları olan Meyer, Sullivan, Longfield ve Schneider şizofreninin ve diğer ruhsal hastalıkların yaşam stresine karşı tepki olarak oluştuğunu ortaya atarak ‘reaksiyon’ terimini kullanmışlardır. Sullivan sosyal izolasyonu, şizofrenide hem bir semptom, hem de bir neden olarak tanımlamıştır. Longfield, şizofreni ve şizofreniform psikoz olarak iki sınıfa ayırmıştır. Şizofrenide, depersonalizasyon (kendine yabancılaşma), otizm (içe kapanma), duygusal küntlük, sinsi başlangıç deralizasyon (çevreye yabancılaşma), gerçeği test etme yeteneğinin bozukluğunu vurgulamıştır. Schneider, şizofrenide birincil ve ikincil süreç semptomlarını belirlemiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Güleç, 2009; Çam ve Engin, 2014).

### **2.3. Epidemiyoloji**

Şizofreninin epidemiyolojisine ilişkin değişik veriler bulunmaktadır. Şizofreninin nokta yaygınlığı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2010 yılı Global Hastalık Yüğü çalışmasının verilerine göre, %0.21-0.7 arasında bulunmuştur (Özçelik ve Yıldırım, 2018). Amerika Birleşik Devletleri’nde, şizofreninin yıllık insidansı 1000 kişide 0.3-0.6 olarak saptanmıştır (Koroğlu, 2004). Şizofrenin yaşam boyu prevalansının ise, yüzde 1-1.5 civarlarında olduğu görülmektedir. Şizofreninin yıllık insidansının Avrupa’da 1000 kişide 0.1-0.5 arasında olduğu, şizofreni gelişmesi için yaşam boyu prevalansının, 1000 kişide 7-9 arasında olduğu, nokta prevalansının ise 1000 kişide 2.5- 5.3 arasında olduğu bildirilmektedir. Dolayısıyla şizofreninin yaşam boyu prevalansının, %0.5 ile %1 arasında değiştiği öngörülmektedir (Eren, 2006).

Psikoz epidemiyolojisi üzerine 2011 yılında ülkemizde yapılan sistematik bir araştırmaya göre ise görülme sıklığı, %0.89 olarak bildirilmiştir (Binbay ve ark., 2011).

Şizofreninin başlangıç yaşı, genellikle 15-40 yaşları arasında olmasına karşın ileri yaşlarda da ortaya çıkabilmektedir. Hastalığın kadın ve erkekte görülme insidansı, eşit olmasına karşın, her iki cinsiyette de hastalığın başlangıç ve seyri farklılık göstermektedir. Erkek hastalarda, başlangıç yaşı daha geç olmasıyla birlikte prognozun daha kötü olduğu bilinmektedir (Kocal ve ark., 2017).

#### **2.4. Etiyoloji**

Şizofreninin kesin olarak nedeni bilinmemekle birlikte, çok değişik teoriler ileriye sürülmektedir. Bunlardan bazıları, genetik yatkınlık, stres yaratan yaşam olayları sonrası oluşan hastalık belirtileri, çocukluk döneminde maruz kalınan fiziksel ve cinsel istismar, örseleyici yaşam olayları, gebelikte annenin maruz kaldığı enfeksiyonlar, anne karnında hipoksiye neden olabilecek durumlar, çeşitli hormonların (dopamin, serotonin, glutamat, gama aminobütrik asit (GABA), östrojen) vücut düzeylerindeki değişimleri, beyindeki gri ve beyaz maddenin hacmindeki değişimler şeklinde özetlenebilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

#### **2.5. Klinik Özellikler**

Şizofreni, değişik sıklık ve şiddette sanrı, varsanı, dağınık konuşma ve davranışlar, katotonik davranış gibi taşkınlık (pozitif) belirtileri, düşünce fakirleşmesi, irade azalması, zevk almada azalma ve duygulanımda küntleşme gibi yoksunluk (negatif) belirtileriyle giden bir bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Çam ve Engin, 2014; Köroğlu ve Hocoğlu, 2017). Hastalar, genellikle hastalık öncesi dönemde içe dönük, sessiz, yalnızlığı seven, garip ilgi ve uğraşları olan, şizoid, şizotipal özellikler taşıyan kişilerdir. Ancak hastalık öncesi canlı, uyumlu, dışa dönük kişiler olsalar bile çeşitli psikolojik streslerle karşılaştıklarında, psikoz geliştirebilmektedirler (Köroğlu, 2004; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Hastalığa özgü belirtiler, iki büyük kategoride toplanmaktadır. Bunlar; pozitif belirtiler ve negatif belirtilerdir. Pozitif belirtiler; halüsinasyonlar, düşünce bozuklukları ve bizaar davranışları içermektedir. Negatif belirtiler ise; düşünce

yoksullaşması, duygulanımda düzleşme, toplumsal geri çekilme, dikkatte azalma, ilgi, istek ve enerji azalmasını içermektedir. Başlangıç dönemi ve devam eden dönemdeki belirtiler ise; sosyal izolasyon ya da geri çekilme, üstlendiği rolün gereklerini yerine getirmede belirgin bozukluk, garip davranışlar, öz bakımda belirgin bozukluk, duygulanımda küntlük ve uygunsuzluk, konuşmada kopukluk, içeriğinde fakirlik, alışılmamış algılama deneyimleri, ilgi, enerji kaybı, girişim kaybı, kültürel normlara uymayan ve davranışı etkileyen garip davranışlar olarak özetlenebilmektedir (Koroğlu, 2004; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

## 2.6. Şizofrenide Tedavi

Şizofrenide tedaviler; farmakolojik tedaviler, elektro-konvulsif terapi (EKT), psikososyal tedaviler, aile tedavileri, psikososyal beceri eğitimi, bilişsel davranışçı tedavileri olarak ayrılabilir (Çam ve Engin, 2014).

*Farmakolojik tedaviler*, şizofreni tedavisinde birinci kuşak ve ikinci kuşak antipsikotikler olmak üzere iki grup ilaç kullanılmaktadır. Birinci kuşak antipsikotikler; klorpromazin, trifluoperazin, tiyoridazin, flufenazin, haloperidol, tiyotiksen, loksapin, molindon, pimozid gibi ilaçlardır. Birinci kuşak antipsikotiklerin çok ciddi yan etkileri bulunduğu için, hastanın tedaviye uyumu bozulmaktadır. İkinci kuşak antipsikotikler; klozapin, olanzapin, risperidon, ketiapin, ziprasidon, aripiprazol, sülpirid gibi ilaçlardır. Bu antipsikotikler yeni kuşak antipsikotikler olarak tanımlanmakla birlikte hastanın bilişsel yıkımını tamir etmekte, dikkat, bellek, öğrenme, yönetim becerileri gibi beyin fonksiyonlarını düzeltmektedir. Bunlara ek olarak pozitif, negatif ve mizaç özelliklerini düzelterek, klinikteki süreci oldukça etkili şekilde iyileştirmektedir (Koroğlu, 2004; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

*Elektro-konvulsif* terapi, şizofrenide çok sık kullanılmayan uygulamalardan biridir. İlaçlara karşı dirençli, çok ajite saldırgan ya da katatonik (donakalım) hastalarda nadiren belirtilerin yatıştırılması amacıyla uygulanmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

*Psikososyal tedaviler*, etkili bir sosyal eğitim, temel sosyal beceri eğitimi, kişilerarası iletişim sağlama eğitimi, yaşam beceri eğitimi, olası relapsları gösteren

uyarıcı belirtileri ya da tedaviye rağmen devam eden rezidüel belirtileri tanıma eğitimi ve ilaç tedavisi uyumu eğitimidir (Çam ve Engin, 2014).

*Aile tedavisi*, bireysel terapi yapılan hastaların iyileşmelerinde aile yapısının öneminin anlaşılmasıyla oluşturulmuş psikoterapi yaklaşımlarını içermektedir. Terapi bittikten sonra aileye katılan hastaların bir süre sonra terapi öncesi semptomları göstermeleri, aile terapileri üzerine gün geçtikçe daha fazla önem verilmesine sebep olmuştur. Aile terapileri, bireysel terapilerden farklı olarak bireyin değil, aile sisteminin iyileşmesini amaçlamaktadır. Ailenin sorunlarının çözülmesi, bireyin problemlerinin çözümünü kolaylaştıracağı ve yeniden aynı problemin ortaya çıkmasını önleyeceği düşünülerek uygulanmaktadır (Özburun, 2018).

*Bilişsel davranışçı tedaviler*, standart tedaviye takviye olarak yapılmaktadır. Toplumsal beceri eğitimi, yaşam becerileri eğitimi, kişilerarası beceri eğitimi, kendine yönelik eğitim, sorun çözme eğitimi, kendini izlem, psikolojik eğitim, inanç/düşünce düzenlenmesi, başa çıkma yöntemlerini arttırmak, başa çıkma stratejilerini artırma yöntemi, odaklanma, tekrar anlamlandırma-biçimlendirme-normalleştirme, kendi ve diğerleriyle ilgili işlevsel olmayan inançlara yönelme konularında bilişsel davranışçı terapi uygulanmaktadır (Çam ve Engin, 2014).

## **2.7. Şizofreni ve Aile**

Aile, bireylerin ruhsal yapısının değişim ve gelişiminde çok önemli bir ögeyi oluşturmaktadır. Bazı aile ortamlarının, ruhsal bozuklukların seyrini değiştirdiği, yapılan araştırmalarla ortaya konmuştur (Vidal ve ark., 2008). Kronik ruhsal bozukluğu bulunan bireyler ve özellikle de şizofreni hastaları için aile ortamı, çok büyük önem arz etmektedir. Çünkü şizofreni hastasının bilişsel olarak kayıplar, yeti yitimleri yaşadığı, ailede sosyal, ekonomik kayıpların olduğu ve hastaların toplumun kendilerinden beklediği rolleri yerine getiremediği için zorlu bir yaşam koşulu içinde oldukları bildirilmektedir. Hastaların çoğu aileleriyle birlikte yaşamak zorundadırlar ve bakım vericilerin birçoğu kimseden yardım görememektedir. Yapılan birçok çalışma incelendiğinde, şizofreni hastalarıyla birlikte yaşayan aile bireylerinin stres, anksiyete, damgalanma, depresyon, korku, utanç, çaresizlik, korku, endişe, umutsuzluk gibi çeşitli duygular yaşadıkları belirlenmiştir (Bademli ve Duman, 2011a; 2013b; Harmancı ve Duman, 2016; Arslantaş, 2018). Bu nedenle son yıllarda

ailelerin tedaviye dahil edilmesinin gerektiği anlaşılmış ve şizofreni hastalarına yönelik yapılan birçok tedavide ailelere daha çok yer verilmeye başlanmıştır (Pitschel-Walz ve ark., 2001).

Şizofrenide özellikle ailelerin hastalığa karşı yaklaşımı; hastaların iyileşmesi, yaşam kalitelerinin yükselmesi, damgalanmalarının azalması, topluma katılımlarının sağlanması açısından oldukça önemlidir. Tüzer ve ark., (2003)'nin 32 hasta ve hasta yakınıyla yaptığı çalışmada, aile ortamının hastalığın seyrine önemli etki yaptığı, aile ortamına yapılan müdahalelerle hastalığın daha iyi seyir gösterdiği belirlenmiştir. Yıldız ve ark.'larının 2010 yılında toplam 332 şizofreni hastasının yakınıyla yaptığı bir çalışma ise, hasta yakınlarının şizofreniyi doğaüstü güçlerle ilişkilendirmesi ve hastaya bu doğrultuda bakım vermesinin, hastaların hastaneye yatış sıklığını arttırdığını ortaya koymuştur.

## **2.8. Salutogenez Modeli**

Geleneksel tıp, hastalıkların nasıl oluştuğunu araştıran ve bu nedenle hastalıklarla ilgili risk faktörlerine odaklanan, patojenik bir bakış açısına dayanmaktadır. Bir başka deyişle, hastalığa neden olan risk faktörlerini azaltmak ya da yok etmenin yollarını bulmaya odaklanmaktadır. Buna karşılık Aaron Antonovsky (1979-1987) tarafından ortaya atılan ve geliştirilen salutogenez modeli; sağlığın iyileştirilmesi, sürdürülmesi ve geliştirilmesini ele almaktadır. “Salut” latin kökenli bir kelime olmakla birlikte “iyi olmak”, “sağlıklı olmak” demektir. Bu model, faydalı olan yöntemleri desteklemeye ve güçlendirmeye çalışmaktadır. Bununla birlikte, patojenik ve salutogenez modelinin birbirinin tamamlayıcısı olarak gelişmesi, çok önemlidir. Salutogenez modeli, sağlığın yükseltilmesinde yararlanılan temel teorilerden biridir (Çeçen, 2007; Tsuno ve Yamazaki, 2012).

Salutogenez modelinde, farklı başa çıkma kaynaklarının olmasının yanı sıra, kişinin güçlü bütünlük duygusunun olması stresle başa çıkmanın başarısı veya başarısızlığını etkilemektedir (Çeçen, 2007; Tsuno ve Yamazaki, 2012). Bir başka deyişle, kişilerin başarılı adaptasyon kapasitelerini, bazı kişilerin diğerlerine göre gerginlik, kaygı yaratan yaşam olayları, güçlükleri ile nasıl daha etkili başa çıktıklarını, sağlıklarını ve iyilik hallerini nasıl koruduklarını açıklamaya çalışmaktadır (Çeçen, 2007; Bag, 2017).

### 2.8.1. Bütünlük Kavramı

Bütünlük duygusu, “salutogenez modeli”nin bir alt kavramıdır. Bütünlük duygusu, çocukluk yıllarından başlayarak gelişmektedir. Ergenlik dönemi boyunca, çekirdeği oluşmaktadır. Kişilerin deneyimlerine, olayları ve durumları algılamalarına göre güçlenmekte ya da zayıflamaktadır. Ergenlik yıllarından sonra ise, bütünlük duygusunun üzerinde küçük değişiklikler olmakta, ancak genel olarak büyük değişimler görülmemektedir (Çeçen, 2007).

Bütünlük duygusu, Antonovsky tarafından dünyayı anlamlı ve anlaşılabilir olarak kabul eden bireysel bakış açısı olarak tanımlanmış bir kavramdır. Bu yapı üç temel bileşenden oluşmaktadır. Bunlar; “anlaşılabilirlik”, “yönetilebilirlik” ve “anlamlılık”tır. Bu bir kişinin hayatı boyunca karşılaştığı iç ve dış uyaranların kapsamlı, öngörülebilir olduğunu; bu uyaranların yol açtığı stres ile başa çıkmak için çeşitli kaynakların mevcut olduğunu, bu stresörlerin yönetilebilir ve değiştirilebilir olduğunu öngörmektedir (Mizuno ve ark., 2012).

Bütünlük duygusunun temel bileşenlerini açacak olursak; “anlaşılabilirlik”, bütünlük duygusunun bilişsel ögesini oluşturmaktadır. Kişinin içsel ya da dışsal uyaranları anlaşılabilir, tahmin edilebilir ve bir düzenlilik içinde algılamasını ifade etmektedir. “Anlaşılabilirlik”, kişinin hayatında karşılaştığı stresörleri olduğu gibi kabul etmeyip, yaşantısına uygun, açık ve biçimlendirilmiş şekilde stresörü deneyimleyerek algıladığı andır. Örneğin depresyon hastasının “anlaşılabilirlik” boyutu gelişmiş ise, kendi kendine yardım gruplarından birine katılır. Olgusal düzeyde yeni tedavi yöntemleri, hastalık veya tedavide kullanılan ilaçlarla ilgili araştırma sonuçları, hastalığın etiyolojisi ile ilgili bilgilerin arayışı içinde olur ve kendi açısından “anlaşılabilirlik” arttırılmış olur (Çeçen,2007; Bag, 2017).

“Yönetilebilirlik”, içsel ve dışsal stresörlere karşı kişinin başa çıkmasında etkili davranışsal/araçsal olarak sahip olduğu ya da sahip olduğuna inandığı kaynakları işaret etmektedir. Bir başka deyişle kişilerde, uyaranın ortaya çıkardığı durumla baş edebilecek yeterli iç ve dış kaynakların olduğu duygusunun var olduğunu ifade etmektedir. Bu anlamda bu duyguyla özellikle kendi kendine yardım gruplarında, depresyon tanısı alanların günlük yaşamında karşılaştığı sorunlarla nasıl başa çıkacağıyla ilgili ipuçları ve pratik uygulamaları öğrenmesine yardımcı

olunmaktadır. Bu şekilde hasta, öğrendiklerini günlük yaşamına daha önce deneyimi olan birisinden öğrendiği için daha kolay aktarabilmektedir (Çeçen, 2007; Bag, 2017).

“Anlamlılık” ise; bütünlük duygusunun motivasyonel ögesini oluşturmaktadır. Bu bileşen ile kişi, yaşadığı olay ya da durumla ilgili bir anlamlandırma sürecine girerek, bireysel olarak stresörlerle başa çıkma sürecine odaklanmaktadır. Bu bileşenin ögeleri, herkeste farklıdır. Yine bu anlamda kendi kendine yardım grubuna devam eden depresyon hastasını örnek verecek olursak depresyon hastası, hastalık öncesi gündelik yaşantısında ilgilendiği şeylerden, meslek, seyahat, spor gibi uğraşlarından uzaklaşır, bu nedenle de kendini kötü hisseder. Düzenli olarak gruba devam eden bu depresyon hastası, günlük hayatını yeniden yoluna koyma sürecine girer. Gruptaki diğer kişilerin yaşam deneyimleri ve başa çıkmalarından öğrenerek, onların sağladığı destekle kendini daha iyi hisseder. Böylece hastalığın hayatına getirdiği olumsuzluklara uyumu kolaylaşır ve hayatı “anlamlılık” kazanır (Çeçen, 2007; Bag, 2017).

Her birey yaşamındaki olaylarla ilgili olarak meydan okumada farklı motivasyona (anlamlılık), araçsal, davranışsal kaynaklara (yönetilebilirlik) ve bilişsel öğelere (anlaşılabilirlik) sahiptir. Güçlü bütünlük duygusuna sahip kişiler, engellemeleri, güçlükleri çözebilecekleri veya başa çıkabilecekleri konusunda kendilerine güvenirlere. Zayıf bütünlük duygusuna sahip olan kişilerle karşılaştıklarında, problemlerin doğasını anlamak ve onlarla yüzleşmeye hazır oluşluk kapsamında bilişsel ve duygusal olarak daha donanımlıdırlar (Olsson ve ark., 2006; Çeçen, 2007; Pisula ve Kossakowska, 2010).

Yurt dışı araştırmalar incelendiğinde; bütünlük duygusunun pek çok araştırmacı tarafından araştırıldığı, bütünlük duygusunun yüksek olmasıyla bir takım olumlu sağlık sonuçlarının olduğu görülmektedir. Düşük bütünlük duygusuyla ise, olumsuz sağlık sonuçları arasında ilişkiler olduğu görülmektedir. Nguyen-Michel ve ark. (2006) ile Edwards (2006) bütünlük duygusu ile psikolojik, fiziksel sağlık değişkenleri ile kişilik özellikleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Ayrıca Bag (2017)’nin belirttiği üzere Lorenz ve ark. (2005)’te yaptığı bir araştırmada, bütünlük duygusu ile kişinin kendini iyi hissetmesi ve yaşamdan

memnun olması arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Eriksson ve ark. (2007)'nin yaptığı araştırmada, bütünlük duygusu ile korku, anksiyete, depresyon arasında negatif yönlü bir ilişkinin olduğu saptanmıştır.

### **2.8.2 Ailede Bütünlük Duygusu**

Antonovsky kişilerde olduğu gibi, ailenin de bütünlük duygusunun olabileceğini söylemiştir. Antonovsky'e göre, bütünlük duyguları güçlü olan aileler, ailenin karşılaştığı stresörleri daha kolay yönetilebilmekte ve kaynaklarını daha etkili kullanabilmektedirler (Wickens ve Greeff, 2005). Yurt dışı çalışmalar incelendiğinde, aile bütünlük duygusu ile ilgili çalışmaların sayısının az olduğu dikkati çekmektedir. Wickens ve Greeff (2005) ve Anderson (1998)'un araştırması, aile bütünlük duygusu ile bireysel bütünlük duygusu arasında önemli ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Olsson ve ark. (2006)'nin araştırmasında bütünlük duygusunun, aile ile ilişkili durumlarda psikopatolojik değişkenlerle birlikte önemli bir rolü olduğu belirtilmektedir. Hsiao ve Tsai (2015)'nin 137 şizofreni hastasının ailesiyle yaptığı çalışmada aile işlevselliğinin, “aile bütünlük duygusu” yüksek olan aile üyelerinde daha iyi olduğu saptanmıştır. Mizuno ve ark. (2012)'nin şizofreni hastasının bakımını üstlenen 34 bakım vericiyle yaptığı araştırmada şizofreni hastalarının hastalık süresi ve bakım vericilerin eğitim durumu ile bütünlük duygusu arasında ilişki olduğu saptanmış ve bütünlük duygusu yüksek olan bakım vericilerin yaşam kaliteleri daha yüksek bulunmuştur. Çeçen (2007)'nin belirttiği üzere McCubbin ve ark. (1998) ise, “aile bütünlük duygusu”nun, ailede yaşanan krizlerde kullanılan destek kaynaklarının ve başa çıkma stratejilerinin sosyokültürel olarak bir nesilden diğerlerine aktarıldığını belirtmektedirler.

Ülkemizde ilgili literatür incelendiğinde, ailenin bütünlük duygusunu bir değişken olarak ele alan Çeçen (2007) yaptığı çalışmada, bireysel bütünlük duygusu ile aile bütünlük duygusu arasında ve her ikisi ile benlik saygısı arasında olumlu ilişkiler olduğunu, bireyin yaşam doyumunu yorumlamada, her üç değişkenin anlamlı bir katkıya sahip olduğunu göstermiştir.



## 2.9. Şizofreni Hastalarının Ailelerinde Bakım Yüğü

Türk Dil Kurumu'nun tanımında bakım; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, emek verme biçimidir. Birinin “beslenme, giyinme” gibi gereksinimlerini üstlenme karşılama işi olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu).

Yük kavramı ise, herhangi bir sağlık sorununa bağlı olsun ya da olmasın, bireylerin, aile üyelerinin, aile ve sosyal ilişkilerinde, meslek hayatlarında değişime neden olan, bireylerde tedirginlik ve engellenmişlik hissi yaratan, insanların üzerine almak sorumluluğunda kaldığı ağır görevi ifade eden bir kavramdır (Arslantaş ve Adana, 2011).

Yük kavramının, kronik psikiyatri hastalarının toplum temelli tedavi anlayışı (deinstitutionalization) ile birlikte psikiyatri alanında önem kazandığı görülmektedir (Ganguly ve ark., 2010). Literatürde yük kavramı, genel olarak iki grupta ele alınmaktadır. Bunlar; nesnel yük ve öznel yüküdür. Nesnel yükü, hastalardaki değişimlere bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel yük ve bunun bakım veren kişilerin günlük hayatlarında, aile hayatlarında ortaya çıkardığı sosyal etkilerini ifade etmektedir (Ganguly ve ark., 2010). Öznel yük ise, hastayla ilgili ya da hastanın kişileri rahatsız eden davranışlarıyla ilişkili olarak bakım verenin yaşadığı stres düzeyini ifade etmektedir (Provencher ve Mueser, 1997).

Bakım verme, duygusal destek, fiziksel ya da maddi destek gibi çeşitli öğeleri içermektedir (İnci ve Erdem, 2008). Cingil (2003)'in aktardığına göre; Barer ve arkadaşları bakımı; tek seferlik yardımdan, sürekli ve uzun dönem yardıma kadar geniş bir süreci kapsayan, aile desteğinden profesyonel yardıma kadar uzanan çok yönlü bir kavram olarak tanımlamıştır. Bu nedenle bakım vermeyi formal ya da informal olmak üzere iki şekilde inceleyebilmekteyiz. Formal bakım verme; evde ya da kurumda sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan meslek grupları tarafından verilen bakımdır (Karahana ve Güven 2002). Evde formal bakım sağlayanlar çoğunlukla hemşireler, terapistler, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve evde bakım yardımcılarıdır (Hallaç ve Öz, 2014). Informal bakım verme, bakım verenin yardım etme rolünü üstlenmesidir (Kasuya ve ark., 2000). Informal bakım verenler ücret almayan, evde bakım sağlayan aile üyeleri veya arkadaşlardır (Clark ve Weber, 1997; Karahana ve Güven, 2002).

Bakım veren sözcüğü, şizofreni hastalığının sağaltımında, psikososyal rehabilitasyon kavramı içinde değerlendirilmiştir. Bakım veren kişi, bireyin bakımını yapmak, ihtiyaçlarını karşılamak veya hasta bireyi gözlemlemekten sorumludur. Primer bakım verici ise, bu sorumluluğu sürdürmekte birinci derece sorumlu olan kişidir. Şizofreni tanısı almış bireylerin genel olarak primer bakım vericileri aileleridir. Şizofreni tedavisinin içeriğinde aileyi farklı bir müdahale alanı olarak görme gerekliliği görüşü vardır. Aile tedavi sisteminden doğrudan etkilenmekte ve bakım vermede etkin rol üstlenmektedir. Ruh sağlığı hizmetlerinin psikiyatri hastanelerinden toplum içi hizmetlere dönüştürülmesi (deinstitutionalisation), sınırlandırılmış, hastane yatışları ve hastanelerde kalma süresinin azaltılması gibi çeşitli politikalar ailenin bakımdaki etkinliğini değiştirmiş ve günümüzde bakıma daha çok katılmalarını sağlamıştır (Lauber ve ark., 2005; Arslantaş ve Adana, 2011). Aileleri ile birlikte yaşayan şizofreni tanılı bireylerin sayısının oldukça yüksek oranda olduğu saptanmıştır (Lively ve ark., 2004).

Günümüzde yaygın olan toplum temelli yaklaşımın bir sonucu olarak ailenin şizofreni hastasının bakımındaki rolünün artması sonucu, bakım yükü ve bakım verenin yaşadığı sıkıntılar oldukça artmıştır. Bakım vermenin yarattığı yük, 4 ana grupta toplanmaktadır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir (Sales, 2003);

1) Doğrudan hasta bakımıyla ilgili boyut: Hasta ile ilgilenme,

2) Doğrudan hasta bakımıyla ilgili olmayan boyut: Hastalık öncesi hastanın yapabildiği ancak hastalığı sürecinde yapamadığı her şey,

3) Hastanın duygusal gereksinimlerinin karşılanması: Hastanın acısının, sıkıntısının paylaşılması,

4) Bakım verenin hayatının etkilenmesi: Bakım verenin kendisiyle ilgilenmemesi, yaptığı sosyal ve fiziksel aktivitelerden uzak kalmasıdır.

Bakım veren yükü kavramı çok boyutlu bir kavram olmakla birlikte, bakım veren kişilerin sosyal, ruhsal, finansal ve dinsel işlevsellikleriyle ilgili negatif etkiler yaratan bir olgudur. Bu nedenle bakım verme yükünü etkileyen faktörler;

- Bakım veren kişinin kişisel özellikleri (yaş, cinsiyet, çalışma durumu, kültürel değerler, etnik köken ... vb)

- Şizofreni tanısı almış bireyin kişisel özellikleri (cinsiyeti, çalışma durumu... vb)
- Şizofreni hastasının hastalığının süresi,
- Şizofreni hastasının hastalık semptomları,
- Şizofreni hastasına bakım verme süresi,
- Bakım vericinin şizofreni konusunda eğitim alma durumu,
- Şizofreni tanısı almış kişi ile bakım veren arasındaki iletişim ve ilişkinin niteliği,
- Şizofreni tanısı almış birey ile aynı evde yaşaması durumu,
- Bakım verenin fiziksel ya da ruhsal hastalığının olması- olmaması durumu,
- Bakım verenin hasta bakımı dışında sorumluluklarının olması (çocuk varlığı, çalışma durumu... vb),
- Bakım verenin ek hastalığının olması-olmaması,
- Şizofreni tanısı almış bireye çok boyutlu bakım vermek zorunda olması (fiziksel, duygusal, maddi... vb) ve bakım verene hastaya bakımında yardımcı kimsenin olmaması,
- Hasta ve ailenin yaşadığı konutun özellikleri,
- Ailenin maddi durumunun kötü olması,
- Yaşanılan toplumun özellikleri ve şizofreniye bakış açısı,
- Sosyal desteğin varlığı veya olmaması şeklinde sıralanmaktadır (Chou, 2000; Karancı, 2000; Aydın ve ark., 2009; Gülseren ve ark., 2010; Yavaş, 2013).

Şizofreni hastalarının ailelerinin yaşadığı diğer sıkıntılar ise,

- Aileler, şizofren hastadan utanabilmekte, komşuları ve çevredeki diğer insanlar tarafından eleştirilme, damgalanma endişesi yaşayarak, bireyi ve hastalığı gizleme eğiliminde olabilmektedirler.

- Aileler, kendilerine farklı gözle bakıldığını düşünerek korku, nefret gibi duygusal sorunlar yaşayabilmektedir veya aileler toplumda gülünç olduklarını düşünmektedirler.

- Aileler hastanın kendilerine veya başkalarına zarar verebileceği düşüncesiyle hastanın kendisinden korkabilmektedirler. Bu hastalığın, fiziksel ve zihinsel olarak aileyi sürekli tehdit ettiğini düşünerek, yalnız kalmak istememektedirler. Şizofreni

tanısı almış birey ile birlikte dışarıya çıkmak bile, aile için başlı başına bir korku kaynağı olabilmektedir.

- Ailelerin sağlıklı olan çocuklarında farklı tepkiler veya duygular ortaya çıkabilmektedir (Örneğin; kıskançlık, öfke, hasta olan kardeşi reddetme, aileden uzaklaşma, sağlıklı olmasından dolayı suçluluk hissetme, hasta bireye bağlanma... vb ) şeklinde özetlenmektedir (Yıldız ve ark., 2002; Durmaz, 2011).

Araştırma sonuçlarına göre, Türkiye’de şizofreni tanısı almış hastaların ailelerinin en sıklıkla yaşadığı zorluklar ise,

- Aile içi ilişkilerde çatışmalar,
- Sosyal ilişkilerde bozulmalar,
- Gelecek ile ilgili kaygılar,
- Hastalık sürecinin yol açtığı üzüntü ve gerginlik,
- Hastanın tedavisi için gerekli maddi harcamalar,
- Hastanın kendi kişisel harcamalarını karşılayamaması şeklinde sıralanmaktadır (Karancı, 2000; Dülgerler, 2004; Yavaş, 2013).

Ailelerin yaşadıkları sıkıntılar fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik alanların hepsinde de ortaya çıkmaktadır. Özellikle şizofreni tanısı almış kişilere bakım vermek, aile ilişkilerini oldukça etkilemektedir. Bu nedenle şizofreni hastalarının bakımında ailenin bütünlük duygusu ve ailenin bir arada kalması önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Bu araştırma kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma Ordu İlinde Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Devlet Hastanesinde Psikiyatri Polikliniğine 1 Haziran 2018 - 1 Ekim 2018 tarihlerinde takip edilen şizofreni hastalarının primer bakım vericileriyle yapılmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

##### **3.3.1. Araştırmanın Evreni**

Bu araştırmanın evrenini, Ordu ilinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniğine gelen şizofren hastaların primer bakım vericileri oluşturmaktadır. 1 Mart 2017 ile 1 Mart 2018 tarihleri arasında polikliniğe başvuran hasta sayısı 263'tür.

##### **3.3.2. Araştırmanın Örneklemi**

Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden 1 Haziran 2018 - 1 Ekim 2018 tarihleri arasında şizofreni tanısıyla poliklinikten takip edilen primer bakım vericilerinden araştırmaya katılmayı kabul eden 178 kişi oluşturmaktadır.

##### **3.3.2.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

- DSM-5 kriterlerine göre şizofreni tanısı alan hastaların primer bakım vericisi olmak (şizofreni hastasının bütün gereksinimlerini karşılayan kişi),
- En az 18 yaşında olmak,
- Sözel iletişim kurabilmek,
- Okuma-yazma bilmek,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek,
- Duyuşsal, işitsel, bilişsel herhangi bir sorunu olmamak.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen Kişisel Bilgi Formu, Aile Bütünlük Duygusu Ölçeği Kısa Formu (ABDÖ-K) ve Bakım Verme Yükü Ölçeği kullanılmıştır.

#### **3.4.1. Kişisel Bilgi Formu**

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan şizofreni hastalarının tanıtıcı bilgi formu hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini içeren 7 soru (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, hastalık tanısı, hastalık süresi ve çalışma durumu), bakım veren bireyin sosyodemografik bilgilerini içeren 11 soru (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aile tipi, medeni durumu, çalışma durumu, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, sosyal güvencesi bulunma durumu, yaşadığı yerleşim yeri ve gelir durumu), bakım verme durumlarına ilişkin 5 soru (hastayla olan yakınlık derecesi, bakım verme sürecinde başka bir bireyden destek alma durumu, bakım sürecinde kimlerden destek aldığı, günlük ilgilenme süresi ve hasta ile birlikte yaşama durumu ) olmak üzere toplam 23 sorudan oluşmaktadır.

#### **3.4.2. Aile Bütünlük Duygusu Ölçeği Kısa Formu**

Aile Bütünlük Duygusu Ölçeği (ABDÖ-K)'nin orjinali Antonovsky ve Sourani tarafından 26 madde olarak geliştirilmiş, ilerleyen dönemlerde Sagy tarafından (1998) aynı ölçeğin 12 maddelik kısa formu oluşturulmuştur. Ölçek 1 ve 7 arasında değişen 7'li likert tipinde bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçekten alınan yüksek puanlar cevaplayan bireyin ailesine ilişkin bütünlük duygusunun yüksek olduğuna işaret etmektedir. Araştırmada kullanılan ölçek bakım vericilerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek bakım vermenin, bireyin aile bütünlük duygusu üzerine olan etkisini belirleyen 12 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekten en az 12, en fazla 84 puan alınabilmektedir. Ölçek içerisinde 1, 2, 3, 8, 10 ve 12 no'lu maddeler negatif maddeler olup, değerlendirme öncesi ters puanlama yapılmıştır. Puanlamada katılımcıların aile bütünlük duygu durumu ölçek maddelerine verdikleri cevaplardan aldıkları puan toplamı "12-38 puan" ise "düşük", "39-58 puan" ise "orta", "59-88 puan" ise "yüksek" düzeyde olduğunu göstermektedir. Puanlamaya göre 3 seviyeli (düşük-orta-yüksek) düzey belirme

genellikle iki şekilde yapılmaktadır. Bunlardan birincisi, aile bütünlük duygu düzeylerine ilişkin aritmetik ortalama puanından standart sapma puanı çıkartılarak ve eklenerek aile bütünlük duygu düzeyleri için düşük-orta-yüksek gruplar oluşturulur (Öksüz, 2012). İkincisi ise ortanca değer (Q2) sağındaki ve solundaki yüzdelerik değerlere (sınırları Q1-Q3 oluşturmakta) göre düşük-orta-yüksek gruplar oluşturulur. İlk yöntem genellikle verilerin hata terimleri normal dağılım gösterdiğinde, ikinci yöntem ise normal dağılım göstermediği durumlarda tercih edilir. Çalışmada normallik varsayımı sağlandığı için, araştırma da elde edilen toplam puan ortalamasının 1 standart sapma altında kalan puanlar düşük,  $\pm 1$  standart sapma aralığında olanlar orta, 1 standart sapmanın üstündeki puanlar ise yüksek düzeyi ifade etmektedir. Ölçek “Anlaşılabilirlik”, “Yönetilebilirlik” ve “Anlamlılık” olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekteki 4., 8., 9. ve 10. Maddeler “Anlaşılabilirlik” alt boyutunu, 1., 2., 3., 5. ve 6. maddeleri “Yönetilebilirlik” alt boyutunu, 7, 11 ve 12. maddeler ise “Anlamlılık” alt boyutunu oluşturmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları Sagy (1998) 0.88 ve Sagy ve Dotan, (2001) 0.77 olarak belirtmektedir (Çeçen, 2007). Bu araştırmada Aile Bütünlük Duygusu Ölçeği Kısa Formu cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.723 olarak bulunmuştur. Çalışmada kullanılan Aile Bütünlük Duygusu ölçeklerine ait maddelere katılımcılar tarafından verilen cevapların iç tutarlılığı genel olarak değerlendirildiğinde, kabul edilebilir sınırların ( $>0.70$ ) üzerinde yer almaktadır.

### **3.4.3. Bakım Verme Yüğü Ölçeği**

Bakım Verme Yüğü Ölçeğini, Zarit, Reever ve Bach Peterson 1980 yılında geliştirmiştir (Zarit ve ark., 1980). Bakıma ihtiyaç duyan bireye, bakım veren kişilerin yaşadıkları zorlukların değerlendirilmesi amacıyla kullanılan bir ölçek olarak literatürde kullanılmıştır. Bakım vericilerin kendisi ya da araştırmacı tarafından soru sorularak doldurulmaktadır. Ölçek, bakım vermenin bireyin hayatı üzerindeki etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek (0) “Hiçbir Zaman”, (1) “Nadiren”, (2) “Bazen”, (3) “Oldukça Sık”, (4) “Hemen Her Zaman” şeklinde 0’den 4’e kadar değişen likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alanı içermekte olup, ölçek puanının yüksek olması yaşanan sıkıntının da

yüksek olduğunu göstermektedir. Puanlamada 0-20 puan “bakım yükü yok”, 21-40 puan “hafif bakım yükü”, 41-60 puan “orta düzeyde bakım yükü” ve 61-88 puan ise “ağır bakım yükünü” göstermektedir (İnci ve Erdem, 2008; Zarit ve ark., 1980). Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanması, İnci (2006) tarafından yapılmıştır. İnci (2006) ölçeğin iç tutarlılık katsayısının 0.87 ile 0.94 arasında değiştiğini, test-tekrar test güvenilirliğinin 0.71 ve iç tutarlılık katsayısının da 0.95 olduğunu bildirmiştir. Bu araştırmada Bakım Verme Yükü Ölçeği Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.897 olarak bulunmuştur. Çalışmada kullanılan Bakım Verme Yükü ölçeklerine ait maddelere katılımcılar tarafından verilen cevapların iç tutarlılığı genel olarak değerlendirildiğinde, kabul edilebilir sınırların (>0.70) üzerinde yer almaktadır.

### **3.5. Veri Toplama Formunun Uygulanması**

Bu çalışmanın verileri 1 Haziran-1 Ekim 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında yüz yüze görüşme tekniği kullanılmış, kişisel bilgi formu ve ölçekler hasta yakınları veya okuma yazmayı bilmeyen hasta yakınları için araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Bireylerin soruları cevaplaması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür. Veri toplama araştırma hakkında genel bir bilgi verildikten sonra katılımcıların kendileri tarafından gönüllülük esas alınıp doldurtulmuştur.

### **3.6. Değişkenler**

#### **3.6.1. Bağımlı Değişkenler**

- Aile Bütünlük Duygusu Ölçeği Puanı
- Bakım Yükü Ölçeği Puanı

#### **3.6.2. Bağımsız Değişkenler**

- Hastaya ilişkin sosyodemografik özellikler
- Bakım verene ilişkin sosyodemografik özellikler
- Bakım verme durumuna ilişkin özellikler



### 3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya katılmayı kabul eden hasta yakınlarına araştırma ile ilgili açıklamalar yapılarak, yazılı onamları alınmıştır (Ek 4). Bilgilendirilmiş onam formunda, araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı, verilen cevapların gizli tutulacağı, kişilerin istedikleri zaman araştırmadan ayrılabilceği konusunda bilgi verilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeklerin yazarlarından ölçek kullanımı için yazılı izin alınmıştır (Ek 5-6). Araştırmanın Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ve Ordu Devlet Hastanesi'nde yürütülebilmesi için Ordu İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı olarak izin alınmıştır (23.05.2018 Tarihli ve E.421 Sayılı) (Ek 7). Araştırma uygulamaları için Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (07.06.2016 Tarihli ve 2018/137 Sayılı) onay alınmıştır (Ek 8).

### 3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi bilgisayarda Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırmada elde edilen verilere uygulanacak olan testlerin seçimi öncesinde hata terimlerinin normal dağılım gösterip göstermediği kontrol etmek amacı ile Shapiro-Wilk normallik testi uygulanmıştır ( $p>0.05$ ). Her bir ölçekten ve ölçeğin alt boyutlarından elde edilen toplam puanlar için cinsiyet, çocuk varlığı, çalışma durumu, hasta ile birlikte yaşama durumu, yardımcı kişinin varlığı, hasta cinsiyeti, hastanın çalışma durumu açısından farklılıklar, Student t-testi ile belirlenmiştir. Hastaya yakınlık derecesi, medeni durum, aile tipi, çocuk sayısı, eğitim durumu, aylık gelir, yaşadığı yer, hastanın medeni durumu, hastanın eğitim durumu açısından farklılıklar ise Tek Yönlü Varyans Analizi (One-way ANOVA) ve Tukey çoklu karşılaştırma testi ile belirlenmiştir. Tukey testi sonuçlarına göre en yüksek puana sahip gruba 'a' harfi verilerek, diğer grupların her biri farklı harfle gösterilmiştir. İki ya da daha fazla harfin aynı grupta olması, bu grubun geçiş grubu olduğu ve aynı harfi taşıyan gruplar arasında farklılığın olmadığını göstermektedir. BVYÖ'den aldıkları puanlardan belirlenen bakım vericilerin bakım verme yükü dağılımları ile ABDÖ-K'den aldıkları puanlardan belirlenen bakım vericilerin aile bütünlük duygu düzeyleri arası ilişki ki-kare analizi (Fisher'in kesin testi) ile değerlendirilmiştir. Ölçeklerden ve ölçeğin alt boyutlarından alınan toplam puanlar arasındaki ilişkiler ise Pearson korelasyon

katsayısı ile incelenmiştir. Korelasyon katsayısının, mutlak değer olarak 0.70-1.00 arasında olması “yüksek”, 0.30-0.70 arasında olması “orta”, 0.00-0.30 arasında olması ise “düşük” düzeyde ilişki olarak tanımlanmaktadır (Büyüköztürk, 2007). Ayrıca, ABDÖ-K ve BVYÖ toplam puanları ile bazı sosyodemografik özellikler arası (yaş, aylık ortalama gelir, hasta bakım süresi, günlük ilgilenme süresi, hastanın yaşı) ilişkinin denklemi ise stepwise (adımsal) çoklu regresyon analizi ile belirlenmiştir. Araştırma bulguları yüzdelik, ortalama ve standart sapma olarak ifade edilmiş olup,  $p < 0.05$  önem seviyesinde anlamlı kabul edilmiştir.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu araştırmaya ait bazı sınırlılıklar vardır. Bu sınırlılıklardan birincisi, sadece Ordu ilinde, şehir merkezinde ve hastane tabanlı olarak gerçekleştirilmiş olmasıdır. İkinci sınırlılık, araştırmaya en az 18 yaşında olan, sözel iletişim kurabilen, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, duyuşsal, işitsel, bilişsel herhangi bir sorunu olmayan bireylerin alınmış olmasıdır. Üçüncü sınırlılık, veri toplama formu çalışmaya katılan bireylerin kendileri tarafından doldurulmuştur. Bu sınırlılıklardan dolayı araştırmanın sonuçları, sadece araştırma yapılan bireylere genellenebilir, tüm topluma genellenemez.

### **3.10. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler**

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının veri toplama formlarını doldurulmaya zaman ayırmada isteksiz olmaları, araştırmanın uygulanması sırasında karşılaşılan güçlüklerdendi.

#### 4. BULGULAR

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin aile bütünlük duygusu ve bakım yükünün belirlenmesi ve ilişkili faktörlerin araştırılması amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular aşağıda belirtilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin cinsiyet, eğitim durumu, aile tipi, medeni durumu, aylık gelir durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer, çocuğu olup olmadığı, çocuk sayısı, hastaya yakınlık derecesi, yardımcı kişinin olup olmaması, hasta ile birlikte yaşama durumu açısından dağılımları Tablo 4.1’de verilmiştir. Çalışmada, şizofreni hastalarının bakım vericilerinin %70.8’inin kadınlardan oluştuğu, %41’inin ilköğretim mezunu olduğu, %77.5’inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %59.6’sının evli olduğu, %61.2’sinin orta düzey gelire sahip olduğu, %62.4’ünün çalışmadığı, %38.8’inin ilçede yaşadığı, %71.3 ünün çocuk sahibi olduğu, %34.8’inin 3 ve üzerinde çocuğu olduğu belirlenmiştir. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin %29.2’sinin hastanın annesi olduğu ve bakım verenlerin %74.7’sine yardım edecek kimsenin olmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.1.** Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları (n=178)

<b>Kişisel Bilgiler</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	126	70.8
Erkek	52	29.2
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar	50	28.1
İlköğretim	73	41.0
Lise	46	25.8
Üniversite	9	5.1
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek	138	77.5
Geniş	33	18.6
Parçalanmış	7	3.9
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	106	59.6
Bekâr	29	16.3
Dul	25	14.0
Boşanmış	18	10.1
<b>Aylık Gelir</b>		
İyi	22	12.4
Orta	109	61.2
Düşük	47	26.4
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	67	37.6
Çalışmıyor	111	62.4
<b>Yaşadığı Yer</b>		
İl	49	27.5
İlçe	69	38.8
Köy	60	33.7
<b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b>		
Var	127	71.3
Yok	51	28.7
<b>Çocuk Sayısı</b>		
Çocuğu yok	51	28.7
1	30	16.9
2	35	19.7
3 ve üzeri	62	34.8
<b>Hastaya Yakınlık Derecesi</b>		
Eş	47	26.4
Evlat	40	22.5
Anne	52	29.2
Baba	9	5.1
Bakıcı	14	7.9
Diğer	16	9.0
<b>Yardımcı Kişi</b>		
Var	45	25.3
Yok	133	74.7

Araştırma kapsamına alınan şizofreni hastalarının cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve çalışma durumu Tablo 4.2’de verilmiştir. Çalışmada şizofreni hastalarının %65.2’sinin erkek olduğu, %34.3’ünün lise mezunu olduğu, %34.3’ünün bekâr olduğu ve %53.4’ünün çalışmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.2.** Şizofreni Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları (n=178)

Kişisel Bilgiler	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	62	34.8
Erkek	116	65.2
<b>Hastanın Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar değil	9	5.1
Okuryazar	26	14.6
İlköğretim	59	33.1
Lise	61	34.3
Üniversite	23	12.9
<b>Hastanın Medeni Durumu</b>		
Evli	51	28.7
Bekâr	61	34.3
Dul	31	17.4
Boşanmış	35	19.7
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	83	46.6
Çalışmıyor	95	53.4

Araştırmaya katılan bakım vericilerin bazı demografik özellikleri ile bakım vericilerin ölçek maddelerine verdikleri cevaplardan elde edilen BVYÖ ile ABDÖ-K ve ABDÖ-K’nin alt boyutları “anlaşılabilirlik”, “yönetilebilirlik”, “anlamlılık” a ilişkin tanımlayıcı istatistikler, Tablo 4.3’te verilmiştir. Araştırmaya katılan bakım vericilerin ortalama yaşı 45.68±13.70 (17-75), aylık ortalama geliri 2.373₺±696.3 (1.100₺-5.500₺), hastaya bakım verme süresi 9.57±6.46 (1-38) yıl, hasta ile günlük ortalama ilgilenme süresi 5.97±2.58 (2-14) saat olarak belirlenmiştir. Hastaların ortalama yaşı ise 44.93±12.66 (18-88) yıl olarak belirlenmiştir. Araştırmada, şizofreni hastalarının bakım vericilerinin BVYÖ’den aldıkları puan ortalaması

49.47±15.20 (orta düzey)'dir. Bakım vericilerin BVYÖ'den en düşük puan 14, en yüksek ise 78 olarak tespit edilmiştir. Bakım vericilerin ABDÖ-K'den aldıkları puan ortalaması 48.87±9.74 (orta düzey)'tür. ABDÖ-K'nin alt boyutları incelendiğinde, “anlaşılabilirlik” alt boyutu için 16.51±3.91, “yönetilebilirlik” alt boyutu için 20.85±5.53 ve “anlamlılık” alt boyutu için ise 11.51±2.78 olarak belirlenmiştir.

**Tablo 4.3.** Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerinin Bazı Sosyodemografik Özellikleri ile Ölçeklerdeki Maddelere Verdiği Cevaplara İlişkin Bazı Tanımlayıcı İstatistikler (n=178)

Ölçekler	Ort.	SS	Minimum	Maksimum
<b>Bakım Veren</b>				
Yaş (yıl)	45.68	13.70	17	75
Aylık Ortalama Gelir (₺)	2.373	696.3	1.100	5.500
Hasta Bakım Süresi (yıl)	9.57	6.46	1	38
Günlük İlgilenme Süresi (saat)	5.97	2.58	2	14
Hastaların yaşı	44.93	12.66	18	88
BVYÖ	49.47	15.20	14	78
ABDÖ-K	48.87	9.74	19	77
Anlaşılabilirlik	16.51	3.91	8	27
Yönetilebilirlik	20.85	5.53	6	33
Anlamlılık	11.51	2.78	4	19

Ort: Aritmetik Ortalama; SS: Standart Sapma

Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin BVYÖ'den aldıkları puan ortalamalarına göre bakım yükü düzeyleri Tablo 4.4'te verilmiştir. Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin BVYÖ maddelerine verdiği cevaplardan aldığı toplam puan durumuna göre, bakım vericilerin %69.1'inin (38.8+30.3) orta ve ağır bakım yükü yaşadığı tespit edilmiştir. Bakım vericilerin sadece %2.8'nin hasta bakımı ile ilgilenmekten hiç etkilenmediği belirlenmiştir.

**Tablo 4.4.** Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerinin BVYÖ Puan Ortalamalarının Bakım Yükü Düzeyine Göre Dağılımları

BVYÖ	n	%
Bakım yükü yok (0-20 puan)	5	2.8
Hafif bakım yükü (21-40 puan)	50	28.1
Orta bakım yükü (41-60 puan)	69	38.8
Ağır bakım yükü (61-88 puan)	54	30.3
Toplam	178	100.0

Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin ABDÖ-K'den aldıkları puan ortalamalarına göre aile bütünlük duygusu düzeyleri Tablo 4.5'te verilmiştir. Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin ABDÖ-K maddelerine verdiği cevaplardan aldığı toplam puan durumuna göre, bakım vericilerin %87.6'sının (76.4+11.2) orta ve yüksek aile bütünlük duygusuna sahip olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.5.** Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerinin ABDÖ-K Puan Ortalamalarının Aile Bütünlük Duygusu Düzeylerine Göre Dağılımları

ABDÖ-K	N	%
Düşük aile bütünlük duygusu (12-38 puan)	22	12.4
Orta aile bütünlük duygusu (39-58 puan)	136	76.4
Yüksek aile bütünlük duygusu (59-88 puan)	20	11.2
Toplam	178	100.0

Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin BVYÖ'den aldıkları puanlardan belirlenen bakım verme yükü düzeyleri ile ABDÖ-K'den aldıkları puanlardan belirlenen aile bütünlük duygusu düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 4.6'da verilmiştir. Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin bakım verme yükünün onların aile bütünlük duygu düzeylerine göre değiştiği tespit edilmiştir ( $p<0.001$ ). Aile bütünlük duygu düzeyi düşük olan bakım vericilerin ağır bakım yüküne; aile bütünlük duygusu yüksek olan bakım vericilerin, çoğunlukla hafif bakım yüküne sahip olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.6.** Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerinin Bakım Verme Yükü ile Aile Bütünlük Duygusu Düzeylerine Göre Dağılımları (n=178)

BVYÖ Grupları	Aile Bütünlük Duygusu			Toplam n (%)
	Düşük (12-38 puan) n (%)	Orta (39-58 puan) n (%)	Yüksek (59-88 puan) n (%)	
Bakım Yükü Yok (0- 20 puan)	0 (0)	1 (0.7)	4 (20.0)	5 (2.8)
Hafif Bakım Yükü (21-40 puan)	0 (0)	38 (27.9)	12 (60.0)	50 (28.1)
Orta Bakım Yükü (41-60 puan)	3 (13.6)	64 (47.1)	2 (10.0)	69 (38.8)
Ağır Bakım Yükü (61-88 puan)	19 (86.4)	33 (24.3)	2 (10.0)	54 (30.3)
<b>Toplam</b>	22 (100)	136 (100)	20 (100)	178 (100)

$\chi^2=74.580$      $p<0.001$     Bağımlılık Oranı:%54.3

Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özelliklerine göre BVYÖ, ABDÖ-K, ABDÖ-K “anlaşılabilirlik”, “yönetilebilirlik”, “anamlılık” alt grupları puan ortalamalarına ilişkin değişkenler Tablo 4.7’de verilmiştir.

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özelliklerine göre ABDÖ-K puan ortalamaları incelendiğinde; erkeklerin (49.27±7.56), üniversite mezunu olanların (57.67±11.55), çekirdek ailede yaşayanların (49.11±9.96), evli olanların (50.04±9.73), aile gelir seviyesi “iyi” olanların (56.23±12.46), bir işte çalışanların (49.79±8.89), ilde yaşayanların (49.57±10.80), çocuk sahibi olanların (49.32±9.63), tek çocuğu olanların (50.07±10.13), hastaların babalarının (53.00±6.65), bakımına yardımcı kişi olanların (49.51±7.91) ABDÖ-K puan ortalamalarının diğer bakım vericilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ve ABDÖ-K puan ortalamaları farkının eğitim durumu ( $p=0.030$ ), aile gelir durumu seviyesine ( $p=0.001$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Gelir durumu iyi ve üniversite mezunu bakım vericilerin ABDÖ-K puan ortalamaları düşük ve orta gelirli okuryazar olmayan bakım verenlere göre daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özelliklerine göre ABDÖ-K alt grubu olan “anlaşılabilirlik” puan ortalamaları incelendiğinde; erkeklerin (16.51±3.63), üniversite mezunu olanların (19.33±4.61), çekirdek ailede yaşayanların (16.70±3.91), dul olanların (16.96±4.50), aile gelir



seviyesi “iyi” olanların (18.05±5.21), bir işte çalışmayanların (16.68±3.90), köyde yaşayanların (16.77±3.96), çocuk sahibi olanların (16.72±4.01), tek çocuğu olanların (17.07±3.68), hastaların eşlerinin (17.00±4.13), bakımına yardımcı kişi olmayanların (16.53±3.95) ABDÖ-K alt grubu”anlaşılabilirlik” puan ortalamalarının diğer bakım vericilere göre daha yüksek olduğu ancak bakım vericilerin sosyodemografik özellikleri açısından “anlaşılabilirlik” alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir (p>0.05).

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özelliklerine göre ABDÖ-K alt grubu olan “yönetilebilirlik” puan ortalamaları incelendiğinde; erkeklerin (21.07±4.58), üniversite mezunu olanların (25.44±5.88), geniş ailede yaşayanların (21.52±4.07), evli olanların (21.38±5.38), aile gelir seviyesi “iyi” seviyede olanların (24.82±6.00), bir işte çalışanların (22.28±4.99), ilçede yaşayanların (21.43±4.95), çocuk sahibi olanların (20.87±5.51), tek çocuğu olanların (21.77±5.64), hastaların babalarının (22.89±4.83), bakımına yardımcı kişi olanların (21.06±4.76) ABDÖ-K alt grubu “yönetilebilirlik” puan ortalamalarının diğer bakım vericilere göre daha yüksek olduğu ve ABDÖ-K alt grubu olan “yönetilebilirlik” puan ortalamaları farkının eğitim durumuna (**p=0.030**), aile gelir seviyesine (**p=0.001**) ve çalışma durumuna (**p=0.007**) göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özelliklerine göre ABDÖ-K alt grubu olan “anamlılık” puan ortalamaları incelendiğinde; erkeklerin (11.67±2.11), üniversite mezunu olanların (12.89±3.48), çekirdek ailede yaşayanların (11.67±2.78), evli olanların (11.82±2.55), aile gelir seviyesi “iyi” olanların (13.36±2.79), bir işte çalışmayanların (11.64±2.91), ilde yaşayanların (12.32±2.70), çocuk sahibi olanların (11.71±2.56), 3 ve üzerinde çocuğu olanların (12.02±2.41), hastaların babalarının (12.22±2.33), bakımına yardımcı kişi olanların (12.02±2.58) ABDÖ-K alt grubu “anamlılık” puan ortalamalarının diğer bakım vericilere göre daha yüksek olduğu ve ABDÖ-K alt grubu olan “anamlılık” puan ortalamaları farkının aile tipine (**p=0.023**), aile gelir seviyesine (**p=0.002**) ve yaşadığı yere (**p=0.036**) göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özelliklerine göre BVYÖ puan ortalamaları incelendiğinde; kadınların (49.79±15.40), ilköğretim mezunu olanların (50.90±14.28), çekirdek ailede yaşayanların (50.43±14.60), bekar olanların (52.66±15.71), aile gelir seviyesi “düşük” olanların (50.98±14.70), bir işte çalışmayanların (50.38±15.05), köyde yaşayanların (50.20±15.35), çocuk sahibi olmayanların (50.27±15.26), çocuk sayısı 3 ve üzeri olanların (50.53±14.34), hastaların çocuklarının (50.58±16.85), bakımına yardımcı kişi olmayanların (48.93±15.70) BVYÖ puan ortalamalarının diğer bakım vericilere göre daha yüksek olduğu ve BVYÖ puan ortalamaları farkının sadece aylık gelir seviyesine göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p=0.014**).

**Tablo 4.7.** Bakım Vericilerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre BVYÖ, ABDÖ-K, Anlaşılabilirlik, Yönetilebilirlik, Anlamlılık Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=178)

	n	ABDÖ-K Anlaşılabilirlik Alt Boyutu Ort+SS	ABDÖ-K Yönetilebilirlik Alt Boyutu Ort+SS	ABDÖ-K Anlamlılık Alt Boyutu Ort+SS	ABDÖ-K Ort+SS	BVYÖ Ort+SS
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	126	16.50±4.03	20.75±5.89	11.44±3.02	48.70±10.52	49.79±15.40
Erkek	52	16.51±3.63	21.07±4.58	11.67±2.11	49.27±7.56	48.67±14.80
<b>Test ve p değeri</b>		t= -0.030/0.976	t= -0.354/0.724	t= -0.497/0.620	t= -0.355/0.723	t= 0.446/0.656
<b>Eğitim Durumu</b>						
Okuryazar	50	16.46±4.10	19.76±5.82 b	11.34±2.65	47.56±9.93 b	49.12±15.81
İlköğretim	73	16.42±3.52	21.27±4.83 b	11.58±2.47	49.27±8.24 b	50.90±14.28
Lise	46	16.13±4.08	20.46±5.81 b	11.33±3.24	47.91±10.70 b	48.80±15.22
Üniversite	9	19.33±4.61	25.44±5.88 a	12.89±3.48	57.67±11.55 a	43.11±19.29
<b>Test ve p değeri</b>		F=1.740/0.161	F=3.042/0.030	F=0.876/0.455	F=3.042/0.030	F=0.777/0.508
<b>Aile Tipi</b>						
Çekirdek	138	16.70±3.91	20.74±5.75	11.67±2.78 a	49.11±9.96	50.43±14.60
Geniş	33	15.85±3.82	21.52±4.07	11.45±2.33 a	48.82±7.26	45.85±15.54
Parçalanmış	7	15.71± 4.57	19.86± 7.34	8.71± 3.64 b	44.29± 14.99	47.43± 23.73
<b>Test ve p değeri</b>		F=0.781/0.459	F=0.377/0.687	F=3.875/0.023	F=0.816/0.444	F=1.282/0.280
<b>Medeni Durum</b>						
Evli	106	16.84±4.03	21.38±5.38	11.82±2.55	50.04±9.73	47.65±15.18
Bekâr	29	15.07±3.36	19.79±5.49	10.66±3.48	45.52±9.68	52.66±15.71
Dul	25	16.96±4.50	19.92±6.68	11.48±2.87	48.36±11.06	51.80±15.28
Boşanmış	18	16.22±2.71	20.72±4.73	11.11±2.59	48.06±6.86	51.78±13.89
<b>Test ve p değeri</b>		F= 1.724/0.164	F= 0.912/0.436	F= 1.487/0.220	F= 1.741/0.160	F= 1.271/0.286
<b>Aylık Gelir</b>						
İyi	22	18.05±5.21	24.82±6.00 b	13.36±2.79 a	56.23±12.46 b	40.68±15.86 b
Orta	109	16.41±3.57	20.79±5.10 b	11.40±2.62 b	48.61±8.53 b	50.59±14.82 a
Düşük	47	16.00±3.90	19.13±5.44 a	10.89±2.85 b	46.02±9.42 a	50.98±14.70 a
<b>Test ve p değeri</b>		F= 2.152/0.119	F= 8.640/0.001	F= 6.783/0.002	F= 9.095/0.001	F= 4.364/0.014
<b>Çalışma Durumu</b>						
Çalışıyorum	67	16.21±3.96	22.28±4.99	11.30±2.56	49.79±8.89	47.96±15.43
Çalışmıyorum	111	16.68±3.90	19.98±5.68	11.64±2.91	48.31±10.21	50.38±15.05
<b>Test ve p değeri</b>		t= -0.785/0.434	t=2.740/0.007	t= -0.791/0.430	t=0.986/0.326	t= -1.031/0.304
<b>Yaşadığı Yer</b>						
İl	49	16.31±4.17	20.94±6.35	12.32±2.70 a	49.57±10.80	49.33±15.83
İlçe	69	16.42±3.73	21.43±4.95	11.41±2.89 ab	49.26±8.75	48.93±14.80
Köy	60	16.77±3.96	20.10±5.45	10.97±2.62 b	47.83±9.98	50.20±15.35
<b>Test ve p değeri</b>		F= 0.212/0.810	F= 0.944/0.391	F= 3.386/0.036	F= 0.520/0.595	F= 0.114/0.892
<b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b>						
Var	127	16.72±4.01	20.87±5.51	11.71±2.56	49.32±9.63	49.14±15.22
Yok	51	15.96±3.63	20.78±5.62	11.00±3.24	47.76±10.00	50.27±15.26
<b>Test ve p değeri</b>		t=1.178/0.240	t=0.098/0.922	t=1.558/0.121	t=0.972/0.332	t= -0.449/0.654
<b>Çocuk Sayısı</b>						
Çocuğu yok	51	15.96±3.63	20.78±5.62	11.00±3.24	47.75±10.00	50.27±15.26
1	30	17.07±3.68	21.77±5.64	11.23±2.90	50.07±10.13	46.13±15.82
2	35	16.54±4.16	20.89±5.38	11.60±2.53	49.03±9.58	49.25±16.25
3 ve üzeri	62	16.66±4.14	20.44±5.57	12.02±2.41	49.11±9.55	50.53±14.34
<b>Test ve p değeri</b>		F= 0.564/0.639	F= 0.390/0.760	F= 1.372/0.252	F= 0.390/0.760	F= 0.629/0.597
<b>Hastaya Yakınlık Derecesi</b>						
Eş	47	17.00±4.13	21.62±5.71	11.57±2.21	50.19±10.00	50.13±14.27
Evlat	40	16.05±3.73	20.28±6.14	10.93±3.34	47.25±10.77	50.58±16.85
Anne	52	16.88±4.04	20.48±5.79	12.02±2.89	49.38±10.32	47.52±16.12
Baba	9	17.89±3.44	22.89±4.83	12.22±2.33	53.00±6.65	48.22±11.61
Bakıcı	14	15.71±4.43	21.93±4.25	11.07±2.59	48.71±8.48	47.29±16.53
Diğer	16	14.88±2.68	19.13±3.28	11.13±2.80	45.13±4.88	49.69±11.32
<b>Test ve p değeri</b>		F= 1.259/0.284	F= 0.976/0.434	F= 0.953/0.448	F= 1.230/0.297	F= 0.541/0.745
<b>Yardımcı Kişi</b>						
Var	45	16.42±3.84	21.06±4.76	12.02±2.58	49.51±7.91	41.04±13.64
Yok	133	16.53±3.95	20.77±5.78	11.34±2.84	48.65±10.30	48.93±15.70
<b>Test ve p değeri</b>		t= -0.165/0.869	t=0.306/0.760	t=1.428/0.155	t=0.514/0.608	t=0.805/0.422

Ort: Aritmetik Ortalama SS: Standart Sapma

Şizofreni hastalarının sosyodemografik özelliklerine göre bakım vericilerin aldıkları BKYÖ, ABDÖ-K, “anlaşılabilirlik”, “yönetilebilirlik”, “anlamlılık” puan ortalamalarına ilişkin değişkenler Tablo 4.8’de verilmiştir.

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının sosyodemografik özelliklerine göre bakım vericilerin ABDÖ-K puan ortalamaları incelendiğinde; erkek hastalara bakanların (49.47±9.51), üniversite mezunu hastalara bakanların (55.43±11.72), evli olan hastalara bakanların (50.43±9.85), çalışan hastalara bakanların (50.34±9.30) ABDÖ-K puan ortalamalarının diğer bakım vericilere göre daha yüksek olduğu ve ABDÖ-K puan ortalamaları farkının sadece hastanın eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p=0.001**)

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının sosyodemografik özelliklerine göre bakım vericilerin ABDÖ-K alt boyutu “anlaşılabilirlik” puan ortalamaları incelendiğinde; erkek hastalara bakanların (16.57±3.65), üniversite mezunu hastalara bakanların (18.34±4.56), evli olan hastalara bakanların (16.96±4.02), çalışan hastalara bakanların (16.86±3.59) ABDÖ-K alt boyutu “anlaşılabilirlik” puan ortalamalarının diğer bakım vericilere göre daha yüksek olduğu ve ABDÖ-K alt boyutu “anlaşılabilirlik” puan ortalamaları farkının sadece hastanın eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p=0.003**).

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının sosyodemografik özelliklerine göre bakım vericilerin ABDÖ-K alt boyutu “yönetilebilirlik” puan ortalamaları incelendiğinde; erkek hastalara bakanların (21.21±5.39), üniversite mezunu hastalara bakanların (23.96±5.72), evli olan hastalara bakanların (21.76±5.79), çalışan hastalara bakanların (21.67±5.43) ABDÖ-K alt boyutu “yönetilebilirlik” puan ortalamalarının diğer bakım vericilere göre daha yüksek olduğu ve ABDÖ-K alt boyutu “yönetilebilirlik” puan ortalamaları farkının sadece hastanın eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p=0.002**).

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının sosyodemografik özelliklerine göre bakım vericilerin ABDÖ-K alt boyutu “anlamlılık” puan ortalamaları incelendiğinde; erkek hastalara bakanların (11.69±2.89), üniversite mezunu hastalara bakanların (13.13±3.18), bekar olan hastalara bakanların (11.75±3.01), çalışan hastalara bakanların (11.81±2.63) ABDÖ-K alt boyutu “anlamlılık” puan ortalamalarının diğer

bakım vericilere göre daha yüksek olduğu ve ABDÖ-K alt boyutu “anamlılık” puan ortalamaları farkının sadece hastanın eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p=0.008$ ).

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının sosyodemografik özelliklerine göre bakım vericilerin BVYÖ puan ortalamaları incelendiğinde; kadın hastalara bakanların ( $49.63\pm 15.86$ ), okuryazar olmayan hastalara bakanların ( $58.33\pm 8.28$ ), dul olan hastalara bakanların ( $51.55\pm 16.17$ ), çalışmayan hastalara bakanların ( $50.27\pm 15.64$ ) BVYÖ puan ortalamalarının diğer bakım vericilere göre daha yüksek olduğu ve BVYÖ puan ortalamaları farkının sadece hastanın eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p=0.008$ ).

**Tablo 4.8.** Şizofreni Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre BVYÖ, ABDÖ-K, Anlaşılabilirlik, Yönetilebilirlik, Anamlılık Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=178)

	n	ABDÖ-K	ABDÖ-K	ABDÖ-K	ABDÖ-K	BVYÖ
		Anlaşılabilirlik Alt Boyutu Ort+SS	Yönetilebilirlik Alt Boyutu Ort+SS	Anamlılık Alt Boyutu Ort+SS	Ort+SS	Ort+SS
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	62	16.39±4.23	20.16±5.77	11.17±2.57	47.73±10.13	49.63±15.86
Erkek	116	16.57±3.65	21.21±5.39	11.69±2.89	49.47±9.51	49.38±14.90
<b>Test ve p değeri</b>		t= -0.295/0.769	t= -1.214/0.227	t= -1.171/0.243	t= -1.142/0.255	t=0.104/0.917
<b>Eğitim Durumu</b>						
Okuryazar değil	9	18.00±3.61 a	21.11±6.72 ab	11.67±1.73 ab	50.78±8.24 a	58.33±8.28 a
Okuryazar	26	14.42±4.07 b	17.54±5.70 b	10.27±2.65 b	42.23±10.02 b	56.35±14.19 a
İlköğretim	59	17.02±3.52 ab	20.98±5.32 ab	11.63±2.72 ab	49.63±8.83 ab	46.76±16.17 ab
Lise	61	15.98±3.60 ab	20.92±4.77 ab	11.30±2.64 ab	48.20±8.12 ab	49.97±14.14 ab
Üniversite	23	18.34±4.56 a	23.96±5.72 a	13.13±3.18	55.43±11.72 a	43.83±15.09 b
<b>Test ve p değeri</b>		<b>F=4.255/0.003</b>	<b>F=4.491/0.002</b>	<b>F=3.556/0.008</b>	<b>F=6.634/0.001</b>	<b>F=3.569/0.008</b>
<b>Medeni Durum</b>						
Evli	51	16.96±4.02	21.76±5.79	11.73±2.26	50.43±9.85	50.12±15.00
Bekâr	61	16.69±3.78	20.49±5.18	11.75±3.01	48.93±9.09	48.10±15.21
Dul	31	15.61±4.29	19.90±6.25	11.39±2.93	46.90±11.25	51.55±16.17
Boşanmış	35	16.31±3.64	21.00±5.09	10.89±2.95	48.20±9.27	49.06±14.99
<b>Test ve p değeri</b>		F= 0.837/0.475	F= 0.840/0.474	F= 0.863/0.462	F= 0.914/0.436	F= 0.394/0.757
<b>Çalışma Durumu</b>						
Çalışıyor	83	16.86±3.59	21.67±5.43	11.81±2.63	50.34±9.30	48.54±14.72
Çalışmıyor	95	16.20±4.17	20.13±5.55	11.25±2.90	47.58±9.97	50.27±15.64
<b>Test ve p değeri</b>		t=1.115/0.266	t=1.877/0.062	t=1.328/0.186	t=1.899/0.059	t= -0.757/0.450

Bakım verici ve hastalara ait bazı sosyodemografik özellikleri ile BVYÖ toplam puanı, ABDÖ-K toplam puanı ve alt boyutları puanları arasında yapılan korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.9’da verilmiştir. Yapılan korelasyon analizi sonucunda düşük, orta ve yüksek düzeyde negatif ve pozitif ilişkiler bulunmuştur.

BVYÖ toplam puanı ve ABDÖ-K toplam puanı arasında negatif yönde “orta” düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=.535$ ,  $p<0.001$ ). BVYÖ toplam puanı ile ABDÖ-K’nin “anlaşılabilirlik” ( $r=.429$ ), “yönetilebilirlik” ( $r=.529$ ) alt boyutları arasında negatif yönde “orta” düzeyde; “anlamlılık” ( $r=.221$ ) alt boyutu arasında negatif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler belirlenmiştir. Ayrıca BVYÖ toplam puanı ile hasta bakım süresi ( $r=.171$ ), hasta yaşı ( $r=.211$ ), hastalık süresi ( $r=.170$ ) arasında pozitif yönde “zayıf” düzeyde; aylık ortalama gelir ( $r=.213$ ) durumuyla negatif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır.

ABDÖ-K toplam puanı ile bakım vericilerin aylık ortalama geliri ( $r=.314$ ) arasında pozitif yönde “orta” düzeyde; hasta bakım süresi ( $r=.181$ ), hasta yaşı ( $r=.187$ ), hastalık süresi ( $r=.266$ ), günlük ilgilenme süresi ( $r=.214$ ) arasında negatif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır.

ABDÖ-K’nin alt boyutu olan “anlaşılabilirlik” ile aylık ortalama gelir ( $r=.159$ ) arasında pozitif yönde “zayıf” düzeyde; hasta bakım süresi ( $r=.159$ ) ve hastalık süresi ( $r=.247$ ) arasında negatif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır.

ABDÖ-K’nin alt boyutu olan “yönetilebilirlik” ile aylık ortalama gelir ( $r=.269$ ) ile pozitif yönde “zayıf” düzeyde; hasta bakım süresi ( $r=.133$ ), hasta yaşı ( $r=.154$ ), hastalık süresi ( $r=.178$ ), günlük ilgilenme süresi ( $r=.227$ ) arasında negatif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır.

ABDÖ-K’nin alt boyutu olan “anlamlılık” ile aylık ortalama gelir ( $r=.340$ ) arasında pozitif yönde “orta” düzeyde; hasta bakım süresi ( $r=.157$ ), hastalık süresi ( $r=.228$ ), günlük ilgilenme süresi ( $r=.169$ ) arasında negatif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır.

Hasta yaşı ile hastalık süresi ( $r=.724$ ) arasında pozitif yönde “yüksek” düzeyde; günlük ilgilenme süresi ( $r=.367$ ) arasında pozitif yönde “orta” düzeyde; hasta bakım

süresi ( $r=.355$ ) arasında pozitif yönde “orta” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Hastalık süresi ile günlük ilgilenme süresi ( $r=.367$ ) ve hasta bakım süresi ( $r=.511$ ) arasında pozitif yönde “orta” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Aylık ortalama gelir ile günlük ilgilenme süresi arasında negatif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $r=.254$ ). Bakıcı yaşı ile hasta bakım süresi arasında ise pozitif yönde “orta” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $r=.332$ ).



**Tablo 4.9.** Şizofreni Hastalarının Bakım Vericileri ile Şizofreni Hastalarının Bazı Sosyodemografik Özellikleriyle BVYÖ ve ABDÖ-K Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

		ABDÖ	A	Y	An	BVY	AOG	HBS	HY	HS	GİS
BVYÖ	r-değeri	- 0.535	- 0.429	- 0.526	- 0.221	0.038	- 0.213	0.171	0.211	0.170	0.140
	p-değeri	<0.001	<0.001	<0.001	0.003	0.618	0.004	0.022	0.005	0.023	0.062
ABDÖ	r-değeri		0.795	0.866	0.660	0.008	0.314	- 0.181	- 0.187	- 0.266	- 0.214
	p-değeri		<0.001	<0.001	<0.001	0.920	<0.001	0.016	0.013	<0.001	0.004
Anlaşılabilirlik (A)	r-değeri			0.481	0.416	0.041	0.159	- 0.150	- 0.159	- 0.247	- 0.090
	p-değeri			<0.001	<0.001	0.583	0.034	0.045	0.034	0.001	0.234
Yönetilebilirlik (Y)	r-değeri				0.365	- 0.064	0.269	- 0.133	- 0.154	- 0.178	- 0.227
	p-değeri				<0.001	0.396	<0.001	0.077	0.040	0.018	0.002
Anlamlılık (An)	r-değeri					0.095	0.340	- 0.157	- 0.123	- 0.228	- 0.169
	p-değeri					0.205	<0.001	0.036	0.103	0.002	0.024
Bakım Verici Yaşı	r-değeri						0.015	0.332	- 0.122	- 0.060	0.041
	p-değeri						0.841	<0.001	0.105	0.428	0.582
Aylık ortalama gelir (AOG)	r-değeri							- 0.019	- 0.044	- 0.070	- 0.254
	p-değeri							0.806	0.563	0.356	0.001
Hasta bakım süresi (HBS)	r-değeri								0.355	0.511	0.104
	p-değeri								<0.001	<0.001	0.167
Hasta yaşı (HY)	r-değeri									0.724	0.340
	p-değeri									<0.001	<0.001
Hastalık süresi (HS)	r-değeri										0.367
	p-değeri										<0.001

r-değeri: pearson korelasyon katsayısı ; p-değeri: önem seviyesi GİS: Günlük ilgilenme süresini göstermektedir.



Araştırmada şizofreni hastalarının bakım vericilerinin ABDÖ-K ve BVYÖ toplam puanları ile bazı sosyodemografik özellikler arasındaki (bakım vericinin yaşı, aylık ortalama geliri, hastaya bakım süresi, günlük ilgilenme süresi, hastaların yaşı) ilişkinin denklemi stepwise (adımsal) çoklu regresyon analizi ile belirlenmiş ve Tablo 4.10’da verilmiştir.

Araştırmada şizofreni hastalarının bakım vericilerinin aile bütünlük duygusu üzerine bakım vericinin aylık ortalama geliri pozitif etki yaparken, hastaya bakım süresinin negatif etki yaptığı belirlenmiştir. Başka bir ifadeyle bakım vericinin aylık ortalama geliri arttıkça, aile bütünlük duygusu puanı artmakta, hastaya bakım verme süresi arttıkça aile bütünlük duygusu puanı azalmaktadır (Tablo 4.10).

Araştırmada şizofreni hastalarının bakım vericilerinin bakım yükü üzerine hastanın yaşı pozitif etki yaparken, bakım vericinin aylık ortalama gelirinin negatif etki yaptığı belirlenmiştir. Başka bir ifadeyle hastanın yaşı arttıkça bakım yükü puanı artmakta, bakım vericinin aylık ortalama geliri arttıkça bakım yükü puanı azalmaktadır (Tablo 4.10).

**Tablo 4.10.** Adımsal Çoklu Regresyon Analiz Sonuçları

Değişkenler	B	Std. Hata	T	<i>p</i> -değeri	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i> -değeri	<i>P</i> -değeri
<b>Bağımlı değişken: Aile bütünlük duygusu</b>							
Sabit	41.077	2.660	15.442	<0.001			
Aylık ortalama gelir	0.004	0.001	4.405	<0.001	0.129	12.993	<0.001
Hastaya bakım süresi	-0.264	0.106	-2.483	0.014			
<b>Bağımlı Değişken: Bakım verme Yükü</b>							
Sabit	49.111	5.634	8.718	<0.001			
Hastanın yaşı	0.243	0.087	2.800	0.006	0.086	8.261	<0.001
Aylık ortalama gelir	-0.004	0.002	-2.822	0.005			

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışma, şizofreni hastalarının bakım vericilerinin bakım yükü, aile bütünlük duygusunun belirlenmesi ve ilişkilerinin araştırılması amacıyla yapılmıştır. Araştırmamızda çıkan sonuçların verileri aşağıdaki dört başlık altında tartışılmıştır.

### 5.1. Hastaların Sosyodemografik Değişkenlerinin Tartışılması

Hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin değişkenler aşağıda tartışılmıştır.

Araştırmada, şizofreni hastalarının cinsiyetleri incelendiğinde %65.2'sinin erkeklerden, %34.8'inin ise kadınlardan oluştuğu belirlenmiştir (Tablo 4.2). Karaağaç ve Var (2019)'ın şizofreni hastaları ve aileleriyle yaptığı çalışmada hastaların %59.6'sının erkek olduğu bulgulanmıştır. Shamsaei ve ark. (2015)'nin 225 şizofreni hastasının bakım vericisiyle yaptığı araştırmada hastaların %53.8 'inin erkek, %46.2'sinin kadın hastalardan oluştuğu bildirilmiştir. Amell ve ark. (2017)'nin 52 şizofreni hastası, 51 bipolar bozukluk hastasının bakım vericisiyle yaptığı araştırmada şizofreni hastalarının %57.7'sinin erkek hastalardan, %42.3 'ünün kadın hastalardan oluştuğu bulgulanmıştır. Özçelik ve Yıldırım (2018)'in 51 şizofreni hastasının yakınıyla yaptığı araştırmada, şizofreni hastalarının %70.6'sının erkek hastalardan, %29.4'ünün kadın hastalardan oluştuğu bulgulanmıştır. Yıldız ve ark. (2002)'nin 60 şizofreni hastasıyla yaptığı bir izleme çalışmasında, hastaların %70'inin erkek, %30'unun ise kadınlardan oluştuğu bulgulanmıştır. Rhee ve Rosenhack (2019)'in 446 şizofreni hastasının bakım vericisiyle yaptığı araştırmada, şizofreni hastalarının %75.6'sının erkeklerden, %24.4'ünün ise kadın hastalardan oluştuğu bulgulanmıştır. Bu veriler ışığında, literatür ile araştırmanın bulgularının benzer olduğu görülmektedir.

Araştırmada, şizofreni hastalarının çoğunluğunun lise mezunu (%34.3), çalışmayan (%53.4) ve bekar kişiler (%34.3) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2). Gümüş (2006)'ün 35 şizofreni hastası ve 47 şizofreni hastasının yakınıyla yaptığı araştırmada, şizofreni hastalarının %70.2'sinin lise ve üstü eğitime sahip olduğu, %78.7'sinin herhangi bir işte çalışmadığı, %76.6'sının bekar olduğu bulgulanmıştır. Hou ve ark. (2008)'nin 126 şizofreni hastası ve bakım vericisiyle yaptığı araştırmada, %67.5'inin ortaokul ve üzeri eğitime sahip olduğu, %79.4'ünün bekar, %85.7'sinin

işsiz ya da yeniden rehabilitasyon programına alınmış olduğu belirlenmiştir. Shamsaei ve ark. (2015)'nin 225 şizofreni hastası ve bakım vericisiyle yaptığı araştırmada, hastaların %32.4'ünün lise ve üzeri eğitime sahip olduğu, bu hastaların %34.7'sinin bekar, %34.7'sinin işsiz olduğu bulgulanmıştır. Özçelik ve Yıldırım (2018)'in 51 şizofreni hastası ve hasta yakınıyla yaptığı araştırmada, şizofreni hastalarının %25.5'inin okur yazar olmadığı, %62.8'inin bekar olduğu, %45.1'inin hiçbir işte çalışmadığı ve işsiz olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde, hastaların çoğunlukla ilkokul üzeri eğitime sahip olduğu, bazı araştırma bulgularında ise okur yazar olmayanların çoğunlukta olduğu ve bekar olduğu görülmüştür. Ayrıca iş durumuyla ilgili de, çalışmayan ya da geçici işlerde çalışanların çoğunlukta olduğu görülmektedir. Çalışmamızdaki bulguların literatürle benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Araştırmada, hastalarının ortalama yaşı  $44.93 \pm 12.66$  (18-88) yıl olarak belirlenmiştir (Tablo 4.3). Arslantaş ve Adana (2012)'nin şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada, hastaların yaş ortalamaları  $34.51 \pm 10.97$  olarak bulunmuştur. Yıldız ve ark. (2003)'nin 14 şizofreni hastası ve hasta yakınıyla yaptığı araştırmada, şizofreni hastalarının yaş ortalaması  $29.1 \pm 10.8$  yıl olarak bulgulanmıştır. Gümüş (2006)'ün 35 şizofreni hastası ve 47 şizofreni hastasının yakınıyla yaptığı araştırmada şizofreni hastalarının yaş ortalamasının  $39.06 \pm 8.86$  yıl olduğunu bulgulanmıştır. Gültekin ve ark. (2013)'nin 292 şizofreni hastasıyla yaptığı araştırmada tekrarlayan yatışı olan hastaların yaş ortalaması  $38.2 \pm 10.8$ , tekrarlayan yatışı olmayan hastaların ise yaş ortalamasının  $40.6 \pm 12.7$  yıl olarak bulgulanmıştır. Shamsaei ve ark. (2015)'nin, 225 şizofreni hastası ve bakım vericisiyle yaptığı araştırmada, şizofrenin hastalarının %79.9'unun 30 ile 50 yaş arasında olduğu bulgulanmıştır. Souza ve ark. (2017)'nin 281 şizofreni hastasının bakım vericisiyle yaptığı araştırmada, şizofreni hastalarının %88.2'sinin 40 ile 60 yaş arasında olduğu belirlenmiştir Karaağaç ve Var (2019)'in 146 şizofreni hastasıyla yaptığı araştırmada, şizofreni hastalarının yaş ortalaması  $35.8 \pm 1.04$  yıl olarak bulgulanmıştır. Rhee ve Rosenhack (2019)'in 446 şizofreni hastasının bakım vereniyle yaptığı araştırmada, şizofreni hastalarının yaş ortalaması  $39.3 \pm 8.86$  yıl olarak belirlenmiştir. Literatürde yapılan araştırmalarda, şizofren hastaların

çoğunluğunun genç ve orta yaş yetişkin olduğu görülmektedir. Şizofreni, erken başlangıçlı bir hastalıktır. Daha çok genç ve orta yaş grubunu etkilemektedir.

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının, yaşı ile hastalık süresi arasında pozitif yönde “yüksek” düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r=.724$ ) (Tablo 4.9). Hastaların yaşı arttıkça, hastalık süresi uzamaktadır. Şizofreni, genellikle genç yaşlarda başlayan ve özellikle düşünce, algı ve duygulanım alanlarında bozulma olan kronik bir hastalık olma özelliğini taşımaktadır. Şizofreni iyileşme ve yinelemelerle seyreden kronik bir hastalık olduğu için, hastanın yaşı arttıkça, hastalık süresi de artış göstermektedir (Arslantaş ve Adana, 2011).

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının yaşı ile bakım vericilerin günlük ilgilenme süresi arasında pozitif yönde “orta” düzeyde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $r=.367$ ) (Tablo 4.9). Hastanın yaşı arttıkça günlük ilgilenme süresi de artmaktadır. Hastanın yaşı arttıkça, bakımı daha da kapsamlı hale gelmekte, hastalığına ek tanılar eklenmekte ve daha da bakıma muhtaç hale gelmektedir. Şizofreni hastası zaten bakıma fazlasıyla ihtiyaç duymaktadır. Bir de yaşın ilerlemesiyle birlikte bakım verenlerin hastalarla ilgilendikleri sürenin arttığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının hastalık süresi ile bakım vericinin günlük ilgilenme süresi arasında pozitif yönde “orta” düzeyde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $r=.367$ ) (Tablo 4.9). Hastalık süresi arttıkça bakım vericinin günlük ilgilenme süresi de artmaktadır. Şizofreni, kronik bir hastalık olma özelliğini taşıdığı için hastalık süresi uzun olmaktadır. Hastalık süresi uzadıkça, gereksinimleri daha da artan hastanın bakım vericisinin günlük ilgilenme süresinin de artacağı düşünülmektedir.

## **5.2. Bakım Vericilerin Sosyodemografik Değişkenlerinin Tartışılması**

Bakım vericilerin sosyodemografik değişkenleri aşağıda tartışılmıştır.

Araştırmada, şizofreni hastalarının bakım vericilerinin %70.8'inin kadınlardan oluştuğu belirlenmiştir. Bakım vericilerin hastaya yakınlık derecesi incelendiğinde %29.2'sinin şizofreni hastalarının annesi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Özçelik ve Yıldırım (2018)'in şizofreni hastalarının yakınlarıyla yaptığı araştırmada, bakım

verenlerin %51'inin anne, ikinci sırada %17.7 ile eşin yer aldığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada bakım verenlerin %60.8'ini kadınlar, %39.2'sini erkekler oluşturmuştur. Shamsaei ve ark. (2015)'nin 225 şizofreni hastasının bakım vericisiyle yaptıkları araştırmada, bakım vericilerin %73.7'sinin kadınlardan oluştuğu, çalışmaya katılanların %50.2'sinin hastaların ebeveynleri olduğu bulunmuştur. Rhee ve Rosenhack (2019)'in 446 şizofreni hastasının bakım vericisiyle yaptığı araştırmada, %73.1'inin kadınlardan oluştuğu ve bu çalışmaya katılan bakım verenlerin %49.6'sının hastaların ebeveynleri olduğu bildirilmiştir. Yu ve ark. (2018)'nin yaptığı araştırmada, şizofreni hastalarının bakım vericilerinin yarısından fazlasının (%53.8) kadınlar olduğu ve çoğuna (%43.8) ebeveynlerinin baktığı belirlenmiştir. Yıldırım ve ark. (2013)'nin yaptığı çalışmada da, bakım verenlerin %79.4'ünün kadın, %20.6'sının erkeklerden oluştuğu bulunmuştur. Literatürdeki diğer çalışmalar incelendiğinde, bakım verici olarak, kadınların erkeklerden daha fazla yer aldığı ve sorumluluk aldığı görülmektedir (Gülseren ve ark., 2010; İnan ve Duman, 2013; Shamsaei ve ark., 2015; Durat ve ark., 2016; Souza ve ark., 2017). Ayrıca yapılan yeniden gözden geçirme çalışmalarında da, şizofreni hastalarının bakım vericilerinin çoğunun ebeveynleri, çoğunlukla da annelerden olduğu tespit edilmiştir (Chan, 2011). Kadınların geleneksel bakım rolünün bunda etkisi olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda da, çalışma bulguları diğer çalışma sonuçları ile benzerdir.

Araştırmada, bakım verenlerin çoğunluğunu ilköğretim mezunu (%41.0), evli (%59.6), çalışmayan (%62.4), orta gelirli (%61.2), çekirdek aile yapısına sahip (%77.5) olduğu tespit edilmiştir. Bakım vericilerin %74.7'sinin hastanın bakımına yardım edecek kimsenin olmadığını ifade ettiği saptanmıştır (Tablo 4.1). Arslantaş ve Adana (2012)'nin şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yaptığı araştırmada, %84.7'sinin evli, %56.9'unun eğitim düzeyi ilköğretim ve altı, %52.8'inin çalıştığı, %54.2'sinin bakımda başka yakınlarından destek aldığı belirtilmiştir. Özçelik ve Yıldırım (2018)'in araştırmasında da, %39.2'sinin ilköğretim, %60.8'inin çalışmayan, %41.2'sinin geliri giderine eşit, %25.5'inin eşi ve çocuklarıyla yaşayan kişilerden oluştuğu bildirilmiştir. Bakım vericinin çalışmaması, eğitim düzeyinin düşük olması, bakıma yardımcı başka kişilerin varlığının olmaması, bakım verme sürecini oldukça olumsuz etkilemektedir. Shamsaei ve ark. (2015)'nin yaptığı bir araştırmada, bakım vericilerin çoğunun lise diplomasına sahip (%45.3), evli (%70.7),

nitelikli bir işe sahip olan (%35.1) kişiler olduğu bulunmuştur. Bu çalışma bulguları, diğer çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Chen ve ark. (2019)'nın 20 hastanın bakım vericisiyle görüşerek yaptığı çalışmada, bizim çalışmamızla benzer olarak bakım vericilerin çoğunun işsiz ve evlenmemiş ya da boşanmış kişilerden oluştuğu belirlenmiştir. Bu çalışma sonucu, bu araştırma sonucuyla benzerlik göstermektedir. Ancak medeni durum farklılık göstermektedir.

Araştırmada, bakım verenlerin ortalama yaşı  $45.68 \pm 13.70$  (17-75) yıl, hasta bakım verme süresi  $9.57 \pm 6.46$  (1-38) yıl, hasta ile günlük ortalama ilgilenme süresi  $5.97 \pm 2.58$  (2-14) saat olarak tespit edilmiştir. Gülseren ve ark. (2010)'nın çalışmasında bakım verenlerin yaş ortalaması  $50.7 \pm 14.2$  olarak Çetin ve ark. (2013)'nin yaptığı çalışmada, bakım verenlerin %62.4'ünün 50 yaş ve üzerinde olduğu belirtilmiştir. Genel olarak, genç erişkin oldukları görülmektedir. Karaağaç ve Var (2019)'ın araştırmasında, şizofreni hastalarına bakım verenlerin hastalara  $8.5 \pm 0.5$  yıl bakım verdikleri ve gün içinde birlikte geçirilen zamanın  $12.6 \pm 0.5$  saat olduğu belirtilmiştir. Shamsaei ve ark. (2015)'nin araştırmasında bakım verenlerin ortalama yaşı  $53.30 \pm 18.7$ , hastaya bakım verme süresi  $5.2 \pm 1.4$  yıl olarak saptanmıştır. Rhee ve Rosenhack (2019)'nin 446 şizofreni hastasının bakım vericisiyle yaptığı çalışmada, bakım vericilerin ortalama yaşı  $52.8 \pm 13.9$  olarak saptanmış ve hastaya ortalama  $13.1 \pm 11.0$  yıl baktıkları belirlenmiştir. Yine Wong ve ark. (2012)'nin yaptığı çalışmada, şizofreni hastalarının ailelerinin %29.1'inin 0-5 yıl, %26.9'unun 11-20 yıldır hasta ile birlikte yaşadıkları saptanmıştır. Literatürde bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda da, benzer sonuçlar bildirilmiş ve şizofreninin erken yaşlarda başlayan kronik bir hastalık olduğu için, ailenin uzun yıllar hasta ile yaşaması beklendik bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır.

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin aylık ortalama geliri ile hastayla günlük ilgilenme süresi arasında negatif yönde "zayıf" düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r=-.254$ ) (Tablo 4.9). Bakım vericilerinin aylık ortalama geliri arttıkça, hastayla günlük ilgilenme süreleri azalmaktadır. Aylık ortalama geliri artan bireyin, hastaya ayırdığı vakit azalabilmekte, tedavi masraflarını ve ihtiyaçlarını karşılamak için daha çok çalışmak zorunda kalmakta, dolayısıyla hastayla günlük ilgilenme süreleri azalmaktadır.

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin yaşı ile şizofreni hastalarına bakım süresi arasında pozitif yönde “orta” düzeyde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $r=.332$ ) (Tablo 4.9). Bakım vericilerin yaşı arttıkça, hastaya bakım süresi artmaktadır. Şizofreni kronik seyirli ve yeti yitimine neden olan bir hastalık olması nedeniyle, hasta eski beceri ve sorumluluklarını yerine getirememektedir. Hastalık belirtilerinin süreğen olması, hastaların yaşları ilerledikçe farklı hastalık ve tanıların eklenmesi, hastaya bakım süresini arttırmakta ve bakım vereni etkilediği düşünülmektedir.

### **5.3. Bakım Yüğü ile İlgili Bulguların Tartışılması**

Şizofren bireylere bakım veren primer bakım vericilerinin bakım yüğü ile ilgili bulgular aşağıda tartışılmıştır.

Bu araştırmada, şizofreni hastalarının bakım vericilerinin BVYÖ’den aldıkları puan ortalaması  $49.47 \pm 15.20$  (orta düzey)’dir. Bakım verenlerin bakım yüğü içerisinde en düşük puan 14, en yüksek puan ise, 78 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.3). Ayrıca, araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin BVYÖ maddelerine verdiği cevaplardan aldığı toplam puan durumuna göre, bakım vericilerin %69,1’inin ( $38.8 \pm 30.3$ ) orta ve ağır bakım yüğü yaşadığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının, bakım vericilerinin sadece %2.8’inin hasta bakımı ile ilgilenmekten hiç etkilenmediği belirlenmiştir (Tablo 4.4). Karaağaç ve Var (2019)’ın 146 şizofreni hastasına bakım veren bireylerle yaptığı çalışmada, bakım verenlerin “Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği” toplam puanlarının 27-95 arasında değiştiği, ortalama  $64.78 \pm 14.23$  olduğu bildirilmiştir. Bu sonuç, bu çalışmanın bulgusuyla benzerlik taşımaktadır. Shamsaei ve ark. (2015)’nin 225 şizofreni hastasının bakım vericisiyle “Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği”ni kullanarak yaptıkları araştırmasında, araştırmaya katılanların %7.6’sının çok düşük, %23.5’inin hafif-orta, %41.8’inin orta-ağır, %27.1’inin ciddi bakım yüğü yaşadığı tespit edilmiştir. Ayrıca “Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği” ortalama puanı  $51.73 \pm 18.23$  olarak bulunmuştur. Hem bu çalışmadan elde edilen bulgular, hem de araştırmalardan elde edilen veriler, şizofrenlere bakım veren bireylerin ortalamanın üzerinde bakım yüğü puanına sahip oldukları görülmektedir.

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin BVYÖ puan ortalamalarının aylık gelir seviyesine göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p=0.014$ ) (Tablo 4.7). BVYÖ toplam puan ortalamaları ile aylık ortalama gelir durumuyla negatif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır ( $r=.213$ ) (Tablo 4.9). Araştırmada gelir durumu iyi olan bakım vericilerin BVYÖ’den aldığı puan ortalamaları, düşük ve orta gelirli bakım vericilerin BVYÖ’den aldığı puan ortalamalarına göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.7). Gülseren ve ark. (2010)’nın yaptığı çalışmada, ailelerin ekonomik durumunun aile yükünü arttırdığı belirtilmiştir. Souza ve ark. (2017)’nin çeşitli psikiyatrik hastalığa sahip 281 hastanın bakım vericisiyle yaptığı çalışmada, bakım vericilerin eğitim durumu ve maddi durumunun bakım yükü ile ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Eğitim durumu ve gelir düzeyi yüksek olanların, bakım yükünün düşük olduğu saptanmıştır. Chen ve ark. (2019)’nin yaptığı nitel araştırmada da, düşük aile gelirinin ve şizofreni hastalarının yüksek tedavi maliyetlerinin aileler üzerinde ekonomik baskıya neden olduğu saptanmıştır. Bu faktörlerin hastaların sosyal, mesleki faaliyetlere girmelerini, sürdürmelerini engellediğini ve sonuçta hastalara bakım verenlere ağır yük getirdiği belirtilmiştir. Caque-Urizar ve ark. (2014)’nin şizofreni hastalarının aileleri ile ilgili yaptığı araştırmada, işsizliğin bakıcı yükünü arttırdığı ve yüksek yük ile gelir düzeyinin düşük olmasının bakım yükünü artırdığı bulunmuştur. Karaağaç ve Var (2019)’in çalışmasında, haneye giren aylık gelir ile bakım yükü toplam puanı arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Bir başka deyişle, haneye giren gelir yükseldikçe, bakım yükü azalmaktadır. Bu çalışmada da buna benzer bir sonuç ortaya çıkmıştır. Bu çalışmadan ve literatürden elde edilen bulgular, şizofreni hastasına bakım verenlerin, ekonomik gelirinin düşük olmasının, algılanan bakım yükünü olumsuz etkilediğini göstermektedir. Ayrıca, herhangi bir işte çalışmayan bakım verenlerin sürekli olarak hasta ile birlikte olması, kendine ayırabileceği sosyal yaşantısının sınırlılığı ile ruhsal sağlıklarında bozulmaya neden olabileceği; hastalıkla, hastayla baş etmede ve bakımını yönetmede zorluklar yaşayabildiği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının BVYÖ puan ortalamalarının sadece şizofreni hastasının eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p=0.008$ ). Araştırmada, okur-yazar olmayan ve herhangi bir okuldan



mezun olmayıp sadece okuma-yazma bilen şizofreni hastalarına, bakım verenlerin bakım verme yükü “en yüksek”, üniversite mezunu hastalara bakım verenlerin bakım verme yükü “en düşük” bulunmuştur (Tablo 4.8). Arslantaş ve Adana (2012)’nin bakım vericilerinin yük algısını belirlemeye yönelik, 72 şizofreni hastası ve hasta yakınıyla yaptığı çalışmada, hastanın ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde olmasının bakım vericilerin nesnel yük (hastanın rahatsız edici davranışları veya bozukluğun yol açtığı ekonomik zorluklar, günlük yaşamdaki kısıtlanmalar, aile üyelerinin beden ve ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri gibi aile yükünün gözlenebilir ve doğrulanabilirliği) algısını olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Bu literatür bulgusu da, bu açıdan çalışmanın bulgusuyla benzerlik taşımaktadır

BVYÖ toplam puanı ile ABDÖ-K toplam puanı arasında negatif yönde “orta” düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=.535$ ,  $p<0.001$ ) (Tablo 4.9). Yani, araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin, aile bütünlük duygusu toplam puanı arttıkça, bakım verme yükü toplam puanının azaldığı bulunmuştur. Ayrıca, araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin bakım verme yükünün, aile bütünlük duygu düzeylerine göre değiştiği tespit edilmiştir ( $p<0.001$ ). Aile bütünlük duygu düzeyi düşük olan bakım vericilerin ağır bakım yüküne, aile bütünlük duygusu yüksek olan bakım vericilerin çoğunlukla hafif bakım yüküne sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Benzer durum BVYÖ toplam puanı ile ABDÖ’nin alt boyutları (anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik, anlamlılık) içinde geçerlidir. Araştırmada BVYÖ toplam puanı ile ABDÖ-K “anlaşılabilirlik” ( $r=.429$ ), “yönetilebilirlik” ( $r=.529$ ) alt boyutları arasında negatif yönde “orta” düzeyde; “anlamlılık” ( $r=.221$ ) alt boyutu arasında negatif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir (Tablo 4.9). Aile ortamı, şizofreni hastaları için büyük öneme sahiptir. Naheed ve ark. (2012), gelişmekte olan ülkelerde güçlü aile bağlarının varlığı ve ailenin sosyal destek rolünün, algılanan bakım yükünü azalttığını belirtmektedir. Tüzer ve ark. (2003)’nin 32 hasta ve bakım vericisiyle yaptığı çalışmasında, şizofreni hastalarının ailelerinin iç çatışmalarının varlığının, hastalığın seyrini olumsuz etkilediği görülmüştür. Ebrinç ve ark. (2001)’nin çalışmasında, şizofreni hastalarının aile işlevleri incelenmiş ve şizofreni hastalarının aile işlevlerinin sağlıklı, bozuk olduğu ve bu ailelerin aile içi ilişkiler yönünden bilgilendirilmeleri gerektiği belirtilmiştir. Aile bütünlüğüne ilişkin elde ettiğimiz

bulgular ve literatürdeki araştırmalar göstermektedir ki, aile bütünlüğü ve aile bütünlüğünü etkileyen faktörler iyileştikçe, bakım yükü azalmaktadır.

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin BVYÖ toplam puanı ile hasta bakım süresi ( $r=.171$ ), hastalık süresi ( $r=.170$ ) arasında pozitif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır (Tablo 4.9). Hasta bakım süresi ve hastalık süresi arttıkça, BVYÖ toplam puanı artmaktadır. Bakım verme yılı ele alınan araştırmalarla incelendiğinde, Taktak ve ark. (2000)’nın 115 şizofren hasta yakınıyla yaptığı araştırmada, hastalık süresi uzadıkça bakım veren hasta yakınlarının yılmınlığının ve aile işlevselliğinde bozulmanın arttığını ve bunun da bakım verenin yük duygusunu arttırdığını bulgulamışlardır. Lauber ve ark. (2003)’nın şizofreni hastasının yakınıyla görüşerek yaptıkları çalışmada, bakım vericinin hasta ile geçirdiği süre arttıkça, bakım verenin yük duygusunun arttığını belirlenmiştir. Elde edilen bulgular ve literatürde araştırmalar göstermektedir ki, bakım verilen sürenin artması, bakım verme yükünü arttırmaktadır.

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin, BVYÖ toplam puanı ile hasta yaşı ( $r=.211$ ) arasında pozitif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır (Tablo 4.9). Araştırmada şizofreni hastalarının bakım vericilerinin bakım yükü üzerine, hastanın yaşının pozitif etki yaptığı belirlenmiştir. Başka bir ifadeyle hastanın yaşı arttıkça, bakım yükü puanı artmaktadır (Tablo 4.10). Aydın ve ark. (2009)’nın 50 şizofreni hastası ve yakınıyla yaptığı çalışmada, hastanın yaşı arttıkça bakım verenin yük duygusunun arttığını bulunmuştur. Literatürde benzer araştırmalar incelendiğinde ise farklı bulgular bulunmuştur. Li ve ark. (2007)’nin 96 şizofreni hastasının bakım vericisiyle yaptığı araştırmada, genç hastalara bakım verenlerin hastalarla daha uzun süre ilgilendikleri için bakım yükünün daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Aynı şekilde Hanzawa ve ark. (2008)’nin 99 Japon ve 92 Koreli bakım vericiyle yaptığı araştırmada, hastanın yaşının genç olması bakım vericilerin yük duygusunun artmasına neden olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular ışığında, hastanın yaşı arttıkça, hastaya bakım verilen sürenin uzadığı, dolayısıyla bakım verme yükünün arttığını söylenebilir.

#### 5.4. Aile Bütünlük Duygusu ile İlgili Bulguların Tartışılması

Aile bütünlük duygusu ile ilgili bulgular aşağıda tartışılmıştır.

Araştırmada, şizofreni hastalarının bakım vericilerinin ABDÖ-K'den aldıkları toplam puan ortalaması  $48.87 \pm 9.74$  (orta düzey)'tür (Tablo 4.3). Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin ABDÖ-K maddelerine verdiği cevaplardan aldığı toplam puan durumuna göre, bakım vericilerin %87.6'sının ( $76.4+11.2$ ) orta ve yüksek aile bütünlük duygusuna sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Hsiao ve Tsai (2015)'nin belirttiği üzere, şizofreni hastalarının topluma kazandırılması, işlevselliklerinin artırılması sürecinde, ailede hastanın bakımını yüklenen bakım vericinin aile işlevselliği oldukça önemli düzeyde etkilenmektedir. Bakım vericilerin aile işlevselliğinin bütünlük duygusuyla ilişkisi olduğu yani, bütünlük duygusu yüksek olan ailelerde, aile işlevselliğinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bağlamda şizofreni hastalarının bakım vericilerinin, hastanın bakımını daha etkili yürütebilmesi için yüksek aile bütünlüğü duygusuna sahip olmaları gerekmektedir. Bu anlamda araştırmada da, yüksek aile bütünlüğü duygusuna sahip bakım verenlerin bakım yükünü daha az hissettiği bulunmuştur.

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin ABDÖ-K puan ortalamalarının eğitim durumu ( $p=0.030$ ) ve aile gelir durumu seviyesine ( $p=0.001$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7). Mizuno ve ark. (2012)'nin 50, 60 ve 70'li yaşlarda olan şizofreni hastalarına bakım verenlerle yaptığı araştırmada, bakım verenlerin eğitim düzeyi ile bütünlük duygusu arasında pozitif anlamlı bir ilişki olduğu saptanmış ve eğitim düzeyi arttıkça, yaşam kalitesi ile bütünlük duygusunun arttığı bulunmuştur. Eğitim düzeyi ile ilgili bulgular literatürle uyumlu bulunmuştur. Literatürde, şizofreni hastalarının tedavilerinin aileye oldukça yüklü miktarda bir maliyeti olmaktadır. Hastanın hastalık sürecinde işe gidememesi, tedavilerin masraflı olması, aileye fazladan stres getirdiği bildirilmektedir. Gelir düzeyi düşen ailenin aile işlevselliği olumsuz etkilendiği için, bütünlük duygusu da buna bağlı olarak olumsuz etkilenmektedir (Mizuno ve ark., 2012; Bag, 2017).

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin ABDÖ-K alt grubu olan "yönetilebilirlik" puan ortalamalarının eğitim durumuna ( $p=0.030$ ), aile

gelir seviyesine ( $p=0.001$ ) ve çalışma durumuna ( $p=0.007$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7). “Yönetilebilirlik”, kişilerde hastalığın ortaya çıkardığı durumla başa çıkabilecek yeterli iç ve dış kaynakların mevcut olduğu duygusudur. Literatürde eğitim seviyesi yükseldikçe, bakım verenlerin hastalığı daha iyi anladığı, hastaya karşı daha olumlu bir yaklaşım sergilediği ve kullanacağı toplumsal kaynakların daha fazla farkında olduğu belirtilmektedir (Aydın ve ark., 2009; Bağ, 2017). Ayrıca, gelir düzeyi yüksek olan ve çalışan bireyler kaynaklara daha kolay ulaşabilmekte ve kullanabildikleri için hastalık ve hastalığın getirdiği olumsuzluklarla daha kolay başa çıkabilmektedirler.

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin ABDÖ-K alt grubu olan “anamlılık” puan ortalamalarının, aile tipine ( $p=0.023$ ), aile gelir seviyesine ( $p=0.002$ ) ve yaşadığı yere ( $p=0.036$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7). Tsuno ve Yamazaki (2012)’nin kırsal ve kentsel bölgede yaşayan bireylerin bütünlük duygusu, sağlık durumunu algılama ve başa çıkma mekanizmalarının kullanımı arasında fark olup olmadığını araştırdıkları araştırmalarında, kentsel ve kırsal yerlerdeki psikososyal kaynakların güçlü bütünlük duygusunun oluşumunda önemli olduğu saptanmıştır. Bir başka deyişle, psikososyal kaynaklar ne kadar çoksa, bütünlük duygusunun o kadar fazla olduğu belirtilmiştir. Anamlılık alt boyutu, kişilerin yaşadığı durumla ilgili bir anlamlandırma sürecine girerek kişisel olarak rahatsız olduğu durumla başa çıkma sürecine odaklanır. Mesela bakım vericiler şizofreni hastalarına bakım verme sürecinde kendi sosyal aktivitelerinden uzaklaşmış olabilirler. Bireyler durumu kabullenip, kavrayıp yönetebildikçe günlük yaşamını yeniden entegre edebilirler. Düşünüldüğünde “anamlılık” alt boyutunda gelir düzeyi yüksek olan bireyler, çekirdek veya geniş aileye sahip bireyler, il merkezinde yaşayan bireyler bu durumu kabullenebileceği kaynakları ulaşması daha çabuk ve kolay olmaktadır.

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının ABDÖ-K puan ortalamalarının hastanın eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p=0.001$ ) (Tablo 4.8). Hastanın eğitim düzeyi yükseldikçe ABDÖ-K puan ortalaması artmaktadır. Hastanın eğitim düzeyi arttıkça aile işlevlerini sağlıklı algılama oranı da artmaktadır. Taktak ve ark. (2000)’nin 115 şizofreni hastasıyla yaptığı araştırmada hastanın eğitim düzeyiyle aile işlevselliği arasında ilişki

olduğunu saptamışlar ve eğitim düzeyi arttıkça hastanın roller, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, genel işlevler alanlarındaki sağlıklılık oranı gibi aile işlevselliği alanlarında anlamlılık saptamıştır. Eğitimli hastaların biraz daha hoşgörülü, toleranslı oldukları ve aile işlevlerini daha sağlıklı algıladıkları saptanmıştır.

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının ABDÖ-K alt boyutu olan “anlaşılabilirlik” alt boyutu puan ortalamalarının sadece hastanın eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p=0.003**) (Tablo 4.8). Bireyler, içsel ve dışsal çevreleri ile ilgili uyarıları anlaşılabilir, makul, yapılandırılmış, tahmin edilebilir ve açıklanabilir algıladıklarında karşılıklarına çıkan güçlüklerle baş etmede meydan okuma güçlerinin arttığı ve buna paralel olarak yaşamdan aldıkları doyum da fazlaşmaktadır (Çeçen, 2008). Bu anlamda eğitim düzeyi yüksek olan ailelerin şizofreni hastalığıyla ilgili yeni bilgiler, tedavi yöntemleri, hastalığı ortaya çıkaran etmenleri, ilişkili faktörleri araştırma ve bilgi edinme yolunda olduğu belirtilmektedir (Bag, 2017).

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının ABDÖ-K alt boyutu olan “yönetilebilirlik” alt boyutu puan ortalamalarının sadece hastanın eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p=0.002**) (Tablo 4.8). Bu bulgu da hastanın eğitim düzeyi arttıkça, yönetilebilirlik puan ortalamasının arttığını göstermektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların aile işlevlerini daha sağlıklı algıladıkları için aile içi dinamikleri daha iyi anlamaktadır.

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının ABDÖ-K alt boyutu olan “anlamlılık” alt boyutu puan ortalamalarının hastanın eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p=0.008**) (Tablo 4.8). Bu bulgu da hastanın eğitim düzeyi arttıkça, hastalığın anlamlılık puanının arttığını göstermektedir.

ABDÖ-K toplam puanı ile bakım vericilerin aylık ortalama geliri (**r=.314**) arasında pozitif yönde “orta” düzeyde; hasta bakım süresi (**r=.181**), hasta yaşı (**r=.187**), hastalık süresi (**r=.266**), günlük ilgilenme süresi (**r=.214**) arasında negatif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır (Tablo 4.9). Aylık ortalama gelir arttıkça ABDÖ-K toplam puanı artmakta, hasta bakım süresi,

hastanın yaşı, hastalık süresi, günlük ilgilenme süresi arttıkça ABDÖ-K ortalama puanı azalmaktadır.

ABDÖ-K'nin alt boyutu olan "anlaşılabilirlik" ile aylık ortalama gelir ( $r=.159$ ) arasında pozitif yönde "zayıf" düzeyde; hasta bakım süresi ( $r=.159$ ) ve hastalık süresi ( $r=.247$ ) arasında negatif yönde "zayıf" düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır (Tablo 4.9). Şizofreni hastalarının hastalığını bilmesi, araştırması, tedavi yöntemlerini araştırması, ilaç uyumunun artması, hastalık ve tedavi ile ilgili bilgi düzeyinin artması ailenin duruma daha çabuk adapte olmasına ve hastaların işlevselliğinin artmasına neden olmaktadır (Gülseren, 2002). Gelir düzeyi iyi olan bir aile tedavi olanaklarına daha kolay ulaşmaktadır. Hastaya bakım süresi arttıkça ve uzun yıllar boyunca hasta olan bir bireyle uğraşıldığında bu durum daha da karmaşık hale geldiği için, hasta ve yakınları için anlaşılabilirlik düzeyi de azalmaktadır. Gerek literatürde belirtilen hastaların hastalığı iyi anlamasının, gerekse bu çalışmada bakım verenlerin hastalığı iyi anlamasının önemli olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda anlaşılabilirliğin, hem hasta hem de bakım verici tarafından artmış olmasının bakım yükünü de azalttığı söylenebilir.

ABDÖ-K'nin alt boyutu olan "yönetilebilirlik" ile aylık ortalama gelir ( $r=.269$ ) ile pozitif yönde "zayıf" düzeyde; hasta bakım süresi ( $r=.133$ ), hasta yaşı ( $r=.154$ ), hastalık süresi ( $r=.178$ ), günlük ilgilenme süresi ( $r=.227$ ) arasında negatif yönde "zayıf" düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır (Tablo 4.9). Aylık ortalama gelir arttıkça "yönetilebilirlik" toplam puanı artmakta, hasta bakım süresi, hastanın yaşı, hastalık süresi, günlük ilgilenme süresi arttıkça "yönetilebilirlik" ortalama puanı azalmaktadır.

ABDÖ-K'nin alt boyutu olan "anlamlılık" ile aylık ortalama gelir ( $r=.340$ ) arasında pozitif yönde "orta" düzeyde; hasta bakım süresi ( $r=.157$ ), hastalık süresi ( $r=.228$ ), günlük ilgilenme süresi ( $r=.169$ ) arasında negatif yönde "zayıf" düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır (Tablo 4.9). Aylık ortalama gelir arttıkça "anlamlılık" toplam puanı artmakta, hasta bakım süresi, hastalık süresi, günlük ilgilenme süresi arttıkça "anlamlılık" ortalama puanı azalmaktadır.

Araştırmada şizofreni hastalarının bakım vericilerinin aile bütünlük duygusu üzerine bakım vericinin aylık ortalama geliri pozitif etki yaparken, hastaya bakım

süresinin negatif etki yaptığı belirlenmiştir. Başka bir ifadeyle bakım vericinin aylık ortalama geliri arttıkça, aile bütünlük duygusu puanı artmakta, hastaya bakım verme süresi arttıkça aile bütünlük duygusu puanı azalmaktadır (Tablo 4.10). Aylık ortalama gelir arttıkça ailenin hayatındaki stresörler azalacak, sosyal olanaklara daha rahat ulaşabilecektir. Mizuno ve ark. (2012)'nin 50, 60 ve 70'li yaşlarda olan şizofreni hastalarına bakım verenlerle yaptığı araştırmada, şizofreni hastalığının süresinin de bütünlük duygusunu etkilediği saptanmıştır. Şizofreni hastasına bakım süresi artan aile, çeşitli psikolojik sorunlar yaşayacak, sosyal faaliyetleri azalan ailenin stresörleri artacak ve bu ailenin bütünlük duygusunu etkileyecektir. Literatürde bütünlük duygusu yüksek ailelerin, karşılaşılan stres verici durumları daha kolay yönetebildiği bildirilmektedir. Ayrıca bütünlük duygusu yüksek aileler, kaynaklarını daha iyi kullanmakta, ayrıca ailenin stres veren durumu daha iyi yöneterek, aile bağlarını daha güçlü kılmaktadır (Çeçen, 2008).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin bakım yükü ve aile bütünlük duygusunun belirlenmesi ve ilişkilerinin araştırılması amacıyla yapılan çalışmamızın bulguları doğrultusunda ulaşılan sonuçlar şu şekildedir;

-Araştırma kapsamına alınan şizofreni hastalarının bakım vericilerin %70.8'inin kadınlardan oluştuğu, %41'inin ilköğretim mezunu olduğu, %77.5'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %59.6'sının evli olduğu, %61.2'sinin orta düzey gelire sahip olduğu, %62.4'ünün çalışmadığı, %38.8'inin ilçede yaşadığı, %71.3'ünün çocuk sahibi olduğu, %34.8'inin 3 ve üzerinde çocuğu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

- Çalışmaya katılan bakım vericilerin %29.2'sinin şizofreni hastasının annesi olduğu ve bakım verenlerin %74.7'sine yardım edecek kimsenin olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1).

- Çalışmada şizofreni hastalarının %65.2'sinin erkek olduğu, %34.3'ünün lise mezunu olduğu, %34.3'ünün bekâr olduğu ve %53.4'ünün çalışmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2).

- Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin ortalama yaşı  $45.68 \pm 13.70$  (17-75) yıl, aylık ortalama geliri  $2.373 \text{₺} \pm 696.3$  (1.100₺-5.500₺) saptanmıştır (Tablo 4.3).

- Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin, hastaya bakım verme süresi  $9.57 \pm 6.46$  (1-38) yıl, hasta ile günlük ortalama ilgilenme süresi  $5.97 \pm 2.58$  (2-14) saat olarak belirlenmiştir (Tablo 4.3).

- Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının ortalama yaşı  $44.93 \pm 12.66$  (18-88) yıl olarak belirlenmiştir (Tablo 4.3).

- Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin BVYÖ'den aldıkları puan ortalaması  $49.47 \pm 15.20$  (orta düzey)'dir. Bakım vericilerin BVYÖ'den en düşük puan 14, en yüksek ise 78 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.3).



- Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin ABDÖ-K'den aldıkları puan ortalaması  $48.87 \pm 9.74$  (orta düzey)'tür (Tablo 4.3).

- Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin ABDÖ-K'nin alt boyutlarından aldığı puan ortalamaları, “anlaşılabilirlik” alt boyutu için  $16.51 \pm 3.91$ , “yönetilebilirlik” alt boyutu için  $20.85 \pm 5.53$  ve “anamlılık” alt boyutu için ise  $11.51 \pm 2.78$  olarak belirlenmiştir (Tablo 4.3).

- Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin BVYÖ maddelerine verdiği cevaplardan aldığı toplam puan durumuna göre, bakım vericilerin %69.1'inin ( $38.8+30.3$ ) orta ve ağır bakım yükü yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.4).

- Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin %2.8'nin hasta bakımı ile ilgilenmekten hiç etkilenmediği belirlenmiştir (Tablo 4.4) .

- Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin ABDÖ-K maddelerine verdiği cevaplardan aldığı toplam puan durumuna göre, bakım vericilerin %87.6'sının ( $76.4+11.2$ ) orta ve yüksek aile bütünlük duygusuna sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5).

- Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin bakım verme yükünün onların aile bütünlük duygu düzeylerine göre değiştiği tespit edilmiştir ( $p < 0.001$ ). Aile bütünlük duygu düzeyi düşük olan bakım vericilerin ağır bakım yüküne, aile bütünlük duygusu yüksek olan bakım vericilerin çoğunlukla hafif bakım yüküne sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).

- Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin ABDÖ-K puan ortalamalarının eğitim durumu ( $p=0.030$ ) ve aile gelir durumu seviyesine ( $p=0.001$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7).

- Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri açısından ABDÖ-K alt grubu olan “anlaşılabilirlik” alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4.7).

- Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin ABDÖ-K alt grubu olan “yönetilebilirlik” puan ortalamalarının eğitim durumuna ( $p=0.030$ ), aile

gelir seviyesine ( $p=0.001$ ) ve çalışma durumuna ( $p=0.007$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7).

- Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin ABDÖ-K alt grubu olan “anamlılık” puan ortalamalarının aile tipine ( $p=0.023$ ), aile gelir seviyesine ( $p=0.002$ ) ve yaşadığı yere ( $p=0.036$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7).

- Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin BVYÖ puan ortalamalarının aylık gelir seviyesine göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p=0.014$ ) (Tablo 4.7).

- Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının ABDÖ-K puan ortalamalarının hastanın eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p=0.001$ ) (Tablo 4.8).

- Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının ABDÖ-K alt boyutu olan “anlaşılabilirlik” alt boyutu puan ortalamalarının hastanın eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p=0.003$ ) (Tablo 4.8).

- Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının ABDÖ-K alt boyutu olan “yönetilebilirlik” alt boyutu puan ortalamalarının hastanın eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p=0.002$ ) (Tablo 4.8).

- Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının ABDÖ-K alt boyutu olan “anamlılık” alt boyutu puan ortalamalarının hastanın eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p=0.008$ ) (Tablo 4.8).

- Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının BVYÖ puan ortalamalarının hastanın eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p=0.008$ ) (Tablo 4.8).

- BVYÖ toplam puanları ve ABDÖ-K toplam puanı arasında negatif yönde “orta” düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=.535$ ,  $p<0.001$ ) (Tablo 4.9).

- BVYÖ toplam puanı ile ABDÖ-K'nın “anlaşılabilirlik” ( $r=.429$ ), “yönetilebilirlik” ( $r=.529$ ) alt boyutları arasında negatif yönde “orta” düzeyde; “anamlılık” ( $r=.221$ ) alt boyutu arasında negatif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler belirlenmiştir (Tablo 4.9).

- BVYÖ toplam puanı ile hasta bakım süresi ( $r=.171$ ), hasta yaşı ( $r=.211$ ), hastalık süresi ( $r=.170$ ) arasında pozitif yönde “zayıf” düzeyde; aylık ortalama gelir ( $r=.213$ ) durumuyla negatif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır (Tablo 4.9).

- ABDÖ-K toplam puanı ile bakım vericilerin aylık ortalama geliri ( $r=.314$ ) arasında pozitif yönde “orta” düzeyde; hasta bakım süresi ( $r=.181$ ), hasta yaşı ( $r=.187$ ), hastalık süresi ( $r=.266$ ), günlük ilgilenme süresi ( $r=.214$ ) arasında negatif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır (Tablo 4.9).

- ABDÖ-K'nin alt boyutu olan “anlaşılabilirlik” ile aylık ortalama gelir ( $r=.159$ ) arasında pozitif yönde “zayıf” düzeyde; hasta bakım süresi ( $r=.159$ ) ve hastalık süresi ( $r=.247$ ) arasında negatif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır (Tablo 4.9).

- ABDÖ-K'nin alt boyutu olan “yönetilebilirlik” ile aylık ortalama gelir ( $r=.269$ ) ile pozitif yönde “zayıf” düzeyde; hasta bakım süresi ( $r=.133$ ), hasta yaşı ( $r=.154$ ), hastalık süresi ( $r=.178$ ), günlük ilgilenme süresi ( $r=.227$ ) arasında negatif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır (Tablo 4.9).

- ABDÖ-K'nin alt boyutu olan “anlamlılık” ile aylık ortalama gelir ( $r=.340$ ) arasında pozitif yönde “orta” düzeyde; hasta bakım süresi ( $r=.157$ ), hastalık süresi ( $r=.228$ ), günlük ilgilenme süresi ( $r=.169$ ) arasında negatif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır (Tablo 4.9).

- Şizofreni hastalarının yaşı ile hastanın hastalık süresi ( $r=.724$ ) arasında pozitif yönde “yüksek” düzeyde; bakım vericinin günlük ilgilenme süresi ( $r=.367$ ) arasında pozitif yönde “orta” düzeyde; bakım vericinin hasta bakım süresi ( $r=.355$ ) arasında pozitif yönde “orta” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır (Tablo 4.9).

- Şizofreni hastalarının hastalık süresi ile bakım vericilerin günlük ilgilenme süresi ( $r=.367$ ) ve bakım vericilerin hasta bakım süresi ( $r=.511$ ) arasında pozitif yönde “orta” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır (Tablo 4.9).

- Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının aylık ortalama geliri ile hastayla günlük ilgilenme süresi arasında negatif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $r=.254$ ) (Tablo 4.9).

- Bakıcı yaşı ile hasta bakım süresi arasında ise pozitif yönde “orta” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $r=.332$ ) (Tablo 4.9).

- Araştırmada şizofreni hastalarının bakım vericilerinin aile bütünlük duygusu üzerine bakım vericinin aylık ortalama geliri pozitif etki yaparken, hastaya bakım süresinin negatif etki yaptığı belirlenmiştir. Başka bir ifadeyle bakım vericinin aylık ortalama geliri arttıkça, aile bütünlük duygusu puanı artmakta, hastaya bakım verme süresi arttıkça aile bütünlük duygusu puanı azalmaktadır (Tablo 4.10).

- Araştırmada şizofreni hastalarının bakım vericilerinin bakım yükü üzerine hastanın yaşı pozitif etki yaparken, bakım vericinin aylık ortalama gelirinin negatif etki yaptığı belirlenmiştir. Başka bir ifadeyle hastanın yaşı arttıkça bakım yükü puanı artmakta, bakım vericinin aylık ortalama geliri arttıkça bakım yükü puanı azalmaktadır (Tablo 4.10).

## 6.2. Öneriler

- Psikiyatri kliniklerinde ya da Toplum Ruh Sağlığı Merkez’lerinde çalışan psikiyatri hemşirelerin özellikle kronik bir psikiyatrik bir bozukluk olan şizofreninin hasta yakınlarına bakım yükü getirdiğinin farkında olmalı, hasta ve hasta yakınına bütüncül şekilde ele alarak, ailelere ve hastalara destek vermeleri önemlidir.

- Şizofreni hastalarına bakım verenlerin eğitim düzeylerinin artırılması,

- Şizofreni hastalarına bakım verenlerin gelir durumlarının iyileştirilmesi için girişimlerde bulunulması,

- Şizofreni hastalarına bakım verenlerin bakım yüklerinin ortalamanın üzerinde olduğu belirlenmiş olup, bakım yükünü azaltacak psikolojik, sosyal, ekonomik kaynakların harekete geçirilmesi, gelir durumunun ve eğitim durumlarının iyileştirilmesi, aile bütünlük duygusunun iyileştirilmesi, bakım vericinin hastaya bakım verme süresinin azaltılması ya da bakım vericilerin belli süre sonra değiştirilmesi,

- Aile bütünlük duygu düzeyi düşük olan bakım vericilerin ağır bakım yüküne sahip olduğu ve bakım yükünün azaltılması için hastalığın “anlaşılabilirlik”, “yönetilebilirlik”, “anlamlılık” boyutlarının iyileştirilmesi,

- ABDÖ-K ölçeğinin “anlaşılabilirlik” inin yüksek düzeyde olmasının önemli olduğu, bakım vericiyi hastalık ve bakım sürecinin iyileştirilmesi için çözüm bulma arayışlarına (kendi kendine yardım arama gruplarına katılma, ...) yönlendirdiği, dolayısıyla bakım vericilere hastalığın etiyojisi, hastalık süreci ile ilgili düzenli eğitimlerin verilmesi, hastanın eğitim ve düzeyinin iyileştirilmesi,

- ABDÖ-K ölçeğinin “yönetilebilirlik”, boyutlarının iyileştirilmesinin önemli olduğu, dolayısıyla bakım vericilere sorunlarıyla başa çıkma biçimlerini, iç ve dış kaynaklarının etkili ve yeterli kullanımlarını arttıran eğitim ve müdahaleler yapılması, hastanın eğitim ve gelir düzeyinin iyileştirilmesi, bakım süresi ve günlük ilgilenme süresinin azaltılması,

- ABDÖ-K ölçeğinin “anlamlılık” boyutlarının iyileştirilmesinin önemli olduğu, dolayısıyla bakım vericilerin hastalık ve hastalık sürecini anlamlandırmasına, yeterli düzeyde bakım vermenin sürdürülmesi için motivasyonunun sürekli olarak yüksek tutulması, yaşadığı yerin, gelir durumunun iyileştirilmesi, aile birliği (çekirdek, geniş aile..) nin sürdürülmesine yönelik uygulamaların yapılması, bakım süresi ve günlük ilgilenme süresinin azaltılması,

- Psikiyatri hemşirelerinin şizofreni hastalarının bakım vericileri ile sürekli paylaşım içinde olması ve aile bütünlüğünü sürdürmelerine destek olması,

- Psikiyatri hemşirelerinin, hasta ve ailesinin paylaşımlarının, birbirleriyle geçirdikleri sürenin kalitesini arttırmada rehberlik etmesi, bu şekilde aile bütünlüğüne katkı sağlaması,

- Gelecekte psikiyatri hemşirelerinin şizofreni hastalarının aile bütünlüğünü arttıracak ve bakım yükünü azaltacak müdahale çalışmaları planlaması,

- Psikiyatri hemşirelerinin şizofreni hastalarının aile bütünlüğünü olumsuz etkileyen durumları gözlemlemesi, erken tanınması ve ailelerin bütünlüğünün korunması için ailelerin baş etmelerini desteklemeleri önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

Amell RC, Cobo J, Castanyer MM, Gomez NG. (2017). Gender and other factors influencing the burden of care in relatives of people diagnosed with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *International Journal of Culture and Mental Health*, 11(4), 638-652.

Anderson KH. (1998). The relationship between family sense of coherence and family quality of life illness diagnoses: Collective and consensus views. *Journal of American psychiatry*, 32, 169-187.

Antonovsky A, Sourani T. (1988). Family sense of coherence and family adaptation. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 79-82.

Arslantaş H, Adana F. (2011). Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel yaklaşımlar*, 3(2), 251-277.

Arslantaş H, Adana F. (2012). Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin yük algısını ve duygu dışavurumunu etkileyen etmenler. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 13,8-15.

Arslantaş H. (2018). Psikiyatri hastalarının bakım vericilerinde yük ve baş etme stratejileri *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing Special Topics*, 4(1), 39 – 47.

Atagün Mi, Balaban ÖD, Atagün Z, Özpolat AY. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel yaklaşımlar*, 3(3), 513-552.

Aydın A, Eker SS, Cangür Ş, Sarandöl A, Kırılı S.(2009). Şizofreni hastasına bakım verenlerin külfet düzeyinin sosyo-demografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşiv Dergisi*, 46, 10-14.

Bademli K, Duman ZÇ. (2011). Şizofreni hastalarının bakım verenlerine uygulanan aileden aileye destek programları: Sistemik derleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(4), 255-265.

Bademli K, Duman ZÇ. (2013). Şizofreni hastalarının bakım verenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 461-478.

Bademli K, Keser İ, Lök N, Acar G, Kılıç AK, Güvendiren H. ve ark. (2016). Şizofreni hastalarının ve bakım verenlerinin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(1), 1-7.

Bag B. (2017). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinde salutogenez modeli. *Psikiyatride Güncel yaklaşımlar*, 9(3), 284-300.

Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. (2011). Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(1), 40-52.

Büyüköztürk Ş (2007). Veri Analizi El Kitabı İstatistik, Araştırma Deseni, SPSS Uygulamaları ve Yorum (7. bs). Ankara : Pegem A Yayıncılık. S:32.

Caqueo-Urizar A, Miranda-Castillo C, Lemos Giraldez S, Lee Maturana SL, Ramirez Perez M, Mascayana Tapia F. (2014). An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. *Psicothema*, 26, 235-243.

Chan SW. (2011). Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Archieve Psychiatric Nursing*, 25,339-349.

Chan KY,Zhao F,Meng S,Demaio A,Reed C,Theodoratoy E ve ark. (2015). Prevalence ot schizophrenia in China between 1990 and 2010. *J Glob Health*, 5(1), 1-8.

Chen L, Zhao Y, Tang J, Jin G, Liu Y, Zhao X. (2019). The burden, support and needs of primary family caregivers of people experiencing schizophrenia in Beijing communities: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 19, 1-10.

Chou KR. (2000). Caregiver burden: Aconcept analysis.*Journal Psiciatric Nursing*, 15, 398-407.

Cingil D. (2003). Aile İçi Bakım Vericileri Eğitimcinin Bağımlı Yaşlıların Evde Bakım Kalitesine Etkisi. Yüksek lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.

Clarck JA, Weber KA. (1997). Challenges and choices: Elderly caregiving. Erişim: 25.05.2019 [http:// muextension.missouri.edu.tr](http://muextension.missouri.edu.tr).

Çam O, Engin E (2014). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı (1 bs.). İstanbul: Medikal Yayıncılık. S: 245-300.

Çeçen AR. (2007). Aile bütünlük duygusu ölçeği (ABDÖ – K) kısa formunun Türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 7(3), 1199-1220.

Çeçen AR. (2008). Üniversite öğrencilerinde yaşam doyumunu yordamada bireysel bütünlük (tutarlılık) duygusu, aile bütünlük duygusu ve benlik saygısı. *Eğitimde Kuram ve Uygulama*, 4(1), 19-30.

Çetin N, Demiralp M, Oflaz F. Özşahin A. (2013). Şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışa vuran duygu durumu ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, 19-26.

Donyağı ND. (2016). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine Devam Eden ve Devam Etmeyen Şizofreni Hastalarında Aile Yükünün İncelenmesi. Yüksek lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.

Durat G, Atmaca GD, Açıl HC, Oksal HA.(2016). Şizofreni hastası olan hasta yakınlarının şizofreniye ilişkin tutumları. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38,1-8.

Durmaz H. (2011). Şizofreni Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Öz etkililik Düzeylerinin Bakım Yüküne Etkisinin İncelenmesi. Yüksek lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

Dülgerler Ş.(2004). Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psikoeğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

Ebrinç S, Çetin M, Başoğlu C, Ağargün MY, Seçil M, Can S ve ark. (2001). Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışavurumunun incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(1), 5-14.

Edwards S. (2006). Physical exercise and psychological well-being. *South African Journal of Psychology*, 36, 357 - 373.



Eren K. (2006). Şizofreni ve Cinsiyet Farklılıkları. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Eriksson M, Lindstrom B, Lilyaj. (2007). A sense of coherence and health: salutogenesis in a societal context: Aland , a special case?. *Journal Epidemiol Community Health*, 61, 684-688.

Ganguly KK, Chaddha RK, Singh TB. (2010). Caregiver burden and coping in schizophrenia and bipolar disorders: A qualitative study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13, 126-142.

Güleç H. (2009). Psikiyatride psikometri! Temel Kavramlar. *Psikiyatride Güncel yaklaşımlar*, 1, 175 – 186.

Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı AE, Çubukçuoğlu Z ve ark. (2010). Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(3), 203-212.

Gülseren L.(2002). Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 143-151.

Gültekin BK, Güler J, Kesebir S, Gülücü A, Ergelen M. (2013). Şizofreni hastalarında tekrarlayan yatış sıklığı ve öngörücüleri. *Klinik Psikiyatri*, 16, 225-231.

Gümüş AB. (2006). Şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 33-42.

Hallaç S, Öz F. (2014). Aile kavramına kuramsal bir bakış. *Psikiyatride Güncel yaklaşımlar*, 6(2), 142-153.

Hanzawa S, Bae JK, Tanaka H, Bae YJ, Tanaka G, Inadomi H ve ark. (2010). Caregiver burden and coping strategies for patients with schizophrenia: comparison between Japan and Korea. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 45, 275-283.

Harmancı P, Duman ZÇ. (2016). Şizofreni hastalarına bakım verenlerin yükleri ve ruhsal sağlık durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7(2), 82-86.

Hor K, Taylor M. (2010). Suicide and schizophrenia! A systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psycho pharmacology*, 24, 81-90.

Hou SY, Ke CK, Su YC, Lung FW, Huang CJ. (2008). Exploring to burden of the primary family caregivers of schizophrenia patients in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 508-514.

Hsiao CY, Tsai YF. (2015). Factors of caregivers burden and family functioning among Taiwanese family caregivers living with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1546-1556.

İnan FŞ, Duman ZÇ. (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 FH, Erdem M. (2008). Bakım verme yükü ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 11, 85-95.

İnci FH. (2006). Bakım Verme Yükü Ölçeği' nin Türkçe' ye Uyarlanması. Geçerlilik ve Güvenilirliği. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Denizli.

Karaağaç H, Var EÇ. (2019). Şizofreni hastalarına bakım verenlerin bakım yüklerinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22(1), 16-26.

Karahan A, Güven S. (2002). Yaşlılıkta evde bakım. *Geriatri*, 5(4), 155-159.

Karancı N. (2000). Şizofreni hasta yakınlarının dünyası: Nedensel atıflar, yükler, umutlar. *Şizofreni Yazıları*, 2, 6-12.

Karayazgan S. (2013). Şizofreni hastalarına bakım verenlerin aktivite, aktivite performansı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 11(4), 85-95.

Kasuya RT, Polgar-Bailey P, Takeuchi R. (2000). Caregiver burden and burnout. Guide for primary care physicians. *Postgraduate Medicine*, 108(7), 119-123.

Kocal Y, Karakuş G, Sert D. (2017). Şizofreni Etiyoloji, Klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2), 251-267.

Köroğlu A, Hocaoğlu Ç. (2017). Şizofreninin aile üzerine olan etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 170-175.

Köroğlu E. (2004). PsikoNozoloji: Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Ankara: Hekimler yayın Birliği S:10-23.

Lauber C, Eichenberg A, Luginbühl P, Keller C, Rössler W. (2003). Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *European Psychiatry*, 18, 285-289.

Lauber C, Keller C, Eichenberger A, Rössler W. (2005). Family burden during exacerbation of schizophrenia: quantification and determinants of additional costs. *International Journal Social Psychiatry*, 51(3), 259-264.

Li J, Lambert CE, Lambert VA. (2007). Predictors of family caregivers' burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the People's Republic of China. *Nursing and Health Sciences*, 9, 192-198.

Lively S, Friedrich RM, Rubenstein L. (2004). The effect of disturbing illness behaviors on siblings of persons with schizophrenia. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 10(5), 222-232.

Lorenz R. (2005). Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits und Pflegewissenschaftler. München: Ernst Reinhardt Verlag. S:8-24.

McCubbin HI, Thompson AL, Thompson EA, Elver KM, McCubbin MA. (1998). Ethnicity, schema, and coherence: Appraisal processes for families in crisis. London: Sage. S:41-67.

Mizuno E, Iwasaki M, Sakai I, Kamizawa N. (2012). Sense of coherence and quality of life in family caregivers of persons with schizophrenia living in the community. *Archives Psychiatric Nursing*, 26, 295-306.

Nguyen – Michel ST, Vinger JB, Hamilton J, Spruijt – Metz D. (2006) Associations between physical activity and perceived stress / hassles in college students. *Stress Health*, 23, 331 – 341.

Naheed M, Akter KA, Tabassum F, Mawla R, Rahman M. (2012). Factors contributing the outcome of schizophrenia in developing and developed countries: A brief review. *International Current Pharmaceutical Journal*, 1(4), 81-85.

Olsson M, Hansson K, Lundblad A, Cederblad M. (2006). Sense of coherence definition and explanation. *International Journal of Social Welfare*, 15, 219-229.

Öksüz Y. (2012). Üniversite öğrencilerinin özerklik düzeyleri ile vücut algıları arasındaki ilişki. *Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi*, 28, 69-77.

Özburun N. (2018). Derleme: Genel sistem teorisinden etkilenen aile terapisi modellerinin karşılaştırılması. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 1(2), 172-188.

Özçelik EK, Yıldırım A. (2018). Schizophrenia patients family environment, internalized stigma and quality of life. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(2), 80-87.

Öztürk O, Uluşahin A. (2007). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (11. bs. ). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri. S:545-610

Pisula E, Kossakowskan Z. (2010). Sense of coherence and coping with stress among mothers and fathers of children with autism. *Journal of Autism and Development Disorders*, 40(12), 1485 – 1494.

Pitschel – Walz G, Leucht S, Baum, Kissling W, Engel RR. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: A meta analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27(1), 73-92.

Provencher HL, Mueser KT. (1997). Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 26(1), 71-80.

Rhee TG, Rosenheck RA. (2019). Does improvement in symptoms and quality of life in chronic schizophrenia reduce family caregiver burden?. *Psychiatry Research*, 1, 402-404.

Sadock BJ, Sadock VA. (2016). Kaplan 8 Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri (A. Bozkurt Çev.). İstanbul: Güneş Kitapevi. (1992). S:1329-1512.

Sagy S, Dotan N. (2001). Coping resources of maltreated children in the family: A salutogenic approach. Child abuse and neglect. *The International Journal*, 25(11), 1463-1480.

Sagy S. (1998). Effects of personal, family and community characteristics of emotional reactions in a stress situation: The Golan Heights Negotiations. *Youth and Society*, 29, 311-329.

Sales E. (2003). Family burden and quality of life. *Qual Life Res*, 12, 33-41.

Shamsaei F, Cheraghi F, Bashirian S.(2015) Burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia. *Iran Journal Psychiatry*,10(4),239-245.

Simeone JC, Ward AJ, Rotella P, Collins J, Win disch R. (2015) An evaluation of schizophrenia prevalence from 1990-2013: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*, 15, 2-14.

Souza ALR, Guimaraes RA, Vilela DA, Asis RM, Oliveira LMAC, Souza MR ve ark. (2017). Factor associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders:a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 17, 353-363.

Taktak Ş, Erkıran M, Karşıdağ Ç, Özeren M, Alpay N. (2000). Şizofren olgularda aile işlevselliğinin algılanması, sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilişkisi üzerine bir çalışma. *Düşünen Adam*, 13(4), 196-203.

Talwar P, Matheiken ST. (2010). Caregivers in schizophrenia: A cross cultural. *Indian Journal Psychological Medicine*, 32 1, 29-33.

Taş S, Buldukoğlu K. (2015). Şizofreni hastalarının taburculuk sonrası erken dönemde öz-bakım gücü ve bakım gereksinimleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(1), 11-22.

Tsui MCM, Tsong HWH. (2017). Views of people with schizophrenia and their caregivers towards the needs for psychiatric rehabilitation in urban and rural areas of mainland China. *Psychiatry Research*, 258, 72-77.

Tsuno YS, Yamazaki Y. (2012). Relationship among sense of coherence resources, and mental health in urban and rural residents in Japan *BMC Public Health*, 12, 1107-1205.

Türk Dil Kurumu Erişim: 30.05.2019, <http://sozluk.gov.tr>.

Tüzer V, Zincir S, Baştezi AD, Aydemir Ç, Kısa C, Göka E. (2003). Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duygu dışavurumunun değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 6, 198-203.

Vidal ML, Cartes MJ, Valero J, Gutierrez Zotes A, Labad A. (2008). Family environment and expressed emotion in patients with schizophrenia or other psychoses and in their first – degree relatives. *Actas Esp Psiquiatr*, 36(5), 271-276.

Wickens L, Greeff A. (2005). Sense of family coherence and the utilization of resources by first – year students. *American Journal of Family Therapy*, 33(5), 427-441.

Wong DFK, Lam AYK, Chan SK, Chan SF. (2012). Quality of life of caregivers with relatives suffering from mental illness in Hong Kong: roles of caregiver characteristics, caregiving burdens, and satisfaction with psychiatric services. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 1-9.

Yavaş AG. (2013). Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Sağlık Eğitimi Gereksinimleri İle Bakım Yükleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

Yıldırım A, Buzlu S, Hacıhasanoğlu R, Camcıoğlu TH, Erdiman S, Ekinci M. (2013). Şizofreni hastalarının ailelerine uygulanan aileden aileye destek programının hastalık hakkında bilgi, aile yükü ve öz yeterlilik üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24, 1-7.

Yıldız M, İncedere A, Kiras F, Abut FB, Kırçalı A, İpçi K.(2018). Development of self-stigma inventory for families of the patients with schizophrenia (SSI-F): validity and reliability study. *Psychiatry and Clinical Psychopathology*, 1, 1145-1152.

Yıldız M, Tural Ü, Kurdoğlu S, Önder ME. (2003). Şizofreni rehabilitasyonunda aile ve gönüllülerle yürütülen bir kulüp-ev denemesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(4), 281-287.

Yıldız M, Yazıcı A, Çetinkaya Ö, Bilici R, Elçim R. (2010). Şizofreni hastalarının yakınlarının hastalıkla ilgili bilgi ve görüşleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(2), 105-113.

Yıldız M, Yazıcı A, Ünal S, Aker T, Özgen G, Emekçi H ve ark. (2002). Şizofreninin ruhsal toplumsal tedavisinde sosyal beceri eğitimi. Belirtilerle başetme ve ilaç tedavisi yaklaşımının Türkiye’de çok merkezli bir uygulaması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13, 41-47.

Yu Y, Liu ZW, Zhou W, CheN XC, Zhang XY, Hu M. (2018). Assessment of burden among family caregivers of schizophrenia: psychometric testing for short-form zarit burden interviews. *Frontiers in Psychology*, 9, 1-11.

Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J.(1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20, 649-655.

## EKLER

### Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

- 1) Hastaya yakınlık dereceniz?1)Eş 2)Evlat3)Anne 4)Baba 5) Bakıcı 6) Diğer.....
- 2) Yaş: .....
- 3) Cinsiyet: 1) Kadın 2) Erkek
- 4) Medeni Durum: 1) Evli 2) Bekar 3) Dul 4) Boşanmış
- 5) Aile Tipi: 1) Çekirdek Aile 2) Geniş Aile 3) Parçalanmış Aile
- 6) Çocuğunuz var mı? 1) Var (sayısı ..... ) 2) Yok
- 7) Eğitim Durumu:1)Okur-yazar değil 2)Okur-yazar 3)İlköğretim 4)Lise  
5) Üniversite
- 8) Algılanan Aylık Gelir Durumu: 1) İyi 2) Orta 3) Düşük
- 9) Aylık Ortalama Gelir Miktarı.....
- 10) Çalışma Durumu: 1) Çalışıyorum.  
2) Çalışıyordum ayrıldım (nedeni.....)  
3) Çalışmıyorum  
4) Diğer.....
- 11) Sosyal Güvence: 1) Var 2) Yok
- 12) Yaşadığınız yer: 1) İl 2) İlçe 3)Köy
- 13) Hasta ile birlikte mi yaşıyorsunuz? 1) Evet 2) Hayır
- 14) Ne kadar süredir hastanıza bakım veriyorsunuz?.....
- 15) Hastanızla günde ortalama kaç saat ilgileniyorsunuz?.....
- 16) Sizin dışınızda hastanızın bakımında size yardımcı olan kişi/kişiler var mı?  
1)Var (.....) 2)Yok



## HASTA İLE İLGİLİ BİLGİLER

- 1) Yaşı:                      2) Cinsiyeti : 1) Kadın   2) Erkek                      3) Tanısı:.....
- 4) Hastalık Süresi:.....
- 5) Medeni durumu 1) Evli   2) Bekar   3) Dul   4) Boşanmış
- 6) Eğitim Durumu: 1) Okur-yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlköğretim 4) Lise
- 5) Üniversite
- 7) Çalışma Durumu: 1) Çalışıyor. 2) Çalışıyordu ayrıldı (nedeni.....)
- 3) Çalışmıyor   4) Diğer.....



## Ek 2. Aile Bütünlük Duygusu Ölçeği Kısa Formu (ABDÖ-K)

1 – Ailenizde olup bitenleri etkileyebileceğiniz hissine ne derece sahipsiniz?

1 2 3 4 5 6 7  
Çok sık Nadiren veya  
Hiç bir zaman

2- Bütün aile üyelerinin iş birliği gerektiren bir şeyler yapmak zorunda olduğunuzda, o işin yapılabilmesine ilişkin duygularınız;

1 2 3 4 5 6 7  
Kesinlikle Kesinlikle  
yapılırdı yapılmazdı

3- Şimdiye kadar aile yaşamının;

1 2 3 4 5 6 7  
Çok belirgin hedefleri, Belirgin hedefleri ve amaçları  
amaçları olmuştur olmamıştır.

4- Aile kurallarının sizin için ne derece açık ve net olduğuna ilişkin hissettikleriniz?

1 2 3 4 5 6 7  
Aile kuralları benim için hiç Aile kuralları benim için çok  
açık ve net değil açık ve net

5- Aileniz zor bir sorunla yüz yüze geldiğinde bir çözüm yolu bulma konusunda genellikle hissettikleriniz;

1 2 3 4 5 6 7  
Aile içerisinde çözüm bulmak Aile içerisinde çözüm bulmak  
her zaman utanç verici, zor ve hemen her zaman tamamen  
karışıktır açıktır.

6- Aile yaşamınız size;

1 2 3 4 5 6 7  
Tamamen Tamamen ilginçliklerle dolu  
monoton görünüyor.

7- Gelecek beş yıl içerisinde ( normal koşullarda ) ailenizde neler olabileceğine ilişkin beklentileriniz?

1 2 3 4 5 6 7  
Ailemin geleceğinin ne Ailemin geleceği tamamen açık  
olacağı konusunda fikrim yok ve belirlidir.

8- Aileniz tarafından size adil olmayan bir şekilde davranıldığı ile ilgili duygulara sahip misiniz?

1 2 3 4 5 6 7  
Çok nadiren veya hiç Çok sık

9- Aileniz hakkında düşündüğünüzde kendinize sık sık;

1 2 3 4 5 6 7  
Kendi kendinize neden varlar Onlarla yaşamamın ne kadar  
diye sorarsınız harika olduğunu hissedersiniz

10- Aile içerisindeki rolünüz çerçevesinde yaptığınız işleri yerine getirmek

1 2 3 4 5 6 7  
Çok derin bir haz ve doyum Sıkıntı ve acı  
kaynağı kaynağı

11- Ailenizde kesin olarak neler olacağını bilememe hissine ne derece sahipsiniz?

1 2 3 4 5 6 7  
Sık sık Çok nadiren

12- Ailenizde çok güvendiğiniz birinin sizi hiç hayal kırıklığına uğrattığı oldu mu?

1 2 3 4 5 6 7  
Hiç olmadı Her zaman oldu

### Ek 3. Bakım Verme Yüğü Ölçeği

**Açıklama:** Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

2. Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

3. Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

7. Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

### Ek 3. Bakım Verme Yüğü Ölçeği (Devam)

10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığınızı bozduğunu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

12. Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

16. Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdürmeyeceğinizi hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

### Ek 3. Bakım Verme Yüğü Ölçeği (Devam)

20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?

0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı



#### **Ek 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu**

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Aile Bütünlüğü Duygusu ve Bakım Yükünün Belirlenmesidir. Bu araştırmanın amacı şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım yükü ile aile bütünlüğü duygusunun belirlenmesi ve ilişkilerinin araştırılmasıdır. Bu çalışmada size anket uygulaması yapılacaktır. Bu çalışmada yer almanız öngörülen süre 1 Haziran 2018 – 1 Ekim 2018 tarihleri arasındadır.

Bu araştırma ile ilgili olarak anketi cevaplamak sizin sorumluluğunuzdadır. Bu çalışmada sizin için bilgilerinizin gizlenmemesi, bilgilerinizin araştırma amacı dışında kullanılması gibi riskler ve rahatsızlıklar söz konusu değildir. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05071503049 no.lu telefondan Zübeyde NERGİZ'e başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Ayrıca, bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu çalışma araştırmacılar tarafından desteklenmektedir.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dâhilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi çalışmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

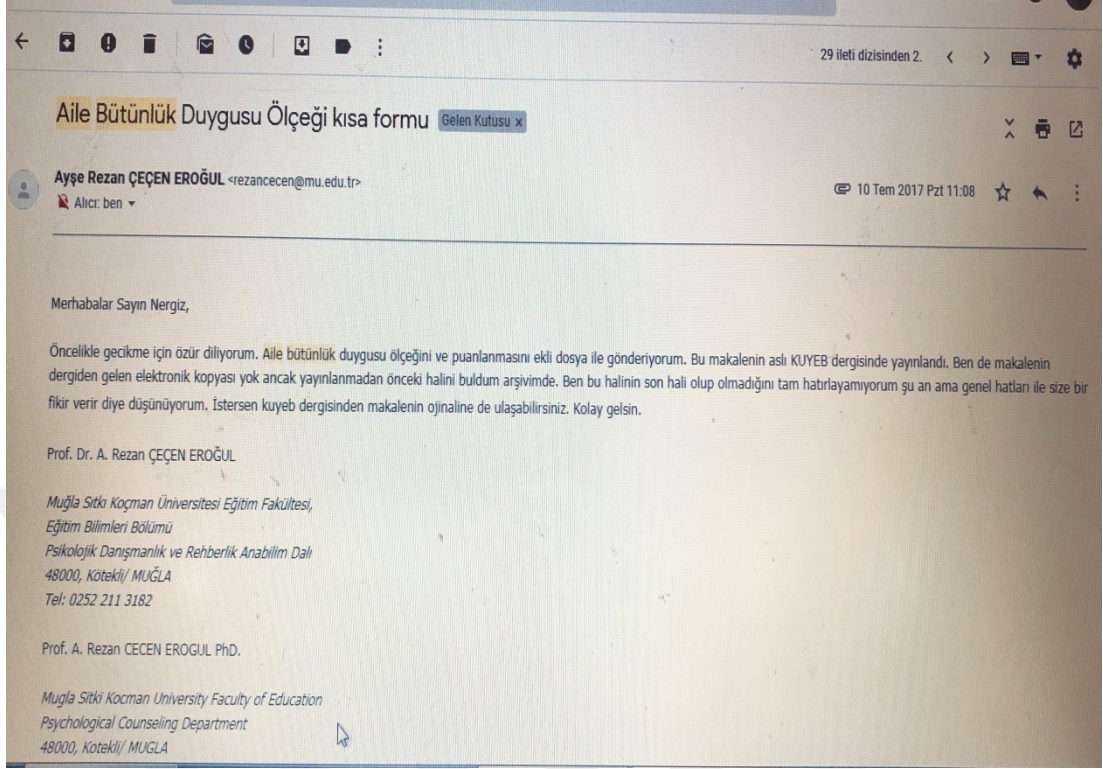
#### **Ek 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu (Devam)**

##### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

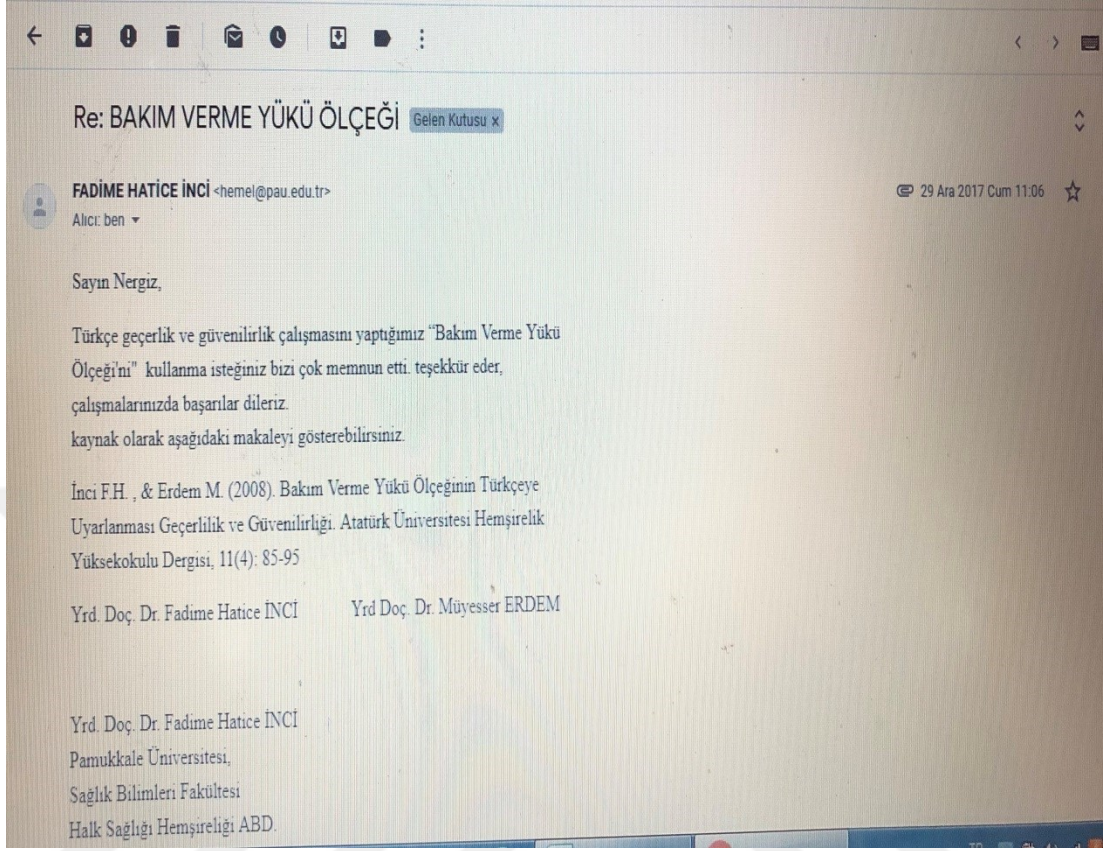
Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

## Ek 5. Aile Bütünlük Duygusu Ölçeği Kısa Formu (ABDÖ-K) İzin Yazısı





## Ek 6. Bakım Verme Yüğü Ölçeği İzin Yazısı



## Ek 7. Kurum İzni

UNVAN	AD/SOYAD	ÇALIŞTIĞI KURUM	ARAŞTIRMA YAPILACAK KURUM	ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI TARİH	ARAŞTIRMA KONUSU
	Zübeyde NERGİZ	Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü	-Ordu Devlet Hastanesi -S.B.Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi	01/06/2018 01/10/2018	Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerinin Aile Bütünlük Duygusu ve Bakım Yükünün Belirlenmesi

Yukarıdaki tabloda adı geçen çalışma; anket veya çalışmaya katılanların gönüllülük esasına göre katılmalarının sağlanması, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen göstermek suretiyle çalışma sonunda edinildiği verilerin Müdürlüğümüz bilgi dışında ilan edilmemesi ve etik kurul raporu alındıktan sonra çalışmaya başlanması şartıyla **18/05/2018** tarih 34989324/**E.923** sayılı yazı ve ekinde bulunan Bilimsel Araştırma Çalışmaları Başvuru Formundaki bilgilere istinaden uygun görülmüştür. ..../.../20...


Uzm.Dr. Mesut SAKA  
BAŞKAN  
Uygundur/Uygun-Değildir.

Uzm.Dr.Arzu SÜMER ORTAÇ  
BAŞKAN YARDIMCISI  
Uygundur/Uygun-Değildir.

Uzm.Dr.Özür AYDIN  
BAŞKAN YARDIMCISI  
Uygundur/Uygun-Değildir.

.../.../2018  
Dr.Ergün YANMAZ  
İl Sağlık Müdürü  
Uygundur/Uygun Değildir.


## Ek 7. Kurum İzni (Devam)



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.  
ORDU VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

ORDU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ORDU HASTANE  
HİZMETLERİ BİRDİM  
23/05/2018 16:55 - 66501263 - 772.99 - E 421



00069672141

Sayı : 66501263-772.99  
Konu : Araştırma İzni  
(Zübeyde NERGİZ)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi :Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinin 18/05/2018 tarihli ve E.923 sayılı yazısı.

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Zübeyde NERGİZ'in "*Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerinin Aile Bütünlük Duygusu ve Bakım Yükünün Belirlenmesi*" konulu çalışmasının sağlık tesisinizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, yapılacak çalışma sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi ve etik kurulu raporu alındıktan sonra çalışmaya başlanması şartıyla uygun görülmüş olup, alınan komisyon kararı yazımız ekinde sunulmuştur.Yapılacak çalışmaya gerekli desteğin verilerek kolaylık sağlanması hususunda;

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.  
Uzm.Dr.Mesut SAKA  
Başkan

**Ek:**  
1-Komisyon Kararı ve İşbirliği Protokolü (2 Sayfa)

**Dağıtım:**  
Ordu Devlet Hastanesi  
S.B.Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi

---

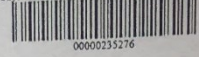
Bucak Mah. İbni Sina Cad. No:18  
Faks No:  
e-Posta:ozge.celebi@saglik.gov.tr İnt.Adresi: ozge.celebi@saglik.gov.tr

Bilgi için:ÖZGE ÇELEBİ  
Unvan:Veri Giriş Personeli  
Telefon No:04522231429-184

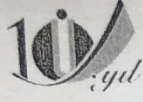
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 88b97a38-634a-4e6b-9504-725ffd962111 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## Ek.8. Etik Kurul Onayı

Ordu Üniversitesi - Ordu Üniversitesi  
Rektörlüğü - Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Müdürlüğü  
12.06.2018 10:49  
Sayı: 91120269-500-E-00000235276



00000235276



**ORDU  
ÜNİVERSİTESİ**

T.C.  
**ORDU ÜNİVERSİTESİ**  
**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI**

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
07/06/2018	13	15.30	2018-137

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KARATAŞ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

**KARAR NO: 2018/ 137**

Sorumlu yürütücü Dr. Öğr. Üyesi Nevin GÜNAYDIN'ın KAEEK 130 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu "*Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerinin Aile Bütünlüğü Duygusu ve Bakım Yükünün Belirlenmesi*" başlıklı araştırmasının etik ilke ve kurallara uygunluk açısından yapılabilirliğine ve konunun ilgili öğretim üyesine tebliğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-imzalıdır

**Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KARATAŞ**  
Ordu Üniversitesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Evrakin elektronik imzalı suretine <https://e-belge.odu.edu.tr/> adresinden 0ebc119c-087c-47a9-b997-a3cc95c314f1 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı** : Zübeyde NERGİZ

**Doğum Yeri** : Samsun

**Doğum Tarihi** : 14.01.1988

**Yabancı Dili** : İngilizce

**E-posta** : nergiz.zubeyde@gmail.com

**İletişim Bilgileri** : T.C. Sağlık Bakanlığı Samsun-Çarşamba Devlet Hastanesi

### Öğrenim Durumu :

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	Hacettepe Üniversitesi	2005-2010
Y. Lisans	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı	Ordu Üniversitesi	2015-2019

### İş Deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	T.C. Sağlık Bakanlığı Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2011-2018
Hemşire	T.C. Sağlık Bakanlığı Samsun-Çarşamba Devlet Hastanesi	2018-