

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

**PSİKİYATRİ HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN  
OTOMATİK DÜŞÜNCELERİ İLE BAKIM YÜKÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**İnci İNCELEME**

**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA**

**2018**

T.C.  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PSİKİYATRİ HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN  
OTOMATİK DÜŞÜNCELERİ İLE BAKIM YÜKÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin  
Psikiyatri Hemşireliği Programı  
için öngördüğü

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI  
Doç.Dr. Çiğdem YÜKSEL

ANKARA

2018

## ONAY


İNCELEME tarafından hazırlanan " PSIKIYATRI HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN OTOMATİK DÜŞÜNCELERİ İLE BAKIM YÜKÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ." adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / ~~OY ÇOKLUĞU~~ ile Gülhane Sağlık Bilimleri Üniversitesi PSIKIYATRI HEMŞİRELİĞİ Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

  
Danışman: DOÇ. DR. ÇİĞDEM YÜKSEL  
PSIKIYATRI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM  
DALI, SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ


Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~

  
Başkan : DOÇ. DR. ÇİĞDEM YÜKSEL  
PSIKIYATRI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM  
DALI, SAĞLIK BİLİMLERİ  
ÜNİVERSİTESİ

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~

  
Üye : DR. ÖGR. ÜYESİ DİDEM AYHAN, RUH  
SAĞLIĞI VE PSIKIYATRI HEMŞİRELİĞİ,  
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~

  
Üye : DR. ÖGR. ÜYESİ EMİNE OKSÜZ,  
PSIKIYATRI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM  
DALI, SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~

Tez Savunma Tarihi: 04 / 06 / 2018

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

  
Prof. Dr. ÖMER ARZAL  
Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim dönemim süresince emeği geçen danışmanlığını, yardım ve desteğini esirgemeyen çok kıymetli hocam Doç.Dr. Celale Tangül Özcan'a,

Tez sürecim boyunca bilgisi, sabrı, güler yüzü ve anlayışı ile desteğini esirgemeyen çok kıymetli hocam, tez danışmanım Doç.Dr. Çiğdem Yüksel'e,

Tez sürecim esnasında değerli bilgileri ve önerileri ile katkıda bulunan Dr.Öğr. Üyesi Didem Ayhan'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca yanımda olan bilgi ve desteklerini esirgemeyen hocalarım ve çalışma arkadaşlarıma,

Çalışmama katılmayı kabul eden ve beni sabırla dinleyen hasta yakınlarına,

Her koşulda yanımda olan, bana güç veren desteklerini her zaman hissettiğim canım aileme çok teşekkür ederim.

**İnci İNCELEME**

**Ankara 2018**

## ÖZET

**İnci İNCELEME, “Psikiyatri Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Otomatik Düşünceleri İle Bakım Yükü Arasındaki İlişki.” Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018.**

Bu araştırma, psikiyatri hastalarına bakım veren aile üyelerinde otomatik düşünceleri ve bakım yükü arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılmış olup, kesitsel ve tanımlayıcı-ilişki arayıcı bir araştırmadır. Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğine Ocak 2017-Mayıs 2017 tarihleri arasında başvuran 205 hastanın bakım veren aile üyelerine literatür doğrultusunda hazırlanan Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu, Geliştirilmiş Otomatik Düşünceler Ölçeği (G-ODÖ) ve Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği (HYDÖ) uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ve istatistiksel analizlerinde SPSS 20.0 paket programı kullanılmıştır.

Hastaların yaş ortalamaları  $35,92\pm 15,03$  olup, çoğunluğu lise mezunu, bekâr ve erkek bireylerden oluşmaktadır. 18-30 yaş aralığında olan, cinsiyeti erkek olan, hastalanmadan önce çalışan, ilaçlarını düzenli almayan ve kontrollerine düzenli devam etmeyen hastaların bakım verenlerinde bakım yükü düzeyi daha yüksek bulunmuştur.

Bakım veren aile üyelerinin yaş ortalaması  $46,51\pm 13,97$  olup, çoğunluğu evli, ilkökul mezunu, kadın bireylerdir. Bekâr, gelir düzeyi yetersiz, kadın ve yakınlık derecesi hastanın annesi olan bakım verenlerin bakım yükü düzeyi daha yüksektir. Bakım yükü, obsesif kompulsif bozuklukta, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Bakım veren aile üyelerinin HYDÖ puan ortalaması  $44,81\pm 11,16$ , ODÖ-G puan ortalaması ise  $86,40\pm 26,33$  olarak bulunmuştur. Bakım veren aile üyelerinin HYDÖ ve ODÖ-G toplam puanlar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r:0,660$   $p<0,001$ ). Bakım veren aile üyelerinin otomatik düşüncelerindeki olumsuzluğun, bakım verme sürecinde yaşanan yükü arttırdığı ya da yük düzeyi arttıkça, otomatik düşüncelerin olumsuzlaştığı sonucuna ulaşılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Psikiyatrik hastalık, bakım verme, bakım yükü, aile, otomatik düşünceler

## SUMMARY

**İnci İNCELEME, "The Relationship Between Automatic Thoughts and Care Burden of Family Members Who Care for Psychiatric Patients" University of Health Sciences, Gülhane Institute of Health Sciences, Nursing Program, Graduate Thesis, Ankara, 2018.**

The aim of the this study is to determine both the level of burden of health care on families with individuals suffering from mental disorder and their automatic thoughts. It is a cross-sectional study and has a descriptive –correlation seeking nature. Socio-demographic data collection form, Development Automatic Thoughts Scale (ATS-D) and The Burden assessment Scale (BAS) that prepared according to literature, were applied to 205 patient’s caregivers who administered to Gülhane Education And Research Hospital psychiatry department, between January 2017 and May 2017. SPSS 20.0 package program was used in evaluating and statistical analyses of the data.

Average age of care patients is  $35,92\pm 15,03$  and majority of them are high school graduate, single and male. Levels of care burden found to be higher in the caregivers individuals which care patients between the ages of 18-30, male, working before the illness, do not taking medicines and check regularly.

Avarege age of family members providing care is  $46,51\pm 13,97$  and majority are married, primary school graduate and female. Level of care burden found to be higher in the caregivers individuals who has insufficient income, single, female and mother’s of patients.

Burden of care was found to be meaningfully higher for obsessive compulsive disorder than schizophrenia and other psycotic disorders.

Participants’ average score for BAS is  $44,81\pm 11,16$ , while it is  $86,40\pm 26,33$  for ATS-D. A statistically meaningful and positive correlation was determined between caregivers’ BAS and ATS-D scores ( $r:0,660$   $p<0,001$ ). It has been concluded that when care burden in family members increases, the risk of automatic thoughts increases or the impairment in automatic thoughts increases to burden during the caregiving process.

**Key words:** Psychiatric illness, care giving, care burden, family, automatic thoughts.

## İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
İNGİLİZCE ÖZET.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
ŞİMGELER VE KISALTMALAR.....	xi
ŞEKİLLER.....	-
TABLolar.....	xii
<b>1. GİRİŞ</b>	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.2.1. Araştırmanın Soruları.....	3
1.2.2. Problem Cümlesi.....	4
1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	4
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	
2.1. Psikiyatrik Hastalığın Tanımı.....	5
2.2. Psikiyatrik Hastalık ve Aile.....	5
2.3. Bakım Verme Yüğü.....	6
2.3.1. Bakım Verme Yüğü İle İlgili Tanımlar.....	6

2.3.2. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler .....	8
2.3.2.1. Bakım Verenlere Ait Faktörler.....	9
2.3.2.2. Hastaya Ait Faktörler.....	10
2.3.3. Bakım Verme Yükünün Aile Dinamikleri Üzerine Etkisi.....	11
2.4. Otomatik Düşünceler .....	13
2.5. Otomatik Düşünceler-Bakım Yükü İlişkisi.....	16
2.6. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü.....	17
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	
3.1. Araştırmanın Şekli .....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	20
3.4. Verilerin Toplanması.....	21
3.4.1. Araştırmanın Etik Yönü ve İzlenen Adımlar.....	21
3.4.2. Veri Toplama Formları.....	21
3.4.2.1. Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu (EK-3).....	21
3.4.2.2. Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği (HYDÖ) (EK-4) .....	22
3.4.2.3. Geliştirilmiş Otomatik Düşünceler Ölçeği ( ODÖ-G) (EK-5).....	22
3.5. Uygulama.....	24
3.5.1. Ön uygulama .....	24
3.5.2. Araştırmanın Uygulanması.....	24
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....	24



<b>4. BULGULAR</b>	26
4.1. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ile Aile Üyelerinin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	27
4.2. Hastaların Sosyo-demografik ve Klinik Özellikleri ile Aile Üyelerinin Hastalık Yükü Değerlendirme ve Geliştirilmiş Otomatik Düşünceler Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	30
4.3. Aile Üyelerinin Sosyo-demografik Özellikleri ile Hastalık Yükü Değerlendirme ve Geliştirilmiş Otomatik Düşünceler Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	35
4.4. Aile Üyelerinin Otomatik Düşüncelerine Göre Bakım Verme Yükü.....	45
<b>5. TARTIŞMA</b>	
5.1. Hastaların Sosyo-demografik ve Klinik Özellikleri ile Aile Üyelerinin Bakım Verme Yükü ve Otomatik Düşüncelerinin Karşılaştırılması.....	46
5.2. Aile Üyelerinin Sosyo-demografik Özellikleri ile Bakım Verme Yükü ve Otomatik Düşüncelerinin Karşılaştırılması.....	49
5.3. Aile Üyelerinin Otomatik Düşüncelerine Göre Bakım Verme Yükü.....	53
<b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER</b>	
6.1. SONUÇLAR .....	56
6.2. ÖNERİLER .....	59
<b>KAYNAKLAR</b> .....	60
<b>EKLER</b>	
EK 1: Araştırmanın Etik Kurul Onayı .....	72
EK 2: Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu.....	73

EK 3: Sosyo Demografik Özellikler Soru Formu .....	74
EK 4: Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği (HYDÖ) .....	77
EK 5: Geliştirilmiş Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ-G).....	78



## SİMGELER VE KISALTMALAR

ODÖ-G: Geliştirilmiş Otomatik Düşünceler Ölçeği

HYDÖ: Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği

Ort: Aritmetik Ortalama

SS: Standart Sapma

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü



## TABLULAR

<b>Tablo</b>	<b>Sayfa</b>
<b>Tablo 4.1.1.</b> Hastaların Sosyo-demografik ve Klinik Özellikleri.....	<b>27</b>
<b>Tablo 4.1.2.</b> Aile Üyelerinin Sosyo-demografik Özellikleri.....	<b>29</b>
<b>Tablo 4.2.1.</b> Aile Üyelerinin HYDÖ ve ODÖ-G Puan Ortalamaları ile ODÖ-G Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	<b>30</b>
<b>Tablo 4.2.2.</b> Hastaların Sosyo-demografik ve Klinik Özellikleri ile Aile Üyelerinin HYDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	<b>31</b>
<b>Tablo 4.2.3.</b> Hastaların Sosyo-demografik ve Klinik Özellikleri ile Aile Üyelerinin ODÖ-G Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	<b>33</b>
<b>Tablo 4.3.1.</b> Aile Üyelerinin Sosyo-demografik Özellikleri ile HYDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	<b>35</b>
<b>Tablo 4.3.2.</b> Aile Üyelerinin Sosyo-demografik Özellikleri ile ODÖ-G Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	<b>37</b>
<b>Tablo 4.3.3.</b> Aile Üyelerinin Bazı Bakım Verme Özelliklerine Göre Dağılımı.....	<b>39</b>
<b>Tablo 4.3.4.</b> Aile Üyelerinin Bazı Bakım Verme Özelliklerine Göre HYDÖ ve ODÖ-G Puanlar.....	<b>41</b>
<b>Tablo 4.3.5.</b> Bakım Vermede Yaşanılan Sorunlara Göre Aile Üyesinin HYDÖ ve ODÖ-G Puanları.....	<b>43</b>
<b>Tablo 4.3.6.</b> Kullanılan Baş Etme Yöntemine Göre Aile Üyesinin HYDÖ ve ODÖ-G Puanlarının Karşılaştırılması.....	<b>44</b>
<b>Tablo 4.4.1.</b> Aile Üyelerinin HYDÖ ve ODÖ-G Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	<b>45</b>

# 1.GİRİŞ

## 1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Yaşlı nüfusun artması ve beklenen yaşam süresinin uzaması dünyada ve ülkemizde bakım gerektiren hastalıkların yüzdesini arttırmıştır (Kahveci ve ark. 2013). Yapılan toplum taramaları incelendiğinde bu hastalıklar arasında psikiyatrik hastalıkların yaygınlığı dikkat çekmektedir (Pektaş 2006). Ülkemizde yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında psikiyatrik hastalık görülme sıklığı %17,2 olarak bulunmuştur. Bu oranlara dayanarak toplumumuzda her altı kişiden birinin psikiyatrik hastalığa sahip olduğu söylenebilir (Kılıç 2017). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yaptığı bir araştırma sonucuna göre dünyada en çok yeti yitimine yol açan 10 hastalık sıralanmış ve bu hastalıkların beşinin psikiyatrik hastalık olduğu belirtilmiştir (WHO 2001).

Psikiyatrik hastalıkların sebep olduğu yeti yitimi bireylerde bilişsel, duygusal, sosyal ve ekonomik kayıplara yol açarak işlevselliklerini büyük oranda etkilemekte ve buna bağlı olarak hastalar aile içinde, toplumda kendilerinden beklenen rolleri yerine getiremedikleri için zorluk yaşamaktadır. Bu durum psikiyatri hastalarında sürekli aile bakım ve desteğini zorunlu kılmaktadır (Duman ve ark. 2013). Bununla birlikte hastaların uzun yatışlar ile tedavisinden ziyade, kendi yaşadıkları ortamlarda tedavilerinin sürdürülmesi yaklaşımının benimsenmesi ile birlikte hastaların aileleri ile geçirdikleri süre artmakta, ailelerin tedaviye katılması sağlanmakta ve bu da ailelerin bakımda daha fazla sorumluluk alması anlamına gelmektedir (Atagün ve ark. 2011, Yıldırım ve ark. 2017).

Yeti yitimine sebep olan psikiyatrik hastalıklarda toplum destekli bakım hizmetlerinin temelini aileler oluşturmaktadır (Richard ve ark. 1999). Toplum temelli tedavi yaklaşımı ile hastaların birçoğunun tüm gününü evde geçirdiği, aileden en az bir kişinin hasta bakımı nedeniyle sosyal yaşam ve üretim süreci bozulduğu bildirilmektedir (Babacan Gümüş 2006). Ruh sağlığı sorunlarının ülkemizde ve dünyadaki yaygınlığı düşünüldüğünde, hastaların en az bir yakınının etkilenmesi ile ortaya çıkan sayılar ile bu sorunların toplumu doğrudan etkilediği söylenebilir (Kızılırmak 2014).

Bakım verme, fiziksel (yıkama, beslenme, giyinme vb.), duygusal ve sosyal destek ile beraber maddi destek (alışveriş, ulaşım, aynı evi paylaşma vb.), sağlık bakımı (rutin sağlık bakımı, ilaç temin ve tedavisi) ve sosyal hizmetlere

ilişkin koordinasyonu da içermektedir (İnci 2006, Yıldırım 2014). Bakım verme süreci, yoğun ve süreklilik gerektiren özelliğindedir. Bu nedenle hastaya sağlanan fiziksel, duygusal ve sosyal destek bakım veren bireyde de bu alanlarda destek alma gereksinimini ortaya çıkarabilmektedir. Bakım verenlerin yaşayabildiği fiziksel ve psikolojik problemler, iş, aile ve sosyal ilişkilerde bozulmalara ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusuna neden olarak bakım veren yüküne yol açabilmektedir (Atagün ve ark. 2011, Durmaz 2011, Kızıllırmak 2014). Sonuç olarak, bakım verme yükü bakım verenlerin fiziksel, duygusal, psikososyal ve fonksiyonel sağlıklarını tehdit etmektedir (Kim ve ark. 2011).

Bakım verme yükünü etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Temel olarak iç ve dış faktörler olarak ikiye ayrılabilir. Hastaya ve bakım verene ait sosyo-demografik özellikler, hastalığa ait özellikler, bakım verenin bakmaya gönüllü olup olmaması, bakım verenin yük algılaması ve inançları ile ilgili bireysel özellikler iç; içerisinde bulunulan çevresel özellikler ve sağlık bakım sistemindeki farklılıklar, kurumsal yapılar, yasalar ile ilişkili durumlar ise dış faktörler arasındadır (Atagün ve ark. 2011, Ören 2016).

Bireyin verdiği bakımı yük olarak algılamasında önemli iç faktörlerden biri de olumsuz otomatik düşüncelerin varlığıdır. Otomatik düşünceler, zihinde var olan, kalıplaşmış, bir olay ya da durum karşısında kendiliğinden ve istemsiz olarak ortaya çıkan ve kişi de bir takım duygulara ve davranışlara yol açan bilişsel yapılardır. Bireyin olayları algılama biçiminde farklılıklar oluşturan otomatik düşünceler hem normal hem de anormal bilişlerin bir unsurudur (Gül ve ark. 2014, Özcan ve Yüksel 2015). Otomatik düşünceler olumsuzsa ya da çarpıtılmışsa gerçeklerin değerlendirilmesi de olumsuzluk ve çarpıtma içermektedir (Şirin ve Izgar 2013). Bilişsel sürecin bir parçası olan ve olaylar karşısında istemsiz, hızlı ve kendiliğinden akıldan geçen otomatik düşünceler duygu ve davranışlarımız üzerinde söz sahibi olmaktadır (Losada ve ark. 2006).

Yapılan çalışmalarda bakım vermenin duygusal ve bilişsel süreçlerle bağlantılı olduğu bulunmuştur (Oha ve ark. 2002, Losada ve ark. 2006). Kendi başına değerlendirildiğinde bile bir stresör olan bakım verme süreci, bakım veren bireyin bilişsel şeması, inançları, geçmiş yaşam deneyimleri, yetenekleri gibi birçok durumdan etkilendiği için her birey için öznel ve farklı bakım sonuçlarına ulaşılabilmesi anlamına gelmektedir (Losada ve ark. 2006). Psikiyatrik

hastalıklarda bakım ihtiyacı ve deneyimi çok yönlü ve bireyleri zorlayıcı olduğundan bakım verenlerde oluşturduğu stres ve sorunlar hastaları doğrudan etkileyebilmektedir (Ata ve Doğan 2018).

Psikiyatrik hastalığı olan birine bakmak, aile dinamiklerinde önemli birtakım bozulmalara sebep olsa da tüm aile üyeleri aynı oranda etkilenmemekte ve hepsinde aynı oranda rol kaybı ve değişikliği görülmemektedir (Kızılırmak, 2014). Bakımı üstlenen ailelerde, kendisini talihsiz, köşeye sıkışmış olarak hisseden bireyler olabileceği gibi, bazı bakım vericiler için bu dönem doyurucu olabilmektedir. Bu durum bakım verici bireylerin otomatik düşüncelerinin önemine dikkat çekmektedir. Literatürde psikiyatri hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükünü inceleyen çok sayıda çalışma (Atagün ve ark. 2011, Kızılırmak 2014, Ak ve ark. 2012, Park ve Lee 2017, Souza ve ark. 2017) olmasına rağmen, psikiyatri hastalarına bakım veren aile üyelerinin otomatik düşünceleri ile bakım yükü arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaya rastlanmamıştır.

## **1.2 Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın amacı; psikiyatri hastalarına bakım veren aile üyelerinin otomatik düşünceleri ile bakım yükleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

### **1.2.1. Araştırmanın Soruları**

Araştırmada yanıt aranan başlıca sorular şunlardır;

1. Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin ailelerinde “Geliştirilmiş Otomatik Düşünceler” ölçeğine göre olumsuz otomatik düşünce görülme sıklığı nedir?
2. Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin ailelerinde “Hastalık Yükü Değerlendirme” ölçeğine göre bakım yükü düzeyleri nasıldır?
3. Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin ailelerinde bakım yükünü etkileyen faktörler nelerdir?
4. Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin ailelerinde olumsuz otomatik düşünce görülme sıklığını etkileyen faktörler nelerdir?
5. Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin ailelerinde olumsuz otomatik düşünce görülme sıklığı ile bakım yükü algısı arasındaki ilişki nasıldır?

### **1.2.2. Problem Cümlesi**

Psikiyatri hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü, otomatik düşünceleri ile ilişkili midir?

### **1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları**

1. Araştırmanın örneklemini Ocak 2017-Mayıs 2017 tarihleri arasında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD'nin ayaktan ve yatan hasta birimlerine başvuran hastaların yakınlarının oluşturması ve sadece bir hastanede yapılması sonuçların geneli açısından bir sınırlılık oluşturmaktadır.

2. Araştırma, örneklem grubuyla sınırlıdır.

3. Sonuçların katılımcıların kişisel ifadelerine dayalı olması sınırlılıktır.



## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Psikiyatrik Hastalığın Tanımı**

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halinde bulunması olarak tanımlamıştır (WHO 2001). Bir başka tanıma göre ise sağlıklı birey, fizyolojik ihtiyaçlarını desteksiz sürdürebilen, düzenli bir sosyal yaşantısı olan, üretebilen, duygu ve düşüncelerinin ifade edebilen ve entelektüel becerileri olan bireydir (Oksal 2009). Ruh sağlığı ise bireyin kendisi ve çevresiyle uyum içerisinde olması ve bu uyumu bozabilecek tehditlere karşı mücadele edebilmesi olarak tanımlanabilmektedir (Elçi 2013, Oksal 2009).

Psikiyatrik hastalıklar, kişinin duygu, düşünce ve davranışlarında bozulmalarla belirti veren, beyinde işleyen patolojik süreçler sonucu ortaya çıkan bir durumdur (Elçi 2013, Oksal 2009). Ruh sağlığı bozulan bireylerin yeti yitimine bağlı olarak sosyalleşme ve üretebilme yeteneklerini kaybetmesi iş, okul, aile ve toplumsal rollerinde aksaklıklara neden olur (Elçi 2013, Yüksel ve ark. 2014).

Oldukça yaygın olan psikiyatrik hastalıklar, dünya çapında hastalık yükünün %7,4'ünü oluşturur (Antunes ve ark. 2018). Dünyada her dört kişiden birinin yaşamı boyunca en bir kez ruhsal veya davranışsal problem yaşadığı bildirilmektedir. (Gültekin 2010, Todor 2013).

### **2.2. Psikiyatrik Hastalık ve Aile**

Toplumun temel birimi olan ailede kronik hastalığa sahip bir bireyin olması tüm aileyi ve ailenin yaşam döngüsünü dolayısı ile toplumu etkilemektedir. Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin çoğu aileleri ile birlikte yaşamaktadır ve bu hastaların %10'u bakıma ihtiyaç duymaktadır (Yıldırım ve ark. 2017). İyi bir bakım verme sürecinde ailenin, barınma, ekonomik ve duygusal destek, ilaç takibi yapma, hastaneye yatış durumlarında yanında olma gibi ihtiyaçlarını karşılaması ve günlük gereksinimlerini gidermesi gerekmektedir. Bakım sürecini olumlu ve eksiksiz yönetebilen aile yapılarında tedavi ve rehabilitasyonun daha etkili olduğu ve nükslerin önlenildiği bilinmektedir (Tristiana ve ark 2018). Duman ve Bademli'nin (2013) yaptıkları çalışmada kronik psikiyatrik hastalıklarda ailenin tedavi sürecine katılmasının önemli ve etkili olduğu belirtilmektedir. Bu çalışma ile sadece aileye yönelik müdahaleler ile hastanın ilaç tedavisine uyumunun arttığı,

nükslerin ve yeniden hastaneye yatışların azaldığı bulunmuştur (Duman ve Bademli 2013).

Doğan ve arkadaşlarının çalışmasında, psikososyal yaklaşımların şizofreni hastalarının aileleri üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Çalışma sonucunda bakım verenlerin sosyal işlevselliğinde artış, ailenin bakım yükünde azalma ve aile ilişkilerinde düzelme görülmüştür (Doğan ve ark. 2002).

Bakım veren aile üyeleri, bakım verme sırasında yaşadıkları sorunlardan dolayı fiziksel ve ruhsal açıdan büyük risk altındadırlar. Bu açıdan hasta ile birlikte aile üyelerinin de değerlendirilmesi önemlidir (Kaya 2013 ).

### **2.3.Bakım Verme Yükü**

#### **2.3.1. Bakım Verme Yükü İle İlgili Tanımlar**

**Bakım verme;** bireyin kendisinin tek başına karşılayamadığı veya zorlandığı, beslenme, giyinme, hijyen vb. günlük gereksinimleri ile birlikte; duygusal, fiziksel ya da maddi ihtiyaçlarını onun yerine karşılamak ya da kendi başına karşılayabilmesi için destek vermeyi içermektedir (Tristiana ve ark 2018). Bakım verme rolünü üstlenen aile üyeleri; fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve iş ile ilgili alanlarda, bakım vermeye bağlı pek çok güçlük ile karşılaşabilmektedirler (Çetin 2011). Aileler bakım verme rolünü yerine getirirken hastalığın nedenleri ve tedavisi ile ilgili genel bilgiler, belirti yönetimi, stresle baş etme, hasta birey ile iletişim kurma, hasta için boş zaman aktivitelerini planlama, problem çözme, kriz yönetimi ve hastaların yasal hakları ile ilgili bilgilere gereksinim duymaktadırlar (Duman ve ark. 2013).

**Bakım verici;** Hastanın primer bakımını sağlayan ve hastayı destekleyen anahtar kişidir (Arslantaş ve Adana 2011). Hastalık ortaya çıktığında aile üyelerinden birisi hasta bireyin bakımını üstlenmek zorunda kalmaktadır. Bakım verici haline gelme seçilemez veya planlanamaz bir durum olabildiği için uyum, bakım verme durumu ortaya çıktıktan sonra gerçekleşmektedir. Primer bakımı veren kişi, hastanın günlük yaşantısının merkezine yerleşmekte ve bakım veren bireyin hayatını organize etmesinde bu durum etkili olmaktadır. Bakım verme süreci bazen bireyler için tek yönlü, bağımlı, yoğun ve uzun dönemli bir zorunluluğa dönüşebilmektedir (Atagün ve ark. 2011). Epidemiyolojik veriler, genellikle kadınların ve en sıklıkla da annelerin kronik psikiyatrik hastalıklarda

temel bakım veren olduğunu göstermektedir (Arslantaş ve Adana 2011, Castaneda ve ark. 2018, Gülseren ve ark. 2010, Wai ve Chan 2011, Kızılırmak 2014, Yıldırım 2014, Özlü, Yıldız ve Aker 2015).

**Bakım verme yükü;** “Yük” kavramı, bakım verme sürecinin bakım veren kişiler üzerindeki olumsuz etkilerini tanımlamak için kullanılmaktadır (Bekdemir 2014, Durmaz 2011). Literatürde yük; bakım verenlerin üstlendiği bakıma bağlı olarak ortaya çıkan psikolojik, fiziksel, sosyal, spirituel ve ekonomik sorunlara işaret eder. Bakım yükü ise, bakım verenin aile ilişkilerinde bozulma, kontrolün kendisinde olmadığı duygusunu yaşama, bel ağrıları, fiziksel şiddet sonucu yaralanmalar, kaygı ve fizyolojik sonuçları, sosyal kısıtlanma, inanç ve değerleri doğrultusunda hissettikleri, bakım maliyetleri için ayrıca bütçe ayırmak durumunda kalması gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlar şeklinde tanımlanmaktadır (Bekdemir 2014, Durmaz 2011, Atagün ve ark, 2011).

Literatürde bakım verme yükünün boyutları ile ilgili farklı sınıflandırmalar bulunmaktadır. Objektif ve subjektif bakım yükü olarak iki boyuta ayıran kaynaklar (Atagün ve ark, 2011, Çetinkaya 2008, Çetin 2011) olduğu gibi; direkt bakım ile ilgili görevler, direkt bakımla ilgili olmayan görevler, hastanın duygusal ihtiyaçları ile baş etme ve bakım vermenin diğer yaşam rolleri üzerine etkisi gibi dört boyutta ele alan kaynaklar da vardır (Sales 2003 ).

Objektif (nesnel) bakım yükü; temel olarak ev halkının ve bakım verenin yaşamının çeşitli yönlerindeki değişiklikleri veya aksaklıkları ifade eden objektif bakım yükü, bakımın ortaya çıkardığı güçlükler ve fiziksel iş olarak tanımlanabilir. Genellikle, hastalığın ortaya çıkardığı direkt bakım yükü, objektif yük olarak görülmektedir. Bu tanım, bakım vericinin tüm işlerini (yardım, kontrol, ödemeler...), deneyimlerini (aile ya da sosyal ilişkilerin bozulması) ve yapamadığı aktivitelerini (hobiler, kariyer, meslek) kapsamaktadır. Ayrıca objektif bakım yükü, hastanın rahatsız edici davranışları ya da hastalığın yol açtığı ekonomik zorluklar, günlük yaşamdaki ve sosyal etkinliklerdeki kısıtlanmalar, ev ortamındaki olumsuz duygusal iklim, aile üyelerinin beden ve ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri gibi, aile yükünün gözlemlenebilir yönü olarak da ifade edilmektedir (Çetinkaya 2008, Çetin 2011).

Subjektif (öznel) bakım yükü; bakım verenin bakım sunma yaşantısına yönelik davranışını veya duygusal tepkisini içeren öznel yük, yani kişinin objektif

yükle uğraşırken yaşadığı sıkıntılar olarak tanımlanmaktadır. Subjektif yük hastanın rahatsızlık verici davranışlarıyla ilişkili duygusal sıkıntı ya da hastanın bakımıyla ilgili zorlukların aile üyelerini rahatsız etme düzeyi olarak da tanımlanmaktadır (Çetinkaya 2008, Arslantaş ve Adana 2011, Çetin 2011).

Subjektif yük, duruma bireyin kişisel yaklaşımıdır ve bakım verme işini yük olarak algılamasıdır. Bakım vericinin kendi iç motivasyonu yükün belirleyicilerinden birisidir. Yapılan araştırmalar bakım veren bireyin herhangi bir şeyi yapabileceğine olan inancının arttıkça bakım yükünün azaldığını göstermektedir (Çetinkaya 2008, Durmaz 2011).

Sales (2003) kronik hastalıklarla baş eden aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesini incelediği çalışmasında bakım verme yükünün boyutlarını şu şekilde ele almıştır;

**Direkt bakım ile ilgili görevler:** Hastanın günlük yaşam aktivitelerine yardım etmek ve hastayı gözlemlemek gibi doğrudan bakımı ilgilendiren görevleri içerir.

**Direkt bakımla ilgili olmayan görevler:** Bu kategori daha önce hasta tarafından yerine getirilen (yemek pişirme, ekonomi yönetimi gibi) bazı görevlerin diğer aile üyeleri tarafından üstlenilmesidir. Bu yeni sorumluluklar bakım vericiler için yeni beceriler gerektirebilir. Yerleşmiş olan rol modellerde bu gibi zorunlu değişiklikler aile üyeleri için stresli ve yıkıcı olabilmektedir.

**Hastanın duygusal ihtiyaçları ile baş etme:** Aile üyeleri kaygı ve sıkıntıları ile baş etmesi konusunda hastayı dinlemek ve ona zaman ayırmak zorunda kalabilirler. Hastanın duygusal ihtiyaçlarının karşılanması da bakımın bir parçası olarak değerlendirildiğinden bu durum bakım vericilerin yeterliklerini gözden geçirmesine sebep olabilmektedir.

**Bakım vermenin diğer yaşam roller üzerine etkisi:** Bakım süreci yapısı ve boyutları gereği bakım vericinin diğer rollerinin önüne geçebilecek yoğunlukta olabilmektedir. Merkeze yerleşen rol bireyin diğer rollerini merkezdeki role bağlı olarak yerine getirmeye çalışmasına sebebiyet vermektedir.

### 2.3.2. Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler

Bakım yükü ile ilgili yapılan pek çok çalışmada çeşitli hazırlayıcı faktörler tanımlanmaktadır (Ricard ve ark. 1999, Arslantaş ve Adana 2011, Atagün ve ark.

2011, Kızılırmak 2014, Özlü, Yıldız ve Aker 2015). Bakım gerektiren durumun özelliklerinin ve bakım veren kişiden kaynaklanan faktörlerin bakım yükü gelişiminde etkili oldukları görülmektedir. Bu durumda bakım yükünü etkileyen faktörleri bakım verenlere ait özellikler ve hastaya ait özellikler olarak ayırmak mümkün olmaktadır (Atagün ve ark. 2011, Kızılırmak 2014 ).

### **2.3.2.1. Bakım Verenlere Ait Özellikler**

**Bakım verenin yaşı ve cinsiyeti:** Literatürde yaşın bakım yüküne etkisine dair farklı araştırma sonuçları bulunmaktadır. Yaş arttıkça bakım yükünün de arttığına dair çalışmalar olduğu gibi (Arslantaş ve Adana 2011 ), genç yaşlarda bakım yükünün daha fazla algılandığını ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur (Chan 2011, Kate ve ark. 2013). İlerleyen yaşlarda bakım verenlerde meydana gelen sağlık problemlerine bağlı olarak yük daha fazla hissedilebilirken, bakım verenin yaşının genç olması, sosyal desteğin daha az olması ile ilişkilendirilebilir ve bu durumda bakım veren yükünün artmasına sebep olabilmektedir (Allen 1999, Chan 2011, Kate ve ark. 2013).

Toplumumuzda bakım rolünü çoğunlukla ailedeki kadınların üstlendiği yapılan çalışmalar ile ortaya konulmuştur (Gülseren ve ark. 2010, Kızılırmak 2014, Yıldırım 2014, Özlü, Yıldız ve Aker 2015). Bu açıdan bakım yükü doğrudan bakımı veren bireylerle ilgili olduğundan kadınların bakım yükü açısından riskli grup olduğu söylenebilmektedir. Diğer taraftan bakımı üstlenen erkek bireyler incelendiğinde sayıca az olmalarına rağmen kadınlara oranla daha fazla bakım yükü yaşadıkları (Caqueo- Urizar 2011, İgberase 2012), bunun da yeterlilikleri ve alışlagelmiş rollerinin dışlarına çıkmak zorunda kalmaları sonucu oluşan rol çatışmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

**Bakım verenin hastaya yakınlığı:** Psikiyatrik hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinde hastaya yakınlık derecesinin bakım yükünü önemli ölçüde etkilediği görülmektedir. Ak ve arkadaşlarının çalışmasında, şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastaların öncelikle eşlerinde, ikinci sırada ise anne ve babalarında bakım verme yükü oranları yüksek bulunmuştur (Ak ve ark. 2012). Hasta yakınlarının ruhsal sağlık durumu açısından değerlendirildiği başka bir çalışmada, bakım veren aile üyeleri arasında annelerde somatizasyon belirtileri daha fazla görülmüştür (Yıldırım 2014).

**Sosyo-ekonomik düzey:** Psikiyatri hastalarının ailelerinde bakım yükünü etkileyen faktörlerden biri de bakımın ve bakım rolünün ekonomik yüküdür. Sosyo-ekonomik düzeylerini yüksek olarak tanımlayan bakım verenler, hastalarının ihtiyaçlarını daha kolay temin edebilmektedirler (Arslantaş ve Adana 2011). İşlevselliğin etkilenmesi ve mesleki kayıpları nedeniyle hastaların çalışamamalarının yanı sıra, hastaneye yatışlarının olması ve devamlı ilaç kullanmanın getirdiği ekonomik yük, özellikle sosyal güvencesi olmayan aileler için oldukça zorlayıcı bir durumdur (Çetin 2011).

**Eğitim düzeyi:** Literatürde bakım veren bireylerde eğitim seviyesinin artmasıyla bakım yükünün azaldığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Aydın ve ark. 2009, Ak ve ark. 2012). Bu durum, bakım verenin eğitim seviyesi yükseldikçe hastalığı ve hastayı daha iyi anlayabilmesi ve toplumsal kaynakları daha iyi kullanabilmesinin sonucu olarak görülmektedir (Kaya 2013).

**Sağlık Durumu:** Bakım verenlerinin sağlık durumları ile bakım yükü arasındaki ilişki ters orantılıdır. Bireylerin sağlık durumlarının iyi olma hali, verdikleri bakıma zaman ve enerji bulabilmelerine olanak tanımaktadır. Bakım verenin kendisinde akut ya da kronik bir hastalığının oluşu, zamanının, gücünün, sosyal ve maddi kaynaklarının bölünmesi anlamına gelmektedir. Bu bölünme yaşam kalitesini etkilemekte ve bakım rolüne ilişkin bir takım olumsuz psikolojik etkilere neden olabilmektedir. (Chou 2000, Gülseren ve ark. 2010, Arslantaş ve Adana 2011).

**Psikolojik faktörler:** Bakım yükü kavramı bireylerin verdiği bakımı algılama şekilleriyle ilişkili olarak ortaya çıkmıştır. Her bireyin birbirinden farklı oluşu bakımı, her hasta ve bakım vericisi için öznel bir deneyim haline getirmektedir. Bireyler arası farklılıklar kişilerin sübjektif yük algısında da etkili olmaktadır ve bakımın algılanış biçimi de bu yük algısını etkilemektedir. Bakım veren bireylerin çok az bir kısmı verdikleri bakımın hastalarına faydalı olduğunu düşünmektedir (Chou 2000).

### 2.3.2.2. Hastaya Ait Faktörler

**Hastalık belirtileri:** Psikiyatrik hastalıklar, hastanın aile ve çevresi ile ilişkilerini, yeti yitimine neden olarak yaşam faaliyetlerini, toplumsal yaşama katılımını ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca bu kişilerin toplum

tarafından damgalanması bakım vericilerin yalnızlaşmasına ve kendilerini toplumdan dışlamasına ve sonuç olarak sosyal izolasyona neden olmakta ve bakım yükünü arttırmaktadır (Çimen 2009, Yüksel ve ark. 2014).

**Hastalığın süresi ve yatış sayısı:** Atakların sayısı ve tekrarlayan yatışlar arttıkça hastaların bakıma olan ihtiyaçları da artmaktadır. Damgalama, sosyal ve mesleki hayattan kopuşlar, maliyet artışı, nörobiyolojik ve kimyasal yıkım hasta yakınlarındaki bakım verme yükü şiddetini arttırmaktadır (Gülseren ve ark. 1999, Gülseren ve ark. 2010, Arguvanlı ve Taşçı 2013). Bipolar bozukluğu olan hastaların bakım verenleri üzerinde yapılan bir çalışmada manik atak sayısı, atakların süresi, toplam hastalık süresi arttıkça bakım yükünün de arttığı bulunmuştur (Erten ve ark. 2014).

**Hastanın işlevselliği:** Bakım yükü algısını etkileyen önemli faktörlerden biri de hastanın işlevsellik düzeyidir. İşlevselliği bozulmamış veya hafif düzeyde bozulmuş olan hastalar, ihtiyaçlarını kendilerini daha fazla karşılayabilmekte, kendi bakımlarına daha fazla katılabilmektedir (Hjartag ve ark. 2010, Gülseren ve ark. 2010, Kaya 2013).

Hastanın işlevselliğinin bozulmuş olması kendi bakımına vereceği katkıyı onun adına bakım vericisinin üstlenmesi anlamına gelmektedir. Bakım verenin sorumluluğunun artması, yaşadığı hayatın kendine ait olmadığı hissine kapılmasına, sosyal hayattan uzaklaşmaya ve buna bağlı olarak da sosyal desteklerinin giderek azalmasına neden olarak bakım yükünü arttırmaktadır (Chadda ve ark. 2007).

### **2.3.3. Bakım Verme Yükünün Aile Dinamikleri Üzerine Etkisi**

Aile birbiriyle ilişkisi ve etkileşimi olan, aile bağı ile birbirlerine bağlı bireyler grubu olarak tanımlanabilmektedir. Bu karşılıklı ilişki ve etkileşimde her bir bireyin işlevi önem kazanmaktadır (Güler Yıldız 2017) Bir sistem olarak ele alındığında ailede her bir birey bir alt sistemdir ve aile birbirine bağlı bu alt sistemlerin bütünüdür. Alt sistemlerden birinin bir nedenle etkilenmesi, tüm sistemin etkilenmesi anlamına gelmektedir (Hallaç ve Öz 2014). Dolayısıyla, psikiyatrik hastalıklar, sadece hasta bireyi değil, başta en çok etkileşim ve bağlantısının olduğu bakım verici rolünü üstlenmiş birey olmak üzere tüm aile üyelerini etkilemekte ve yük algısı oluşturabilmektedir (Kaya 2013). Aile sisteminde yer alan bireylerden birinin hasta olması ile birlikte sistemde bir takım

değişiklikler meydana gelmektedir. Sistem mevcut düzenini korumaya yönelik bir eğilim içinde olduğundan, dengeye ulaşmak için kompensasyon mekanizmalarını devreye sokmaktadır. Bu kompensasyon mekanizmaları her aile için farklılık göstermekte ve etkili olup olmayışına göre, uzun vadede olumlu ve olumsuz sonuçlar açığa çıkabilmektedir (Köroğlu ve Hocaoğlu 2017). Sağlıklı sistemlerde alt sistemde meydana gelen hasar, sistemde basit değişiklikler ile işleyişin devam etmesine olanak tanırken, sağlıklı ve iyi organize olmayan aile sistemlerinde bir alt sistemin hasar görmesi, sistemin tamamen işleyişinin bozulmasına ve hatta çökmesine sebep olabilir (Hallaç ve Öz 2014, Güler Yıldız 2017).

Çeşitli araştırmalar, kronik hastalıkların ailelerde psikolojik ve duygusal sıkıntıya, ailenin parçalanmasına, sosyal ve seksüel ilişkilerde bozulmaya, sosyal aktivitelerin azalmasına ve ekonomik zorluklara neden olabildiğini ortaya koymaktadır (Arslantaş ve Adana 2012, Yıldırım 2014). Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yeterli destek alamama, aile yaşamının bozulması, hastalıkta relaps dönemleri gibi çeşitli etmenlerin aile üyelerinin ruhsal yüklerini arttırarak yaşam kalitelerini bozduğu; gelişmekte olan ülkelerde ise özellikle ekonomik yükün aile üyelerinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği araştırmalarda gösterilmiştir (Gülseren ve ark. 2010, Hallaç ve Öz 2014, Güler Yıldız 2017).

Aileyi etkileyen bir diğer durum da başvuru ve faydalanılan sağlık sisteminin mevcut yapısıdır. İyi yapılandırılmamış ya da gelişimine devam eden sağlık sistemleri içinde tedavi odaklı ya da toplum temelli sağlık modelinin benimsenmesi bakım yükü kavramı açısından bir fark oluşturmamaktadır. Hasta ile sadece alevlenme/atak döneminde ilgilenildiği, yalnızca hastalık ve tedavi odaklı anlayışın benimsendiği sağlık sistemleri, aileyi tedavi sürecine de dâhil etmediği gibi, ailenin ihtiyaçlarını da görmemekte, çaresiz ve yalnız bırakmaktadır. Ailenin karşılaştığı zorlukların ve yaşadığı sıkıntıların göz ardı edilmesi, ailenin yük algısını arttırarak, bakım verenlerin ruhsal ve fiziksel sağlığını olumsuz etkilemektedir (Bauer ve ark. 2012, Kaya 2013).

Bakım verme sorumluluğunun aile üzerindeki başlıca psikolojik etkileri ümitsizlik, endişe, korku, suçluluk, hasta bireyin geleceği için kaygılanma, diğer aile üyeleri ile çatışma, sosyal ve duygusal destek eksikliği olarak sıralanabilir (Eliüşük 2008, Özlü, Yıldız ve Aker 2015, Köroğlu ve Hocaoğlu 2017). Ruhsal bozukluğu olan üyeye sahip ailelerde, aile işlevleri bozulur. Aile üyeleri bir yandan



oluşan yeni rollerine adapte olmaya çalışırken, bir yandan da aile üyelerinde hastalığa bağlı olarak açığa çıkan yeni durumları fark ederler. Bu değişimler ailelerde korku, üzüntü ve öfkeye sebep olabilir (Koroğlu ve Hocaoğlu 2017). Aile içindeki bu duygusal iklim ailenin dinamikleri, davranış örüntüleri ve düşünceleri ile sürekli bir etkileşim halindedir. Bakım verenin bakımı algılaması, konuya ilişkin düşünceleri, duygularına ve davranışlarına tesir etmekte olumlu ya da olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir (Losado ve ark. 2006).

#### 2.4. Otomatik Düşünceler

Otomatik düşünceyi tanımlayan ve iyileştirme/geliştirme yönteminin bir parçası olarak kullanılmasına temellenen Bilişsel Terapi, 1960'ların sonunda Aaron T. Beck tarafından geliştirilmiş bir kuramdır (Murdock 2012). Bilişsel kuram, duygu-düşünce ve davranış üçlüsünün birbirileri ile olan ilişkisini tanımlamakla kalmayıp bu ilişkinin bireylerin tedavisinde ve güçlendirilmesindeki rolünü sistematik bir biçimde açıklamaktadır. Duygu düşünce ve davranış üçgenin en dirençli ve değiştirilmesi zor olan bileşeni düşüncedir. Bununla beraber, “bir durum karşısında bireyin istemsiz şekilde aklından geçen düşünceler” şeklinde tanımlanan otomatik düşünceler, en yüzeyde ve en kolay ulaşılabilen düşünce türüdür ve bireyin şemalarına giden yolun başlangıç noktası oluşturmaktadır. Bu başlangıç noktasından yola çıkarak bireylerin temel inançlarına ulaşılabilir

Otomatik düşünce → ara inanç → temel inanç (şema)

Otomatik düşünceler, genellikle temel inanca dayanan bir ara inançtan doğarlar. Ara inançlar, çevrenin etkisiyle oluşan kurallar, varsayımlar ve tutumlar şeklinde tanımlanabilir. Temel İnançlar, -bir diğer adı ile şemalar- ise daha kökleşmiş, değişmeye dirençli ve aşırı genellenmiş düşüncelerdir ve bireyin karşı karşıya kaldığı birçok bilgiyi organize eden bilişsel yapılardır. Bu kuramda bilişsel işlemler, eksiklikler (deficiencies) ve çarpıtmalar (distortions) olarak iki ana kategoriye ayrılmaktadır (Kendall 1994). Bilgi işlemenin yanlış ya da etkisiz olduğu durumlarda, bilişsel çarpıtmalar ve/veya eksiklikler ortaya çıkar. Buna göre alınan yeni bilgi bilişsel olarak işlenirken var olan şemaya uydurulmak için sıklıkla çarpıtılır. Bu çarpıtılmış değerlendirmeler otomatik düşünceler şeklinde bilinç

düzeyine ulaşır (Kılınç 2005, Murdock 2012). Bilişsel terapinin temel mantığı şemalardan temel alan otomatik düşünceleri fark etmek, bilgi işlemede etki gösteren bu düşüncelerde var olan eksiklik veya çarpıtmaları saptayarak, yeniden düzenlemektir.

Otomatik düşünceler, gün içinde istemsiz olarak aniden ortaya çıkmakta ve duygu, davranış ve tepkilerimizi şekillendirmektedir. Bir başka deyişle otomatik düşünceler, kişinin kendisiyle ilgili ifadeleri, yorumları ve iç diyaloglarıdır. Bireyin kendisi hakkında verdiği bu hükümler yaşadığı problemlere yüklediği anlamı ve bunları çözme konusunda kullanacağı haritayı etkileme gücüne sahiptir (Greenberger ve Padesky 2016, Kara 2016 ). Dolayısıyla, problemlere bakış açısı ve problem çözme yetisi her birey için farklıdır. Öznellik, yaşanan olaylara hatta hayatın kendisine bireyin kendi yorumlarını katması ile meydana gelir. Bireyleri de düşünce hatalarına sürükleyen şey karşılaştığı olaylar değil olayları yorumlama biçimidir. Bu düşünce hataları her bireyde gözlenmektedir. Olaylar karşısındaki bu düşünce hataları olumsuz otomatik düşünceler olarak tanımlanmaktadır. Kendiliğinden ve müdahale edilmeksizin ortaya çıkan bu düşünceler, bireyin olaya dair duygusunu ve tepkisini şekillendirir. Sadece ruhsal sorunlar yaşayanlar değil, günlük yaşamda ruhsal açıdan normal olarak gördüğümüz bireylerin de anlık olumlu ve olumsuz otomatik düşünceleri bulunmaktadır (Meriç 2010, Kara 2016 ).

Olumsuz otomatik düşünceler nesnel gerçekliğe uymadıkları halde oluşmayı sürdürürler ve bireyin kendisi, çevresi, dünya ve gelecek hakkında olumsuz değerlendirme yapmalarına neden olurlar. Bu düşünceler dikkat gerektirmediği için, birey farkında olmaksızın ortaya çıkar ve işlenir. Kısa, anlık ve bireyin kendine söylediği cümleler olarak ortaya çıkan bu düşünceler sürekli işlenmeye devam eder ve ruhsal durumunu etkiler (Kuyucu 2007). Otomatik düşünceler ise en yüzeysel biliş düzeyi olarak kabul edilmektedir (Ergin 2013, Beck 2014).

Bir bireyin başına kötü bir olay geldiğinde “hepsi benim yüzümden” diye bir düşüncenin aklından geçmesi ya da elindeki bir bardak yere düşüp kırıldığında “beceriksiz” diye kendi kendine söylemesi bazı otomatik düşünce örnekleridir. Bu düşünceler sonucunda ilk örnek için birey üzülebilir ya da ikinci örnek için öfke hissedebilir. Bu durumda öfke hissetmesinin nedeni, bardağın kırılmış olması değil kendini beceriksiz olarak değerlendirmesidir. Aynı durum karşısında her bir bireyin otomatik düşüncesi birbirinden farklı olacaktır. Aklından geçen düşüncenin sonucu

olarak bireyin verdiği duygusal tepkiler ve davranışlar değişmektedir (Türkçapar 2014).

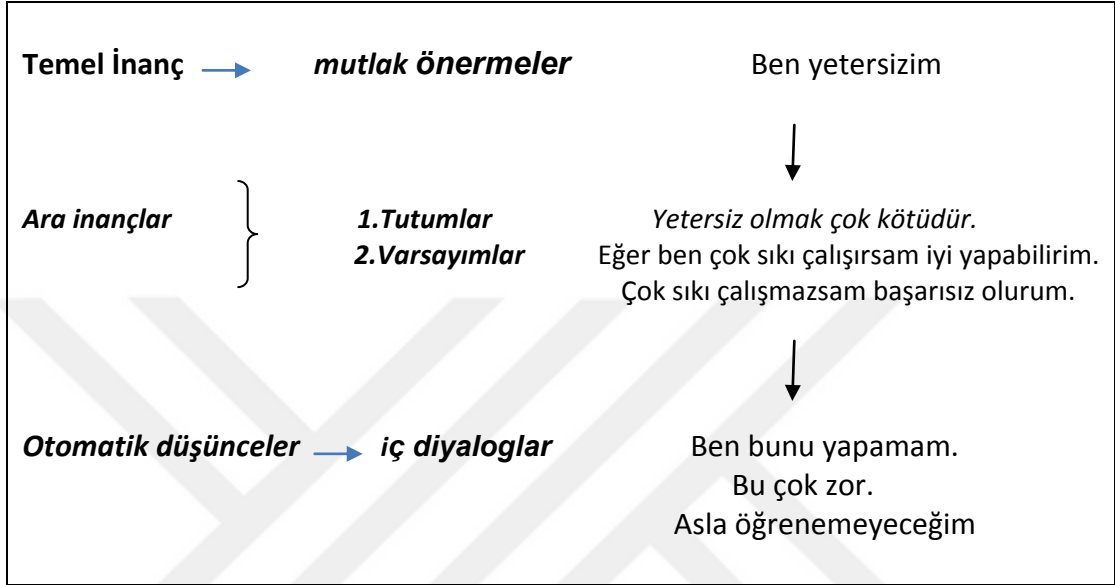
Özetle; otomatik düşünceler, üzerinde düşünmeden, tasarlamadan, kendiliğinden ortaya çıkarlar ve bireyler tarafından doğru kabul edilirler (Beck, 2014). Bu düşünceler, duyguları oluşturmakta ve birey, düşüncelerinden daha çok bu düşüncelerin meydana getirdiği duygularını fark etmektedir veya bu duygunun neden olduğu davranışlarının sonuçları ile yüz yüze kalmaktadır (Murdock 2012, Yüksel-Şahin 2014).

Ara inançlar olarak tanımlanan tutumlar, kurallar ve varsayımlar temel inançlardan etkilenir. Çoğunlukla koşul cümleleri içeren ara inançlar bireyin kendisi ve diğerlerinin davranışları, başlarına gelen olaylar ve yaşantıları ile ilgili kalıcı hale gelmiş beklentiler ve kurallar olarak ifade edilebilmektedir (Beck 2014, Türkçapar 2014). Ara inançlara örnek olarak “Başarılı olursam ailem beni sever.”, “İyi bir insan her zaman doğruyu söylemelidir”, “Duygularımı belli edersem benimle dalga geçerler”, “Saygı görmek istiyorsam mevki sahibi olmalıyım”, “Okulumu vaktinde bitiremezsem aptal olduğumu düşünürler” gibi kurallar örnek verilebilir (Ergin 2013, Beck 2014). Bireylerde baskıya ve kaygıya sebep olan ara inançlara otomatik düşüncelerin sorgulanması ile ulaşılabilmektedir. Ara inançlar, şemalara göre bilince daha yakın olduğundan daha kolay ortaya çıkarılabilmektedir. Ara inançları meydana getiren ve bilince doğru uzatan kök, derinlerdeki hükümler olan temel inançlardır (Türkçapar 2014).

Temel inançlar, ulaşılmaması ve değiştirilmesi daha zor inanç düzeyi olup bireyin kendisi hakkındaki önemli düşüncelerini içermektedir. Temel inançlar, bireyin çocukluk döneminde anne-babasıyla olan ilişkileri ve karşılaştıkları önemli olaylar tarafından şekillenmektedir. Bu inançlar bireyin kendisi, diğerleri ve dünyayla ilgili temel varsayımlarını içeren koşulsuz mutlak önermelerdir. Geniş kapsamlı, katı ve aşırı genellenmiş düşüncelerdir (Yalçın 2014).

Beck temel inançları üç grup altında toplamıştır. Bunlar; sevilmeme (duygusal eksiklikler); çaresizlik (başarı, güç, performans yetersizliği) ve değersizlik (suçluluk, ahlaki eksiklik)tir. Temel inançlar zihnimizde olumlu ve olumsuz çiftler halinde bulunmaktadır. Örnek olarak hem yeterliyim hem yetersizim temel inançları bir arada bulunmaktadır. Her insanda biri diğerinden

baskın haldedir ve sağlıklı bir insanda olumlu temel inancın etkin olması beklenmektedir (Türkçapar 2014).



Otomatik düşünceler için örnek hiyerarşi (Beck 2014)

## 2.5. Otomatik Düşünceler - Bakım Yükü İlişkisi

Otomatik düşünceler, duygu ve davranışları etkileyerek, kişinin psikolojik ve fiziksel olarak nasıl olduğu/olacağı üzerinde etkin bir rol oynamaktadır. Bu düşünceler, kontrolsüz olarak zihinde olduğundan bireyin tepkilerini ve problem çözme becerilerini etkilemektedir (Eriş 2017). Olumsuz otomatik düşüncelerin kendisi, dünya ve gelecek hakkında olumsuz algılara yol açarak bireyde umutsuzluğa ve depresif duygulanıma sebep olduğu ifade edilmektedir (Tümkiye ve İflazoğlu, 2013).

Psikiyatrik hastalığı bulunan bir bireye bakım verici rolüne geçen kişide, bu rolle beraber hayatına giren bir takım problemleri algılama ve çözme tutumu otomatik düşünceleri ile paralel olmaktadır. Bakım verme rolü; fiziksel, duygusal ve ekonomik yüklerle neden olan zor ve öngörülemeyen bir deneyimdir (Bademli ve ark. 2017). Günlük aktivitelerini (içme, yeme, kıyafet, banyo, yürüyüş, vb.) yerine getirirken aile üyelerine bağımlı olan hastaların bakım verenlerinde 'yük' daha fazla hissedilmektedir (Çetin ve ark. 2013). Yük kavramının ortaya çıkmasına

sebebe olan yeni zorlantılı yaşantılar, bireyler/bakımı üstlenen kişiler açasından problem olarak tanımlandığında, her bireyin problemleri algılama düzeyi ve problemin çözümüne yönelik tutumu farklılık göstermektedir (Eriş 2017). Hastanın bakım verme sorumluluğunu üstlenen kişilerde, hayatlarındaki bu değişikliği algılama ve yorumlama biçimleri doğrultusunda, öfke, memnuniyetsizlik, kayıp, korku, utanç, suçluluk, umutsuzluk, belirsizlik, gelecekle ilgili endişeler, stres ve depresyon gibi duygular gelişebilmektedir. Ayrıca, anksiyete ve depresyon düzeyi yüksek olan bireylerin, olumsuz otomatik düşünceleri daha fazla yaşadıkları belirtilmektedir (Sinanoğlu 2016). Yaşantılar karşısında ansızın ortaya çıkan otomatik düşüncelerden ziyade bu düşüncelerin oluşturduğu duygular fark edildiğinden bakım veren kişilerin duyguları, bu rollerine ilişkin düşüncelerinin tekrar yapılandırılmasının önemini göstermektedir (Eriş 2017).

Literatürde bilişsel davranışçı tekniklerinin, bireylerin sahip olduğu bilişsel eksiklik ve çarpıtmaları azalttığı, stresle başa çıkmalarına yardımcı olduğu ve günlük stresten anksiyete ve depresyon gibi ciddi psikiyatrik problemlere kadar birçok sorunun yönetiminde etkili bir yöntem olduğu gösterilmektedir (Demiralp ve Oflaz, 2007, Sinanoğlu 2016). Literatürde, bu tekniklerin bakım verenlerde etkili başa çıkma davranışları geliştirdiği ve buna paralel olarak bakım yükü, stres ve psikiyatrik hastalık riskini azalttığı ve bu yolla daha sağlıklı aile işleyişi sağladığı ifade edilmektedir (Losada ve ark. 2006, Ata ve Doğan 2018).

## **2.6. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü**

Psikiyatri hemşireleri, birçok ülkede hem tedavi edici sağlık bakım kurumlarında hem de ruhsal sorunları önlemeye yönelik çalışan koruyucu sağlık hizmetleri alanında çalışan sağlık profesyonelleri arasında önemli bir yere sahiptir (Hallaç ve ark. 2014). Sadece tedavinin ön planda olduğu sağlık hizmetlerinden, koruyucu hizmetler ve rehabilite edici hizmetlere kadar geniş bir yelpazede psikiyatri hemşireleri önemli roller edinmiş ve yeni sorumluluklar üstlenmiştir (Yılmaz ve Özcan, 2016).

Ülkemizde 2006 yılında yayımlanan 'Ulusal Ruh Sağlığı Politikası' metninde ruh sağlığı sisteminin toplum temelli olması, genel sağlık sistemine ve birinci basamağa entegre edilmesi hususları vurgulanmaktadır (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023). Toplum temelli bu görüşün benimsenmesiyle bireyin,

içinde bulunduğu ve etkileşimde olduğu çevrede ve kendi ortamında ruh sağlığı hizmetlerini alması amaçlanmaktadır. Bu konuda, özellikle birey ve ailelerine en yakın ortamda çalışan toplum ruh sağlığı hemşirelerine önemli sorumluluklar düşmektedir (Hallaç ve Öz 2014).

Psikiyatri hemşireleri eğitim seviyeleri, unvanları ve deneyimleri farklılık gösterse de primer bakım sağlayıcı ya da bakımı destekleyici profesyoneller olarak kabul edilmektedir (Macleod ve ark.2011). Bakım veren, bakımı destekleyen ve öğreten kişi olarak hemşirelerin, bakım verenlerin bakım yükünü ve bu yükü etkileyen faktörleri belirlemesi gerekmektedir. Böylelikle hemşireler, gerekli önleyici ve iyileştirici girişimlerde bulunarak bakım verenin iyilik halinin devamını sağlayabilir ve hasta bakım kalitesinin artmasına yardımcı olabilirler (Yıldırım 2014).

İngiltere'de yapılan bir çalışmada toplum ruh sağlığı hemşirelerinin, şizofreni tanısı almış hasta ve aileleri üzerine müdahalelerinin iyileşmede etkili olabileceği gösterilmektedir. (Macleod ve ark. 2011). Lowyck ve arkadaşları, aileye yönelik girişimlerin bakım yükünü azalttığına dikkat çekmişlerdir (Lowyck 2001). Talwar ve arkadaşlarının çalışmasında ise, aileye hastalık hakkında eğitim vermenin, bilgi seviyesini arttırdığı, bu sayede bakım veren aile üyelerinin etkili baş etme yöntemleri kullandığı ve yük duygusunun azaldığını gösterilmektedir (Talwar ve ark. 2010). Bakım verenlerin hastalık hakkında ayrıntılı bilgiye sahip olması yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir. Literatürde, bakım verenlerin hastalık hakkında bilgi seviyesinin artmasının, hastalıktan dolayı kendisini suçlamasını azalttığı, hastalık ile daha etkili baş etme yöntemleri geliştirmesine fırsat verdiği ve dolayısıyla bakım yükünü azalttığını gösteren başka çalışmalar da mevcuttur (Chan ve ark. 2009, Caqueo-Urizar ve ark. 2011, Arslantaş ve Adana 2012).

Benzer şekilde etkisiz baş etme yöntemini kullanan bakım verenlerin, artan yük algısının sonucu bakım verdikleri bireylere yönelik düşmanca, eleştirel ya da aşırı korumacı tutum sergiledikleri de literatürde bildirilmektedir (Talwar ve ark. 2010). Toplum ruh sağlığı hemşirelerinin, şizofreni tanısı alan bireylerin bakım verenlerine nasıl destek sağlayabileceğinin araştırıldığı bir çalışmada, aile eğitiminin, hastalığın bakımı konusunda gereken bilgiyi oldukça arttırdığı bulunmuştur (Macleod ve ark. 2011). Bakım yükü, başa çıkma veya ruhsal sağlık

gibi önemli konular aile eğitimlerine eklendiğinde bakım yükü azaltılabilmekte, böylece aile eğitiminin hasta ve yakınlarına sağladığı fayda artırılabilir. Destekleyici aile eğitimi, baş etme becerilerini geliştirerek bilgi vermenin ötesine geçmektedir. Davranışsal aile terapisi, bilişsel davranışçı grup ve bireysel terapiler, karşılıklı destek grupları gibi daha yoğun programlar, şizofreni tanısı konmuş kişilerin ailelerinde sıkça görülen stresli ilişkileri ele alarak başa çıkmayı geliştirmeyi, etkili problem çözmeyi öğretmeyi amaçlamaktadır. Bu programlar, özellikle bakım yükünü azaltmada etkilidir ve ruh sağlığını iyileştirebilmektedir. (Macleod ve ark. 2011, Çabuk 2014). Bakım yüküne yönelik yapıldığında oldukça etkili sonuçlar veren bu uygulamaları psikiyatri hemşireliğinde yüksek lisans veya doktora düzeyinde eğitim alan ve ileri düzey uygulama becerisi olarak bu terapilerin eğitimini bitirmiş olan hemşireler yapabilmektedir (Demiralp ve Oflaz, 2007).

Bütüncül yaklaşım modelinin benimsenmesi ile birlikte psikiyatri hemşireliğinin rolleri ve uygulama alanları da sürekli gelişmekte maksimum fayda sağlanmaya çalışılmaktadır (Ünsal ve ark. 2014). Psikiyatri hemşiresi, hastaya doğrudan ve uzun süreli bakım verme, gözlem ve görüşme yapma, tedaviye yönelik girişimlerde bulunma gibi aktif ve çekirdek rollerin yanı sıra gerekli eğitimleri tamamladıktan sonra terapist rolünü de üstlenebilmektedir (Yılmaz ve Özcan 2016). Otomatik düşünceler vasıtası ile bireylerin şemaları üzerinde değişiklik yapmayı hedefleyen ve bu şekilde hem tedavi edici hem koruyucu hem de rehabilite edici sağlık hizmeti sağlayan bilişsel davranışçı terapi psikiyatri hemşireleri tarafından yapılabilen, teknikleri görüşmeler sırasında kullanılabilir (Demiralp ve Oflaz 2007, Meriç 2010, Yılmaz ve Özcan 2016). Böylece tekrarlayan olumsuz düşüncelerin, istenmeyen davranışların ve yıkıcı duyguların ortaya çıkışı önlenmektedir (Demiralp ve Oflaz 2007, Meriç 2010).

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

### **3.1. Araştırmanın Şekli:**

Bu araştırma, psikiyatri hastalarına bakım veren aile üyelerinde otomatik düşünceleri ve bakım yükü arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılmış olup, kesitsel ve tanımlayıcı-ilişki arayıcı türde bir araştırmadır.

### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler:**

Bu araştırma Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde gerçekleştirilmiştir. Klinik yataklı dört ayrı servisten oluşmakta olup, bu servislerin ikisi kapalı salon niteliğindedir. Yataklı servislerin yanı sıra beş hasta kapasiteli uyku laboratuvarı ve altı adet muayene birimi kapasiteli poliklinik Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD bünyesinde yer almaktadır. İlaveten hastaların faydalanabileceği bir adet uğraşı salonu ve fiziksel aktiviteler için kullanılabilen korunaklı bir bahçesi bulunmaktadır. Kliniğin toplam yatak kapasitesi 124 olup, servislerden biri faal durumda olmadığından hâlihazırda 102 yatakla hizmet verilmektedir.

### **3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi:**

Araştırma verileri 16 Ocak 2017-16 Mayıs 2017 tarihleri arasında, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD'de toplanmıştır. Araştırmanın evrenini, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD'nin ayaktan ve yatan hasta birimlerine başvuran, psikiyatrik hastalık tanısı almış olan hastaların aile üyeleri oluşturmaktadır.

Planlanan araştırma tarihleri arasında başvurarak dâhil olma kriterlerini taşıyan ve araştırmamıza katılmayı kabul eden hasta yakınları ise çalışmamızın örneklemini oluşturmaktadır. Örneklem, 205 hasta yakınından oluşmaktadır.

#### **Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri:**

##### **Hasta için;**

- DSM-5-TR (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013) ölçütlerine göre şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, bipolar bozukluk, majör depresyon, anksiyete bozukluğu ve diğer ruhsal bozukluk (madde bağımlılığı, organik ruhsal



bozukluklar, somatik bozukluk, dissosiyatif bozukluk, kişilik bozukluğu) tanısı konmuş olma,

- Hastalık belirtilerinin en az 1 yıl önce başlamış olması,
- En az bir aile üyesiyle birlikte yaşıyor olma.

#### **Hasta yakını için;**

- Araştırmaya katılmayı kabul etme,
- Hasta ile birlikte yaşama ve hastanın bakımından sorumlu olma,
- 18 yaş ve üzerinde olma,
- Araştırmanın yönergesini takip edebilecek, okuyup anlayabilecek veya okunduğunda anlayabilecek kapasiteye sahip olma,
- Sorulan soruları anlayabilme ve cevaplayabilme olarak belirlenmiştir.

### **3.4. Verilerin Toplanması**

#### **3.4.1. Araştırmanın Etik Yönü ve İzlenen Adımlar**

Araştırma kapsamında; 11 Ocak 2017'de 2012-KAEK-15/1275 sayılı kararla Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Ek-1) gerekli izin alınmıştır. Çalışmanın uygulaması esnasında veri toplanmaya başlamadan önce her hasta yakınına çalışma hakkında bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden ve dâhil olma kriterlerini karşılayan hasta yakınlarından aydınlatılmış yazılı onam alınmıştır (Ek-2). Görüşmeler ortalama 15-20 dk. sürmüştür.

#### **3.4.2. Veri Toplama Formları:**

##### **3.4.2.1. Sosyo-Demografik Özellikler Veri Toplama Formu (EK-3):**

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Kaya 2013, Kızılırmak 2014). Formda hasta ve bakım verici aile üyesine yönelik sosyo-demografik özelliklerinin yanı sıra, hastanın hastalık süreci ve bakım verenin destek alma ve baş etme durumuna ilişkin sorulara da yer verilmiştir. Yapılan literatür incelemeleri sonucunda, Aile üyelerinin bakım verirken yaşadığı sorunlar ve kullandığı baş etme yöntemlerini değerlendirmek üzere de 6 adet soru sosyo-demografik özellikler veri toplama formuna eklenmiştir. Soru formunda hastaya

yönelik 15, hasta yakınına yönelik 16 tane olmak üzere toplam 31 soru bulunmaktadır.

#### **3.4.2.2. Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği (HYDÖ) (EK-4):**

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin bakım verenlerinde hastalık yükünü değerlendirmek amacıyla Reinhard ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir (Reinhard 1994). Ölçek, 19 maddeden oluşan ve dörtlü likert tipi değerlendirme sağlayan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek, Hiç=1, Çok az=2, Biraz=3, Çok=4 olmak üzere 1 ile 4 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı tüm maddelerin aritmetik toplamı şeklindedir. Ölçekten elde edilebilecek en düşük puan 19, en yüksek puan ise 76'dır. Ölçekten alınan puanı ile bakım yükü arasında doğru oran bulunmakta olup, ölçekten alınan puanın yüksek olması algılanan hastalık yükünün fazla olduğunu göstermektedir. Ölçekte yer alan ifadeler kapsamaları ve derecelendirilmeleri sebebiyle hastalık şiddeti farklılık gösteren ve remisyonda olan bireylerin yakınlarına uygulanabilme özelliği taşımaktadır. Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe güvenilirlik geçerlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılmıştır. Türkçe formunun geçerlilik analizleri sonucunda orijinal çalışmayla benzer şekilde 5 faktör elde edilmiştir. Bunlar günlük yaşamda kısıtlanma, olumsuz duygular ve hasta için endişe etme, bakım verenin kayıpları, faaliyetlerde bozulma ve mesleki faaliyetlerde bozulmadır. Elde edilen bu faktörler varyansın %67,2'sini açıklamaktadır. Güvenilirlik analizlerinde ölçeğin iç tutarlılığını ortaya koymak amacıyla hesaplanan Cronbach alfa katsayısı 0,89 çıkmış olup, yüksek düzeyde güvenilirlikli şekilde değerlendirilmektedir (Aydemir ve ark. 2012). Türkçe formunun madde-toplam puan korelasyon katsayıları da kabul edilebilir düzeydedir (0,297-0,742). Buna göre ölçeğin güvenilirliği sağladığı gösterilmiştir.

Ölçeğin bu araştırmada elde edilen iç tutarlılık katsayısı 0,84'dür ve yüksek düzeydedir.

#### **3.4.2.3. Geliştirilmiş Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ-G) (EK-5):**

Kendall ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilen Geliştirilmiş Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ-G) bireylerde otomatik düşünce görülme sıklığını ölçmek için kullanılan, 40 maddeden oluşan ve maddelere 1 ile 5 arasında

puan verilen Likert tipi bir ölçektir (Kendall 1989). Katılımcılardan ölçek maddelerinde yer alan düşüncelerin son bir hafta içinde aklından ne kadar sıklıkla geçtiğini belirtmesi istenir. Her madde için ‘Hiç aklımdan geçmedi’, ‘Ender olarak aklımdan geçti’, ‘Ara sıra aklımdan geçti’, ‘Sık sık aklımdan geçti’, ve ‘Hep aklımdan geçti’ seçeneklerinden birini seçmesi ve işaretlemesi istenir.

Ölçekten alınacak puan, katılımcıların ölçek maddelerine verdikleri yanıtların sayısal değerlerinin toplanmasıyla elde edilir. Ölçekte 30 olumsuz ve 10 olumlu madde bulunmaktadır. Olumsuz ifadeler seçeneklerin sayısal değerleri toplanarak, ölçekteki 10 olumlu ifade ise seçeneklerin sayısal değerlerinin tersi alınarak puanlanmaktadır. Olumlu ifadeler puanlanırken 1 puan verilen maddeler 5’e; 5 puan verilen maddeler 1’e dönüştürülerek toplanır. Sonuç olarak, 40 maddeden elde edilen toplam puan katılımcının toplam olumsuz otomatik düşünce puanını ifade etmektedir.

Ölçekten elde edilebilecek en düşük puan 40, en yüksek puan ise 200’dür. Ölçekten alınan puan arttıkça kişinin aklından geçen olumsuz otomatik düşünce artmaktadır. Ölçek değerlendirme yapılırken üç farklı yöntem izlenebilir; 40 maddeden elde edilen toplam puan değerlendirilebilir, ölçek alt boyutları puanları değerlendirilebilir ya da 30 olumsuz maddeden elde edilen puan ile 10 olumlu maddeden elde edilen puan ele alınarak olumlu ve olumsuz düşünceler değerlendirilebilir. Bu çalışmada toplam ODÖ-G puanı ve alt boyut puanlarına göre değerlendirme yapılmıştır.

ODÖ-G’nin olumsuz benlik, olumlu benlik, yalnızlık ve umutsuzluk, kişisel uyumsuzluk olmak üzere 4 alt boyutu vardır. Olumsuz benlik alt boyutu 17 maddeden (31, 33, 34, 29, 38, 39, 4, 40, 27, 35, 17, 11, 12, 19, 22, 30, 36), olumlu benlik alt boyutu 10 maddeden (13, 24, 3, 10, 32, 37, 7, 28, 16, 20), yalnızlık ve umutsuzluk alt boyutu 8 maddeden (15, 5, 21, 18, 1, 14, 19, 6), kişisel uyumsuzluk alt boyutu 6 maddeden (9, 2, 8, 23, 25, 26) oluşmaktadır. Aysan ve Bozkurt (2000)’un yapmış olduğu ODÖ-G’nin güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısının 0.92 iki yarım test güvenilirlik katsayısının 0.82 olduğu belirtilmektedir. Buna göre ölçeğin güvenilirliği yüksek düzeyde sağladığı gösterilmiştir. Ölçeğin bu çalışmada elde edilen Cronbach alfa katsayısı 0,93 olup güvenilirlik düzeyi çok yüksek bulunmuştur.

### **3.5. Uygulama**

#### **3.5.1. Ön Uygulama**

Hasta ve Aile üyelerinin özelliklerini içeren ‘Sosyo-Demografik Özellikler Veri Toplama Formu’ ve ölçeklerin anlaşılabilirliğini değerlendirmek üzere, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında tedavi gören ve dâhil olma kriterlerini karşılayan hasta ailelerinden 10 kişi ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda ‘Sosyo-Demografik Özellikler Veri Toplama Formu’ ve ölçeklerin işlevliliği uygun bulunmuş ve araştırmaya başlanmıştır.

Araştırmanın değişkenleri şunlardır:

- Bağımlı Değişkenler: Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği Puanları, Geliştirilmiş Otomatik Düşünceler Ölçeği Puanları
- Bağımsız Değişkenler: Hastaların ve hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri, bakım verenin hastaya yakınlık derecesi, hastaların hastalık/tedaviye ilişkin özellikleri, bakım süresi, hastaların madde kullanım durumu, kullanılan maddenin türü, bakım verenin bakım desteği alma durumu, bakım verenin kendisinde veya ailesindeki diğer bireylerde rahatsızlık bulunma durumu ve bu rahatsızlığın türü, bakım verenin bakım vermede sorun yaşadığı alanlar ve kullandığı baş etme yöntemleridir.

#### **3.5.2. Araştırmanın Uygulanması**

Veri toplama formları, bakım veren aile üyesine, öncelikle araştırmanın amacı açıklanarak yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Okur-yazar olmayan hasta yakınlarına soru formları araştırmacı tarafından okunarak uygulanmıştır. Tüm bakım vericilere buldukları hastane ortamında, kendileri için uygun olan günlerde soru formları uygulanmış olup veri toplama süresi ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi:**

Bu çalışmada istatistiksel analiz için Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0 for Windows programı kullanılmıştır. Bireylerin demografik bilgileri yüzde ve frekans tablosu ile gösterilmiştir. Bağımlı değişkenlerin

analizlerinde grup sayısı iki olan karşılaştırmalarda normal dağılıma uyan verilerde Student's T testi, normal dağılıma uymayan verilerde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogorow-Smirnov testi ile tespit edilmiştir. Grup sayısı üç ve üzeri karşılaştırmalarında normal dağılıma uyan verilerde Tek yönlü varyans testi (Oneway Anova Test) uymayan verilerde ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Bunlara ek olarak gruplar arasında çıkan farkların hangi değişkenlerden kaynaklandığını tespit edebilmek için yapılan post hoc analizlerinde Tukey HSD ve Bonferoni düzeltmeli Mann Whitney U testleri kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde ise Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

#### 4. BULGULAR

Psikiyatri hastalarına birinci derecede bakım veren 205 aile üyesi ile yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen bulgular 4 grup altında incelenmiştir;

1. Hastaların Sosyo-demografik ve Klinik Özellikleri ile Aile üyelerinin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı,
2. Hastaların Sosyo-demografik ve Klinik Özellikleri ile Aile üyelerinin Hastalık Yükü Değerlendirme ve Geliştirilmiş Otomatik Düşünceler Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması,
3. Aile üyelerinin Sosyo-demografik Özellikleri ile Hastalık Yükü Değerlendirme ve Geliştirilmiş Otomatik Düşünceler Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması,
4. Aile üyelerinin Otomatik Düşüncelerine Göre Bakım Verme Yükü.

#### 4.1. Hastaların Sosyo-demografik ve Klinik Özellikleri İle Aile üyelerinin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4.1.1. Hastaların Sosyo-demografik ve Klinik Özellikleri (n=205)

	Sayı(n)	Yüzde (%)
<b>Yaş</b>		
18-30	95	46,2
31-40	40	19,6
41 ve üzeri	70	34,2
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	85	41,5
Erkek	120	58,5
<b>Medeni durum</b>		
Evli	85	41,5
Bekâr	120	58,5
<b>Sağlık güvencesi</b>		
SGK	205	100
Özel Sigorta	-	-
Yok	-	-
<b>Eğitim düzeyi</b>		
Okur-yazar değil	6	2,9
İlkokul	41	20
Ortaokul	46	22,4
Lise	63	30,7
Üniversite	49	23,9
<b>Aile yapısı</b>		
Çekirdek aile	194	94,6
Geniş aile	11	5,4
<b>Hastalık öncesi çalışma durumu</b>		
Çalışıyordu	101	49,3
Çalışmıyordu	104	50,7
<b>Yaptıkları işler (n=94)</b>		
İşçi	43	21
Memur	28	13,7
Özel sektör	5	2,4
Esnaf	11	5,4
Serbest Meslek	12	5,9
<b>Şimdiki çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	31	15,1
Çalışmıyor	174	84,9

**Tablo 4.1.1. Hastaların Sosyo-demografik ve Klinik Özellikleri (n=205)  
(Devam)**

	Sayı(n)	Yüzde (%)
<b>Tanısı</b>		
Psikotik bozukluk	83	<b>40,5</b>
Bipolar bozukluk	52	25,4
Majör depresyon	31	15,1
Anksiyete bozukluğu	25	12,2
Obsesif kompulsif bozukluk	3	1,5
Madde bağımlılığı	11	5,4
<b>Hastalık süresi</b>		
1- 5 yıl arası	112	<b>54,6</b>
6- 10 yıl arası	44	21,5
11 yıl ve üzeri	49	23,9
<b>Hastaneye yatış sayısı</b>		
1 -2 kez yatanlar	126	<b>61,5</b>
3 ve üzeri yatanlar	79	38,5
<b>İlaç kullanımı</b>		
Düzenli ilaç alan	155	<b>75,6</b>
Düzenli ilaç almayan	50	24,4
<b>Kontrollerine düzenli gitme</b>		
Evet	144	<b>70,2</b>
Hayır	61	29,8

Hastalara ait tanıtıcı özellikler incelendiğinde; %46,2'sinin 18-30 yaş aralığında olduğu, %58,5'inin erkek olduğu, %58,5'nin bekar olduğu ve bireylerin tamamının sağlık sigortasının bulunduğu görülmektedir. Hastaların %30,7'sinin lise mezunu olduğu ve tamamına yakınının %94,6 bir çekirdek ailede yaşadığı bulunmuştur. Hastaların çalışma durumlarına bakıldığında hastalanmadan önce %50,7'sinin; hastalıktan sonra ise %84,9'unun çalışmadığı, çalışanların ise %21'inin işçi olduğu bulunmuştur. Araştırmamıza dâhil olan hastaların %40,5'inin psikotik bozukluk tanısıyla takip edildiği, %75,6'sının ilaçlarını düzenli aldığı, %70,2'sinin kontrollerine düzenli olarak devam ettiği görülmektedir (Tablo 4.1.1).

Tabloda belirtilmeyen bir veri olarak araştırmada hastaların yaş ortalaması  $35,92 \pm 15,03$ 'dür. Bireylerin hastalık süreleri en az 1 yıl, en fazla 45 yıl, hastaneye yatış sayısı ise ortalama  $3,36 \pm 4,25$  olarak bulunmuştur.



**Tablo 4.1.2 Aile Üyelerinin Sosyo-demografik Özellikleri (n=205)**

	Sayı(n)	Yüzde (%)
<b>Yaş</b>		
18-29	30	14,6
30-50	92	<b>44,9</b>
51-64	63	30,7
65 üzeri	20	9,8
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	123	<b>60</b>
Erkek	82	40
<b>Medeni durum</b>		
Evli	143	<b>69,8</b>
Bekâr	62	30,2
<b>Eğitim düzeyi</b>		
Okur-yazar değil	6	2,9
İlkokul	74	<b>36,1</b>
Ortaokul	30	14,6
Lise	50	24,4
Üniversite	45	22,0
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	71	34,6
Çalışmıyor	92	<b>44,9</b>
Emekli	42	20,5
<b>Ne işle uğraştığı (n=68)</b>		
İşçi	24	<b>11,7</b>
Memur	18	8,8
Özel sektör	9	4,4
Esnaf	10	4,9
Serbest Meslek	7	3,4
<b>Gelir düzeyi</b>		
Geliri giderinden fazla	32	15,6
Geliri giderine eşit	124	<b>60,5</b>
Geliri giderinden az	49	23,9
<b>Yakınlık durumu</b>		
Annesi	73	<b>35,6</b>
Babası	41	20,0
Çocuğu	29	14,1
Eşi	31	15,1
Kardeşi	31	15,1
<b>Bakım verilen süre (yıl)</b>		
1- 5 yıl arası	100	<b>48,8</b>
6- 10 yıl arası	36	17,6
11 yıl ve üzeri	69	33,7
<b>Günlük bakım verilen süre (saat)</b>		
1 -5 saat	47	22,9
6-15 saat	64	31,2
16 saat ve üzeri	94	<b>45,9</b>

Bakım veren aile üyelerine ait sosyo-demografik özellikler incelendiğinde %44,9'unun 30-50 yaş aralığında olduğu, %60'nın kadın olduğu ve %69,8'nin evli olduğu %36,1'nin ilkokul mezunu olduğu, %44,9'unun herhangi bir işte çalışmadığı görülmektedir. Çalışmamıza katılan aile üyelerinin %8,8'i memurdur, %60,4'ü gelir durumunu, geliri giderine eşit olarak değerlendirmiştir. Bakım veren aile üyelerinden %35,6'sı hastanın annesidir. Aile üyelerinden %33,7'si en az 11 yıldır hastasının bakımıyla ilgilendiğini, %45,9'u ise günün en az 16 saati hastasının bakımıyla ilgilendiğini ifade etmiştir (Tablo 4.1.2).

Tabloda belirtilmeyen bir veri olarak aile üyelerinin yaş ortalaması  $46,51 \pm 13,97$  olarak bulunmuştur. Bakım verilen süre en az 1 yıl en fazla 45 yıldır ve günde ortalama  $14,14 \pm 8,58$  saat yakınıyla vakit geçirdikleri görülmektedir.

#### 4.2. Hastaların Sosyo-demografik ve Klinik Özellikleri ile Aile Üyelerinin Hastalık Yükü Değerlendirme ve Geliştirilmiş Otomatik Düşünceler Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

**Tablo 4.2.1. Aile Üyelerinin HYDÖ ve ODÖ-G Puan Ortalamaları ile ODÖ-G Alt Boyut Puan Ortalamaları**

		Madde sayısı	Min-Max	Ort±ss
<b>HYDÖ</b>		19	22,00-73,00	44,81±11,16
<b>ODÖ-G</b>		40	43,00-179,00	86,40±26,33
<b>ODÖ-G alt boyutları</b>	Olumsuz benlik	17	1,00-4,59	2,08±0,76
	Olumlu benlik	10	1,00-5,00	2,54±0,87
	Yalnızlık ve umutsuzluk	8	1,00±4,75	2,09±0,76
	Kişisel uyumsuzluk	6	1,33-6,33	2,79±1,01

Tablo 4.2.1 'de aile üyelerinin Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği ortalama puanı  $44,81 \pm 11,16$  ve Geliştirilmiş Otomatik Düşünceler Ölçeği toplam puan ortalaması  $86,40 \pm 26,33$  olarak bulunmuştur. Geliştirilmiş düşünceler ölçeği alt boyutlarının ortalama puanları ise sırasıyla; 'Olumsuz benlik'  $2,08 \pm 0,76$ ; 'olumlu benlik'  $2,54 \pm 0,87$ ; 'yalnızlık ve umutsuzluk'  $2,09 \pm 0,76$ ; 'kişisel uyumsuzluk' ise  $2,79 \pm 1,01$  olarak bulunmuştur (Tablo 4.2.1).

**Tablo 4.2.2. Hastaların Sosyo-demografik ve Klinik Özellikleri ile Aile Üyelerinin HYDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=205)**

Tanıtıcı Özellikler	n	HYDÖ puanı		p	Post-hoc
		Ort ± ss			
<b>Yaş</b>					
<sup>1</sup> 18-30	95	46,57±10,83			
<sup>2</sup> 31-40	40	46,45±11,23	<b><sup>b</sup>0,008</b>	1>3	
<sup>3</sup> 40 ve üzeri	70	41,48±10,95			
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	85	41,87±9,84	<b><sup>a</sup>0,001</b>	-	
Erkek	120	46,90±11,60			
<b>Medeni durum</b>					
Evli	85	43,12±10,56	<sup>a</sup> 0,069	-	
Bekar	120	46,00±11,46			
<b>Eğitim düzeyi</b>					
<sup>1</sup> Okur-yazar değil	6	40,66±10,46			
<sup>2</sup> İlkokul	41	43,00±12,01			
<sup>3</sup> Ortaokul	46	49,41±10,38	<b><sup>b</sup>0,023</b>	3>5	
<sup>4</sup> Lise	63	44,53±10,87			
<sup>5</sup> Üniversite	49	42,87±10,71			
<b>Hastalık öncesi çalışma durumu</b>					
Çalışıyordu	101	46,56±11,55	<b><sup>b</sup>0,027</b>	-	
Çalışmıyordu	104	43,11±10,54			
<b>Yapılan iş</b>					
Serbest meslek	12	46,50±12,55			
İşçi	43	47,46±11,29			
Memur	28	42,53±12,32	<sup>b</sup> 0,494	-	
Özel sektör	5	47,60±8,38			
Esnaf	11	45,90±7,84			
<b>Şimdiki çalışma durumu</b>					
Çalışıyor	31	44,83±11,35	<sup>b</sup> 0,990	-	
Çalışmıyor	174	44,81±11,16			
<b>Tanısı</b>					
<sup>1</sup> Psikotik bozukluk	83	43,79±10,95			
<sup>2</sup> Bipolar bozukluk	52	43,90±11,49			
<sup>3</sup> Majör depresyon	31	42,58±11,42	<b><sup>c</sup>0,011</b>	6>1	
<sup>4</sup> Anksiyete bozukluğu	25	48,00±9,78			
<sup>5</sup> Madde bağımlılığı	11	52,00±9,52			
<sup>6</sup> Obsesif kompulsif bozukluk	3	59,00±1,73			

**Tablo 4.2.2. Hastaların Sosyo-demografik ve Klinik Özellikleri ile Aile Üyelerinin HYDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=205) (Devam)**

Tanıtıcı Özellikler	n	HYDÖ Puanı		Post-hoc
		Ort ± ss	p	
<b>Hastalık süresi</b>				
1- 5 yıl arası	112	45,14±10,78		
6- 10 yıl arası	44	43,61±11,92	<sup>b</sup> 0,725	-
11 yıl ve üzeri	49	45,14±11,47		
<b>Hastaneye yatış sayısı</b>				
1-2 kez yatanlar	126	43,75±10,53	<sup>a</sup> 0,086	-
3 ve üzeri yatanlar	79	46,50±11,96		
<b>İlaçlarını düzenli alma durumu</b>				
İlaçlarını düzenli alan	155	43,40±10,90	<sup>a</sup> 0,01	-
İlaçlarını düzenli almayan	50	49,20±10,92		
<b>Kontrollerine düzenli gitme durumu</b>				
Düzenli giden	144	43,35±10,92	<sup>a</sup> 0,004	-
Düzenli gitmeyen	61	48,26±11,05		

*a: Student's t test      b: Tek yönlü varyans analizi      c: Kruskal wallis test      p<0,05*

Tablo 4.2.2'de hastaların bazı tanımlayıcı özellikleri ile aile üyelerinin HYDÖ puanlarının karşılaştırılması yapılmıştır. 18-30 yaş aralığında olan hastalara bakım verenlerin, 40 yaş ve üzerindekiyle bakım verenlere göre HYDÖ puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Hastaların cinsiyetlerine göre aile üyelerinin HYDÖ puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Erkek hastaya bakım verenlerin kadın hastaya bakım verenlere göre HYDÖ puanı daha yüksektir.

Hastaların eğitim düzeyine göre aile üyelerinin HYDÖ puanları incelendiğinde eğitim düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Buna göre üniversite mezunlarına bakım verenlerin ortaokul mezunlarına bakım verenlere göre HYDÖ puanı daha düşüktür.

Hastaların, hastalık öncesi çalışma durumu ile aile üyelerinin HYDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Hastalanmadan önce çalışan bireye bakım verenlerin, hastalanmadan önce çalışmayanlara bakım verenlere göre HYDÖ puanı daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların medeni durumu, uğraştıkları iş, hastalık sonrası çalışma durumları, hastalık süresi ve hastaneye yatış sayısına göre aile üyelerinin HYDÖ puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4. 2. 2).

Çalışmamıza katılan aile üyelerinin bakım verdikleri hastalarının tanılarına göre; hastalık yükü değerlendirme ölçek puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Buna göre; hastanın tanısı ile aile üyelerinin HYDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan bireylere bakım veren aile üyelerinin HYDÖ puan ortalamalarının, psikotik bozukluk tanısı alan bireylere bakım verenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur.

Hastaların ilaçlarını düzenli kullanma durumu ve kontrollerine düzenli devam etme durumu ile aile üyelerinin HYDÖ puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.2.2). İlaçlarını düzenli kullanmayan ve kontrollerine düzenli devam etmeyen hastalara bakım veren aile üyelerinin HYDÖ puanı daha yüksek bulunmuştur.

**Tablo 4.2.3. Hastaların Sosyo-demografik ve Klinik Özellikleri ile Aile Üyelerinin ODÖ-G Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=205)**

Tanıtcı Özellikler	N	ODÖ-G Puanı Ort ± ss	p	Post- hoc
<b>Yaş</b>				
<sup>1</sup> 18-30	95	92,51±26,02		
<sup>2</sup> 31-40	40	84,77±24,09	<sup>b</sup> 0,03	1>3
<sup>3</sup> 40 ve üzeri	70	79,05±26,31		
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	85	77,65±22,85	<sup>a</sup> 0,001	-
Erkek	120	92,60±26,96		
<b>Medeni durum</b>				
Evli	85	79,68±24,19	<sup>a</sup> 0,003	-
Bekar	120	91,17±26,84		
<b>Eğitim düzeyi</b>				
Okur-yazar değil	6	76,83±21,68	<sup>b</sup> 0,218	-
İlkokul	41	82,26±28,46		
Ortaokul	46	93,45±26,46		
Lise	63	85,50±24,65		
Üniversite	49	85,59±26,57		

**Tablo 4.2.3. Hastaların Sosyo-demografik ve Klinik Özellikleri ile Aile Üyelerinin ODÖ-G Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=205) (Devam)**

Tanıttıcı Özellikler	N	ODÖ-G Puanı Ort ± ss	p	Post- hoc
<b>Hastalık öncesi çalışma durumu</b>				
Çalışıyordu	101	91,56±25,78	<sup>a</sup> 0,004	-
Çalışmıyordu	104	81,40±26,02		
<b>Yapılan iş</b>				
Serbest meslek	12	85,33±24,98	<sup>b</sup> 0,274	-
İşçi	43	90,34±23,74		
Memur	28	83,10±25,90		
Özel sektör	5	97,80±20,42		
Esnaf	11	99,18±19,59		
<b>Şimdiki çalışma durumu</b>				
Çalışıyor	31	87,48±24,07	<sup>a</sup> 0,731	-
Çalışmıyor	174	86,21±26,78		
<b>Tanısı</b>				
Psikotik bozukluk	83	83,57±26,63	<sup>b</sup> 0,338	-
Bipolar bozukluk	52	86,00±27,78		
Majör depresyon	31	86,06±28,55		
Anksiyete bozukluğu	25	90,40±19,33		
Madde bağımlılığı	11	99,72±25,93		
Obsesif kompulsif bozukluk	3	93,33±17,78		
<b>Hastalık süresi</b>				
1- 5 yıl arası	112	88,58±27,16	<sup>b</sup> 0,301	-
6- 10 yıl arası	44	81,77±22,05		
11 yıl ve üzeri	49	85,59±27,84		
<b>Hastaneye yatış sayısı</b>				
1-2 kez yatanlar	126	85,60±26,02	<sup>a</sup> 0,651	-
3 ve üzeri yatanlar	79	87,69±26,94		
<b>İlaçlarını düzenli alma durumu</b>				
İlaçlarını düzenli alan	155	84,95±25,85	<sup>a</sup> 0,216	-
İlaçlarını düzenli almayan	50	90,92±27,57		
<b>Kontrollerine düzenli gitme durumu</b>				
Düzenli giden	144	84,59±25,28	<sup>a</sup> 0,202	-
Düzenli gitmeyen	61	90,68±28,43		

*a: mann whitney u testi*

*b: kruskal wallis testi*

*p<0,05*

Tablo 4.2.3'de hastaların bazı tanımlayıcı özellikleri ile aile üyelerinin ODÖ-G puanları karşılaştırılmıştır. Hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu ve hastalık öncesi çalışma durumu ile aile üyelerinin ODÖ-G puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). 18-30 yaş aralığındaki hastalara bakım veren aile üyelerinin ODÖ-G puan ortalamaları 40 yaş ve üzeri hastalara bakım veren aile üyelerinin ODÖ-G puan ortalamalarından; erkek

hastalara bakım veren aile üyelerinin ODÖ-G puan ortalamaları, kadın hastaya bakım verenlerden; bekar hastaya bakım veren aile üyelerinin ODÖ-G puan ortalamaları, evli hastaya bakım verenlerden; hastalık öncesi çalışan hastalara bakım veren aile üyelerinin ODÖ-G puan ortalamaları, çalışmayan hastaya bakım verenlerden daha yüksektir. Hastaların öğrenim durumu, uğraştıkları iş ve hastalık sonrası çalışma durumları, aldıkları hastalık tanısı, hastalığın süresi, hastaneye yatış sayısı ile aile üyelerinin ODÖ-G puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Hastaların ilaçlarını kullanım şekli ve kontrollerine düzenli devam etmeleri ile aile üyelerinin ODÖ-G puanları arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.2.3). Çalışmamıza katılan aile üyelerinin bakım verdikleri hastalarının tanılarına göre, Geliştirilmiş otomatik düşünceler ortalama ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre; hastanın tanısı ve aile üyelerinin ODÖ-G puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.2.3).

#### ***4.3. Aile Üyelerinin Sosyo-demografik Özellikleri ile Hastalık Yükü Değerlendirme ve Geliştirilmiş Otomatik Düşünceler Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması***

**Tablo 4.3.1. Aile Üyelerinin Sosyo-demografik Özellikleri ile HYDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=205)**

<b>Tanıtıcı Özellikler</b>	<b>N</b>	<b>HYDÖ Puanı ort ± ss</b>	<b>p</b>	<b>Post- hoc</b>
<b>Yaş</b>				
18-29	30	45,50±10,66	<sup>c</sup> 0,323	-
30-50	92	45,67±10,60		
51-65	63	44,58±12,40		
65 üzeri	20	40,55±9,99		
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	123	46,56±10,91	<sup>a</sup> 0,006	-
Erkek	82	42,19±11,08		
<b>Medeni durum</b>				
Evli	143	43,79±10,63	<sup>a</sup> 0,046	-
Bekar	62	47,17±12,04		

**Tablo 4.3.1. Aile Üyelerinin Sosyo-demografik Özellikleri ile HYDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=205) (Devam)**

Tanıtıcı Özellikler	N	HYDÖ Puanı		p	Post- hoc
		Ort ± ss			
<b>Eğitim Düzeyi</b>					
Okur-yazar değil	6	48,50±9,46			
İlkokul	74	45,66±9,91			
Ortaokul	30	45,66±11,30	<sup>b</sup> 0,366		-
Lise	50	42,10±10,92			
Üniversite	45	45,37±13,22			
<b>Çalışma durumu</b>					
<sup>1</sup> Çalışıyor	71	45,15±11,22			
<sup>2</sup> Çalışmıyor	92	46,44±9,82	<sup>c</sup> 0,015		2>3
<sup>3</sup> Emekli	42	40,66±12,91			
<b>Ne işle uğraştığı</b>					
Serbest meslek	7	53,57±10,24			
İşçi	24	45,95±10,77			
Memur	18	46±11,84	<sup>c</sup> 0,245		-
Özel sektör	9	40,66±7,84			
Esnaf	10	44,77±12,78			
<b>Gelir düzeyi</b>					
<sup>1</sup> Geliri giderinden fazla	32	45,25±11,14			
<sup>2</sup> Geliri giderine eşit	124	43,02±11,03	<sup>c</sup> 0,007		3>2
<sup>3</sup> Geliri giderinden az	49	49,06±10,51			
<b>Yakınlık durumu</b>					
<sup>1</sup> Annesi	73	48,56±10,25			
<sup>2</sup> Babası	41	42,14±11,15			
<sup>3</sup> Çocuğu	29	42,10±10,81	<sup>d</sup> 0,008		1>2
<sup>4</sup> Eşi	31	44,29±12,15			
<sup>5</sup> Kardeşi	31	42,58±10,73			
<b>Bakım verilen süre (yıl)</b>					
1- 5 yıl arası	100	44,68±11,27			
6- 10 yıl arası	36	45,36±10,82	<sup>c</sup> 0,970		-
11 yıl ve üzeri	69	44,72±11,32			
<b>Günlük bakım verilen süre (saat)</b>					
<sup>1</sup> 1 -5 saat	47	41,38±12,07			
<sup>2</sup> 6-10 saat	64	45,68±10,47	<sup>c</sup> 0,037		3>1
<sup>3</sup> 11 saat ve üzeri	94	45,93±10,91			

a: Student's t test    b: Tek yönlü varyans analizi    c: kruskal wallis testi    d: ANOVA  
p<0,05

Tablo 4.3.1'de aile üyelerinin bazı tanıtıcı özellikleri ile hastalık yükü değerlendirme ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Aile üyelerinin cinsiyeti, medeni durumu, çalışma durumu, algılanan aile gelir düzeyi, hastaya yakınlık durumu ve günlük bakım verdikleri saat süresi ile HYDÖ ölçek puanları arasındaki fark



istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Aile üyelerinden kadın olanların HYDÖ ölçek puan ortalamaları, erkek olanlardan; bekar olanların HYDÖ ölçek puan ortalamaları, evli olanlardan; çalışmayanların HYDÖ ölçek puan ortalamaları, emekli olanlardan; geliri giderinden az olanların HYDÖ ölçek puan ortalamaları, geliri giderine eşit olanlardan; bakım veren annelerin HYDÖ ölçek puan ortalamaları, bakım veren babalardan, 11 saat ve üzeri bakım veren aile üyelerinin HYDÖ ölçek puan ortalamaları, 1-5 saat bakım verenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Aile üyelerinin yaş, eğitim düzeyi, uğraştıkları iş ve bakım verdikleri süre (yıl) ile HYDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ )(Tablo 4.3.1).

**Tablo 4.3.2. Aile Üyelerinin Sosyo-demografik Özellikleri ile ODÖ-G Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=205)**

Tanıtıcı Özellikler	N	ODÖ-G Puanı Ort ± ss	p	Post-hoc
<b>Yaş</b>				
18-29	30	80,63±20,59	<sup>c</sup> 0,422	-
30-50	92	86,43±26,09		
51-65	63	90,57±28,70		
65 üzeri	20	81,85±24,23		
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	123	91±26,79	<sup>a</sup> 0,002	-
Erkek	82	79,51±24,18		
<b>Medeni durum</b>				
Evli	143	85,25±27,05	<sup>c</sup> 0,261	-
Bekar	62	89,08±24,61		
<b>Eğitim düzeyi</b>				
Okur-yazar değil	6	101,83±25,03	<sup>b</sup> 0,447	-
İlkokul	74	88,82±27,79		
Ortaokul	30	85,06±22,80		
Lise	50	85,00±24,92		
Üniversite	45	82,84±27,75		
<b>Çalışma durumu</b>				
Çalışıyor	71	81,50±23,13	<sup>c</sup> 0,174	-
Çalışmıyor	92	89,36±25,07		
Emekli	42	88,21±32,81		

**Tablo 4.3.2. Aile Üyelerinin Sosyo-demografik Özellikleri İle ODÖ-G Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=205) (Devam)**

Tanıtıcı Özellikler	N	ODÖ-G Puanı Ort ± ss	p	Post-hoc
<b>Ne işle uğraştığı</b>				
Serbest meslek	7	86,28±16,46		
İşçi	24	85,25±24,48		
Memur	18	88,50±24,12	<sup>c</sup> 0,269	-
Özel sektör	9	68,11±14,35		
Esnaf	10	85,20±24,57		
<b>Gelir düzeyi</b>				
<sup>1</sup> Geliri giderinden fazla	32	86,46±24,51		
<sup>2</sup> Geliri giderine eşit	124	81,00±24,53	<sup>b</sup> <0,001	3>1
<sup>3</sup> Geliri giderinden az	49	100,04±27,43		
<b>Yakınlık durumu</b>				
<sup>1</sup> Annesi	73	97,47±26,79		
<sup>2</sup> Babası	41	84,46±24,24		
<sup>3</sup> Çocuğu	29	79,79±22,39	<sup>c</sup> 0,012	1>3,4,5
<sup>4</sup> Eşi	31	78,64±28,09		
<sup>5</sup> Kardeşi	31	76,87±21,22		
<b>Bakım verilen süre (yıl)</b>				
1- 5 yıl arası	100	88,07±29,01		
6- 10 yıl arası	36	85,00±20,28	<sup>b</sup> 0,680	-
11 yıl ve üzeri	69	84,73±25,20		
<b>Günlük bakım verilen süre (saat)</b>				
<sup>1</sup> 1-5 saat	47	76,17±24,59		
<sup>2</sup> 6-10 saat	64	85,35±23,22	<sup>b</sup> 0,002	3>1
<sup>3</sup> 11 saat ve üzeri	94	92,24±27,73		

*a: mann whitney u testi*

*b: Tek yönlü varyans analizi*

*c:kruskal wallis testi*

*p<0,05*

Tablo 4.3.2’de Aile üyelerinin bazı sosyo-demografik özellikleri ile geliştirilmiş otomatik düşünceler ölçeği toplam puanları karşılaştırılmıştır. Aile üyelerinin cinsiyeti, aile gelir durumu, yakınlık derecesi ve günlük bakım verilen süre ile geliştirilmiş otomatik düşünceler ölçeği puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı derecede fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Aile üyelerinden kadın olanların ODÖ-G puan ortalamaları, erkek olanlardan; geliri gideri az olan aile üyelerinin ODÖ-G puan ortalamaları, geliri giderinden fazla olanlardan; yakınlık derecesi olarak hastanın annesi olanların ODÖ-G puan ortalamaları, çocuk, eş ve kardeş olanlardan; günlük 11 saat ve üzeri bakım veren aile üyelerinin ODÖ-G puan ortalamaları, 1-5 saat bakım verenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Aile üyelerinin yaşı, medeni durumu, öğrenim durumu, çalışma durumu, yaptığı iş ve bakım verdiği süre (yıl) ile geliştirilmiş otomatik düşünceler toplam puanları karşılaştırıldığında; bu değişkenler ile ölçek puanları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3.1).

*Aile Üyelerinin Bakım Verirken Yaşadığı Sorunlar ve Baş Etme Yöntemlerine Göre Bakım Verme Yükü ve Otomatik Düşünceleri incelendiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:*

#### 4.3.3. Aile Üyelerinin Bazı Bakım Verme Özelliklerine Göre Dağılımı

		Sayı(n)	Yüzde(%)
<b>Bakıma yardımcı kişi</b>	Yok	74	36,1
	Var	131	<b>63,9</b>
<b>Bakıma yardımcı olan varsa kim olduğu</b>	Akraba	131	100
	Kurum	-	-
<b>Bakım verenin ruhsal ya da bedensel rahatsızlık varlığı</b>	Yok	149	<b>72,7</b>
	Var	56	27,3
<b>Ailede başka kronik veya ruhsal hastalığa sahip birey varlığı</b>	Yok	153	<b>74,6</b>
	Var	52	25,4
<b>Hastanın herhangi bir maddeye bağımlılık durumu</b>	Evet	87	42,4
	Hayır	118	<b>57,6</b>
<b>Bağımlı olunan madde (n=87)</b>	Sigara	57	65,5
	Alkol	12	13,8
	Uyuşturucu	18	20,7

#### 4.3.3. Aile Üyelerinin Bazı Bakım Verme Özelliklerine Göre Dağılımı (Devam)

	Sayı(n)	Yüzde(%)	
<b>Bakım vermede yaşanılan sorunlar</b>	Ekonomik sorunlar		
	Duygusal sorunlar	97	43,9
	Sosyal sorunlar	159	<b>77,6</b>
	Hastanın günlük aktivitelerine ilişkin sorunlar	94	45,9
	Hastanın sağlığına ilişkin sorunlar	43	21
	Sevk ve ulaşım sorunları	79	38,5
	Davranışsal sorunlar	28	13,7
		97	47,3
<b>Baş etme yöntemleri</b>	İbadet etmek	84	41
	Yürüyüş yapmak	84	41
	Ağlamak	64	31,2
	Sigara içmek	60	29,3
	Sohbet etmek	88	<b>42,9</b>
	TV-müzik	69	33,7
	Uyumak	36	17,6
	İş yapmak	85	41,5

\*n katlanmıştır

Tablo 4.3.3 de aile üyelerinde bakım vermesini etkileyebilecek bazı özelliklerin dağılımı incelenmiştir. Bakım verenlerin %63,9'u bakım için destek aldığını ve destek alanların tamamı bu desteği akrabalarından aldığını ifade etmiştir.

Çalışmamıza katılan aile üyelerinin %27,3'ü kendisinde, %25,4'ü ise ailesindeki diğer bireylerden en az birinde daha ruhsal ve ya bedensel bir rahatsızlık bulunduğunu belirtmiştir.

Hastaların %42,4'u sigara, alkol, uyuşturucu gibi maddelerden en az birine bağımlılık göstermektedir. Madde bağımlısı olan 87 bireyin; %65,5'i sigara, %13,8'i alkol ve %20,7'si ise uyuşturucu bağımlısıdır.

Aile üyelerinin %77,6'sı hastasına bakım verirken en çok duygusal sorunlar yaşadığını, %42,9'u kendisini yük altında hissettiğinde genellikle sohbet ederek rahatladığını belirtmiştir.

4.3.4. Aile Üyelerinin Bazı Bakım Verme Özelliklerine Göre HYDÖ ve ODÖ-G Puanları (n=205)

		HYDÖ Puanı			ODÖ-G Puanı	
		N	Ort±ss	p	Ort±ss	P
<b>Bakıma yardımcı kişi (n=205)</b>	Yok	73	46,90±11,18	<b>a0,041</b>	93,45±26,70	<b>b 0,004</b>
	Var	132	43,65±11,02		82,51±25,40	
<b>Bakıma yardımcı olan/destek olan varsa kim olduğu (n=205)</b>	Akraba Kurum	132	43,65±11,02	-	82,51±25,40	-
<b>Bakım verenin rahatsızlık durumu(n=205)</b>	Yok	149	43,54±10,81	<b>a0,014</b>	82,46±24,11	<b>a 0,001</b>
	Var	56	48,19±11,45		96,91±29,21	
<b>Bakım verenin rahatsızlığının türü (n=56)</b>	Kronik bozukluk (psikiyatri dışı)	31	47,74±11,22	<b>b0,744</b>	98,58±33,11	<b>a 0,001</b>
	Psikiyatrik bozukluk	25	48,76±11,94		94,84±24,01	
<b>Ailede başka hasta bireyin olma durumu (n=205)</b>	Yok	153	43,25±10,90	<b>a0,001</b>	82,11±24,73	<b>a&lt;0,001</b>
	Var	52	49,40±10,72		99,03±27,88	
<b>Ailedeki diğer bireyin rahatsızlık türü (n=52)</b>	Kronik bozukluk (psikiyatri dışı)	16	46,00±11,67	<b>b0,249</b>	91,87±31,79	<b>b 0,219</b>
	Psikiyatrik bozukluk	36	50,91±10,08		102,22±24,52	
<b>Hastanın herhangi bir maddeye (Sigara, Alkol, Uyuşturucu) bağımlılık durumu(n=205)</b>	Evet	87	47,98±11,06	<b>b&lt;0,001</b>	91,96±27,00	<b>b 0,009</b>
	Hayır	118	42,47±10,68		82,31±25,17	
<b>Bağımlı olunan madde (n=87)</b>	Sigara	57	45,92±10,65	<b>c0,033</b>	88,80±26,65	<b>c 0,152</b>
	Alkol	12	49,41±10,77		88,66±21,98	
	Uyuşturucu	18	53,55±11,03		104,16±28,90	

a: Mann Whitney u testi

b: Student t testi

c:Kruskal Wallis Testi p<0,05

Bazı bakım verme özelliklerine aile üyelerinin bakım yükü ve otomatik düşünceleri değerlendirildiğinde; bakım konusunda destek alan aile üyelerinin, destek almayan bireylere göre HYDÖ ve ODÖ-G puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (  $p<0,05$ ).

Aile üyelerinin kendisinde bedensel ya da ruhsal bir rahatsızlığının olması ile HYDÖ puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken (  $p<0,05$ ), rahatsızlığın türünün bakım yükü üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur (  $p>0,05$ ). Bedensel ya da psikiyatrik bir rahatsızlığa sahip aile üyeleri ile herhangi bir rahatsızlığı bulunmayan aile üyelerinin ODÖ-G puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (  $P<0,05$ ). Rahatsızlığı olduğunu ifade eden 52 aile üyesinin rahatsızlık türü ile otomatik düşünceleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlenmiştir (  $p<0,05$ ). Psikiyatri dışı kronik bozukluğu olanların ODÖ-G puanları, psikiyatrik bir rahatsızlığı olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.3.4).

Ailesindeki diğer üyelerden en az birinde daha bir sağlık problemi bulunduğunu ifade eden aile üyelerinin, HYDÖ ve ODÖ-G puanları arasındaki fark, ailesinde başka rahatsız birey bulunmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlıdır (  $p<0,05$ ). Ancak hastalığın psikiyatrik ya da psikiyatri dışı kronik bir bozukluk olması açısından yapılan değerlendirmede gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (  $p>0,05$ ).

Hastaların sigara, alkol ve uyuşturucu gibi maddelere bağımlı olmasının, aile üyelerinde hem bakım yükü hem de olumsuz otomatik düşünceleri arttırdığı saptanmıştır. Bu maddeleri kullananlar ile kullanmayanlara bakım verenlerin HYDÖ ve ODÖ-G puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (  $p<0,05$ ). Ancak bağımlı olunan maddenin türüne göre aile üyelerinin HYDÖ ve ODÖ-G puanları karşılaştırıldığında; HYDÖ puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (  $p<0,05$ ), ODÖ-G puanları arasında ise istatistiksel olarak bir fark bulunmadığı saptanmıştır (  $p>0,05$ ).

**Tablo 4.3.5. Bakım Vermede Yaşanılan Sorunlara Göre Aile Üyelerinin HYDÖ ve ODÖ-G Puanları (N=205 )**

Hasta bakımında yaşanan sorunlar	N	HYDÖ puanı		ODÖ-G puanı		
		Ort±ss	<sup>a</sup> p	Ort±ss	<sup>b</sup> p	
<b>Ekonomik sorunlar</b> (Sağlık ve bakım giderlerini karşılayamama vs.)	Var Yok	90 115	47,90±11,89 42,40±9,95	<b>0,001</b>	91,77±29,26 82,20±23,70	<b>0,027</b>
<b>Duygusal sorunlar</b> (Üzüntü, ümitsizlik, keder vs.)	Var Yok	159 46	45,23±11,10 43,36±11,35	0,320	85,91±26,80 88,10±24,85	0,540
<b>Sosyal sorunlar</b> (Sosyal ortamlara katılmama, rolleri yerine getirmede güçlük vs.)	Var Yok	94 111	48,61±10,49 41,59±10,73	<b>&lt;0,001</b>	92,31±28,82 81,40±22,99	<b>0,008</b>
<b>Hastanın günlük aktivitelerine ilişkin sorunlar</b> (Tuvalet, banyo, yemek vs.)	Var Yok	43 162	49,06±10,44 43,68±11,10	<b>0,005</b>	92,62±28,05 84,75±25,55	0,098
<b>Hastanın sağlığına ilişkin sorunlar</b> (İlacının uygulanması, takibi, kontroller vs.)	Var Yok	79 126	47,97±10,60 42,83±11,08	<b>0,001</b>	88,62±27,55 85,02±25,55	0,420
<b>Sevk ve ulaşım sorunları</b>	Var Yok	28 177	51,50±12,13 43,75±10,65	<b>0,001</b>	97,17±29,88 84,70±25,41	<b>0,044</b>
<b>Davranışsal sorunlar</b>	Var Yok	97 108	48,69±11,01 41,33±10,14	<b>&lt;0,001</b>	92,12±25,62 81,27±26,01	<b>0,001</b>

a: Student's t test    b: Mann Whitney u testi    \*p<0,01

Tablo 4.3.5'de aile üyelerinin bakım vermede yaşanan sorunlara göre HYDÖ ve ODÖ-G puanları incelenmiştir. Buna göre; ekonomik konularda, sosyal konularda, bireyin günlük aktivitelerine ve sağlığına ilişkin konularda, bireyin sevk ve ulaşımı ile ilgili konularda ve bireyin davranışları ile ilgili konularda sorun yaşayan aile üyelerinin bu sorunları yaşamayanlara göre HYDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark olduğu saptanmıştır (p<0,05). Bu konularda sorun yaşanması durumunda aile üyelerinin aldığı puanların bu sorunların yaşanmaması durumunda aile üyelerinin aldığı puanlardan daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Duygusal konularda sorun yaşayan aile üyeleri ile sorun yaşamadığını ifade edenler arasında HYDÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

ODÖ-G puanları açısından yapılan değerlendirmede ise; ekonomik sorunlar, sosyal sorunlar, hastaneye sevk ve ulaşım ile ilgili yaşanan sorunlar ile hastasının davranışlarıyla ilgili konularda sorun yaşayan aile üyeleri ile bu sorunları yaşamayan aile üyelerinin ODÖ-G puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak

anlamli olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Duygusal konularda, Hastaların günlük aktiviteleri ve sağlığına ilişkin konularda sorun yaşanması ise OD-G puanlarını etkilememiştir. Bu konularda sorun yaşayanlar ile yaşamayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamli değildir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.3.6. Kullanılan Baş Etme Yöntemine Göre Aile yelerinin HYD ve OD-G Puanlarının Karşılaştırılması (n=205)**

BAş ETME YÖNTEMLERİ		HYD puanı		OD-G puanı		
	n	Ort±ss	<sup>a</sup> p	Ort±ss	<sup>b</sup> p	
<b>İbadet etmek</b>	Var	84	44,82±11,28	0,994	85,97±25,77	0,968
	Yok	121	44,80±11,12		86,71±26,82	
<b>Yürüyüş yapmak</b>	Var	84	44,00±11,32	0,385	81,70±26,00	<b>0,038</b>
	Yok	121	45,38±11,05		89,67±26,17	
<b>Ağlamak</b>	Var	64	48,96±11,17	<b>0,000</b>	95,53±29,02	<b>0,002</b>
	Yok	141	42,92±10,67		82,26±24,00	
<b>Sigara içmek</b>	Var	60	46,48±11,46	0,169	86,25±30,15	0,637
	Yok	145	44,12±11,00		86,47±24,70	
<b>Sohbet etmek</b>	Var	88	42,72±11,06	<b>0,020</b>	80,67±24,16	<b>0,009</b>
	Yok	117	46,38±11,02		90,72±27,16	
<b>TV-müzik</b>	Var	69	42,79±10,45	0,065	83,55±23,78	0,417
	Yok	136	45,83±11,40		87,86±27,51	
<b>Uyumak</b>	Var	36	49,19±9,89	<b>0,009</b>	91,94±24,45	0,117
	Yok	169	43,88±11,22		85,23±26,64	
<b>İş yapmak</b>	Var	85	45,89±11,11	0,245	84,84±24,12	0,639
	Yok	120	44,05±11,17		87,51±27,84	

a: Student's t test

b: Mann Whitney u testi

$p<0,05$

Bakım veren aile üyelerinden kendini yük altında hissettiğinde ağlayanların, sohbet etmeyenlerin ve uyumayı tercih edenlerin HYD puanları, ağlamayanlara, sohbet edenlere ve uyumayanlara göre anlamli düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Yük altında hissettiğinde ibadet etme, yürüyüş yapma, sigara içme, televizyon izleme, müzik dinleme ve iş yapma gibi davranışlarda bulunlar ile yük altında hissettiğinde bu davranışları sergilemeyenlerin HYD puanları arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.3.6).

Baş etme davranışlarına göre bakım verenlerin OD-G puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise; kendini yük altında hissettiğinde yürüyüş yapmayan, ağlayan ve sohbet etmeyen aile üyelerinin olumsuz otomatik düşünceleri, yürüyüş yapan, ağlamayan ve sohbet eden bireylere göre istatistiksel olarak anlamli düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Aile yelerinin kendini yük altında hissettiğinde ibadet etme, sigara içme, televizyon izleme, müzik dinleme, uyuma ve iş yapma



gibi davranışları ile ODÖ-G puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.3.6).

#### 4.4. Aile Üyelerinin Otomatik Düşüncelerine Göre Bakım Verme Yükü

**Tablo 4.4.1. Aile Üyelerinin HYDÖ ve ODÖ-G Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki ilişki (n=205)**

ODÖ-G alt boyutları		HYDÖ puanı	
		R	P
ODÖ-G alt boyutları	Olumsuz benlik	<b>0,600**</b>	<b>&lt; 0,001<sup>d</sup></b>
	Olumlu benlik	<b>0,356**</b>	<b>&lt; 0,001<sup>d</sup></b>
	Yalnızlık ve umutsuzluk	<b>0,561**</b>	<b>&lt; 0,001<sup>d</sup></b>
	Kişisel uyumsuzluk	<b>0,561**</b>	<b>&lt; 0,001<sup>d</sup></b>
<b>ODÖ-G toplam puanı</b>		<b>0,606**</b>	<b>&lt; 0,001<sup>d</sup></b>

<sup>d</sup>Spearman korelasyon katsayısı \*\* $p<0,01$

Çalışmaya katılan aile üyelerinin bakım yükü ile otomatik düşünceleri arasındaki ilişki incelendiğinde, aile üyelerinin hastalık yükü değerlendirme ölçek puanı ile geliştirilmiş otomatik düşünceler toplam ölçek puanı arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r:0,606$ ;  $p<0,001$ ) (Tablo 4.4.1).

Tablo 4.4.1’de aile üyelerinin hastalık yükü değerlendirme ölçek puanları ve geliştirilmiş otomatik düşünceler ölçek alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında; ‘olumsuz benlik’ ( $r:0,600$ ,  $p<0,001$ ), ‘yalnızlık ve umutsuzluk’ ( $r:0,561$ ,  $p<0,001$ ) ve ‘kişisel uyumsuzluk’ ( $r:0,561$ ,  $p<0,001$ ) ile **orta** düzey bir ilişki bulunurken, ‘olumlu benlik’ ( $r:0,356$ ,  $p<0,001$ ) alt boyutu ile **zayıf** bir ilişki bulunmuştur.

## 5.TARTIŞMA

Bir eğitim ve araştırma hastanesinin psikiyatri servisine gelen psikiyatri hastalarının bakım veren aile üyelerine yönelik, olumsuz otomatik düşüncelerinin incelenmesi ve bakım veren yükünün ölçülmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen sonuçlar literatür ışığında tartışılmıştır.

### 5.1. Hastaların Sosyo-demografik ve Klinik Özellikleri ile Aile Üyelerinin Bakım Verme Yükü ve Otomatik Düşüncelerinin Karşılaştırılması

Araştırma kapsamında elde edilen bulgulara göre hastaların bazı sosyo-demografik ve klinik özellikleri ile aile üyelerinin bakım yükü ve otomatik düşünceleri karşılaştırılmıştır. Çalışmamızda hastaların yaş ortalaması  $35,92 \pm 15,03$  olarak bulunmuştur. Hastaların yaş değişkenine göre aile üyelerinin bakım yükü ve olumsuz otomatik düşünceleri incelendiğinde; 18-30 yaş aralığındaki bireylere bakım verenlerde, 40 yaş ve daha üstü bireylere bakım verenlere göre bakım yükü daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.2.2). Hastalarda yaş azaldıkça bakım yükünün artması literatürle benzerlik göstermektedir (Yıldız 2016, Arslantaş ve Adana 2011, Kızılırmak 2014). Hastanın genç yaşta olması aile üyelerinin bireyle daha fazla ilgilenmesi sonucunu doğurarak bakım yükünü arttırabilmektedir. Bununla birlikte, ailede genç bireyin geleceğine yönelik belirsizliklerin ve kaygıların, bakım verenlerin olumsuz otomatik düşüncelerini arttırmış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastanın cinsiyetine göre aile üyelerinin bakım yükü ve otomatik düşünceleri karşılaştırıldığında cinsiyetin hem bakım yükü, hem de olumsuz otomatik düşünceler üzerinde etkili bir değişken olduğu belirlenmiştir. Erkek hastalara bakım veren aile üyelerinin hem bakım yükü, hem de olumsuz otomatik düşünceleri kadın hastaya bakım verenlere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.2.2, Tablo 4.2.3). Bu durum erkek bireylerin toplumsal rolleri gereği ekonomik katkı sağlama rollerini yerine getirememeleri ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken kadınlara göre daha bağımlı olmaları ile açıklanabilir. Erkek hastaya bakım vermenin bakım yükünü arttırdığına yönelik bulgular literatür ile benzerlik göstermektedir (Gülseren ve ark. 2010, Kızılırmak 2014, Souza ve ark. 2017). Bu çalışmada erkek hastaya bakım veren aile üyelerinin olumsuz otomatik düşüncelerinin daha fazla olduğu görülmekle birlikte, cinsiyet değişkeninin bakım veren bireylerin doğrudan otomatik düşüncelerine etkisine

yönelik herhangi bir literatür bulgusuna ulaşılammıştır. Ancak Yıldırım'ın (2014), bakım verenlerin ruhsal durumlarını değerlendirdiği araştırmasında, kadın hastalara bakım verenlerin daha fazla olumsuz benlik, anksiyete ve depresyon belirtileri gösterdiği belirtilmiştir. Olumsuz otomatik düşüncelerin anksiyete ve depresyon durumlarında daha fazla meydana çıktığı değerlendirilirse bu sonuç çalışma bulgusunu desteklememektedir.

Souza ve arkadaşlarının çalışmasında bakım verilen psikiyatri hastalarının eğitim düzeyi düştükçe bakım verenlerin yük seviyesinin arttığı bildirilmektedir (Souza ve ark. 2017). Bu çalışmada da benzer şekilde, ortaokul mezunu hastalara bakım veren aile üyelerinin üniversite mezunu hastalara bakım verenlere göre bakım yükü daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi olarak hastaların eğitim seviyesi arttıkça iç görü kazandırmanın daha kolay olması, tedaviye uyum sağlama düzeylerinin artması ya da semptom yönetimlerinin eğitim seviyesi arttıkça daha başarılı olması söylenebilir. Ancak aile üyelerinin otomatik düşünceleri üzerinde hastanın öğrenim durumunun etkili olmadığı görülmektedir (Tablo 4.2.3). Bunun nedeni eğitim düzeyinden bağımsız olarak ailede bir bireyin bakım gereksinimi olmasının yükü arttırması olabilir.

Çalışmada, hastaların medeni durumlarının aile üyeleri üzerindeki etkisine bakıldığında, medeni durumun bakım yükünü etkilemediği (Tablo 4.2.2) ancak hastanın bekâr olmasının aile üyelerinde olumsuz otomatik düşünceleri arttırdığı saptanmıştır (Tablo 4.2.2). Evlilik bireyin sağlıklı ve mutlu geleceği için bir basamak olarak kabul edilmesinin yanı sıra bakımın devamlılığının sağlanması açısından da bir güvence olarak görülebilmektedir. Bekâr bireylerin aile üyelerinde olumsuz otomatik düşüncelerinin yüksekliği bu durum ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmada hastalık öncesi çalışan hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü puanları, hastalık öncesi çalışmayan hastalara bakım verenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun, hastalık nedeniyle çalışmayan hastanın daha önce sağlayabildiği ekonomik katkının sona ermesi ile ailede gelir düzeyinin düşmesi ve yaşam standartlarının beklentilerin altına inmesinden kaynaklandığı düşünülebilir. Literatürde hastalık öncesi çalışan ancak hastalık sonrası çalışmayan psikiyatri hastalarının ailede yükü arttırdığına yönelik çalışmalar bulunmaktadır (Gülseren ve ark. 2010). Bununla birlikte hastanın çalışma durumunun bakım

yükünü etkilemediğini bildiren çalışma bulgularına da rastlanmaktadır (Çetin 2011, Kızılırmak 2014 ).

Çalışmada hastaların klinik özelliklerine göre aile üyelerinin bakım yükü incelendiğinde; hastanın tanısına göre bakım verenlerin yük puanlarının farklılaştığı sonucuna varılmıştır. Özellikle obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan hastaların aile üyelerinde bakım yükü, psikotik bozukluğu olan hastaların aile üyelerine göre daha yüksek bulunmuştur. Literatürde şizofreni gibi ağır yeti yitimine neden olabilen psikotik bozukluklarda bakım verenlerin yük oranlarının yüksek olduğu belirtilmektedir (Gülseren ve ark. 2010, Atagün ve ark. 2011, Arslantaş ve Adana 2011, Çetin 2011). Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalar, saplantılı düşünce ve davranışlar nedeniyle belli bir ritüeli uygulama çabası içerisinde olduklarından, bu durum mesleki ve sosyal işlevsellikte özellikle de aile içi işlevsellikte bozulmalara ve sosyal izolasyona neden olmaktadır. Bu hastaların yakınlarında ise genellikle hastanın ritüellerine uyma ya da hastada bu davranışları engelleme çabası sık görülmektedir. Şizofreni ve obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan hastalara bakım verenlerin bakım yükünün karşılaştırıldığı çalışmalarda, obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastaya bakım verenlerde oluşan yükün şizofreni hastalarına bakım verenler ile benzer veya daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır (Jayakumar ve ark. 2002, Gururaj ve ark. 2008). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastaların yakınları, bireyde kendileri için de zorlayıcı ve bıktırıcı olan bu takıntıları engelleme çabasındadırlar. Bunun sonucunda, hastada takıntılı düşüncelere bağlı olarak stresi artmakta, anksiyete ve öfke patlamaları ortaya çıkabilmektedir. Kendileri için de zorlayıcı ve bıktırıcı olan ritüellere uyumlu davranış göstermeyen aileler, hastanın depresif belirtilerinden dolayı kendilerini suçlayabilmektedir.

Bu çalışmada hastanın hastalık tanısı, hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmama ve kontrollerini aksatıp aksatmama durumlarının aile üyelerinin otomatik düşüncelerini etkilemediği tespit edilmiştir (Tablo 4.2.3). Literatürde bakım verenlerde bu değişkenlerin otomatik düşüncelere etkisinin incelendiği çalışma sonuçlarına ulaşılamamıştır.

Literatürde hastalık süresinin ve hastaneye yatış sayısının bakım verenlerin bakım yükü üzerinde etkili olmadığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Çetin 2011, Kaya 2013, Kızılırmak 2014). Bu çalışmada da benzer şekilde hastaların

hastalık süresinin ve hastaneye yatış sıklığının aile üyelerinin bakım yükünü etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 4.2.2).

Hastaların ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmama ve kontrollerine düzenli devam edip etmemesi bu çalışmada bakım yükünü etkileyen değişkenler olarak belirlenmiştir (Tablo 4.2.2). Düzenli ilaç kullanan ve kontrollerine düzenli giden bireylerin aile üyelerinde bakım yükü puanları daha düşüktür. Bu sonuçlar, Kaya'nın şizofreni hastalarının işlevselliği ve bakım veren yakınlarının bakım yükünü değerlendirdiği çalışmasıyla benzerlik göstermektedir (Kaya, 2013). Bu durumun, ilaçlarını düzenli kullanan ve kontrollerine düzenli giden hastalarda tedaviye uyumun ve işlevselliğin artarak, yeniden hastaneye yatışları ve bakım verene bağımlılığı azaltmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

## **5.2. Aile Üyelerinin Sosyo-demografik Özellikleri ile Bakım Verme Yükü ve Otomatik Düşüncelerinin Karşılaştırılması**

Sadece bakım verilen bireyden değil bakım verenden de etkilenen bakım verme, bakım verenin fiziksel, duygusal, psikososyal ve ekonomik özelliklerini de kapsayan çok yönlü bir süreçtir (Çetin 2011, Atagün ve ark. 2011, Ören 2016). Bu çalışmada da bakım verene ait bazı Sosyo-demografik özelliklerin, bakım yükü ve otomatik düşünceler üzerinde etkili olduğu görülmektedir.

Literatürde kadınların daha fazla bakım yükü yaşadığı bildirilmektedir (Gülseren ve ark. 2010, Wai ve Chan 2011, Kızılırmak 2014, yıldırım 2014, Özlü, Yıldız ve Aker 2015). Bu çalışmada da kadınların bakımda daha fazla yer aldığı ve kadın bakım verenlerin erkeklere göre daha fazla yük hissettiği belirlenmiştir (Tablo 4.3.1). Ayrıca kadın bakım verenlerin olumsuz otomatik düşüncelerinin de daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.2). Yıldırım (2014)'ün, psikiyatri hastalarının bakım verenlerinin ruhsal durum ve bakım yükünü değerlendirildiği çalışmasında; kadınların bakım yüklerinin daha fazla olduğu ve olumsuz benlik, depresyon, anksiyete ve somatizasyon yönünden erkeklere oranla daha fazla risk altında olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzer niteliktedir. Dünyanın birçok yerinde bakım verenlerin %80'inin kadın olduğu ve bunların hastanın genelde annesi, eşi ya da kız kardeşi olduğu tahmin edilmektedir (WHO, 2001). Buna dayanarak bakım verme rolünün birçok kültürde ailenin kadın üyelerine atfedildiği söylenebilir. Bu çalışmada da bakım verme sorumluluğunu

daha çok annelerin üstlendiği görülmektedir (Tablo 4.1.2 ). Ayrıca diğer bakım verici aile üyelerine göre annelerin bakım yükü ve olumsuz otomatik düşünce puanlarının anlamlı düzeyde yüksekliği dikkat çekmektedir ( $p<0,05$ ). Bunun sebebinin kadınların annelik içgüdüleri ile daha fazla sahiplenici ve korumacı davranış sergilemeleri, çocuklarının hasta olması ile ilgili kendilerini suçlamaları olduğu düşünülebilir.

Gelir durumu, bu çalışmada hem ailenin bakım yükünü etkileyen, hem de bakım verenin olumsuz otomatik düşünceleri üzerinde rol oynayan önemli bir faktör olarak belirlenmiştir. Gelirinin giderden daha az olduğunu ifade eden aileler, bakım yükünü daha çok hissetmektedirler. Bu bulgular literatürü destekler niteliktedir (Gülseren ve ark. 2010, Çetin 2011, Kızılırmak 2014, Özlü 2015, Souza ve ark. 2017). Düşük gelir düzeyi olan ailelerde bakım gereksinimlerinin karşılanamaması, sosyal imkânların kısıtlılığı ve yaşam kalitesindeki düşüklük nedenleriyle bakım yükünün arttığı düşünülmektedir.

Çalışmada, emekli olmuş bakım veren aile üyelerinin, çalışan ve çalışmayan diğer aile üyelerine göre bakım yükü puanlarının anlamlı düzeyde düşük olduğu dikkat çekmektedir. Bu durumun, emekli bireylerin içinde bulunulan zamanda çalışma yükümlülüğü olmadan, düzenli bir gelir elde etmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde çalışma durumunun bakım yüküne etkisiyle ilgili bulgular değişkenlik göstermektedir. Özlü, Yıldız ve Aker'in (2015) araştırmasına göre çalışan bakım verenlerin bakım yükü daha yüksek bulunurken; Kızılırmak'ın (2014) araştırması çalışma durumu ile bakım yükü arasında anlamlı bir fark olmadığı sonucunu bildirmektedir.

Çalışmada bekâr olan aile üyelerinde, evlilere göre bakım yükü puanı daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun bekar bakım verenlerin hasta ile ilgili sorumlulukları tek başına yüklenmek zorunda kalmasından ve evli bireylere göre sosyal desteğinin daha az olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Bu bulgu, Kaya (2013)'ün şizofreni hasta yakınlarının bakım yükünü incelediği çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Yaş, eğitim düzeyi ve çalışılan işin türü; aile üyelerinde bakım veren yükü ve otomatik düşünceleri etkilememiştir (Tablo 4.3.1, 4.3.2). Ak ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında bakım verenlerin eğitim seviyesi düştükçe bakım yüklerinin arttığı bildirilmektedir. Düşük eğitim seviyesi, bireye sosyoekonomik yönden

dezavantaj oluşturarak sağlık bakım kaynaklarına ulaşma ve yardım arama davranışlarını kısıtlayabilir.

Bakım verilen sürenin bakım yükü ve otomatik düşüncelere etkisi incelendiğinde; yıl bazındaki değerlendirmede anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir, ancak günlük bakım verilen süre arttıkça aile üyelerinin hem bakım yükünün hem de otomatik düşüncelerinin arttığı bulunmuştur (Tablo 4.3.1, 4.3.2). Bu sonucun günlük bakım verilen sürenin artmasıyla bakım yükünün daha yoğun hissedilmesinden kaynaklandığı söylenebilir.

Aile üyelerine sağlanan sosyal desteğin, baş etme yeteneklerini güçlendirdiği böylece bakım yükünü azaltarak, bakım kalitesini arttırdığı belirtilmektedir (Arslantaş ve Adana 2011, Bademli 2013, Tel ve ark. 2010, Kızılırmak 2014). Bu çalışmada edinilen bulgular literatürü desteklemektedir. Aile üyelerinin çoğu (%63,9) bakım için akrabalarından yardım almaktadır (Tablo 4.3.3) ve bu bireylerde bakım yükü de anlamlı düzeyde düşüktür. Öte yandan, bakım yükünü tek başına üstlenen aile üyelerinin otomatik düşüncelerinin de arttığı görülmektedir (Tablo 4.3.4).

Bakım verenin psikiyatrik veya bedensel bir rahatsızlık varlığında bakım yükünün etkilenmediğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Ak ve ark. 2012, Kızılırmak 2014). Bu bulguların aksine, bu çalışmada bakım veren aile üyesinin psikiyatrik ya da bedensel bir rahatsızlığının olmasının bakım yükünü arttırdığı fakat hastalığın psikiyatrik ya da bedensel oluşunun bakım yükünü etkilemediği bulunmuştur (Tablo 4.3.4). Yine çalışmada edinilen bulgulara göre; ailede başka bireylerde de rahatsızlığın türü fark etmeksizin bir rahatsızlığın bulunması bakım yükü artışı ile ilişkiliyken, Ak ve arkadaşlarının (2012) araştırmasında bizim çalışmamızdan farklı olarak aile de psikiyatrik hastalığı bulunan başka bireylerin bakım yükünü arttırdığı bildirilmiştir. Bunun sebebi bakım verenin bakım verirken fiziksel ve/veya psikolojik olarak daha fazla zorluk yaşaması, hastalarına ayırabilecekleri zamanın azalması ve bakımı kısıtlı bir süre içinde vermek zorunda kalması, kendisini ya da bakmak zorunda olduğu hastasını kısmi olarak ihmal ettiği düşüncesi olabilir.

Çalışmada, aile üyelerinin kendilerinde ruhsal ya da bedensel bir rahatsızlık varlığında otomatik düşüncelerinin de arttığı, rahatsızlık türünün bedensel bir rahatsızlık olmasının ise psikiyatrik olmasına göre olumsuz otomatik düşünceleri

anlamli düzeyde arttirdigi saptanmistir. Ailede baska bir bireyde daha turu fark etmeksizin rahatsızlık bulunma durumunun (n=52) bakım verenin otomatik düşüncelerini arttırdığı belirlenmiştir (Tablo 4.3.4). Bunun sebebi, aile sisteminin alt sistemi olan bireyde meydana gelen değişimin, aile sistemi işleyişini etkilemesi olabilir. Literatürde benzer değişkenlerin incelendiği çalışma sonuçlarına ulaşılammakla birlikte, örneklem sayısının arttırılmasıyla farklı sonuçların elde edilebileceği tahmin edilmektedir.

Madde kullanım öyküsü bulunan hastalara bakım veren aile üyelerinin otomatik düşüncelerinin ve bakım yükünün anlamli düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3.4). Bağımlı olunan maddenin türüne göre yapılan incelemede ise; bakım yükünün sırasıyla uyuşturucu, alkol ve sigara bağımlılıklarında daha da arttığı saptanmıştır. Narkotik ve alkol bağımlılıklarında yıkıcı davranışların fazla görülmesi, bağımlılıkların meydana getirdiği kalıcı hasarlar ve çok kez denenen ancak sonuç alınamayan bağımlılık tedavilerinin bakım verenlerde yükü ve olumsuz otomatik düşünceleri arttırmış olduğu düşünülmektedir. Yazar ve arkadaşlarının (2017) madde kullanım eş tanısıyla takip edilen 50 şizofreni hastasının bakım verenleri ile yaptıkları çalışmada; alkol ve madde kullanım eş tanısının bakım yükü ile birlikte anksiyete ve depresyon düzeylerini de arttırdığı bildirilmektedir. Bu bulgular bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin ailelerinin bakım vermede en fazla üzüntü, stres, utanç, suçluluk, korku, çaresizlik, umutsuzluk gibi duygusal problemler yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.3.3). En fazla duygusal konularda sorun yaşanmasına rağmen, duygusal sorunlar dışındaki diğer konularda yaşanan sorunların (ekonomik, sosyal, hastanın günlük aktivitelerine ilişkin, hastada tedavi sürecine ilişkin, sevk, ulaşım ve davranışsal sorunlar) bakım yükünü anlamli derecede arttırdığı belirlenmiştir (Tablo 4.3.5). Bunun sebebinin, temel ihtiyaçların duygusal ihtiyaçların önüne geçmesi, bireysel duygulardan ziyade ailenin tamamının etkilendiği durumların bakım yüküne tesirinin daha fazla olması olabilir. Literatürde daha çok bakım verilen hastanın davranışlarıyla ilgili problemler yaşandığı, bununla birlikte, ekonomik ve sosyal sorunların da bakım yükünü arttırdığı belirtilmektedir (Gülseren ve ark. 2010, Arslantaş ve Adana 2012, Atagün ve ark 2011, Kızılırmak 2014). Bu sonuçlar çalışma bulgularını desteklemektedir.



Baş etmede kullanılan yöntemlere göre aile üyelerinin bakım yükü ve otomatik düşünceleri karşılaştırıldığında; kendini yük altında hissettiğinde ağlayanların, bakım yükü ve otomatik düşünceleri, ağlamayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.3.6). Ağlama davranışı, bireylerde olumsuz otomatik düşünceler ve ağır bakım yükünün bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Kendini yük altında hissettiğinde sohbet edenlerin, otomatik düşünce ve bakım yükü düzeyleri sohbet etmeyi tercih etmeyenlere göre düşük düzeydedir (Tablo 4.3.6). Bu bulgu, konuşarak, kendini ifade etmenin bir rahatlama yöntemi olarak kabul edilmesini ve problemi paylaşmanın başka çözüm yollarının görülmesine olanak tanınmasını destekler niteliktedir.

Baş etme yöntemi olarak uyumayı tercih eden aile üyelerinin uyumayanlara göre bakım yükü düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.3.6) . Etkisiz bir baş etme yöntemi olan uyuma davranışı, sorunların çözümü yerine, sorunların ertelenmesiyle sonuçlanmaktadır. Sorunlarla uyuyarak baş ettiğini ifade eden bireylerin olumsuz otomatik düşünce puanları bu yöntemi kullanmayanlara göre daha yüksek olmakla birlikte aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Baş etme yöntemi olarak yürüyüş yapan aile üyelerinin bakım yükü düzeyleri, yürüyüş yapmayanlarla farklılık göstermemektedir. Ancak yürüyüş yapanlarda olumsuz otomatik düşünce düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bireyin kendisine ayırdığı egzersiz süreleri, kendisiyle baş başa kalmasını sağlayarak iç motivasyon oluşturmaktadır. Ayrıca fiziksel egzersizler vücutta endorfin, serotonin gibi iç salgıların artmasını sağlayarak olumlu duygu ve düşünceleri desteklemekte, psikolojik zindeliği arttırarak bireyin sorunlarla baş etmesini güçlendirmektedir (Lök ve Lök 2016).

### **5.3. Aile Üyelerinin Otomatik Düşüncelerine Göre Bakım Verme Yükü**

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin bakım verenlerinde, bakım yükü arttıkça, genel sağlık durumunun bozulduğunu ve ruhsal belirtilerin ortaya çıktığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Gülseren ve ark. 2010, Bademli 2013,

Kızılırmak 2014, Yıldırım 2014, Koroğlu 2017, Souza ve ark. 2017, Ata ve Gönül 2018).

Bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ile otomatik düşüncelerini incelediğimiz bu çalışmada; aile üyelerinin otomatik düşünceleri arttıkça, bakım yükünün de arttığı belirlenmiştir (Tablo 4.4.1). Bakım yükü ve otomatik düşünce alt boyutlarını değerlendirdiğimizde; bakım yükü ile 'olumsuz benlik' alt boyutu arasında orta düzeyde güçlü ilişki saptanmıştır ( $r:0,600$ ,  $p<0,001$ ) ( Tablo 4.4.1). Bilişsel davranışçı teori ve terapisine ilişkin genel literatür, bakım verme ile ilgili olumsuz otomatik düşüncelerin, depresyon ve diğer olumsuz duygusal sonuçlarla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (Losada ve ark. 2006). Gülseren'in (2010) şizofreni hastalarının aile üzerindeki yükünü araştırdığı çalışmasında hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon belirti düzeyleriyle bakım yükü arasında pozitif ilişki olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde Yıldırım'ın (2014) çalışmasında da psikiyatri hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü arttıkça depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilete gibi psikiyatrik bozukluklar için önemli bir risk olduğu ifade edilmektedir. Bu bulgular çalışmamızı desteklemektedir.

Çalışmada bakım yükü ile otomatik düşünceler 'yalnızlık ve umutsuzluk' alt boyutu arasında orta düzey ilişki bulunmuştur ( $r:0,561$ ,  $p<0,001$ ) ( Tablo 4.4.1). Bakım verirken yardım almayan aile üyelerinin bakım yükü ve otomatik düşüncelerinin de yüksek olarak saptanması bu çalışmanın ayrı bir sonucu olarak sosyal desteğin önemini ortaya koymaktadır. Eliüşük' ün (2008) şizofreni hastalarının ailelerinde algılanan sosyal destek ile umutsuzluk düzeylerinin negatif yönlü olduğunu bildirdiği araştırması bu çalışma bulguları ile uyumludur.

Çalışmada otomatik düşünceler 'uyumsuz kişilik' alt boyutu ile bakım yükü arasında da orta düzey ilişki bulunmuştur ( $r:0,561$ ,  $p<0,001$ ) (Tablo 4.4.1). Aile üyeleri için çoğu zaman aniden gelişen ve kaçınılmaz bir durum olan bakım verme işi, bireylerin aile ve toplumsal rollerinde büyük değişimler meydana getirebilmektedir. Bu beklenmedik durum karşısında büyük tedirginlik ve uyum problemi yaşanması muhtemel hale gelmektedir. Kişilik özelliği olarak uyumsuz olan ve değişimlere hızlı adapte olamayan bireylerin bakım yükünü daha fazla hissedebileceği düşünülmektedir.

Çalışmada bakım yükü ve otomatik düşünceler 'olumlu benlik' alt boyutu arasında zayıf bir ilişki olduğu görülmektedir ( $r:0,356$ ,  $p<0,001$ ). Bu durumun psikiyatrik hastalığa sahip bireylere bakım verme işinin yıpratıcı özelliğinin yanı sıra, hastanın birinci derece aile üyesi olması ile gerek fiziksel gerekse psikolojik yönden bireyi zorlayan ve yük duygusunu kaçınılmaz kılabilen özelliğinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.



## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6. 1. Sonuçlar

Bir eğitim ve araştırma hastanesinin psikiyatri servisine başvuran psikiyatri hastalarının bakım verenlerine yönelik otomatik düşüncelerinin ve bakım verme yükünün ölçülmesi ve aralarındaki ilişkinin ortaya konulması amacıyla gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

- Bakım veren aile üyelerinin yaş ortalaması  $46,51 \pm 13,97$  olup, çoğunluğu evli, ilkokul mezunu ve çalışmayan bireylerden oluşmaktadır (Bkz. Tablo 4.1.2).
- Psikiyatri hastasına, kadın bakım verenlerin sayısının erkek bakım verenlere göre daha fazla olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.1.2).
- Psikiyatri hastasına bakım verenlerden, bakım verirken yardım alanların sayısının daha fazla olduğu, yardım alanların ise tamamının bu yardımı akrabalarından aldığı ve kurumlardan hiç yardım almadıkları bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.3.3).
- Araştırmada psikiyatri hastasına bakım verenlerin ODÖ-G puan ortalaması  $86,40 \pm 26,33$  olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.2.1).
- Kadın bakım verenlerin erkeklere oranla ODÖ-G puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.3.2).
- Aile gelir düzeyini yetersiz olarak algılayan bakım verenlerde ODÖ-G puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.3.2).
- Yakınlık derecesi olarak hastanın annesi olan bakım verenlerde, diğerlerine göre otomatik düşünce puanları daha yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.3.2).
- Hastasına bakım verirken yardım almayan bakım verenlerin ODÖ-G puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.3.4).
- Bakım verenlerin, kendisinde veya ailesindeki diğer üyelerde de psikiyatrik veya bedensel bir rahatsızlık varlığında, olumsuz otomatik düşünce puanlarının arttığı bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.3.4).
- Hastanın 18-30 yaş aralığında olmasının 40 yaş ve üzerinelere göre aile üyelerinde bakım yükünü arttırdığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.2.3).

- Bakım verilen hastanın cinsiyetinin erkek olması, bekar olması, hastalanmadan önce çalışıyor olması bakım verenlerin ODÖ-G puanını arttırdığı sonucuna varılmıştır (Bkz. Tablo 4.2.3).
- Herhangi bir maddeye karşı bağımlılığı olan hastaların, bakım verenlerinde otomatik düşünce puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.3.4).
- Araştırmada psikiyatri hastasına bakım veren aile üyelerin HYDÖ puan ortalaması  $44,81 \pm 11,16$  olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.2.1).
- Bakım verilen hastaların tanılarına göre bakım verenlerin HYDÖ puanları arasında anlamlı fark olduğu bulundu. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların bakım verenlerinde bakım yükünün psikotik bozukluğa göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.2.2).
- Kadın bakım verenlerde bakım yükü daha yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.3.1).
- Bekâr bakım verenlerin evlilere göre HYDÖ puanı daha yüksek olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.3.1).
- Erkek hastalara bakım veren aile üyelerinin, kadın hastalara bakım verenlere oranla bakım vermede daha fazla zorlandığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.2.2).
- Emekli olan bakım verenlerin HYDÖ puan ortalamaları çalışmayanlara göre daha düşük bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.3.1).
- Aile gelir düzeyini yetersiz olarak algılayan bakım verenler, gelir düzeyini yeterli olarak algılayanlara göre; bakım yükünü daha yoğun yaşamıştır (Bkz. Tablo 4.3.1).
- Günlük bakım verilen süre arttıkça aile üyelerinin bakım yükü puanının arttığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.3.1).
- Bakım verenin bakım esnasında yardım almaması bakım sürecinde yükün artmasına sebep olmaktadır (Bkz. Tablo 4.3.4).
- Bakım verenin kendisinde ve/veya ailede başka bireylerde de kronik ya da psikiyatrik bir hastalık olmasının bakım yükünde zorlanmaya neden olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.3.4).

- İlaçlarını düzenli alan ve kontrollerine düzenli olarak devam eden psikiyatri hastalarının bakım veren aile üyelerinde bakım yükünün daha düşük olduğu gözlenmiştir (Bkz. Tablo 4.2.2).
- Hastanın herhangi bir maddeye bağımlılığının olmasının bakım verenlerin yükünde artışa neden olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.3.4).
- Aile üyeleri en fazla duygusal konularda sorun yaşadığını ifade etmiştir (n=159) (Bkz. Tablo 4.3.5).
- Ekonomik sorunlar, sosyal sorunlar, sevk ve ulaşım sorunları ve hastanın davranışları ile ilgili konularda sorun yaşayan aile üyelerinin otomatik düşünce puanları bu sorunları yaşamayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.3.5).
- Sorunlarla baş etme yöntemi olarak yürüyüş yapan, ağlamayan ve sohbet eden aile üyelerinin, yürüyüş yapmayan, ağlayan ve sohbet etmeyen bireylere göre otomatik düşünce puanları daha düşüktür (Bkz. Tablo 4.3.6).
- Kendisini yük altında hissettiğinde ağlayanların, sohbet etmeyenlerin ve uyumayı tercih edenlerin, ağlamayan, sohbet eden ve uyumayanlara göre bakım vermede daha fazla zorlandıkları belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.3.6).
- Aile üyelerinin HYDÖ ve ODÖ-G toplam puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r:0,660$   $p<0,001$ ) (Bkz. Tablo 4.4.1). Bu bulguya göre, bakım veren aile üyelerinin yük düzeyleri arttıkça otomatik düşüncelerindeki olumsuzluk artmakta ya da otomatik düşüncelerindeki olumsuzluğun artması bakım verme sürecinde yükün artmasına neden olmaktadır.

## 6.2. Öneriler

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilmiştir:

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin bakım verenlerinin de tedavi planına dâhil edilerek, sağlık profesyonelleri tarafından gerekli eğitimlerin verilmesi gerekmektedir.

Bakım veren aile üyelerinin bakım esnasında karşılaştıkları güçlükler ile birlikte otomatik düşünceleri de değerlendirilmelidir. Psikiyatri hemşireleri ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından bakım verenler için uygun eğitim programları oluşturularak, bireylerin bakım yükü hissetmesine neden olan otomatik düşüncelerini fark etmesine ve bu düşüncelerin olumlu yönde değiştirilmesine yardımcı olunmalıdır.

Otomatik düşüncelerin düzenlenmesi bakım yükünü etkilemektedir. Bununla ilgili temel eğitim ve becerileri kazandırmaya yönelik çeşitli yayın ve çalışmaların yapılması özellikle bu alanda çalışanlar için yararlı olacaktır. Ayrıca bakım verenlerin otomatik düşüncelerinin, bakım yüküne etkisine yönelik daha fazla araştırma yapılarak literatüre katkı sağlanmalıdır.

## 7. KAYNAKLAR

1. Ak, M., Yavuz, K. F., Lapsekili, N., Türkçapar, M. H., Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Bulunan Hastaların ve Bakım Verenlerinin Bakım Yükü Açısından Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25: 330-337, 2012.
2. Antunes, A., Frasquilho, D., Azeredo-Lopes, S., Neto, D., Silva, M., Cardoso, G., Caldas-De-Almeida, J. M., Disability and Common Mental Disorders: Results from the World Mental Health Survey Initiative Portugal. *European Psychiatry*, 49, 56-61, 2018.
3. Arguvanlı, S. ve Taşcı, S., Bipolar Bozuklukda Bakım Verenlerin Sorunları, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 21-30, 2013.
4. Arslantaş, H. ve Adana, F., Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 251-277, 2011.
5. Ata, E. E., Doğan, S., The Effect of a Brief Cognitive Behavioural Stress Management Programme on Mental Status, Coping with Stress Attitude and Caregiver Burden While Caring for Schizophrenic Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32, 112-119, 2017.
6. Atagün, M.İ., Balaban, Ö.D., Atagün, Z., Elagöz, M. ve Özpolat A.Y., Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513-552, 2011.
7. Aydemir, Ö., Dikici, D. S., Akdeniz, F., Kalayci, F., Reliability and Validity of the Turkish Version of The Burden Assessment Scale/Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Güvenilirlik ve Geçerliliği, *Archives of Neuropsychiatry*, 49(4), 276-281, 2012.
8. Aydın, A., Eker, S.S., Cangür, Ş., Sarandöl A., Kırılı S., Şizofreni Hastalarında Bakım Veren Külfet Düzeyinin Sosyo-demografik Değişkenler



ve Hastalığın Özellikleri ile İlişkisi, Nöropsikiyatri Arşivi, 46 Özel Sayı, 10-14, 2009.

9. Babacan Gümüş, A., Şizofrenide Hasta ve Ailelerin Yaşadığı Güçlükler, Psikoeğitim ve Hemşirelik, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 1(2), 2006.
10. Bademli, K., Lök, N., Kılıç, A. K., The Relationship Between the Burden of Caregiving, Submissive Behaviors and Depressive Symptoms in Primary Caregivers of Patients with Schizophrenia, Archives of Psychiatric Nursing, 32(2), 229-234, 2018.
11. Bauer, R., Koepke, F., Sterzinger, L., Spiessl, H., Burden, Rewards, and Coping—The Ups and Downs of Caregivers of People with Mental Illness. The Journal of Nervous and Mental Disease, 200(11), 928-934, 2012.
12. Beck, J. S., Bilişsel Davranışçı Terapi: Temelleri ve Ötesi, Çeviren: Şahin, M., Nobel Yayınları, Ankara, 2014.
13. Bekdemir, A., Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Yaşadıkları Sorunlar ve Bakım Yükünün Belirlenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik, İstanbul, 2014.
14. Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., Palma-Faúndez, C., Caregivers of Patients with Schizophrenia: How Much They Know and Learn After A Psychoeducational Intervention?, Procedia-Social and Behavioral Sciences, 30, 2468-2476, 2011.
15. Castaneda, B. M., Gonzales, M. M., Liria, A. F., Espriella R. D. L., Torres, N., Borrero, A. A., Clinical and Demographic Variables Associated with

Coping and The Burden of Caregivers of Schizophrenia Patients, *rev colombpsiquiat*, 47(1), 13–20, 2018.

16. Chadda, R. K., Singh, T. B., Ganguly, K. K., Caregiver Burden and Coping, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(11), 923-930, 2007.

17. Chan, S. W. C., Global Perspective of Burden of Family Caregivers for Persons with Schizophrenia, *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(5), 339-349, 2011.

18. Chan, S. W. C., Yip, B., Tso, S., Cheng, B. S., & Tam, W., Evaluation of A Psychoeducation Program for Chinese Clients With Schizophrenia and Their Family Caregivers, *Patient Education and Counseling*, 75(1), 67-76, 2009.

19. Chou, K.R., Caregiver Burden, A Concept Analylsis, *Journal of Pediatric Nursing*, 15 (6), 398-407, 2000.

20. Çabuk, M., Psikoeğitimin Şizofreni Ailelerin Yük Algılarına Olan Etkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Aydın, 2014.

21. Çetin, N., Demiralp, M., Oflaz, F., Özşahin, A., Şizofreni Hastalarının Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi ile Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Dışa Vuran Duygu Durumu İlişkisi, *Anatolian Journal Of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(1), 19-26, 2013.

22. Çetin, N., Şizofreni Hastalarının Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi ile Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Dışa Vuran Duygu Durumu İlişkisinin İncelenmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Gülhane Askeri Tıp

Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı, Ankara, 2011.

23. Çetinkaya, F., Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2008.
24. Çimen, S., Psikiyatri Hastası ve Bakım Verenlerin Yaşadığı Sorunların Çözümünde Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresinin Rolü, III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Düzce, Bildiri Özet Kitabı, s.28, 2009.
25. Demiralp, M., Oflaz, F., Bilişsel-Davranışçı Terapi Teknikleri ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulaması, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8, 132-139, 2007.
26. Doğan, O., Doğan, S., Tel, H., Çoker, F., Polatöz, Ö., Başeğmez, D.F., Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar: Aileler 1, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3, 133-139, 2002.
27. Duman, Z. Ç., Bademli, K., Kronik Psikiyatri Hastalarının Aileleri: Sistematik Bir İnceleme, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 5(1), 2013.
28. Duman, Z.Ç., Bademli, K., Kronik Psikiyatri Hastalarının Aileleri: Sistematik Bir İnceleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 5(1), 78-94, 2013.
29. Durmaz, H., Şizofreni Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Özetkililik Düzeylerinin Bakım Yüküne Etkisinin İncelenmesi, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Erzurum, 2011.
30. Elçi, T., Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara ve Hastalara Yönelik İnanç ve Tutumları, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik, İstanbul, 2013.

31. Eliüşük, A., Şizofrenili Hastası Olan Ailelerin Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Konya, 2008.
32. Ergin, D. A., Ankara’da Yaşayan İlköğretim Öğrencilerinde Olumsuz Otomatik Düşüncelerin İncelenmesi, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitimde Psikolojik Hizmetler Anabilim Dalı, Ankara, 2013.
33. Eriş, K., Otomatik Düşüncelerin ve İrrasyonel İnanışların Obsesif Kompulsif Belirtiler ve Depresyon Arasındaki Aracı Değişken Rolü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2017.
34. Erten, E., Alpman, N., Özdemir, A., Fıstıkçı, N., Bipolar I Bozukluğu Olan Hastalarda Dönem ve Seyir Özelliklerinin Bakıcı Yüküne Etkisi, Türk Psikiyatri Dergisi, 25, 114-123, 2014.
35. Greenberger, D., Padesky, C. A., Mind Over Mood: Change How You Feel by Changing the Way You Think, Guilford Publications, Second Edition, New York, 2016.
36. Gruraj G.P., Math S.B., Reddy J.Y.C., Chandrashekar C.R., Family Burden, Quality of Life and Disability in Obsessive Compulsive Disorder: An Indian Perspective. J Postgrad Med, 54, 91-7, 2008.
37. Gül A. İ., Keskin D., Bozkurt G., Tükenmişlik Sendromu ile Otomatik Düşünceler Arasındaki İlişki, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 15, 93-98, 2014.

38. Gülseren, L., Coşkun, S., Gülseren, Ş., Kültür, S., Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısı Konan Hastalar ile Ailelerinde Aile İşlevleri Üzerine Karşılaştırmalı Bir Çalışma, 3 P Dergisi, 7, 23-32, 1999.
39. Gülseren, L., Çam, B., Karakoç, B., Yiğit, T., Danacı, A. E., Çubukçuoğlu, Z., Taş, C., Gülseren, Ş., Mete, L., Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler, Türk Psikiyatri Dergisi, 21, 203-212, 2010.
40. Gültekin, B. K., Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve ve Sınıflandırma, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2(4), 583-594, 2010.
41. Hallaç, S., Meydanlıoğlu, A., Acar, G. G., Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği: Öğrenci Uygulama Örneği, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 1(1), 30-43, 2014.
42. Hallaç, S., Öz, F., Aile Kavramına Kuramsal Bir Bakış, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6(2),142-153, 2014.
43. Hjarthag, F., Helldin, L., Karilampi, U., Norlander, T., Illness-Related Components for The Family Burden of Relatives to Patients with Psychotic Illness, Social Psychiatry Epidemiol, 45, 275-283, 2010.  
[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1) [10/05/2017]
44. İnci, F., Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenirliği, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Denizli, 2006.
45. Jayakumar C., Jagadheesan K., Verma AN., Caregiver's Burden: A Comparison Between Obsessive Compulsive Disorder and Schizophrenia, Indian Journal of Psychiatry , 44(4), 337-42, 2002.

46. Kahveci, R., Dilmaç, E., Özsarı, H., Aydın, M., Artantaş, A.B., Ayhan, D., Koç, E. M., Sağlıklı Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar Farkındalık Projesi, 2013, <http://saglikliturkiye.org/modules/yayinlar/datafiles/saglikliyaslanmav-ekronikhastalıklar farkındalıkprojesi-2016-06-23.pdf> [05/05/2017].
47. Kara, D., Psikoloji Öğrencilerinde Stresle Başa Çıkma Stratejileri, Olumsuz Otomatik Düşünceler ve Depresyon Belirtileri İlişkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Bölümü, İstanbul, 2016.
48. Kate, N., Grover, S., Kulhara, P., Nehra, R., Relationship of Caregiver Burden with Coping Strategies, Social Support, Psychological Morbidity and Quality of Life in The Caregivers of Schizophrenia, Asian Journal of Psychiatry, 6(5), 380-388, 2013.
49. Kaya, Y., Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yüğü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı, Ankara, 2013.
50. Kendall, P. C., Howard, B. L., Hays, R. C., Self-Referent Speech and Psychopathology: The Balance of Positive and Negative Thinking, Cognitive Therapy and Research, 13(6), 583-598, 1994.
51. Kendall, P. C., Treating Anxiety Disorders in Children: Results of A Randomized Clinical Trial, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62(1), 100, 1994.
52. Kılıç, C., Ruhsal Hastalıklara Bağlı Hastalık Yüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması, 2017, [http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal\\_program.pdf](http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf) [05/05/2017].

53. Kılınç, H., Sevim, S. A., Ergenlerde Yalnızlık ve Bilişsel Çarpıtmalar, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 38( 2), 67-89, 2005.
54. Kızılırmak, B., Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerinde Bakım Yüğü ve Ruhsal Sağlık Durumu, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, 2014.
55. Kim, H., Chang, M., Rose, K., Kim, S., Predictors of Caregiver Burden in Caregivers of Individuals with Dementia, Journal of Advanced Nursing, 68(4), 846-855, 2012.
56. Köroğlu, A., Hocaoğlu, Ç., Şizofreninin Aile Üzerine Olan Etkisi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(3), 170-175, 2017.
57. Kuyucu, Y., Boşanmış Ailede Yetişen Ergenlerin Bilişsel Çarpıtmalarıyla Benlik Değeri Arasındaki İlişki, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2007.
58. Losada, A., Montorio, I., Knight, B. G., Márquez, M., Izal, M. , Explanation of Caregivers Distress From the Cognitive Model: The Role of Dysfunctional Thoughts, Psicología Conductual, 14(1), 115, 2006.
59. Lowyck, B., Hert, M.D., Peeters, E., Gilis, P., Peuskens, J., Can We Identify The Factors Influencing The Burden on Family Members of Patients with Schizophrenia?, International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 5(2), 89-96, 2001.
60. Lök, S., Lök, N., Kronik Psikiyatri Hastalarına Uygulanan Fiziksel Egzersiz Programlarının Etkinliği: Sistemik Derleme, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 8(4), 354-366, 2016.

61. Macleod, S.H., Elliott, L. ve Brown, R., What Support Can Community Mental Health Nurses Deliver to Carers of People Diagnosed with Schizophrenia? Findings From A Review of The Literature. *International Journal of Nursing Study*, 48, 100–20, 2011.
62. Meriç, M., Yaygın Anksiyete Bozukluğu Olan Kadın Hastalarda Bilişsel Yaklaşım Temelli Danışmanlığın Hastaların Tedaviyle İlgili Otomatik Düşüncelerine Etkisi, Yayınlanmış Doktora Tezi, Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı, Ankara, 2010.
63. Murdock, N. L., Psikolojik Danışma ve Psikoterapi Kuramları. (Çev. Edt: F. Akkoyun), Ankara: Nobel Yayınevi, 2012.
64. Oha, E., Jude U., The Burden of Caregiving in Families with A Mental Illness: A Review Of 2002., *Current Opinion in Psychiatry*, 16(4), 457–465, 2002.
65. Oksal, H., Psikiyatri Hastalarının Yakınlarının Duygu Kontrol Durumları ve Yaşam Doyumları, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul, 2009.
66. Ören, N., Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü ve Tükenmişlik Durumları Arasındaki İlişki, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı, İstanbul, 2016.
67. Özcan, C.T., Yüksel, Ç. Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapi. *Türkiye Klinikleri, J Psychiatr Nurs-Special Topics*. 1(2), 67-74, 2015.



68. Özlü, A., Yıldız, M., Aker, T., Burden and Burden-Related Features in Caregivers of Schizophrenia Patients/Şizofreni Hastalarının Bakımıyla İlgilenenlerde Yük ve İlişkili Özellikler, *Düşünen Adam*, 28(2), 147, 2015.
69. Park, M., Lee, K. J., Korean Sibling Caregivers of Individuals Diagnosed with Schizophrenia, *Asian/Pacific Island Nursing Journal*, 2(3), 97-102, 2017.
70. Pektaş, İ., Bilge, A., Ersoy, M.A., Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(1), 43-48, 2006.
71. Reinhard, S. C., Gubman, G. D., Horwitz, A. V., Minsky, S., Burden Assessment Scale for Families of The Seriously Mentally Ill, *Evaluation and Program Planning*, 17(3), 261-269, 1994.
72. Ricard, N., Bonin, J. P., Ezer, H., Factors Associated with Burden in Primary Caregivers of Mentally Ill Patients, *International Journal of Nursing Studies*, 36(1), 73-83, 1999.
73. Sağlık Bakanlığı, T. S., Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara, TC Sağlık Bakanlığı, 2011, <http://docplayer.biz.tr/2527563-T-c-saglik-bakanligi-ulusal-ruh-sagligi-eylem-planı-2011-2023.html> [10/06/2017]
74. Sales, E., Family Burden and Quality of Life, *Quality of Life Research*, 12(1), 33-41, 2003.
75. Sinanoğlu, B., Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Depresyon, Anksiyete Belirtileri ve Olumsuz Otomatik Düşüncelerinin Taranması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2016.

76. Souza, A. L. R., Guimarães, R. A., De Araújo Vilela, D., De Assis, R. M., Oliveira, L. M. D. A. C., Souza, M. R., Nogueira, D. J., Barbosa, M. A., Factors Associated with the Burden of Family Caregivers of Patients with Mental Disorders: A Cross-Sectional Study, *BMC Psychiatry*, 17(1), 353, 2017.
77. Şirin, H., Izgar, H., Üniversite Öğrencilerinin İletişim Becerileri ve Olumsuz Otomatik Düşünceleri Arasındaki İlişki, *İlköğretim Online*, 12(1), 254-266, 2013.
78. Talwar, P., Matheiken, S. T., Caregivers in Schizophrenia: A Cross Cultural Perspective, *Indian Journal of Psychological Medicine*, 32(1), 29-33, 2010.
79. Todor, I., Opinions About Mental Illness, *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 82, 209-214, 2013.
80. Tristiana, D., Yusuf, A., Fitryasari, R., Wahyuni, S. D., Nihayati, H. E., Perceived Barriers on Mental Health Services by The Family of Patients with Mental Illness, *International Journal of Nursing Sciences*, 5(1), 63-67, 2018.
81. Tümkaya, S., İflazoğlu, U. A., Çukurova Üniversitesi Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Otomatik Düşünce ve Problem Çözme Düzeylerinin Bazı Sosyo Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi, *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(6), 2000.
82. Türkçapar, M. H., Bilişsel Terapi, Temel İlkeler ve Uygulama, 8.Baskı, HYB Yayıncılık, Ankara, 2014.
83. Ünsal, G., Karaca, S., Arnik, M., Öz, Y. C., Aşık, E., Kızılkaya, M., Duran, S., Aydın, S., Türk, D., Şıpkın, S., Psikiyatri Kliniğinde Çalışan

Hemşirelerin Psikiyatri Hemşiresinin Rollerine İlişkin Görüşleri, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 4(2), 2014.

84. World Health Organization. The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope, 2001.
85. Yalçın, S. B. (2014). Bilişsel Terapi. İçinde, Psikolojik Danışma Kuramları, Lisans Yayıncılık, 219-251, İstanbul, 2014.
86. Yıldırım, F.G., Psikiyatri Hastalarına Bakım Verenlerin Ruhsal Durumları ve Bakım Yükünün Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Hemşirelik, İstanbul, 2014.
87. Yıldırım, S., Yalçın, N., Güler, C., Kronik Ruhsal Hastalıklarda Bakımveren Yükü: Sistemik Derleme, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi; 8(3), 165–171, 2017.
88. Yıldız, T. G., Anne Baba Eğitimi, Pegem Atıf İndeksi, 1-214, Ankara, 2017.
89. Yılmaz, M., Özcan, A. Psikiyatri Hemşireliğinin Geleceği, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 9(1), 53-59, 2016.
90. Yüksel Şahin, F., Psikolojik Danışma Kuramlarına Genel Bir Bakış; Psikolojik Danışma Kuramları (Ed: Akın, A., Şahin, R. ), Lisans Yayıncılık, İstanbul, 2014.
91. Yüksel, Ç., Bingöl, F., Oflaz, F. Stigma: the cul-de-sac of the double bind' the perspective of Türkiye; a phenomenological study, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 21(8), 667-678, 2014.

## EKLER

### EK-1



**T.C.**  
**SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU**  
**Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği 2 Nolu Genel Sekreterliği**  
**Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği**  
**Klinik Araştırma Etik Kurulu**

Sayı : 2012-KAEK-15/1275  
Konu: Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Etik Kurul Kararı

11.01.2017

#### **KEÇİÖREN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMA ETİK KURULU**

“Psikiyatri Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Otomatik Düşünceleri İle Bakım Yükü Arasındaki İlişki” adlı klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına ve kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından sağlık bakanlığına arzına gerek olmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

Op.Dr. Ömer Faruk TANER  
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

## EK-2

### GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, psikiyatri hastalarına bakım veren aile üyelerinin otomatik düşünceleri ile bakım yükü arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile planlanmıştır. Araştırmada hasta yakınlarının sahip olduğu otomatik düşüncelerinin incelenmesi ve bakım verme yüklerini değerlendirmek amacıyla ölçek formu kullanılacaktır. Araştırma Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD' de yapılacak olup; süresi altı ay olarak planlanmıştır. Bu araştırma kapsamında vereceğiniz cevaplarınız gizli tutulacak ve hiçbir şekilde sizin isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır. Bu bilgiler, farklı bir araştırma/uygulamada da kullanılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 20 dakikadır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz. Teşekkürler...

**YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM. BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMALAR YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZKONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMASIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.**

Katılımcı	Görüşme Tanığı	Katılımcı ile görüşen araştırmacı
Adı, Soyadı:	Adı, Soyadı:	Adı, Soyadı:
Adres:	Adres:	Adres:
Tel:	Tel:	Tel:
İmza:	İmza:	İmza:

**ARAŞTIRICILARIN ADI SOYADI:**

**İMZA:**

**TARİH:**

Yük.Hem. İnci İNCELEME

Yrd.Doç.Dr. Çiğdem YÜKSEL

### EK-3

## SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER SORU FORMU

### Hastanın Özellikleri:

- 1- Hastanın yaşı: .....
- 2- Hastanın cinsiyeti  
 Kadın  Erkek
- 3- Hastanın medeni durumu  
 Evli  Bekar
- 4- Hastanın sağlık güvencesi:  
 SGK  Özel Sigorta  Yok
- 5- Hastanın Eğitim düzeyi:  
 Okur-yazar değil  
 İlkokul  
 Ortaokul  
 Lise  
 Üniversite  
 Lisansüstü
- 6- Hastanızın hastalanmadan önceki çalışma durumu:  
 Çalışıyordu  Çalışmıyordu  Ara sıra çalışıyordu
- 7- Eğer hastanız çalışıyor idi ise ne iş yaptığını belirtiniz: .....
- 8- Hastanızın şimdiki çalışma durumu:  
 Çalışıyor  Çalışmıyor  Ara sıra çalışıyor
- 9- Hastalık süresi: .....
- 10- Hastaneye yatış sayısı: .....
11. Hastanızın tanısı nedir?.....
- 12- İlaçlarını düzenli olarak alıyor mu:  
 Evet, düzenli alıyor.  
 Çoğunlukla düzenli alıyor, arada bir aksatıyor.  
 Arada bir düzenli alıyor, çoğunlukla aksatıyor.  
 Hayır, düzenli almıyor.
- 13- Kontrollerine düzenli olarak gidiyor mu?  
 Evet  Hayır
- 14- Hastanın herhangi bir maddeye (sigara, alkol, uyuşturucu) bağımlılığı var mı?  
 Evet  Hayır
- 15- Eğer hastanızın herhangi bir maddeye bağımlılığı varsa belirtiniz.  
.....

**Bakım Veren Kişinin Özellikleri:**

1- Yaşınız? .....

2- Cinsiyetiniz?

( ) Kadın ( ) Erkek

3-Medeni durumunuz?

( ) Evli ( ) Bekar

4-Eğitim durumunuz?

( ) Okur-yazar değil

( ) İlkokul

( ) Ortaokul

( ) Lise

( ) Üniversite

( ) Lisansüstü

5- Çalışma durumunuz?

( ) Çalışıyorum (Ne işle uğraşıyorsunuz? Belirtiniz).....

( ) Çalışmıyorum

( ) Emekliyim

6- Ailenizin gelir düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz?

( ) Geliri giderinden fazla ( ) Geliri giderine eşit ( ) Geliri giderinden az

7- Hastaya yakınlık durumunuz nedir?

( ) Annem ( ) Babam ( ) Çocuğum ( ) Eşim ( ) Kardeşim

8- Evde kimler ile

yaşıyorsunuz?.....

9- Siz kaç yıldır hasta olan bireye bakım

veriyorsunuz?.....

10- Günde kaç saat hasta ile birlikte vakit geçiriyorsunuz?

11- Sizden başka bakıma yardımcı olan/ destek olan var mı?

( ) Yok ( ) Var

12- Eğer sizden başka bakıma destek olan kişi var ise bu desteği/yardıımı kimden alıyorsunuz?

.....

13- Hastanıza bakım verirken en çok hangi konularda sorun yaşıyorsunuz? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

( ) Ekonomik sorunlar (sağlık ve bakım giderlerini karşılayamama vs.)

( ) Duygusal sorunlar (üzüntü, ümitsizlik, keder vs.)

( ) Sosyal sorunlar (sosyal ortamlara katılamama, rolleri yerine getirmede güçlük vs.)

( ) Hastanın günlük aktivitelerine ilişkin sorunlar (tuvalet, banyo, yemek vs.)

( ) Hastanın sağlığına ilişkin sorunlar (ilacını uygulanması/takibi, kontroller vs.)

( ) Sevk ve ulaşım sorunları

( ) Davranışsal sorunlar (lütfen

belirtiniz).....

( ) Diğer sorunlar (lütfen

belirtiniz).....

14- Kendinizi yük altında hissettiğinizde neler yaparsınız? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- İbadet etmek       Yürüyüş yapmak       Ağlamak       Sigara içmek  
 Sohbet etmek       Tv-Müzik       Uyumak       İş yapmak  
 Diğer (lütfen belirtiniz).....

**15-Sizin ruhsal ya da bedensel bir rahatsızlığınız var mı?**

- Yok       Var

(açıklayınız).....

**16-Ailede başka kronik veya ruhsal hastalığa sahip birey var mı?**

- Yok       Var

(açıklayınız).....





## EK-4

### HASTALIK YÜKÜ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Size, yakınlarının hastalığı sırasında insanların karşılaşabileceği bazı durumlara ilişkin bir liste okuyacağım. **Son altı ay içinde** bunlardan hangilerinin ne düzeyde sizin başınıza geldiğini belirtebilir misiniz?

Yanıtlarınızı uygun olan cevaba (X) işareti koyarak belirtiniz.	1 Hiç	2 Çok az	3 Biraz	4 Çok	0 Uygun değil
---	----------	-------------	------------	----------	------------------

#### (Hastanın adı)'in hastalığı nedeniyle:

	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Uygun değil
1. Ne ölçüde maddi sorunlarınız vardı?					
2. İşe (veya okula) kaç gün gidemediniz?					
3. Kendi faaliyetlerinize yoğunlaşmakta ne kadar güçlük çektiniz?					
4. İşe gitmek, tatile çıkmak gibi kendi planlarınızı değiştirmek zorunda kaldınız mı?					
5. Hiç boş zamanınızın kalmadığını düşünüyor musunuz?					
6. Gündelik ev işlerine sinirlendiğiniz oluyor mu?					
7. Arkadaşlarınızla veya akrabalarınızla geçirdiğiniz zamanınız ne ölçüde azaldı?					
8. Diğer aile üyelerinin ihtiyaçlarını göz ardı ettiğiniz oluyor mu?					
9. Aile içinde sürtüşme ve tartışma yaşadınız mı?					
10. Ev dışında komşularınız, arkadaşlarınız veya akrabalarınızla sürtüşme yaşadınız mı?					
11. (Hastanın adı)'in davranışları yüzünden utanç duyduğunuz oluyor mu?					
12. Ona yönelik yeterince çaba sarf etmediğinizi düşünerek suçluluk duyduğunuz oluyor mu?					
13. (Hastanın adı)'a sorun yarattığınız için sorumluluk hissetmeniz nedeniyle suçluluk duyduunuz mu?					
14. (Hastanın adı)'in sizden çok fazla talebi olduğu için ona içerlediğiniz oluyor mu?					
15. Ona baktığınız için kendinizi kapana kısılmış gibi hissettiniz mi?					
16. (Hastanın adı)'in eskiye göre ne kadar değiştiğini gördükçe üzüldünüz mü?					
17. (Hastanın adı)'a yönelik davranışlarınızın onun hastalığını kötüleştirmesinden kaygı duyduğunuz oluyor mu?					
18. (Hastanın adı)'in geleceği konusunda ne ölçüde kaygı duyuyorsunuz?					
19. Hastalığın yarattığı damgalamayı ne ölçüde üzücü buldunuz?					

## EK-5

### GELİŞTİRİLMİŞ OTOMATİK DÜŞÜNCELER ÖLÇEĞİ (ODÖ-G)

Aşağıda kişilerin zaman zaman aklına gelen bazı düşünceler sıralanmıştır. Lütfen her birini okuyarak, bu düşüncelerin SON BİR HAFTA içinde aklınızdan ne kadar sıklıkla geçtiğini işaretleyiz. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyunuz ve maddelerin yanındaki uygun sayıyı aşağıdaki şıkları dikkate alarak işaretleyiniz.

1. Hiç aklımdan geçmedi
2. Ender olarak aklımdan geçti
3. Arada sırada aklımdan geçti
4. Sık sık aklımdan geçti
5. Hep aklımdan geçti

Soru No	Ne kadar aklınızdan geçti?	Hiç	Ender	Ara-Sıra	Sık Sık	Her zaman
1.	Tüm dünya bana karşıymış gibi geliyor.	1	2	3	4	5
2.	Ben hiçbir işe yaramam.	1	2	3	4	5
3.	Kendimle gurur duyuyorum.	1	2	3	4	5
4.	Neden hiç başarılı olamıyorum.	1	2	3	4	5
5.	Beni hiç kimse anlamıyor.	1	2	3	4	5
6.	Başkalarını düş kırıklığına uğrattığım oldu.	1	2	3	4	5
7.	Kendimi iyi hissediyorum.	1	2	3	4	5
8.	Devam edebileceğimi sanmıyorum.	1	2	3	4	5
9.	Keşke daha iyi bir insan olsaydım.	1	2	3	4	5
10	Her ne olursa olsun üstesinden gelebileceğimi biliyorum.	1	2	3	4	5
11	Öyle güçsüzüm ki...	1	2	3	4	5
12	Hayatım istediğim gibi gitmiyor.	1	2	3	4	5
13	Her şeyi başarabilirim.	1	2	3	4	5
14	Kendimi düş kırıklığına uğrattım.	1	2	3	4	5
15	Artık hiçbir şeyin tadı kalmadı.	1	2	3	4	5
16	Şu anda iyiyim.	1	2	3	4	5
17	Artık dayanamayacağım.	1	2	3	4	5
18	Bir türlü harekete geçemiyorum.	1	2	3	4	5
19	Neyim var benim.	1	2	3	4	5
20	Rahatım yerinde.	1	2	3	4	5
21	Keşke başka bir yerde olsaydım.	1	2	3	4	5
22	Hiçbir şeye yetişemiyorum.	1	2	3	4	5
23	Kendimden nefret ediyorum.	1	2	3	4	5
24	Aklıma koyduğum her şeyi yapabileceğime güveniyorum.	1	2	3	4	5
25	Değersiz bir insanım.	1	2	3	4	5
26	Keşke birden yok olabilseydim.	1	2	3	4	5
27	Ne zorum var benim.	1	2	3	4	5
28	Kendimi çok mutlu hissediyorum.	1	2	3	4	5

29	Hayatta hep kaybetmeye mahkûmum.	1	2	3	4	5
30	Hayatım karmakarışık.	1	2	3	4	5
31	Başarısızım.	1	2	3	4	5
32	İşte bu harika!	1	2	3	4	5
33	Hiçbir zaman başaramayacağım.	1	2	3	4	5
34	Kendimi çok çaresiz hissediyorum.	1	2	3	4	5
35	Bir şeylerin değişmesi gerek.	1	2	3	4	5
36	Bende mutlaka bir bozukluk olmalı.	1	2	3	4	5
37	Birçok insandan daha şanslıyım.	1	2	3	4	5
38	Geleceğim kasvetli.	1	2	3	4	5
39	Hiç değişmez.	1	2	3	4	5
40	Hiçbir şeyi bitiremiyorum.	1	2	3	4	5

