



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNE DEVAM EDEN VE
DEVAM ETMEYEN ŞİZOFRENİ HASTALARINDA AİLE
YÜKÜNÜN İNCELENMESİ**

Nurgül Derya DONYAĞI

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Selma DOĞAN**

İstanbul-2016

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından 21.10.2016 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans tezi olarak oybirliği / oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Prof.Dr. Besti ÜSTÜN

Üsküdar Üniversitesi

İmza

Besti

Danışman

Prof.Dr. Selma DOĞAN

Üsküdar Üniversitesi

İmza

Üye

Yrd.Doç.Dr. Hüseyin ÖNÜBOL

Üsküdar Üniversitesi

İmza

ONAY

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun 21.10.2016 tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

İmza

Prof. Dr. Nilgün SARP

Enstitü Müdürü

ÖZET

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNE DEVAM EDEN VE DEVAM ETMEYEN ŞİZOFRENİ HASTALARINDA AİLE YÜKÜNÜN İNCELENMESİ

Bu araştırma, Toplum Ruh Sağlığı Merkezine devam eden ve devam etmeyen şizofreni hastalarında aile yükünü karşılaştırmak amacı ile karşılaştırmalı ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesine bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerin de (TRSM) gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini TRSM'ler tarafından takip edilen 535 şizofreni hastasından 150 şizofreni hastasının bakım vericisi oluşturmuştur. Araştırmaya, Haziran – Kasım 2015 tarihleri arasında TRSM 'de bakım alan şizofreni hastalarının bakım vericilerinden, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olduğunu bildiren 150 bakım verici alınmıştır. Bakım vericiler, hastalarının TRSM' ye devam etme durumlarına göre 3 gruba ayrılmıştır. Gruplar; TRSM' ye devam eden grup – aralıklı devam eden grup ve devam etmeyen grup olarak 3'e ayrılmış olup her gruba ' Demografik Bilgi ve Zarit Bakım Verici Yüğü ' Ölçeği formları uygulanmıştır. Elde Edilen veriler bilgisayar ortamında test edilmiştir. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı Mann Whitney-U testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplararası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H-Testi kullanılmıştır. Hastaların TRSM' ye devam durumları ile demografik değişkenler arasındaki ilişkiyi Ki-kare ile analiz edilmiştir.

Araştırma sonunda: toplum ruh sağlığı merkezine düzenli devam eden hastaların yakınlarının bakım yükü puan ortalaması aralıklı devam eden grup ve devam etmeyen gruba göre anlamlı düzeyde farklılık göstermiş, düzenli devam eden grupta bakım yükü algısı, devam etmeyenler ve aralıklı devam edenlere göre düşük bulunmuştur. Buna karşılık aralıklı devam eden ve devam etmeyenler arasında anlamlı fark bulunamamıştır. ($U=788.00$; $p<0.01$).

Hastaların TRSM'ine düzenli gidip gitmediklerine göre bakım vericilerin hastaya günlük bakım verme süreleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. TRSM'ine devam eden hastalarına bakım vericilerin (%46.0)sının günlük 6-10 saat arası bir süredir bakım verdiği, TRSM'ine aralıklı devam eden hastalarına bakım vericilerin i(%44.0) günlük olarak 16 saat ve üzeri bir süredir bakım verdiği ve TRSM'ine devam

etmeyen hastalarına bakım vericilerin (%56.0) günlük olarak 16 saat ve üzeri bir süredir bakım verdiği grlmŖtr.

Sonuç olarak; hastaların, iŖlevselliklerini arttırarak, hastaların toplum içinde rehabilite olmasını amaçlayan kurumlar olan TRSM' lere düzenli olarak devam etmelerinin ailelerde ki bakım yükünü azaltmada etkili olduğu grlmektedir.

Anahtar Szlkler: Ŗizofreni, Bakım Verici, Bakım Yükü, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, HemŖirelik

ABSTRACT

COMPARING THE BURDEN OF THE FAMILY WITH SCHIZOPHRENIC PATIENTS WHO ATTEND THE COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTERS AND WITH NON-ATTENDANCE

This research has been carried out in a comparative and definitive way in order to compare the burden of the family with schizophrenic patients who attend the Community Mental Health Centers and who don't attend those centers. The aforementioned research was conducted in Community Mental Health Centers (CMHC) affiliated with Erenköy Psychiatric Hospital. The environment of the research included the care takers of 150 schizophrenic patients of 535 schizophrenic patients followed by CMHCs. The research involved 150 care takers who were in conformity with the criteria and volunteered to participate in the research among the care takers of the schizophrenic patients treated in CMHC between June and November 2015. The care takers were separated into 3 groups according to the attendance state of their patients to the CMHC. These groups were separated into 3 such as; the group with the constant attendance, the group with the attendance at intervals and the group with the non-attendance, and each group was applied 'Demographic Information and Zarit Burden Interview forms. Acquired information was tested on the computer media. Mann Whitney-U test was used to differentiate between two groups for comparing quantitative data and Kruskal Wallis H-Test was used for more than two groups in order to compare the parameters within groups. Chi-squared test was used to analyze the relationship between the states of attendance to the CMHC of the patients and demographic variances.

As a result of the research; it was concluded that the burden point average of the relatives of the patients who attended the community mental health centers regularly differed significantly from the group with attendance at intervals and the group with no-attendance and the perception of the burden of the group with the constant attendance was found lower than the two other groups with the attendance at intervals and non-attendance. However, any meaningful difference between the group who attended at intervals and who did not attend was not found. ($U=788.00$; $p<0.01$).

According to the regular attendance or non-attendance of the patients to the CMHC, a meaningful difference was found between the daily care periods of the care takers. It was understood that (46.0%) of the care takers of the patients who attended the CMHC spent 6 or 10 hours a day for care while (44.0%) of the care takers of the patients who attended the CMHC at intervals spent 16 hours and more a day, and (%56.0) of the care takers of the patients with non-attendance to the CMHC spent 16 hours and more a day for care.

In conclusion; it has been discovered that the constant attendance to the CMHCs which are institutions with the aim of rehabilitating patients within the community by increasing their functionality is effective to diminish the burden on the family for the care.

Key Words: Schizophrenia, Care Taker, Burden, Community Mental Health Center, Nursing

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans ve lisans eğitimim boyunca beni her koşulda destekleyen, bilgi ve tecrübeleriyle hayatıma yön veren, şimdiki ve geleceğimin şekillenmesine olanak sağlayan, dinlerken karşısındaki kişiye değerli hissettiren değerli danışman öğretmenim Prof. Dr. Selma Doğan'a,

Lisans eğitimim süresince ve sonrasında hayatıma kattığı değeri ve ışığı asla unutmayacağım sevgili öğretmenim Yrd.Doç.Dr. Elçin Akdeniz'e tecrübesinden faydalandığım ışığı fark eden ve bana her koşulda güvenen sevgili öğretmenim Yrd.Doç.Dr. Seher Yurt'a öğrendiğimi sorgulamayı ve öğrendiğim bilgileri içselleştirmeyi öğreten sevgili öğretmenim Prof.Dr. Güler Cimete'ye ayrıca çalışmamın veri analizindeki desteğinden dolayı sevgili öğretmenim Yrd. Doç. Dr. Sebahat Ateş'e,

Çalışmamın uygulanmasında verdikleri destekten ötürü Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ne bağlı Sultanbeyli ve Çekmeköy Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ekibine, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hasta ailelerine ve her yeni an da kendilerinden bir şeyler öğrendiğim kıymetli şizofreni hastalarına,

Hayatım boyunca destek ve emeklerini esirgemeyen sabır, şefkat, sevgi, saygı ve özveri ile her an yanımda olan ve yanımda olduklarını hissettiren anneme ve babama ve varlıklarına her gün şükrettiğim kardeşlerime,

Ayrıca varlıkları ile daha güçlü ve daha mutlu olduğum saygıdeğer Namlı ailesine,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Nurgül Derya DONYAĞI

BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlamasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

21.10.2016

Nurgül Derya DONYAĞI

İmza

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖZET	i
ABSTRACT	iii
TEŞEKKÜR	v
BEYAN	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
SİMGELER VE KISALTMA DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Şizofreni	4
2.2. Şizofreni ve Kronikleşme	6
2.3. Şizofrenik Hasta Ailesi	7
2.4. Bakım Yüğü Kavramı	9
2.5. Şizofrenide Rehabilitasyon	12
2.6. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri	15
2.7. Psikiyatri Hemşiresinin Yeri	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Şekli	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	23
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	23
3.4. Verilerin Toplanması	25
3.5. Araştırmanın Uygulanması	26
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	26
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	27
4. BULGULAR	28
5. TARTIŞMA	46

6. SONUÇ	52
7.ÖNERİLER	54
KAYNAKLAR	55
EKLER	60
EK I Tanıtıcı Bilgi Formu	61
EK II Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği	62
EK III Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Çalışma İzni	64
EK IV Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Sonucu	65
EK V Bakım Verici Yüğü Ölçeği Kullanım İzni	66

TABLolar DİZİNİ	Sayfa No
Tablo 3.1.: Hastaların TRSM' lere Devam Durumlarının Gösterilmesi	24
Tablo 4.1. Bakım Vericilerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	28
Tablo 4.2 Bakım Vericilerin Bakım Verme ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı	30
Tablo 4.3 Bakım Verilen Hastaların Bireysel ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Dağılımı	31
Tablo 4.4. Hastaların TRSM'ine Devam Durumları İle Bakım Vericilerin Bakım Yükü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	32
Tablo 4.4.1 Hastaların TRSM 'ye Düzenli Devam Etme ve Aralıklı Devam Etme ve Devam Etmeme Durumlarına Göre Bakım Yükü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	32
Tablo 4.5 TRSM 'ye Düzenli Devam Eden ve Etmeyen Hastaların Bakım Vericilerinin Bireysel Özellikleri ve Bakım Yükü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	33
Tablo 4.6. TRSM 'ye Düzenli Devam Eden ve Etmeyen Hastaların Bakım Vericilerinin Bakım Verme Özellikleri ile Bakım Yükü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	35
Tablo 4.7. TRSM 'ye Düzenli Devam Eden ve Etmeyen Hastaların Bireysel ve Hastalık Özellikleri ile Bakım Vericilerinin Bakım Yükü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	38
Tablo 4.8. Hastaların TRSM' ye Devam Etme Durumlarına Göre Bakım Vericilerin Bakım Yükü Puan Ortalamasının Bireysel Özellikleri Yönünden Dağılımı	42
Tablo 4.9: Hastaların TRSM' ye Devam Etme Durumlarına göre Bakım Vericilerin Bakım Yükü Puan Ortalamasının Bakım Verme Özellikleri Yönünden Dağılımı	43
Tablo 4.10: : Hastaların TRSM' ye Devam Etme Durumlarına göre Bakım Vericilerin Bakım Yükü Puan Ortalamasının Hastaların Bireysel ve Hastalık Özellikleri Yönünden Dağılımı	44

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. İyilik Halinin Arttırılması

14

Şekil 2. TRSM Yönergesi 2016

16

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

DSÖ: Dünya Sağlığı Örgütü

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

RSHH: Ruh Sinir Hastalıkları Hastanesi

APA: American Psychological Association

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

WHO: World Health Organization

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

CMHC: Community Mental Health Centers

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ruhsal bozukluklar tüm dünyada yaygın olarak görülen bireysel, ailesel ve toplumsal yükü fazla olan, kronikleşme eğilimi gösteren ve yeti yitimine neden olan hastalıklardır (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Kronik ruhsal hastalıkların başında şizofreni gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyada yılda 1.5 – 3 milyon şizofreni vakası bulunmaktadır (DSÖ 2015).

Şizofreni genç yaşta başlayan, insanın sosyal ilişkilerden, yaşamdan uzaklaşmasına ve kendine ait bir dünya oluşturarak içine kapanmasına neden olan kronik ruhsal bir hastalıktır. Şizofrenide görülen belirtiler ve hastalığın kronikleşme özelliğinin olması bireylerin bireysel ve toplumsal uyumunu bozarak öz bakımını yürütmede, sosyal işlevler ve kişilerarası ilişkileri sürdürmede, çeşitli derecelerde yetersizlik yaşamasına neden olmaktadır. Bunlarla birlikte hastalık belirtilerinden uzaklaşmama ve bazı belirtilerin sadece medikal tedavi ile iyileşmemesi nedeniyle birçok hasta kendisinden beklenen rolleri yerine getirmemektedir (Bostrom and Boyd 2005; Carlborg et al. 2010; Rafiyah and Sutharangsee 2011).

Şizofreni, bireyin yaşadıklarından ve çevreden etkilendiği, her an yeni ataklar geçirmeye açık bir hastalıktır. Bu nedenle hastaneye yatışlar sık olur. Kronik ruhsal hastalığı bulunanların % 50 – 90 ı psikiyatrik tedavi sonrası aileleri ile birlikte yaşamaktadır. Yapılan çalışmalarda taburculuktan sonra birçok şizofreni hastası ailesi veya başka yakınlarının yanına dönmektedir (Weimand et al.2010;Arslantaş ve Adana 2011).

Son yıllarda şizofreni başta olmak üzere kronik psikiyatri hastalarının toplum içinde tedavi edilmesi anlayışının gelişmesi ailelerin hastaların bakımında daha fazla sorumluluk almalarına neden olmuş, hasta yakınları tanımadıkları ve hazır olmadıkları birincil bakım verici rolünü üstlenmek durumunda kalmışlardır. Şizofreni gibi ağır psikiyatrik hastalığı olan bir birey ile yaşama ve evde bakımını desteklemek aile bireylerinin fiziksel, sosyal, ekonomik, duygusal yönden güçlük yaşamalarına neden olmaktadır (Atagün ve ark. 2011).

Aileler, hastaların iyileşmesinde ve topluma yeniden katılmaları konusunda anahtar rol oynamaktadır (Lester et al.2011).

Ciddi bir ruhsal hastalığa sahip kişiyle ilgilenen aile bireylerinin bu hastalığa bağlı olarak yaşadıkları zorluklar genel olarak “bakım yükü” olarak tanımlanmaktadır (Pazvantoğlu ve ark. 2014). Bakım yükü ile ilgili yapılan çalışmalar genel olarak şizofrenik hastaların ailelerinin bakım yükünün diğer gruplardan daha fazla olduğunu göstermektedir (Hancı 2014, Chakrabarti 1995). Hindistan’ da ayaktan takip edilen 52 şizofreni ve 51 bipolar bozukluğu olan hastanın ailelerinin yaşadıkları yük algısının karşılaştırıldığı bir çalışmada, şizofrenik hastaya bakım verenlerin algıladıkları bakım yükü puanı daha yüksek bulunmuştur (Vasudesa et al. 2013). İtalya’da şizofreni hastalarına bakım veren aileler ve uzun süreli fiziksel hastaya bakım veren ailelerin algıladıkları bakım yükü karşılaştırılmıştır. Çalışmada, şizofrenik hastaların ailelerinde fiziksel bakım veren ailelere göre hem nesnel hem de öznel bakım yükü anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Magliano et al. 2005).

Bakım vericiler yaşadıkları zorluklar ve olumsuz deneyimler karşısında kayıp, stigma, korku, değersizlik, utanç, suçluluk, çaresizlik, belirsizlik, gelecek kaygısı, öfke gibi olumsuz duygular hissettikleri görülmüştür. Sosyal desteklerin ve aktivitelerin azalması gibi yıkıcı durumlar yaşadıkları saptanmıştır (McCamm, Lubman and Clark,2011).

Son yıllarda ruh sağlığı alanında toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri uygulamalarının yaygınlaşması ile birlikte toplum ruh sağlığı merkezleri açılmaya başlanmıştır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin amacı; ruh sağlığını koruma ve geliştirme, özellikle kronik psikiyatri hastalarının topluma yeniden uyumunu sağlama, hastaneye yatışı önleme, atakları erken fark etme, yeti yitimini en aza indirme, bireyin işlevlerinin gelişmesini sağlamaktır. Ülkemizde TRSM’lerin faaliyetlerinin etkinliği ile ilgili yapılan bazı çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalar genel olarak TRSM’lerin hastalar üzerindeki yararını ortaya koymaya yönelik çalışmalardır (Ensari, ve ark. 2013; Gül ve ark. 2014; Söğütoğlu 2014; Kavak ve ark.2014).

Diğer yandan TRSM’lerin aile üyelerine etkisini ortaya koyan çalışmalar yetersizdir. Bu konu da yapılan bir çalışmada, Bakırköy RSHH’ne bağlı ayaktan tedavi ünitesinde takip edilen 50 şizofreni hastasının yakını ile aynı hastanenin psikiyatrik

bozukluklar merkezinde takip edilen 50 şizofreni hastasının yakınlarında bakım yükü depresyon, stigma, duygu dışı vurumu incelenmiş, değerlendirme sonunda ayaktan takip edilen hastaların bakım vericilerinin puanlarının diğer gruba göre olumlu yönde geliştiği saptanmıştır. Bu çalışmada ayaktan takip edilen hastaların ailelerinde bakım yükünün daha az olduğu görülmüştür (Eryıldız 2008). Bu çalışmanın bu alanda yetersiz olan bilgi birikimine katkı vereceği ve TRSM’lerde çalışan hemşireler ve diğer çalışanların hastalar ve ailelerine yönelik müdahalelerinin düzenlenmesine katkı vereceği düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma da toplum sağlığı merkezlerine düzenli devam eden hastalar ile aralıklı devam eden ve devam etmeyen şizofreni hastalarında aile yükünün karşılaştırılması amaçlanmıştır.

1.3.Araştırmanın Soruları

Araştırma Sorusu 1: TRSM ye düzenli devam eden ve düzensiz devam eden ve hiç devam etmeyen hastaların yakınlarının bakım yükü puanında düzenli devam edenler yönünde anlamlı bir fark var mıdır?

Araştırma Sorusu 2: Aralıklı devam edenlerin puanı devam etmeyenlere göre düşük müdür?

Araştırma Sorusu 3: Bakım vericinin sosyo-demografik özelliklerine göre bakım yükü puanı değişmekte midir?

Araştırma Sorusu 4: Bakım vericinin bakım verme durumuna ilişkin özelliklere göre bakım yükü puanı değişmekte midir?

Araştırma Sorusu 5: Bakım verilen kişinin sosyo-demografik özelliklerine göre bakım yükü puanı değişmekte midir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Şizofreni

Şizofreni erken yaşta başlayan, işlevselliğin önemli derecede bozulduğu duygu, düşünce ve davranış bozukluklarının görüldüğü kronik bir ruhsal bozukluktur (Sadock and Sadock 2009; Yıldız 2005). Şizofreni; psikotik semptomlar ile belirli, özellikle düşünce duygulanım ve algı alanlarında bozulmaya yol açan iyileşme ve yinelemelerle süren dinamik bir hastalıktır. Kişinin alışlagelmiş algılama-yorumlama, biçimlerine yabancılaşarak kendine özgü bir içe kapanım dünyasında yaşadığı duygu düşünce ve davranışlarda önemli bozukluklarla seyreden bir psikoz tablosudur (Lieberman, Stroup and Perkins2012).

Şizofreni hastalığının dünya çapında 21 milyondan fazla insanı etkilediği ileri sürülmektedir (WHO 2016). Bunların 12 milyonu erkek, 8 milyonu ise kadınlardır. TUIK 2012 verilerine göre ise 75 kişi şizofreni, şizotipal ve deluzyonel bozukluklar nedeniyle yaşamını yitirmiştir. Binbay ve arkadaşlarının (2010) çalışmasına göre Türkiye’de genel olarak şizofreni 8.9/1000 oranında görülmektedir. Hastalık genellikle 25 yaşından önce başlar. 50 yaşından sonra görülme olasılığı azdır. Kadınlarda (25-35) erkeklerde (15-25) yaşları arasında görülür. Kadınlarda ve erkeklerde görülme sıklığı eşittir. ABD’de şizofreninin yıllık insidansı, 1000 kişide 0.3-0.6’dır. Yaşam boyu prevalansının %1-1.5 dolaylarında olduğu ileri sürülmektedir (Öztürk 2011). Avrupa’da ise 1000 kişide 0.1-0.5 arasında olduğu, şizofreni gelişmesi için yaşam boyu prevalansın 1000 kişide 7-9 arasında olduğu, nokta prevalansının ise 1000 kişide 2.5-5.3 arasında olduğu bildirilmektedir. Dolayısıyla şizofreninin yaşam boyu prevalansının % 0.5 ile %1 arasında değiştiği öngörülebilir. Tüm toplumlarda ve coğrafi alanlarda görülür. İnsidans ve prevalans oranları, dünyanın her yerinde yaklaşık olarak birbirine eşittir (TUIK,DSÖ, Binbay ve ark. 2010).

Hastalık tamamen bir sebebe bağlanmasa da genetik ve çevre koşulları hastalığın oluşumunda etken 2 temel kavramdır. Hastalığın çıkış şeklinde genel bir kanıya varmak gerekir ise stresli yaşam şeklinin hastalığı tetiklediği, ortaya çıkmasına olanak sağladığı görülür. Şizofreni aydınlandıkça düşünülenenden daha karmaşık olabileceği görülmüştür (Buchanan and Carpenter2007).

"Çalışmaların büyük bir kısmı hastalığın patofizyolojisinin nörodejeneratif süreçten çok nörogelişimsel bir süreçle açıklayan bulgular içermektedir. Nörogelişimsel bozukluk, gelişimin erken döneminde genetik etkenlerin ve/veya obstetrik komplikasyonlar gibi çevresel stresörlerin beyinde meydana getirdiği değişikliklerden kaynaklanıyor olabilir. Gelişimin sonraki aşamalarında ortaya çıkan çevresel faktörler ise genetik ve nörogelişimsel bozuklukların etkisini belirginleştirebilir veya azaltabilir. Şizofreninin etiyolojisi henüz tam olarak anlaşılammış olmakla birlikte, gelecekte yeni moleküler genetik, yapısal ve işlevsel beyin görüntüleme yöntemleriyle yapılacak çalışmaların hastalığın patogenezi aydınlatacağı umulmaktadır "(Ertuğrul 2005).

Çevresel faktörler hastalığın başlamasında etkili olduğu kadar hastalığın süregelen yolculuğunda da etkilidir. Hasta ile birlikte çevre de düzenlenerek hastanın bulunduğu çevreye denge ve uyum sağlaması gerekmektedir. İçinde bulunulan çevre faktörleri hastalığın iyilik hali ve kötü seyri klinik tablolarında birebir etkilidir. Çevre hastalık seyrini değiştirir.

Hastalığın klinik tablosu kişiden kişiye değişir. Genel bir sınıflama yapılması gerekir ise pozitif belirtiler kişide halüsinasyon, yanılsama, dağınık düşünce, ajitasyon ruhsal olarak sağlıklı dediğimiz kişilerde görülmeyen, hastalığın kemik belirtileridir. Negatif belirtiler ise kişinin eksik davranışları olarak nitelendirilebilir. Kişi genellikle ergenlik çağında iken sosyal rollerini kabullenip benliğini oluşturmadan bu hastalık ile karşı karşıya kalır ve başlangıç da hastalığın pozitif belirtilerini yaşar. Bu belirtileri yaşayan kişi zamanla toplumdan uzaklaşır, içe kapanır, korku, anksiyete, motivasyon kaybı, öz bakım eksikliği, heyecan duymama, tepki verememe, isteksizlik, şiddete eğilim, sosyal izolasyon gibi negatif belirtiler ile karşı karşıya kalır. Negatif belirtiler pozitif belirtilerin yan etkileri olarak düşünülebilir. Bu belirtiler ise bireyin yaşamını olumsuz etkilemekte ve yeti yitimiyle sonuçlanmaktadır (Liberman, Stroup and Perkins 2012).

Pozitif belirtileri yaşayan hasta zaman içinde çevre faktörlerine ve kişisel özelliklerine göre negatif belirtilerini oluşturur ve bu noktada şizofreni, kişide kronikleşir kişi kendini zorlu bir döner kapının içinde bulur. Hastalık iç çevre ve dış çevreden aldığı uyarana tepkisel davranışlar sergiler. Şizofreninin tamamen ortadan kalkması mümkün değildir. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) 2010 yılında yayınladığı 'Şizofreni Hastalarının Tedavisi İçin Uygulama Kılavuzu'nda hastaların tedavisi için gösterilen çabaların bütüncül ve çok yönlü olması, hastanın bireysel yanıtına ve gidişine uygun

olarak ayarlanmasının gerekli olduğu vurgulanmaktadır. Şizofreninin tedavisinde tam bir iyileşme süreci yoktur fakat toplumda tedavisi hiç olmayan bir hastalık gibi algılanmaktadır. Bu doğru bir algı değildir (Taşkın, 2007) Kişinin çevresel genetik ve mental durumuna göre iyilik hali vardır.

Bu iyilik hali sürecinin tedavi basamakları vardır.

- Hastanede Yatış Gerektiren Akut Tedavi Dönemi; Antipsikotik ilaçlar ve kişinin hastalığa verdiği tepkilere göre Elektro Konvülsif Tedavi ile bu akut sürecin geçmesi hedeflenir. Bu dönem pozitif belirtileri kontrol altına almayı hedefler.
- Belirtilerin büyük çoğunlukla kontrol altına alındığı hastaneden çıkış sürecinin yaklaştığı geçiş dönemi olarak adlandırılır (Soygür1999). Bu süreç de amaç kişinin ilaçlara alışması, eve ve topluma uyum sağlamaya başlamasıdır.

Dönemlerin kesin çizgileri yoktur. Tedavi sürecini bu şekilde kesin sınırları olmayan çizgilerle sınıflandırmak tedavi sürecinin kontrolü ve karar vermesinde kolaylaştırıcı olduğu düşünülmektedir. Stabil dönem de kişi yaşadığı atağı geçirmiş ve tekrar rehabilite olmaya hazırdır.

2.2 Şizofreni ve Kronikleşme

Kronik ruhsal bozukluk için 1981'de Goldman ve arkadaşları tarafından yapılmış olan tanım oldukça kabul görmüştür, buna göre kronik ruhsal bozukluk hastaları; 1- belirli tipte bir ruhsal hastalığı (organik beyin sendromları, şizofreni, tekrarlayıcı depresif ya da manik depresif bozukluk, paranoid psikoz ve diğer psikozlar) ya da 2- günlük yaşamın asli özelliklerinden (kişisel temizlik ve bakım, kendini idare etme, kişiler arası ilişkiler, sosyal yükümlülükleri yerine getirme, öğrenme ve eğlenme) üç ya da daha fazlasına ilişkin işlevsel yeterliliğe zarar veren ya da gelişimini bozan başka bir ruhsal bozukluğu bulunan kişilerdir. Psiko-sosyal işlevsellikte ve uyumda ağır ölçüde bozulma genellikle şizofrenide görülür. Kronik ruhsal hastalıkları tanımlamak için kullanılan bir diğer açıklama ise, ruhsal bozukluk tanısı almış kişilerin, mesleki ve sosyal işlevsellik ile değerlendirilen psiko-sosyal yeti yitimi olanları, semptom, yeti yitimi ve hastane yatışı dönemlerinin süresiyle değerlendirilen kronik hasta ve özürülleri belirleyen üç boyutlu şemalar kullanmaktır. Birbiriyle örtüşen bu üç boyut, tanı, yeti yitimi ve süre boyutları, toplumdaki kronik ruhsal bozuklukları belirlemeye yönelik uygun bir hareket noktası oluşturması düşünülmektedir. Özellikle şizofrenide kronikleşme belirgin şekilde dikkat

çekmek de ve birçok kişinin öngörüsü, şizofreni hastalarının ruhsal işlevsellik açısından asla hastalanmadan önceki durumlarına dönemeyeceği yönündedir. Şizofrenide yeti yitimi, damgalanma, yaşam kalitesi ve rehabilitasyon gibi kavramlara ilişkin pek çok sorun aslında diğer tüm kronik ruhsal bozukluklar için de aynı ölçüde geçerlidir (Sönmez 2009).

Kronik ruhsal hastalıklar, toplumsal, ekonomik ve duygusal maliyeti çok ağır olan ve sadece hastalar için değil, aile, akrabalar ve arkadaşlar için de kaygı verici bir yaşantıdır. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aile destekleri, mesleki becerileri, toplum kaynaklarını kullanma ve günlük yaşam sorunlarıyla baş etme becerileri ayrıca çevreye uyumları azalmış ya da kaybolmuş olabilir. Bu hastalar aile içinde ve toplumda kendilerinden beklenen rolleri yerine getirmede zorluk yaşadıkları için süreğen olarak aile bakımı ve desteğini almak zorunda kalmaktadırlar (Öztürk 2004, Gümüş 2006, O'Connell 2006).

Şizofreni, kendisinin ve çevresindekilerin yaşantısında değişikliklere yol açan bir hastalık olduğu için, hasta kişiler genellikle aileye, özellikle de temel bakım sağlayanlara bağımlı olarak yaşamaktadır (Yeh et al. 2008). Şizofrenik bireyin tedavisinde amaç, yalnızca bireylerde görülen atak ve belirtilerin yatıştırılması değil, hastalığın yol açtığı yıkıcı etkilerinin de önlenip, hasta bireyin bireysel ve toplumsal uyumunun artırılmasıdır. Bu toplumsal uyum ancak kronik hasta bakımı yaklaşımları ile kazanılabilir.

2.3. Şizofrenik Hasta Ailesi

Birçok profesyonel tarafından 1990'lara kadar ruhsal hastalıkların temel sebebinin aile ilişkilerindeki bozukluk olduğu kabul edilmiş ve ruh sağlığı profesyonelleri ile aile arasındaki etkileşim olumsuz yönde etkilenmiştir (O'Connell 2006). Kronik ruhsal hastası olan aileyi hastalığa neden olan bir olgu olarak değil, hastalıkla ve onun getirdiği güçlüklerle baş edebilecek, tedaviye katkısı olabilecek bir olgu olarak gören yaklaşım, ruh sağlığı ekibine aile ile çalışma ve güçlüklerini tanıma fırsatı vermiştir. Genellikle öfke ve suçluluk gibi duygular yaşayabilen aile üyelerinin ekonomik yetersizlikler, rol değişimleri, hastanın hastalığı ve bakımı hakkında bilgilendirme ve eğitimde yetersizlik gibi güçlükler yaşadıkları, duygusal desteğe ve işbirliğine gereksinim duydukları belirtilmekte

ve aile ile çalışmanın önemi vurgulanmaktadır (Dixon et al. 2001, Gülseren 2002, Dülgerler 2004, O'Connell 2006, Kim and Salyers 2008).

Şizofreni bireysel ailesel toplumsal ve ülke ekonomisini etkileyen boyutlarda yaygın etkisi olan bir hastalıktır. Hastalık genelde genç yetişkinlikte başlamaktadır ve bu nedenle bireyin yaşamının önemli bir kısmını etkilemektedir (McManus et al. 2009; Bevan ve ark. 2013). Bu sebeple hastaların büyük çoğunluğunun hastalık belirtilerine bağlı olarak kişiler arası ilişkileri ve sosyal iletişimlerini bozulmaktadır. Birçok hasta ailesi yaşadığı sorunlar nedeni ile öfke, çaresizlik, yalnızlık, umutsuzluk, korku ve endişe gibi duygular yaşadığı belirtilmektedir (Gülseren ve ark. 2002; Bademli ve Çetinkaya Duman 2013). Diğer yandan aileler hastaların hekimler tarafından doğru tedavi edilmediğini düşünerek hekim değiştirmek ilaç değiştirmek, geleneksel tedavi yöntemlerine başvurmak, tetkik yaptırarak anlamayan nedenleri bulmak, yeni sunulan ve etkisi kanıtlanmamış modern tedavi yöntemlerine de başvurumaktadırlar. Bu süreç ise; hem maddi hem de manevi olarak aileleri zorlamaktadır (Yıldız 2005 ; Arslantaş ve Adana 2011). Aynı zamanda ailelerin hastalarının tanısını gizlemelerine ve yine ailelerin sosyal ilişkilerinin bozulmasına neden olmaktadır (Yıldız 2005; Bevan ve ark. 2013).

Her insanın doğumdan ölüme kadar hayatında var olan en önemli öge kuşkusuz ki ailedir. Aile kişiye genetik kodlamaları taşıması dışında kişinin yaşam alanıdır. 1950 yılında klorpromazinin keşfi ile birlikte birçok antipsikotikler kullanıma sunulmuştur. Bu süreç de depo psikiyatri hastaneleri kapatılmaya başlanıp hastaların sağaltımlarının toplum içinde sürdürülür hale gelmesi ile hasta yakınları bakım verici rolü ile karşı karşıya kalmışlardır (Gülseren ve ark. 2010).

Hasta bireylerin kendilerinden beklenen rolleri yerine getirememeleri bireyin kendisini bağımlı hissetmesine neden olmaktadır. Saunders (2003) yaşamla ilgili rollerini yerine getiremeyen hastaların kendilerine bakmak konusunda zorluk yaşadığını ve sürekli olarak aile bakımı ve desteği almak zorunda kaldıklarını belirtmektedir. DSÖ'ü tarafından yapılan araştırmalar şizofreninin, sınırlı sağlık hizmeti alınsa bile, aile ve toplumda daha iyi destek sağlanması sebebi ile daha iyi bir seyre sahip olduklarını göstermektedir. Nijeryalı şizofren hastaların %58 i ve Hintli hastaların %51'inde tek bir psikotik epizod sonrası tam remisyona gözlenirken bu oran Danimarkalı hastalarda %6 olarak tespit edilmiştir (Ceylan 2001). Gelişmekte olan ülkelerde geniş aileler hastalığın

yükünü paylaşım yükü ile azaltmalarına karşın, batı toplumlarındaki çekirdek aileler hastanın yükünü kaldıramamaktadır (Tak Tak, 2000).

Hastalığın ortaya çıkması ile aile üyeleri hastaları ile birlikte yaşam boyu sürecek birçok güçlükle karşı karşıya kalmaktadır. Aileler hastanın yaşamını idame ettirebilmesi için hastaya destek olmak da ya da ona bakım vermektedirler. Hastalığa bağlı olarak oluşan duygusal, davranışsal, toplumsal ve maddi sorunlar hastayı etkilediği kadar aileyi de etkilemektedir (MacIona et al.2001; Yıldız ve ark. 2010). Hastalarla beraber acı çekmek tam olarak hastaların dünyasına girememekle birlikte dış dünyaya da aitmiş gibi hissedememek, hastalarla iletişim kuramamak ve geleceğe yönelik endişeler ailelerin dile getirdikleri diğer güçlüklerdir (Gülseren ve ark.1999).

Aileler şizofreni hastaları ile birlikte yaşarken hasta bireyin birincil sorumluluklarını yerine getirememesi ile birlikte hastanın bakım, tedavi ve günlük rutin işleri sorumluluğunu da üstlenmektedir. Bu doğrultuda hastanın yalnız başına yerine getiremediği banyo yapmak, giyinmek, yemek yemek, ilaçlarını almak ve kontrollere gitmek gibi gereksinimlerini karşılamaktadırlar. Bu nedenle aileler bakım verme rolü ile zor ve sıkıntılı bir sürece girmektedirler.

2.4.Bakım Yükü Kavramı

Yük kavramı; hasta bir üyeye yaşıyor olmaktan dolayı aile üyelerinin günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorluklar, hayatlarını etkileyen sorunlar ve olumsuz olaylar gibi durumlardır (Whinefield and Harvey 1994). Yük kavramı nesnel ve öznel olarak ikiye ayrılmaktadır. Nesnel yük; hastanın rahatsız edici davranışları ya da hastalığın yol açtığı ekonomik zorluklar, günlük yaşamdaki kısıtlamalar, aile üyelerinin beden ve ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri gibi aile yükünün gözlemlenebilir ve doğrulanabilir yönünü ifade etmektedir. Nesnel yük, aile rutinlerinin bozulması, davranışlarını yönetmeye çalışma, hastalığın ekonomik etkileri, hastanın ekonomik bağımlılığı ruh sağlığı sisteminin gerektirdiği zaman ve enerji diğer aile üyelerinin gereksinimlerinin ihmal edilmesi, iş dünyasıyla etkileşiminin kesilmesi, uygun bir bakım ortamı bulamama şeklinde sıralanmaktadır (Sales2003 ; Atagün ve ark. 2011). Öznel yük ise; kişinin nesnel yükle uğraşırken yaşadığı sıkıntılar olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda bakım vericinin içinde bulunduğu duruma karşı hissettiği duygusal tepkiler olarak

tanımlanmaktadır. Bu duygular; keder, utanma, sıkıntı, anksiyete, korku gibi duyguları içerir.

Klorpromazinin keşfi ile bakım yükü kavramı ortaya çıkmıştır. Klorpromazin depo hastanelerin kapatılmasına hastaların bakımlarının toplum içerisinde sürdürülür hale gelmesine olanak sağlamıştır. Son yıllarda şizofreni başta olmak üzere kronik psikiyatri hastalarının toplum içinde tedavi edilmesi anlayışının gelişmesi ailelerin, hastaların bakımında daha fazla sorumluluk almalarına neden olmuş, hasta yakınları tanımadıkları ve hazır olmadıkları birincil bakım verici rolünü üstlenmek durumunda kalmışlardır. Şizofreni gibi ağır psikiyatrik hastalığı olan bir birey ile yaşama ve evde bakımını desteklemek aile bireylerinin fiziksel, sosyal, ekonomik, duygusal yönden güçlük yaşamalarına neden olmaktadır (Atagün ve ark. 2011).

Magliano ve arkadaşları 2002 şizofreni hastalarının yakın çevrelerindeki hastalarının %83 üne finansal, duygusal ve günlük hayatla ilgili yükler getirdiğini tespit etmişlerdir. Karancı 1995 hasta yakınlarının aile yaşantılarında çalışmalar ve duygusal sorunlar ve yanı sıra hastanın bakımı ve sağaltımı konusunda maddi yüklerle de karşılaştıklarını bildirmektedir. Bakım vericilerin fiziksel, duygusal ve finansal anlamda yük yaşamasının ise birçok nedeni olduğu söylenebilir.

Ekonomik: Toplumun psikotik hastalara karşı oluşturduğu damgalayıcı ve dışlayıcı bakış açısı nedeni ile hasta üyelerin çalışamaz duruma gelmesi ailedeki bakım vericileri bu damgalama ve hastaya bakım verme süresinin kontrolsüzlüğü nedeni ile sık sık işini ihmal etme durum gelir kaybına sebep olmaktadır . Ayrıca tedavi masrafları sebebi ile de ekonomik güçlükler yaşanmaktadır (Clark, 2011 ; Silva et al. 2014).

Sosyal: Sosyal yük de kişiler bakım verici rolünde bulunduğu için kendilerine zaman ayıramamaktadır hatta bakım vericiler günün 24 saatinde hastadan sorumludurlar bu da kendilerine hiç vakit ayıramadıkları anlamına gelmiştir. Bu süreç de kişiler kendilerini erteleme davranışı sergilerler. Bakım vericiler çevre ve hasta ile yanlış ve beraberinde agresif iletişim kurma eğilimine girerler (Gülseren 2002; Jones, 2009). Lanzara ve arkadaşları (1999), ailelerin en fazla sosyal ilişkiler anlamında yük hissettiğini Magliano ve arkadaşları (2000) ise iyi bir sosyal desteğin aile yükünü azalttığına yönelik bulgular bulunmaktadır.

Duygusal: Aileler hastalığa bağlı olarak duygusal olarak güçlükler yaşamaktadırlar. Şizofreni hastasına bakım veren kişilerde korku, endişe, anksiyete üzüntü ve belirsizlik duyguları yaşadıkları görülmüştür (Huang et al. 2009). McCann, Lubman ve Clark (2011) ise bakım vericilerin yaşadıkları olumsuz bakım verme deneyimleri karşısında kayıp, stigma, korku, dengesizlik, utanç, suçluluk çaresizlik gelecek kaygısı stres gibi olumsuz duygular yaşadıklarını saptamıştır.

Fiziksel: Bakım veren kişi hasta ile geçirdiği vakit sürecinde fiziksel ağrılar sigara alkol kullanımına yönelmektedirler bu da kişide fiziksel hastalıkları tetikler. Bakım vericilerin yoğun bakım verme sürecinde yorgunluk, uykusuzluk, iştah kaybı, baş ağrısı, sindirim sorunları gibi somatik yakınmalarda artış olduğu belirlenmiştir (Yusuf ve Nuhu 2011). Bu sorunları kişinin bakımı tek başına üstlenmesi bakıma destek veren kimsenin olmaması gibi özellikler tetiklemektedir.

Kronik ruhsal hastalığı bulunanların % 50 – 90 ı psikiyatrik tedavi sonrası aileleri ile birlikte yaşamaktadırlar. Tüm bu gelişmeler şizofrenik bireylerin ailelerinin yükünü arttırmıştır. “Bakım yükü“ olarak adlandırılan bu sorun son yıllarda bu alanda çalışanlar tarafından ele alınmaya başlanmıştır. Ciddi bir ruhsal hastalığa sahip kişiyle ilgilenen aile bireylerinin bu hastalığa bağlı olarak yaşadıkları zorluklar genel olarak “bakım yükü” olarak tanımlanmaktadır (Pazvantoğlu ve ark. 2014). Yük kavramı nesnel ve öznel yük olmak üzere iki boyutta ele alınmaktadır. Nesnel yük; hastanın aileye getirdiği ekonomik zorluklar, aileyi toplumdan soyutlayan davranışlar, aile üyelerinin beden ve ruhen yorulması olarak tanımlanırken Öznel yük ise; bu zorlukların ailede oluşturduğu etki ve aile üyelerine hissettirdikleri olarak tanımlanmaktadır (Gülseren ve ark. 2010). Bakım yükü ile ilgili yapılan çalışmalar genel olarak şizofrenik hastaların ailelerinin bakım yükünün diğer gruplardan daha fazla olduğunu göstermektedir. Hindistan’ da ayaktan takip edilen 52 şizofreni ve 51 bipolar bozukluğu olan hastanın ailelerinin yaşadıkları yük algısının karşılaştırıldığı bir çalışmada, şizofrenik hastaya bakım verenlerin algıladıkları bakım yükü puanı daha yüksek bulunmuştur (Vasudesa et al. 2013). İtalya’da şizofreni hastalarına bakım veren aileler ve uzun süreli fiziksel hastaya bakım veren ailelerin algıladıkları bakım yükü karşılaştırılmıştır. Çalışmada, şizofrenik hastaların ailelerinde fiziksel bakım veren ailelere göre hem nesnel hem de öznel bakım yükü anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Magliano et al. 2005).

Ailelerin üstlendiği bakım yükü ailelerin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden çeşitli sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Ruh sağlığı alanının da son yıllarda toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri uygulamalarının yaygınlaşması ile birlikte toplum ruh sağlığı merkezleri açılmaya başlanmış ve bu kurumlar özellikle şizofreni başta olmak üzere kronik psikiyatri hastalarının izlenmesi, tedavi ve topluma uyumunda önemli rol üstlenmişlerdir.

2.5. Şizofrenide Rehabilitasyon

Psikiyatrik rehabilitasyon ataklarla giden yeti yitimi yaşayan kendisi ve çevresi ile olan dengesini kaybeden kronik ruhsal bozukluğu bulunan bireyin öncelikli bireysel ruhsal ve toplumsal gereksinimlerini karşılamak amacı ile multidisipliner ekibin uyum içinde yürütmesi gereken bir stratejik bir süreçtir.

Psikiyatrik rehabilitasyon da psikiyatrik kurumlara bağımlı olmak yerine hasta toplum ile iç içe bağımsız olarak denge ve uyum sağlama sürecini yaşamalıdır. Burada amaç psikiyatristin hedeflerini yerine getirmesi değil hasta bireyin tercih ve planları önde tutulmalıdır.

Rehabilitasyon da patolojik iyileşmeden çok rol yetkinliği, yaşam kalitesi, koşullarla baş edebilme, içinde bulunulan duruma denge ve uyum sağlama ve her şey den önemlisi hastalığa odaklanmak yerine sağlığı geliştirme potansiyel rolleri yerine getirme üzerinde durulmalıdır.

Şizofreni hastalarının 1960'lı ve 1970'li yıllardaki kurum dışı tedavilerine olanak sağlayan gelişmelerden sonra toplum içi rehabilitasyon programları özellikle batılı ülkelerde hız kazanmıştır (Yıldız 2003). Türkiye de ise rehabilitasyon çalışmaları ilk kez

1930'lu yıllarda başlamıştır. 1960'lı yıllarda rehabilitasyon la ilgili, resim yapma, dikiş atölyesi gibi yerler sağlanmıştır. 1990'larda sivil toplum kuruluşlarının önem kazanmasıyla hasta ve yakınlarının katılımıyla dernekler kurulmuştur.

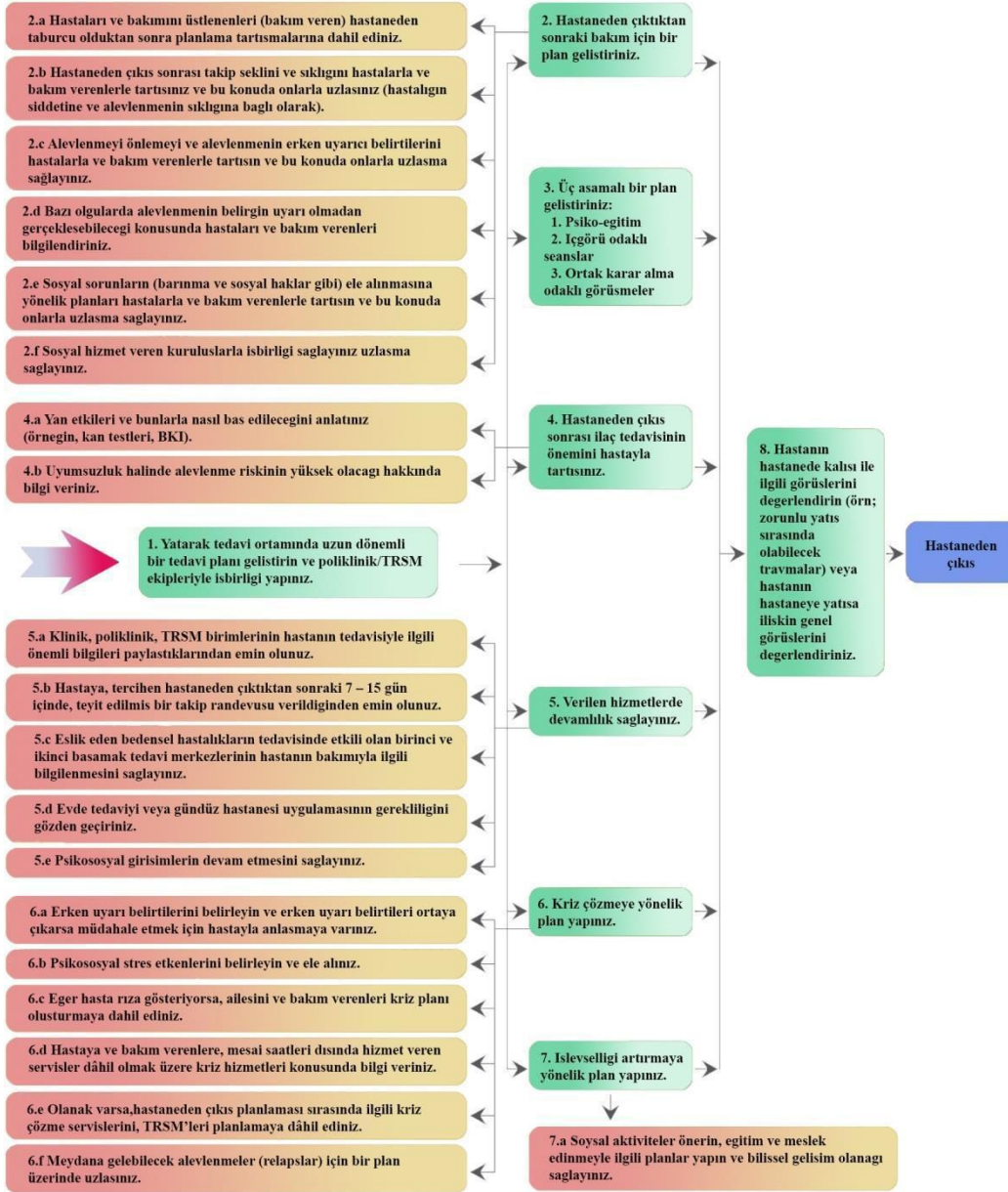
Psikiyatrik rehabilitasyon çalışmaları ruhsal bozukluğu olan hastalarda yeti yitiminin azaltılmasına ruhsal toplumsal ve mesleki işlevselliğin arttırılmasına, sonuç olarak da yaşam doyumunun / kalitesinin yükseltilmesine odaklanmaktadır (Anthony and Liberman 1992). Hastaların hasta kimlikleri dışında toplumsal bir birey olabilmelerini sağlamak ve kişiliklerine yeni boyutlar katabilmek rehabilitasyonun temel amaçlarından

biridir. Hastanın kendini toplum içinde bağımsız ve rollerini yerine getirebilen bir birey olarak algılanması ve aktif olması için yapılacak olan her girişim rehabilitasyon hizmetleri olarak değerlendirilmektedir (Lieberman et al. 2000; Pratt et al. 1999).

Rehabilitasyon süreci, hastanın tanısının konmasıyla başlayan bir süreçtir. Şizofreni tanısı konan hasta ve hasta yakınlarının bundan sonraki süreçteki hakları ve hastalıkla ilgili yapılabilecekler her hasta ve ailesine tanıtım broşürleriyle bildirilir. Hasta ve hasta yakınları rehabilitasyon sisteminden haberdar edilir. Hasta ve hasta yakınları bu sistem içinde yer almak isteyip istememe hakkına sahiptir ve bunu istemeyen hasta ve hasta yakınları bunu bildiren bir belge imzalar ve poliklinikte izlenir (Kılıçoğlu 2008).

Günümüzde Şizofrenide rehabilitasyon, şizofreni hastalarının ve ailelerinin hastalığa ve tedaviye uyumlarını sağlayarak hastaneye yatışlarını azaltmak, hastaların yaşam becerilerini geliştirerek yaşam kalitelerinin artmasına katkıda bulunmak ve hastaların topluma kazandırılması amacıyla rehabilitasyon ve tedavi hizmetleri bir arada verilmektedir. Böylece; yakın gözlem, hastaneye yatış oranında azalma, sigmatizasyonda ve maliyette azaltılma sağlanmaktadır (Kılıçoğlu 2008; Eryıldız 2008).

(Alptekin ve ark. 2014).



Şekil 1: (İyilik Halinin Arttırılması).

2.6. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri

Dünyada ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda üç farklı model vardır. Bu sistemler; hastane temelli – toplum temelli –toplum hastane denge modelidir.

Hastane temelli model:

1800'lü yıllardan 1960'lı yıllara kadar kullanılan modeldir. Bu dönemde çok sayıda psikiyatri hastanesi kurulmuş olup hastaneler şehirden uzak, topluma izole çok yataklı, hijyen şartları iyi olmayan ve insan hakları ihlallerinin yaygın olması nedeni ile terk edilmiş bir düşüncedir (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011).

Bu modelde ki süreç hastalıkla karşı karşıya kalan kişi atak dönemde hastaneye yatırılır. Toplumdan hatta kendisinden dahi izole edilerek akut dönemin geçmesi beklenir. Bu modelde hasta ve bakım vericiler tedavi ve bakım sürecine katılmazlar. Kişi alevlenme sürecini geçirir. Hasta taburcu edilir ve rehabilite edilmeden toplumun içinde kaybolur ve bu kayboluşla yeni bir atak hali kaçınılmaz olur. Döner kapı sistemi olarak bilinen bu süreç oluşur (Aydın ve ark.2014).

Toplum Temelli Model:

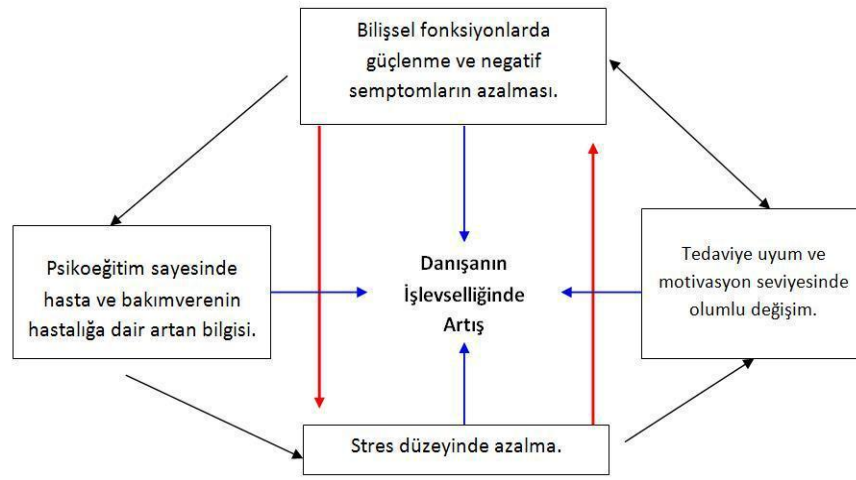
Toplum temelli ruh sağlığı modelinin esas hedef kitlesini ağır ruhsal bozukluğu olan veya hastanede uzun süre yatırılan hastalar oluşturmaktadır. Bu hastalarla ilgili sorunu sadece tedavi boyutuyla düşünmemek gerekir. Bu sorun sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi boyutları olan bir sorundur. Toplum Temelli Model de bu boyutlar ele alınmıştır. Tüm bu boyutlarıyla "sorun" bir halk sağlığı sorunu olarak düşünülürse, sadece hastanın alevlenme dönemlerinde hastaneye getirildiği ve sonrasında tek başına bırakıldığı hastane temelli sistemin değiştirilmesi ve toplum temelli psikiyatri modeline geçilmesi gerekmektedir. Bu süreç teoriden uygulamaya geçememiştir (Alataş ve ark. 2009).

Toplum Ruh Sağlığı Modeli

TRSM' i hizmet alan ve aile odaklı bir model olup hastayı ve ailelerin ruh sağlığı sorunları bulunan aile bireylerini destekleme kapasitesini güçlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu modelin kilit bileşenleri aşağıdaki gibidir:

- Bireysel işlevi iyileştirmeye dönük etkin tedaviler sunulması
- Aile desteği,psikoeğitim
- Psikososyal destek hizmetlerinin koordinasyonu (Yanık 2007).

Burada amaç psikiyatri hastanelerini tamamen kapatmayı ve yataklı hizmetten uzaklaşıp toplum temelli modelle insan kaynakları açısından maliyetli bir sistemin oluşması durumudur. Toplum temelli ruh sağlığı modeli İtalya’da ruh sağlığı reformu ile başlamış ve bu reform son 30 yıl da Avrupa ülkelerinin hemen hepsinde uygulamaya geçilmiştir (Ulaş 2008).



Şekil 2. (TRSM Yönergesi2016]

Tüm bu ülkelerdeki değişim hastane temelli ruh sağlığı modelinden toplum temelli ruh sağlığı modeline geçiş olmuştur. Bu model de 3 unsur üzerinde duruluyor

- Hizmetin coğrafi temelli yapılandırılması
- Hizmetin ekip anlayışı ile çok yönlü olması
- Her tanımlanmış bölgeye; sorumlu toplum ruh sağlığı, bakım kurumları, koruyucu evler, koruyucu iş yerleri ve genel hastaneler içinde psikiyatri yataklarının açılması şeklindedir.

TRSM'lerin Amaç ve Hedefleri

- Ağır ruhsal sorunları bulunan bireylerin; hastaneye yatırılmalarını önlemek, yeti yitimini en aza indirmek ve işlev iyileşmesi sağlamak amacıyla biyolojik ve psikososyal müdahaleler sunulması
- Ağır ruh sağlığı sorunu bulunan yakınlarına bakan aileler için odaklı destek ve psikoeğitim
- Sosyal işlevin istikrarlı hale getirilmesi ve bireyin toplum hayatı içerisinde geçirdiği sürenin arttırılması
- Birinci basamak sağlık kurumlarıyla ve hastane birimleriyle yakın işbirliği,
- Bireylere ve ailelerine yönelik desteğin azamiye çıkarılması amacıyla diğer kurumlarla ve toplum hizmeti veren kuruluşlarla koordinasyon
- Toplumda ruhsal hastalıklarla ilgili damgalama eğiliminin azaltılmasına katkıda bulunulması

Bu işlevler TRSM'ler tarafından hizmet verilen toplumun yerel ihtiyaçlarını önemseyecek şekilde yerel kaynaklar talepler ve çevresel faktörler göz önünde bulundurularak yerine getirilmelidir.

Yapıları ne olursa olsun TRSM'lerin bu işlevleri yerine getirilirken;

- Ruh sağlığı sorunları bulunan bireylerin durumlarını, işlevlerini ve iyilik hallerini geliştirmek,
- Ruh sağlığı sorunu bulunan yakınları ile birlikte yaşayan ailelerin destek verme kapasitelerini arttırmak,
- Ruh sağlığı hizmetlerinin koordinasyon içinde yürütülmesi için işbirliği ve ikincil konsültasyon yoluyla birinci basamak sağlık çalışmalarının kapasitelerini güçlendirmek gibi ortak amaçlara ulaşmayı hedeflemektedirler (TRSM Çalışma Rehberi).

Merkez nüfusu 100 bin ve üstü olan yerleşim alanlarında bir merkez olarak toplam 224 TRSM açılması planlanmakta ve süreç içinde bu planın yerine getirildiği görülmektedir. Merkezde çalışan ruh sağlığı ekibi psikiyatri uzmanı, psikiyatri hemşiresi, psikolog, sosyal çalışmacı, ergoterapist, uğraşı terapisti ve diğer yardımcı personelden oluşur. Ekip hareketlidir, hizmeti gerektiğinde hastanın ayağına götürür, ekibin hizmet

verdiği alan genellikle hastane dışıdır, ekip görev sorumlulukları bakımından yapılandırılmış gerekli eğitim ile donatılmıştır. Her hastanın ayrı kayıtları bulunur kişiye özel bakım süreçleri vardır (Alataş ve ark. 2009).

Sağlık Bakanlığı 2006 yılında bu modele geçişi onaylamıştır. Bu modele geçişin ilk adımı olarak 2009 da TRSM'lerin pilot çalışmaları değerlendirilmiş TRSM'lerle ilgili yönerge Şubat 2011 'de yayınlanmış ve uygulanmış uygulamaya geçilmiştir.

Ülkemizde toplum temelli ruh sağlığı modeline geçme çalışmaları çerçevesinde; korumalı ev projeleri gündüz hastaneleri rehabilitasyon merkezleri açılmış ve bu modeli tanıma süreci başlamıştır. Bolu Ruh Sağlığı Hastanesine bağlı Bolu TRSM'i Mayıs 2008'de açılmıştır. Bolu TRSM 'de süreçler yakından izlenmiş olup ülkemizde TRSM 'lerin işleyiş süreçlerinde ana ilkelerin belirlenmesin de önemli rol oynamıştır. Ayrıca bu ilkeler belirlenirken TRSM'lerde çalışılacak olan ekip, TRSM süreçlerinin devam ettiği Avrupa ülkelerine giderek süreçleri yakından takip ederek rol model almayı hedeflemişlerdir.

Bu faaliyetleri sürdürmenin yönetimi ve çalışma esasları incelendiğinde; personelin beceri çeşitliliği, ekip ile uyumlu başvurulabilecek danışman psikiyatri personeli, birinci basamak sağlık personeli ve toplum destek kuruluşları ile güçlü bağlantılar kurma, tek ve erişilebilir bir doküman sisteminin hazırlanması önemlidir. TRSM'lerin çalışma saatleri Pazartesi – Cuma 08:30 – 17:00 arasındadır. Mesai sonrası hizmetler TRSM'nin bağlı olduğu yerel hastane tarafından verilir. TRSM ekibinin stratejiler geliştirdiği risk yönetimi planları mevcuttur. Risk yönetiminin doğru ve zamanında yapılması hastaya, aileye ve topluma ciddi anlamda fayda sağlar. Aile eğitimlerinde amaç aileyi de tedaviye katarak ailelerin hastayı tanıması ve olası risk durumlarında erken müdahale etmesini sağlayarak aile yükünü ve toplum yükünü hafifletmektedir (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011).

Merkezin Faaliyetleri

TRSM'lerin etkin biçimde çalışmaları ve hizmet alanları, aileleri ve bakım verenler ile ilgili amaçlarına ulaşmasını sağlayacak bir dizi faaliyet yürütmesi gerekir. Bu faaliyetler içerisinde merkezin ve ekip üyelerinin işlevleri; hizmet alanlara, ailelerine ve bakım verenlere yönelik müdahaleler ve ayrıca merkezlerle diğer sağlık ve sosyal hizmet sistemi arasında koordinasyon sağlanması yer almaktadır.

Merkezin nihai karar alma yetkisi bağı olduğu sağlık kurumunun başhekimisi tarafından görevlendirilen merkez sorumlu psikiyatri uzmanına aittir. Sorumlu psikiyatri hekimi ekibe destek dahil olmak üzere liderlik sağlar.

Kurumda Yapılan Müdahaleler

- Aile Desteği
- İlaç Tedavisi
- Fiziksel Sağlık Hizmeti •
Psikososyal Müdahaleler
 - 1. Psikoeğitim
 - 2. Rehabilitasyon
 - ❖ Uğraşı aktiviteleri ve eğitim ihtiyaçları
 - ❖ Gündelik yaşam aktiviteleri
 - ❖ Sosyal içirme
 - ❖ Alevlenmenin önlenmesi
- Psikolojik Tedaviler (TRSM Yönerge 2016).

Sosyal Çalışmacıların, Psikologların Ve Hemşirelerin Ortak Görevleri;

- Hizmet alanlara ve ziyaretçilere TRSM'nin amacı ve çalışmaları ile ilgili bilgi vermek,
 - Hizmet alanlara ve ailelerine yönelik psikososyal müdahaleleri yürütmek,
 - Gezici ekip faaliyetlerine katılmak,
 - Yataklı tedavisi gerektirecek bir kötüye gitme durumunda hastanın ilgili kliniğe nakline destek vermek,
 - Veri formlarını doldurmak ve ölçekleri izlemek,
 - Veri toplamak ve değerlendirmek,
 - Merkeze devam etmeyen hastaların aileleriyle temasa geçmek ve gerektiğinde merkezden taburculuk süreçlerini yürütmek,
 - Kamuoyu farkındalığını arttırmak ve damgalamayla mücadele faaliyetleri yürütmek, arasındadır.

Hemşirelerin Görev ve Sorumlulukları

- Hizmet alanların genel sağlık durumunu izlemek veyazılı kayıtlarını tutmak
- Gerektiğinde hizmet alanların genel sağlık tedavilerini uygulamak (Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Çalışma Rehberi).

TRSM personelinin görevlerinden biri de hastaların katılımını ortak çalışmaya dayalı bir şekilde sağlamaktır. Katılımı zor olan hastaların özellikle TRSM tanıtım ilişkilerinin başlangıcında ev ziyaretlerini bir araç olarak kullanır. Kuruma kabulü sağlanan her hasta için demografik özellikleri ve yapabilirlikleri göz önünde bulundurularak aile ile bağlantı içinde ve ekip içinde işbirliği halinde hazırlanır. Bakım planlarında hedeflere, takvime ve başarı göstergelerine yer verilir. Bakım planının amacı; ağır ruhsal hastalıklarla bağlantılı birincil ve ikincil komorbiditenin ve engelliliğin ele alınarak hastanın iyileşmesini ve işlevlerinde bağımsız hale gelmesini desteklemektir.

Ülkemizde son yıllarda sayıları hayli artmakta olan TRSM 'lerin faaliyetlerinin etkinliği ile ilgili yapılan bazı çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalar genel olarak TRSM'lerin hastalar üzerindeki yararını ortaya koymaya yönelik çalışmalardır. Diğer yandan TRSM'lerin aile üyelerine etkisini ortaya koyan çalışmalara rastlanmamaktadır. Var olan çalışmalar gündüz hastanesi ve korumalı evler hakkında yapılmıştır.

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesine bağlı olan gündüz hastanesi ve rehabilitasyon merkezinde rehabilitasyon programına devam eden 30 ve bu programa devam etmeyen 30 şizofreni hastasında işlevsellik ve yaşam kalitesi karşılaştırılmıştır. Çalışmada rehabilitasyon programına katılan hastalarda katılmayan hastalara göre sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi düzeyleri katılan hasta grubunun lehine ileri derecede anlamlı bulunmuştur.

Bakırköy RSHH bağlı Ayaktan tedavi ünitesinde takip edilen 50 şizofreni hasta yakını ile aynı hastanenin psikiyatrik bozukluklar merkezinde takip edilen 50 şizofreni hastasının yakınları dahil edilmiştir. Ailelere bakım yükü, depresyon stigma, duygu dışı vurumu ile ilgili ölçekler uygulanmıştır. Ayaktan tedavi ünitesinde takip edilen hasta grubunun bakım vericileri uygulanan ölçekler de diğer grup ile arasında lehine anlamlı puan farkları bulunmuştur. Çalışmada aile yaklaşımlarının hastalığın seyrini etkilediği

üzerinde durulmuştur. Bu çalışmada ayakta tedavi ünitesine devam eden ve psikotik bozukluklar merkezinde devam eden hasta yakınların da diğer ölçekler ve aile yükü ölçęęi değerlendirilmiş olup ayakta takip edilen hastaların ailelerinde bakım yükünün daha az olduğu gözlenmiştir.

2.7. Psikiyatri Hemşiresinin Yeri

Psikiyatri hemşireliği bilgi, tecrübe ve deneyime, hemşirelik girişimleri ile kendi benliğini terapötik olarak kullanma becerisidir (Johnson 1997).

Ailelerin bilgi gereksinimlerini karşılamada ve onlara bütüncül olarak destek olmada psikiyatri hemşiresinin önemli görevleri vardır (Dülgerler 2014). Psikiyatri hemşiresi, ailenin gereksinimlerini karşılamakta vaka yöneticisi, araştırıcı, danışman, eğitmen gibi roller üstlenir. Bu rolleri yerine getirirken de ev ziyaretleri, psikoeğitim, terapi uygulamaları, destek grupları, ergoterapi gibi psikososyal uygulamaları gerçekleştirmektedir (Çimen 2009).

Aileyi desteklemek amacıyla psikiyatri hemşireleri psikoeğitimden de faydalanabilir. Bu süreçte ailenin gereksinimlerini de belirleyerek kişiye özgül psikoeğitim programları uygulamaktadır (Gümüş 2006).

Psikiyatri hemşiresinin sağladığı bir destek alanı ise evde bakım hizmetidir. Bu hizmet, psikiyatri hemşiresinin de içinde bulunduğu bir ekip tarafından yürütülür. Bu ekip taburculuk sonrası hastanın ilaca uyumu, bakım planlaması, izlem ve değerlendirmede hasta ailesi ile birlikte iş birliği içinde yürütür. Hemşireler aileyi desteklemek amacıyla psikoterapilerden de yararlanmaktadır.

Günümüzde psikiyatri hemşireleri özel eğitimler olarak psikoterapi yöntemlerini hasta ve ailesine uygulamaktadırlar.

Ulusal Sağlık Birimi tarafından 1994'te rapor edilen (DoH 1994) işbirlikçi çalışmanın ana temasında, gelecekte ruh sağlığı hemşirelerinin hastalar, aileler, hemşireler ve diğer profesyoneller arasındaki işbirlikçi bir yaklaşımı savunmaları gerektiği belirtilmiştir (Hostick 1998). Bu saptamalardan yola çıkarak psikiyatri hemşirelerinin kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin hizmet kullanımlarını belirlemede önemli rolleri vardır. 4 .Ulusal Ruh Sağlığı Politikası metninde kronik ruhsal

hastalığı olan bireylerin ailelerine yönelik programların uygulanması ve ailenin tedavi ve rehabilitasyon programının bir parçası olması gerektiği belirtilmektedir.

TRSM' ler açıldığından bu yana psikiyatri hemşiresi bu oluşumun içinde önemli bir sağlık profesyoneli olarak yerini almıştır. Yönergede de bildirilen görev ve sorumluluklarını yerine getirmektedirler.

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Şekli

Araştırma toplum ruh sağlığı merkezine düzenli ve aralıklı devam eden, şizofreni hastaları ile devam etmeyen hastalarında aile yükünün incelenmesi amacıyla karşılaştırmalı ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesine bağlı Çekmeköy ve Sultanbeyli Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde gerçekleştirilmiştir. TRSM Aralık 2011 yılında hastalar için toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara psiko-sosyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip ve tedavilerinin yapılması, gerektiğinde evde sağlık hizmetleri sunulabilmesi amacıyla açılmıştır.

TRSM'ye şizofreni, bipolar bozukluğu ve şizoaffektif bozukluğu olan hastalar kabul edilmektedir. Kaydı yapılan hastalar merkezdeki sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirildikten sonra uygulanacak programa karar verilmektedir. Merkezde yapılan rehabilitasyon programına katılmayan ve katılma engeli olan hastalar ev ziyaretleri ile takip edilmektedir. Merkezdeki psiko eğitim, sosyal beceri eğitimi, uğraşı terapileri, müzik, resim, kitap okuma, film izleme, çay saati hasta etkileşim grupları, aile etkileşim grupları, sanat terapisi, hasta psiko eğitim ve aile psiko eğitim programları gibi uygulamalar yer almaktadır. Hasta ailelerine yönelim olarak kurumun belirlediği sürelerde aile eğitimi programları düzenlenmektedir. Programlar bir plan doğrultusunda haftanın belirli günlerinde, kurumda çalışan hemşire, psikolog ve sosyal çalışmacılar tarafından uygulanmaktadır.

3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışma Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesine bağlı çalışan Sultanbeyli ve Çekmeköy TRSM'lerin de yapılmıştır. Sultanbeyli TRSM 'de bir uzman psikiyatri hekimi, iki hemşire, bir psikolog bir sosyal uzman, Çekmeköy TRSM'de bir uzman psikiyatri hekimi, bir asistan psikiyatri hekimi, iki hemşire, bir psikolog, bir sosyal hizmet uzman (haftanın 2 günü) iki uğraşı terapisti görev yapmaktadır. Sultanbeyli TRSM 'de 218 şizofreni hastası kayıtlıdır ve bu hasta grubun 30 u kuruma devam etmekte 158 i

aralıklı devam etmekte ve 30 hasta devam etmeyen grubu oluşturmaktadır. Çekmeköy TRSM' de 317 şizofreni hastası kayıtlıdır. Bu hastalardan düzenli devam eden, aralıklı devam eden ve devam etmeyen olarak gruplandırılmıştır.

Bunlardan kurumdaki psiko-sosyal etkinliklere katılan terapistleri ile görüşmelere gelenler düzenli devam eden hastalar olarak değerlendirilmiştir. Aralıklı devam eden grup; iki haftada bir intramüsküler tedavilerini yaptırmak için ve ayda bir kez reçete yazdırmak için gelen grup olarak kabul edilmiştir. Devam etmeyen grup ise; ekibin ev ziyaretleri yaptığı ve kuruma gelmeyi reddeden ya da başka bir kurumdan destek alan gruptur.

Hastalar her iki kurumda, yukarıdaki özelliklere uygun olarak gruplandırılmıştır ve evrenin tamamı örnekleme alınmış örneklem aşağıdaki şekilde oluşturulmuştur. Kurum personeline gruplar hakkında bilgi verilmiş ve sonrasında kurum personeli ile birlikte son 6 ay ki devam durumları göz önünde bulundurularak gruplara ayırma işlemi yapılmıştır.

Tablo 3.1: Hastaların TRSM' lere Devam Durumlarının Gösterilmesi

TRSM	Düzenli Devam Eden	Aralıklı Devam Eden	Devam Etmeyen
Sultanbeyli TRSM	30	158	30
Çekmeköy TRSM	25	257	35

Araştırmaya Alınma Kriterleri

Hasta Yakınları İçin;

- 18 yaşın üstünde olması
- Araştırmaya katılmaya gönüllü ve istekli olması
- Psikotik bir hastalık, madde bağımlılığı, mental retardasyon ve hasta bakımını etkileyecek fiziksel bir hastalığının olmaması

- Bakım vericinin hastaya en az bir yıldır bakıyor olması
- Bakım vericinin hasta ile birlikte yaşıyor olması
- Bakım gereksinimi olan başka bir bireye bakım vermeme.

Hastalar için;

- DSM – 5 tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı ile takip ediliyor olması
- Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Kayıtlı olması
- 18 yaşının üstünde olması
- Şizofreni dışında ikincil fiziksel ve psikiyatrik tanısının olmaması

3.4 Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri “Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı” ve araştırmacı tarafından hazırlanan “ Tanıtıcı Bilgi Formu “ kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Tanıtıcı Bilgi Formu, araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan, bakım vericilerin ve bakım verilen bireyin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, bakım verme süresi, hastalık süresi, yatış sayısı gibi tanıtıcı özelliklerini belirlemeye yönelik toplam 27 sorudan oluşmaktadır (EK I).

Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (ZBVYÖ)

Bakım Verme Yüğü Ölçeğı, Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiş olup ölçeğın Türkçeye uyarlanması 2006 yılında İnci tarafından yapılmıştır (İnci,2006). Ölçek bakım gereksinimi olan bireylerin bakım verenlerinin yaşadığı güçlükleri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulan ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık, ya da hemen her zaman şeklinde 0’den 4’e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten en az 0 puan en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçek puanının yüksek

olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Bakım Verme Yükü Ölçeğinin yapılan faktör analizi sonunda tek boyutlu kullanılabileceği belirlenmiştir (EK II).

3.5.Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulanması 2 aşamada yapılmıştır. Araştırmanın ilk aşamasında TRSM' de görev yapan hemşire, psikolog ve sosyal çalışmacıya araştırma hakkında bilgi verilerek çalışmada 3 grubun karşılaştırılacağı açıklanmıştır. Bu 3 grubun özellikleri kurum sağlık personeline tanımlanarak TRSM'ye devam eden – aralıklı devam eden ve devam etmeyen grup olarak hastalar çalışmacı ve kurum personeli ile birlikte gruplara ayrılmıştır. TRSM' i ekibi grup ayırma sürecinde son altı ay ki devam durumunu göz önünde bulundurmuştur. İkinci aşamada; her gruptaki hasta yakınları telefon ile aranarak çalışma hakkında bilgi verilip kuruma davet edilmişlerdir. Kuruma gelen hasta yakınlarına çalışma ölçekleri birebir görüşme esnasında uygulanmıştır. Kuruma gelemeyen ve çalışmaya katılmayı kabul eden hasta yakınları ile birebir telefon görüşmesi yapılarak ölçekler uygulanmıştır.

3.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Pack age for Social Sciences) Windows 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır.

Örneklem sayısı 30'dan küçük olduğu non-parametrik testlerin kullanılması uygun görülmüştür. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı Mann Whitney-U testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H-Testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis H testi sonucunda anlamlı çıkan farkları hangi gruplar arasında anlamlı olduğunu belirlemek için Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Araştırmada hastaların TRSM'ye devam durumları ile demografik değişkenler arasındaki ilişkiyi Ki-kare ile analiz edilmiştir. İki farklı değişkenin bağımlı değişkende fark durumlarının belirlenmesi için İki Yönlü Anova testi uygulanmıştır.

3.7.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için, Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan izin alınmıştır, Ayrıca araştırmanın yapılacağı kurumun bağlı olduğu Kuzey Kamu Hastaneler Birliğinden izin alınıp daha sonra araştırmanın yapılacağı kurumdan da kurum izni alınmıştır. Araştırma kapsamındaki bakım vericilerin haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce bakım vericilere, araştırmanın yapılma amacı ve araştırma süreci hakkında bilgi verilerek sözel onamları alınmıştır.

4.BULGULAR

Bu bölümde TRSM'ine düzenli devam eden hastalar ile aralıklı devam eden hastalar ve devam etmeyen hastaların bakım vericilerine yönelik bireysel ve hastalık bilgileri ile bakım yükü ölçeğinden elde edilen puanlarla ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1: Bakım Vericilerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=150)

Bireysel Özellikler	Hastaların TRSM Devam Etme Durumu						Frekans ve		Test	
	GRUPLAR						yüzdeler			
	Düzenli devam eden (n=50)		Aralıklı devam eden (n=50)		Devam etmeyen (n=50)		F	%	x ²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%				
Cinsiyet										
Kadın	27	54.0	24	48.0	26	52.0	77	51.3	x ² =.374	
Erkek	23	46.0	26	52.0	24	48.0	73	48.7	p=.830	
Yaş										
22-30 yaş arası	4	8.0	7	14.0	6	12.0	17	11.3		
31-40 yaş arası	11	22.0	11	22.0	7	14.0	29	19.3	x ² =8.40	
41-50 yaş arası	10	20.0	18	36.0	17	34.0	45	30.0	p=.395	
51-60 yaş arası	16	32.0	10	20.0	11	22.0	37	24.7		
61 yaş ve üzeri	9	18.0	4	8.0	9	18.0	22	14.7		
Yaş ortalaması	49.20±13.94		44.84±12.42		48.72±13.25					
Medeni durum										
Evli	41	82.0	38	76.0	42	84.0	121	80.7	x ² =1.11	
Bekar	9	18.0	12	24.0	8	16.0	29	19.3	p=.574	
Aile tipi										
Çekirdek aile	42	84.0	47	94.0	49	98.0	138	92.0	x ² =7.08	
Geniş aile	8	16.0	3	6.0	1	2.0	12	8.0	p=.029*	
Çocuk durumu										
Çocuğu yok	6	12.0	10	20.0	7	14.0	23	15.3		
1-2 çocuğu var	15	30.0	16	32.0	14	34.0	48	32.0	x ² = 10.87	
3-4 çocuğu var	17	34.0	19	38.0	24	48.0	60	40.0	p= .092	
5 çocuk ve üzeri	12	24.0	5	10.0	2	4.0	19	12.7		
Çocuk sayısı ortalaması	1.70±.97		1.38±.92		1.42±.78					
Bireysel Özellikler	Hastaların TRSM Devam Etme Durumu						Frekans ve		Test	
	GRUPLAR						yüzdeler			
	Düzenli devam eden (n=50)		Aralıklı devam eden (n=50)		Devam etmeyen (n=50)		f	%	x ²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%				
Eğitim düzeyi										
Okuma yazma bilmiyor	5	10.0	4	8.0	10	20.0	19	12.7		
İlköğretim mezunu	36	72.0	31	62.0	31	62.0	98	65.3	x ² = 5.95	
Lise mezunu ve üzeri	9	18.0	15	30.0	9	18.0	33	22.0	p=.203	

Çalışma durumu									
Çalışıyor	16	32.0	24	48.0	20	40.0	60	40.0	x ² =2.66
Çalışmıyor	34	68.0	26	52.0	30	60.0	90	60.0	p=.264
Gelir düzeyi									
1000 TL ve altı	13	26.0	14	28.0	15	30.0	42	28.0	x ² =1.35 p=.852
1001 TL – 2000 TL	29	58.0	26	52.0	29	58.0	84	56.0	
2001 TL ve üzeri	8	16.0	10	20.0	6	12.0	24	16.0	
Sosyal güvence durumu									
Var	41	82.0	42	84.0	41	82.0	124	82.7	x ² =.093
Yok	9	18.0	8	16.0	9	18.0	26	17.3	p=.955
Fiziksel hastalık									
Var	-	-	1	2.0	-	-	1	.7	x ² =2.01
Yok	50	100.0	49	98.0	50	100.0	149	99.3	p=.365

*p<0.05

Tablo 4,1 'de TRSM'ine devam eden, aralıklı devam eden ve hiç devam etmeyen hastaların bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri verilmiştir. Aile tipi değişkeni dışındaki tüm değişkenlerde grup özelliklerinin benzer olduğu ortaya konulmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05). TRSM'ine devam eden hastaların bakım vericilerin çocuk ortalaması 1.70±.97 olduğu, TRSM'ine aralıklı devam eden hastaların bakım vericilerin çocuk ortalaması 1.38±.92 olduğu ve TRSM'ine devam etmeyen hastaların bakım vericilerin çocuk ortalaması 1.42±.78 olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05).

Hastalarının TRSM'ine düzenli gidip gitmedikleri ile bakım vericilerin aile tipleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (x² :7.08, p< 0.05). TRSM'ine devam eden hastaların bakım vericilerin 42'si (%84,0) çekirdek aile olduğu, TRSM'ine aralıklı devam eden hastaların bakım vericilerin 47'si (%94,0) çekirdek aile olduğu ve TRSM'ine devam etmeyen hastaların bakım vericilerin 49'u (%98,0) çekirdek aile olduğu görülmüştür.

Tablo 4.2: Bakım Vericilerin Bakım Verme ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı
(n=150)

Bireysel Özellikler	Hastaların TRSM Devam Etme Durumu						Frekans ve yüzdelerik değerler		Test	
	Düzenli devam eden (n=50)		Aralıklı devam eden (n=50)		Devam etmeyen (n=50)		F	%	x ²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%				
Yakınlık derecesi										
Eşi	10	20.0	12	24.0	11	22.0	33	22.0		
Evlad	3	6.0	8	16.0	3	6.0	14	9.3		
Anne	13	26.0	9	18.0	14	28.0	36	24.0	x ² =5.33	
Baba	13	26.0	10	20.0	11	22.0	34	22.7	p=.722	
Abi - abla / Büyükanne	11	22.0	11	22.0	11	22.0	33	22.0		
Hastaya bakım verme süresi										
2-10 yıl arası	28	56.0	23	46.0	21	42.0	72	48.0	x ² =10.34	
11-20 yıl arası	18	36.0	22	44.0	15	30.0	55	36.7	p=.035*	
21 yıl ve üzeri	4	8.0	5	10.0	14	28.0	23	15.3		
Günlük bakım verme süresi										
1-5 saat arası	5	10.0	9	18.0	3	6.0	17	11.3		
6-10 saat arası	23	46.0	13	26.0	13	26.0	49	32.7	x ² =13.66	
11-15 saat arası	9	18.0	6	12.0	6	12.0	21	14.0	p=.034*	
16 saat ve üzeri	13	26.0	22	44.0	28	56.0	63	42.0		
Destek alma durumu										
Destek alıyor	36	72.0	37	74.0	35	70.0	108	28.0	x ² =198	
Destek almıyor	14	28.0	13	26.0	15	30.0	42	72.0	p=.906	

*p<0.05

Tablo 4,2 'de TRSM'ine devam eden, aralıklı devam eden ve devam etmeyen hastaların bakım vericilerin bakım verme özellikleri verilmiştir. Bakım verme süresi ve günlük bakım verme süresi değişkenleri dışındaki tüm değişkenlerde özelliklerin benzer olduğu ortaya konulmuştur

Hastaların TRSM'ine düzenli gidip gitmedikleri ile bakım vericilerin hastaya bakım verme süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (x² :10.34, p< 0.05). TRSM'ine devam eden hastaların bakım vericilerin 28'i (%56,0) 2-10 yıl arası bakım verdiği, TRSM'ine aralıklı devam eden hastaların bakım vericilerin 23'ü (%46,0) 2-10 yıl arası bir süredir bakım verdiği ve TRSM' ine devam etmeyen hastaların bakım vericilerin 21'i (%42,0) 2-10 yıl arası bir süredir bakım verdiği görülmüştür .

Hastaların TRSM'ine düzenli gidip gitmedikleri ile bakım vericilerin hastaya günlük bakım verme süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (χ^2 :13.66, $p < 0.05$). TRSM'ine devam eden hastaların bakım vericilerin 23'ü (%46,0) günlük 6-10 saat arası bir süredir bakım verdiği, TRSM'ine aralıklı devam eden hastaların bakım vericilerin 22'si (%44,0) günlük olarak 16 saat ve üzeri bir süredir bakım verdiği ve TRSM'ine devam etmeyen hastaların bakım vericilerin 28'i (%56,0) günlük olarak 16 saat ve üzeri bir süredir bakım verdiği görülmüştür .

Tablo 4.3: Bakım Verilen Hastaların Bireysel ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Dağılımı (n=150)

Bireysel Özellikler	Hastaların TRSM Devam Etme Durumu						Frekans ve yüzdelik değerler		Test	
	Düzenli devam eden (n=50)		Aralıklı devam eden (n=50)		Devam etmeyen (n=50)		f	%	χ^2	p
Cinsiyet	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%				
Kadın	24	48.0	22	44.0	24	48.0	70	46.7	$\chi^2=.214$	
Erkek	26	52.0	28	56.0	26	52.0	80	53.3	$p=.898$	
Yaş										
19-30 yaş arası	23	46.0	14	28.0	17	34.0	54	36.0		
31-40 yaş arası	15	30.0	14	28.0	14	28.0	43	28.7	$\chi^2=6.58$	
41-50 yaş arası	8	16.0	11	22.0	12	24.0	31	20.7	$p=.361$	
51 yaş ve üzeri	4	8.0	11	22.0	7	14.0	22	14.6		
Yaş ortalaması	34.06±10.25		40.52±13.32		39.06±11.94					
Medeni durum										
Bekar	39	78.0	29	58.0	35	70.0	103	68.7	$\chi^2=4.71$	
Evli	11	22.0	21	42.0	15	30.0	47	31.3	$p=.095$	
Eğitim düzeyi										
Okuma yazma bilmiyor	5	10.0	3	6.0	10	20.0	18	12.0	$\chi^2=7.85$	
İlköğretim mezunu	26	52.0	34	68.0	29	58.0	89	59.3	$p=.097$	
Lise mezunu ve üzeri	19	38.0	13	26.0	11	22.0	43	28.7		
Hastalık süresi										
2-10 yıl arası	20	40.0	17	34.0	17	34.0	54	36.0		
11-20 yıl arası	21	42.0	18	36.0	16	32.0	55	36.7	$\chi^2=3.56$	
20 yıl ve üzeri	9	18.0	15	30.0	17	34.0	41	27.3	$p=.469$	
Hastanede yatış süresi										
Yatış yok	5	10.0	10	20.0	5	10.0	20	13.3		
1-2 yıl	13	26.0	22	44.0	14	28.0	49	32.7	$\chi^2=11.78$	
3-4 yıl	16	32.0	9	18.0	11	22.0	36	24.0	$p=.067$	
5 yıl ve üzeri	16	32.0	9	18.0	20	40.0	45	30.0		
Fiziksel rahatsızlık durumu										
Var	-	-	1	2.0	-	-	1	.7	$\chi^2=2.01$	
Yok	50	100.0	49	98.0	50	100.0	149	99.3	$p=.365$	

Tablo 4,3 'de TRSM'ine devam eden, aralıklı devam eden ve hiç devam etmeyen hastaların özellikleri verilmiştir. Tüm değişkenlerde özelliklerin benzer olduğu ortaya konulmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

TRSM'ine devam eden hastaların 16'sı (%32,0) 3-4 yıl hastaneye yattığı, TRSM'ine aralıklı devam eden hastaların 22'si (%44,0) 1-2 yıl hastaneye yattığı ve TRSM'ine devam etmeyen hastaların 15'i (%32,0) 5 yıl ve üzeri hastaneye yattığı görülmüştür.

Tablo 4.4: Hastaların TRSM'ine Devam Durumları İle Bakım Vericilerin Bakım Yükü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup		N	X	SS	sd	x ²	p
ZBVYÖ	TRSM devam eden	50	41.84	11.88			.008**
	TRSM aralıklı devam eden	50	43.46	13.53	2	9.60	
	TRSM devam etmeyen	50	49.00	12.22			
Toplam		150					

**p<0.01

Tablo 4,4'de görüldüğü gibi; örneklem grubunu oluşturan bakım vericilerin bakım yükü ölçeğinden aldıkları puanların hastaların TRSM'ine devam durumlarına göre anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($\chi^2=9.60$; $p<0.01$).

Tablo 4.4.1: Hastaların TRSM 'ye Düzenli Devam Etme ve Aralıklı Devam Etme ve Devam Etmeme Durumlarına Göre Bakım Yükü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup		N	X	SS	U	Z	p
ZBVYÖ	Devam eden grup	50	41.84	11.88	1099.00	-1.04	.298
	Aralıklı devam eden grup	50	43.46	13.53			
Toplam		100					
Grup		N	X	SS	U	Z	p
ZBVYÖ	Devam eden grup	50	41.84	11.88	788.00	-3.18	.001**
	Devam etmeyen grup	50	49.00	12.22			
Toplam		100					
Grup		N	X	SS	U	Z	p
ZBVYÖ	Aralıklı devam eden grup	50	43.46	13.53	992.00	-1.78	.075
	Devam etmeyen grup	50	49.00	12.22			
Toplam		100					

**p<0.01

Tablo 4.4.1 'de görüldüğü gibi, bakım vericilerin bakım yükü ölçeğinden aldıkları puanların hastaların TRSM'ine devam durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan istatistiksel değerlendirmede TRSM'ine devam eden hastaların bakım vericileri ile TRSM'ine devam etmeyen hastaların bakım vericilerinin bakım yükü puan ortalaması arasındaki fark devam eden hastaların yakınları lehine anlamlı bulunmuştur (U=788.00 ; p<0.01)

Tablo 4.5: TRSM 'ye Düzenli Devam Eden ve Etmeyen Hastaların Bakım Vericilerinin Bireysel Özellikleri ve Bakım Yükü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bireysel Özellikler	Hastaların TRSM Devam Etme Durumu GRUPLAR											
	Düzenli devam eden (n=50)			Aralıklı devam eden (n=50)			Devam etmeyen (n=50)			Toplam		
	Sayı	x	ss	Sayı	X	Ss	Sayı	x	ss	Sayı	X	ss
Cinsiyet												
Kadın	27	41.37	10.32	24	42.91	14.27	26	46.84	13.89	77	43.70	12.92
Erkek	23	42.39	42.39	26	43.96	13.07	24	51.33	9.88	73	45.89	12.77
Toplam	50			50			50			150		
Test	U = 294.50 P=.755			U = 305.00 P=.892			U = 250.50 P=.232			U = 2498.00 P=.240		
	Düzenli devam eden (n=50)			Aralıklı devam eden (n=50)			Devam etmeyen (n=50)			Toplam		
	Sayı	x	ss	Sayı	X	Ss	Sayı	x	ss	Sayı	X	ss
Yaş												
22-30 yaş arası	4	39.25	9.21	7	39.57	14.40	6	56.00	9.50	17	45.29	13.72
31-40 yaş arası	11	44.18	8.17	11	44.72	13.32	7	47.14	14.40	29	45.10	11.53
41-50 yaş arası	10	38.40	6.50	18	43.38	15.90	17	47.05	13.60	45	43.66	13.58
51-60 yaş arası	16	39.25	14.90	10	45.00	11.46	11	51.45	8.20	37	44.43	13.08
61 yaş ve üzeri	9	48.55	14.00	4	43.25	10.34	9	46.44	13.63	22	46.72	12.82
Toplam	50			50			50			150		
Test	x ² = 4.30 P=.366			x ² = .672 P=.955			x ² = 4.79 P=.368			x ² = 593 P=.964		
	Düzenli devam eden (n=50)			Aralıklı devam eden (n=50)			Devam etmeyen (n=50)			Toplam		
	Sayı	x	ss	Sayı	X	Ss	Sayı	x	ss	Sayı	X	ss
Medeni durum												
Evli	41	41.58	12.15	38	43.02	13.62	42	48.21	12.17	121	44.33	12.86
Bekar	9	43.00	11.19	12	44.83	13.73	8	53.12	12.47	29	46.55	12.90
Toplam	50			50			50			150		
Test	U = 173.50 P=.785			U = 215.00 P=.768			U =137.50 P=.427			U = 1618.00 P=.516		

	Düzenli devam eden (n=50)			Aralıklı devam eden (n=50)			Devam etmeyen (n=50)			Toplam		
	Sayı	x	ss	Sayı	X	Ss	Sayı	x	ss	Sayı	X	ss
Aile tipi												
Çekirdek aile	42	42.14	12.26	47	43.87	13.75	49	49.04	12.34	138	45.18	13.06
Geniş aile	8	40.25	10.22	3	37.00	8.54	1	47.00	-	12	40.00	9.31
Toplam	50			50			50			150		
Test	U = 165.50 P=.948			U = 43.50 P=.284			U = 21.50 P=.890			U = 613.50 P=.137		
	Düzenli devam eden (n=50)			Aralıklı devam eden (n=50)			Devam etmeyen (n=50)			Toplam		
	Sayı	x	ss	Sayı	X	Ss	Sayı	x	ss	Sayı	X	ss
Çocuk durumu												
Çocuğu yok	6	44.33	8.59	10	43.00	13.89	7	55.85	11.36	23	47.26	12.84
1-2 çocuk var	15	43.13	13.53	16	43.18	16.90	17	49.00	11.95	48	45.22	14.22
3-4 çocuk var	17	37.23	6.36	19	42.57	12.00	24	47.20	10.91	60	42.91	10.87
5 çocuk ve üzeri	12	45.50	15.83	5	48.60	7.23	2	46.50	33.23	19	46.42	15.10
Toplam	50			50			50			150		
Test	$\chi^2 = 5.41$ P=.144			$\chi^2 = .860$ P=.835			$\chi^2 = 2.24$ P=.522			$\chi^2 = 2.75$ P=.431		
	Düzenli devam eden (n=50)			Aralıklı devam eden (n=50)			Devam etmeyen (n=50)			Toplam		
	Sayı	x	ss	Sayı	X	Ss	Sayı	x	ss	Sayı	X	ss
Eğitim düzeyi												
Okuma yazma bilmiyor	5	41.00	9.08	4	46.25	7.93	10	47.40	18.36	19	45.47	14.32
İlköğretim mezunu	36	42.41	13.12	31	43.41	11.77	31	49.83	9.85	98	45.08	12.07
Lise mezunu ve üzeri	9	40.00	8.03	15	42.80	18.10	9	47.88	12.83	33	43.42	14.48
Toplam	50			50			50			150		
Test	$\chi^2 = .162$ P=.922			$\chi^2 = .233$ P=.890			$\chi^2 = .425$ P=.809			$\chi^2 = .274$ P=.872		
	Düzenli devam eden (n=50)			Aralıklı devam eden (n=50)			Devam etmeyen (n=50)			Toplam		
	Sayı	x	ss	Sayı	X	Ss	Sayı	x	ss	Sayı	X	ss
Çalışma durumu												
Çalışıyor	16	43.12	10.35	24	44.75	12.71	20	49.60	12.82	60	45.93	12.26
Çalışmıyor	34	41.23	12.64	26	42.26	14.39	30	48.60	12.01	90	43.98	13.24
Toplam	50			50			50			150		
Test	U = 240.00 P=.505			U = 294.50 P=.734			U = 298.00 P=.968			U = 2526.50 P=.505		
	Düzenli devam eden (n=50)			Aralıklı devam eden (n=50)			Devam etmeyen (n=50)			Toplam		
	Sayı	x	ss	Sayı	X	Ss	Sayı	x	ss	Sayı	X	ss
Gelir düzeyi												
1000 TL ve altı	27	43.48	10.44	14	45.35	9.45	15	47.46	9.92	42	44.90	10.31
1001 TL – 2000 TL	55	43.56	13.14	26	44.65	12.77	29	50.82	13.90	84	46.07	13.77
2001 TL ve üzeri	18	38.61	14.22	10	37.70	19.18	6	44.00	7.04	24	39.95	12.88
Toplam	50			50			50			150		
Test	$\chi^2 = 1.33$ P=.513			$\chi^2 = .970$ P=.616			$\chi^2 = 2.39$ P=.302			$\chi^2 = 3.66$ P=.160		

	Düzenli devam eden (n=50)			Aralıklı devam eden (n=50)			Devam etmeyen (n=50)			Toplam		
	Sayı	x	ss	Sayı	X	Ss	Sayı	x	ss	Sayı	X	ss
	Sosyal güvence durumu											
Var	41	41.60	12.05	42	42.30	14.10	41	48.43	12.69	124	44.10	13.24
Yok	9	42.88	11.70	8	49.50	8.21	9	51.55	10.03	26	47.92	10.47
Toplam	50			50			50			150		
Test	U = 181.00 P=.941			U = 122.00 P=.233			U = 160.50 P=.551			U = 1350.50 P=.194		

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi; bakım vericilerin cinsiyetleri, medeni durumları, aile yapıları, çalışma durumları ve sosyal güvencelerinin olup olmaması ile bakım vericilerin bakım yükü ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (U=2498.00 , U=161800, U = 613.50, U=2526,50 ve U=1350.50 ; p>0.05).

Bakım vericilerin yaş, eğitim düzeyleri, çocuk durumları ve gelir düzeyleri yönünden bakım vericilerin bakım yükü puan ortalamaları değerlendirildiğinde, tüm özelliklerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. ($\chi^2 = .593$, $\chi^2 = .274$, $\chi^2 = 2.75$ ve $\chi^2 = 3.66$; p>0.05).

Tablo 4.6: TRSM ’ye Düzenli Devam Eden ve Etmeyen Hastaların Bakım Vericilerinin Bakım Verme Özellikleri ile Bakım Yükü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bireysel Özellikler	Hastaların TRSM Devam Etme Durumu											
	GRUPLAR											
	Düzenli devam eden (n=50)			Aralıklı devam eden (n=50)			Devam etmeyen (n=50)			Toplam		
	Sayı	x	ss	Sayı	X	ss	Sayı	x	ss	Sayı	x	ss
Yakınlık derecesi												
Eşi	10	39.80	8.23	12	37.41	17.13	11	40.63	9.25	33	39.21	12.19
Evlat	3	36.33	2.08	8	39.37	12.47	3	50.00	6.24	14	41.00	10.76
Anne	13	42.84	12.67	9	42.88	11.17	14	47.21	14.49	36	44.55	12.89
Baba	13	43.00	16.63	10	47.70	10.33	11	53.54	6.68	34	47.79	12.78
Abi/abla/ büyükanne	11	42.63	9.40	11	49.63	12.33	11	54.81	13.39	33	49.03	12.52
Toplam	50			50			50			150		
Test	$\chi^2 = 1.13$ P=.889			$\chi^2 = 6.29$ P=.178			$\chi^2 = 9.29$ P=.054			$\chi^2 = 12.18$ P=.016*		

	Düzenli devam eden (n=50)			Aralıklı devam eden (n=50)			Devam etmeyen (n=50)			Toplam		
	Sayı	x	ss	Sayı	X	ss	Sayı	x	ss	Sayı	x	ss
Hastaya bakım verme süresi												
2-10 yıl arası	28	39.46	11.63	23	42.26	13.70	21	49.19	13.73	72	43.19	13.39
11-20 yıl arası	18	46.50	12.09	22	44.77	13.72	15	51.33	9.61	55	47.12	12.27
21 yıl ve üzeri	4	37.50	7.14	5	43.20	14.27	14	46.21	12.60	23	44.04	12.19
Toplam	50			50			50			150		
Test	$\chi^2 = 1.13$ P=.889			$\chi^2 = 6.29$ P=.178			$\chi^2 = 9.29$ P=.054			$\chi^2 = 2.94$ P=.229		
	Düzenli devam eden (n=50)			Aralıklı devam eden (n=50)			Devam etmeyen (n=50)			Toplam		
	Sayı	x	ss	Sayı	X	ss	Sayı	x	ss	Sayı	x	ss
Günlük bakım verme süresi												
1-5 saat arası	5	39.80	9.01	9	29.33	13.32	3	43.66	27.79	17	34.94	15.65
6-10 saat arası	23	39.82	10.20	13	39.69	12.91	13	44.30	14.89	49	40.97	12.20
11-15 saat arası	9	44.77	16.82	6	46.00	11.55	6	44.33	4.45	21	45.00	12.32
16 saat ve üzeri	13	44.15	12.19	22	50.77	8.97	28	52.75	8.86	63	50.28	10.04
Toplam	50			50			50			150		
Test	$\chi^2 = 2.00$ P=.571			$\chi^2 = 15.67$ P=.001**			$\chi^2 = 7.65$ P=.054			$\chi^2 = 26.64$ P=.001**		
	Düzenli devam eden (n=50)			Aralıklı devam eden (n=50)			Devam etmeyen (n=50)			Toplam		
	Sayı	x	ss	Sayı	X	ss	Sayı	x	ss	Sayı	x	ss
Destek alma durumu												
Destek alıyor	14	44.57	15.04	13	36.61	14.38	15	45.55	17.13	42	42.45	15.76
Destek almıyor	36	40.77	10.46	37	45.86	12.55	35	50.48	9.32	108	45.66	11.49
Toplam	50			50			50			150		
Test	U = 240.50 P=.804			U = 144.00 P=.033*			U = 208.00 P=.248			U = 1892.00 P=.115		

**p<0.01; *p<0.05

Tablo 4.6’de görüldüğü gibi; örneklem grubunu oluşturan bakım vericilerin bakım yükü ölçeğinden aldıkları puanların hastayla olan yakınlık değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan istatistiksel değerlendirme de gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($\chi^2=12.18$; $p<0.05$).

Bakım vericilerin bakım verme süresi ile bakım vericilerin bakım yükü ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($\chi^2 = 2.94$; $p>0.05$).

TRSM aralıklı devam eden hastaların bakım vericilerin bakım yükü ölçeğinden aldıkları puanların bakım verme süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan istatistiksel değerlendirme de gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($\chi^2=15.67$; $p<0.01$).

Bakım vericilerin bakım yükü ölçeğinden aldıkları puanların bakım verme süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan istatistiksel değerlendirme de gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($\chi^2=26.64$; $p<0.01$).

TRSM aralıklı devam eden hastaların bakım vericilerin destek alıp almadıkları ile bakım vericilerin bakım yükü ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Bakım yükü ölçeğinin puanları açısından destek almayan bakım vericilerin aleyhine anlamlı bir fark vardır [$U=144.00$, $p=.033$]. Destek almayan bakım vericilerin destek alan bakım vericilere oranla bakım yükü düzeylerine oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

TRSM aralıklı devam eden hastaların bakım vericilerin bakım yükü ölçeğinden aldıkları puanların günlük bakım verme sürelerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan istatistiksel değerlendirmede hastasına günlük 1-5 saat arası bakım veren bakım vericiler ile hastasına günlük 16 saat ve üzeri bakım veren bakım vericilerin ortalamalar arasındaki farklılık hastasına günlük 16 saat ve üzeri bakım veren bakım vericilerin aleyhine anlamlı ($U=17.00$; $p<0.01$) ; hastasına günlük 6-10 saat arası bakım veren bakım vericiler ile hastasına günlük 16 saat ve üzeri bakım veren bakım vericilerin ortalamalar arasındaki farklılık hastasına günlük 16 saat ve üzeri bakım veren bakım vericilerin aleyhine anlamlı ($U=71.50$; $p<0.01$) olduğu görülmüştür.

Örneklem grubunu oluşturan bakım vericilerin bakım yükü ölçeğinden aldıkları puanların yakınlık değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan istatistiksel değerlendirmede hastasının eşi olan bakım vericilerin ile hastasının babası olan bakım vericilerin ortalamalar arasındaki farklılık hastasının babası olan bakım vericilerin aleyhine anlamlı ($U=338.00$; $p<0.01$); hastasının eşi olan bakım vericilerin ile hastasının abi/abla/büyükannesi olan bakım vericilerin ortalamalar arasındaki farklılık hastasının abi/abla/büyükannesi olan bakım vericilerin aleyhine anlamlı ($U=326.00$; $p<0.01$) ve hastasının evladı olan bakım vericiler ile hastasının abi/ablası olan bakım vericilerin ortalamalar arasındaki farklılık hastasının

abi/abla/büyükanne olan bakım vericilerin aleyhine anlamlı ($U=146.50$; $p<0.05$) olduğu görülmüştür.

Bakım vericilerin bakım yükü ölçeğinden aldıkları puanların günlük bakım verme sürelerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan istatistiksel değerlendirmede hastasına günlük 1-5 saat arası bakım veren bakım vericiler ile hastasına günlük 11-15 saat arası bakım veren bakım vericilerin ortalamalar arasındaki farklılık hastasına günlük 11-15 saat arası bakım veren bakım vericilerin aleyhine anlamlı ($U=104.00$; $p<0.05$); hastasına günlük 1-5 saat arası bakım veren bakım vericiler ile hastasına günlük 16 saat ve üzeri bakım veren bakım vericilerin ortalamalar arasındaki farklılık hastasına günlük 16 saat ve üzeri bakım veren bakım vericilerin aleyhine anlamlı ($U=227.00$; $p<0.01$); hastasına günlük 6-10 saat arası bakım veren bakım vericiler ile hastasına günlük 16 saat ve üzeri bakım veren bakım vericilerin ortalamalar arasındaki farklılık hastasına günlük 16 saat ve üzeri bakım veren bakım vericilerin aleyhine anlamlı ($U=801.00$; $p<0.01$) ve hastasına günlük 11-15 saat arası bakım veren bakım vericiler ile hastasına günlük 16 saat ve üzeri bakım veren bakım vericilerin ortalamalar arasındaki farklılık hastasına günlük 16 saat ve üzeri bakım veren bakım vericilerin aleyhine anlamlı ($U=468.00$; $p<0.05$) olduğu görülmüştür.

Tablo 4.7: TRSM 'ye Düzenli Devam Eden ve Etmeyen Hastaların Bireysel ve Hastalık Özellikleri ile Bakım Vericilerinin Bakım Yükü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bireysel Özellikler	Hastaların TRSM Devam Etme Durumu															
	GRUPLAR															
	Düzenli devam eden (n=50)			Aralıklı devam eden (n=50)			Devam etmeyen (n=50)			Toplam						
	Sayı	X	ss	Sayı	X	Ss	Sayı	x	ss	Sayı	x	ss				
Cinsiyet																
Kadın	24	42.41	13.31	22	44.09	13.01	24	47.91	14.27	70	44.82	13.56				
Erkek	26	41.30	10.63	28	42.96	14.14	26	50.00	10.16	80	44.71	12.28				
Toplam	50			50			50			150						
Test		U = 296.50 P= .763				U = 302.00 P=.907				U = 284.50 P= .593				U = 2741.50 P=.825		
	Sayı	X	ss	Sayı	X	Ss	Sayı	x	ss	Sayı	x	ss				
Yaş																
19-30 yaş arası	23	44.73	12.58	14	47.35	10.78	17	49.76	13.00	54	47.00	12.25				
31-40 yaş arası	15	39.33	12.40	14	46.14	11.70	14	50.07	10.14	43	45.04	12.08				
41-50 yaş arası	8	41.87	10.20	11	39.54	17.13	12	51.00	14.03	31	44.58	14.90				
51 yaş ve üzeri	4	34.50	4.04	11	39.00	14.30	7	41.57	10.42	22	39.00	11.69				

Toplam	50			50			50			150		
Test	$x^2 = 3.83$ P= .280			$x^2 = 3.11$ P=.374			$x^2 = 284.50$ P=.593			$x^2 = 6.06$ P=.109		
	Düzenli devam eden (n=50)			Aralıklı devam eden (n=50)			Devam etmeyen (n=50)			Toplam		
	Sayı	X	ss	Sayı	X	Ss	Sayı	x	ss	Sayı	x	ss
Medeni durum												
Bekar	39	42.56	12.76	29	47.00	11.37	35	51.60	12.57	103	46.88	12.79
Evli	11	39.27	8.00	21	38.57	14.97	15	42.93	9.09	47	40.12	11.85
Toplam	50			50			50			150		
Test	U = 186.50 P= .512			U = 205.00 P= .050			U = 150.00 P= .017*			U = 1737.50 P=.006**		
	Düzenli devam eden (n=50)			Aralıklı devam eden (n=50)			Devam etmeyen (n=50)			Toplam		
	Sayı	X	ss	Sayı	X	Ss	Sayı	x	ss	Sayı	x	ss
Eğitim düzeyi												
Okuma yazma bilmiyor	5	38.20	5.16	3	36.00	19.51	10	49.40	15.73	18	44.05	14.85
İlköğretim mezunu	26	42.34	12.40	34	45.82	12.17	29	48.93	9.50	89	45.82	11.61
Lise mezunu ve üzeri	19	42.10	12.68	14	38.78	14.44	11	48.81	16.00	43	42.88	14.43
Toplam	50			50			50			150		
Test	$x^2 = .621$ P= .733			$x^2 = 2.75$ P=.253			$x^2 = .113$ P= .945			$x^2 = 1.81$ P= .403		
	Düzenli devam eden (n=50)			Aralıklı devam eden (n=50)			Devam etmeyen (n=50)			Toplam		
	Sayı	X	ss	Sayı	X	Ss	Sayı	x	ss	Sayı	x	ss
Hastalık süresi												
2-10 yıl arası	20	41.45	13.11	17	42.94	14.74	17	46.58	14.15	54	43.53	13.87
11-20 yıl arası	21	44.09	12.63	18	44.05	12.34	16	52.25	8.55	55	46.45	11.89
21 yıl ve üzeri	7	38.00	5.22	10	45.50	14.12	12	51.50	12.58	29	46.17	12.69
Toplam	50			50			50			150		
Test	$x^2 = 1.53$ P= .674			$x^2 = .644$ P= .886			$x^2 = 4.35$ P= .226			$x^2 = 3.19$ P= .363		
	Düzenli devam eden (n=50)			Aralıklı devam eden (n=50)			Devam etmeyen (n=50)			Toplam		
	Sayı	X	ss	Sayı	X	Ss	Sayı	x	ss	Sayı	x	ss
Hastanede yatış süresi												
Yatış yok	5	34.00	9.66	10	41.60	15.01	5	42.20	7.22	20	39.85	12.22
1-2 yıl	13	42.00	11.10	22	38.63	12.60	14	48.50	18.85	49	42.34	14.62
3-4 yıl	16	41.81	14.11	9	50.44	13.91	11	43.09	5.82	36	44.36	12.34
5 yıl ve üzeri	16	44.18	10.59	9	50.33	9.04	20	54.30	7.15	45	49.91	9.79
Toplam	50			50			50			150		
Test	$x^2 = 3.30$ P= .346			$x^2 = 7.99$ P= .046*			$x^2 = 12.80$ P= .005**			$x^2 = 12.63$ P= .006**		

**p<0.01; *p<0.05

Tablo 4.7'de görüldüğü gibi; hastaların cinsiyetleri ile bakım vericilerin bakım yükü ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında

hastaların cinsiyetleri açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($U=2741.50$; $p>0.05$).

Hastaların medeni durumları ile bakım vericilerin bakım yükü ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Bakım vericilerin bakım yükü ölçeği puanları açısından hastası bekar olan bakım vericilerin aleyhine anlamlı bir fark vardır [$U=1737.50$, $p=.006$]. Hastası bekar olan bakım vericilerin hastası evli olan vericilere oranla bakım yükü düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

TRSM devam etmeyen hastaların medeni durumları ile bakım vericilerin bakım yükü ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Bakım vericilerin bakım yükü ölçeği puanları açısından hastası bekar olan bakım vericilerin aleyhine anlamlı bir fark vardır [$U=150.00$, $p=.017$]. Hastası bekar olan bakım vericilerin hastası evli olan bakım vericilere oranla bakım yükü düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların eğitim düzeyleri ve hastalık süresi ile bakım vericilerin bakım yükü ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($\chi^2 = 1.81$ ve $\chi^2 = 1.35$; $p>0.05$).

TRSM aralıklı devam eden, devam etmeyen ve düzenli devam eden hastaların bakım vericilerin bakım yükü ölçeğinden aldıkları puanların hastaların hastanedeki yatış sürelerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($\chi^2=7.99$; $p<0.05$ - $\chi^2=12.80$; $p<0.01$ - ($\chi^2=12.63$; $p<0.01$).

Örneklem grubunu oluşturan TRSM aralıklı devam eden hastaların bakım vericilerin bakım yükü ölçeğinden aldıkları puanların hastaların hastanedeki yatış sürelerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan istatistiksel değerlendirmede sonucunda hastanede 1-2 yıl yatmış olan hastalarına bakım vericileri ile hastanede 3-4 yıl yatmış hastaların bakım vericilerin ortalamalar arasındaki farklılık hastanede 3-4 yıl yatmış hastaların bakım vericilerin aleyhine anlamlı ($U=49.00$; $p<0.05$) ve hastanede 1-2 yıl yatmış olan hastaların bakım vericileri ile hastanede 5 yıl ve üzeri yatmış hastaların bakım vericilerin ortalamalar arasındaki farklılık hastanede 5

yıl ve üzeri yatmış hastalarına bakım vericilerin aleyhine anlamlı ($U=44.50$; $p<0.05$) olduğu görülmüştür.

Örneklem grubunu oluşturan TRSM devam etmeyen hastaların bakım vericilerin bakım yükü ölçeğinden aldıkları puanların hastaların hastanedeki yatış sürelerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan istatistiksel değerlendirmede hastanede yatmamış olan hastalarına bakım vericileri ile hastanede 5 yıl ve üzeri yatmış hastaların bakım vericilerin ortalamalar arasındaki farklılık hastanede 5 yıl ve üzeri yatmış hastaların bakım vericilerin aleyhine anlamlı ($U=10.00$; $p<0.01$) ve hastanede 3-4 yıl yatmış olan hastaların bakım vericileri ile hastanede 5 yıl ve üzeri yatmış hastaların bakım vericilerin ortalamalar arasındaki farklılık hastanede 5 yıl ve üzeri yatmış hastalarına bakım vericilerin aleyhine anlamlı ($U=22.50$; $p<0.01$) olduğu görülmüştür.

Örneklem grubunu oluşturan bakım vericilerin bakım yükü ölçeğinden aldıkları puanların hastaların hastanedeki yatış sürelerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan istatistiksel değerlendirmede hastanede hiç yatmamış hastaların bakım vericileri ile hastanede 5 yıl ve üzeri yatmış hastalarına bakım vericilerin ortalamalar arasındaki farklılık hastanede 5 yıl ve üzeri yatmış hastaların bakım vericilerin aleyhine anlamlı ($U=252.50$; $p<0.01$); hastanede 1-2 yıl yatmış olan hastalarına bakım vericileri ile hastanede 5 yıl ve üzeri yatmış hastaların bakım vericilerin ortalamalar arasındaki farklılık hastanede 5 yıl ve üzeri yatmış hastaların bakım vericilerin aleyhine anlamlı ($U=713.00$; $p<0.01$) ve hastanede 3-4 yıl yatmış olan hastaların bakım vericileri ile hastanede 5 yıl ve üzeri yatmış hastaların bakım vericilerin ortalamalar arasındaki farklılık hastanede 5 yıl ve üzeri yatmış hastalarına bakım vericilerin aleyhine anlamlı ($U=581.50$; $p<0.05$) olduğu görülmüştür

Tablo 4.8: Hastaların TRSM' ye Devam Etme Durumlarına Göre Bakım Vericilerin Bakım Yükü Puan Ortalamasının Bireysel Özellikleri Yönünden Dağılımı

Bireysel Özellikler	Hastaların TRSM Devam Etme Durumu												Test sonuçları
	GRUPLAR												
	Düzenli devam eden (n=50)			Aralıklı devam eden (n=50)			Devam etmeyen (n=50)			Toplam			
	Sayı	x	ss	Sayı	x	ss	Sayı	x	ss	Sayı	X	ss	
Cinsiyet													
Kadın	27	41.37	10.32	24	42.91	14.27	26	46.84	13.89	77	43.70	12.92	f=.311
Erkek	23	42.39	42.39	26	43.96	13.07	24	51.33	9.88	73	45.89	12.77	P=.733
Yaş													
22-30 yaş arası	4	39.25	9.21	7	39.57	14.40	6	56.00	9.50	17	45.29	13.72	
31-40 yaş arası	11	44.18	8.17	11	44.72	13.32	7	47.14	14.40	29	45.10	11.53	
41-50 yaş arası	10	38.40	6.50	18	43.38	15.90	17	47.05	13.60	45	43.66	13.58	f=.910
51-60 yaş arası	16	39.25	14.90	10	45.00	11.46	11	51.45	8.20	37	44.43	13.08	p=.511
61 yaş ve üzeri	9	48.55	14.00	4	43.25	10.34	9	46.44	13.63	22	46.72	12.82	
Medeni durum													
Evli	41	41.58	12.15	38	43.02	13.62	42	48.21	12.17	121	44.33	12.86	f=.163
Bekar	9	43.00	11.19	12	44.83	13.73	8	53.12	12.47	29	46.55	12.90	p=..850
Aile tipi													
Çekirdek aile	42	42.14	12.26	47	43.87	13.75	49	49.04	12.34	138	45.18	13.06	f=.159
Geniş aile	8	40.25	10.22	3	37.00	8.54	1	47.00	-	12	40.00	9.31	p=.853
Çocuk durumu													
Çocuğu yok	6	44.33	8.59	10	43.00	13.89	7	55.85	11.36	23	47.26	12.84	
1-2 çocuk var	15	43.13	13.53	16	43.18	16.90	17	49.00	11.95	48	45.22	14.22	f=.457
3-4 çocuk var	17	37.23	6.36	19	42.57	12.00	24	47.20	10.91	60	42.91	10.87	p=.839
5 çocuk ve üzeri	12	45.50	15.83	5	48.60	7.23	2	46.50	33.23	19	46.42	15.10	
Eğitim düzeyi													
Okuma yazma bilmiyor	5	41.00	9.08	4	46.25	7.93	10	47.40	18.36	19	45.47	14.32	f=.116
İlköğretim mezunu	36	42.41	13.12	31	43.41	11.77	31	49.83	9.85	98	45.08	12.07	p=.977
Lise mezunu ve üzeri	9	40.00	8.03	15	42.80	18.10	9	47.88	12.83	33	43.42	14.48	

	Düzenli devam eden (n=50)			Aralıklı devam eden (n=50)			Devam etmeyen (n=50)			Toplam			
	Sayı	x	ss	Sayı	x	ss	Sayı	x	ss	Sayı	X	ss	
	Çalışma durumu												
Çalışıyor	16	43.12	10.35	24	44.75	12.71	20	49.60	12.82	60	45.93	12.26	f=.042
Çalışmıyor	34	41.23	12.64	26	42.26	14.39	30	48.60	12.01	90	43.98	13.24	p=.959
	Düzenli devam eden (n=50)			Aralıklı devam eden (n=50)			Devam etmeyen (n=50)			Toplam			
	Sayı	x	Ss	Sayı	x	ss	Sayı	x	ss	Sayı	X	ss	
	Gelir düzeyi												
1000 TL ve altı	27	43.48	10.44	14	45.35	9.45	15	47.46	9.92	42	44.90	10.31	f=.256
1001 TL – 2000 TL	55	43.56	13.14	26	44.65	12.77	29	50.82	13.90	84	46.07	13.77	p=.905
2001 TL ve üzeri	18	38.61	14.22	10	37.70	19.18	6	44.00	7.04	24	39.95	12.88	
	Düzenli devam eden (n=50)			Aralıklı devam eden (n=50)			Devam etmeyen (n=50)			Toplam			
	Sayı	x	Ss	Sayı	x	ss	Sayı	x	ss	Sayı	X	ss	
	Sosyal güvence durumu												
Var	41	41.60	12.05	42	42.30	14.10	41	48.43	12.69	124	44.10	13.24	f=.403
Yok	9	42.88	11.70	8	49.50	8.21	9	51.55	10.03	26	47.92	10.47	p=.669

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi; bakım vericilerin cinsiyet, yaş, medeni durum, aile tipi, çocuk durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi ile sosyal güvence ve bakım vericilerin hastalarının TRSM’ne ne sıklıkta gittiklerinin bakım vericilerin bakım yükleri üzerindeki ortak etkisinin (sırasıyla; $\chi^2 = .311$, $p = .733$; $\chi^2 = .910$, $p = .511$; $\chi^2 = .163$, $p = .850$; $\chi^2 = .159$, $p = .853$; $\chi^2 = .457$, $p = .839$; $\chi^2 = .166$, $p = .977$; $\chi^2 = .042$, $p = .959$; $\chi^2 = .256$, $p = .905$ ve $\chi^2 = .403$, $p = .669$; $p > 0.05$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir.

Tablo 4.9: Hastaların TRSM’ ye Devam Etme Durumlarına göre Bakım Vericilerin Bakım Yükü Puan Ortalamasının Bakım Verme Özellikleri Yönünden Dağılımı

Bireysel Özellikler	Hastaların TRSM Devam Etme Durumu												Test sonuçları
	Düzenli devam eden (n=50)			Aralıklı devam eden (n=50)			Devam etmeyen (n=50)			Toplam			
	Sayı	X	ss	Sayı	x	Ss	Sayı	x	Ss	Sayı	x	ss	
Yakınlık derecesi													
Eşi	10	39.80	8.23	12	37.41	17.13	11	40.63	9.25	33	39.21	12.19	
Evlat	3	36.33	2.08	8	39.37	12.47	3	50.00	6.24	14	41.00	10.76	f=.904
Anne	13	42.84	12.67	9	42.88	11.17	14	47.21	14.49	36	44.55	12.89	p=.851
Baba	13	43.00	16.63	10	47.70	10.33	11	53.54	6.68	34	47.79	12.78	
Abi/abla/ büyükanne	11	42.63	9.40	11	49.63	12.33	11	54.81	13.39	33	49.03	12.52	

	Düzenli devam eden (n=50)			Aralıklı devam eden (n=50)			Devam etmeyen (n=50)			Toplam			Test sonuçları
	Sayı	X	ss	Sayı	x	Ss	Sayı	x	Ss	Sayı	x	ss	
Hastaya bakım verme süresi													f=.341 p=.850
2-10 yıl arası	28	39.46	11.63	23	42.26	13.70	21	49.19	13.73	72	43.19	13.39	
11-20 yıl arası	18	46.50	12.09	22	44.77	13.72	15	51.33	9.61	55	47.12	12.27	
21 yıl ve üzeri	4	37.50	7.14	5	43.20	14.27	14	46.21	12.60	23	44.04	12.19	
	Düzenli devam eden (n=50)			Aralıklı devam eden (n=50)			Devam etmeyen (n=50)			Toplam			Test sonuçları
	Sayı	X	ss	Sayı	x	Ss	Sayı	x	Ss	Sayı	x	ss	
Günlük bakım verme süresi													
1-5 saat arası	5	39.80	9.01	9	29.33	13.32	3	43.66	27.79	17	34.94	15.65	f=1.116
6-10 saat arası	23	39.82	10.20	13	39.69	12.91	13	44.30	14.89	49	40.97	12.20	p=.356
11-15 saat arası	9	44.77	16.82	6	46.00	11.55	6	44.33	4.45	21	45.00	12.32	
16 saat ve üzeri	13	44.15	12.19	22	50.77	8.97	28	52.75	8.86	63	50.28	10.04	
	Düzenli devam eden (n=50)			Aralıklı devam eden (n=50)			Devam etmeyen (n=50)			Toplam			Test sonuçları
	Sayı	X	ss	Sayı	x	Ss	Sayı	x	Ss	Sayı	x	ss	
Destek alma durumu													
Destek alıyor	14	44.57	15.04	13	36.61	14.38	15	45.55	17.13	42	42.45	15.76	f=2.868
Destek almıyor	36	40.77	10.46	37	45.86	12.55	35	50.48	9.32	108	45.66	11.49	p=.060

Tablo 4.9’da görüldüğü gibi; bakım vericilerin yakın dereceleri, ne kadar süredir bakım verdikleri, günlük bakım verme süreleri ile destek alıp almadıkları ve bakım vericilerin hastalarının TRSM’ne ne sıklıkta gittiklerinin bakım vericilerin bakım yükleri üzerindeki ortak etkisinin (sırasıyla; $\chi^2 = .504$, $p = .851$; $\chi^2 = .341$, $p = .850$; $\chi^2 = 1.116$, $p = .356$ ve $\chi^2 = 2.868$, $p = .060$; $p > 0.05$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir.

Tablo 4.10: Hastaların TRSM’ ye Devam Etme Durumlarına göre Bakım Vericilerin Bakım Yükü Puan Ortalamasının Hastaların Bireysel ve Hastalık Özellikleri Yönünden Dağılımı

Bireysel Özellikler	Hastaların TRSM Devam Etme Durumu												Test sonuçları
	GRUPLAR												
	Düzenli devam eden (n=50)			Aralıklı devam eden (n=50)			Devam etmeyen (n=50)			Toplam			
	Sayı	x	ss	Sayı	x	ss	Sayı	x	Ss	Sayı	x	ss	
Cinsiyet													
Kadın	24	42.41	13.31	22	44.09	13.01	24	47.91	14.27	70	44.82	13.56	f=.265
Erkek	26	41.30	10.63	28	42.96	14.14	26	50.00	10.16	80	44.71	12.28	p=.768

	Düzenli devam eden (n=50)			Aralıklı devam eden (n=50)			Devam etmeyen (n=50)			Toplam			Test sonuçları
	Sayı	x	ss	Sayı	x	ss	Sayı	x	Ss	Sayı	x	ss	
Yaş													
19-30 yaş arası	23	44.73	12.58	14	47.35	10.78	17	49.76	13.00	54	47.00	12.25	f=.528 p=.786
31-40 yaş arası	15	39.33	12.40	14	46.14	11.70	14	50.07	10.14	43	45.04	12.08	
41-50 yaş arası	8	41.87	10.20	11	39.54	17.13	12	51.00	14.03	31	44.58	14.90	
51 yaş ve üzeri	4	34.50	4.04	11	39.00	14.30	7	41.57	10.42	22	39.00	11.69	
Medeni durum													
Bekar	39	42.56	12.76	29	47.00	11.37	35	51.60	12.57	103	46.88	12.79	f=.576
Evlü	11	39.27	8.00	21	38.57	14.97	15	42.93	9.09	47	40.12	11.85	p=.564
Eğitim düzeyi													
Okuma yazma bilmiyor	5	38.20	5.16	3	36.00	19.51	10	49.40	15.73	18	44.05	14.85	f=.702 p=.592
İlköğretim mezunu	26	42.34	12.40	34	45.82	12.17	29	48.93	9.50	89	45.82	11.61	
Lise mezunu ve üzeri	19	42.10	12.68	14	38.78	14.44	11	48.81	16.00	43	42.88	14.43	
Hastalık süresi													
2-10 yıl arası	20	41.45	13.11	17	42.94	14.74	17	46.58	14.15	54	43.53	13.87	f=.351
11-20 yıl arası	21	44.09	12.63	18	44.05	12.34	16	52.25	8.55	55	46.45	11.89	p=.909
21 yıl ve üzeri	7	38.00	5.22	10	45.50	14.12	12	51.50	12.58	29	46.17	12.69	
Hastanede yatış süresi													
Yatış yok	5	34.00	9.66	10	41.60	15.01	5	42.20	7.22	20	39.85	12.22	f=1.133
1-2 yıl	13	42.00	11.10	22	38.63	12.60	14	48.50	18.85	49	42.34	14.62	p=.345
3-4 yıl	16	41.81	14.11	9	50.44	13.91	11	43.09	5.82	36	44.36	12.34	
5 yıl ve üzeri	16	44.18	10.59	9	50.33	9.04	20	54.30	7.15	45	49.91	9.79	

Tablo 4.10'de görüldüğü gibi; hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, hastalık süresi ile hastanede yatış süresi ve hastaların TRSM'ne ne sıklıkta gittiklerinin bakım vericilerin bakım yükleri üzerindeki ortak etkisinin (sırasıyla; $\chi^2 = .265$, $p = .768$; $\chi^2 = .528$, $p = .786$; $\chi^2 = .576$, $p = .564$; $\chi^2 = .702$, $p = .592$; $\chi^2 = .351$, $p = .909$ ve $\chi^2 = 1.133$, $p = .345$; $p > 0.05$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde TRSM'ne devam eden ve devam etmeyen şizofreni hastalarında aile yükünün karşılaştırılması amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular tartışılmaktadır.

Şizofreni hastalarının davranışları, düşünce, algılama ve duygu süreçleri hastalıklarından negatif yönde etkilenmektedir. Şizofreni hastaları kendi bakımlarını gerçekleştirmede birçok zorlukla karşılaşmaktadır ve bu nedenle hastaların birçoğu bakımlarını sağlayan bireyler ile birlikte yaşamaktadır (Saunders, 2003; Duman ve ark., 2013). Özellikle son 50 yıldır şizofreni hastalarının tedavisinde toplum merkezli bakımın temel alınması ile hastaların hastaneye yatışlarının kısalarak hastaların tedavisinde resmi sağlık kuruluşlarından çok birincil bakım verenlerin desteği önem kazanmıştır (Arslantaş ve Adana,2011). Bakım veren için bu süreç nasıl olacağını tahmin edemediği, güç ve emek gerektiren bir tecrübedir (Bademli ve Çetinkaya Duman,2013). Bu süreçte bakım verenlerin özellikleri önem kazanmaktadır.

Toplum ruh sağlığı merkezine devam eden şizofreni hastasına bakım veren grubundaki bireylerin 27'sinin (%54.0) kadın olduğu, yaş ortalaması 49.20 ± 13.94 olduğu, bireylerin 41'i (%82.0) evli olduğu, bireylerin çocuk ortalaması $1.70 \pm .97$ olduğu, 36'sı (%72.0) ilköğretim mezunu olduğu, bireylerin 34'ü (%68.0) herhangi bir işte çalışmamakta olduğu, bireylerin 29'unun (%58.0) aylık geliri 1001 TL – 2000 TL arasında olduğu ve bireylerin 41'inin (%82.0) sosyal güvencesinin olduğu, 42'si (%84.0) çekirdek aile olduğu saptanmıştır.

Toplum ruh sağlığı merkezine aralıklı devam eden şizofreni hastasına bakım veren grubundaki bireylerin 26'sının (%52.0) erkek olduğu, bireylerin yaş ortalaması 44.84 ± 12.42 olduğu, bireylerin 38'i (%76.0) evli olduğu, bireylerin çocuk ortalaması $1.38 \pm .92$ olduğu, bireylerin 31'i (%62.0) ilköğretim mezunu olduğu, bireylerin 26'sının (%52.0) herhangi bir işte çalışmamakta olduğu, bireylerin 26'sının (%52.0) aylık geliri 1001 TL – 2000 TL arasında olduğu ve bireylerin 42'sinin (%84.0) sosyal güvencesinin olduğu, bireylerin 47'si (%94.0) çekirdek aile olduğu saptanmıştır.

Toplum ruh sağlığı merkezine devam etmeyen Şizofreni hastasına bakım veren grubundaki bireylerin 26'sının (%52.0) kadın olduğu, yaş ortalaması 48.72±13.25 olduğu, bireylerin 42'si (%84.0) evli olduğu, bireylerin çocuk ortalaması 1.42±.78 olduğu, 31'i (%62.0) ilköğretim mezunu olduğu, bireylerin 30'unun (%60.0) herhangi bir işte çalışmamakta olduğu, bireylerin 29'unun (%58.0) aylık geliri 1001 TL – 2000 TL arasında olduğu ve bakım veren bireylerin 41'inin (%82.0) sosyal güvencesinin olduğu, bireylerin 49'u (%98.0) çekirdek aile olduğu saptanmıştır. Toplum ruh sağlığı merkezine devam eden, aralıklı devam eden ve devam etmeyen Şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin aile tipi dışındaki tüm sosyodemografik değişkenlerinin birbirine benzer olduğu saptanmıştır(p>0.05).

Bu çalışmada katılımcı çoğunluğunu 40 yaş üstü evli, ilkokul mezunu, bir çocuk sahibi, herhangi bir işte çalışmayan aylık geliri 1001 ile 2000 tl arasında, sosyal güvencesi olan çekirdek ailede yaşan kadın bakım verenler oluşturmaktadır. Çalışmadaki erkek bakım verenlerin sayısı genel literatüre göre fazla olmakla birlikte çalışmaya katılan kadın bakım verenlerin sayısından azdır. Bademli ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada bakım verenlerin yaş ortalamasının 55.48±12.42'i olduğunu ve hastaya bakım verenlerin %82.9'unun kadın olduğunu, %68.6'sının evli olduğunu, %97.1'inin çekirdek ailede yaşadığı, %62.9'unun ilköğretim mezunu, 88.6'sının herhangi bir işte çalışmadığını saptamışlardır. Hasta yakınlarının, cinsiyet, medeni durum, aile yapısı, çalışma durumu gibi etkenlerden etkilenmediğini belirlenmişlerdir (Bademli ve ark., 2016). Ukpong (2012) araştırmasında bakım verenlerin yaş ortalamasının 51.3 olduğunu bakım verenlerin hastalardan daha yaşlı olduğunu saptamıştır. Ayrıca bakım verenlerin yarısından fazlasının(%58.4) kadın olduğunu saptamıştır. Gülseren ve arkadaşlarının 2010 yılında gerçekleştirdikleri çalışmalarında hasta yakınlarının 145'i (%60.7) kadın ve yaş ortalaması 50.7 ± 14.2 olduğu tespit edilmiştir. Şengün İnan ve etinkaya Duman'ın 2013 yılında Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruh sağlığını etkileyen sosyodemografik değişkenleri saptamaya çalıştıkları araştırmalarında bakım vericilerin %52.4'ün kadın, %76,7'sinin evli, %35.9'unun eğitim düzeyinin okuryazar/ilkokul olduğunu , %78,6'sının çalışmadığını, %47,6'sının hastanın annesi olduğunu saptamışlardır. Literatürde erkek hastaların da bakım verici rolünü üstlendiği çalışmalar mevcuttur. Ceylan ve illi (2015) alışmalarında Şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin yaş ortalamasının 39±12.4 olduğunu, bakım verenlerin %53.1'inin erkek olduğunu, 23'ünün (%71.9) ilköğretim üstü, 21'inin (%65.6) bekar, 19'unun (%59.4)

gelir getirici bir işte çalıştığı ve bakım veren aile üyelerinin 23'ünün (%71.9) çekirdek aile yapısına sahip olduğu saptamışlardır.

Bu çalışmadaki bakım vericilerin genel özellikleri literatürdeki çalışmalar ile paraleldir. Bakım verici sorumluluğunu genellikle kadınların üstlenmesinin nedeni toplumun kadına atfettiği “bakıcı” rolünden kaynaklanıyor olabilir veya kadınların çoğunun herhangi bir işte çalışmaması ve ev dışındaki sosyal rollerinin kısıtlı olması da kadınları bakıcı konumuna getirmektedir (Gülseren ve ark., 2010). Ayrıca erkeklerin eve maddi gelir sağlamak amacıyla çalışması da kadınların bakım vermede daha fazla sorumluluk almasının nedeni olabilir. Bakım veren kadınların her hangi bir işte çalışmaması, maddi sıkıntıların yaşanmasına zemin hazırlamaktadır. Yıldız ve Cerit (2006) şizofreni tedavisinin yıllık maliyetini 1760 USD olarak bulmuşlardır bu bulguya göre bizim çalışmadaki bakım vericilerin aylık geliri hastanın tedavi ve ilaç ücretini, günlük yaşam giderlerini(kira, fatura, yol, mutfak masrafı vb.) karşılamakta yetersiz kalabilir. Bu çalışmada bakım verenlerin çoğunun eğitim düzeyi ilkokuldur ve bakım veren bireylerin eğitim düzeyi arttıkça bakım yüklerinin azaldığını gösteren çalışmalar literatürde mevcuttur(Yazıcı ve ark.,2016; Aydın ve ark., 2009). Bu durumun nedeni hastalık hakkında bilgiyi kolay edinebilmesi ve baş etme stratejisi geliştirmede zorlanmaması ve etrafındaki olanaklara kolay ulaşabilmesi olabilir. Bu çalışmada bakım veren bireylerin çekirdek ailede yaşadığı tespit edilmiştir. Tüzer ve arkadaşları 2003 yılında gerçekleştirdikleri çalışmalarında şizofren hastaların %75'inin aile yapısını çekirdek aile olarak tespit etmişlerdir. Ünal ve arkadaşları da (2004) şizofren hastaların aile yapısının çekirdek olduğunu saptamışlardır. Geleneksel aile yapımızın şehirleşme ile yerini çekirdek aile yapısına bırakması hastalıkların bakımında sorumluluk alan kişi sayısının azalmasına ve bakım veren aile üyelerinin yükünün artmasına neden olmuştur(Gülseren,2002).

TRSM'lerin görevleri, Sağlık Bakanlığı tarafından ağır ruh sağlığı sorunları bulunan bireylerin hastaneye yatırılmalarını önlemek, yeti yitimini asgari seviyeye çekmek ve işlev iyileşmesi sağlamak amacıyla müdahalede bulunma, ağır ruh sağlığı sorunu bulunan yakınlarına bakan aileler için odaklı destek ve psikoeğitim hizmetleri sunma, sosyal işlevin istikrarlı hale getirme ve bireyin toplum içerisinde geçirdiği süreyi arttırmak için çalışmalar yapmak şeklinde belirtilmiştir. Yeti yitimi fazla olan şizofreni hastaları aileleri için önemli bir yüküdür. İşlevsel düzelmelerin sağlanması ile hastaların topluluğa ve iş

hayatına yeniden katılımına olanak verilerek, sosyal yük ve sağlık-bakım maliyetleri açısından azalma amaçlanır(Emiroğlu ve ark.,2009). Ensari ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden düzenli hizmet almış şizofreni tanısı konmuş hastaların bir yıl boyunca izlenmesi sonucunda yaşam kalitesinin tüm alanlarda istatistiksel olarak anlamlı artış gösterdiği, yeti yitiminin düştüğü, genel işlevsellik düzeylerinin yükseldiği saptanmıştır (Ensari ve ark.,2013). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde düzenli hizmet alan bireylerin aile ve toplum hayatını olumlu etkileyecek birçok yönden gelişme gösterdiği görölmektedir. Bu olumlu gelişmelerin meydana gelmesi için hastaların TRSM'den sürekli olarak hizmet almaları önemlidir.

Bu çalışmada, TRSM'ine düzenli devam eden hastaların bakım vericilerinin bakım yükü puan ortalaması, aralıklı devam eden ve devam etmeyenlerin bakım vericilerinin bakım yükü puan ortalamasına göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. ($p<0.01$). Diğer yandan aralıklı devam eden hastaların yakınlarının bakım yükü algısı da devam etmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte düşük bulunmuştur. Bu bulgular, hastaların TRSM'ine düzenli olarak devam etmesinin bakım veren bireyleri rahatlattığını, devam etmemelerinin ise aile bireylerinin yükünü önemli düzeyde arttırdığını göstermekte, kısaca TRSM lerin yararını ortaya koymaktadır. Buna göre, bireylerin hizmet alımlarını aksatmadan devam etmelerinin hastaya bakım veren bireylerin bakım yükünü azalttığı ve bakım için ayrılan zamanın azalmasını sağladığı söylenebilir.

Çalışmada, bireylerin bakım verdiği şizofreni olan yakınlarının toplum ruh sağlığı merkezine düzenli gitme durumlarına göre hasta yakınlarının hastaya bakım verme süreleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Hastayla günlük olarak uzun süre birlikte olan hasta yakınlarının bakım yükü algısı diğerlerinden yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde bu bulgu ile paralellik gösteren çalışmalar mevcuttur. Hastaya verilen uzun süreli bakım ile bakım verenin sorumluluğunun artması, bakım vermede kendini yetersiz hissetmesi, hastalığın iyileşmemesi sonucu hastaya karşı negatif duygular beslemesi bakım verenin yükünü arttırabilir (Boydell ve ark., 2013;Patel ve ark .,2014).

Yani bakım vericinin bakım verme süresi arttıka bakım yükü artmaktadır. şizofren hastalarına bakım veren bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda bakım süresi arttıka, bakım verenin yükünün arttığı görölmektedir(Maruish,2004). Koyuncu Yaşar tarafından 2009 yılında yapılan çalışmada da bakım veren bireylerin bakım verme süreleri uzadıka

bakım yüklerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır(Koyuncu Yaşar,2009). Aydın ve arkadaşları tarafından 2009 yılında şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada bakım verenlerin günlük bakım verme süresi arttıkça bakım yükü düzeylerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır(Aydın ve ark.,2009). Or tarafından 2013 yılında yaşlılara bakım veren bireylerin bakım yükü ve bakım verenin iyilik halini incelemek amacıyla araştırmada günlük bakım süresi arttıkça bakım veren bireylerin bakım yükü düzeylerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır(Or,2013). Bu bulgular ile araştırmanın bulguları ile paralellik göstermektedir. Bakım verme süresi artıkça bakım yükünün artmasının nedenleri arasında bakım verenin bakım verdiği süreye paralel olarak daha çok yorulması, hasta olan birey ile daha çok ilgilenmesinden dolayı kendi sosyal hayatına, kişisel ihtiyaçlarına zaman ayıramaması gibi nedenler sayılabilir.

Bu çalışmada şizofreni hastasının anne/babası olan bireylerin bakım yükü puanları diğerlerinden yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni, anne ve babaların daha uzun süreli bakım vermeleri olabilir. Ayrıca hastalar eşleri ile geçirdikleri vakitte daha iyi hissettiklerini belirtmişlerdir. Görüşmelerde bazı hasta yakınları eşlerine duyduğu yoğun sevgi sebebi ile yük hissetmediklerini belirtmişlerdir. Ak ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılan ve kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ve bakım verenlerinin bakım yükü açısından değerlendirildiği araştırma sonucunda, anne babaların bakım verenler arasında en çok yüke maruz kalanlar arasında olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Ak ve ark.,2012). Gülseren ve arkadaşları tarafından 2010 yılında, şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmeleri belirlemek amacıyla yapılan araştırmada, ailede hastayla en çok ilgilenenlerin kadınlar olduğu ve bu kadınların büyük bir kısmının da anneler olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Gülseren ve ark.,2010). Şizofreni hastalığına yakalanan bireylerin büyük bir kısmında bu hastalık küçük yaşlarda başlamıştır. Bu nedenden dolayı bu bireylerin çoğu evlilik yapmamış kendi anne-babası ile yaşayan bireylerden oluşmaktadır. Hem uzun süre bakım verme hem de bu bakım yükünü paylaşacak başka bir bireyin olmaması nedeniyle bakım veren anne-babaların bakım yükü düzeyleri yüksek düzeyde olduğu düşünülebilir.

Araştırmada, hastaların TRSM ye devam etmeleri yönünden bakım verenlerin cinsiyet, yaş, medeni durum, aile tipi, çocuk olup olmaması, eğitim durumu, çalışma özellikleri, gelir düzeyi ve sosyal güvence olması özelliklerine göre bakım yükü puanlarında anlamlı düzeyde bir farklılık elde edilmemiştir.

Çalışmada ayrıca hastaların özellikleri yönünden bakım vericilerin bakım yükü puanları hastaların kuruma devam etme durumuna göre incelendiğinde, bekar hastaların ve hastanede uzun süre yatan hastaların yakınlarını bakım yükü puanı yüksek bulunmuştur. Bu durum bekar hastaların aileleri ile daha uzun süre birlikte olmaları ve hastanede uzun yatanların uzun süredir hasta olup aile bireylerinin uzun süre bakım vermesine bağlı olabilir. Gülseren ve arkadaşları tarafından 2010 yılında şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmeleri belirlemek amacıyla yapılan araştırmada hastalığın toplam süresi ve süreç boyunca hastanede yatarak hizmet görme sayısı ile bakım yükü arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur(Gülseren ve ark.,2010). Aydın ve arkadaşları tarafından 2009 yılında şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin sosyo demografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada bakım verenlerin bakım verme süresi arttıkça bakım verenlerin bakım yükü düzeylerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır(Aydın ve ark.,2009). Bakıma muhtaç bireylerin yatarak tedavi oldukları süre arttıkça bakım veren bireylerin bakım yükü düzeylerinin artmasında bakım süreci uzadıkça ailenin veya bakım verenler sosyal, psikolojik ve ekonomik sorunlar yaşamaya başlar. Tedavi süresinin uzaması bireylerin toplum tarafından damgalanmasına, bakım veren bireylerin zamanla hem psikolojik hem de fizyolojik olarak yorulmasına ve ekonomik açıdan zorluklar yaşamaya başlamasına neden olabilmektedir. Bu durumlar bakım veren bireylerin bakım yükü düzeyini yükseltmektedir.

6. SONUÇLAR

Araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

1. Çalışmaya alınan hasta yakınlarının yaş ortalaması ağırlıklı olarak 44.84 ve 49.20 arasında, çoğu evli, cinsiyetleri birbirine yakın, çekirdek aileye mensup, çocuk sahibi, ilköğretim mezunu, çalışmıyor ve fiziksel bir hastalığı yoktur.
2. Hasta yakınları çoğunlukla hastanın anne babası veya eşi dir. Ağırlıklı olarak hastaya 2-10 ve günde 6-16 saat bakım vermekte olup bu sürede diğer kişilerden destek almaktadır.
3. Çalışmada yer alan hastalar ise; kadın erkek oranı birbirine yakın, çoğunlukla 19-40 yaş arasında, bekar, ilköğretim mezunu olup 2-20 yıldır hastadır.
4. Toplum Ruh Sağlığı Merkezine düzenli devam eden hastaların yakınlarının bakım yükü puan ortalaması aralıklı devam eden ve devam etmeyenlerden düşük olup, bu grup daha az yük hissetmektedir. Diğer yandan aralıklı devam eden hastaların yakınları da devam etmeyenlere göre daha az yük algılamaktadır.
5. Hasta yakınlarının cinsiyet, yaş, medeni durum, aile tipi, çocuk olma durumu, eğitim düzeyi, çalışma özellikleri, gelir düzeyi ve sosyal güvencesi yönünden bakım vericilerin bakım yükü puan ortalamasında anlamlı fark bulunmamaktadır.
6. Bakımda destek alanlarda bakım yükü puanı düşük bulunmuştur.
7. Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, hastalık süresi yönünden bakım vericilerin bakım yükü puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmamaktadır.
8. Bununla birlikte, uzun süre hastane tedavisi gören hastaların yakınlarında bakım yükü puan ortalaması yüksek bulunmuştur.

9. Hastası bekar olan bakım vericilerin hastası evli olan vericilere oranla bakım yükü düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
10. TRSM aralıklı devam eden hastalarına günlük 16 saat ve üzeri bakım veren bakım vericilerin hastasına günlük 1-5 saat arası bakım veren bakım vericilere oranla bakım yükü düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

7. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

1. Araştırmada hastaların TRSM'ye düzenli devam etmesini bakım vericilerin bakım yükünü azalttığı bulunmuştur. Buna göre TRSM' ye devam etmeyen ve aralıklı devam eden hastaların kurumlara devamını sağlayacak düzenlemeler yapılması ve hastaların devam etmeme nedenlerini araştıran çalışmalar yapılması,
2. Bu çalışmada yalnızca hastaların TRSM 'ye devam etme durumunun bakım yüküne etkisi incelendi, hastaların kurumdan ne ölçüde yararlandığını araştıran çalışmalar yapılması,
3. Çalışmada ortaya çıkan aile yükü açısından riskli gruplar başta olmak üzere ailelere yönelik destekleyici müdahaleler yapılarak sonuçlarının araştırılması,
4. Ailelerin yükünü azaltmada hemşirelerin etkinliğinin ortaya konulması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Ak, M.,Yavuz, F., Lapsekili, N., Türkçapar, H. (2012). Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Bulunan Hastaların ve Bakım Verenlerinin Bakım Yükü Açısından Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, Cilt 25, Sayı 4.
- Alataş G, Karaoğlan A, Arslan M (2009). Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi Özel Sayısı*, 46:25-29
- Alptekin, K.,Üçok, A., Ayer, A., Ünal, A., Erol, A., Ensari, H., Atmaca, M., Devrimci-Özgüven, H.(2014). Psikiyatri Kliniğine Yatırılan Şizofreni ve Psikotik Bozukluğu Olan Hastaların Tedavi Rehberi. *Klinik PsikofarmakolojiBulteni* 2014;24(3):276-88
- Arslantaş, h., Adana, F. (2011). Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- CurrentApproaches in Psychiatry*, 3(2),251-277.
- Atagün, M.İ., Balaban, Ö.D., Atagün, Z., Elagöz, M., Özpolat, A.Y. (2011). Kronik hastalarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3,513-552.
- Aydın, A. ve ark.(2009). Şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin, sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*,46(özel sayı),10-14.
- Aydın, E.,Tabo, A., Karamustafalıoğlu. O., Alataş, G., Sadık, Y., Aydın, E., Erkuş,G., (2014). Döner kapı olgusu: Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçişin psikiyatri servisine yattığı üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2014; 15:185-191
- Bademli, K., Çetinkaya Duman, Z.(2013). Şizofreni hastalarının bakım verenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4),461-478.
- Bademli, K. Ve ark,(2016). Şizofreni hastalarının ve bakım verenlerinin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(1), 1-9.
- Bevan, S.,Gulliford, J., Steadman, K., Taskila, T., Thomas, R., Moise, A. (2013). *WorkingwithSchizophrenia: PathwaystoEmployment, Recovery&Inclusion*. London: TheWork Foundation Alliance.
- Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., Alptekin, K. (2010). Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk psikiyatri Dergisi*, 22(1),40-52.
- Bostrom , A. C.,&Boyd, M. A.(2005). Schizophrenia. In M. A. Boyd (Ed.), *Psychiatricnursing; Contemporarypractice*(pp. 265-310). Philadelphia, NY: Lippincot William &Wilkins.
- Carlborg, A. Winnerback, K.,Jönsson, E.G., Jokinen, J., Nordström, P. (2010). Suicide in schizophrenia. *ExpertRevNeurother*, 10(7),1153-1164.
- Ceylan, B., Çilli, A.S(2015). Şizofreni ve kronik böbrekyetersizliği hastalarına evde bakım veren aile üyeleri ve bakım rolü olmayan bireylerde suçluluk ve utanç düzeylerinin karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*,6(2),85-90.
- Ceylan, M.F. Araştırma ve klinik uygulamalarda biyolojik psikiyatri, şizofreni, cilt, 2 baskı 2001; 1-40.
- Chakrabarti S.,&Friends, 1995, ‘Comparison of theExtentandPattern of FamilyBurden in AffectiveDisordersandSchizophrenia’ , *Indian J. Psychat.*, 1995, 37(3), 105-112.

- Cohen AS, Saperstein AM, Gold JM, Kirkpatrick B, Carpenter WT Jr, Buchanan RW. Neuropsychology of the deficits syndrome: new data and meta-analysis of findings to date. *Schizophr Bull* 33(5):1201-1212, 2007.
- Çimen, S. (2009). Psikiyatri hastası ve bakım verenlerin yaşadığı sorunların çözümünde toplum ruh sağlığı hemşiresinin rolü. III. Ulusal ve Uluslararası Katılımlı Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı. Akçakoca-Düzce, 34-35.
- Dixon L, McFarlane WR, Lefley H, Lucksted A, et al. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 2001;52 (7): 903-910.
- DSM-V-TR Tanı Ölçütleri BAŞVURU El Kitabı. (2013). (E. Köroğlu). İstanbul: Hekimler Yayın Birliği.
- Duman ZÇ, Kuşçu MK, Özgün S. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin duygu ifadelerini belirlemede Camberwell Aile Görüşmesi ile Duygu İfadesi Ölçeğinin karşılaştırılması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2013; 50:301-305.
- Dülgerler Ş. Şizofrenik bozukluğu olan bireylerin ailelerine verilen psikoeğitim etkinliğinin değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2004.
- Dülgerler, Ş. (2004). Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psikoeğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Doktor Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Dülgerler, Ş. (2014). Şizofrenik Bozukluklar İçinde O. Çam, E. Engin (Edt.), *Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. (S.411-449). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Emiroğlu B. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği: Güvenirlik ve Geçerlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009;46 Özel Sayı 15-24.
- Ensari, H. Ve ark. (2013). Bolu Toplum Ruh sağlığı hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: bir yıllık izleme sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, 108-114
- Eryıldız. D., & Yanık. M., 2008, "Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezine Devam Eden Kronik Şizofreni Hastaları ile Bir Rehabilitasyon Programına Katılmayan Kronik Şizofreni Hastalarının İşlevsellik ve Yaşam Kalitesi Açısından Karşılaştırılması." Uzmanlık Tezi, İstanbul
- Gül, E., & Arkadaşları., (2014). "Kırıkkale Toplum Ruh Sağlığı Merkez'inde Takip Edilen Şizofreni Hastalarının Değerlendirilmesi". *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cilt: 16(2), SS:15-19*
- Gülseren L, Turgut S, Yaprak S. Ve ark. (1999) Şizofreni tanısı konmuş bir grup hastanın aileleriyle sosyometrik psikodramatik grup terapisi süreci. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10;325-331.
- Gülseren, L. (2002). Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 143-151.
- Gülseren, L., Çam, B., Karakoç, B., Yiğit, T., Danacı, A.E., Çubukçuoğlu, Z., Taş, C., Gülseren, Ş., Mete, L. (2010). Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(3), 203-212.

- Gülseren, L. Ve ark. (2010). Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi,21(3),203-212.
- Gümüş, A.B; (2006).Şizofreni hastaları ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimleri.Anadolu Psikiyatri Dergisi,7,33-42
- Gümüş AB. Şizofreni hasta ve ailelerinin yaşadığı güçlükler, psikoeğitim ve hemşirelik.
- Hancı. N.,&Sarandöl. A.,2014, “İki Uçlu Mizaç Bozukluğu Hastası Bakım Veren Yük Düzeyinin Şizofreni Hastası Bakım Veren Yük Düzeyi ile Karşılaştırılması” Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi / Tıp Fakültesi, Bursa.
- Hemşirelikte Araştırma ve Gelistirme Dergisi, 2006 a; 1(2): 23-34.
- Huang, X.Y.,Hung,B.J., Sun,FK., Lin,J.D., Chen,C.C. (2009). Theexperiences of carers in Taiwaneseculturewhohavelong-termschizophrenia in theirfamilies: A phenomenologicalstudy. Journal of PsychiatricandMentalHealthNursing, 16(10),874-883
- İnci, H.F., Erdem, M.(2008). Bakım Verme Yükü Ölçeği'ninTürkçe'ye Uyarlanması Geçerlilik Ve Güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,11(4):85-95
- Johnson,B.S(1997).PsychiatricMentalHealthNursing“AdapdationandGrowth” 4. ed.,Lippincott,Philadelphia,10-17.
- Kavak, F., Ekinci, M., (2014).”Kendi Evlerinde Yaşayan ve Korumalı Evlerde Yaşayan Şizofreni Hastalarının Yaşam Niteliklerinin ve İşlevsel İyileşme Düzeylerinin Karşılaştırılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt:3,Sayı:1,Sayfa:588-598
- Karancı,N.(1995).CaregiversofTurkishschizophrenicpatient: Casualattributions,burdensandattitudestohelpfromthehealthprofessionals. SocPsychiatryPsychiatrEpidemol, 30, 261-268
- Karasar,N.(2009). “Araştırmalarda Rapor Hazırlanması”. Ankara: Nobel Yayınevi.
- Kılıçoğlu A.(2008) Şizofreni hastaları için bakım, rehabilitasyon ve topluma kazandırma projesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 9(ek sayı.1):65-68
- Kim H, Salyers MP. Attitudesandperceivedbarrierstoworkingwithfamilies of personswith severe mentalillness: Mentalhealthprofessionals' perspectives. CommunityMentHealth J, 2008;44: 337–345.
- Kol A. F., Yazıcı, A., (2010) “Şizofreni Hastalarının Bakım Veren Yakınlarında Hastaların Rehabilitasyon Merkezinde Devam Etmelerinin Etkisi”. İstanbul
- Koyuncu Yaşar, E. (2009). Yaşlıya evde bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ve etkileyen faktörler(Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Lester, H., Marshall, M., Jones P., Fowler, D., Amos, T., Khan, N., et.. all. (2011). Wiews of youngpeople in earlyinterventionservicesforfirst-episodepsychosis in England. PsychiatrServ, 62(8), 882-887
- Libermann, J.A.,Stroung, T.S., Perkins, D.O. (2012). Essentials of Schizophrenia. United States: AmericanPsychiatric Publishing.
- Magliano, L.,Marasco, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guarneri, M., Maj, M.(2002) Theimpact of professionalandsocia network support on theburden of families of patientwithschizophrenia in İtaly. ActaPsychiatrScand, 106,291-298.

- Magliano. L., Fiorillo. A., De Rose. C., Malangone. C., & Maj. M., 2005, "Family Burden in Long-Term Diseases: a Comparative Study in Schizophrenia vs. Physical Disorders"
National Mental Health Project Working Group. Italy, Cilt:429(60).
- Maruish, M.E. (2004). The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 3.
- McCann, T.V., Lugman, D.I., Clark, E. (2011). First-time primary care giver's experience of caring for young adult with first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 281-388.
- McManus, S., Meltzer, H., Brugha, T., Bebbington, P., Jenkins, R. (2009). Adult psychiatric morbidity in England 2007. Results of a household survey. London: The Health & Social Care Information Centre.
- O'Connell KL. Needs of families affected by mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing*, 2006; 16 (3): 40-48.
- Or, R. (2013). Yaşlıya bakım veren aile bireylerinin bakım verme yükü ve bakım veren iyilik hali (Yüksek Lisans Tezi). Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
- Öztürk, M.O., Uluşahin, U. (2011). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Cilt 1 (Onbirinci Baskı). Ankara: Tuna Matbaacılık, 255-300.
- Pazvantoğlu, O., ve Arkadaşları (2009). "Şizofrenide Bakım Veren Yükünün Boyutları: Hastanın İşlevselliğinin Rolü". *Düşünen Adam Dergisi*, Cilt: 27, Sayfa: 53-60.
- Pazvanoğlu, O., Sarısoy, G., Böke, Ö., Alptekin-Aker, A., Deniz-Özturan, D., Ünverdi, E. (2014). Şizofrenide bakım veren yükünün boyutları: Hastaların işlevselliğinin rolü. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 27, 53-60.
- Pektaş, İ., Bilge, A. Ersoy, M.A., (2006). Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, Cilt: 7, Sayfa: 43-48
- Rafiyah, I., Sutharangsee, W. (2011). Review: Burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia and its related factors. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1(1), 29-41.
- Sadock, B.J., Sadock, B.A. (2009). Kaplan & Sadock's klinik psikiyatri el kitabı (Dördüncü Baskı). Ankara: Güneş Tıp Kitapevi, 112-117.
- <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12038/toplum-ruhsagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html> 09.08.2016
- Saunders J. Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues in Mental Health Nursing* 2003; 24:175-198.
- Söğütoğlu, L., & Özen, Ş., 2014, "Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Şizofreni Hastalarına Psikososyal Beceri Eğitimi Uygulanması ve Sonuçları" Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi.
- Sönmez, S., Yazıcı, A., (2009). Şizofreni Hastalarında Psikoeğitim Grup Çalışmasının Pozitif ve Negatif Belirtiler, Sosyal ve İşlevsellik, Yeti Yitimi, İçgörü ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması.

- Şengün İnan, F., Çetinkaya Duman, Z.(2013). Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruh sağlığını etkileyen faktörler: sosyodemografik değişkenler ve stresle başa çıkma tarzları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16(4),205-211.
- Tel, H., Ertekin Pınar, Ş.(2013). Kronik ruhsal sorunlu hastaların primer bakım vericilerinde tükenmişlik ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 4(3), 145-152.
- TÜİK(2012). Sağlık Araştırması.
- Toplum Ruh Sağlığı Çalışma Rehberi <http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/tekd/belge/2e.pdf> Erişim: 09.10.2015
- Tüzer, V. Ve ark. (2003). Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duygu dışavurumunun değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri,6,198-203.
- Ukpong, D. (2012). Şizofreni hastalarına bakım veren Nijeryalılar arasında yük ve ruhsal sıkıntı: pozitif ve negatif semptomların rolü. Türk Psikiyatri Dergisi,23,1-6.
- Ulaş, H., (2008) Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de Psikiyatrik Hizmetler. TürkiyePsikiyatri DerneğiBülteni | Cilt 11, Sayı 2,
- Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011). T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara: Toplum Ruh Sağlığı Genel Müdürlüğü, Erişim 06.10.2015, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-73168/h/ulusal-ruh-sagligi-eylem-plani.pdf>
- Ünal, S. Ve ark. (2004). Şizofreni, iki uçlu duygu durum bozukluğu ve epilepsi hastalarında aile işlevlerinin karşılaştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi, 15(4),291-299.
- Weimand, B.M.,Hedelin, B., Sallström, C., Hall-Lord, M.L. (2010). Burden and health in relatives of persons with severe mental illness: a Norwegiancross-sectionalstudy. Issues in MentalHealthNursing, 31, 804-815.
- Vasudeva.S.,SekharCK.,RaoPG.,2013,“CaregiversBurdenof PatientsWithSchizophreniaandBipolarDisorder: SectionalStudy” Indian. PsycholMed, Oct;35(4):352-7.
- Yanık M (2007). Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler: Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi. Reviews, CasesAndHypotheses in Psychiatry Özel Sayısı, 1(3):9-78.
- Yazıcı, E. Ve ark.(2016). Şizofrenisi olan hastalara bakım verenlerin yükü ve ilişkili etmenler. Nöro Psikiyatri Arşivi,53,96-101.
- Yeh L-L, Hwu H-G, Chen C-H, Chen C-H, et al. Factorsrelatedto perceivedneeds of primarycaregivers of patientswithschizophrenia. Elsevier&FormosanMedicalAssociation. J FormosMedAssoc, 2008; 107 (8): 644-652.
- Yıldız, M. (2005). Şizofrenide hastaların ayaktan tedavisinde ruhsal ve toplumsal girişimler neden gereklidir ve nasıl uygulanabilir?, İçinde S. Candansayar (Ed.), Neden nasıl şizofreni? (1.Baskı). (pp.237-268). Ankara: Peday yayınları.
- Yıldız, M., Cerit, C.(2006). Şizofreni tedavisinin yıllık maliyeti: bir üniversite hastanesi verilerinden yapılan hesaplama. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 16, 239-244.
- Yusuf, A.J.,Nuhu, F.T.(2011) Factorsassociated with emotional distressamong caregivers of patients with schizophrenia in Katsina,Nigeria. SocPsychiatry Psychiatr Epidemiol, 46(1),11-16

EKLER

EK I Tanıtıcı Bilgi Formu

Hastaya yakınlık dereceniz

1.Eş 2. Evlat 3. Anne 4.Baba 5.Bakıcı 6. Diğer

Yaşınız

Cinsiyetiniz: 1. Kadın 2. Erkek

Medeni Durumunuz: 1. Evli 2. Bekar 3. Dul

Aile Tipi:

1. Çekirdek Aile 2. Geniş Aile 3. Parçalanmış Aile

Çocuğunuz Var mı ? 1. Var (sayısı....) 2.Yok

Eğitim Durumunuz:

1. Okur-yazar değil 2.İlköğretim 3.Lise 4.Üniversite

Aylık Gelir Durumunuz:.....

Çalışma Durumunuz: 1. Halen çalışıyor 2. Çalışıyordum ayrıldım (nedeni) 3.Çalışmıyorum

Sosyal Güvence 1. Var 2. Yok

Sürekli Kullandığınız İlaç : 1. Var 2. Yok

Hastanız ile birlikte mi yaşıyorsunuz ? 1. Evet 2. Hayır

Ne kadar süredir hastanıza bakım veriyorsunuz

Ortalama günde kaç saat hastanıza bakım veriyorsunuz (saat)

Bakıma ara verdiğiniz oluyor mu ? 1. Evet 2. Hayır

Bu sürede hastanızı kim/kimler bakıyor ?.....

Sizin dışınızda hastanızın bakımında size destek olan kişi / kişiler var mı ?

1.Var (kim.....) 2. Yok

Bakım verdiğiniz başka biri var mı ?

1.Var (kim) 2. Yok

Bakım Verilen Bireye İlişkin Özellik

Yaş Cinsiyet: 1. Kadın 2. Erkek

Medeni Durum : 1. Evli 2.Evli 3. Dul

Eğitim Durumunuz : 1. Okur yazar değil 2. İlköğretim 3. Lise 4. Üniversite

Hastalık Süresi

Hastanede Yatış Süresi

EK II Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği

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

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

19. Yakınınzla ilgili ne yapacağınız konusunda kararsızlık hisseder misiniz?					
20. Yakınınz için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünüyor musunuz?					
21. Yakınınzın bakımı ile ilgili daha iyisini yapabildim diye düşünür müsünüz?					
22. Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınzın bakımı ile ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?					

EK III Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Çalışma İzni

Evrak Tarihi ve Sayısı: 28.11.2015-38942



T.C.
SAĞLIK BAKANLIğI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 77517973-770-
Konu : Anket İzni Hk.

GÜNLÜK EVRAK

SAYIN NURGÜL DERYA DONYAğI
Yeditepe Üniversitesi Hastanesi No:102-104 Ataşehir/İstanbul

İliği : a) 03.08.2015 tarihli ve bila sayılı yazınız.
b) Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinin 20.11.2015 tarihli ve 11772 sayılı yazısı.

İliği (a) sayılı yazınıza "Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine Devam Eden ve Devam Etmeyen Şizofreni Hastalarında Aile Yükümlüğü İncelenmesi" konulu anket çalışmanızı Genel Sekreterliğimize bağlı Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütme talebiniz iliği (b) sayılı yazıya istinaden Genel Sekreterliğimize uygun görülmüştür. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

İsmail ÖZTÖRK
İdari Hizmetler Başkanı a.
İdari Hizmetler Başkanlığı Koordinatörü

EKLER :
Yazı Örneği (1 Sayfa)

E-Ş Kanununa Göre 24752 / Ataşehir / İstanbul
Telefon: 539 2878 7767 Faks: 0316 318 79 21
e-Posta: ozkocak@sgs.tskm.gov.tr

Ayraklık İliği İKİB: İsmail DOĞANLAR



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Gövencesiz Elektronik İmza ile imzalanmıştır. Sayfa 1 / 1



T.C.
SAĞLIK BAKANLIğI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 32900231-770-
Konu : Nurgün Derya DONYAğI' nın Anket İzni Hk.

İSTANBUL TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ BİRLİğİ GENEL
SEKRETERLİğİ İSTANBUL İLİ ANADOLU KUZAY KAMU HASTANELERİ BİRLİğİ
GENEL SEKRETERLİğİ

İliği : a) 18.08.2015 tarih ve 28947 sayılı yazınız;
b) 06.10.2015 tarih ve 10181 sayılı yazınız.

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Bölümü Yükseköğretim Öğrencisi Nurgün Derya DONYAğI' nın "Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Devam Eden ve Devam Etmeyen Şizofreni Hastalarında Aile Yükümlüğü İncelenmesi" konulu anket çalışmasını sağlık tesisimizde yapmak istemesine dair başvurusu değerlendirilmiş ve uygun bulunmuştur. Bilgilerinize arz ederim.

Doç.Dr. Medine YAZICI GÜLEÇ
Hastane Yöneticisi V.(Başhekim)

Sisli Görev Çalış. No: 29 Kocaeli Erenköy - İSTANBUL
Telefon: 0316 360 99 99-212 Faks: 0316 356 94 96
e-Posta: yazici@uzsag.gov.tr

Ayraklık İliği İKİB: Aydin BAĞCI



Evrak Değerliliği İliği : http://212.156.51.42:8053/evrak/degisik/UCAVKDT

1 / 1

EK IV Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Sonucu



REKTÖRLÜK - FAKÜLTELER - MESLEK YÜKSEKOKULU
Akmerkezde Halk Halk Sokak No: 54 060602 Üsküdar / İstanbul / Türkiye
Tel: +90 216 400 22 22 Fax: +90 216 476 12 04 E-posta: iletisim@uskudar.edu.tr

T.C. ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2015 /156

03 Ağustos 15

Sayın Prof. Dr. Selma Doğan
(Nurgül Derya Donyağı)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27 Temmuz 2015 tarihinde, 09 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine Devam Eden ve Devam Etmeyen Şizofreni Hastalarında Aile Yükümlüğü İncelenmesi" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Cümhur TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

G.Ö. FR. 010

Revizyon No: 0 (26.08.2015)

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine Devam Eden ve Devam Etmeyen Şizofreni Hastalarında Aile Yükümlüğü İncelenmesi"				
	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Selma Doğan				
	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri Hemşireliği				
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Nurgül Derya Donyağı				
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı No: 2015/9 Karar No: 2015/9	Tarih: 27.07.2015				
	Yukarıda bilgileri verilen girişimsel olmayan araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekeceği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkez/merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik açıdan sakınca bulunmadığına toplantıyla katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.					
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Yrd. Doç. Dr. Cümhur TAŞ				
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Araştırma ile İlişki		Katılım *	
Yrd. Doç. Dr. Cümhur TAŞ	Psikiyatri/Sinirbilim	Üsküdar Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Oğuz TANRIDAĞ	Nöroloji	Üsküdar Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Barış BULUNMAZ	Medya Çalışmaları ve İletişim	Üsküdar Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Meltem NARTER	Psikoloji	Üsküdar Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gökben HIZLI SAYAR	Psikiyatri	Özel NİSTANBUL Nöropsikiyatri Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Asil ÖZDOĞRU	Psikoloji	Üsküdar Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Oğuz TAN	Psikiyatri	Özel NİSTANBUL Nöropsikiyatri Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Barış METİN	Nöroloji	Üsküdar Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:
İmza:

Yrd. Doç. Dr. Cümhur TAŞ

*: Toplantıda Bulunma

EK V Bakım Verici Yükü Ölçeği Kullanım İzni

Outlook Posta

Posta ve Kuyularda ara

Klasörler

- Gelen Kutusu
- Gözetilebilir E-posta
- Tanımlılar
- Gözetilebilir Öğeler
- Sistem Öğeleri
- Araçlar

Posta - Derya DÖNYAĞI - Outlook

Yeni | Yenile | Sil | Arşiv | Gözetilebilir | Gözetilebilir

Re: BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİNİ KULLANABİLMEM İÇİN İZİN İSTEĞİ

FADİME HATİCE İNÇİ
MCS Pro
Gözetilebilir

Değerli Hocam,

BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİNİ KULLANABİLMEM İÇİN İZİN İSTEĞİ

İznileriniz için teşekkür ederiz.

Sayın Deryağım,

Türkiye güvenilirlik ve güvenlilik çalışmasını yaptığımız "Bakım Verme YÜKÜ Ölçeği"ni kullanma ihtiyacınız bizi çok memnun etti. Teşekkür ederiz. Çalışmalarınızda başarılar dileriz. Kaynak olarak aşağıdaki makaleyi görebilirsiniz.

İnel F.H. , & Erdem M. (2005). Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Türkiye Üzerine Geçerlilik ve Güvenirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(4): 85-95

Ölçek içinde,

Öğr. Gör. Dr. Fadime Hatice İnci
Pamukkale Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Sağlık Eğitimi Hemşireliği Anb.
Denizli/TÜRKİYE

Pamukkale University,
Faculty of Health Sciences,
Department of Public Health Nursing,
Denizli, Turkey

19.06.2016 00:22: Derya DÖNYAĞI yazdı

Değerli Hocam

Ben Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikyatri Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Nurgül Derya DÖNYAĞI , ' Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Devam Eden ve Devam Etmeyen Şizofren Hastalarında Aile Yükünün Karşılaştırılması' adlı tez konusunda , Bakım Verme Yükü Ölçeği'ni Türkiye Üzerine Geçerlilik ve Güvenirliği'ni çalıştığınız tez konunuzdan faydalanmak ve Bakım Yükü Ölçeği'ni çalışmam da kullanmak istiyorum.

İznilerinizi arz ederim .

Çizdiğiniz katkılarınız için teşekkür eder saygılar sunarım.