

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİ HASTA YAKINLARINDA AİLE YÜKÜ, KENDİNİ
DAMGALAMA VE İLİŞKİLİ ETMENLER**

Ayşe KIRCALI YILMAZ

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ruhsal Rehabilitasyon Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

KOCAELİ
2019

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİ HASTA YAKINLARINDA AİLE YÜKÜ, KENDİNİ
DAMGALAMA VE İLİŞKİLİ ETMENLER**

Ayşe KIRCALI YILMAZ

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ruhsal Rehabilitasyon Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

Tez Danışmanı: Prof.Dr. Mustafa YILDIZ

Etik Kurul Onay Nu: KÜ GOKAEK 2019/04.06

Proje Nu: 2019/53

KOCAELİ

2019

KABUL VE ONAY

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

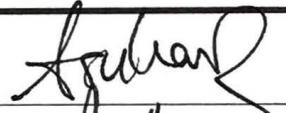
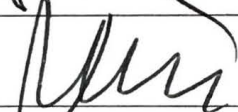
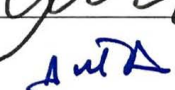
Tez Adı: Şizofreni Hastala Yakınlarında Aile Yüğü, Kendini Damgalama ve İlişkili Etmenler

Tez yazarı: Ayşe KIRCALI YILMAZ

Tez savunma tarihi: 17.06.2019

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mustafa Yıldız

Bu çalışma, sınav kurulumuz tarafından Ruhsal Rehabiltasyon Anabilim Dalında BİLİM UZMANLIĞI TEZİ olarak kabul edilmiştir.

SINAV KURULU ÜYELERİ		İMZA
ÜNVANI	ADI SOYADI	
BAŞKAN	Dr. Aslıhan B. Kar	
ÜYE(DANIŞMAN)	Mustafa Yıldız	
ÜYE	Dr. Öğr. Üyesi Göl Diken	
ÜYE		
ÜYE		

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.... /.... /2019

Prof. Dr. Sema Aşkın KEÇELİ

KOÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖZET

Şizofreni Hasta Yakınlarında Aile Yükü, Kendini Damgalama ve İlişkili Etmenler

Amaç: Bu çalışmada şizofreni ya da şizoaffektif bozukluğu olan hastaların aile üyelerinin yaşadığı yük ile kendini damgalama ve diğer etmenler arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: DSM-V tanı ölçütlerine göre şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanısı alan hastaların kendilerine bakmakla yükümlü olan yakınlarından (beraber yaşayan anne, baba, kardeş, akraba) oluşan 102 kişi çalışmaya dahil edildi. Onam veren hasta yakınlarına öncelikle nüfus bilgi formu, Kendini Damgalama Ölçeği- Aile (KDÖ-A), Zarit Aile Yük Ölçeği (ZAYÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve klinisyen tarafından hastalara Klinik Genel İzlenim-Şiddet (KGI-Ş) ve İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (İGD) uygulandı. Veriler tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, Spearman korelasyon analizi, Mann-Whitney U testi ve Linear Regresyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların %67'si erkek, yaş ortalaması 35 ± 8 ve eğitim ortalaması 11 ± 3 yıl idi. %74'ü bekâr, %68'i işsiz ve %73'ü anne-babası ile yaşayan hastalardan oluştu. Hasta yakınlarının %52'si kadın, yaş ortalaması 52 ± 13 ve eğitim ortalaması 9 ± 4 yıl idi. %35'i baba olmasına rağmen, kadın bakım verenler çoğunlukta idi. Çalışmamızda hasta yakınlarının ZAYÖ ölçeğinden ortalama 41 ± 14 puan aldığı görüldü. Hasta yakınlarında orta-şiddetli düzeyde yük algıladıkları görüldü. Hastaların nüfus verilerinden yalnızca özkıyım girişimi ile ZAYÖ arasında anlamlı ilişki bulundu. Hastanede yatış sayısı ile ZAYÖ arasında pozitif bir bağlantı vardı. ZAYÖ ile BDÖ, KDÖ-A arasında düşük düzeyde pozitif bir ilişki bulundu. İkili karşılaştırmalarda ZAYÖ ile ilişkili bulunan değişkenler regresyon analizine alındığında [$X^2=4,543$, $df=5$, $p=0.000$, $R^2=0,191$] KDÖ-A toplam puan düzeyinin aile yükü ile daha güçlü ilişki gösterdiği belirlendi.

Sonuç: Hasta yakınlarının aile yükünü belirleyen önemli etmenlerden birinde kendini damgalaması olduğu görülmektedir. Kendini damgalama yaşantıları onların sıkıntısını ve yükünü artıran önemli bir açmaz olmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, Aile Yükü, Kendini Damgalama

ABSTRACT

Family Burden, Self-Stigma and Related Factors in Schizophrenia Patients

Objective: The aim of this study was to investigate the relationship between the burden of family members of patients with schizophrenia or schizoaffective disorder and their self-stigma and other factors..

Method: A total of 102 patients (relatives, parents, siblings, relatives) who were responsible for taking care of the patients diagnosed with schizophrenia or schizoaffective disorder according to DSM-V criteria were included in the study. Firstly, the sociodemographic information form, Self-Stigma Inventory for Families (SSI-F), Zarit Caregiver Burden Scale (ZCBS), Beck Depression Inventory (BDI), and Clinical Global Impression – Severity of Illness (CGI-SI), and Global Assessment of Functioning (GAF) was assessed. The data were analyzed by using descriptive statistical analysis methods, Spearman’s correlation analysis, Mann-Whitney U test and linear regression analysis.

Results: 67% of the patients were male, the average age was 35 ± 8 years and the mean education was 11 ± 3 years. 74% were single, 68% were unemployed and 73% were living with their parents. 52% of the patients' relatives were female, the mean age was 52 ± 13 and the average education was 9 ± 4 years. Although 35% of the father, female caregivers were the majority. It was seen that the relatives of the self stigma an average of 41 ± 14 points. The patients were found to have moderate to severe load. Only a significant relationship was found between suicidal attempts and the patients with ZCBS. There is a positive correlation between the number of hospitalizations and ZCBS. A positive relationship was found between BDI and SSI-F and ZCBS. In the pairwise comparisons, when the variables that were found to be related to ZCBS were subjected to regression analysis [$X^2 = 4.543$, $df = 5$, $p = 0.000$, $R^2 = 0.191$], it was found that self stigma had stronger relationships with the family burden.

Conclusions: It is seen that the relatives of the patients are stigmatizing themselves in one of the important factors that determine the family burden. Self-stigma experiences become an important dilemma that increases their distress and burden.

Keywords: Schizophrenia, Family Burden, Self-stigma

TEŞEKKÜR

Çalışma yaşamım ve yüksek lisans eğitimim boyunca desteğini, bilgi ve tecrübesini esirgemeyen sevgili hocam, tez danışmanım Sayın Prof.Dr. Mustafa YILDIZ'a;

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım, bu süreçte de her türlü ilgi ve desteklerini gördüğüm sevgili arkadaşlarım Arş. Gör. Aysel İncedere, Arş.Gör. Kübra İpci ve Arş. Gör. Fatma Betül Abut'a;

Veri toplama sürecinde zaman ayırıp samimiyetle duygu ve düşüncelerini paylaşan hasta yakınlarıma;

Yorulduğum anlarda bana evlerini açan ve keyifli zaman geçirmemi sağlayan sevgili arkadaşlarım Muhteber-Kenan ÇALIŞKAN'a;

Sevgi ve güvenleriyle her adımında yanımda olan babam Salih KIRCALI, abim Sunay KIRCALI ve yengem Nejdiye KIRCALI'ya; hayatıma anlam ve yaşama sevinci katan oğlum Gökay YILMAZ, yeğenlerim Selin – Hasan Efe KIRCALI'ya; hayatımın her alanında güzel izler bırakmış olan ve her daim yokluğunu derinden hissettiğim, özlediğim annem Cevriye KIRCALI'ya teşekkür ederim.

TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ

Tezimde başka kaynaklardan yararlanılarak kullanılan yazı, bilgi, çizim, çizelge ve diğer malzemeler kaynakları gösterilerek verilmiştir. Tezimin herhangi bir yayından kısmen ya da tamamen aşırma olmadığını ve bir İntihal Programı kullanılarak test edildiğini beyan ederim.

28.05.2019

Ayşe KIRCALI YILMAZ



İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ	vii
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ÇİZELGELER DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Şizofreni Hasta Yakınlarında Yük	2
1.2. Şizofreni Hastalarında Damgalama	5
1.3. Şizofreni Hasta Yakınlarında Damgalama	7
2. AMAÇ	10
3. YÖNTEM	11
3.1. Araştırmanın Tipi	11
3.2. Araştırma Yeri ve Zamanı	11
3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi	11
3.4. Araştırmada Kullanılan Araç-Gereçlerin Tanımlanması	11
3.4.1. Hasta Yakını ve Hasta Nüfus Bilgi Formu	12
3.4.2. İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi	12
3.4.3. Klinik Genel İzlenim-Şiddet	12
3.4.4. Kendini Damgalama Ölçeği - Aile	12
3.4.5. Zarit Aile Yük Ölçeği	12
3.4.6. Beck Depresyon Ölçeği	13
3.5. Alınan Etik Kurul Onayının Yeri ve Numarası	13
3.6. Veri Çözümlemesi ve Kullanılan İstatistiksel Testlerin Tanımlanması	13
4. BULGULAR	14
4.1. Hastaların Nüfus ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular	14
4.2. Hasta Yakınlarının Nüfus Özelliklerine İlişkin Bulgular	15
4.3. Hasta Yakınlarının Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular	15
5. TARTIŞMA	20
5.1. Sınırlılıklar	24
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	25
6.1. Sonuçlar	25
6.2. Öneriler	26
KAYNAKLAR	27
ÖZGEÇMİŞ	
EKLER	

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

APA: Amerikan Psikoloji Birliği

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

CRH: Ciddi Ruhsal Hastalık

CES-D: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi

KGİ-Ş: Klinik Genel İzlenim Şiddet

KOÜ: Kocaeli Üniversitesi

SPSS: Sosyal Bilimler için İstatistik Programı

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 4.1. Hastaların nüfus ve klinik özellikleri.....	14
Çizelge 4.2. Hasta yakınlarının nüfus özellikleri	15
Çizelge 4.3. Hasta yakınlarının ölçeklerden aldığı puan ortalamaları	15
Çizelge 4.4. ZAYÖ ile BDÖ, KDÖ-A toplam ve KDÖ-A alt ölçekler arasındaki ilişki	16
Çizelge 4.5. ZAYÖ puanı ile hastaya ait süreli değişkenler arasındaki ilişki	16
Çizelge 4.6. ZAYÖ puanı ile hastaya ait kategorik değişkenler arasındaki ilişki	17
Çizelge 4.7. ZAYÖ puanı ile hasta yakınına ait veriler arasındaki ilişki	18
Çizelge 4.8. ZAYÖ puanını yordayan etmenlerin linear regresyon sonuçları	19



1. GİRİŞ

Şizofreni, toplumun yaklaşık %0,4'ünü etkileyen, erken yaşlarda (genellikle 15-25 arasında) başlayan, bütün toplumsal katmanlarda görülen, yinelemeler göstererek yaşam boyu devam eden, kişiler arası ve mesleki alanlarda yetiyitimine yol açan ağır bir ruhsal bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin 2008). Hastalığın belirtileri, yineleme ve bozulmalarla giden hastalık süreci, yetiyitiminin olması, hasta ile birlikte yaşayan bakımvericilere ve topluma ciddi bir maddi ve manevi yük getirmektedir (Larson ve Corrigan 2008, Ackerson 2003, Jeffery ve diğ. 2013, Nicholson ve diğ. 1998).

Son 50 yıldır şizofreni hastaları için toplum temelli bakımın gelişmesi, toplumda yeterli alt yapının oluşturulmadan ruh sağlığı hastanelerinin kapasite azaltımına gitmiş olmaları ve kısa süreli hastane yatışlarının tercih edilmeye başlanması şizofreni hastalarına birincil bakım vermenin resmi sağlık bakım sisteminden ailelere doğru yön değiştirmesine neden olmuştur (Caqueo ve diğ. 2009). Hastanelerden evlerine gönderilen hastalar hem toplumsal yaşamda hem de aile içerisinde, kendilerinden beklenen rolleri ve sorumlulukları yeterli düzeyde yerine getiremez durumda oldukları için, daimi bir bakım verme sürecine ihtiyaç duymaktadırlar (Saunders 2003). Aileler hastalarının artık eskisi gibi olmayacak olmasının getirdiği yıkımın yanı sıra bakım yükü ve çevreden gelen damgalama etkisi ile de mücadele etmek zorunda kalmakta ve tükenmişlik yaşamaktadır. Bu durum şizofreni hastalarına bakım verenlerin yaşam kalitelerini de doğrudan etkilemektedir. Çoğunluğu aile bireylerinden oluşan bakım verenlerin maddi yükü ile birlikte sıklıkla gerginlik, kaygı ve depresyon yaşadıkları, beden sağlıklarının, iş ve toplumsal yaşamlarının olumsuz etkilendiği saptanmıştır (Phillips ve diğ. 2000, Magliona ve diğ. 2001, Yıldız ve diğ. 2010).

Bir yandan hastalığın belirtileri diğer bir yandan ailelerin hastalığın oluşum sebebi olarak kendilerini sorumlu tutmaları, ailelerin yükünü bir kat daha artırmaktadır. Kötü ebeveynlik becerilerinin ve olumsuz çevresel koşulların ruhsal hastalıkları doğurduğu yönündeki inanışlar ve biyolojik açıdan kalıtımın etkisinin bilinmesi (Phillips ve diğ. 2000, Magliona ve diğ. 2001, Yıldız ve diğ. 2010) aile üyelerinin hastalıktan ve kötü gidişten kendilerini sorumlu tutmalarına neden olabilmektedir. Söz konusu olan bu sorumluluk duygusuna çevrenin olumsuz tutumlarının da eklenmesiyle aile üyeleri kendini suçlamaya suçlamaya başlamaktadır. Öyle ki bazı durumlarda, aile üyeleri hasta kişi ciddi bir suç

işlemiş ya da utanç verici bir durum yaratmış gibi duygular yaşayabilmekte, utanma ve suçlanma ile toplumsal çevrelerinden uzaklaşabilmektedir. Şizofreni gibi ciddi ruhsal hastalığı olan bir bireyin yakını olmanın zorlukları ve yaşanan ruhsal toplumsal sıkıntılar niteliksel ve niceliksel çalışmalarla ortaya konmuştur (González-Torres ve diğ. 2007, Krupchanka ve diğ. 2016). Aile üyeleri hastalarının damgalamaya maruz kaldıklarının farkında oldukları gibi kendilerinin de toplumsal damgalamanın ya da değersizleştirilmenin etkisinde kaldıklarının ayrımındadır (Mak ve diğ. 2008, Chang ve diğ. 2017). Bu farkındalık bazı aile üyelerinde mücadele etme ve güçlenmeye yol açarken bazılarında toplumsal damgalamanın içselleştirilmesi ve kendini damgalama ile sonuçlanmaktadır. Toplumdan gelen damgalamanın içselleştirilmesi ile kişiler, diğerlerinden gördüğü olumsuz tutum ve davranışları kabullenir; buna bağlı olarak da ortaya çıkan değersizlik, suçluluk, utanç gibi olumsuz duygu ve düşüncelerle kişilerde toplumdan geri çekme gözlenir (Corrigan ve diğ. 2009). Ayrıca hastalara yönelik kalıplaşmış düşünceler, önyargılar, olumsuz duygular ve dışlayıcı tutumlar aile üyeleri tarafından da içselleştirilebilmektedir (Zisman-Ilani ve diğ. 2013).

Kendini damgalama yaşantısı aile üyelerinde benlik saygısında azalmaya, umutsuzluk, çaresizlik ve depresyona, hastalığı gizleme ve toplumsal ilişkilerden çekilmeye, bireysel ve ailesel işlevsellikte bozulmaya, yükün artmasına ve tedavi ilişkisinin bozulmasına neden olabilmektedir (Krupchanka ve diğ. 2016, Hasson-Ohayon ve diğ. 2011). Aile üyelerinde damgalanma yaşantısı ise depresyon, intihar düşünceleri ve bakım yükünün artması ile kendini göstermektedir (Gümüş ve diğ. 2017, Magaña ve diğ. 2007).

Şizofreni hasta yakınlarının yaşadıkları yükü, yükle ilişkili olan etmenleri ve yükü azaltmaya yönelik yapılan girişimleri belirlemek, hem hasta bireyler hem de bakımverenleri için oldukça önemlidir.

1.1. Şizofreni Hasta Yakınlarında Yük

Yük kavramı; aile içerisinde hasta bir kişinin olması ve ona bakım verme dolayısıyla aile üyelerinin yaşadığı zorlukları ifade etmektedir (Whinefield ve Harvey 1994) ve nesnel ve öznel olarak ikiye ayrılmaktadır. Nesnel yük; hasta kişinin sergilediği rahatsız edici davranışlar, hastalık ve tedavi sürecinin getirdiği ekonomik güçlükler, aile üyelerinin günlük yaşamlarındaki kısıtlanmalar, aile üyelerinin beden ve ruh sağlığının bakımverme sürecinden olumsuz etkilenmesi gibi aile yükünün doğrudan gözlemlenebilir

ve doğrulanabilir yönünü ifade etmektedir. Nesnel yük, aile rutinlerinin bozulması, hastanın davranışlarını yönetmeye çalışma, hastalığın ekonomik etkileri, hastanın aileye olan ekonomik bağımlılığı, tedavi edici kurumlarda harcanan zaman ve enerji, aile içindeki diğer kişilerin gereksinimlerinin ihmal edilmesi, hastanın ve bakımvericinin iş dünyasıyla etkileşiminin tamamen kesilmesi ya da kesintiye uğraması, hastaya uygun bakım ortamının sağlanamaması şeklinde sıralanmaktadır (Sales 2003, Atagün ve diğ. 2011). Öznel yük ise, aile üyelerinin hastalığın getirdiği nesnel yüklerle baş etmeye çalışırken karşılaştıkları zorlanmalar ve içinde buldukları duruma karşı hissettikleri duygusal tepkiler olarak tanımlanmaktadır (Awad ve Voruganti 2008). Bu duygular; keder, utanma, sıkıntı, kaygı, korku gibi duyguları içerir (Awad ve Voruganti 2008).

Klorpromazin'in keşfi depo hastanelerin kapatılmasına, hastaların bakımlarının toplum içerisinde sürdürülür hale gelmesine olanak sağlamıştır (Awad ve Voruganti 2008). Klorpromazin kullanımının yaygınlaşması ile bakım yükü kavramı ortaya çıkmıştır (Gülseren ve diğ. 2010). Şizofreni gibi ciddi ruhsal hastalıkların tedavi sürecinin toplum içerisinde sürdürülmesi anlayışının yerleşmeye başlaması ile aileler birden hazır olmadıkları, daha önce hiç yaşayıp deneyimlemedikleri bir sürece girmişler ve hastalarının doğrudan birincil bakım vericisi olmak durumunda kalmışlardır. Ciddi ruhsal hastalığı olan bir bireye bakım vermek, hasta ile aynı evde yaşamak, hastanın yaşamında bozulan alanlara destek vermek aile üyelerinin fiziksel, sosyal, ekonomik ve duygusal yönden zorlanmalar yaşamalarına neden olmaktadır (Atagün ve diğ. 2011).

Ekonomik: Toplumun ruhsal hastalıklara karşı oluşturduğu damgalayıcı ve dışlayıcı bakış açısı ile çalışamaz duruma gelmesi ve ailedeki bakım verenlerin bu damgalama ve hastaya bakım verme sürecinin kontrolsüzlüğü nedeni ile sık sık işini ihmal etmesi, ailede gelir kaybına neden olmaktadır. Ayrıca tedavi masrafları sebebi ile de ekonomik güçlükler yaşanmaktadır (Clark 2011, Silva ve diğ. 2014).

Sosyal: Kişiler bakım veren rolünde bulunduğu için kendilerine yeterli zaman ayıramamaktadır, hatta günün 24 saatinde hastadan sorumludurlar. Bu süreçte bakım vericiler kendi öznel ihtiyaçlarını erteleme davranışı sergilerler ve çevrelerindeki diğer kişiler ve hasta ile yanlış ve daha gergin/saldırgan bir iletişim kurma eğilimine girerler (Gülseren 2002, Jones 2009).

Duygusal: Aileler hastalığa bağlı olarak duygusal olarak güçlükler yaşamaktadırlar. Şizofreni hastasına bakım veren kişilerin korku, endişe, kaygı, üzüntü ve belirsizlik

duyguları yaşadıkları görülmüştür (Huangve diğ. 2009). Bakım verenlerin yaşadıkları olumsuz bakım verme deneyimleri karşısında kayıp, damgalama, korku, dengesizlik, utanç, suçluluk, çaresizlik, gelecek kaygısı, stres gibi olumsuz duygular yaşadıkları saptamıştır (McCann ve diğ. 2011).

Fiziksel: Bakım veren kişi hasta ile geçirdiği vakit sürecinde sigara ve alkol kullanımına yönelebilmektedir ve bu durum kişide fiziksel hastalıkları tetiklemektedir. Bakım vericilerin yoğun bakım verme sürecinde yorgunluk, uykusuzluk, iştah kaybı, baş ağrısı, sindirim sorunları gibi bedensel yakınmalarında artış olduğu belirlenmiştir (Yusuf ve Nuhu 2011).

Bakımveren yükünü etkileyen tanımlayıcı özellikler ile ilgili yapılan çalışmalarda bakım yükünün hastaya ve bakımverene ait etmenler olarak iki grupta incelendiği görülmektedir. Hastaya ait faktörler genel olarak yaş, cinsiyet, sosyal güvence, medeni durum, tanı, hastalık belirtileri, hastalığın süresi ve evresi, tedavi alma durumu, bağımlılık düzeyi ve eş tanının varlığı iken (Chen ve diğ. 2004, Boye ve diğ. 2001); bakımverene ait faktörler cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyoekonomik durum, bakım verenin algıladığı sosyal destek, hastalıkla ilgili eğitim alma durumu, bakımverenin ruhsal ve fiziksel sağlık durumu olduğu görülmektedir (Wittmund ve diğ. 2002, Yusuf ve Nuhu 2011, Greenberg ve diğ. 2004, Hazel ve diğ. 2004, Chen ve diğ. 2004, Rammohan ve diğ. 2002).

Bakımveren yükünü etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmalarda; baş etme yöntemleri (Fourtune ve diğ. 2005, Wong 2000, Seltzer ve diğ. 2004), depresyon, anksiyete düzeyleri (Doornbos 2002, Olridgeve Hughes 1992) ve ruhsal hastalık riski (Boye ve diğ. 2001, Quinn ve diğ. 2003, Wong 2000), yaşam kalitesi (Wijngaarden ve diğ. 2003), öz-yeterlilik düzeyleri (Roick ve diğ. 2007), hastaların işlevsellik düzeyleri (Jagannathanve diğ. 2014) ve sosyal destek düzeyleri (Gülseren 2002) ile ilişkili bulunmuştur.

Bakım yükünü artıran önemli etmenlerden biri de damgalamadır. Damgalama ile hastalık belirtileri, toplumsal işlevler, benlik saygısı ve öz yeterlik, yaşam kalitesi ve toplumsal bütünleşmenin bozulduğu; damgalamanın kötü tedavi uyumuna ve hastalık şiddetinin artmasına neden olduğu görülmüştür (Awadve Voruganti 2008). Damgalama, hastanın iyileşme sürecini olumsuz etkilemektedir ve bu etki uzun sürelidir; hatta sadece ruhsal bir tedavi görüyor olmak bile damgalanma sebebi olarak kişilerin yaşamını

güçleştirmekte ve yaşam kalitesi azaltmaktadır (Helgason 1990, Loebel ve diğ. 1992, Mak ve Cheung 2008).

1.2. Şizofreni Hastalarında Damgalama

Damganın (stigma) kelime anlamı delmek, delik, yara, iz, bir kimsenin adını kötüye çıkartan yüz kızartıcı işaret ya da durum olsa da günümüzde ifade ettiği anlam “kara leke” dir. Damgalama ise, bireyin yaşadığı toplumda “normal” sayılan ölçütlerin dışında kalması nedeniyle toplumu oluşturan diğer bireylerin, farklı olan bireye saygınlığını azaltıcı bir atıfta bulunmasıdır (Goffmann 1963, Corrigan ve Watson 2002). Damgalama ile damgalanan bireye gerçeğe dayanmayan, bireyin adını kötüye çıkaran, bireye utanç veren bir özellik yüklenmektedir. Damgalama kişilerarası ilişkilerde ayrımcılığa ya da bireyi kabul etmemeye sebep olur (Fiske ve diğ. 2002, Link ve Phelan 2001, Sadler ve diğ. 2012). Ayrımcılık; önyargı, damgalama gibi nedenlerle kişi ya da grupların ötekileştirilip sahip oldukları bazı hak ve menfaatlerinin kısıtlamasıdır. Böylece damgalamanın da hastalığın kendisi kadar tehlikeli olma ihtimali vardır.

Yüzyıllar boyunca çeşitli hastalıklara sahip bireyler damgalamaya maruz kalmıştır (Baysal 2013). Kanser, tüberküloz, lepra, sifilis, epilepsi ve AIDS bunlara örnek verilebilir. Bu hastalıklarla ilişkili olarak damgalamayı yapan kişilerin yeterli bilgiye sahip olmadan, olumsuz ön yargılara sahip olduğu görülmektedir. Tarih boyunca ruhsal bozukluklar da, benzer şekilde olumsuz önyargılardan etkilenen hastalıkların içerisinde yer almıştır (Üçok 2003). Ruhsal hastalığı olanların damgalanmasının kökeni, insanlık tarihinin bilgisizlik dönemlerinde, bu belirtilerin doğaüstü güçlerle açıklanmaya çalışıldığı ve korku uyandırdığı zamanlara kadar dayanır. Kontrol edememekten doğan korku, hastaların dışlanmasına sebep olur ve bu da ayrımcılığın ilk hareketini oluşturur. Böylece hastalar tehlikeli, davranışları önceden kestirilemeyen kişiler gibi düşünülür ve hastanın kimlik özellikleri yerine “deli” damgası getirilir. Geçmişte ve günümüzde toplumun hastalara karşı olumsuz tutumlarından en fazla etkilenen hasta grubu şizofreni hastalarıdır. Şizofreni, ruhsal bozukluklar içinde belki de en korkutucu algılananıdır. Çalışmaların önemli bölümünde şizofreni hastaları ‘tehlikeli’ ve ‘ne yapacakları önceden kestirilemeyen kişiler’ olarak tanımlanmakta ve dışlanmaktadır (Corrigan 2006). Şizofreni hastalarının önceden kestirilemeyen, alışılmışın dışında ve toplum düzenini bozan türde davranışlarının olması toplum içinde korku ve kaygı uyandırmaktadır ve bu duygulara karşılık oluşan tepki, sıklıkla o davranışı sergileyen kişinin dışlanıp yabancılaştırılmasıdır. Bu davranış

ayrımcılığın başlangıcıdır. Toplumsal açıdan alışılmışın dışında olan, korku, endişe uyandıran ve toplumsal hayat için olası tehlike yaratan kişiler damgalanıp toplum dışına itilirler.

Damgalamanın dışünce, duygu ve davranışı içeren üç boyutu vardır:

- Damgalanan kişi veya gruba dair basmakalıp dışünceler veya olumsuz inançlar,
- Sahip olunan önyargılar ve kalıpyargıların neden olduğu olumsuz duygusal tepkiler,
- Bu dışünce ve duygulardan hareket alan ayırım ve olumsuz davranışlar (Link ve Phelan 2001, Alexander ve Link 2003, Corrigan ve diğ. 2009).

Toplumsal dangalama ve kendini damgalama olmak üzere iki tür damgalamadan söz edilmektedir (Goffmann 1963, Corrigan ve Watson 2002). Toplumsal damgalama; mesleki gruplar da dahil olmak üzere, genel toplumun damgalayıcı tutumlarını ifade etmektedir. Kendini damgalama ise, kişinin olumsuz kendilik algısı ile ilgilidir (Corrigan 2002). Toplumsal damgalama, toplum içerisindeki çoğunluğun hem fikir olduğu basmakalıp dışüncelerdir. En yaygın basma kalıp dışünceler ‘ruhsal hastalığı olan kişiler tehlikelidir’ (ne yapacakları bilinemez, şiddet eğilimlidirler); kusurludurlar (kişilik gelişimlerinde eksiklikler vardır), becerileri yetersizdir (alışabilecek yeterlilikte değildirler) şeklinde-dir. Toplumsal önyargılar ise; fırsat eşitsizliğinin yaratılması (ruhsal hastalığı olan biri ile çalışılmaz, çünkü tehlikelidir, çalıştığı yerde sorun çıkartır, tehdit yaratır), kişinin kararlarını kendi kendisine vermesine engelleme (ruhsal hastalığı olan kişi sağlıklı biri tarafından yönetilip, yönlendirilmelidir) ve toplumun genelinden ayırmayı, tecrit etmeyi (ruhsal hastalığı olan kişiler hastanelerde tutulmalıdır) içeren çeşitli ayrımcılık türlerini içermektedir (Corrigan 2002).

İçselleştirilmiş damgalamada ise, kişinin kendi hakkında olumsuz basmakalıp dışünceleri ve tutumları söz konusudur. Sahip olunan bu basmakalıp dışünceler bir önyargı oluşturur ve kişinin davranışlarını etkiler (hasta kişi, yapamayacağına inandığı için iş aramaz). Bu durumda duygusal tepki olarak da, çoğunlukla düşük benlik saygısı ve düşük öz-yeterlilik hissi görülür (Goffmann 1963, Corrigan ve Watson 2002). Kendini damgalama, dışarıdan gelen bir dışlanma ya da ayrımcılık davranışından bağımsız bir şekilde, kişinin ruhsal hastalık tanısını alırken tanı ile birlikte hastalığın olumsuz, damgalayıcı etiketini de alması ile kendini göstermektedir. Kişi, herkesten önce kendi kendini damgalamaktadır. Hastanın yakın çevresinde ve içinde yaşadığı toplumda da damgalama eğilimi varsa, kendini damgalama davranışının şiddetleneceği tahmin

edilebilir. Önyargılar, ayrımcı tutum ve davranışlar, yanlış yerleşmiş ve alışla gelmiş düşünce biçimleri her iki damgalama türünü destekleyen bileşenlerdir (Goffmann 1963, Corrigan ve Watson 2002).

Damgalama hastaların tedaviye uyumunu etkilemekte, sosyal ilişkilerini bozmakta ve iyilik halinin sağlanıp sürdürülmesinde ciddi engeller oluşturmaktadır. Dolayısıyla da hastaların yaşam kalitelerini düşürmektedir (Kammer 1993, Schulze ve Angermeyer 2003).

1.3. Şizofreni Hasta Yakınlarında Damgalama

Şizofreniye yönelik damgalama sadece hastayı etkilememekte, aynı zamanda da hasta ile ilişkili her şeyi ve herkesi etkilemektedir. Aileler de hastalarının uğradığı damgalanmadan etkilenmektedir ve suçlanma, utanma ya da içe çekilme, gizlenme gibi duygular yaşamaktadır. Kötü ebeveynlik becerilerinin ruhsal hastalıkları tetiklediği yönündeki yaygın inanışlar ve biyolojik açıdan kalıtımın etkisi sonucunda hastalığın ortaya çıkması, ailelerin üzerindeki damganın daha büyük ve ağır seyretmesine neden olmaktadır. Toplumun çocuklarının hastalığını iyi anne-babalık yapamamaktan, iyi bir aile olamamaktan kaynaklandığı şeklinde yorumlayacağı düşüncesi ile topluma karşı utanılacak bir özellikleri olduğu algısı ağır basar. Bir yandan ailenin bir parçası olan hasta kişinin (evin çocuğu, kardeşi, annesi ya da babası) durumundan sorumlu olduklarını düşünürler ve kendilerini suçlarlar; bir yandan da sanki hastalarının gizlenmesi gereken bir suçu ya da kusuru varmış gibi toplumsal yaşamda saygınlıklarını kaybettiklerini düşünür ve saygınlıklarını korumak için durumu gizlemeye çalışırlar. Aile üyeleri toplumsal damgalamanın sonucunda durumlarını başkalarından gizleyerek, toplumsal ilişkilerden çekilerek kendilerini toplumun dışına çıkarırlar (Larson ve Corrigan 2008, Ackerson 2003, Jeffery ve diğ. 2013, Nicholson ve diğ. 1998, Yıldız ve diğ. 2012).

Aile üyeleri hastalarının hastalığından dolayı toplumsal damgalanmaya maruz kalmakla birlikte, hastalarına karşı kendileri de damgalayıcı olabilmektedir. Şizofreni sürekli olan, yinelemeler ve yetiyitimiyle giden bir ruhsal bozukluk olduğundan aile üyelerinin ilişkilerini ve ruhsal durumlarını zorlamakta, aile içerisinde 'keşke doğmasaydı, keşke ölseydi, keşke hiç karşılaşmasaydık' gibi olumsuz düşünceleri söyletecek kadar etkili olabilmektedir. Bu tür duygu ve söylemler de aile üyelerinin kendi kendilerini daha fazla damgalamasına neden olabilmektedir (Yıldız ve diğ. 2012).

Sevk edildiği veya önerildiği halde ruh hekimine başvurmayan hastaların en sık belirttiği neden, tedavi ve onun niteliği ile ilgili edindikleri olumsuz düşünceler değil,

ruhsal hastalığa bağlı damgalanma korkusudur. Ayrıca hasta ve yakınları özgül ruhsal tedaviler açısından toplumdaki yaygın düşüncelere de sahip olabilmektedirler. Psikiyatrik ilaçların bağımlılığa neden olduklarını, hastalığının nedenini ortadan kaldırmadıklarını, kişilik değişikliğine neden olduklarını ve normal duyguları bastırdıklarını düşünmektedirler. Bununla birlikte, genel toplumla kıyaslandığında, psikiyatri hastaları ve yakınları genel topluma göre psikotrop ilaçlara daha olumlu yaklaşmaktadırlar.

Ruhsal hastalıklar ile ilgili hasta yakınlarının da tutumlarının yeterince olumlu olmadığı izlenmektedir. Yapılan görüşmelerde birçok aile bireyi şizofreni hastalığı olan biri ile yaşamaya sıcak bakmadıklarını belirtmişlerdir. Ailenin bu tür hastalar ile ilgili belirttiği başlıca sorunlar şunlardır:

- Hastalık sürecinin belirsiz olması,
- Yalnızlık,
- Hastanın rahatsız edici davranışları
- Aile dışından kimsenin yeterince destek vermemesi,
- Hastanın devam eden süreç içinde potansiyelini kaybetmesine üzülme,
- Hasta ile karşılıklı bir iletişim kuramamak,
- Hastanın şiddet eylemlerinden ve öngörülemeyen duygu dışavurumundan korkmak

(Taşdemir 2014).

Aile üyeleri ve hastanın birincil bakımvericisi, birlikte yaşadıkları hastanın dumundan utanç duyabilir; sosyal yaşamlarının olumsuz etkileneceği endişesi ile hasta kişiyi ve hastalığını saklama eğiliminde olabilirler (Yıldız 2005). Bununla birlikte hastanın toplum içindeki konumu, kabul görmesi ya da dışlanması da, öncelikle hastanın yakınları ve ait olduğu toplumun hastalığa bakışı ile doğrudan ilişkilidir (Morrison ve diğ. 1993). Hastanın ailesinin, akrabalarının ya da yakın çevresinde bulunan hasta ile ilişkili kişilerin hasta üzerinde aşırı duygusal tepkileri olabilir ve bu tepkiler hastanın toplumdan uzaklaştırılmış bir biçimde yaşamasına neden olabilir. Dolayısıyla hastalığının tedavisinde uygun medikal girişimler olsa bile, hastaya karşı takınılan tutum doğrudan hastanın tedaviye yanıtını ve hastalığının seyrini etkileyecektir. Bu durumun, hastalığın yinelenmesine ve toplumdan gelen ruhsal baskı ve damgalamanın aile üyeleri üzerinde olumsuz etkilere neden olduğu araştırmalarla saptanmıştır. Toplumda var olan şizofreniye yönelik damgalama hasta ve hasta yakınlarını olumsuz etkilemekte, onların yaşam kalitesini bozmakta ve hastadaki yetiyitimini attırmaktadır (Üçok 1999, Hansson ve diğ. 2001, Akdede ve diğ. 2004).

Damgalama mutsuzluk ve çaresizliğe, hastalığın gizlenmesine, sosyal ilişkilerden çekilmeye, tedavi arayışından kaçınmaya veya tedavinin gecikmesine yol açabilmektedir (Helgason 1990, Loebel ve diğ. 1992, Mak ve Cheung 2008). Bu tepkiler ailelerde benlik saygısında azalmaya, çöküntü, kaygı gibi duygusal tepkilere ve hastalığın yükünün artmasına neden olmaktadır (Gonza'lez-Torres ve diğ. 2007, Zauszniewski ve diğ. 2010, Hasson-Ohayon ve diğ. 2011).



2. AMAÇ

Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk, hastalığın doğası gereği yinelemelerle giden, yetiyitiminin olduğu, hastaya ve ailesine belirgin mali kayıplar yaşatan, hastanın toplum içinde damgalanmasına neden olabilen ciddi ruhsal hastalıklardır. Bu durum sadece hastanın değil hastayla birlikte yaşayan aile üyelerini de etkilemektedir ve ailede yük oluşturmaktadır. Ayrıca hastalar ve aile üyeleri doğrudan damgalanmaya maruz kaldıkları gibi, kendi kendilerini de damgalayabilmektedirler. Ülkemizde aile yükünü etkileyen etmenleri araştıran çalışmalar incelendiğinde, aile üyelerinde yük ve kendini damgalama arasındaki ilişkinin ele alınmadığı görülmüştür (Gümüş ve diğ. 2017). Biz de bu çalışmada şizofreni ya da şizoaffektif bozukluğu olan hasta yakınlarında aile yükü, kendini damgalama ve ilişkili etmenlerin çalışılmasını amaçladık.

3. YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın tipi, araştırma yerinin seçimi, evreni, örneklem özellikleri ve örnekleme tekniği, araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenlerinin belirlenmesi, araştırmada kullanılan terim, sınıflandırma, yöntem ve ölçütlerin açıklanması, kullanılan araç-gereçlerin tanımlanması, veri çözümlemesi, kullanılan istatistiksel testlerin ve hesaplamaların tanımlanması ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma betimsel araştırma yöntemleri içerisinde yer alan keşfedici ilişkisel tarama modeli kullanılarak gerçekleştirildi.

3.2. Araştırma Yeri ve Zamanı

Araştırma Şubat 2019 -Nisan 2019 tarihleri arasında KOÜ Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Psikiyatri polikliniği ve Psikiyatri servisinde tedavisi sürdürülen hastaların bakım vericileri ile gerçekleştirildi.

3.3. Araştırma Evren ve Örneklemi

DSM-V tanı ölçütlerine göre şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanısı alan hastaların kendilerine bakmakla yükümlü olan yakınlarından (beraber yaşayan anne, baba, kardeş, akraba) oluşan kişiler çalışmaya dahil edildi. Hasta yakınlarında; çalışmaya katılmayı kabul eden, zeka geriliği olmayan, yargılamayı etkileyecek düzeyde nörolojik bozukluğu olmayan, ciddi ruhsal hastalık nedeniyle tedavi görmüyor olan, en az ilkokul mezunu, 18-65 yaş arasındaki bakım verenler (anne, baba, kardeş, eş vb.) çalışmaya alındı.

Poliklinikten izlenen ve çalışmaya alınma koşullarını karşılayan 102 hasta yakını ile çalışma yürütüldü. Çalışmaya alınan hasta yakınları, çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgilendirildi, gönüllü katılım için imzalı onamları alındı.

3.4. Araştırmada Kullanılan Araç-Gereçlerin Tanımlanması

Onam veren hasta yakınlarına öncelikle nüfus bilgi formu, Zarit Aile Yük Ölçeği (ZAYÖ), Kendini Damgalama Ölçeği- Aile (KDÖ-A), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) uygulandı. Aynı anda, ayrı klinisyen hastalarla kısa bir görüşme yaptı ve Klinik Genel İzlenim-Şiddet (KGİ-Ş) ve İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (İGD) ölçeklerini uyguladı. Tüm bu ölçeklerin yapılması yaklaşık 40 dakika kadar sürdü.

3.4.1. Hasta Yakını ve Hasta Nüfus Bilgi Formu

Hasta yakınlarının nüfus özelliklerini değerlendirmek için çalışmacılar tarafından hazırlanmış bir form kullanıldı. Hasta yakınına yönelik hazırlanan form, hasta yakınının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu, hasta ile yakınlık derecesi, bakmakla yükümlü olduğu başka birinin var olup olmadığı gibi soruları içermektedir. Hastalara yönelik hazırlanan form, hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, özkıyım girişimi ve şiddet davranışının olup olmadığı gibi soruları içermektedir.

3.4.2. İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (İGD)

DSM-IV'te yer alan ve klinisyen yargısına göre puanlanan 'Eksen V' değerlendirmesidir (APA 1994). Genel işlevsellik için 0-100'lük bir aralıkta hastalığın ruhsal, toplumsal ve mesleki işlevsellik üzerindeki etkisi puanlanır. Alınan puanın yükselmesi işlevselliğin daha iyi olduğunu gösterir.

3.4.3. Klinik Genel İzlenim-Şiddet (KGİ-Ş)

Klinik genel izlenim ruhsal hastalıkların genel değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçek olup hastalık şiddeti, düzelme ve yan etki şiddetini içeren 3 bölümden oluşur. Bu araştırmada ölçeğin yalnızca şiddet bölümü kullanıldı. Görüşmeci hastalıkla ilgili genel deneyimine dayanarak 1 (saptanmadı) ve 7 (en ağır hastalar) arasında puan verir. Yüksek puan klinik durumun şiddetli olduğunu gösterir (Guy 1976).

3.4.4. Kendini Damgalama Ölçeği- Aile (KDÖ-A)

Ruhsal hastalığı olan bireylerde kendini damgalama ya da içselleştirilmiş damgalamayı değerlendiren hasta yakınlarına yönelik olarak 14 maddeden oluşan 3 faktörlü toplumdaki çekilme, hastalığın gizlenmesi, değersizlik algısı alt boyutlarından oluşan bir ölçektir. Beşli likert tipi ölçüm "1= bana hiç uymaz, 2= biraz uyar, 3= orta derecede uyar, 4= genellikle uyar, 5= tam uyar" yapacak şekilde oluşturuldu. Ölçekten alınan puanlar artıkça hasta yakınlarının kendini damgalaması artmaktadır (Yıldız ve diğ. 2018).

3.4.5. Zarit Aile Yük Ölçeği (ZAYÖ)

Zarit Aile Yük Ölçeği, Zarit ve diğ. tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir (Zarit ve diğ. 1980). Özlü ve arkadaşları tarafından şizofreni hasta yakınlarında Türkçe geçerlilik ve

güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Özlü ve diğ. 2009). Ciddi ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verenlerin yüklerinin değerlendirildiği ölçek 19 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı.83 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınan puanlar arttıkça yükün şiddeti de artmaktadır.

3.4.6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck ve arkadaşları tarafından depresyonun bedensel, duygusal ve bilişsel belirtilerini ölçmek üzere geliştirilmiştir (Beck ve diğ. 1961). Türkçeye uyarlama çalışması Hisli tarafından yapılmıştır (Hisli 1998). 21 sorudan oluşmaktadır ve kendini değerlendirme ölçeğidir. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .90 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınan puan arttıkça depresyonun şiddeti de artmaktadır.

3.5. Alınan Etik Kurul Onayının Yeri ve Numarası

Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmış olan etik kurul karar numarası: KÜ GOKAEK-2019/04.06 ve proje numarası: 2019/53'dir.

3.6. Veri Çözümlemesi, Kullanılan İstatistiksel Testlerin Tanımlanması

Çalışmanın sayımsal çözümlemesi Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı (SPSS) 22 (Armonk, New York, ABD) kullanılarak yapıldı. Hastaların ve hasta yakınlarının nüfus bilgileri ve klinik durumlarının ortalama ve standart sapmaları hesaplandı. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov Simirnov test ile ölçüldü ve verilerin normal dağılım göstermediği saptandı; nicel verilerin analizinde Man-Whitney U test, Kruskal - Wallis Test ve Sperman korelasyon analizi testleri kullanıldı. ZAYÖ puanı yordayıcılarının belirlenmesinde lineer regresyon yöntemi kullanıldı. ZAYÖ ile anlamlı düzeyde ilişki gösteren değişkenler regresyon analizine dahil edildi. Anlamlılık düzeyinin belirlenmesinde $p < 0.05$ değeri ölçüt alındı. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi. İstatistiksel açıdan p değerinin 0,05'ten küçük olması anlamlı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Nüfus ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışma kapsamında Şubat 2019 – Nisan 2019 tarihleri arasında 102 şizofreni ve şizoaffektif hastası değerlendirmeye alındı.

Hastaların %67'si erkek, yaş ortalaması 35 ve eğitim ortalaması 11 yıl idi. %74'ü bekar, %68'i işsiz ve %73'ü anne-babası ile yaşayan hastaların nüfus ve klinik özellikleri Çizelge 4.1' de gösterildi.

Çizelge 4.1. Hastaların nüfus ve klinik özellikleri (Şizofreni=77; ŞAB=25)

Yaş (ortalama ± SS, aralık)	34,67±8,30 (19-61)	
Eğitim yılı (ortalama ± SS, aralık)	11,39±3,14 (5-20)	
Kişi başına düşen gelir/ay* (ortalama ± SS, aralık)	1022,5±635,2 (100-3000)	
Hastalık başlangıç yaşı (ortalama ± SS, aralık)	22,88±6,66 (14-45)	
Hastalık süresi/yıl (ortalama ± SS, aralık)	11,78±7,30 (1-41)	
Hastane yatış sayısı (ortalama ± SS, aralık)	2,13±1,71 (0-8)	
Hastanede toplam yatış günü (ortalama ± SS, aralık)	68,40 ±72,57 (0-400)	
Klinik Genel İzlenim –Şiddet (ortalama ± SS, aralık)	4,11 ±0,97 (2-6)	
İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (ortalama ± SS, aralık)	60,14±9,37 (45-80)	
Cinsiyet/Erkek (sayı, %)	68 (66,7)	
Medeni durum/Bekâr (sayı, %)	80 (78,4)	
Yaşam Biçimi (sayı, %)	Anne- Baba	74 (72,5)
	Eş-Çocuk	21 (20,6)
	Diğer	7 (7,8)
İşsizlik (sayı, %)	69 (67,6)	
Sağlık güvencesi (sayı, %)	101 (99,0)	
Ek ruhsal hastalık (sayı, %)	14 (13,7)	
İnsana fiziksel şiddet (sayı, %)	39 (38,2)	
Özkıyım girişimi (sayı, %)	22 (21,6)	
Adli Olay (sayı, %)	10 (9,8)	

*Kişi başına düşen aylık gelir eve giren toplam gelirin evde yaşayan kişi sayısına bölünmesi ile elde edilmiştir.

4.2. Hasta Yakınlarının Nüfus Özelliklerine İlişkin Bulgular

Hasta yakınlarının %52'si kadın, yaş ortalaması 52 ve eğitim ortalaması 9 yıl idi. %35'i baba olmasına rağmen kadın bakım verenler çoğunlukta idi. Hasta yakınlarının nüfus özellikleri Çizelge 4.2'de gösterildi.

Çizelge 4.2. Hasta yakınlarının nüfus özellikleri (n=102)

		Ort. ± SS	n	%
Yaş		51,98±12,92		
Başarı ile bitirdiği eğitim yılı		9,40±4,08		
Cinsiyet	Kadın		53	52,0
Medeni durum	Evli		81	79,4
Yakınlık derecesi	Anne		29	28,4
	Baba		36	35,3
	Kardeş		14	13,7
	Eş		19	18,6
	Diğer		4	4,0
Çalışma Durumu	Çalışıyor		33	32,4
Bakmakla yükümlü olduğu başka kişi	Var		10	9,8
Ruhsal hastalık	Var		11	10,8

4.3. Hasta Yakınlarının Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

Hasta yakınlarının ZAYÖ, KDÖ-A veBDÖ'den aldığı toplam puanlar ile KDÖ-A alt boyutlarından aldıkları puanların ortalama ve standart sapmaları Çizelge 4.3'de verildi.

Çizelge 4.3. Hasta yakınlarının ölçeklerden aldığı puan ortalamaları

Ölçekler	(Ortalama ± SS, aralık)
Zarit Aile Yük Ölçeği	41,34±14,35 (18-84)
Kendini Damgala Ölçeği –Aile	18,27±6,16 (13-46)
Kendini Damgala Ölçeği –Aile Değersizlik algısı boyutu	7,77±3,59 (5-24)
Kendini Damgala Ölçeği –Aile Toplumsal çekilme	6,15±1,87 (5-15)
Kendini Damgala Ölçeği –Aile Hastalığın gizlenmesi	5,33±3,45 (3-15)
Beck Depresyon Ölçeği	6,34±7,08 (0-29)

ZAYÖ ile BDÖ ve KDÖ-A toplam puan ve KDÖ-A alt boyutları arasındaki bağıntı çözümlemesinin sonuçları Çizelge 4.4’de verildi. ZAYÖ ile BDÖ, KDÖ-A toplam puan ve KDÖ-A değersizlik algısı, KDÖ-A toplumsal çekilme alt boyutları arasında ve KDÖ-A hastalığın gizlenmesi ile düşük derecede pozitif yönde ilişki bulundu.

Çizelge 4.4. ZAYÖ ile BDÖ, KDÖ-A toplam ve KDÖ-A alt ölçekler arasındaki ilişki

		BDÖ	KDÖ-A	KDÖ-A Değersizlik Algısı	KDÖ-A Toplumsal Çekilme	KDÖ-A Hastalığın Gizlenmesi	KGI	İGD
ZAYÖ	r_s	0,420**	0,476**	0,417**	0,470*	0,230*	0,128	-0,150

*p<0.05;**p<0.01; r_s : Sperman Korelasyon Analizi

Hastaların nüfus ve klinik verileri arasında yer alan yaş, eğitim, ekonomik durum, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi ve hastaneye yatış sayısı sürekli değişken özelliği gösterdiğinden bu değişkenler sperman korelasyon analizine alındı ve ZAYÖ ile ilişkileri Çizelge 4.5’de gösterildi. Bu değişkenler arasında yalnızca toplam hastaneye yatış sayısı ($r=-0.245$) ile ZAYÖ puanı arasında düşük düzeyde pozitif ilişki bulundu.

Çizelge 4.5. ZAYÖ puanı ile hastaya ait süreli değişkenler arasındaki ilişki

		Yaş	Eğitim durumu	Ekonomik durum	Hastalık başlangıç yaşı	Hastalık süresi	Hastaneye yatış sayısı
ZARİT	r_s	0.032	0.024	0.002	-0.151	0.177	0.245

*p<0.05;**p<0.01; r_s : Sperman Korelasyon Analizi

ZAYÖ puanı ile kategorik değişken özelliği gösteren nüfus ve klinik veriler arasındaki ilişki Çizelge 4.6'da verildi. ZAYÖ ile hastanın özkıym girişimi arasında anlamlı ilişki bulundu.

Çizelge 4.6. ZAYÖ puanı ile hastaya ait kategorik değişkenler arasındaki ilişki

		ZAYÖ	İstatistik	p
Cinsiyet	Kadın	42,14±15,20	-0,138*	0,890
	Erkek	40,94±14,00		
Medeni durum	Bekâr	41,22±13,97	1,098*	0,577
	Evli	41,77±15,99		
Şu anki yaşam biçimi	Anne-baba	40,54±13,29	0,706**	0,703
	Eş/Çocuk	43,38±15,50		
	Diğer	43,71±13,29		
Çalışma durumu	İşsiz	41,40±13,28	-0,701**	0,483
	Malulen emekli	42,30±17,34		
	Denetimli Çalışıyor	54,75±10,65		
	Düzenli çalışıyor	37,78±16,33		
Hastalık tanısı	Şizofreni	39,90±13,35	-1,529*	0,126
	Şizoaffektif bozukluk	45,76±16,60		
Şiddet davranışı	Var	44,15±14,01	-1,664*	0,096
	Yok	39,60±14,39		
Adli olay	Var	41,70±19,25	-0,242*	0,809
	Yok	41,30±13,85		
Özkıym girişimi	Var	46,36±13,82	-2,059*	0,039
	Yok	39,96±14,27		

*Z: Mann - Whitney U testi ; **H: Kruskal - Wallis Test

ZAYÖ puanı ile hasta yakını nüfus verileri arasındaki ilişki Çizelge 4.7’de verildi. ZAYÖ ile bakmakla yükümlü olduğu başka hasta, yaşlı ya da özürlü bulunan aileler arasında anlamlı ilişki bulundu.

Çizelge 4.7. ZAYÖ puanı ile hasta yakınına ait veriler arasındaki ilişki

		ZAYÖ
Değişkenler		Ortalama ± SS
Yaş		41,34±14,35
	* r _s	-0,043
Eğitim durumu	p	0.665
		41,34±14,35
Ekonomik durumu	r _s	-0,007
	p	0.942
Cinsiyet		41,34±14,35
	r _s	0,002
Medeni durumu	p	0.984
	Kadın	43,35±15,32
Yakınlık derecesi	Erkek	39,16±13,02
	**Z	-1.266
Çalışma durumu	p	0.205
	Evli	42,39±15,16
Ailede bakmakla yükümlü olduğu başka hasta, yaşlı ya da özürlü	Bekâr	37,28±9,97
	Z	-1.259
Ruhsal hastalık tedavisi (son 6 ay)	p	0.208
	Anne	41,68±12,76
Ailede bakmakla yükümlü olduğu başka hasta, yaşlı ya da özürlü	Baba	39,38±13,49
	Kardeş	41,28±16,38
Ailede bakmakla yükümlü olduğu başka hasta, yaşlı ya da özürlü	Eş	42,47±15,65
	Diğer	51,25±21,73
Ailede bakmakla yükümlü olduğu başka hasta, yaşlı ya da özürlü	***H	1,784
	p	0.775
Ailede bakmakla yükümlü olduğu başka hasta, yaşlı ya da özürlü	İşsiz	38,33±10,21
	Emekli	39,32±12,84
Ailede bakmakla yükümlü olduğu başka hasta, yaşlı ya da özürlü	Memur/İşçi	42,75±13,91
	Ev Hanımı	41,84±16,42
Ailede bakmakla yükümlü olduğu başka hasta, yaşlı ya da özürlü	Öğrenci	44,33±20,52
	H	0,893
Ailede bakmakla yükümlü olduğu başka hasta, yaşlı ya da özürlü	p	0,926
	Var	49,00±14,36
Ailede bakmakla yükümlü olduğu başka hasta, yaşlı ya da özürlü	Yok	40,51±14,18
	Z	-1.965
Ailede bakmakla yükümlü olduğu başka hasta, yaşlı ya da özürlü	p	0.049
	Var	44,00±13,33
Ailede bakmakla yükümlü olduğu başka hasta, yaşlı ya da özürlü	Yok	41,02±14,50
	Z	-0,669
Ailede bakmakla yükümlü olduğu başka hasta, yaşlı ya da özürlü	p	0.503

* r_s: Sperman korelasyon; **Z: Mann - Whitney U testi ; ***H: Kruskal - Wallis Test

Çalışmada ikili karşılaştırmalar sonucunda ZAYÖ puanı ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunan toplam hastaneye yatış sayısı, hastada özkıyım girişimi, ailede bakmakla yükümlü olduğu başka hasta, yaşlı ya da özürlü varlığı, hasta yakınlarının BDÖ puanı ve KDÖ-A toplam puanı bağımsız değişkenleri lineer regresyon analizine alındığında [$X_2=4,543$, $df=5$, $p=0.000$, $R^2=0,191$] KDÖ-A toplam puanı düzeyinin ZAYÖ ile daha güçlü ilişki gösterdiği belirlendi. Analiz sonuçları Çizelge 4.7’de verildi.

Çizelge 4.8. ZAYÖ puanını yordayan etmenlerin linear regresyon sonuçları

Değişkenler	B	T	P	F	Model (p)	R ² (%95 GA)
Toplam hastaneye yatış	1,302	1,558	0,123	4,543	0.001	0.191
Ailede bakmakla yükümlü olduğu başka hasta, yaşlı ya da özürlü	-3,725	-0,804	0,423			
Özkıyım girişimi	3,480	1,017	0,312			
BDÖ	0,421	1,785	0,077			
KDÖ-A toplam puan	0,489	2,128	0,036			

KDÖ-A toplam puanı ile hasta nüfus - klinik verileri ve hasta yakını nüfus verilerinin arasındaki anlamlılığa baktığımızda hasta yakınlarının eğitim düzeyi [$r_s=-0,243$; $p=0,030$] ile negatif yönde ilişki çıktı.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada şizofreni hasta yakınlarında aile yükü ile ilişkili etmenler araştırılmıştır. Ailede ciddi ruhsal hastalığı ve sürekli bakım gereksinimi olan bir bireyin bulunması, ailenin işlevlerinde bozulmalara, aile üyelerinde çeşitli güçlüklerle ve yüklerle neden olmaktadır. Bu nedenle, ciddi ruhsal hastalığı olan hastaya bakımveren kişilerin yaşadığı yükü ve bu yükün ilişkili olduğu etmenleri araştırmak, söz konusu yükün azaltılması için gerekli olan girişimleri belirleyebilmek açısından önemlidir.

Çalışmamızda hasta yakınlarının ZAYÖ ölçeğinden ortalama 41 puan aldığı görüldü. ZAYÖ ölçeğinden 0-21 arası “yük yok-az düzey”, 21-40 arası “hafif-orta düzey”, 41-60 arası “orta-şiddetli düzey”, 61-88 arası “şiddetli” yük algısı olarak değerlendirilmektedir. Hasta yakınlarında orta-şiddetli düzeyde yük algıladıkları görüldü. Kültürel değerler açısından bakıldığında ülkemizde, kişilerin aile içerisinden birine bakım vermesi kabul gören ve hatta beklenen bir davranıştır. Bu kültürel kabulle birlikte, bakım verme yükünün daha hafif düzeyde olması beklenebilir ancak çalışmamızda bakımvericilerin toplam yük puanı ortalamaları “orta-şiddetli düzey” çıkmıştır. Bu durum, sosyo-kültürel yapının değişiyor olması ile açıklanabilir; şöyle ki, ülkemizde kültürel olarak geleneksel, geniş aile yapısından çekirdek aile modeline geçişin olduğu görülmektedir ve bu değişimle birlikte ailelerin sosyal destek sistemleri azalmış, dolayısıyla da yükleri artmıştır. Aynı şekilde, dünyanın birçok ülkesinde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Durmaz ve Okan 2014). Alexander ve arkadaşları şizofreni hastalarına bakımverenlerinde ‘orta düzeyde’, Bergvall ve arkadaşları alzheimer hastalarına bakımverenlerinde ‘hafif-orta düzeyde’, Loi ve arkadaşları ruhsal hastalığı olan bireylere bakımverenlerde ‘orta- ağır düzeyde’, Luchsinger ve arkadaşları ruhsal hastalığı olan bireylere bakımverenlerde ‘yüksek düzeyde’, Navidian ve Bahari ruhsal hastalığı olan bireylere bakımverenlerde ‘orta-ağır düzeyde’ yük algısının olduğunu tespit etmişlerdir (Alexander ve diğ. 2016, Bergvall ve diğ. 2011, Loi ve diğ. 2015, Luchsinger ve diğ. 2015, Navidian ve Bahari 2008).

Türkiye’de şizofreni hastalarının çoğunun hem eğitim, hem de sosyoekonomik düzeylerinin düşük olduğu ve %87.5’inin işsiz olduğu görülmektedir. Hastaların büyük oranda ailesiyle, çok azının aile dışında ya da yalnız yaşadıkları görülmektedir. Hastanın işlevselliğinde azalmanın olması ve öz bakımını sağlamakta zorluk çekmesi, çevreyle uyum içinde yaşayabilmesini zorlaştırmakta ve ailenin desteğine olan ihtiyacını arttırmaktadır. Bu durumda hastanın ailesinin verdiği destek iyileşmeyi hızlandırmaktadır

(Soygür ve diğ. 2007, Belli ve diğ. 2007). Çalışmamızda da hastalarımızın %67'si erkek, eğitim ortalaması 11 yıl ve %74'ü bekar, %68'i işsizdi. Hastalarımızın %73'ü anne-babası ile yaşadığını ifade etmiştir. Çalışmamızdaki hastaların nüfus bilgileri alanyazın ile uyumludur.

Bakım yükü, çok yönlü bir kavramdır. Bakım verenin yükünü etkileyen hazırlayıcı faktörler ile ilgili olarak bir çok çalışma yapılmıştır. Bakım yükü ile ilişkili etmenler hastaya ait özellikler ve bakım verene ait özellikler olarak ele alınmıştır.

Çalışmamızda hastaların nüfus ve klinik verileri arasında yer alan yaş, eğitim, ekonomik durum, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi ve hastaneye yatış sayısı ile ZAYÖ arasındaki ilişkide yalnızca hastaların toplam hastaneye yatış sayısı ile pozitif ilişki bulundu. Hastaların cinsiyeti, medeni durumu, yaşam biçimi, çalışma durumu, hastalık tanısı, şiddet davranışı, adli olay yaşaması ve özkıyım girişimi arasındaki ilişkide ise yalnızca özkıyım girişimi arasında anlamlı ilişki bulundu.

Genel olarak çalışmalara bakıldığında şizofreni bakımverenlerinde yükü etkileyen faktörler hastanın yaşı, cinsiyeti, sosyal güvencesi, medeni durumu, tanısı, hastalık belirtileri, hastalık süresi ve hastalığın evresi, hastanın tedavi alma durumu, bağımlılık düzeyi ile eş tanının varlığıdır (Yavaş 2013, Depçe 2010, Kızılırmak ve Küçük 2016, Pazvantoğlu ve diğ. 2014, Arslantaş ve Adana 2011, Özlü ve diğ. 2015).

Alanyazında hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, çalışma durumu, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi ile bakıcı yükü arasında ilişkisi gösterildiği halde çalışmamızda anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sadece toplam hastanede yatış sayısı ile bakıcı yükü arasında pozitif bir bağıntı bulgulanı. Gülseren ve arkadaşları 237 bakımveren ile yaptığı çalışmada hastalık süresi ile birlikte, hastanede yatış sayısı ve bakım yükü arasında da pozitif yönlü bir bağıntı saptamıştır (Gülseren ve diğ. 2010). Aydın ve arkadaşları da, yaptıkları çalışmada hastaneye yatış sayısı ve hastalığın alevlenme sayısı ile ailenin yükünün ilişkili olduğunu bulmuşlardır (Aydın ve diğ. 2009). Hastalarında hastaneye yatış sıklığının artması, aile içinde kimi işlevleri düzelterek bir rahatlama sağlarken kimi işlevleri daha da bozabilir. Şizofreninin yetiyitimi ile giden süreğen bir hastalık olduğu düşünüldüğünde, aile üyeleri sürekli bir kayıplara alışma ve uyumlanma çabası içindedirler. Ülkemizde var olan sağlık sistemi içerisinde şizofreni hastalığının tedavisi, daha çok akut dönem belirtilerini yatıştırmak üzerinedir ve bu anlayış ile ailelere yeterince zaman ayrılamamaktadır. Bu nedenle, hastalık süresinin uzaması ve

yineleyen yatışlar aile üyelerinin tükenmesinde ve damgalanma nedeniyle daha fazla yük yaşamasında etkili olabilir (Gülseren ve diğ. 2010).

Hastalığın klinik şiddetinin de bakım yükü üzerine etkiliği olduğu çalışmalar olmakla birlikte klinik durumun ilişkili çıkmadığı çalışmalar da vardır. Klinik durumu değerlendirmek için çalışmalarda çoğunlukla pozitif ve negatif belirtileri değerlendirme ölçeği kullanılmıştır. Negatif belirti kümesinin pozitif belirti kümesine göre bakım veren külfetini daha çok artırdığını gösteren veriler bulunmuş (Aydın ve diğ. 2009, Gülseren 2010). Yazıcı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da KGİ-Ş ile ZAYÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış (Yazıcı ve diğ. 2016). Bizim çalışmamızda hastaların klinik durumu Klinik Genel İzlenim-Şiddet ölçeği ile değerlendirildi ve yük ile anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Şizofreni hastalarının işlevsellik düzeyinin yükseltilmesi, tedavi sürecindeki temel hedeflerden biridir. Hastaların işlev kayıplarının ya da artan işlevsellik düzeylerinin bakımveren yükü ile ilişkisi olduğu, hastanın toplumsal işlevselliğindeki düzelmeye bağlantılı olarak ailenin yükünün de azaldığı bildirilmiştir (Magliano ve diğ. 2000, Perlick ve diğ. 2006, Danacı ve diğ. 2005, Yazıcı ve diğ. 2016). Çalışmamızda işlevselliğin genel değerlendirilmesi ölçeği ile değerlendirme yapıldı ve aile yükü ile anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Şizofreni tanılı hastaların %20-50'sinde özkıyım girişimi görülmektedir (Teraishi ve diğ. 2014, Richard ve diğ. 2014). Bizim çalışmamızda da hastaların %21'i özkıyım girişimde bulunduğunu ifade etti ve bakım yükü ile anlamlı bir ilişki bulundu. Şizofreni hastalarında özkıyım girişimleri öncesinde herhangi bir uyarının olmaması ya da niyetin sözel olarak ifade edilmemesi, bu hastalarda özkıyım girişiminin öngörücü etmenlerinin belirlenmesini zorlaştırmaktadır (Togay ve diğ. 2015). Dolayısıyla aile üyelerinin, daha önce girişimde bulunmuş bir hasta için her daim endişeli olması beklenebilir. Şizofreni gibi ciddi ruhsal bozukluklarda özkıyım ve saldırganlık konusunda endişeler oldukça fazladır. Yaşlanan bakımvericilerin, kendileri öldükten sonra geride kalacak olan hasta için endişelerinin olduğu da sıklıkla bildirilmektedir (Köroğlu ve Hocoğlu 2017).

Hasta yakınlarının %52'si kadın, yaş ortalaması 52 ve eğitim ortalaması 9 yıl idi. Hasta yakınlarının yakınlık derecesi %35'i baba olmasına rağmen bakım vericilerin yarısından fazlası kadınlardan oluşmaktadır. Yapılan çalışmalara bakıldığında şizofreni hastalarının bakımverenleri çoğunlukla kadındır ve çoğunlukla bu kadınlar hastanın annesi,

kız kardeşi ya da eşidir. Ülkemizde de yapılan çalışmalara bakıldığında, hastayla ilgilenen kişilerin çoğu kadındır ve kadınların çoğunu da anneler oluşturmaktadır. çalışmalarda bakımverenin kadın olmasının daha fazla yükü ilişkili olduğu bildirilmiştir. Farklı olarak yine ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, bakıcının ve hastanın cinsiyeti ile yük arasında bir ilişki saptanmamıştır (Aydın ve diğ. 2009).

Hasta yakınları BDÖ ölçeğinden ortalama 6,34 puan almışlardır. Çalışmamızda hasta yakınlarındaki depresyon düzeyi normal sınırlar içinde bulgulanı. Fakat aile yükü ile depresyon puanları arasında pozitif bir ilişki bulundu. Yapılan çalışmalarda, bakımveren yükü ile baş etme yöntemleri, depresyon ve kaygı düzeyleri ve ruhsal hastalık riski arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Yıldırım ve diğ. 2017). Gülseren ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmada ise, hasta yakınlarının kaygı ve depresyon belirti düzeyleri ile yük arasında pozitif bir bağıntı saptamıştır (Gülseren ve diğ. 2010).

Çalışmamızda ZAYÖ ile KDÖ-A toplam puan, KDÖ-A değersizlik algısı ve KDÖ-A toplumsal çekilme alt boyutları arasında orta düzeyde pozitif yönde ilişki bulundu. KDÖ-A hastalığın gizlenmesi alt boyutu ile zayıf düzeyde pozitif yönde ilişki bulundu. Çalışmada ikili karşılaştırmalar sonucunda ZAYÖ puanı ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunan toplam hastaneye yatış sayısı, hastada özkıyım girişimi, ailede bakmakla yükümlü olduğu başka hasta, yaşlı ya da özürlü varlığı, hasta yakınlarının BDÖ puanı ve KDÖ-A toplam puanı bağımsız değişkenleri lineer regresyon analizine alındığında varyansın %19'nu açıklayan modelde KDÖ-A toplam puanı düzeyinin ZAYÖ ile daha güçlü ilişki gösterdiği belirlendi. Mak ve Cheung de kendini damgalama ile bakıcı yükü arasında benzer bir ilişki bildirmektedir (Mak ve Cheung 2008). Aile yükünün öngörücülerine bakıldığı modelde kendini damgalamanın öngörücü çıktığı ve toplam varyansın %25'ni açıkladığı bulunmuştur. Hailemariam'ın yaptığı çalışmada da aile yükü ile kendini damgalama arasında ($r= 0.33$, $P<0.01$) orta düzeyde ilişki çıktığı bulgulanmıştır (Hailemariam 2015). Fernando ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aile yükü öngörücülerine bakıldığı çoklu regresyon analizinde, hasta yakınının cinsiyeti ve kendini damgalama değişkenlerinin öngörücü çıktığı ve toplam varyansın % 22'sini açıkladığı bulunmuştur (Fernando ve diğ. 2017).

Hasta yakınlarının kendini damgalayan yaşantıları onların sıkıntısını ve yükünü artıran önemli bir açmaz olmaktadır. Hastaların tedavi süreçlerinde hasta yakınlarına

yapılan eğitim ve tedavi girişimlerinde onların kendini damgalama duygularının da ele alınması gerektiği ortadadır.

5.1. Sınırlılıklar

Araştırma kapsamında değerlendirmeye alınan katılımcıların tamamının ayaktan izlenen, belirtileri hafif-orta şiddette olan şizofreni hasta yakınlarından oluşması bulguların tüm şizofreni hasta yakınlarına genellenmesini zorlaştırmaktadır.

Hasta yakınlarının hastaları ile geçirdikleri sürelerin sorulmaması, hasta yakınlarının hastalık hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmemiş olması da bir eksikliktir.

Hastaların içgörü düzeylerinin bilinmemesi, klinik durumlarının daha detaylı ölçekler ile ölçülmemesi de bir eksikliktir.



6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Hastaların nüfus ve klinik verileri arasında yer alan yaş, eğitim, ekonomik durum, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi ve hastaneye yatış sayısı sürekli değişken özelliği gösterdiğinden bu değişkenler sperman korelasyon analizine alındı ve ZAYÖ ile ilişkili yalnızca toplam hastaneye yatış sayısı ile düşük düzeyde pozitif ilişki bulundu.

ZAYÖ puanı ile hastaların nüfus ve klinik veriler arasındaki ilişkinin incelenmesi sonucunda yalnızca özkıyım davranışı olan hastalar ile anlamlı çıktı.

Hasta yakınlarının %52'si kadın, yakınlık derecesi %35'i baba olmasına rağmen bakım vericilerin yarısından fazlası kadınlardan oluştuğu bulgulandı.

ZAYÖ ile hasta yakınların bakmakla yükümlü olduğu başka hasta, yaşlı ya da özürlü bulunan aileler arasında anlamlı ilişki bulundu.

ZAYÖ ölçeği ile BDÖ ve kendini damgalama ölçeği ve alt boyutları arasında bağıntı çözümlemesinin sonuçlarında; ZAYÖ ile BDÖ, KDÖ-A toplam puan ve KDÖ-A değersizlik algısı, KDÖ-A toplumsal çekilme alt boyutları arasında orta düzeyde pozitif ve KDÖ-A hastalığın gizlenmesi ile düşük düzeyde pozitif yönde ilişki bulundu.

Hasta yakınları BDÖ ölçeğinden ortalama 6,34 puan almışlardır. Hasta yakınlarındaki depresyon düzeyi normal sınırlar içinde bulgulandı.

Çalışmamızda hasta yakınlarının ZAYÖ ölçeğinden ortalama 41 puan aldığı görüldü. Hasta yakınlarında orta-şiddetli düzeyde yük algıladıkları görüldü.

İkili karşılaştırmalar sonucunda ZAYÖ puanı ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunan toplam hastaneye yatış sayısı, hastada özkıyım girişimi, ailede bakmakla yükümlü olduğu başka hasta, yaşlı ya da özürlü varlığı, hasta yakınlarının BDÖ puanı ve KDÖ-A toplam puanı bağımsız değişkenleri lineer regresyon analizine alındığında varyansın %19'nu açıklayan modelde KDÖ-A toplam puanı düzeyinin ZAYÖ ile daha güçlü ilişki gösterdiği belirlendi.

6.2. Öneriler

Ciddi ruhsal hastalıklarda tedavi sürecine katılan uzmanlar, toplumsal damgalama ve kendini damgalamanın yükünü taşıyan ailelere karşı duyarlı olmalı, fark edip bunu tanıyabilmelidir. Tedaviye ulaşma ve sürdürme sürecinde kendini damgalamanın etkisi var ise, bu ele alınmalı uygun girişimlerde bulunulmalıdır. Hasta yakınlarına ruhsal-toplumsal tedavi girişimlerinde bulunulup ailenin ruhsal sağlığı güçlendirilmesi ve hastalığın getirdiği yükün azaltılması gerekmektedir. Kendini damgalamanın ailenin yükünü nasıl etkilediğinin belirlenmesi önemli girişimlerden olabilir. Bakım verenin bedensel, ruhsal ve toplumsal açıdan sağlıklı olmasının, hastaya verdiği bakımın kalitesini artıracığı beklenmektedir.



KAYNAKLAR

- Ackerson BJ. Coping with the dual demands of severe mental illness and parenting: The parents' perspective. *Fam Soc.* 2003; 84(1): 109-118.
- Akdede BBK, Alptekin K, Topkaya ŞÖ ve diğ. Gençlerde şizofreniyi damgalama düzeyi. *Yeni Symposium.* 2004; 42(3): 113-117.
- Alexander L, ve Link B. The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *J Ment Health.* 2003; 12(3): 271-289.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.*
- Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin bakım verenler yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2011; 3(2): 251-277.
- Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z ve diğ. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2011; (3): 513-552.
- Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers. *Pharmacoeconomics.* 2008; 26(2): 149-162.
- Baysal GÖD. Damgalanma ve ruh sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi.* 2013; 22(2): 239-251.
- Beck AT, Ward C, Mendelson M ve diğ. Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry.* 1961; 4(6): 561-571.
- Boye B, Bentsen H, Ulstein I ve diğ. Relatives' distress and patients' symptoms and behaviours: a prospective study of patients with schizophrenia and their relatives. *Acta Psychiatr Scand.* 2001; 104(1): 42-50.
- Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review. *Health Qual Life Out.* 2009; 7(1): 84.
- Chang CC, Yen CF, Jang FL ve diğ. Comparing affiliate stigma between family caregivers of people with different severe mental illness in Taiwan. *J Nerv Ment Dis.* 2017; 205(7): 542-549.
- Corrigan PW, Larson JE, Ruesch N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry.* 2009; 8(2): 75-81.
- Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *J Soc Clin Psychol.* 2006; 25(8): 875-884.
- Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry.* 2002; 1(1): 16.
- Corrigan PW. Empowerment and serious mental illness: Treatment partnerships and community opportunities. *Psychiat Quart.* 2002; 73(3): 217-228.
- Danacı AE, Karaca N, Deveci A. Evaluation of the relationship between the social functioning and family functioning in schizophrenia. *Türkiye’de Psikiyatri.* 2005; 7:103-108.
- Değçe AA. Erkek şizofreni hastalarında bakım veren yükü açısından alkol ve madde kullanımı varlığının etkisi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2010.
- Doornbos MM. Family caregivers and the mental health care system: reality and dreams. *Arch Psychiatr Nurs.* 2002; 16(1): 39-46.

- Durmaz H, Okanlı A. Investigation of the effect of self-efficacy levels of caregiver family members of the individuals with schizophrenia on burden of care. *Arch Psychiatr Nurs* 2014; 28: 290–4.
- Fernando SM, DeaneFP, McLeod HJ ve diğ. A Carer burden and stigma in schizophrenia and affective disorders: experiences from Sri Lanka. *Asian J Psychiatr*. 2017; 26: 77-81.
- Fiske ST, Cuddy AJC, Glick P ve diğ. A model of (often mixed) stereotype content: competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *J Pers Soc Psychol*. 2002; 82: 78–902.
- Gumus F, Dikec G, Ergun G. Relations among internalized stigmatization, depressive symptom frequency and family loading in first-degree caregivers of the patients treated in the psychiatry clinic of a state hospital. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017; 31(5): 522–527.
- Goffman E. Stigma. Prentice-Hall Inc, Englewood Cliffs, New Jersey, 1963.
- González-Torres MA, Oraa R, Arístegui M ve diğ. Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007; 42(1): 14-23.
- Greenberg JS, Seltzer MM, Krauss MW ve diğ. The effect of quality of the relationship between mothers and adult children with schizophrenia, autism, or down syndrome on maternal well-being: The mediating role of optimism. *Am J Orthopsychiat*. 2004; 74(1): 14-25.
- Guy W. ECDEU assessment manual for psychopharmacology. US Department of Health, and Welfare, 1976; 534-537.
- Gülseren L, Cam B, Karakoç B ve diğ. The perceived burden of care and its correlates in schizophrenia. *Türk Psikiyatri Derg* 2010; 21: 203-212.
- Gülseren L, Çam B, Karakoç B ve diğ. The perceived burden of care and its correlates in schizophrenia. *Türk Psikiyatri Derg*. 2010; 21(3).
- Gülseren L. Schizophrenia and the family: difficulties, burdens, emotions, needs. *Türk Psikiyatri Derg*. 2002; 13(2): 143-151.
- Hailemariam W K. The psychological distress, subjective burden and affiliate stigma among caregivers of people with mental illness in amanuel specialized mental hospital. *J Appl Psychol*. 2015; 4(2): 35-49.
- Hasson-Ohayon I, Levy I, Kravetz S ve diğ. Insight into mental illness, self-stigma, and the family burden of parents of persons with a severe mental illness. *Compr Psychiatr*. 2011; 52(1): 75-80.
- Hazel NA, McDonnell MG, Short RA ve diğ. Impact of multiple-family groups for outpatients with schizophrenia on caregivers' distress and resources. *Psychiat Serv*. 2004; 55(1): 35-41.
- Helgason L. Twenty years' follow-up of first psychiatric presentation for schizophrenia: what could have been prevented? *Acta Psychiatr Scand*. 1990; 81(3): 231-235.
- Hisli N. A study on the validity of the Beck Depression Inventory. *Turk Psychol J*. 1998; 6: 118-123.
- Jagannathan A, Thirthalli J, Hamza A ve diğ. Predictors of family caregiver burden in schizophrenia: Study from an in-patient tertiary care hospital in India. *Asian J Psychiatr*. 2014; 8: 94-98.
- Jeffery D, Clement S, Corker E ve diğ. Discrimination in relation to parenthood reported by community psychiatric service users in the UK: A framework analysis. *BMC Psychiatry*. 2013; 13(1): 120.
- Jones A. Social marginalization and children's rights: HIV-affected children in the Republic of Trinidad and Tobago. *Health Soc Work*. 2009; 34(4): 293-300.
- Kammer L. Stigmatization of the psychiatric patient: future perspectives for healthcare professionals. *Hospital Topics*. 1993; 71(2): 20-24.

- Kızılırmak B, Küçük L. Care burden level and mental health condition of the families of individuals with mental disorders. *Arch Psychiatr Nurs.* 2016; 30: 47–54.
- Köroğlu A, Hocaoğlu Ç. Şizofreninin aile üzerine olan etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi.* 2017; 7 (3): 170-175.
- Krupchanka D, Kruk N, Murray J ve diğ. Experience of stigma in private life of relatives of people diagnosed with schizophrenia in the Republic of Belarus. *Soc Psych Psych Epid.* 2016; 51(5): 757-765.
- Larson JE, Corrigan P. The stigma of families with mental illness. *Acad Psychiatr.* 2008; 32(2): 87-91.
- Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol.* 2001; 27(1): 363-385.
- Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JM ve diğ. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1992; 149(9): 1183.
- Magaña SM, García JIR, Hernández MG ve diğ. Psychological distress among latino family caregivers of adults with schizophrenia: the roles of burden and stigma. *Psychiatr Serv.* 2007; 58(3): 378–384.
- Magaña SM, Ramirez Garcia JI, Hernández MG ve diğ. Psychological distress among Latino family caregivers of adults with schizophrenia: the roles of burden and stigma. *Psychiat Serv.* 2007; 58(3): 378-384.
- Magliano L, Fadden G, Economou M ve diğ. Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2000; 35: 109-115.
- Mak WW, Cheung RY. Affiliate stigma among caregivers of people with intellectual disability or mental illness. *J Appl Res Intellect.* 2008; 21(6): 532-545.
- McCann TV, Luban DI, Clark E. First time primary caregivers' experience of caring for young adults with first episode psychosis. *Schizophr Bull.* 2011; 37(2): 381–388.
- Morrison M, De Man AF, Drumheller A. Correlates of socially restrictive and authoritarian attitudes toward mental patients in university students. *Soc Behav Personal.* 1993; 21(4): 333-338.
- Nicholson J, Sweeney EM, Geller JL. Focus on women: mothers with mental illness: I. the competing demands of parenting and living with mental illness. *Psychiat Serv.* 1998; 9(5): 635-642.
- Oldridge ML, Hughes ICT. Psychological well-being in families with a member suffering from schizophrenia: an investigation into long-standing problems. *Br J Psychiatry.* 1992; 161(2): 249-251.
- Özlü A, Yıldız M, Aker T. A reliability and validity study on the Zarit caregiver burden scale. *Nöropsikiyatri Arş.* 2009; 46: 38-42.
- Özlü A, Yıldız M, Aker T. Şizofreni hastalarının bakımıyla ilgilenenlerde yük ve ilişkili özellikler. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences.* 2015; 28: 147-153.
- Öztürk O, Uluşahin N. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (11. Baskı). Tuna Matbaacılık, Ankara, 2008.
- Pazvantoğlu O, Sarısoy G, Böke Ö ve diğ. Şizofrenide bakım veren yükünün boyutları: hastaların işlevselliğinin rolü. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences.* 2014; 27: 53–60.
- Perlick DA, Rosenheck RA, Kaczynski R ve diğ. Components and correlates of family burden in schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 2006; 57: 1117-1125.
- Quinn J, Barrowclough C, Tarrier N. The family questionnaire (FQ): a scale for measuring symptom appraisal in relatives of schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand.* 2003; 108(4): 290-296.

- Rammohan A, Rao K, Subbakrishna DK. Religious coping and psychological wellbeing in carers of relatives with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 2002; 105(5): 356-362.
- Richard-Devantoy S, Orsat M, Dumais A ve diğ. Neurocognitive vulnerability: suicidal and homicidal behaviours in patients with schizophrenia. *Can J Psychiatry.* 2014; 59(1): 18-25.
- Roick C, Heider D, Bebbington PE. Burden on caregivers of people with schizophrenia: comparison between Germany and Britain. *Br J Psychiatry.* 2007; 190(4): 333-338.
- Sadler MS, Kaye KE, Vaughn AA. Competence and warmth stereotypes prompt mental illness stigma through emotions. *J Appl Soc Psychol.* 2015; 45(11): 602-612.
- Sales E. Family burden and quality of life. *Qual Life Res.* 2003; 12(1): 33-41.
- Saunders JC. Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues In Mental Health Nursing.* 2003; 24(2): 175-198.
- Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. a focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med.* 2003; 56(2): 299-312.
- Teraishi T, Hori H, Sasayama D ve diğ. Relationship between lifetime suicide attempts and schizotypal traits in patients with schizophrenia. *Plos One.* 2014; 9(9): e107739.
- Togay B, Noyan H, Tasdelen R ve diğ. Clinical variables associated with suicide attempts in schizophrenia before and after the first episode. *Psychiatry Res.* 2015; 229: 252-6.
- Üçok A. Şizofreni hastası neden damgalanır? *Klinik Psikiyatri.* 2003; 1(1): 3-8.
- Üçok A. Şizofreni: damga, mitler ve gerçekler. *Psikiyatri Dünyası.* 1999; 3(3): 67-71.
- Van Wijngaarden B, Schene A, Koeter M. People with schizophrenia in five countries: conceptual similarities and intercultural differences in family caregiving. *Schizophr Bull.* 2003; 29(3): 573-586.
- Winfield HR, Harvey EJ. Needs of family care givers in chronic schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1994; 20(3): 557-566.
- Wong DF. Stress factors and mental health of carers with relatives suffering from schizophrenia in Hong Kong: Implications for culturally sensitive practices. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2000; 30(3): 365-382.
- Yavaş Ayhan A. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimleri ile bakım yükleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2013.
- Yıldırım S, Yalçın N, Güler C. Kronik ruhsal hastalıklarda bakımveren yükü: sistematik derleme. *Journal of Psychiatric Nursing.* 2017; 8(3): 165-171.
- Yıldız M, İncedere A, Kiras F ve diğ. development of self-stigma inventory for families of the patients with schizophrenia (SSI-F): validity and reliability study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology.* 2018; 1-9.
- Yıldız M, Özten E, Işık S ve diğ. Şizofreni hastaları, hasta yakınları ve majör depresif bozukluk hastalarında kendini damgalama. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2012; 13(1).
- Yıldız M, Yazıcı A, Çetinkaya Ö ve diğ. Relatives' knowledge and opinions about schizophrenia. *Türk Psikiyatr Derg.* 20102; 1(2).
- Yusuf AJ, Nuhu FT. Factors associated with emotional distress among caregivers of patients with schizophrenia in Katsina, Nigeria. *Soc Psych Psych Epid.* 2011; 46(1): 11-16.
- Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The gerontologist.* 1980; 20(6): 649-655.

Zauszniewski JA, Bekhet AK, Suresky MJ. Resilience in family members of persons with serious mental illness. *Nursing Clinics*. 2010; 45(4): 613-626.

Zisman-Ilani Y, Levy-Frank I, Hasson-Ohayon I. ve diğ. Measuring the internalized stigma of parents of persons with a serious mental illness: the factor structure of the parents' internalized stigma of mental illness scale. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2013; 201(3): 183-187.



ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı: Ayşe KIRCALI YILMAZ
Doğum Yeri/ Tarihi: Tolbuhin/ 05.12.1982
Uyruğu: T.C.
Medeni Durumu: Evli
Çalıştığı Kurum: Kocaeli Üniversitesi
İletişim Adresi ve Telefonu: Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Psikiyatri Polikliniği İzmit/KOCAELİ 05358266669

Eğitimi

Yüksek Lisans: Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruhsal Rehabilitasyon Programı (2015-2019)
Üniversite: Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü (2001-2005)
Lise: Mimar Sinan Lisesi (1997-2001)
İlköğretim: Mimar Sinan Orta Okulu (1994-1997)
Atatürk İlkokulu (1989-1994)

Yabancı Dil:

İngilizce

Unvan:

Mesleki Deneyimi:

Kocaeli Üniversitesi: Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniği
Psikolog (2006- devam ediyor)

Bilimsel Etkinlikleri:

1. Bosgelmez S, Yıldız M, Yazıcı E, Inan E, Turgut C, Karabulut U, Kircali A, Tas HI, Yakisir SS, Cakir U, Sungur MZ. The reliability and validity of the Turkish version of Cognitive Assessment Scale (CAI-TR). *Klin Psikofarmakol Bul* 2015; 25(4):365-80.
2. Yıldız Mustafa, İpçi Kübra, İncedere Aysel, Ayşe Kırçalı, Ebibi Saniye, Soykal Nuray, Soykal İlkay, Ayhan Aynur, Ceco Uğur (2017). Toplumsal İşlevselliğin Toplum Temelli Araştırılması: Koceli’de Bir Ön Çalışma. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 1-5.
3. İncedere Aysel, İpçi Kübra, Ayşe Kırçalı, Özarslan Zeynep, Çiçek Seray, Yıldız Mustafa (2017). Toplumsal İşlevselliğin Bileşenleri Olarak Bireysel ve Toplumsal Alışkanlıklar Üzerine Eğitimin Etkisi: Kesitsel Bir Toplum Çalışması. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 18-23.
4. Yıldız Mustafa, İncedere Aysel, Kiras Fatma, Abut Fatma Betül, Kırçalı Ayşe, İpçi Kübra (2018). Development of Self-Stigma Inventory for Families of the patients with schizophrenia (SSI-F): validity and reliability study, *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*.
5. Yıldız M, Özarslan Z, İncedere A, Kırçalı A, Kiras F, İpçi K. The Effect of Psychosocial Skills Training and Metacognitive Training on Social and Cognitive Functioning in Schizophrenia. *Arch Neuropsychiatry* 2018. <https://doi.org/10.29399/npa.23095>

EKLER

EK 1

ETİK KURUL ONAYI



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Etik Kurul Bilgileri	Adı	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ara Kat 41380 Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ
	Telefon	0262 303 74 50
	Faks	0262 303 74 63
	E-Posta	gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr

Başvuru Bilgileri	Araştırmacının Adı	Şizofreni Hasta Yakınlarında Aile Yükü, Kendini Damgalama ve İlişkili Etmenler			
	Araştırma Proje Numarası	KÜ GOKAEK 2019/53			
	Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı	Prof. Dr. Mustafa YILDIZ			
	Sorumlu Araştırmacının Uzmanlık Alanı	Psikiyatri			
	Araştırma Merkezi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD			
	Destekleyici	KÜ BAPB			
	Araştırmacının Türü	Yüksek Lisans Tezi			
	Araştırmaya Katılan Merkezler	Tek Merkezli	Çok Merkezli	Ulusal	Uluslararası

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Var	Yok	Açıklama
	Başvuru Dilekçesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Başvuru Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırmacının Türü	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anket Çalışması
	Araştırma Protokolü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kullanılacak Form Örnekleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aydınlatılmış Onam Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırma Bütçesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Literatür Örneği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Taahhütname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Biyolojik Materyal Transfer Anlaşması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	İzin Belgeleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Başhekimlik Onayı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Özgeçmişler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Değişiklik Bilgi Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Proje Sonuç Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu

Belge Kodu: Onay formu
Rev. Tarihi / No.su: 18.10.2017/KOGOEK01.2
Sayfa: 1/2

Karar Bilgileri	Karar No: KÜ GOKAEK 2019/4. A. Proje No: 2019/53 Tarih: 12.12./2019
	Prof. Dr. Mustafa YILDIZ sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmanın ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik açıdan, <input type="checkbox"/> Uygun bulunmuştur. <input checked="" type="checkbox"/> Eksikliklerin tamamlanması koşulu ile uygun bulunmuştur.* uygundur m. <input type="checkbox"/> Uygun bulunmamıştır.*

Dayanakları	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi; İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi
-------------	--

Etik Kurul Üyeleri

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Toplantıda Bulunma		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Kadir Babaoğlu Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İ. Erdem Okay Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Haluk Emre Özel Üye	Restoratif Diş Tedavisi	Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu Üye	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Canan Baydemir Üye	Biyostatistik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Semil Selcen Göçmez Üye	Farmakoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yusufhan Yazır Üye	Histoloji ve Embriyoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr. Öğretim Üyesi Aslıhan Akpınar Raportör	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr. Öğretim Üyesi Ceyla Eraldemir Üye	Biyokimya	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

* Gerekçe ve öneriler:

EK 2**KOÜ TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
RUHSAL İYİLEŞTİRİM BİRİMİ HASTA BİLGİ FORMU**

Hastanın ismi:	Tarih:
Tel no:	Ev adresi:
Doğum tarihi:	Cinsiyet: <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
Doğum yeri (Şehir):	Eğitim (başarıyla tamamladığı yıl):
Medeni durum: <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Boşanmış /ayrılı / dul	Şu anki çalışma durumu: <input type="checkbox"/> İşsiz <input type="checkbox"/> Malulen emekli <input type="checkbox"/> Denetimli çalışıyor <input type="checkbox"/> Düzenli çalışıyor <input type="checkbox"/> Öğrenci
Askerlik durumu: <input type="checkbox"/> Muaf <input type="checkbox"/> Yaptı <input type="checkbox"/> Yarıda bıraktı <input type="checkbox"/> Henüz Yapmadı	El tercihi: <input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Sol
Evde kişi başına düşen gelir: TL / ay:	Sosyal Güvence: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Yaşam biçimi (kimlerle yaşıyor, bakıcıları): <input type="checkbox"/> Aile <input type="checkbox"/> Eş/Çocuk <input type="checkbox"/> Akraba <input type="checkbox"/> Yalnız <input type="checkbox"/> Arkadaşlarıyla <input type="checkbox"/> Bakım evi	Ailede ruhsal hastalık (Sch, ŞAB, Sanrılı boz., İUB) <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var/kimde.....
Hastalığın başlangıç yaşı:	Toplam hastane yatış sayısı:
Hastalığın süresi (yıl):	Toplam yatış günü:
Aile desteği: <input type="checkbox"/> Tam <input type="checkbox"/> Kısmen <input type="checkbox"/> Yetersiz	Son yatış günü:
Günlük sigara tüketimi (son 6 ay): <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var, sayı/gün:	Esrar kullanımı (son 6 ay): <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Arada alıyor <input type="checkbox"/> Düzenli kullanıyor.
Alkol kullanımı (son 6 ay): <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Arada içiyor <input type="checkbox"/> Düzenli içiyor	Diğer madde kullanımı (son 6 ay): <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Arada kullanıyor <input type="checkbox"/> Düzenli kullanıyorsa nedir:
Başkasına fiziksel şiddet davranışı (hastalık sonrası) <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	Özkıym girişimi (hastalık sonrası): <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
EKT uygulaması (son 6 ayda): <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	Adli olay (hastalık sonrası): <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Tanı: <input type="checkbox"/> Şizofreni <input type="checkbox"/> Şizoaffektif boz <input type="checkbox"/> İki uçlu boz <input type="checkbox"/> Sanrılı boz <input type="checkbox"/> Şizofreniform boz <input type="checkbox"/> BTA psikotik boz	
Ek ruhsal hastalık: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> MDB <input type="checkbox"/> OKB <input type="checkbox"/> YGB <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> Başka Ruh. Hast.	
Ek tıbbi hastalık:	Boy..... Kilo..... BKG:.....
Şimdiki kullanılan ilaçlar:	
Görüşme notları:	

EK 3**HASTA YAKINI BİLGİ FORMU**

Adı soyadı:	Cinsiyet: () Erkek () Kadın
Yaş:	Eğitim (başarıyla tamamladığı yıl):
Yakınlık derecesi: () Anne () Baba () Kardeş () Çocuk () Eş () Akraba	Çalışma durumu (şu anki): () İşsiz () Emekli () Memur, işçi, çalışıyor () Ev hanımı () Öğrenci
Medeni durum: () Bekar () Evli () Boşanmış /ayrı / dul	Ailede bakmakla yükümlü olduğu başka hasta, yaşlı ya da özürlü: () Var () Yok
Ruhsal hastalık tedavisi (son 6 ay): () Görmüyor () Görüyorsa	Sigara (son 6 ay): () Yok () Var, sayı/gün:
Alkol (son 6 ay): () Yok () Arada içiyor () Düzenli içiyor	Esrar (son 6 ay): () Yok () Arada alıyor () Düzenli kullan.

EK 4

İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (İGD)

Ruhsal sağlık-hastalığın varsayımsal sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliği göz önünde bulundurunuz. Fiziksel (ya da çevresel) kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmalarını bu kapsam içinde değerlendirmeyiniz.

Kod	(Not: Uygun düştüğünde ara kodları da kullanınız, örn. 45, 68, 72.)
91-100	Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarınca aranan biridir. Herhangi bir semptomuyoktur.
81-90	Hiç belirti olmaması ya da çok az belirti olması (örn. sınavdan önce hafif bir anksiyete duyma), tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması , çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yünden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunları ya da kaygılardan ötesorun ya da kaygıların olmaması (örn. aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar).
71-80	Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklenir tepkilerdir (örn. aile tartışmasından sonra düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme); toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozulma olmasından dahaileri bir durum yoktur (örn. geçici olarak okulda geri kalma)
61-70	Birtakım hafif semptomlar (örn. depresif duygudurum ve hafif insomnia) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birtakım zorlukların olması (örn. ara sıra okuldan kaçmalar ya da ev içinde hırsızlık yapma), ancak genelde oldukça iyi bir biçimde işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişiler arası ilişkileri vardır.
51-60	Orta derecede semptomlar (örn. donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik atakları) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır (örn. az sayıda arkadaşı vardır, çalışma arkadaşları ile çatışmaları vardır).
41-50	Ağır semptomlar (örn. intihar düşünceleri, ağır obsesyonel törensel davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır (örn. hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz).
31-40	Gerçeği değerlendirmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (örn. konuşması kimi zaman mantıkdışı, çapraşık ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) YA DA iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme ya da duygudurum gibi birçok alanda temel birtakım bozukluklar vardır (örn. depresif bir kişi arkadaşlarından kaçar, ailesini ihmal eder ve çalışamaz; çocuk yaşta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karşı gelir ve okulda başarısızdır).
21-30	Davranışları hezeyanlar ve varsanımlardan oldukça etkilenir YA DA iletişim ya da yargıda ciddi bir bozukluk vardır (örn. bazen enkoherandır, ileri derecede uygunsuz bir biçimde davranır, intihar düşünceleriyle uğraşır durur) YADA hemen tüm alanlarda işlevselliği kötüdür (örn. bütün gün yataktan çıkmaz; işi, evi ya da arkadaşları yoktur).
20-11	Kendisini ya da başkalarını yaralayacak olma tehlikesi zaman zaman vardır (örn. açıkça ölüm beklentisi olmadan intihar girişimleri; sıklıkla şiddete başvurur; manikeksitasyon) YADA arasıra kişisel bakımın temel gereklerini yerine getiremez (örn. dışkı sürer) YA DA iletişimde ileri derecede bir bozukluk vardır (örn. ileri derecede enkoherandır ya da mutizm içindedir).
1-10	Kendisini ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır (örn. yineleyen şiddet gösterileri) YA DA kişisel bakımın en temel gereklerini sürekli olarak yerine getiremez YA DA açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi.
0	Bilgi yetersiz

EK 5

Klinik Genel İzlenim –Şiddet (KGI-Ş)

Hastalık Şiddeti

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil
2. Hastalık sınırında
3. Hafif düzeyde hasta
4. Orta düzeyde hasta
5. Belirgin düzeyde hasta
6. Ağır hasta
7. Çok ağır hasta

EK 6

ZARİT BAKICI YÜK ÖLÇEĞİ

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 sık”, “nerdeyse her zaman” şeklinde. Yanlış ya da doğru cevap bulunmamaktadır.

	Asla	Nadiren	Ara sıra	Oldukça sık	Nerdeyse her zaman
1- Yakınınızla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
2- Yakınıza bakma ve aileniz ya da işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
3- Yakınınızla birlikteyken kızgınlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
4- Yakınınızın şu anda ailenin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
5- Yakınınızın geleceği ile ilgili korkuyor musunuz?	1	2	3	4	5
6- Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
7- Yakınınızla birlikteyken kısıtlanmış hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
8- Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
9- Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
10- Yakınıza bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
11-Yakınınız nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?	1	2	3	4	5
12-Yakınınızın sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğini hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
13-Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınıza bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
14-Yakınınız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
15-Yakınınızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?	1	2	3	4	5
16-Yakınınızla ilgili ne yapacağınız konusunda kararsızlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
17-Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
18-Yakınınızın bakımı ile ilgili olarak daha iyisini yapabilirdim diye düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
19-Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınızın bakımı ile ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?	1	2	3	4	5

EK 7

KENDİNİ DAMGALAMA ÖLÇEĞİ (KDÖ-A)

Adı soyadı:

Tarih: / /

Aşağıda ruhsal hastalığı olan kişilerin yakınlarının genellikle yaşadığı sıkıntılar listelenmiştir. Yaşadığınız sıkıntıların şiddetini anlayabilmemiz için her maddede kendinize en uygun seçeneği işaretleyiniz.		Bana hiç uymaz	Biraz uyar	Orta derecede uyar	Genellikle uyar	Tam uyar
1	Arkadaşlarıma yakınımın ruhsal bir hastalığı olduğunu söylemiyorum.					
2	Hasta biriyle yaşamak zorunda kaldığım için özgüvenim azaldı.					
3	Hasta yakını olduğum için kendimi işe yaramaz hissediyorum.					
4	Hasta yakını olduğum için sorumluluklarımı diğer insanlar gibi yerine getiremiyorum.					
5	Yakınımın psikiyatride tedavi gördüğünü duyduklarında insanların benden korkacaklarını düşünüyorum.					
6	Hasta yakını olduğum için mutlu olamayacağımı düşünüyorum.					
7	Hasta yakını olduğum için başarılı olamayacağımı düşünüyorum.					
8	Dışlanmaktan korktuğum için yakınımın hastalığının gerçek adını arkadaşlarıma söylemiyorum.					
9	Hasta yakını olduğum için uygun kararlar alamayacağımı düşünüyorum.					
10	Hasta yakını olduğum için incitici yorum ya da şaka yaparlar diye insanlardan uzak duruyorum.					
11	Hasta yakını olduğum için insanların kontrolümü kaybetmemden korktuğumu düşünüyorum.					
12	Hasta yakını olduğum için çevreme yük olduğumu düşünüyorum.					
13	Hasta yakını olduğum için çevremdeki insanların beni önemsemediklerini düşünüyorum.					
14	Dışlanmaktan korktuğum için yakınımın hastalığının gerçek adını akrabalarıma söylemiyorum.					

Tez Denetleme Listesi

Tez, aşağıdaki denetimler yapılarak tamamlanmıştır.

- Kapak ve iç kapak sayfalarında BİLİM UZMANLIĞI ya da DOKTORA şeklinde elde edilen unvanlar yazıldı (Kapak sayfasına danışman adı yazılmamalıdır).
- Kapak sayfasına mezun olunan PROGRAMIN (Anabilim dalının değil) adı yazıldı.
- Tez kapağı sırt kısmına kılavuzda belirtilen çizimde (yazının yönüne dikkat!) ad, program, yıl yazıldı.
- Onay sayfası uygun çizimde hazırlandı (kazanılan unvanlar BİLİM UZMANLIĞI ya da DOKTORA olmalıdır) imzalatıldı (Enstitü Müdürü'nün imzası da gereklidir, imzaların aynı renk kalemle atılmasına dikkat edilmelidir).
- Dizinler kılavuzda belirtildiğı gibi sıralandı.
- Ön sayfalara i, ii, iii şeklinde Roma rakamları konuldu.
- Sayfa numaraları kılavuzda belirtildiğı şekilde konuldu.
- Sayfa düzeni kılavuzda belirtildiğı şekilde yapıldı.
- Ana metin yazı boyutu 12 olacak biçimde basıldı.
- Dipnot yazı boyutu 10 olacak şekilde basıldı.
- Ana metin satır aralığı 1.5 olacak şekilde yazıldı.
- Kaynaklar abecesel sıralamaya göre yazıldı.
- Kaynak gösterme ilkelerine ve yazım kurallarına uyuldu.
- Ekler kılavuzda belirtildiğı gibi verildi.

2019

Prof. Dr. Mustafa YILDIZ

