

2016

YÜKSEK LİSANS

RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

Nesrin ÇUNKUŞ



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
HRS-2016-0004

**ŞİZOFRENİ HASTALARININ PRİMER BAKIM
VERİCİLERİNİN HASTALIĞA İLİŞKİN
GEREKSİNİMLERİ VE BAKIM YÜKÜNE ETKİSİ**

Nesrin ÇUNKUŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Hülya ARSLANTAŞ

AYDIN-2016

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
HRS-2016-0004

ŞİZOFRENİ HASTALARININ PRİMER BAKIM
VERİCİLERİNİN HASTALIĞA İLİŞKİN GEREKSİNİMLERİ
VE BAKIM YÜKÜNE ETKİSİ

Nesrin ÇUNKUŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Hülya ARSLANTAŞ

Bu tez Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından ASYO-15001 proje numarası ile desteklenmiştir.

AYDIN-2016

KABUL VE ONAY SAYFASI



TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimimin ve tez çalışmamın her aşamasında bilgisini, deneyimini, yardım ve desteğini benden hiçbir koşulda esirgemeyen, her durumda bana zaman ayıran, beni sabırla ve anlayışla yönlendiren her zaman örnek alacağım tez danışmanım değerli hocam Sayın Doç.Dr. Hülya ARSLANTAŞ'a,

Yüksek lisans eğitimim süresince emeği geçen, bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki hocalarım Sayın Prof.Dr. Fatma DEMİRKİRAN'a, Sayın Yrd. Doç.Dr. Filiz ADANA'ya,

Çalışmamın uygulamasına imkan sağlayan Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi yöneticilerine,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca beni destekleyen, her zaman yanımda olan, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Psikiyatri Hastanesi'ndeki başta klinik çalışmasıyla örnek alacağım, çok sevdiğim ve saygı duyduğum Nursel KARAGÖZ'e, diğer tüm mesai arkadaşlarıma,

Çalışmamın istatistiksel değerlendirme aşamalarında bilgi ve destekleri için Hande ŞENOL'a ve Ulaş KOYUNCUOĞLU'na, candan arkadaşlığı, emeği, desteği için Arş. Gör. Osman YELER'e ve Arş. Gör. Esen ÇİMEN'e

Tez çalışmamı ASYO-15001 proje kodu ile destekleyen Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri birimine,

Hayatımın iyi veya kötü her döneminde hep yanımda olan, sevgisini ve desteğini hiç esirgemeyen, çalışan, bana emek veren aileme,

Tez çalışmamda araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hasta yakınlarına,

TEŞEKKÜR EDERİM...

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
ÖZET.....	xi
ABSTRACT.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Hipotez	3
1.3. Araştırmanın Amacı	4
1.4. Araştırma Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Şizofreninin Tanımı ve Tarihsel Gelişimi.....	5
2.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi.....	5
2.3. Şizofreninin Etiyolojisi.....	6
2.3.1. Strese Yatkınlık Modeli	6
2.3.2. Nörobiyolojik Kuramlar	7
2.3.3. Nörogelişimsel Kuramlar	7
2.3.4. Nörodejeneratif Kuramlar	8
2.3.5. Kalıtsal Yatkınlık.....	8
2.3.6. Gebelik ve Doğum Komplikeşyonları.....	8
2.3.7. Beyinde Yapısal ve İşlevsel Bozukluklar.....	9
2.4. Klinik Belirti ve Bulgular	9
2.4.1. Hastalık Öncesi Uyum ve Başlangıç Biçimi	9
2.4.2. Genel Görünüm ve Davranış	10
2.4.3. Bilişsel Yetiler.....	10
2.4.4. Konuşma ve İlişki Kurma.....	11
2.4.5. Düşünce.....	11
2.4.5.1. Düşünce Sürecinde Bozukluk.....	11

2.4.5.2. Düşünce İçeriğinde Bozukluk.....	11
2.4.6. Hareket.....	12
2.4.7. Duygulanım.....	12
2.4.8. Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler.....	13
2.4.9. Soyut Düşünme Yetisi.....	13
2.4.10. Gerçeği Değerlendirme Yetisi.....	13
2.4.11. Şizofrenide Pozitif (Artı) Belirtiler.....	13
2.4.12. Şizofrenide Negatif (Eksi) Belirtiler.....	14
2.5. DSM-V'e Göre Şizofreni Tanı Kriterleri.....	14
2.6. Şizofrenide Gidiş ve Sonlanım.....	15
2.6.1. Şizofrenide Olumlu Gidiş Göstergeleri.....	15
2.6.2. Şizofrenide Olumsuz Gidiş Göstergeleri.....	16
2.7. Tedavi.....	16
2.7.1. İlaç (Psikofarmakolojik) Tedavisi.....	17
2.7.2. Elektrokonvülsif Tedavi (EKT).....	19
2.7.3. Psikososyal Tedavi Yöntemleri.....	19
2.7.3.1. Psikososyal Beceri Eğitimi.....	20
2.7.3.2. Aile Tedavileri.....	21
2.8. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Kavramı.....	22
2.9. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Hastalığa İlişkin Gereksinimleri.....	24
2.10. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Yük Kavramı.....	27
2.10.1. Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler.....	29
2.10.2. Bakım Yükünün Boyutları.....	32
2.11. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlere Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları.....	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
3.1. Araştırmanın Türü.....	35
3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Özellikleri.....	35
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	35
3.4. Araştırmaya Alınma Ölçütleri.....	36
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	36
3.6. Veri Toplama Araçları.....	37
3.6.1. Anket Formu.....	37
3.6.1.1. Şizofreni hastalarına ilişkin tanıtıcı bilgi formu.....	37

3.6.1.2. Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerine ilişkin tanıtıcı bilgi formu.....	37
3.6.2. Bakım Verme Yüğü Ölçeği.....	38
3.7. Veri Toplama Süreci.....	39
3.8. Verilerin Analizi.....	39
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	39
3.10. Çalışma Planı.....	40
3.11. Araştırma Etiği.....	41
4. BULGULAR.....	42
4.1. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarının Demografik Özelliklerinin Dağılıımı.....	42
4.2.Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Demografik Özelliklerinin Dağılıımı..	44
4.3. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hasta Bakımına İlişkin Özelliklerinin Dağılıımı.....	45
4.4. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılıımı.....	46
4.5. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Bakım Verirken Yaşadıkları Güçlüklerin Dağılıımı.....	47
4.6. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Bakım Verirken Gereksinim Duydukları Konuların Dağılıımı	49
4.7. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hastalığa İlişkin Eğitim Alma Durumlarının Dağılıımı.....	51
4.8. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarına İlişkin Öz Bakım Yeteneklerinin Dağılıımı.....	52
4.9. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Bakım Verme Yüğü Ölçeği Min- Max Değerleri ve Puan Ortalamalarının Dağılıımı.....	52
4.10. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarının Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	53
4.11. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	55
4.12. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hasta Bakımına İlişkin Özellikleri İle Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	57
4.13. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özellikleri İle Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	58
4.14. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Bakım Verirken Yaşadıkları Güçlükler İle Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	60

4.15. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Bakım Verirken Gereksinim Duydukları Konular İle Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	62
4.16. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hastalığa İlişkin Eğitim Alma Durumları İle Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	64
4.17. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarına İlişkin Öz Bakım Yetenekleri İle Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	65
5. TARTIŞMA.....	66
5.1. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarının Demografik Özelliklerinin Tartışılması.....	66
5.2. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Demografik Özelliklerinin Tartışılması.....	70
5.3. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hasta Bakımına İlişkin Özelliklerinin Tartışılması.....	73
5.4. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Tartışılması.....	75
5.5. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Bakım Verirken Yaşadıkları Güçlüklerin ve Gereksinim Duydukları Konuların Tartışılması.....	75
5.6. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hastalığa İlişkin Eğitim Alma Durumlarının Tartışılması.....	80
5.7. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarına İlişkin Öz Bakım Yeteneklerinin Tartışılması.....	81
5.8. Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması.....	82
5.9. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarına İlişkin Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	83
5.10. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	86
5.11. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hasta Bakımına İlişkin Özellikleri İle Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	90
5.12. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özellikleri İle Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	92
5.13. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Bakım Verirken Yaşadıkları Güçlükler İle Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	93

5.14. Primer Bakım Vericilerin Bakım Verirken Gereksinim Duydukları Konular İle Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	96
5.15. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hastalığa İlişkin Eğitim Alma Durumları İle Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	99
5.16. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarına İlişkin Öz Bakım Yetenekleri İle Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	99
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	101
7. KAYNAKLAR.....	104
8. EKLER.....	122
9. ÖZGEÇMİŞ.....	131



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADÖ	: Aile Destek Ölçeği
BBT	: Bilgisayarlı Beyin Tomografisi
BVYÖ	: Bakım Verme Yüğü Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKT	: Elektrokonvülsif tedavi
EPS	: Ekstrapiramidal sendrom
GABA	: Gama amino bitürik asit varsayımı
HYDÖ	: Hastalık Yüğü Değerlendirme Ölçeği
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntülemesi
NMDA	: N-metil D-aspartat
PCP	: Phenylcyclohexyl piperidine (Fensiklidin)
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi
RUSİHAK	: Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
ZBYÖ	: Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeği

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarının Demografik Özelliklerin Dağılımı.....	42
Tablo 2. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	44
Tablo 3. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hasta Bakımına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	45
Tablo 4. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	46
Tablo 5. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Bakım Verirken Yaşadıkları Güçlüklerin Dağılımı.....	47
Tablo 6. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Bakım Verirken Gereksinim Duydukları Konuların Dağılımı.....	49
Tablo 7. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hastalığa İlişkin Eğitim Alma Durumlarının Dağılımı.....	51
Tablo 8. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarına İlişkin Öz Bakım Yeteneklerinin Dağılımı.....	52
Tablo 9. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Bakım Verme Yüğü Ölçeği Min-Max Değerleri ve Puan Ortalamaları.....	52
Tablo 10. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarının Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 11. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 12. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hasta Bakımına İlişkin Özellikleri İle Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..	57
Tablo 13. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özellikleri İle Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..	58
Tablo 14. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Bakım Verirken Yaşadıkları Güçlükler İle Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması...60	60
Tablo 15. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Bakım Verirken Gereksinim Duydukları Konular İle Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	62

Tablo 16. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hastalığa İlişkin Eğitim Alma Durumları İle Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	64
Tablo 17. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarına İlişkin Öz Bakım Yetenekleri İle Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	65



ÖZET

ŞİZOFRENİ HASTALARININ PRİMER BAKIM VERİCİLERİNİN HASTALIĞA İLİŞKİN GEREKSİNİMLERİ VE BAKIM YÜKÜNE ETKİSİ

Çunkuş N. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2016.

Çalışma şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin hastalığa ilişkin gereksinimleri ve bakım yüküne etkisini belirlemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

Araştırma Denizli ilinde bir üniversitesi hastanesinde ayaktan takip edilen 21 ve yatışı yapılan 73 olmak üzere toplam 94 şizofreni hastasının bakım verenleri ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, 01.03.2015-31.12.2015 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında Anket Formu ve bakım verenlerin yük düzeylerini değerlendiren Bakım Verme Yükü Ölçeği kullanılmıştır.

Bakım verenlerin bakım verirken, %64,9'unun ilaç tedavisi ve yan etkileri, % 67,0'mın şizofreni belirtileriyle baş etme, %61,7'sinin ilaç eğitimi, %58,5'inin erken uyarıcı belirtiler, %36,2'sinin şizofreni ile ilgili grup ve dernekler, %50,0'mın iletişim becerileri, %50,0'mın stresle baş etme, %60,6'sının bakım verdiği hastaların yasal hakları, %48,9'unun psikososyal tedavi, %47,9'unun günlük yaşantısıyla ilgili beceriler, %57,4'ünün bakım verdiği hastasının boş zaman aktivitelerini planlama, %61,7'sinin ev yaşamına katkısı gibi konularda bilgi ve donanımına ihtiyaç duydukları belirlenmiştir. Primer bakım vericilerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması $38,47 \pm 15,05$ olarak bulunmuştur. Primer bakım vericilerin, hastalarına ilaç vermekte güçlük çekmelerinin ilaç tedavisi ve yan etkileri, şizofreni belirtileriyle baş etme, erken uyarıcı belirtiler, iletişim becerileri, stresle baş etme, psikososyal tedavi yöntemleri, boş zaman aktivitelerini planlama, ev yaşamına katkısı konularında bilgi ve deneyimlere gereksinim duymalarının bakım yükünü etkilediği bulunmuştur.

Tüm bulgular değerlendirildiğinde, bakım verenlerin bakım sürecinde, yaşadıkları güçlüklerle ve gereksinim duyduğu konularla etkili bir şekilde baş edebilmelerine yönelik kapsamlı, düzenli, sürekli eğitim programlarının oluşturulması ve ihtiyaç duydukları konulara ilişkin danışmanlık hizmetinin verilmesinin bakım verenlerin bakım yükü duygusunu azaltabileceği sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, primer bakım verici, gereksinimler, bakım yükü

ABSTRACT

THE DISEASE-RELATED NEEDS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS' PRIMARY CAREGIVERS AND THEIR ON CARE BURDEN THE EFFECT

Çunkuş N. Adnan Menderes University Institute of Health Sciences, Department of Mental Health and Diseases Nursing, Master's Thesis, Aydın, 2016.

This study has been done cross-sectional to research the requirements of caregivers of schizophrenia patients and the effects of these requirements on the care burden.

The research has been done on caregivers of 94 schizophrenia patients which consists of 21 inpatients and 73 outpatients, at a university hospital located at the city of Denizli. The data has been collected between the dates of 1st of March 2015 and 31st December 2015. While collecting data, a questionnaire and a care burden scale that measures the level of burden of caregivers has been used.

It has been concluded that, while care giving 64,9% drug treatment and side effects, 67% dealing with symptoms of schizophrenia, 61,7% drug education, 58,8% early warning symptoms, 36,2% groups and associations about schizophrenia, 50% communication skills, 50% dealing with stress, 60,6% legal rights of patient whom giving care, 48,9% psychosocial treatment, 47,9% daily living skills of patient, 57,4% managing the leisure time activities of the patient, 61,7% participating to domestic life, of caregivers need knowledge and experience. The average score of care burden scale of the primary caregivers is determined as 38,47±15,05. It has been concluded that, the primary caregivers' lack of knowledge and experience about drug treatment and side effects, dealing with symptoms of schizophrenia, early warning symptoms, communication skills, dealing with stress, psychosocial treatment, managing the leisure time activities of the patient, participating to domestic life, impress the care burden.

When all the results are evaluated, it is clearly understood that the feeling of burden care for caregivers will be able to reduce with giving consultancy services related to what they need and with a creation of comprehensive, systematic, continuous education programs including the difficulties faced by caregivers and the requirements been able to cope easily with the difficulties during care period.

Key words: Schizophrenia, primary caregivers, needs, care burden.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünyada psikiyatrik hastalıkların yaygınlığı yüksek olup; en çok yeti yitimine sebep olan 10 hastalıktan 5'i ruhsal kaynaklıdır (Pektaş ve ark, 2006).

Şizofreni; genç yaşta başlayan, her iki cinste de aynı oranda görülen, beynin yapısında, kimya ve fizyolojisinde önemli değişikliklerin olduğu, düşünmeyi, algılamayı, dikkati, konuşmayı, motor davranışları, duygusal ifadeleri ve kişinin işlevselliğini önemli ölçüde bozan, kişiler arası ilişkilerini etkileyen, yinelemelerle devam eden, duygusal, toplumsal ve ekonomik sorunlara yol açan ruhsal bozukluklardan biri olup aynı zamanda en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir (Soygür ve ark, 2000; Yüksel, 2001; Kültür ve ark, 2007; Ertan, 2008).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2006'daki verilerine göre toplumda %1,1 oranında görülen ve dünyada yaklaşık 51 milyon kişinin tanı aldığı şizofreni (World Health Organization, 2006), tedavi imkanlarının kısıtlılığı nedeniyle sosyal ve psikolojik yeti yitimine yol açan ve tedaviye uyumsuzluk sorununun en sık olduğu psikiyatrik bozukluklardan biridir (Çobanoğlu ve ark, 2003; Kızıltoprak, 2006; Kültür ve ark, 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Ailelerin çocuklarına şizofreni tanısı konulduğu andaki duyguları, oldukça sarsıcı, bir kaza zamanından farklı olmamaktadır. Anne ve babalar, doğum öncesinden başlayarak hayalini kurdukları ve sahip olunması beklenen, büyütüp yetiştirdikleri sağlıklı çocuğun şizofreni hastası olduğunu öğrendikleri andan itibaren umutlarını ve beklentilerini yitirerek bunun yasını tutabilirler. Aile bu durumun yasını tutarak çocukla ilgili yeni hayaller ve beklentiler oluşturacağı bir sürece girebilir (Gülseren, 2002; Özlü ve ark, 2010).

Şizofreni aile ve toplum açısından oldukça yıkıcı olduğundan, bireylerin sağlıklı ve iyi olmakla ilgili geniş ölçüde ihtiyaçları bulunmaktadır. Fakat günümüzde, hastaların uzun süreli ve kapsamlı tedavi, bakım gereksinimleri ve sağlık kaynaklarının azalmasından dolayı, hastane sağlık bakım sistemi ihtiyaçlarını yeterli olarak karşılayamamaktadır. Bu yüzden, bireylerin tedavisi ve bakımı için hasta ailelerinin de dahil olması gerektiği ve ailelerin bir çok

bireyin yaşamında tamamlayıcı bir rol oynadığı, kronik psikiyatrik hastalığa sahip kişilerin tedavilerinin önemli bir parçası oldukları vurgulanmaktadır (Chien ve Norman, 2003; Rowlands, 2004). Fakat şizofreni, hastada oluşturduğu bilişsel zararlar, yeti yitimi, sosyal ve ekonomik kayıplar nedeniyle hem hastalar hem de aileler için yoğun stres kaynağıdır (Schene ve ark, 1998; Ferriter ve Huband, 2003; Saunders, 2003).

Kronik psikiyatrik hastalığı olan kişilerin yakınlarıyla yapılan çalışmalarda; hasta yakınlarının stres, depresyon, endişe, utanç, anksiyete, suçluluk, korku, çaresizlik, zorlanma, umutsuzluk gibi duygular yaşadıkları açıklanmıştır (Gülseren, 2002; Saunders, 2003). Magana ve ark (2007) şizofreni hasta yakınlarıyla yaptıkları çalışmada; ailelerin yaşadıkları stresin sonucu olarak depresif belirtiler ve anksiyete görülme oranının yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Hastayı destekleyen ve genellikle en çok bakımı sağlayan ve aynı evde yaşayan temel kişi primer bakım verici olarak tanımlanmaktadır (Arslantaş ve Adana, 2011; Schenk, 2008). Aileler çoğu zaman bakım verme rolünü herhangi bir destek almadan yerine getirmekte ve bakım verici rolünü ailede genellikle hastanın annesi, eşi, çocuğu veya kardeşi yürütmektedir (Schenk, 2008; Yusuf ve Nuhu, 2011).

Sağlık personeli hasta ile daha çok hastanın hastaneye yattığı, kısa ve geçici bir süre birlikteyken; bakım verenler, tüm vaktini hasta ile geçirmekte, hastanın bakımından birinci derece sorumlu olarak bakımı gönüllü veya mecburi olarak sürdürmekte, bunu yaparken de hastalık süreci ve hastaya bakım verme konularında beceri, duygusal ve sosyal desteğe ihtiyaç duymaktadırlar (Tel ve Terakye, 2000; Özlü, 2007).

Aile üyeleri hastalarına bakım verirken hastalığın oluş nedenleri, belirtileri ve tedavisi hakkında, stresle baş etme, iletişim kurma, hasta için boş zaman aktivitelerini planlama ve hastaların yasal hakları ilgili konularda bilgilere ihtiyaç duymaktadırlar (Gümüş, 2006a).

Bakım verenlerin bakım verirken yaşadığı sıkıntıların, güçlüklerin ve sorumlulukların artması “bakım yükü” kavramının ortaya çıkmasına, araştırılmasına ve bakım yükünü azaltmaya yönelik girişimlerin planlanmasına yol açmıştır (Awad ve Voruganti, 2008). ”Bakım yükü” kavramı, hasta bireyle aynı evde olmasından dolayı, bakım verenin günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorluklar ve olumsuz olaylar gibi hastalığın bakım veren üzerindeki etkisini tanımlamaktadır (Gülseren, 2002).

Yük kavramı, objektif yük (gelir kaybı, sosyal etkinliklerin kısıtlanması, ev ortamındaki gerginlik gibi durumlar) ve subjektif yük (hastanın dağınık ve tuhaf davranışlarından kaynaklanan duygusal sıkıntı veya hasta ile ilgili olarak yaşanan öznel sıkıntı) olarak iki grupta sınıflandırılmaktadır (Schene, 1990; Gülseren, 2002). Evdeki bir aile üyesinin hastalanması sonucu rollerin ve düzenin değişmesi, hasta bireyin rollerini ve bakımını da diğer aile üyelerinin yapması, bakım verende sosyal, duygusal, fiziksel, ekonomik zorluklar bakım yükünü oluşturur (Hoffman ve Mitchell, 1998; Gülseren, 2002; Urizar ve Maldonado, 2006).

Dünya Sağlık Örgütü (2001) verilerinde; şizofreni hastalarına bakım veren yakınlarının hastalığın oluşturduğu tüm sosyal, psikolojik ve ekonomik kayıplardan dolayı anlamlı düzeyde yük ve stres yaşadıkları belirtilmektedir. Ayrıca şizofreni, kronik psikiyatrik hastalıklar içinde ailede yüke ve strese neden olan ilk beş hastalıktan biri olarak değerlendirilmektedir (World Health Organization, 2001).

Yapılan çalışmalarda; şizofreni hastasına bakım vermenin bakım vericiler için stres verici olduğu belirtilmekte, stresle baş etme yöntemlerini kullanan ailelerin daha az stres yaşadığı (Schene, 1998; Hall ve Docherty, 2000), kendi sosyal yaşamlarının, ruhsal ve fiziksel sağlık durumlarının, hastalığa uyumlarının ve ailedeki iş yapabilme gücünün arttığı vurgulanmaktadır (Rammohan ve Subbakrishna, 2002; Kim ve ark, 2003; Hazel ve ark, 2004).

Bu çalışmadan elde edilecek veriler, bakım verenlerin hastalığa ilişkin gereksinimlerinin bakım yüküne ne gibi etkisi olduğunun anlaşılmasında kullanılacaktır. Bu etkinin anlaşılması, bakım verenlerin gereksinimlerini tanımlayarak, bu bireylere yönelik müdahale programlarının oluşturulmasına katkı sağlayacaktır. Ayrıca elde edilen bulgular bakım verenlere yönelik ruh sağlığını koruyucu ve geliştirici hemşirelik uygulamalarının planlanması için kaynak oluşturacak ve bu konu ile ilgili politikaların belirlenmesinde ve şizofreni hastası ailelerine yapılacak olan danışmanlık hizmetlerinde rehberlik edecektir.

1.2. Hipotez

H₁: Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin hastalığa ilişkin gereksinimlerinin bakım yüklerine etkisi vardır.

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin hastalığa ilişkin gereksinimleri ve bakım yüküne etkisini incelemek amaçlanmıştır.

1.4. Araştırma Soruları

- Şizofreni hastasının primer bakım vericilerinin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çalışma durumu, eğitim durumu, hastaneye yatış sıklığı, ilaçlarını kullanma durumu, gereksinimlerini karşılama durumlarından oluşan demografik özellikleri nelerdir?
- Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin yaşı, cinsiyeti, hastaya yakınlık derecesi, yaşadıkları yer, sahip oldukları aile tipi, medeni durumu, eğitim durumu, meslek durumu, gelir durumu, sosyal güvence durumu, hasta bakımına ait bilgileri, sağlık durumları, yaşadıkları sıkıntılar, hastalıkla ilgili eğitim durumları ve bakım verdikleri hastaların öz bakım yeteneklerini sürdürme durumları ile ilgili sorulardan oluşan demografik özellikleri nelerdir?
- Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin hastalığa ilişkin gereksinimleri nelerdir?
- Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım yükü algısı nedir?
- Şizofreni hastalarının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çalışma durumu, eğitim durumu, hastaneye yatış sıklığı, ilaçlarını kullanma durumu, gereksinimlerini karşılama durumları ile primer bakım vericilerin bakım yükleri arasında anlamlı farklılık var mıdır?
- Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin yaşı, cinsiyeti, hastaya yakınlık derecesi, yaşadıkları yer, sahip oldukları aile tipi, medeni durumu, eğitim durumu, meslek durumu, gelir durumu, sosyal güvence durumu, hasta bakımına ait bilgileri, sağlık durumları, yaşadıkları sıkıntılar, hastalıkla ilgili eğitim durumları ve bakım verdikleri hastaların öz bakım yeteneklerini yürütme şekilleri ile bakım yükleri arasında anlamlı farklılık var mıdır?
- Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin hastalığa ilişkin gereksinimleri ile bakım yükleri arasında anlamlı farklılık var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreninin Tanımı ve Tarihsel Gelişim Süreci

Şizofreni, bireyin düşüncelerinde, duygularında, davranışlarında problemlere neden olan, gerçeği değerlendirme yetisini bozan, kendine özgü bir dünyası olup bireyi sosyal yaşamdan uzaklaştıran, sadece kişide değil kişinin ailesi ve sosyal çevresinde de güçlüklerle neden olan, relapslarla giden, düzenli tedavi uygulanmadığı zaman ilerleyici ağır ruhsal bir hastalıktır (Üçok, 1999; Özütek, 2005; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Pinel, 19. yüzyılda şizofreni tanımından söz eden ilk kişidir. Avusturya'lı Morel (1860) "Demence precoce (erken bunama)" olarak isimlendirmiştir. Daha sonraları şizofreniyi Hecker (1871) "hebefreni", Almanya'lı Kahlbaum (1874) katı postür ve mutizmle giden "katatoni", Kraepelin (1898) paranoid ve basit alt tip tanımlamasını yapmışlardır (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Bleuler, demans belirtilerinin sadece ağır hastalarda görüldüğünü açıklayarak; zihin bölünmesi ve ruhsal yarıma kavramını bugünkü kullandığımız şekilde şizofreni olarak tanımlamıştır (Şahin, 1999; Özmen ve ark, 2004). Ayrıca şizofreni olarak tanımladığı hastalığın temel belirtilerini dört ana başlık altında toplamış ve "4A belirtisi" olarak isimlendirmiştir. Bu dört ana belirti çağrışım (assosiasyon) bozukluğu, otizm (autizm), ambivalans ve duygulanım (affekt) bozukluğudur (Şahin, 1999; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

2.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi

Şizofreninin, her toplum ve her coğrafi bölgede görüldüğü, hastalığın sıklığının ve yaşam boyu yaygınlığının tüm dünyada eşit oranda olduğu bilinmektedir (Kültür ve ark, 2007).

Şizofreninin yaşam boyu prevalansının ortalama %1 (%0,5-1,5); morbidite riskinin ise ortalama %1 (%0,5-%1,6) oranında olduğu açıklanmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Kültür ve ark, 2007). Ülkemizde Binbay ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma verilerine göre şizofreni, toplumda %0,89 oranında görülmektedir (Binbay ve ark, 2011).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada bekar bireylerin şizofreni tanısı almasının; erkeklerde 12 ile 50 kat, kadınlarda ise üç ile 15 kat daha fazla ilişkili olduğu saptanmıştır. Şizofreni hastalarının birinci derece akrabalarında hastalık gelişme olasılığının yaklaşık 10 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (Dülgerler, 2004).

Şizofreninin sıklığının erkek ve kadınlar arasında farklı olduğu ve erkek/kadın oranının 1,4 olduğu bildirilmiştir. Her iki cinsiyette hastalığın başlama yaşı ve gidişi farklıdır. Hastalığın başlama yaşı kadınlarda 25-35; erkeklerde ise 15-25 yaşları arasındadır. Kadın hastalarda, hastalığın gidişi erkeklere göre daha iyidir (Kızıltoprak, 2006; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Durmaz, 2011). Kadın hastalarda şizofreni daha çok geç başlangıçlıdır. Geç yaşta başlayan hastalarda erken yaşta başlayan hastalara göre hastalığın gidişi daha iyi görülmektedir (Uzun ve Battal, 2005; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Yıldız ve ark (2010) yaptıkları bir çalışmada; şizofreni hastalığının kadınlarda 23,6 yaş ve erkeklerde 23,4 yaşta başladığını ve her iki cinste de başlama yaşının hemen hemen aynı olduğunu belirtmişlerdir.

Ülkemizde özür lülüğe neden olan 20 hastalık içinde yer alan şizofreni, erkeklerde dokuzuncu sırada, kadınlarda ise 11. sırada yer almaktadır (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011).

2.3. Şizofreninin Etiyolojisi

Şizofreninin etiyolojisi bilinmemektedir. Şizofreni tanı kategorisi heterojen etiyo lojili olup, benzer davranışlar gösteren bir bozukluklar grubunu içerir. Birçok klinik tabloları olduğundan; hastalığın oluş nedenleri de çok çeşitlidir (Köroğlu, 2001; Uzun ve Battal, 2005).

2.3.1. Strese Yatkınlık Modeli

Psikososyal, biyolojik ve çevresel faktörlerin birbirleriyle etkileşiminin tanımı olan strese yatkınlık modeline göre, kişi stresli olayla karşılaştığında şizofreni belirtileri geliştirebilir. Anne baba tutumları ve aile içindeki travmatik olaylar hastalığın ortaya çıkışında ve gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Şizofreni hastaları günlük hayatındaki stresli olaylardan oldukça kolay etkilenmektedirler (Yüksel, 2001; Uzun ve Battal, 2005).

2.3.2.Nörobiyolojik Kuramlar

Frontal korteks, limbik sistem, serebellum ve bazal ganglia gibi beyin belirli bölgelerindeki patolojinin hastalığın oluşumunda etkili olduğu üzerinde durulmaktadır (Uzun ve Battal, 2005).

Dopamin varsayımı: Subkortikal yapılarda dopaminerjik reseptörlerin uyarımında ve dopamin düzeyinde artış; prefrontal kortikal yapılarda ise dopamin düzeyinde azalma sonucu şizofreni ortaya çıktığı belirtilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Serotonin varsayımı: Serotonin 5-HT₂ reseptörlerinin antagonizmasının psikotik bulguları azalttığı ve D₂ antagonizmasının hareket bozukluğunun gelişmesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Uzun ve Battal, 2005).

Nöradrenalin varsayımı: Şizofreni hastalarının belirli bir kesiminde beyinde ve beyin omurilik sıvısında nöradrenalinin artışının dopaminerjik aktiviteyi arttırdığı belirtilmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

GABA (Gama amino bitürik asit) varsayımı: GABA beyindeki ana önleyici nörotransmitterdir. Şizofrenide; kortikal GABAerjik ara nöronlarda azalma, prefrontal kortekste GABA-A reseptör yoğunluğunda artma, hipokampusta GABA geri alım bölgelerinde azalma görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008). GABA aktivitesinin azalması, dopamin ve nöradrenalin aktivitesinin artmasına yol açar (Uzun ve Battal, 2005).

Glutamat varsayımı: Glutamat antagonisti olan fensiklidinin (PCP) sağlıklı kişilere verilmesinin şizofreni benzeri bir sendroma yol açtığı bildirilmiş; taşkınlık ve yoksunluk belirtilerine neden olduğu görülmüştür (Uzun ve Battal, 2005; Öztürk ve Uluşahin, 2008). N-metil D-aspartat (NMDA) reseptör işlevlerinde azalmanın şizofreninin hem pozitif hem de negatif belirtilerine neden olduğu vurgulanmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

2.3.3. Nörogelişimsel Kuram

Ölüm-ardı yapılan çalışmalarda kortikal hücre dizilimi ve dağılımında anormallikler olduğu gösterilmiştir. Bu tür anormallikler sadece beyin gelişiminin erken dönemlerinde olabilmektedir. Anormal nöron işlevi ergenlik sırasında belirtilerin ortaya çıkmasına yol

açabilir (Uzun ve Battal, 2005). Şizofreni hastalarının çocukluk dönemlerinde anormal nörolojik ve davranışsal bulguları olduğu bilinmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

2.3.4. Nörodejeneratif Kuram

Nörogelişim kuramının tersine nörodejeneratif kurama göre hastalık başladıktan sonra beynin belli bölgelerinde yozlaşma olmakta, bu da klinik olarak kötüleşmeye eşlik etmektedir. Belirtilerin; hastalığın ilk döneminde sık görülmemesi ya da hafif olması, hastalığın zaman geçtikçe ön plana geçmesi ve şiddetlenmesi bu kuramı desteklemektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

2.3.5. Kalımsal Yatkınlık

Genetik faktörler beyin gelişimi ve sinaptik bağlantılarda hatalara neden olabilmektedir (Tsuang, 2000). Araştırmalara göre; anne babadan biri şizofreni hastası ise çocuklarda hastalık riski %12,5–13,8 arasındadır. Hem anne hem baba hasta ise bu risk %35–46 arasındadır. Anne baba sağlam, fakat çocuklardan biri hasta ise, kardeşlerde şizofreni riski %6,7–8,2'dir. Bir hastanın birinci derece akrabalarında şizofreni riski %8-10'dur. Evlat edinme çalışmalarında öz ana babası şizofreni hastası olan ve başka bir aile tarafından yetiştirilmiş kişilerde şizofreni görülme riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar kalıtımın şizofreni riskinde büyük rol oynadığını göstermektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

2.3.6. Gebelik ve Doğum Komplikasyonları

Doğum komplikasyonlarının şizofreni riskini çok az da olsa arttırdığı ileri sürülmektedir. Gebelik sırasında gebeliğin ikinci üç ayında annenin influenza virüsü ile hastalanmasının doğan bebeğin şizofreni gelişmesine yol açabileceği düşünülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

2.3.7. Beyinde İşlevsel ve Yapısal Bozukluklar

Şizofrenide beyin görüntüleme çalışmalarında; beynin yapısal özellikleri ve bölgesel beyin kan akımı ve glukoz kullanımı gibi işlevsel değişimler araştırılmaktadır (Erol, 2007).

Beynin işlevselliği ile ilgili değişimleri incelemek için Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) kullanılmaktadır. Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) bulgularına göre, şizofrenik hastalarda frontal bölgede kan akımında ve glukoz tüketiminde azalma olduğu saptanmıştır (Uzun ve Battal, 2005).

Beynin yapısal özellikleri ile ilgili değişiklikleri incelemek için Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BBT) ve Manyetik Rezonans Görüntülemesi (MRG) kullanılmaktadır. Şizofreni hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada, hastaların tüm beyin hacminde azalma, toplam ventrikül hacminde artış olduğu bildirilmiştir (Erol, 2007).

2.4. Klinik Belirti ve Bulgular

Şizofreni için tanı koydurucu bir semptom yoktur. Şizofreni, bireyin algılamasını, duygularını, düşünmesini, hareketlerini, dikkatini, yargılamasını etkilemekte; öğrenme, kendine bakım, insan ilişkileri ya da yaşam becerileri gibi birçok konuda yetersizliklere neden olmakta; günlük yaşamda, iş ve sosyal alanlarda da problemlere yol açmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Tanrıverdi, 2008). Şizofreni hastalarında genel olarak görülen belirtiler ise şöyledir:

2.4.1. Hastalık Öncesi Uyum ve Başlangıç Biçimi

Şizofreni tanısı almadan önce bu kişiler tipik olarak şizoid ya da şizotipal kişilik özellikleri gösteren; sessiz, içe-dönük, pasif, uysal, aşırı utangaç, güvensiz, ilgileri sınırlı, stresten çok kolay etkilenen bireyler olarak belirtilmektedirler. Çocukluk ve ergenlik döneminde ya çok az arkadaşları vardır ya da hiç yoktur. Sosyal etkinliklere katılmaz, grup oyunlarına ilgi göstermezler. Bazı ergenlerde akut olarak obsesif-kompulsif davranışlar görülebilir (Erol, 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Aileler, hastanın deęiřtięini, iřinde ve sosyal yařamında iřlevsellięinin bozulduęunu fark edebilirler. Soyut, felsefe ya da mistik dūřüncelere karřı ilgi artıřı olabilir (řahin, 1999; Howard ve ark, 2000). Ayrıca belirgin tuhaf davranıřlar, dūřünceler, konuřma bięimi ve duygulanımda bozulmalar görülebilir (Howard ve ark, 2000).

2.4.2. Genel Görünüm ve Davranış

şizofreni hastalarında belirgin bir vurdumduymazlık, ilgisizlik, donukluk ve çekingen bir görünüm vardır. Hareketi başlatma ve sürdürmede yetersizlik olduğu için, çevreye ilgisizlik; temizlikte, giyimde ve öz bakımda özensizlik, sosyal ilişkilerde bozulma ve düzenli bir iş ya da okul yaşamını sürdürmekte güçlük yaşamaktadırlar (şahin, 1999; Erol, 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2008). Hastalarda, yersiz ve sebepsiz gülmeler, huzursuz tutumlar; gürültü, ani, beklenmedik, tutarsız ve uygunsuz davranışlar gözlenmektedir (Erol, 2007; Yavuz, 2008).

2.4.3. Bilişsel Yetiler

şizofreni hastalarında bilinç açıktır. Genellikle kişinin, yer ve zaman yönelimi tamdır (Erol, 2007; Öztürk ve Uluřahin, 2008). Bu kişilerde dikkatini toplama ve sürdürmede sorunlar görülebilmektedir (Yavuz, 2008). Bazı kişiler dūřünce bozukluğu ve dikkat dağınlıklığı nedeniyle yanlış ve ya garip yanıtlar verebilir, örneğin, “ben Peygamber'im, burası cennettir, M.Ö 90'dır.” gibi (Uzun ve Battal, 2005). Ruhsal durum muayenesi yapılan şizofreni hastalarında genellikle bellek bozukluğu yoktur (Uzun ve Battal, 2005; Öztürk ve Uluřahin, 2008). Ancak soyutlama yetisindeki gerilemeye bağlı olarak, zekada eksilme olabilmektedir (Reinchenberg ve ark, 2006).

şizofreni hastalarında algı bozuklukları olur. En çok görülen algı bozuklukları varsanılar (hallüsinasyon), yanılsamalar (illüzyon) şeklindedir. Gerçekte olmayan nesnenin duyular aracılığıyla varmış gibi algılanmasına varsanı denir. İşitsel, görsel, koku, tat ve dokunma varsanıları olmak üzere beş adet varsanı çeşiidi vardır (şahin, 1999; Öztürk ve Uluşahin, 2008). şizofrenide en çok işitsel varsanılar görülür. Hasta, emir veren, kendisiyle alay eden, kendisini eleştiren sesler duyabilir. Örneğin, “sen kötüsün, kendini ve bu evi yak, şimdi evden

çık...” gibi (Şahin, 1999; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Trigoboff, 2009). Dıştan gelen bir uyarının yanlış algılanmasına yanılsama denir. Hasta, bir yakınına yaratık gibi algılayabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

İçgörü genellikle bozulmuştur, hasta olduklarını kabul etmezler. Uygunsuz dürtü, motivasyon ve ambivalans olabilir. Hastalar kendini bırakmış ve amaçsız gibi görünebilirler (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Yavuz, 2008).

2.4.4. Konuşma ve İlişki Kurma

Şizofreni hastalarında dağınık bir düşünce ve konuşma görülür. Kendilerine özgü dünyaları vardır. Hastalarla iletişim kurmakta güçlük çekilmektedir. Yeni kelime uydurma (neolojizm), konuşma tekrarlama (ekolali), kafiyeli konuşma (klang çağrışım), teğetsel konuşma, konuşmada yoksullaşma, konuşmada bloklar, anlamsız konuşmalar (sözcük salatası), hiç konuşmama (mutizm), kalıplaşmış (stereotipik) sözler gibi belirtiler sık görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Yavuz, 2008; Trigoboff, 2009). Hastaların ses tonu genellikle tek düze olup, duygu içermeyebilir (Erol, 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

2.4.5. Düşünce

2.4.5.1. Düşünce sürecinde bozukluk

Düşüncenin hızında, amacında ve uygunluğunda bozukluklar görülmektedir. Şizofreni hastasının çağrışımları bozulmuş, normal konuşma akışı kaybolmuştur. Fikir uçuşması, basınçlı ya da baskılı konuşma, düşüncede yoksullaşma, düşüncede durma gibi belirtiler şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bazen de düşünce çocuklaşır (regresif düşünce) (Şahin, 1999; Uzun ve Battal, 2005; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

2.4.5.2. Düşünce içeriğinde bozukluk

Şizofrenide düşünce içeriği bozukluğu arasında yer alan en temel belirti sanrılardır. Sanrı, kişinin kültürel geçmişiyle uyumlu olmayan gerçek olmayan inanışlardır. Sanrılarının

bazıları acayip, saçma, dağınık özellik taşıyabilirken; bazıları da acayip özellik taşımaz. Örneğin; yakın akrabaları tarafından takip edildiğini söyleyen kadının sanrısı acayip nitelikte değildir. Ama uzaylıların yemeğine zehir koyup onu öldürmeyi düşündüklerini söyleyen adamın sanrısı acayip niteliktedir (Şahin, 1999; Öztürk ve Uluşahin, 2008). Erotomanik (aşk) sanrıları, büyüklük-küçüklük sanrıları, kötülük görme (perseküsyon) sanrıları, nihilistik sanrılar, dinsel (mistik) sanrılar, referans (alınma) sanrıları, kontrol edilme sanrıları, zihin okunması, zihninin çalınması, düşünce sokulması ve düşünce yayınlanması en sık görülen sanrı çeşitleridir (Uzun ve Battal, 2005; Erol, 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Yavuz, 2008).

2.4.6. Hareket

Şizofreni hastalarında genelde çevreye ilgisizlik, isteksizlik ve enerji kaybı vardır. Tuhaf ve dağınık hareketleri olabilir (örneğin; dışkısını yeme, idrarını içme gibi). Kalıplaşmış sürekli el, kol hareketleri, tuhaf yüz, göz hareketleri, toplum içinde cinsel davranışlar sergileme, burnunu karıştırma gibi bunlara benzer davranışlar olabilmektedir. Hastalar bazen de hareketsiz, sessiz ve uyarılara cevap vermez. Fakat aniden hızlı, kontrolsüz ve taşkın davranışlarda bulunabilir. Bu tarz davranışlar hastanın psikotik içeriğinin yoğun olduğu dönemlerde daha çok görülmektedir. Hastalarda garip yüz, göz hareketleri (manyerizm), kalıplaşmış yineleyici el, kol, beden hareketleri (stereotipi), hareket yankılanması (ekopraksi), belli bir durumda donmuş gibi kalma (katatoni), saldırgan ve ajite davranışlar, işbirliği yapmama (negativizm) görülmektedir (Şahin, 1999; Erol, 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Yavuz, 2008).

2.4.7. Duygulanım

Şizofrenide duygulanım azalmasından ve duygu küntleşmesinden söz edilir. Duygulanım değişiklikleri, depresyonda olduğu gibi, anksiyete ya da öfori tarzında olabilir. Bazen hastalarda yersiz ve anlamsız ağlamalar, gülmeler, taşkınlıklar görülür. Hasta, sevinçli bir olaydan bahsederken olayı ağlayarak anlatabilir (Şahin, 1999; Erol, 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Yavuz, 2008). Hastanın haz alma (anhedoni) yetisinde belirgin bir azalma görülmektedir (Erol, 2007).

2.4.8. Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler

Şizofrenide genellikle metabolizma bozulmaktadır. Kimi hastalarda aşırı yeme, kilo alma, bazılarında yememe ve zayıflama olabilir. Uyku düzensizlikleri, haz duygusunda artma ya da azalma görülmektedir. Hastanın kullandığı ilaçların yan etkilerine bağlı olarak, şişmanlama, hareketlerde yavaşlık, uykululuk, hipotansiyon ve cinsel istekte azalma görülebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Yavuz, 2008).

2.4.9. Soyut Düşünme Yetisi

Şizofreni hastasından bir atasözünü yorumlaması istendiğinde, soyut anlamı yerine somut olarak açıklamaya çalıştığı görülür. Hastanın soyut düşünme yetisi zayıflamıştır (Şahin, 1999; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

2.4.10. Gerçeği Değerlendirme Yetisi

Şizofreni hastası gerçek hayatta olup bitenlerle kendi dünyasında olanları karıştırmakta ve ayıramamaktadır. Hastanın sanrılarının ve varsanılarının olması gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğunu gösterir (Şahin, 1999).

2.4.11. Şizofrenide Pozitif (Artı) Belirtiler

- Sanrılar (hezeyan)
- Varsanılar (hallüsinasyonlar)
- Dağınık ve düzensiz konuşma, aşırı konuşmadan hiç konuşmamaya varan değişiklikler, kalıplaşmış, tekrarlayıcı konuşmalar
- Dağınık, tuhaf davranışlar, kalıplaşmış hareketler, aşırı durgunluk ya da ani taşkınlıklar, çocuksu davranışlar
- Duygulanımda uygunsuzluk, taşkınlıklar, çocuksuluk
- Düşünce süreci ve içeriğindeki bozukluklar
- Ajitasyon (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Trigoboff, 2009; Kayır, 2012).

2.4.12. Şizofrenide Negatif (Eksi) Belirtiler

- İletişim bozukluğu (alogia)
- Sosyal etkileşimde azalma (asosyallik)
- Haz ve motivasyonda azalma (avolüsyon)
- Zevk alamama (anhedoni)
- Düşüncede soyutlama yetisinin azalması, somut düşünme
- Duygulanımda azalma ve küntleşme
- Öz bakımda azalma (kendine bakmama)
- Hareketlerde azalma (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Trigoboff, 2009; Kayır, 2012).

2.5. DSM-V'e Göre Şizofreni Tanı Kriterleri

“A. Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.”

“1. Sanrılar.

2. Varsanılar.

3. Darmadağın konuşma (örn. Sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma).

4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı.

5. Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışamama).”

“B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişmez).”

“C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca silik (negatif) belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok

belirtinin eşikaltı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.”

“**D.** Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da iki uçlu (bipolar) bozukluk dışlanır, çünkü 1) açık evre belirtileriyle eş zamanlı olarak yeğın (majör) depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da 2) açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.”

“**E.** Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.”

“**F.** Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur.“ (Koroğlu, 2014).

2.6. Şizofrenide Gidiş ve Sonlanım

Şizofreni genellikle değişken, ilerleyici, epizodik bir gidiş gösterir (Şahin, 1999; Yılmaz, 2012). Hastalık öncesi işlevsellik düzeyine dönme olasılığı düşüktür. Yapılan çalışmalarda hastaların 1/3'ünün tamamen iyileştiği, 2/3'ünden fazlasının tekrarlı ataklar ve %15'inin intihar ederek öldüğü saptanmıştır. Şizofreninin gidiş bireysel farklılıklar gösterdiğinden, olumlu ve olumsuz prognoz göstergelerini göz önünde bulundurmak gerekmektedir (Yılmaz, 2012).

2.6.1. Şizofrenide Olumlu Gidiş Göstergeleri

- Kadın olmak
- Evli olmak
- Hastalığın geç yaşta başlaması
- Pozitif belirtilerin belirgin şekilde görülmesi

- Hastalığın başlangıç nedeni olarak çevresel faktörlerin etkili olması
- Hastalığın ani başlaması
- Zeka seviyesinin yüksek olması
- Düzenli bir aile durumunun olması
- Hastalığın erken fark edilip tedavi sürecine erken başlanması
- Hastalık öncesinde toplumsal, iş ve cinsel yaşamında göreceli olarak iyi uyum olması
- Aile öyküsünde şizofreni olmaması (Altunel, 2008; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Atbaşoğlu, 2014).

2.6.2. Şizofrenide Olumsuz Gidiş Göstergeleri

- Erkek olmak
- Hastalığın erken yaşta başlaması
- Negatif belirtilerin belirgin olması
- Hastalığın sinsi başlaması
- Ailesinde şizofreni öyküsünün bulunması
- Aile ve sosyal destek sistemlerinin kötü olması
- Aile ortamının düzensiz ve dağınık olması
- Başka kronik rahatsızlıkların olması
- Düşük sosyoekonomik düzeyde olması
- Ailenin tedavi ekibiyle iş birliği içinde bulunmaması
- Zekâ düzeyinin düşük olması (Altunel, 2008; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Atbaşoğlu, 2014).

2.7. Tedavi

Şizofreni tedavi edilebilir bir hastalıktır. Şizofreni tedavisinde amaç, şizofreni semptomlarının kontrol altına alınması, yaşam kalitesinin ve kişinin işlevselliğinin mümkün olduğunca arttırılmasıdır (Chan ve ark, 2007; Yıldırım, 2007). Şizofreni tedavisinde psikofarmakolojik tedavi, psikososyal tedaviler ve sosyal destek çalışmalarının bütüncül ele

alınması gerektiği belirtilmiştir. Şizofreni hastalarının çoğu kombine tedavilerden daha fazla yarar görmektedir (Uzun ve Battal, 2005; Atbaşoğlu, 2014).

Şizofreninin gidiş ve prognozu ile ilgili yapılan çalışmalarda, ilaç tedavisi ile psikososyal yöntemlerin birlikte kullanıldığı gruplarda alınan sonuçlar, herhangi birinin tek başına uygulandığı gruplara göre daha iyidir (Uzun ve Battal, 2005; Atbaşoğlu, 2014).

Şizofreni, hastaların yaşamını bütün yönüyle etkileyen kronik bir hastalık olduğu için tedavi ve rehabilitasyonda amaç; şizofreninin semptomlarını iyileştirmek ya da kontrol altına almak, relapsları önlemek ya da geciktirmek, kişinin kendisi, ailesi ve toplum için zorlayıcı olan davranışlarını ortadan kaldırmak ya da hafifletmek, bakım verenlerin baş etme becerilerini güçlendirmek, oluşan yeti kayıplarına rağmen kişinin iş, eğitim, sosyal ilişkiler gibi günlük aktivitelerini mümkün olduğunca arttırmaktır (Yavuz, 2008; Atbaşoğlu, 2014).

Şizofreni hastalarının uygun bir tedaviyle %25'inin çok büyük ölçüde düzelme göstererek yaşamlarını sürdürdükleri, %50'sinin orta ve iyi düzeyde sayılabilecek şekilde bağımsız ya da destekle toplumsal yaşamlarını sürdürdükleri bilinmektedir (Essock, 2002).

2.7.1. İlaç (Psikofarmakolojik) Tedavisi

Şizofreni hastasının duygu, düşünce ve davranışlarında ortaya çıkan; kendisini ve ailesini rahatsız eden hastalık semptomlarının kontrol altına alınması ve hastalığı yatıştırmak için ilaç tedavisine gerek duyulmaktadır (İpekçi ve Birsöz, 1999; Tanrıverdi, 2008). Şizofreni tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçlar, klasik antipsikotikler (tipik) ve yeni antipsikotikler (atipik) olarak iki gruba ayrılmaktadırlar (Sofuoğlu, 2000; Tanrıverdi, 2008).

Klasik antipsikotiklerin etki mekanizmaları mezolimbik sistemdeki D₂ reseptörlerinin bloke edilmesi ve depolarizasyon inaktivasyonuna bağlı olarak dopamin nöronlarında ateşleme hızını azaltmaktır (Yüksel, 2001; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Tanrıverdi, 2008). Bu ilaçlar; sanrılar, varsanılar, kavgacılık, anksiyete, hiperaktivite, uyku sorunları ve öz bakımın bozulması gibi belirtiler üzerinde büyük ölçüde etkindir. Duygusal küntlük, motivasyon eksikliği, konuşma ve düşünce fakirliği, sosyal geri çekilme gibi negatif belirtiler üzerinde etkin değildir (Soygür, 1999; Sofuoğlu, 2000; Yüksel, 2001; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Tanrıverdi, 2008).

Klasik antipsikotik ilaçlar, yüksek ekstrapiramidal yan etki (EPS) riskine sahiptirler ve daha fazla prolaktin artışına neden olurlar. Fakat; daha az antikolinergik ve antihistaminergik yan etkileri vardır (Tanrıverdi, 2008).

Klasik antipsikotik ilaçların olumsuz etkileri sonucunda, terapötik etkinliği daha fazla, yan etkisi daha az olan yeni antipsikotik ilaçların aranmasına neden olmuştur. Böylece serotonin-dopamin antagonistleri olan atipik antipsikotikler şizofreni tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır (Gülseren ve Erol, 2000; Uzun ve Battal, 2005).

Yeni (atipik) antipsikotik ilaçların etki mekanizmaları ise farklıdır. Dopamin reseptörleri üzerinde seçici etki gösterirken ve diğer nörotransmitterler üzerinde (serotonin 5-HT₂ reseptörlerinin blokajı) daha belirgin etkiye sahip olmaktadır. Yeni antipsikotikler ekstrapiramidal yan etkilere hiç ya da çok az neden olurlar (Soygür, 1999). Atipik antipsikotik ilaçların ilk örneği klozapindir (Kültür ve ark, 2007). Bu grup ilaçların klasik antipsikotik ilaçlara göre negatif belirtiler üzerinde daha etkili olduğu belirtilmiştir (Yüksel, 2001). Atipik antipsikotiklere klozapin, risperidon, olanzapin, sertindol ve ziprasidon gibi ilaçlar örnek verilebilir (Kültür ve ark, 2007).

İlaçlar bir yandan tedaviyi sağlarken, belirtileri keserken, diğer taraftan da yan etkileriyle hastaların günlük işlevselliğini bozmakta, yaşam kalitelerini olumsuz etkilemekte ve bedenin normal işlevlerini engellemektedir. Bu sebepler, hastalar açısından antipsikotik ilaçların kullanımlarını sınırlandırmaktadır (Gülseren ve Erol, 2000).

Yapılan çalışmalarda; atipik antipsikotiklerin klasik antipsikotiklere göre yan etkilerinin daha düşük olmasından dolayı hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu gösterilmektedir. Şizofreni tedavisinde yeni kuşak antipsikotiklerin geliştirilmesi ile birlikte farmakolojik tedavide çok çeşitli seçenekler ortaya çıkmıştır (Gülseren ve Erol, 2000).

Hastanın sağlık personeli tarafından değerlendirilmesi, ilaç tedavisinin planlanması ve eğitim verilmesi ilaç tedavisine uyumunu etkilemektedir. İlaç tedavisi planlanırken hasta katılımının sağlanmamasının, tedaviye uyumsuzluğuna neden olacağı açıklanmaktadır (Gülseren ve Erol, 2000; Foldemo ve ark, 2005).

Hemşireler ve diğer ekip üyeleri hastaların tedavilerini nasıl algıladıklarını ve tedavinin hastaları nasıl etkilediğini değerlendirmeli, aileyle işbirliği içinde hasta ve aileleri ilaç tedavisi konusunda bilgilendirmelidirler (Marland ve Cash, 2001).

2.7.2. Elektrokönvülsif Tedavi (EKT)

İlaç tedavisine yanıt vermeyen ya da yetersiz yanıt veren olgularda ek olarak Elektrokönvülsif Tedavi (EKT) uygulanması fayda gösterebilir (Kültür ve ark, 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2008). Ağır eksitasyon ve ajitasyon gösteren hastaları kontrol altına almak (hastanın kendine ve başkasına zarar vermesini önlemek) amacıyla EKT uygulanmaktadır. EKT'nin şizofrenideki tekrarlayıcı atakları önlediği konusunda yeterli kanıt bulunmamaktadır (Kültür ve ark, 2007).

2.7.3. Psikososyal Tedavi Yöntemleri

Ruhsal hastalıkların tedavisinde ilaçlarla birlikte, psikososyal tedavilerin uygulanması hastanın yaşam kalitesini, işlevselliğini ve farmakolojik tedaviye uyumunu arttırmaktadır (Çam ve Engin, 2014; Aydemir, 2009).

Yapılan çalışmalarda; şizofreni hastalarının çoğunun ilaç ve psikososyal tedavinin birlikte kullanıldığı kapsamlı tedavi yaklaşımlarından daha çok yararlandığı açıklanmakta ve psikososyal yaklaşımların dikkatli bir şekilde ilaç tedavisiyle bütünleştirilip desteklendiğı tedavi yöntemlerinin önemi vurgulanmaktadır (Yıldız, 2000; Koukia ve Madianos, 2005; Uzun ve Battal, 2005).

Psikososyal tedavi yaklaşımının amaçları şunlardır:

- Erken tanı ve tedavi sağlama,
- Psikotik alevlenmeleri önleme ya da azaltma,
- Şizofreninin semptomları, tedavisi, prognozuna yönelik eğitim verme,
- İlaçların kullanım nedenleri, ne zaman kullanılacağı, etkileri ve yan etkilerine yönelik bilgilendirme,
- Şizofreni belirtileriyle baş etmeyi sağlama,
- Hasta ve aile üyelerinin aile içi ve kişiler arası iletişimini güçlendirme ve problem çözme becerilerini geliştirme, hastanın sosyalleşmesini sağlama,
- İşlevselliği artırma,
- Yaşam kalitesini artırma (Gökçalp, 1996; Yıldız, 2000; Uzun ve Battal, 2005).

Şizofreni tedavisinde en sık kullanılan psikososyal tedavi yaklaşımları; destekleyici psikoterapi, grup psikoterapisi, uyumlandırma tedavileri (psikososyal beceri eğitimi, işe uyumlandırma terapisi), aile psikoeğitimi yer almaktadır (Gökalp, 1996). Psikofarmakoloji, psikososyal tedaviler (bireysel, grup, bilişsel-davranışçı, destekleyici terapiler ve aile terapileri, aile destek grupları), sosyal beceri eğitimi, uğraş tedavisi, gündüz hastanesi uygulamaları, dernek-kulüp gibi sivil-sosyal örgütlenmeler ve programlar olup yaşam kalitesinin yükseltilmesine yönelik uygulanan tüm tedavi ve yöntemler psikososyal rehabilitasyon kavramı içinde yer almaktadır. Ülkemizde psikiyatri hastalarının rehabilitasyonuna yönelik politikalar Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda belirtilmiş olup ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar, açılan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) tarafından kayıt altına alınıp takip edilmektedirler (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011).

Ülkemizde Psikiyatrik rehabilitasyon ve gündüz hastanesi Türkiye'de Bakırköy ve Ankara Üniversitesi Psikiyatri Kliniklerinde uygulanmıştır. Günümüzde Ankara Üniversitesi Gündüz Hastanesi ve Kocaeli Üniversitesi Psikiyatri Kliniği'ne bağlı Gündüz Hastanesi hasta bireye ve ailelerine yönelik rehabilitasyon programlarını sürdürmektedirler (Gökalp, 1996; Yıldız, 2005a). Ruhsal hastalara yönelik uyumlandırma çalışmaları sadece hastane içinde veya gündüz hastaneleri bünyesinde verilirken, ilk kez Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'ne bağlı bir birim olarak Mayıs 2008 yılında TRSM (Toplum Ruh Sağlığı Merkezi)'de uyumlandırma çalışmalarına başlanmıştır. Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinde amaç; hastalara TRSM'de veya kendi yaşadıkları ortamda ev ziyaretleri yapılarak düzenli izleme, tedavi ve uyumlandırmalarının sağlanarak topluma yeniden kazandırılmalarıdır (Ensari ve ark, 2013).

2.7.3.1. Psikososyal beceri eğitimi

Yapılandırılmış bir eğitim işlemi olan psikososyal beceri eğitiminde, model alma, sosyal beceri eğitimi, rol oynama, sosyal pekiştirme teknikleri kullanılmaktadır (Çam ve Engin, 2014). Eğitimin amacı; zayıf göz teması, garip yüz görünümü, sosyal geri çekilme gibi belirtilerin üzerinde durularak hastaların yaşam kalitesini ve işlevselliklerini arttırmaktır. Hastaların hastaneye yatış dönemlerinin değerlendirilmesi ve psikososyal beceri eğitimleriyle atak dönemlerinin azaltılabildiği bildirilmiştir (Çam ve Engin, 2014; Uzun ve Battal, 2005).

2.7.3.2. Aile psikoeğitimi

Ailede bir bireyin Şizofreni tanısı alması hastanın kendi kadar ailesini de etkilemektedir. Hastaların çoğu hastanede kısa süreli tedavi ve bakım aldıktan sonra yaşamını tekrar aile içinde, toplumsal yaşamında devam ettirmektedir. Bu noktada aileye büyük sorumluluklar yüklenmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Hastalığın ortaya çıkmasında kendi tutum ve davranışlarının sorumlu olduğunu düşünerek kendilerini suçlayan ailelerin yaşadığı zorluklar, hastalık hakkında doğru bilgilenmeleriyle azalmaktadır. Terapistler aile üyelerinin Şizofreninin nedenleri, belirtileri, tedavisi, seyri ve sonuçları hakkındaki bilgi ve görüşlerini bilmeli aileye yardım etmelidir (Uzun ve Battal, 2005; Yıldırım ve Ekinci, 2010). Sık tekrarlayan psikotik ataklara sebep olan nedenler üzerinde konuşulmalıdır. Aile terapisi alan ailelerin hastalarının atakları oranı yüzde 5-10 iken; aile terapisi almayan ailelerin hastalarının atakları oranı yüzde 25-50 şeklinde açıklanmıştır (Uzun ve Battal, 2005). Aile psikoeğitimi ve aile terapilerinin ailelerin bilgi düzeylerini arttırdığı belirtilmektedir (Yıldırım ve Ekinci, 2010).

Psikoeğitim verilen ailelerin, hastalarıyla beraber taburculuğa daha iyi hazırlandıkları, kendilerine olan güvenlerinin arttığı, hastayı ve hastalığı daha iyi kabullendiği, hastaya sosyal destek sağladığı, bunun sonucunda hastanın hastaneye yatış sıklığının ve süresinin azaldığı bildirilmektedir (Tel ve Terakye, 2000).

Ran ve arkadaşları 2003 yılında Çin'de kırsal bölgede 326 Şizofreni hasta aileleriyle yaptıkları çalışmada, ruhsal eğitim verilen ailelerin hastalıkla ilgili bilgi ve tutumlarının olumlu yönde geliştiğini belirlemişlerdir (Ran ve ark, 2003).

Ailelere yönelik yapılan psikoeğitim girişimlerinin hasta ve hasta yakınları üzerinde olumlu etki yaptığı, aile işlevlerinde sağlıklı gelişmeler sağladığı, aile üyelerinin birbirlerine ve hastalarına karşı daha anlayışlı oldukları; suçluluk ve çaresizlik duygularının, aile yükünün, yüksek duygu dışavurumunun azaldığı yapılan çalışmalarda bildirilmektedir (Yıldırım ve Ekinci, 2010; Gümüş, 2006b; Doğan ve ark, 2002a).

Chien ve Wong'un 84 aile üyesiyle yaptığı 18 oturumdan oluşan ruhsal eğitim çalışmasının bir hafta ve 12 ay sonraki değerlendirmeleri sonucunda, hasta ve ailelerin işlevselliğinde olumlu gelişmeler, ailelerin bakım yükünde, hastaların hastaneye yatışlarında azalmalar olduğu belirtilmiştir (Chien ve Wong, 2007).

Doğan ve arkadaşlarının aileye yönelik psikoeğitim aile üyelerinin işlevlerinde olumlu etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada; şizofreni hastası ve bakım vericisini evlerinde 6 kez ziyaret ederek şizofreni ve tedavisi konularında bilgilendirmelerinin sonunda, Aile Değerlendirme Ölçeği'nin (ADÖ) "iletişim" ve "gereken ilgiyi gösterme" dışındaki diğer alt ölçek ve hastaların aile ve arkadaşlarından algıladıkları sosyal destek puan ortalamalarının anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir (Doğan ve ark, 2002b).

Hemşirelerin 33 Çin'li şizofreni hastasının ailesiyle yaptığı çalışmada, 24 haftalık bir psikoeğitimden sonra hasta ve ailelerin işlevlerinde önemli ilerlemeler görülmüştür (Chien ve ark, 2005).

Duman ve arkadaşlarının klinikte yatan 30 şizofreni hastasına bakım verenlere uyguladığı ruhsal eğitim ve izleme çalışması sonrasında hastaların ilaç tedavisi ve kontrol randevularına uyumlarında hastaneye yatış öncesine göre anlamlı farklılık saptandığı belirlenmiştir (Duman ve ark, 2007).

Ülkemizde Yıldırım ve Ekinci'nin 2010 yılında yaptığı çalışmada, 14 haftalık psikoeğitim ve altı aylık izleme çalışması yapılan gruptaki ailelerin; aile işlevlerinde, hastaların sosyal destek düzeylerinde ve ilaç tedavisi uyumunda önemli ilerleme belirlenmiştir (Yıldırım ve Ekinci, 2010).

2.8. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Kavramı

Şizofreni kişinin, düşünce, algılama, duygulanım, davranışlarını ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz yönde etkileyerek yeti yitimine sebep olmaktadır. Bu nedenle şizofreni tanısı almış birey günlük ihtiyaçlarını yerine getirmede güçlük yaşamakta ve sürekli ailenin bakım ve desteğini almak zorundadır (Doğan ve ark, 2002b; Saunders, 2003; Chien, 2008; Duman ve ark, 2013).

Yetişkin şizofreni hastalarının çoğu hastaneden çıktıktan sonra aileleri ile birlikte yaşamakta ve aileler çoğu zaman bakım verme rolünü herhangi bir destek almadan yerine getirmektedirler (Tel ve Terakye, 2000; Schenk ve ark, 2008; Duman ve Bademli, 2013). Şizofreni hastalarının bakımının daha çok toplumda yürütülmesiyle ailenin önemi artmıştır. Aile, hastalıkla baş edebilecek, yaşam kalitesinin artmasına katkı verecek en büyük destek ve

kaynak olarak görülmektedir. Şizofreni hastalarının bakım verenleri genellikle aileleridir (Tel ve Terakye, 2000; Özlü, 2007; Tel ve ark, 2010).

ABD’de hastaların %25 ile %40’ının, Çin’de ise yarısından fazlasının ailelerinin yanına döndüğü; anne ve babasıyla birlikte yaşamayanların bile onlarla yakın ilişkilerini sürdürdüğü belirtilmektedir (Dixon, 1999; Chien ve Wong, 2007; Kim ve Salyers, 2008; Bovenkamp ve Trappenburg, 2010). Ülkemizde bu oranın daha yüksek olduğu, şizofreni hastalarına bakım verenlerin, en çok destek olanların hastanın ailesi olduğu ve büyük çoğunluğunun ailesiyle birlikte yaşadığı açıklanmaktadır (Yıldız, 2000; Doğan ve ark, 2002a; Gülseren, 2002; Yıldız, 2005b; Eryıldız, 2008; Saylan ve ark, 2009; Gülseren ve ark, 2010; Yıldız ve ark, 2010).

Şizofreni hastaları duygusal, ekonomik, toplumsal destek ve yardım konusunda ailelerine güvenirlir. Şizofreni hastalarının aileleri, hastalarına önemli ölçüde destek sağlar ve büyük bir sorumluluk duygusu taşırlar (Dixon, 1999; Mcdonell, 2003).

Türk Dil Kurumu (2013)’na göre bakım; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda olması için verilen emek, emek verme biçimi, birinin beslenme, giyinme gibi gereksinimlerini üstlenme ve sağlama olarak tanımlanmaktadır (www.tdk.gov.tr).

Bakım veren (caregiver) kavramı; “kronik hastalığı, sakatlığı nedeniyle kendine bakamayan bireylere, çocuklara ya da yaşlılara bakım sağlayan, gözlemleyen, bilgi veren, fiziksel, emosyonel, maddi ve sosyal destek sağlayan, yardım eden veya yardımı düzenleyen kişiler” olarak tanımlanmaktadır (Charmine ve ark, 2006; Karapolat, 2009; www.merriam-webster.com).

Primer bakım veren ise; şizofreni hastasına bakım veren, destekleyen, genellikle aile üyelerinden oluşan, bu sorumluluğu sürdürmekten birinci derece sorumlu olan kişidir (Arslantaş ve Adana, 2011). Bakım verici rolünü ailede genellikle hastanın annesi, babası, eşi, çocuğu veya kardeşi yürütmektedir (Yusuf ve Nuhu, 2011; Ak ve ark, 2012; Arslantaş ve Adana, 2012).

Yapılmış olan çalışmalarda; primer bakım vericilerin; şizofreni hastalarının ilaç ve psikososyal tedavi sürecinde önemli yeri olduğu belirtilmiştir. Primer bakım veren, sadece klinik süreçte bir pozisyonu değil aynı zamanda sosyal çevresi giderek belirlenen, hastanın ihtiyaçlarından (hastayla daha fazla vakit geçiren, günlük yaşamını sürdürmesi için daha fazla yardım eden) primer sorumlu kişi olarak belirtilmektedir (Lehman, 1998; Doğan ve ark, 2002a).

Bakım vericiler; hastaya duygusal, fiziksel ya da maddi destek vermek, hastanın rutin sağlık bakımı (ilaç alımı, tedavisi, izleme, etkileri ve yan etkileri bilme gibi), öz bakım (yıkama, beslenme, tuvalete gitme, giyinme gibi), ulaşım, alışveriş, küçük ev işlerini yapmak, ev yaşamına katkı (fatura ödeme, yemek pişirme, alışveriş, temizlik yapma gibi), ulaşım gibi işlerin yürütülmesinde destek olmaktadır (Ak ve ark, 2012). Kronik ruhsal sorunu olan bireylere bakmak aile için stresli bir deneyim olduğundan, hastanın bakımı bakım vericiler için fiziksel, duygusal ve sosyal anlamda önemli bir yük oluşturmaktadır (Angermeyer ve ark, 2006; Charmine ve ark, 2006; Ak ve ark, 2012).

Bakım hizmeti; formal ve informal bakım olmak üzere iki şekilde gerçekleşmektedir. Formal bakım, resmi ve özel kurumlar ile sağlık ve sosyal hizmet desteği veren gönüllü kuruluşların verdiği hizmetlerdir. İnfomal bakım; bireylerin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin aile bireyleri tarafından bireyin kendi yaşadığı ortamda hizmetin aile, yakın akraba, komşu ve arkadaşlar tarafından verilen hizmettir (Karapolat, 2009).

2.9. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Gereksinimleri

Şizofreni; aileyi ekonomik, toplumsal ve psikolojik yönden en çok etkileyen psikiyatrik hastalık olmasının yanında; sadece hastalar için değil, aile, akrabalar ve arkadaşlar için de zor bir süreçtir (Soygür ve ark, 2000; Tel ve Terakye, 2000; Saunders, 2003). Aile; hastaneye yatış süreci dışında tüm günlerini hasta ile beraber geçirmekte, hastanın birincil bakım verici konumuna geçerek, bakım sorumluluğunu yürütmektedir. Ancak bakım verici, zor, karmaşık ve kronik hastalıkla baş etmede, hastaya yaklaşım konularında bilgisiz, deneyimsiz, yetersiz oldukları için; (Dixon, 1999) eğitime, beceri kazandırılmaya, duygusal ve sosyal, maddi desteğe gereksinim duymaktadır (Karancı, 2000; Tel ve Terakye, 2000; Saunders, 2003).

Drapalski ve ark (2008) ruhsal hastalığı olan kişilerin ailelerinin bilgi ve eğitim gereksinimlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, ailelerin eğitim gereksinimlerinin önemli bir kısmının karşılanmadığını bildirmişlerdir.

Bakım veren kişiler, daha önce bilmedikleri ve deneyimlemedikleri bakım verme rolünü nasıl gerçekleştirecekleri konusunda endişe, korku içerisinde olduklarını, bilgi ve deneyim öğrenecekleri kaynaklara nasıl ulaşacaklarını ve kullanacaklarını bilememekten dolayı

belirsizlik yaşadıklarını belirtmektedirler (Karancı, 2000, Schulz ve Sherwood, 2008; Schumacher ve ark, 2008; Atagün ve ark, 2011).

Literatürde, hastalığın tekrar şiddetleneceğini gösteren erken haberci belirtilerin ve psikotik belirtilerin alevlenmesini azaltmak için uygulanan yöntemlerin hasta ve hasta yakınları tarafından en fazla gereksinim duyulan konulardan biri olduğu vurgulanmıştır (Sevinçok, 2000; Chien ve ark, 2001; Gümüş, 2006a).

Yapılan çalışmalarda hasta ve hasta yakınlarının, şizofreninin pozitif ve negatif belirtileri olan ilgi ve dikkat azalması, içe kapanıklık, endişe ve gerginlik, düşünce kopukluğu, konudan konuya atlama, hallüsinasyonlar, sanrılar, öfke ve şiddet gibi belirtiler ile baş etmede sağlık eğitimine gereksinim duydukları bildirilmiştir (Chien ve ark, 2001; Chien ve Norman, 2003; Gümüş, 2006a; Li ve ark, 2007).

Tennakoon ve ark (2000), ilk psikotik atak yaşayan hasta yakınlarının deneyimleriyle ilgili yaptıkları çalışmada; hasta yakınları, zorlayıcı belirtileri; önceden tahmin edilemeyen, şüphecilik, alınganlık, inatçılık, tuhaf hal ve hareketler olarak ifade etmişlerdir.

Yapılan çalışmalarda, hasta ve ailesinin en çok psikiyatrik ilaçlar ve yan etkileri hakkında bilgi ve eğitime gereksinim duyduğu belirtilmiştir (Svanum ve ark, 1997; Carter ve Curlee, 1999; Chien ve Norman, 2003; Perreault ve ark, 2006; Chien ve ark, 2001; Gümüş, 2006a; Gümüş, 2006b). İlaç kullanmasına rağmen tedaviye olumlu yanıt vermeyen veya ilaç almayı reddeden hastaların yakınlarının çaresizlik yaşadıkları belirtilmiştir (Eliüşük, 2008).

Hasta ve yakınları, tedavinin sonucu ve hastanın tamamen iyileşip iyileşemeyeceği konusunda endişe duymaktadırlar (Svanum ve ark, 1997; Sevinçok, 2000; Gümüş, 2006a; Perreault ve ark, 2006; Drapalski ve ark, 2008). Aileler hastanın nasıl ve ne zaman normal yaşantısına dönecekleri ya da rehabilitasyonun gerekli olup olmayacağı, hastanedeki tedavileri, toplum ruh sağlığı merkezleri ve psikososyal tedavi yöntemleri hakkında bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir (Carter ve Curlee, 1999; Gümüş, 2006a; Umuroğlu ve ark, 2010).

Yıldız ve ark (2010) şizofreni hastalarının yakınlarının şizofreni ile ilgili bilgi ve görüşlerini belirlemek amacıyla 332 kişi ile yaptıkları çalışmada, hasta yakınlarının %50'si hastalığın ismini şizofreni olarak bilmediğini, 1/6'sının hastalığın adını bilmediğini, %90 oranında hastalığın hem biyolojik hem de ruhsal bir hastalık olduğunu ve tamamının ilaç tedavisinin mutlaka gerekli olduğunu bildirdikleri bulunmuştur. Ayrıca hasta yakınlarının

%62'si hastalığın düzelebilen, iyileşebilen bir hastalık olarak düşündüğünü; %84'ü hastalığın sürekli olduğu, iyileşme ve kötüleşmelerle seyrettiği görüşünü bildirmiş ve %97'si de tedaviye ruhsal toplumsal yaklaşımların da eklenmesinin doğru olduğunu bildirmiştir.

Chien ve Norman (2003), Çin'de şizofreni tanılı bireylerin yakınlarının eğitim gereksinimlerini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada, hasta yakınlarının bilgi elde etmede en çok ilgilendiği konuları, şizofreninin haberci belirtileri, sorun çözme yöntemleri, hasta hastalığını nasıl yaşıyor, nasıl algılıyor, öfke ve şiddetle başetme yolları, stresle başetme yolları, varsanları yönetme, ailelerle iletişimi geliştirme, ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanma olarak belirlemiştir.

Gümüş (2006a), hasta yakınlarının sağlık eğitimine en fazla gereksinim duyduğu konuları ise şizofreni hastalarının yasal hakları, şizofreninin tekrarlaması durumunda ortaya çıkan belirtiler, toplumda şizofreni hastası olmanın getirdiği sorunlar ile baş etme, şizofrenide uygulanan psikososyal tedavi yöntemleri, şizofreni ile ilgili özel grup veya dernekler, şizofreni hastaları ve yakınları için sosyal desteğin önemi, ilgi ve dikkat azalması ile baş etme, şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri ve şizofreninin zaman içinde gidişi ve sonlanması olarak bildirmiştir.

Çin'de hasta yakınları ile yapılmış olan bir çalışmada hasta yakınlarının, şizofreni hakkında bilgi, taburculuk sonrası evde bakım, ilaçlar ve yan etkileri, belirtilerin tedavisi ve yönetimi, yinelemenin önlenmesi ve rehabilitasyon, hasta ile iletişim gibi konularda gereksinime ihtiyaçları olduğunu belirtmişlerdir (Li ve ark, 2007).

Kelleci ve ark (2011), bir psikiyatri kliniğinde ailelerin psikotrop ilaçlarla ilgili eğitim gereksinimleri ve evde ilaç kullanma durumlarına yönelik yaptıkları çalışmada; hasta ailelerinin %43,5'inin hastalık konusunda kimseden bilgi almadığı, %37,0'sinin hastasının tanısını bilmediği, % 70,6'sının ilaç yan etkilerini ve %72,8'i yan etki geliştiğinde ne yapacağını bilemediğini ve hastaların %39,1'inin taburculuktan sonraki altı ay içinde ilaçlarını düzenli kullanmama nedeniyle hastaneye yatışı olduğunu bildirmişlerdir.

Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği (RUSİHAK) tarafından zihinsel engeli olan veya psikiyatrik tanı almış kişiler ile onların bakım verenleri ve bu kişilere hizmet veren kurumların çalışanlarından oluşan 193 kişinin gereksinimlerini ve sorunlarını analiz etmek amacıyla İstanbul ve Manisa'da yapılan çalışmada, psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilerin yaşadığı sorunlar; herhangi bir işte çalışamama (%83,3), hastalıkla ilgili açıklama

yapılmaması (%72,7), tedavi masraflarını ailesinin sosyal güvencesi ile karşılama (%37) ve insanların önyargıları ile baş etme (%51,9) olarak belirtilmiştir. Bakım verenlerle yapılan görüşmelerde, yakınlarına hastalık hakkında açıklama yapıldığını (%63), yakınlarının tedavisiyle ilgili onaylarının alındığını (%53,8) ve bilgilendirilme ve desteklenme ihtiyacı içinde olduklarını belirtmişlerdir (Umuroğlu ve ark, 2010).

İlgilenen doktorun sürekli değişmesinin duygusal olarak onlara iyi gelmediğini ve değişmemesi gerektiğini bildirmişler ve hatta istedikleri uzman doktora tedavi olabilmeleri gerektiğini ifade etmişlerdir. Hasta yakınlarının yakındıkları konulardan bir diğeri ise; sürekli zamanlarını sadece yakınlarına ayırmak durumunda kalmaları ve kendi özel hayatlarını istedikleri gibi yaşayamamalarıdır (Umuroğlu ve ark, 2010).

Hasta ve ailelerinin yaşadıkları güçlükler ve gereksinimlerini belirlemeye yönelik çalışma sonuçları gözönüne alındığında eğitim gereksinimleri şöyle gruplandırılabilir:

- Şizofreni ve tedavisi hakkında genel bilgi,
- Şizofreni belirtilerini tanıma ve bunlarla baş etmeyi bilme,
- Şizofrenide erken uyarıcı belirtileri bilme,
- Stresle başa çıkabilme ve problem çözmeyi öğrenme,
- Ailelerin yakını olan hastaya ne tür beklentiler koyabileceği konusunda bilgi,
- Hastaneden taburcu olduktan sonraki bakımı ve kontrollerinin nasıl yapılacağını bilme, kriz dönemlerinde acil yardım,
- Ruh sağlığı hizmetleri ve bundan yararlanma, psikososyal tedavi yöntemleri,
- Şizofreni hastasının yasal haklarını öğrenme gereksinimleridir (Marshall ve Solomon, 2000; Chien ve Norman, 2003; Gümüş, 2006a; Eliüşük, 2008; Umuroğlu ve ark, 2010).

2.10. Şizofrenide Bakım Veren Yükü Kavramı

Primer bakım veren kişinin, bakım verme sorumlulukları arttıkça bakım verme ve alma ilişkisi bakım vericinin hayatını sıkıntıya sokan, bağımlı, yoğun ve uzun dönemli bir zorunluluğa dönüşmektedir. Genellikle ailede bakım vermenin kronik ve yoğun yapısı, bakım verenlerin yaşamlarındaki (iş, aile, sosyal hayatı gibi) bazı anlaşmazlıklarla birleşince bakım veren yüküne yol açabilmektedir (Silver ve Wellman, 2002; Östman ve Hansson, 2004; Atagün ve ark, 2011).

Yapılan çalışmalarda; psikiyatri hastalarının bakım vericilerinin; %26,3'ünün duyarsızlaşma, %23,3'ünün duygusal tükenme, %27,8'inin kişisel başarıda yetersizlik yaşadığı (Angermeyer ve ark, 2006) ve %37,5'inde depresyon olduğu saptanmıştır (Rodrigo ve ark, 2013). Ayrıca ailelerin hasta ve hastalıkla karşı karşıya kaldıkları bu süreçte stres, anksiyete, utanç, suçluluk, korku, çaresizlik, zorlanma, endişe, umutsuzluk gibi duygular yaşadıkları belirtilmektedir (Gülseren, 2002; Saunders, 2003). Aileler hastadan utanabilir ve komşuları tarafından dedikodu olur endişesi ile hastayı ve hastalığı saklama çabasına girebilirler (Soygür, 1999; Yıldız, 2005b). Aile üyeleri, damgalanma korkusu ve utanç duygusu ile tedavi için hastaneye başvurmadan kaçınarak hastalık ile kendi kendilerine mücadele etmeye çalışabilirler (Terschinsky, 2000). Ailede primer (birincil) bakım veren kişi, hastanın günlük yaşantısının merkezinde olduğundan bakım verme sorumlulukları arttıkça bakım verme-alma ilişkisi bakım verenin yaşamında güçlükler yaratan, bağımlı, yoğun ve uzun dönemli bir zorunluluğa sebep olmaktadır (Atagün ve ark, 2011).

“Bakım yükü” genellikle olumsuz olarak yorumlanan karmaşık bir kavramdır (Provencher ve Mueser, 1997; Awad ve Voruganti, 2008). Aile ve bakım verenin hastanın tedavisindeki sorumluluğunun tedavi planlarını oluşturmada önemli katkı sağladığının belirtildiği 1950’li yıllardan itibaren “bakım verici yükü” kavramı öne çıkmıştır. 1950’li yıllarda hastalığın oluşmasından aile sorumlu tutulurken, izleyen yıllarda ailenin tutumunun hastalığın gidişini nasıl etkilediğine ilişkin çalışmalara bırakmıştır. Daha sonraları aile yükü kavramıyla ilgilenilmeye başlanmıştır. Ailelere yönelik çeşitli terapi yöntemleri önem kazanmıştır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda; sosyodemografik özellikler ile bakım verenin yükü arasındaki ilişkiye vurgu yapılmaktadır (Walz ve ark, 2001; Maldonado ve ark, 2005; Rose ve ark, 2006; Awad ve Voruganti, 2008; Hanzawa ve ark, 2008; Arslantaş ve Adana, 2012).

Yük kavramı; bakım verendeki fiziksel, ekonomik, sosyal ve psikolojik etkilerinin yanı sıra suçluluk, umutsuzluk ve utanma hissi gibi üzüntü verici kavramları da içermektedir (Doğan ve ark, 2002a; Arslantaş ve Adana, 2011).

Bakım yükü kavramı; bakım verenin üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı psikososyal ve ekonomik problemler, fiziksel sağlık problemleri, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusu yaşama gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçları ifade etmektedir (Chou, 2000; Magliano ve ark, 2002; Lowyck ve ark, 2004; Ak ve ark, 2012).

Bakım verme yükü; yaşlı ve kronik hastalığı veya sakatlığı olan bireye bakım verme süreci içerisinde, bakım vericilerin günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorlukları, kendilerini baskı altında hissetmeleri, yük altına girmeleri, hayatlarını etkileyen sorunlar ve olumsuz olaylar gibi hastalığın bakım verenler üzerindeki etkisi olarak tanımlanmaktadır (Winefield ve Harvey, 1994; Karabağ, 2007).

Hastaların hastanelerden taburcu edilmesiyle %50-90 oranında aileleri ya da akrabalarıyla yaşamaya başladıkları ve bu durumun ‘bakım yükünü’ beraberinde getirdiği vurgulanmaktadır (Hanzawa ve ark, 2008).

“Bakım Verici Yük Modeli”ne göre yük; bireyin bakım verme sürecinde; kendini sosyal, fiziksel, psikolojik ve ekonomik yönden bir ya da birden fazlasında aşırı yüklenmiş olarak hissettiği öznel algısıdır (Chou, 2000; Chou ve ark, 2002).

2.10.1. Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler

Birçok çalışmada elde edilen bulgulardan, çeşitli faktörler bakım verenin yükü ile ilgili olarak tanımlanmıştır. Bu faktörleri şu şekilde sıralayabiliriz;

- Hastanın kişisel özellikleri (cinsiyeti, çalışma durumu, eğitim durumu gibi),
- Bakım verenin kişisel özellikleri (cinsiyeti, çalışma durumu, eğitim durumu, hasta ile yakınlık durumu gibi),
- Bakım verme süresi,
- Hastalığın süresi, epizot sayısı, belirtilerin şiddeti ve türü,
- Hasta-bakım veren arasındaki iletişim ve ilişkinin niteliği,
- Hastalık hakkında eğitim alma durumu,
- Hasta ile aynı evde yaşama durumu,
- Bakım verenin fiziksel veya ruhsal hastalığının varlığı,
- Bakım verenin başka sorumluluklarının olması (çalışma, çocuk bakımı gibi),
- Hastaya çok boyutlu bakım sunulması (fiziksel, ekonomik, duygusal, ulaşım gibi),
- Bakıma destek olan kimsenin olmaması,
- Ekonomik durumun kötü olması,
- Sosyal desteğin varlığı/yokluğu,

- Ruh sağlığı hizmetinin kalitesi ve ulaşılabilirliği (Karancı, 2000; Gülseren, 2002; Seloilwe, 2006; Awad ve Voruganti, 2008; Aydın ve Eker, 2009; Arslantaş ve Adana, 2011; Gülseren ve ark, 2010; Upkong, 2012).

Hem pozitif hem de negatif belirtilerin yüke neden olduğunu bildiren çalışmalar vardır (Schene ve ark, 1998; Wong, 2000). Şizofreni hastalarının işlevsellik kaybının ya da iyileşme ile artan işlevsellik düzeyinin bakım veren yükü ile ilişkisi ilk kez Lefley tarafından vurgulanmıştır. Bu sebeple Şizofreni tedavisindeki temel hedeflerden biri işlevsellik düzeyinin yükseltilmesidir (Lefley, 1997). Magliano ve ark (2000) hastanın sosyal işlevselliğindeki düzelmeye birlikte bakım verenin yükünün de azaldığını vurgulamışlardır.

Bakım yükü; subjektif (znel) ve objektif (nesnel) olarak tanımlanarak bunlar arasındaki farklılıkların önemi belirtilmiştir (Szmukler, 1996; Hoffmann ve Mitchell, 1998; Jungbauer ve Angermeyer, 2002; Awad ve Voruganti, 2008).

Nesnel (Objektif) yk; hastalığın aileye getirdiği gözlenebilir, somut bedeller olarak tanımlanmaktadır. Hastanın rahatsız edici davranışları veya bozukluğun yol açtığı ekonomik zorluklar, aile rutinlerinin bozulması, fiziksel problemler, ailedeki gerginlikler, hastalığın sebep olduğu aksaklıklar, gelir kaybı, günlük yaşamdaki ve sosyal etkinliklerdeki kısıtlanmalar, ev ortamındaki gerginlik, günlük yaşamdaki kısıtlanmalar, aile üyelerinin beden ve ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri gibi aile yükünün gözlenebilir ve doğrulanabilir yönünü belirtmektedir (Szmukler, 1996; Sales, 2003; Awad ve Voruganti, 2008; Arslantaş ve Adana, 2011). Hastalık nedeniyle bakım verenlerin direkt olarak yaşadıkları zorluklar (yardım etme, danışmanlık, kontrol etme, ödeme gibi), deneyimler (sosyal ilişkilerde ve ailede rahatsızlık) veya bireyin kendi yaşamı ile ilgili hiçbir Şey yapamamasıdır (hobi, kulüpler, kariyer, iş gibi) (Schene, 1990; Schene ve ark, 1998; Chien ve ark, 2007; Awad ve Voruganti, 2008).

Öznel (subjektif) yk, bakım verenlerin yaşadıkları zorlukların kendilerini ne lde rahatsız ettiği, bireyin durumuna ilişkin bireysel değerlendirmeler, yaşanan öznel sıkıntı düzeyi ve hastanın rahatsız edici davranışlarından dolayı ortaya çıkan duygusal sıkıntılar olarak tanımlanmaktadır. Subjektif yk; bireyin durumuna ilişkin bireysel değerlendirmeler ve hastanın rahatsız edici davranışlarından dolayı ortaya çıkan emosyonel sıkıntılardır (Szmukler, 1996; Young, 2001; Sales, 2003; Shibre ve ark, 2003; Awad ve Voruganti, 2008; Arslantaş ve Adana, 2011).

Magliano ve ark (2002) yaptığı çalışmada; şizofreni hastalarının ailelerinin %83'ünün ekonomik, duygusal ve günlük yaşantılarıyla ilgili yük yaşadıkları belirtilmektedir. Ayrıca yük yaşamaya neden olan sorunlar arasında çalışılmayan gün sayısının fazla olması, hastalıkla ilgili giderlerin fazla olması, sosyal aktivitelere ayıracak vaktinin olmaması, yoğun stres ve damgalanma olduğu belirtilmiştir.

Schene ve ark (1998) bakım veren yükünün; çok boyutlu olduğunu, öznel ve nesnel etkenlerin ölçülebilir olduğunu, yalnız olumsuz maddelerden oluştuğunu, bakım verenin duygusal tepkilerini içerdiğini belirtmektedirler. Şizofreni hastasına bakım verenlerle yapılan çalışmalarda; fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik yük yaşadıkları vurgulanmıştır (Schene, 1998; Schence, 1999; Awad ve Voruganti, 2008).

Fiziksel yük: Bakım verme sorumluluğu olan bireylerde, iştahta değişiklikler, ülser, baş ağrısı gibi somatik şikayetlerde artma, diyabet, hipertansiyon, bağışıklık sisteminde gerileme görülebilir. Bakım vericilerde yorgunluk en çok bildirilen yakındır. Bakım verdikleri hastaların gereksinimlerinin fazlalığı sonucu kronik yorgunluk, uyku düzeninde bozulma, kilo kaybı, dikkat dağınıklığı, unutkanlık, öz bakımda dağınıklık hasta yakınlarının en sık yaşadığı fiziksel güçlüklerdir (İnci, 2006).

Duygusal yük: Şizofreni hastasına bakım verenler kendilerini hastalarının acılarıyla, kederleriyle ve endişeleriyle uğraşmak zorunda hissedebilirler. Bu durumda bakım verenler kendilerinin doyumlu bir yaşam sürdürebilmeleri için gerekli ihtiyaçlarını ertelemelerine yol açmaktadır (Gülseren, 2002; Sales, 2003).

Sosyal yük: Aile üyeleri, günlük yaşamlarını genellikle bakım verdikleri kişinin ihtiyaçları doğrultusunda düzenler (Çetin, 2011). Sosyal etkinliklerinden, aile ve arkadaş ilişkilerinden fedakârlık eden bakım verenlerin; dinlendirici, eğlendirici ve boş zaman aktiviteleri sınırlanmakta, kendilerini yalnız hissetmektedirler (İnci, 2006; Çetin, 2011).

Ekonomik yük: Evde çalışan kişilerin hastalanması ekonomik yükü daha fazla arttırmaktadır. Bazende hastanın yıkıcı davranışlarının oluşturduğu kayıplar nedeniyle ekonomik harcamalarda artış olabilmektedir (Telles ve ark, 1995; Maldonado ve ark, 2005). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ekonomik durumu kötü olan ailelerin daha çok yük yaşadıkları belirtilmiştir (Gülseren, 2002; Gülseren ve ark, 2010).

Avcı (2001) şizofreni hastalarının ailelerinin aile yükünün belirlenmesi amacıyla yapmış olduğu çalışmada; ailelerin yaşadıkları yük alanlarını %85,7 ile sosyal yük, %67,5 ile duygusal yük, %59,7 ile fiziksel yük ve %35,0 ile ekonomik yük olarak bildirmiştir.

2.10.2. Bakım Yükünün Boyutları

Bakım yükünün boyutları şu şekilde gruplandırılabilir:

- Doğrudan bakımla ilgili işler: Genellikle hastaların bakım ihtiyacı olduğu işlerdir. Hastalığın belirtileri ve evresine göre değişir.
- Doğrudan bakımla ilgili olmayan işler: Bakım vericinin bakım verme dışındaki işlerinden oluşan hasta tarafından önceden yönetilen ve bakım vericinin hastalıktan sonra üstlendikleri işlerdir.
- Hastanın duygusal ihtiyaçları ile uğraşmak: Bakım verenler hastaların endişe ve sıkıntılılarıyla uğraşmak zorunda olduklarını hissetmektedirler.
- Diğer yaşam rollerinde bakım vermenin sonuçları: Bakım verenlerin hastaya bakım verme sorumlulukları sebebiyle kendi ihtiyaçlarını ertelemelerine neden olabilir (Sales, 2003).

Toplum tarafından, hasta ve hastalığı damgalayıcı tutum sergilenmesi ailelerin yük düzeylerini arttırdığı, aile ilişkilerini olumsuz etkilediği, hasta ve yakınlarının benlik saygılarını zedelediği bildirilmektedir (Tanrıverdi, 2008).

Ülkemizde şizofreni hastasına bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin birçok araştırma bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarına bakım verenlerin yüksek seviyede yük yaşadıkları (Tel ve Terakye, 2000; Magliano ve ark, 2005), hastadaki pozitif belirtiler ve negatif belirtilerin bakım verenlerin yükünü arttırdığı bildirilmiştir (Provencher ve Mueser, 1997; Karancı, 2000; Gülseren ve ark, 2010).

Şizofreni hastasının yaşadıkları sorunlarla baş edememesi, toplumda üretken bir yaşam sürdürememesi, hastalık süreci ve tedavisi hakkında bilgi yetersizliği, hastaların çoğunlukla iletişim, beslenme, uyku gibi günlük yaşam aktivitelerini sürdürememesi ve bu gereksinimlerinin karşılanmasında çevresine bağımlı olmaları aileye ek yük getirmektedir (Tel ve Terakye, 2000; Avcı, 2001; Gülseren, 2002).

Gülseren ve ark (2010) yaptıkları çalışmada, şizofreni hastasına bakım verenlerin yaşadıkları bakım verme yükünün, bakım verenin fiziksel veya ruhsal bir hastalığının

bulunduğu, sosyal desteğinin olmadığı, hastası tarafından Őiddete maruz kaldığı, ekonomik durumu kötü olan ve hastası düzenli takip edilmeyen ailelerde daha fazla olduğu bulunmuştur.

2.11. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlere Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları

Kronik ruhsal hastalığı olan kişilerin yakınlarının bakım verme sürecinde aile işlevselliğini sürdürmek için kullandıkları baş etme yöntemlerinin yetersiz olduğu ve bakım vericilerin baş etmelerini geliŐtirmek için profesyonel desteğe gereksinim duydukları belirtilmektedir (Liu ve ark, 2007).

Aileler hastanın bakımını sağlayan birincil kaynak olmasına rağmen, sağlık çalıŐanlarının desteğine (Karancı, 2000) ve uyguladıkları aile müdahalelerine (Arslantaş ve Adana, 2011) ihtiyaç duydukları belirtilmektedir.

Psikiyatri hemŐirelerinin önemli iŐlevlerinden biri sağlık eğitimidir. Yapılan alıŐmalarda Şizofreni hasta ve ailelerinin yaşadıkları güçlükler nedeniyle sağlık eğitimine gereksinim duydukları belirtilmiştir (Chien ve ark, 2001; Chien ve Norman, 2003). Psikiyatride eğitim, psikoeğitim olarak adlandırılmakta ve genel olarak hasta ve aileler için yapılandırılmış, bilişsel, davranışsal ve psikososyal tedavi yaklaŐımlarını anlatmak için kullanılmaktadır. Psikoeğitimin amacı; hasta ve ailelere bilgi vermek, duygusal destek sağlamak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve stresle başa çıkma yeteneklerini arttırmaktır (Yurtsever ve ark, 2001). Özellikle Şizofreni gibi kronik ruhsal hastalıklarda psikoeğitim uygulamalarının rutin tedavi programları içinde yer alması son derece önemlidir.

Psikoeğitimsel programların hastaların ve hasta yakınlarının topluma uyumunu kolaylaŐtırdıđı (Arslantaş ve ark, 2009), semptomların kontrol altına alınmasının, hastaların bireysel iŐlevselliklerinin arttırılmasının, hemşirelerin de içinde bulunduğu sosyal desteğin, ailenin bakım yükünü azalttığı vurgulanmaktadır (Gournay, 2000).

Hastanın ve ailesinin; yaşadıkları yerler, alıŐkanlıkları, inançları, sağlık davranışları, günlük yaşam aktiviteleri, iletişim biçimleri, aile bireylerinin birbiriyle ilişkileri, aşırı duygu dışavurumunun olup olmaması, destek sistemleri, hastanın fiziksel ve ruhsal durumu, tedaviye uyumu, boş zamanlarını değerlendirme biçimi değerlendirilmelidir. Düzenli ev ziyaretleri ile kişisel hijyen, yemek pişirme, alışveriş, ulaşım, boş zaman değerlendirme gibi beceri eğitimleri yapılmaktadır. Ailenin hasta ve hastalıkla ilgili olumlu tutumlar ve gerçekçi

beklentiler geliştirmesi sağlanmaktadır. Psikiyatri hemşiresi, ailenin yaşadığı zorlukları ifade etmesini ve bu sorunlar doğrultusunda çözümler geliştirmeye yönelik bir zemin geliştirir ve baş etme gücünü artırmayı sağlar (Avcı, 2001; Ersoy ve Varan, 2007).

şizofreninin nedenleri arasında biyolojik etkenler, aile içi etkileşim, çevresel zorlamalar, yaşamsal ve durumsal kriz yaşantıları gibi birçok psikososyal faktörün etkili olduğunun anlaşılması sonucunda, hastalığın tedavi ve rehabilitasyonunda hastanın ailesi ile birlikte ele alınması, hasta ve ailenin günlük yaşamda karşılaştıkları zorlanmalarla başa çıkma konusunda eğitilmesi gerektiği kabul edilmektedir (Yıldırım ve Ekinci, 2010).

Psikiyatri hemşireleri, ailenin bakım yükünün azaltılmasında etkili olabilecek aileye yönelik müdahalelerin belirlenmesi ve geliştirilmesi için araştırmalar planlamaktadır. Yapılacak araştırmalar ile hemşireler, ailelerin bakım yükü ile ilgili olarak bakım öncesinde, sırasında ve sonrasında; hastaların ve hasta yakınlarının tedaviye katılımlarını sağlayarak, neler deneyimlediklerini, ne gibi güçlükler yaşadıklarını ve ne hissettiklerini öğrenerek; bakım sürecinin değerlendirmesini yapıp ve bu süreç sonunda çeşitli müdahaleler geliştirebilirler (Arslantaş ve Adana, 2011).

Yapılan çalışmalarda hemşirenin şizofreni hastalarının ailelerine yönelik eğitim ve danışmanlık rolünü kullanarak hasta ve bakım vereni destekleyip bakım vericilerin bakımda yaşadıkları zorlukları en aza indirme sorumluluğu olduğu vurgulanmıştır (Dixon, 1999; Gournay, 2000).

Hemşireler; aileye, şizofreni ve tedavisi hakkında bilgilendirme, hastalıkla baş etme ve sorun çözüme becerilerini kazandırmak, ailelere zorlandıkları bakım sürecindeki rollerini öğretip, benimsetebilmek konularında bireysel ve grup psikoeğitimi planlayarak profesyonel destek sağlayabilirler (Goldstein, 2000; Gall ve ark, 2002).

Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının ve ailelerinin hastalığa ve tedaviye uyumlarını sağlayarak hastaneye yatışların azaltılması, hastaların yaşam becerilerini geliştirerek yaşam kalitelerinin artmasına katkıda bulunmak ve hastaların topluma kazandırılmasının gerekliliği vurgulanmıştır (Avcı, 2001; Ersoy ve Varan, 2007).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin hastalığa ilişkin gereksinimleri ve bakım yüküne etkisini belirlemek amacı ile kesitsel olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Özellikleri

Araştırma 993,442 nüfuslu Denizli ilinde (Türkiye İstatistik Kurumu, 2016), 01.03.2015-31.12.2015 tarihleri arasında, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda yapılmıştır. Hastane; Psikoz Servisi, Duygudurum Servisi, Nevroz Servisi, Amatem, Çocuk ve Genç Psikiyatri Servisi ve Geropsikiyatri Servisi olmak üzere beş birimden oluşmaktadır. Psikoz Servisi'nde bir profesör, bir doçent, bir yardımcı doçent olmak üzere üç öğretim üyesi; dört asistan; bir sorumlu hemşire ile birlikte yedi hemşire görev yapmaktadır. Klinik 30 yataklı olup, her bir odada iki yatak bulunmaktadır. Kadın, erkek kliniği ayırımı olmadan hastalar aynı birimde yatmakta ve hastalara refakat için hasta yakınları bulunmaktadır. Polikliniğin çalışma saatleri sabah 09:00–12:00, öğleden sonra 13:30–16:00 saatleri arasında olup bu poliklinikte altı asistan, iki hemşire, dört psikolog ve iki sosyal hizmet uzmanı bulunmaktadır. Poliklinikte görev yapan psikologlar ve sosyal hizmet uzmanı aynı zamanda klinikte de gerekli durumlarda (test uygulamaları için) çalışmaktadırlar. Hastane, sosyal sigortalar kurumu olan ve ücretli hastalara hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma 993,442 nüfuslu Denizli ilinde yapılmıştır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2016). Araştırmaya; Mart 2015–Aralık 2015 tarihleri arasında, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Psikiyatri Anabilim Dalı'na başvuran, DSM V ve ICD 10 tanı sınıflandırmasına göre şizofreni tanısı almış, yatan veya ayaktan takibi yapılan ve araştırma kriterlerine uyan tüm şizofreni hastalarının primer bakım vericileri alınmıştır. Evrende örneklem seçimine gidilmemiştir. Araştırmanın örneklemini; çalışma hakkında

bilgilendirildikten sonra katılmayı kabul eden, araştırmaya alınma kriterlerine uygun, tüm gönüllü primer bakım vericiler oluşturmuştur. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Psikiyatri Anabilim Dalı Psikoz Polikliniği'nde 177 şizofreni hastası takip edilmektedir. Bu hastaların yakınlarının tamamı telefonla aranarak ya da kontrole geldikleri zaman araştırmaya katılmaya davet edilmişlerdir. şizofreni hastalarının yakınlarından 73 kişi araştırmaya katılmayı kabul etmiş 104 kişi kabul etmemiştir. Bir kişi araştırmaya katılmayı önce kabul edip anket formunu cevaplamıştır. Daha sonra ilgili yerlere şikayette bulunmuştur. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Psikiyatri Anabilim Dalı Psikoz Servisi'nde 01.03.2015-31.12.2015 tarihleri arasında 90 şizofreni tanılı hasta yatarak tedavi görmüştür. Bu hastaların hepsinin yakını taburcu olurken araştırmaya katılmaya davet edilmişlerdir. Hastaların yakınlarından 21 kişi araştırmaya katılmayı kabul etmiş 69 kişi kabul etmemiştir. Psikoz Polikliniği'nde takip edilen, klinikte yatarak tedavi edilen ve taburculuk aşamasında olan toplam 267 şizofreni hastasından 94'ünün primer bakım vericileri araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.4. Araştırmaya Alınma Ölçütleri

- Araştırmaya katılmaya istekli olmak,
- 18 yaşından büyük olmak,
- şizofreni tanısı almış bireyin primer bakım vericisi olmak,
- Zihinsel engelinin bulunmamasıdır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarıdır.

Bağımsız Değişkenler: Hastaya ait yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma ve sosyal güvence durumu, ilaçlarını alma durumu, gereksinimlerini karşılama durumu, hastalık süresi gibi değişkenlerdir. şizofreni hastalarının primer bakım vericilerine ait yaş, cinsiyet, yaşadığı yer, aile tipi, medeni durumu, eğitim durumu, hastaya yakınlık derecesi, tedaviyi sürdürme biçimi, eğitim durumu, mesleki durumu, gelir durumu, sosyal güvence durumu, bakım süresi, hasta bakımına ait bilgiler, sağlık durumları, yaşadıkları sıkıntılar ve gereksinim

duyduğu konular, hastalıkla ilgili eğitim durumları, bakım verdikleri hastaların öz bakım yetenekleri değerlendirmesi gibi değişkenlerdir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Anket Formu, hastaların ve şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin kişisel bilgi ve düşüncelerini öğrenmek için çalışmacı tarafından oluşturulmuştur. Alanyazın çalışmaları incelenerek, primer bakım vericilerinin gereksinimleri ve yükü etkileyeceği düşünülen yapılmış benzer çalışmaların sorularının incelenerek hazırlandığı (Akbulut, 2009; Çetin, 2011; Çınar, 2011; Ayhan, 2013; Kaya, 2013; Kızılırmak, 2014; Gülseren ve ark, 2010) bireylerin kişisel bilgilerini içeren toplam 36 sorudan oluşmaktadır.

3.6.1. Anket Formu

3.6.1.1. Şizofreni hastalarına ilişkin tanıtıcı bilgi formu

Hastanın cinsiyeti, öğrenim durumu, yaşı, medeni durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, hastaneye yatış sıklığı, ilaçlarını alma durumu, gereksinimlerini karşılama durumu, kaç yıldır hasta olduğunu kapsayan 10 sorudan oluşmuştur (Çınar, 2011; Ayhan, 2013; Kaya, 2013; Kızılırmak, 2014).

3.6.1.2. Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerine ilişkin tanıtıcı bilgi formu

Hastaya bakım veren yakınlarının yaşı, cinsiyeti, hastaya yakınlık durumu, yaşadığı yeri, aile tipini, medeni durumu, eğitim durumu, mesleki durumu, gelir durumu, sosyal güvencesi, hastası için devletten özürlü maaş alıp almadığı, hastasıyla aynı evde yaşayıp yaşamadığı, ne kadar süredir hastasına baktığı, hastasının aileye ekonomik katkısı, bakımda destek olan birilerinin varlığı, başka bireye bakım durumu, hastanın hastalığının ailenin günlük yaşamını engelleme durumu, genel olarak bakım vericinin sağlık durumu, fiziksel ve ruhsal kronik hastalık olup olmadığı, bakım sürecinde duyduğu gereksinimler, hastalıkla ilgili eğitim alıp almadığı, eğitimi hangi kaynaklar aracılığıyla almak istediği, hastasının öz bakım yeteneği değerlendirmesini kapsayan 26 sorudan oluşmuştur (Çetin, 2011; Çınar, 2011;

Ayhan, 2013; Kaya, 2013; Kızıllırmak, 2014; Gülseren ve ark, 2010). Öz bakım yeteneğini belirlemeye yönelik şizofreni hastalarının yeme/içme, banyo/yıkanma, alışveriş, yemek pişirme ve boş zaman planlama durumları ile ilgili bir soru yer almaktadır. Primer bakım vericilere bakım verdikleri hastalarının bu yeteneklerini (yeme/içme, banyo/yıkanma, alışveriş, yemek pişirme ve boş zaman planlama) nasıl bir yöntemle sürdürdüklerini belirlemesini sağlayan bağımsız, başkalarının yardımı ile veya tamamen bağımlı seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmiştir (Ayhan, 2013).

Tanıtıcı bilgi formunda şizofreni hastalarına ve primer bakım vericilerine yönelik sosyo-demografik verilerin toplanmasını amaçlayan sorular bulunmaktadır. Form, ilgili kaynaklar incelenerek hazırlanmıştır (Akbulut 2009; Çetin, 2011; Çınar, 2011; Ayhan, 2013; Kaya, 2013; Kızıllırmak, 2014; Gülseren ve ark, 2010).

3.6.2. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı

Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (BVYÖ), İnci (2006)'nin belirttiğine göre; Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiş olup; ölçek, Türkçe'ye İnci (2006) tarafından çevrilmiştir. Bakım verenlerin bakım sürecinde yaşadığı zorlukları değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek "hiçbir zaman", "nadiren", "bazen", "oldukça sık", ya da "hemen her zaman" şeklinde 0 dan 4 e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sorunların yüksek olduğunu göstermektedir. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'nin yapılan faktör analizi sonunda tek boyutlu olarak kullanılabileceğı belirlenmiştir. Ölçeğın Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısının 0,95 olduğu, madde toplam korelasyon katsayılarının orta, güçlü ve çok güçlü düzeyde değerler (0,43-0,85) aldığı, test-tekrar test değişmezlik katsayısının 0,90 olduğu saptanmıştır (İnci, 2006). Araştırmamızda ölçeğın Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,95 olarak bulunmuştur.

3.7. Veri Toplama Süreci

Araştırma için düzenlenmiş anketleri; şizofreni hastalarının primer bakım vericileri, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda yüz yüze görüşme yöntemiyle, uygun bir görüşme odasında doldurmuşlardır. Anketi doldururken çoğu bakım verici kendisinin dolduramayacağını ifade etmiştir. Bu sebeple bazı anketler soru-cevap şeklinde yapılmıştır. Sorular anlaşılmadığında açıklamalar yapılmış, tekrar okunmuş ve hasta yakınının yanıtlanması sağlanmıştır. Anketin doldurulması yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

3.8. Verilerin Analizi

Veriler, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 18.0 paket programıyla analiz edilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama, standart sapma, medyan (minimum ve maksimum değerler) ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Parametrik test varsayımları sağlandığında bağımsız grup farklılıkların karşılaştırılmasında Varyans Analizi ve İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t testi); parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise bağımsız grup farklılıkların karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Ayrıca sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman ya da Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmada; hastayla birlikte hastaneye gelen hasta yakınlarıyla görüşülmüştür. Görüşülen kişi ile hastaya bakım veren kişinin her zaman aynı olmamasından dolayı belli tarihler arasında ulaşılan hastaların alınması ve evde tedavi görenlerin ulaşım ve maddi nedenlerle görüşmeyi kabul etmemesi bu araştırmanın sınırlılıklarındandır. Ayrıca çalışmadan elde edilen sonuçlar yalnızca bu örneklem grubu ile sınırlıdır. Araştırma sonuçları bu araştırmaya katılan hasta yakınlarına genellenebilir.

3.10. Çalışma Planı

1.ay	Kasım	<ul style="list-style-type: none">• Kurum izni alınması• Etik Kurul İzni alınması• Literatür taraması
2.ay	Aralık	<ul style="list-style-type: none">• Literatür taraması
3.ay	Ocak	<ul style="list-style-type: none">• Ön uygulama yapılması• Literatür taraması
4.ay	Şubat	<ul style="list-style-type: none">• Literatür taraması
5.ay	Mart	<ul style="list-style-type: none">• Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerine Anket Formu ve Bakım Verme Yüğü Ölçeğı uygulanması• Literatür taraması
6.ay	Nisan	<ul style="list-style-type: none">• Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerine Anket Formu ve Bakım Verme Yüğü Ölçeğı uygulanması• Literatür taraması
7.ay	Mayıs	<ul style="list-style-type: none">• Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerine Anket Formu ve Bakım Verme Yüğü Ölçeğı uygulanması• Literatür taraması
8.ay	Haziran	<ul style="list-style-type: none">• Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerine Anket Formu ve Bakım Verme Yüğü Ölçeğı uygulanması• Literatür taraması
9.ay	Temmuz	<ul style="list-style-type: none">• Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerine Anket Formu ve Bakım Verme Yüğü Ölçeğı uygulanması• Literatür taraması
10.ay	Ağustos	<ul style="list-style-type: none">• Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerine Anket Formu ve Bakım Verme Yüğü Ölçeğı uygulanması• Literatür taraması
11.ay	Eylül	<ul style="list-style-type: none">• Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerine Anket Formu ve Bakım Verme Yüğü Ölçeğı uygulanması• Literatür taraması
12.ay	Ekim	<ul style="list-style-type: none">• Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerine Anket Formu ve Bakım Verme Yüğü Ölçeğı uygulanması• Literatür taraması
13. ay	Kasım	<ul style="list-style-type: none">• Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerine Anket Formu ve Bakım Verme Yüğü Ölçeğı uygulanması• Literatür taraması
14.ay	Aralık	<ul style="list-style-type: none">• Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerine Anket Formu ve Bakım Verme Yüğü Ölçeğı uygulanması• Literatür taraması
15.ay	Ocak	<ul style="list-style-type: none">• Veri Girişini Yapılması• Genel Bilgilerin yazılması• Literatür taraması
16.ay	Şubat	<ul style="list-style-type: none">• Genel Bilgilerin yazılması• Literatür Taraması
17.ay	Mart	<ul style="list-style-type: none">• Verilerin analizi• Bulguların yazılması
18.ay	Nisan	<ul style="list-style-type: none">• Bulguların yazılması
19.ay	Mayıs	<ul style="list-style-type: none">• Tez yazımı• Literatür taraması
20.ay	Haziran	<ul style="list-style-type: none">• Danışmanın incelemesi• Düzeltmelerin yapılması
21.ay	Temmuz	<ul style="list-style-type: none">• Tez Savunma Sınavı• Tez basımı, ilgili kurum-kuruluşlara sunulması

3.11. Araştırma Etiği

Araştırma için, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Ek-VI) onay alınmıştır. Araştırmanın yapılacağı; Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Psikiyatri Anabilim Dalı (Ek-V)'ndan yazılı izin alınmıştır. Ayrıca şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinden sözlü onam alınmıştır.



4. BULGULAR

Tablo 1. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarının Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=94)

Demografik Özellikler	Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	36	38,3
Erkek	58	61,7
Eğitim Durumu		
İlköğretim ve altı	39	41,5
Ortaöğretim	41	43,6
Üniversite ve üzeri	14	14,9
Medeni Durum		
Bekar	50	53,1
Evli	29	30,9
Boşanmış/Ayrı yaşıyor	15	16,0
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	80	85,1
Çalışıyor	14	14,9
*Mesleği		
Serbest meslek	9	64,3
Memur	5	35,7
Sosyal Güvencesi		
Yok	4	4,3
Var	90	95,7
Hastaneye Yatış Sıklığı		
Yılda 1 kez	64	73,6
Yılda 2 kez ve üzeri	23	26,4
İlaçlarını Alma Durumu		
Alıyor	50	53,2
Almıyor	44	46,8
Gereksinimlerini Karşılama Durumu		
Her zaman kendi karşılar	25	26,6
Ara sıra bizim desteğimizi ister	56	59,6
Hep biz yaparız	13	13,8
	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$
Yaş	20-70	41,12±13,72
Hastanın Şizofreni Tanısıyla İzlenme süresi	2-35	11,93±8,63

* Bakım verilen hastalardan sadece 14'ü herhangi bir işte çalışmaktadır. Çalışanların meslekleri serbest meslek (işçi, çiftçi, esnaf, tıbbi sekreter) ve memur (memur, veteriner, öğretmen) olarak iki grupta değerlendirilmiştir.

Bakım verilen şizofreni hastalarının demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de yer almaktadır. Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım verdiği hastaların yaş ortalaması $41,12 \pm 13,72$ olup, şizofreni tanısıyla izlenme süresi ortalaması $11,93 \pm 8,63$ olarak bulunmuştur. Şizofreni hastalarının %61,7’si (n=58) erkek, %38,3’ü (n=36) kadındır. Hasta bireylerin %53,2’si (n=50) bekar, %30,9’u (n=29) evli, %16’sı (n=15) boşanmış/ayrı yaşıyor; %43,6’sı (n=41) ortaöğretim, %41,5’i (n=39) ilköğretim ve altı, %14,9’u (n=14) üniversite ve üzeri mezunu olup; % 85,1’i (n=80) çalışmamakta; sadece %14,9’u (n=14) çalışmakta ve %95,7’sinin (n=90) sosyal güvencesi bulunmaktadır. Çalışan 14 kişinin %64,3’ü (n=9) işçi, %35,7’si (n=5) memur olarak çalışmaktadır. Şizofreni hastalarının %73,6’sı (n=64) yılda bir kez, %26,4’ü (n=23) yılda iki kez ve üzeri hastanede yatarak tedavi görmekte; % 53,2’si (n=50) ilaçlarını kullanmakta, %46,8’i (n=44) ilaçlarını kullanmamaktadır. Hastaların %59,6’sı (n=56) kendi gereksinimlerini bakım vericinin ara sıra desteği ile, %26,6’sı (n=25) her zaman kendisi, %13,8’i (n=13) her zaman bakım verici ile yapmaktadır. Araştırmaya katılan yedi primer bakım vericinin bakım verdiği şizofreni hastaları hastanede yatarak tedavi görmemiştir.

Tablo 2. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=94)

Demografik Özellikler	Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	63	67,0
Erkek	31	33,0
Yakınlık Derecesi		
Anne	30	31,9
Baba	15	16,0
Eş	21	22,3
Diğer (kızı, oğlu, kardeş, abi, abla, hala, yenge)	28	29,8
Yaşadığı Yer		
İl	65	69,2
İlçe	13	13,8
Kasaba/Köy	16	17,0
Aile Tipi		
Çekirdek aile	59	62,8
Geniş aile	18	19,1
Parçalanmış aile/Tek ebeveynli	17	18,1
Medeni Durum		
Evli	72	76,6
Bekar	17	18,1
Boşanmış/Ayrı yaşıyor	5	5,3
Eğitim Durumu		
İlköğretim ve altı	58	61,7
Ortaöğretim	22	23,4
Üniversite ve üzeri	14	14,9
Mesleki Durumu		
Çalışmıyor	49	52,1
Çalışıyor	21	22,3
Emekli	24	25,5
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	31	33,0
Gelir gidere denk ya da fazla	63	67,0
Sosyal güvencesi		
Yok	7	7,4
Var	87	92,6
	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$
Bakım Verenlerin Yaşı	21-83	52,08±14,59

Tablo 2’de şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin yaş ortalaması 52,08±14,59’dur. Katılımcıların %67’si (n=63) kadın, %33,1’i (n=31) erkek; %31,9’u (n=30)

anne, %16,0'ı (n=15) baba, %22,3'ü (n=21) hastanın eşi, %29,8'i (n=28) diğer olarak nitelendiren kızı, oğlu, abi, kardeş, abla, hala, yengeden oluşan birinci derece yakınlarıdır. Bakım verenlerin %69,1'i (n=65) il merkezinde, %13,8'i (n=13) ilçede, %17,0'ı (n=16) köy/kasabada yaşamakta; %62,8'i (n=59) çekirdek aileye, %19,1'i (n=18) geniş aileye, %18,1'i (n=17) parçalanmış/tek ebeveynli aileye sahiptirler. Katılımcıların %76,6'sı (n=72) evli, %18'i (n=17) bekar, %5,3'ü boşanmış/ayrı yaşıyor olup; %61,7'si (n=58) ilköğretim ve altı, %23,4'ü (n=22) ortaöğretim, %14,9'u (n=14) üniversite ve üzeri mezundur. Bireylerin %52,1'i (n=49) çalışmamakta, 22,3'ü (n=21) bir işte çalışmakta, %25,5'i (n=24) emekli olup; %67,0'ı (n=63) gelir durumunu gelir gidere denk yada fazla, %33,0'ı (n=31) gelir giderden az şeklinde değerlendirmiştir. Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin %92,6'sının (n=87) sosyal güvencesi olup %7,4'ünün (n=7) sosyal güvencesi bulunmamaktadır.

Tablo 3. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hasta Bakımına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=94)

Hasta Bakımına İlişkin Özellikler	Frekans (n)	Yüzde (%)
Devletten Özürlü Maaşı Alma Durumu		
Hayır	81	86,2
Evet	13	13,8
*Hastayla Aynı Evde Yaşama Durumu		
Hayır	15	16,0
Evet	79	84,0
Hastanın Aileye Ekonomik Katkısı		
Hiç	51	54,3
Kısmen	43	45,7
Bakımda Destek Olan Kişinin Varlığı		
Hayır	44	46,8
Evet	50	53,2
Başka Birisine Bakım Verme Durumu		
Hayır	85	90,4
Evet	9	9,6
Ailedeki Bireylerin Günlük Yaşamını Engelleme Durumu		
Engellemiyor	33	35,1
Engelliyor	61	64,9
	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$
Hastaya Bakım Verme Süresi	1-35	8,77±6,55

**Hastasıyla aynı evde yaşamayan şizofreni hastalarının primer bakım vericileri, hastalarının evlerine yemek öğünlerinde yemek götürerek, maddi konularda destek sağlayarak bakım sürecini sürdürmektedirler.*

Tablo 3’de şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin hasta bakımına ilişkin özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Araştırmadaki bakım verenlerin bakım verme süresi ortalaması $8,77\pm 6,55$ ’dir. Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin, %86,2’si (n=81) hastası için devletten özürlü maaşı almamakta, %13,8’i (n=13) almakta; %84’ü (n=79) hastasıyla aynı evde yaşamakta, %16,0’ı (n= 15) yaşamamakta; %54,3’ünün (n=51) bakımını üstlendiği hastasının aileye ekonomik katkısı olmamakta %45,7’sinin (n=43) ekonomik katkısı kısmen olmaktadır. Çalışmaya katılan şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin, %53,2’si (n=50) hastasına bakım verirken başka bireylerden destek almakta, %46,8’i (n=44) destek almamakta; %90,4’ü (n=85) başka bireye bakım vermemekte %9,6’sı (n=9) ise başka bir bireye bakım vermektedir. Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin, %64,9’u (n=61) evde şizofreni hastasının olmasının aile üyelerinin günlük yaşamını engellediğini, %35,1’i (n=33) ise engellemediğini belirtmiştir.

Tablo 4. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=94)

Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler	Frekans (n)	Yüzde (%)
Sağlık Durumu		
Kötü	13	13,9
Orta	43	45,7
İyi	38	40,4
Fiziksel Hastalık Durumu		
Yok	60	63,8
Var	34	36,2
Ruhsal Hastalık Durumu		
Yok	80	85,1
Var	14	14,9

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin sağlık durumuna ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4’de yer almaktadır. Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin %45,7’sinin (n=43) sağlığını “orta”, %40,7’sinin (n=38) “iyi”, %13,9’unun (n=13) kötü olarak algıladığı; %63,8’inin (n=60) herhangi bir fiziksel hastalığının olmadığı,

%36,2'sinin (n=34) fiziksel bir hastalığının olduğu; %85,1'inin (n=80) ruhsal hastalığa sahip olmadığı, %14'9'unun (n=14) ise ruhsal bir hastalığının olduğu saptanmıştır.

Tablo 5. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Bakım Verirken Yaşadığı Güçlüklerin Dağılımı (n=94)

Bakımda Yaşanılan Güçlükler	Frekans (n)	Yüzde (%)
Hastalık belirtileriyle baş etmede yaşanan güçlük		
Hayır	48	51,1
Evet	46	48,9
İlaçlarını kullanmasında yaşanan güçlük		
Hayır	62	66,0
Evet	32	34,0
Öfkeli ve saldırgan davranışlar karşısında yaşanan güçlük		
Hayır	78	83,0
Evet	16	17,0
Günlük yaşam becerilerinde yaşanan güçlük		
Hayır	82	87,2
Evet	12	12,8
Ev yaşamına katkısında yaşanan güçlük		
Hayır	86	91,5
Evet	8	8,5
İletişimde yaşanan güçlük		
Hayır	87	92,6
Evet	7	7,4

* Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerine bakım sürecinde en çok güçlük çektiği konular “açık uçlu soru” olarak sorulmuştur. Güçlük çektikleri konular çoktan aza doğru sınıflandırılarak değerlendirilmiştir.

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım verirken yaşadıkları güçlüklerin dağılımı Tablo 5'te verilmiştir. Çalışmaya katılan şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin, %48,9'u (n=46) hastalık belirtileriyle baş etmede güçlük yaşadıklarını, %51,1'i (n=48) hastalık belirtileriyle baş etmede güçlük yaşamadıklarını; %34,0'ü (n=32) bakım verdiği hastasının ilaçlarını kullanma konusunda güçlük yaşadıklarını, %66,0'ı (n=62) ilaçların kullanılması konusunda güçlük yaşamadıklarını; %17,0'ı (n=16) hastasının öfkeli ve saldırgan davranışlar karşısında güçlük yaşadıklarını, %83,0'ı (n=78) bu davranışlar

karşısında güçlük yaşamadıklarını; %12,8'i (n=12) hastasının günlük yaşam becerileri konusunda güçlük yaşadıklarını, %87,2'sinin (n=82) bu konuda güçlük yaşamadıklarını; %8,5'i (n=8) hastasının ev yaşamına katkısı konusunda güçlük yaşadıklarını, %91,5'inin (n=86) ev yaşamına katkısı konusunda güçlük yaşamadıklarını; %7,4'ü (n=7) hastasıyla iletişim kurma konusunda güçlük yaşadığını, %92,6'sının (n=87) bu konuda güçlük yaşamadıklarını bildirmişlerdir.



Tablo 6. Primer Bakım Vericilerin Bakım Verirken Gereksinim Duydukları Konuların Dağılımı (n=94)

Gereksinim Duyulan Konular	Frekans (n)	Yüzde (%)
Belirtilerle baş etme konusunda ihtiyaç		
Yok	31	33,0
Var	63	67,0
İlaç tedavisi ve yan etkileri konusunda ihtiyaç		
Yok	33	35,1
Var	61	64,9
İlaç eğitimi konusunda ihtiyaç		
Yok	36	38,3
Var	58	61,7
Ev yaşamına katkısı konusunda ihtiyaç		
Yok	36	38,3
Var	58	61,7
Hastaların yasal hakları konusunda ihtiyaç		
Yok	37	39,4
Var	57	60,6
Erken uyarıcı belirtiler konusunda ihtiyaç		
Yok	39	41,5
Var	55	58,5
Hastanın boş zaman aktivitelerini planlama konusunda ihtiyaç		
Yok	40	42,6
Var	54	57,4
İletişim becerileri konusunda ihtiyaç		
Yok	47	50,0
Var	47	50,0
Stresle baş etme konusunda ihtiyaç		
Yok	47	50,0
Var	47	50,0
Psikososyal tedavi yöntemleri konusunda ihtiyaç		
Yok	48	51,1
Var	46	48,9
Yaşantısıyla ilgili beceriler (tuvalet, banyo, odasını toplama gibi) konusunda ihtiyaç		
Yok	49	52,1
Var	45	47,9
Şizofreniyle ilgili grup ve dernekler konusunda ihtiyaç		
Yok	60	63,8
Var	34	36,2

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım verirken gereksinim duydukları konuların dağılımı Tablo 6'da verilmiştir. Bakım sürecinde, şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin %67,0'ı (n=63) şizofreni belirtileriyle baş etme konusunda bilgiye gereksinimleri olduklarını, %33,0'ı (n=31) belirtilerle baş etme konusunda gereksinimleri olmadıklarını; %64,9'u (n=61) ilaç tedavisi ve yan etkileri konusunda gereksinimleri olduklarını, %35,1'i (n=33) bu konuda gereksinimleri olmadıklarını; %61,7'si (n=58) ilaç eğitimi konusunda ihtiyaçları olduklarını, %38,3'ü (n=36) ilaç eğitimi konusunda bilgiye ihtiyaçları olmadıklarını; %61,7'si (n=58) hastasının ev yaşamına katkısı konusunda ihtiyacı olduklarını, %38,3'ü (n=36) bu konuda bilgi gereksinimleri olmadıklarını bildirmişlerdir. Katılımcıların, %60,6'sı (n=57) bakım verdiği hastalarının yasal hakları konusunda gereksinimleri olduklarını, %39,4'ü (n=37) yasal haklar konusunda gereksinimleri olmadıklarını; %58,5'i (n=55) erken uyarıcı belirtiler konusunda gereksinimleri olduklarını, %41,5'i (n=39) erken uyarıcı belirtiler konusunda gereksinimleri olmadıklarını; %57,4'ü (n=54) bakım verdiği hastasının boş zaman aktivitelerini planlama konusunda bilgiye ihtiyaçları olduklarını, %42,6'sı (n=46) hastasının boş zamanlarını planlama konusunda gereksinimi olmadıklarını; %50,0'ı (n=47) iletişim becerileri konusunda bilgiye gereksinimleri olduklarını, %50,0'ı (n=47) bu konuda gereksinimleri olmadıklarını belirtmişlerdir. Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin %50,0'ı (n=47) stresle baş etme konusunda bilgilendirilme gereksinimi olduklarını, %50,0'ı (n=47) bu konuda bilgiye gereksinim duymadıklarını; %48,9'u (n=46) psikososyal tedavi hakkında gereksinimleri olduklarını, %51,1'i (n=48) psikososyal tedaviler konusunda gereksinimleri olmadıklarını; %47,9'u (n=45) hastanın günlük yaşantısıyla ilgili beceriler (tuvalet, banyo, odasını toplama gibi) konusunda bilgiye ihtiyaçları olduklarını, %52,1'i (n=49) hastanın günlük yaşam becerileriyle ilgili gereksinimleri olmadıklarını; %36,2'si (n=34) şizofreni ile ilgili grup ve dernekler gibi konularda bilgiye ihtiyaç duyduklarını, %63,8'i (n=60) bu konularda ihtiyaçları olmadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 7. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hastalığa İlişkin Eğitim Alma Durumlarının Dağılımı (n=94)

Hastalığa İlişkin Eğitim Alma Durumları	Frekans (n)	Yüzde (%)
Eğitim Alma Durumu		
Hayır	91	96,8
Evet	3	3,2
Bakım Verenlerin Eğitim İçin Tercih Ettiği Kaynaklar		
Sağlık personeli (doktor/hemşire)		
Hayır	11	11,7
Evet	83	88,3
Yazılı ve görsel basın kaynakları		
Hayır	68	72,3
Evet	26	27,7
Görerek/yaparak		
Hayır	69	73,4
Evet	25	26,6
Başka hasta yakınlarıyla tanışarak		
Hayır	71	75,5
Evet	23	24,5

Tablo 7’de şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin hastalığa ilişkin eğitim alma durumlarının dağılımı verilmiştir. Şizofreni ile ilgili eğitim durumları incelendiğinde, araştırmaya katılan şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin %96,8’i (n=91) şizofreni ile ilgili herhangi bir eğitim almadıklarını, %3,2’si (n=3) şizofreni hakkında genel bilgi ve şizofreni hastalarına bakım konusunda eğitim aldıklarını bildirmişlerdir. Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin %88,3’ü (n=83) sağlık personelinden eğitim almayı istediklerini, %11,7’si (n=11) sağlık personelinden eğitim almak istemediklerini; %27,7’si (n=26) bilgilerin yazılı ve görsel basın kaynaklarından verilmesini istediklerini, %72,3’ü (n=68) eğitimi yazılı ve görsel basın kaynakları aracılığıyla almak istemediklerini; %26,6’sı (n=25) görerek/yaparak öğrenmek istediklerini, %73,4’ü (n=69) görerek/yaparak öğrenmek istemediklerini; %24,5’i (n=23) hasta yakınlarıyla iletişime geçerek eğitim almayı istediklerini, %75,5’i (n=71) başka hasta yakınlarıyla görüşerek eğitim almak istemediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 8. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarına İlişkin Öz Bakım Yeteneklerinin Dağılımı (n=94)

Hastanın Öz Bakım Yeteneği	Bağımsız		Yardım ile		Tamamen Bağımlı	
	n	%	n	%	n	%
Yeme-içme	78	83,0	10	10,6	6	6,4
Banyo/yıkanma	61	64,9	27	28,7	6	6,4
Alışveriş	26	27,6	29	30,9	39	41,5
Yemek pişirme	13	13,9	16	17,0	65	69,1
Boş zaman planlama	34	36,2	33	35,1	27	28,7

Katılımcıların bakım verdikleri şizofreni hastalarına ilişkin öz bakım yetenekleri Tablo 8’de verilmiştir. Yeme-içme öz bakım yeteneğini şizofreni hastalarının %83,0’ının (n=78) bağımsız, %10,6’sının (n=10) başkalarının yardımı ile, %6,4’ünün (n=6) tamamen bağımlı olarak yaptığı; banyo/yıkanma öz bakım yeteneğini şizofreni hastalarının %64,9’unun (n=61) bağımsız, %28,7’sinin (n=27) başkalarının yardımı ile, %6,4’ünün (n=6) tamamen bağımlı şekilde yürüttüğü bulunmuştur. Alışveriş yeteneğini bakım verilen şizofreni hastalarının %27,6’sının (n=26) bağımsız, %30,9’unun (n=29) başkalarının yardımı ile, %41,5’inin (n=39) tamamen bağımlı yaptığı; yemek pişirmeyi şizofreni hastalarının %13,9’unun (n=13) bağımsız, %17,0’inin (n=16) yardım ile, %69,1’inin (n=65) tamamen bağımlı; boş zaman planlama yeteneğini şizofreni hastalarının %36,2’sinin (n=34) bağımsız, %35,1’inin (n=33) başkalarının yardımı ile, %28,7’sinin (n=27) tamamen bağımsız şekilde yürüttüğü saptanmıştır.

Tablo 9. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Bakım Verme Yükü Ölçeği Min-Max Değeri ve Puan Ortalamaları (n=94)

	Alınabilecek min-max Değerler	Alınan min-max Değerler	$\bar{X} \pm SS$
Bakım Verme Yükü Ölçeği	0-88	6-78	38,47±15,05

Tablo 9’da şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin Bakım Verme Yükü Ölçeği min-max değeri ve puan ortalamasının dağılımı görülmektedir. Bu tabloya göre primer bakım vericilerinin Bakım Verme Yükü Ölçeği puanının toplam alt değeri 6, üst değeri 78 ve puan ortalaması 38,47±15,05 olarak bulunmuştur.

Tablo 10. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarının Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	Bakım Verme Yükü Ölçeği				
	n	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$	Test Değeri	Anlamlılık Düzeyi (p)
Cinsiyet					
Kadın	36	19-78	41,38±15,47	*1,486	0,141
Erkek	58	6-72	36,67±14,63		
Eğitim Durumu					
İlköğretim ve altı	39	19-71	38,28±11,00	****0,183	0,913
Ortaöğretim	41	13-78	38,73±17,52		
Üniversite ve üzeri	14	6-63	38,28±17,96		
Medeni Durumu					
Bekar	50	15-69	39,18±13,45	***0,119	0,888
Evli	29	6-72	37,51±16,10		
Boşanmış/Ayrı yaşıyor	15	12-78	38,00±18,71		
Çalışma Durumu					
Çalışmıyor	80	13-78	39,28±14,61	**-0,999	0,318
Çalışıyor	14	6-59	33,85±17,20		
Sosyal Güvence					
Yok	4	27-53	37,75±11,52	-	-
Var	90	6-78	38,51±15,24	-	-
Hastaneye Yatış Sıklığı					
Yılda 1 kez	64	6-69	36,78±13,77	*-2,782	0,007
Yılda 2 kez ve üzeri	23	21-78	46,52±16,07		
İlaçlarını Alma Durumu					
Alıyor	50	6-62	32,92±12,26	*-4,071	0,000
Almıyor	44	19-78	44,79±15,55		
Gereksinimlerini Karşılama Durumu					
Her zaman kendi karşılar	25	6-59	31,76±14,21	****7,094	0,029
Ara sıra bizim desteğimizi ister	56	12-78	40,96±15,23		
Hep biz yaparız	13	19-58	40,69±12,70		
Yaş				****r = -0,071	0,498
Hastanın Şizofreni Tanısı İle İzlenme Süresi				****r = 0,072	0,493
*İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi				***One-Way ANOVA (Post Hoc Tukey)	
Mann-Whitney U Testi				**Kruskall Wallis Varyans Analizi	
**** Spearman Korelasyon Analizi					

Tablo 10’da şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım verdikleri hastalara ilişkin demografik özelliklerine göre Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalaması, bakım verdikleri hastaların hastaneye yılda iki ve üzerinde yatması, yılda bir kez yatmasına göre daha yüksek olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=-2,782$; $p=0,007$).

Hastaların ilaç tedavisine uyum durumlarına göre, bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=-4,071$; $p=0,000$). Buna göre ilaç kullanan hastalara bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalaması, ilaç kullanmayan hastalara bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamasına göre daha yüksektir.

Gereksinimlerini ara sıra yakınının desteği ile yapan hastalara bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalaması, her zaman kendi yapan hastalara bakım verenlerin puan ortalamasına göre daha yüksek olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($KW=7,094$; $p=0,029$).

Hastanın yaşı ($r=-0,071$; $p=0,498$), cinsiyeti ($t=1,486$; $p=0,141$), eğitim durumu ($KW=0,183$; $p=0,913$), medeni durumu ($F=0,119$; $p=0,888$), çalışma durumu ($U=-0,999$; $p=0,318$) ve şizofreni tanısı ile izlenme süresi ($r=0,072$; $p=0,493$) gibi demografik özelliklerin primer bakım vericilerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur.

Tablo 11. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	Bakım Verme Yükü Ölçeği				
	n	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$	Test Değeri	Anlamlılık Düzeyi (p)
Cinsiyet					
Kadın	63	6-78	37,76±15,61	*-0,656	0,513
Erkek	31	15-69	39,93±13,98		
Yakınlık Derecesi					
Anne	30	12-78	40,00±16,80	***0,540	0,656
Baba	15	15-69	41,46±15,30		
Eş	21	6-72	36,90±17,01		
Diğer (kızı, oğlu, kardeş, abi, abla, hala, yenge)	28	19-60	36,42±11,30		
Yaşadığı Yer					
İl	65	6-78	37,53±15,87	***0,962	0,386
İlçe	13	15-69	43,84±16,43		
Kasaba/Köy	16	25-58	37,93±9,25		
Aile Tipi					
Çekirdek aile	59	6-72	37,11±14,11	***1,335	0,268
Geniş aile	18	15-78	37,88±18,31		
Parçalanmış/Tek ebeveynli	17	22-69	43,82±14,20		
Medeni Durumu					
Bekar	72	6-72	37,45±15,06	****4,654	0,098
Evli	17	21-62	38,47±13,42		
Boşanmış/Ayrı yaşıyor	5	37-78	53,20±15,25		
Eğitim Durumu					
İlköğretim ve altı	58	12-78	39,65±14,42	****6,246	0,044
Ortaöğretim	22	20-69	33,13±13,90		
Üniversite ve üzeri	14	6-69	42,00±18,15		
Mesleki Durumu					
Çalışmıyor	49	12-78	38,10±15,73	***0,337	0,715
Çalışıyor	21	6-63	37,00±13,55		
Emekli	24	20-69	40,54±15,28		
Gelir Durumu					
Gelir giderden az	31	21-78	43,19±15,19	*2,172	0,032
Gelir gidere denk yada fazla	63	6-69	36,15±14,55		
Sosyal Güvence					
Yok	7	6-52	26,42±14,87	**-2,204	0,028
Var	87	12-78	39,44±14,72		
Yaş				*****r=0,217	0,036
*İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi				***One-Way ANOVA (Post Hoc Tukey)	
Mann-Whitney U Testi				**Kruskall Wallis Varyans Analizi	
***** Pearson Korelasyon Analizi					

Tablo 11’de şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin demografik özelliklerine göre Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Bakım verenlerin yaşı ile Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki belirlenmiştir ($r=0,217$; $p=0,036$).

Bakım verenlerin ilköğretim ve altı, üniversite ve üzeri mezunu olmaları ile Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmaktadır ($KW=6,246$; $p=0,044$). Üniversite ve üzeri mezunu olan bakım vericilerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalaması ortaöğretim, ilköğretim ve altı mezunu olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Gelirini giderinden az olarak tanımlayan şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalaması, geliri gidere denk ya da fazla olanların Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamasından yüksek olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=2,172$; $p=0,032$).

Sosyal güvencesi olan primer bakım vericilerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalaması, olmayanlara göre; anlamlı derecede yüksek olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($U=-2,204$; $p=0,028$).

Bakım verenlerin cinsiyeti ($t=-0,656$; $p=0,513$), hastaya yakınlık derecesi ($F=0,540$; $p=0,656$), yaşadığı yer ($F=0,962$; $p=0,386$), aile tipi ($F=1,335$; $p=0,268$), medeni durumu ($KW=4,654$; $p=0,098$) ve mesleki durumu ($F=0,337$; $p=0,715$) gibi demografik özelliklerinin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır.

Tablo 12. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hasta Bakımına İlişkin Özellikleri İle Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=94)

Hasta Bakımına İlişkin Özellikler	Bakım Verme Yükü Ölçeği				
	n	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$	Test Değeri	Anlamlılık Düzeyi (p)
Devletten Özürlü Maaşı Alma Durumu					
Hayır	81	6-78	38,18±15,28	*-0,470	0,640
Evet	13	19-71	40,30±13,95		
Hastayla Aynı Evde Yaşama Durumu					
Hayır	15	21-51	38,33±9,12	*-0,058	0,954
Evet	79	6-78	38,50±15,97		
Hastanın Aileye Ekonomik Katkısı					
Hayır	51	15-78	41,90±15,11	*2,465	0,016
Evet	43	6-71	34,41±14,09		
Bakımda Destek Olan Kişinin Varlığı					
Hayır	44	13-78	40,52±16,80	*1,220	0,226
Evet	50	6-69	36,68±13,24		
Başka Birisine Bakım Verme Durumu					
Hayır	85	12-78	38,95±15,22	**-0,591	0,554
Evet	9	6-52	34,00±13,29		
Evde Şizofreni Hastası Olmasının Ailedeki Bireylerin Günlük Yaşamını Engelleme Durumu					
Engellemiyor	33	6-53	28,69±11,66	*-5,254	0,000
Engelliyor	61	21-78	43,77±14,05		
Hastaya Bakım Verme Süresi	94			***r=0,206	0,046

*İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi

**Mann-Whitney U Testi

***Spearman Korelasyon Analizi

Tablo 12’de şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin hasta bakımına ilişkin özellikleri ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin hastaya bakım verme süresi ile Bakım

Verme Yüğü Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki belirlenmiştir ($r=0,206$; $p=0,046$).

Aileye ekonomik katkısı olmayan hastalara bakım veren primer bakım vericilerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalaması, ekonomik katkısı olan hastalara bakımlarına göre daha yüksek olup, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=2,465$; $p=0,016$).

Evde şizofreni hastasının olmasının ailedeki bireylerin günlük yaşamını engelleme durumuna evet diyen primer bakım vericilerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalaması, hayır diyenlere göre daha yüksek olup, fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=-5,254$; $p=0,000$).

Primer bakım vericilerin, devletten özürü maaşı alma ($t=-0,470$; $p=0,640$), hastayla aynı evde yaşama ($t=-0,058$; $p=0,954$), bakımda destek olan birinin varlığı ($t=1,220$; $p=0,226$) ve başka birisine bakım verme durumu ($t=-0,591$; $p=0,554$) gibi hasta bakımına ilişkin özelliklerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur.

Tablo 13. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özellikleri İle Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=94)

Özellikler/Ölçek	Bakım Verme Yüğü Ölçeği					
	n	Median	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$	Test Değeri	Anlamlılık Düzeyi (p)
Sağlık Durumu						
Kötü	13	52	30-72	52,46±14,15		
Orta	43	36	15-78	39,25±13,72	**9,960	0,000
İyi	38	32	6-60	32,81±13,73		
Fiziksel Hastalık Durumu						
Yok	60	35	6-72	37,18±14,30		
Var	34	38,5	15-78	40,76±16,26	*-1,109	0,270
Ruhsal Hastalık Durumu						
Yok	80	35	6-72	36,68±13,96		
Var	14	45,5	21-78	48,71±17,43	*-2,862	0,005
*İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi				**One-Way ANOVA (Post Hoc Tukey)		

Tablo 13’de şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin sağlık durumuna ilişkin özellikleri ile Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Bakım verenlerin genel sağlık durumu ile Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Genel sağlık durumunu “kötü” olarak nitelendiren bakım vericilerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalaması, “orta” ve “iyi” olarak nitelendirenlere göre daha yüksektir ($F=9,960$; $p=0,000$).

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerin fiziksel hastalıklarının varlığı ile Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($t=-1,109$; $p=0,270$).

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerin ruhsal sağlık durumları ile Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Ruhsal hastalığa sahip bakım vericilerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalaması olmayanlara göre daha yüksek olarak bulunmuştur ($t=-2,862$; $p=0,005$).

Tablo 14. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Bakım Verirken Yaşadıkları Güçlükler İle Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=94)

Bakımda Yaşanan Güçlükler	Bakım Verme Yükü Ölçeği				
	n	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$	Test Değeri	Anlamlılık Düzeyi (p)
Günlük yaşam becerilerinde yaşanan güçlük					
Hayır	82	6-78	39,07±15,52	*1,001	0,320
Evet	12	19-53	34,41±11,01		
İletişimde yaşanan güçlük					
Hayır	87	6-78	38,22±15,25	**-0,800	0,424
Evet	7	21-62	41,57±12,94		
Hastalık belirtileriyle baş etmede yaşanan güçlük					
Hayır	48	6-78	36,31±16,85	*-1,433	0,155
Evet	46	19-72	40,73±12,70		
İlaçlarını kullanmasında yaşanan güçlük					
Hayır	62	6-71	34,40±13,57	*-3,926	0,000
Evet	32	19-78	46,37±14,82		
Öfkeli ve saldırgan davranışlar karşısında yaşanan güçlük					
Hayır	78	6-78	37,28±15,00	*-1,719	0,089
Evet	16	21-71	44,31±14,37		
Ev yaşamına katkısında yaşanan güçlük					
Hayır	86	6-78	38,66±14,87	**-0,610	0,542
Evet	8	15-69	36,50±17,93		

*İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi

**Mann-Whitney U Testi

Tablo 14’de şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım verirken yaşadığı güçlükler ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılması yer almaktadır. Şizofreni hastalarının primer bakım vericileri hastalarına bakım verirken hastasının ilaçlarını kullanması konusundaki yaşadıkları güçlük ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Bakım verdikleri hastalarının ilaç kullanması konusunda güçlük yaşayan bakım vericilerin güçlük yaşayamayanlara göre Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması daha yüksektir ($t=-3,926$; $p=0,000$).

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım verirken hastalarıyla; günlük yaşam becerileri ($t=1,001$; $p=0,320$), iletişim ($U=-0,800$; $p=0,424$), hastalık belirtileri ($t=-1,433$; $p=0,155$), öfkeli saldırgan davranışları ($t=-1,719$; $p=0,089$) ve ev yaşamına katkısı ($U=-0,610$; $p=0,542$) gibi konularda güçlük yaşamasının Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur.

Tablo 15. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Bakım Verirken Gereksinim Duydukları Konular İle Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=94)

Gereksinim Duydukları Konular	Bakım Verme Yükü Ölçeği				Anlamlılık Düzeyi (p)
	n	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$	Test Değeri	
İlaç tedavisi ve yan etkileri konusunda ihtiyaç					
Yok	33	6-71	32,24±14,21	*-3,086	0,003
Var	61	12-78	41,85±14,51		
Belirtilerle baş etme konusunda ihtiyaç					
Yok	31	6-60	31,58±12,64	*-3,275	0,001
Var	63	12-78	41,87±15,07		
İlaç eğitimi konusunda ihtiyaç					
Yok	36	12-71	34,27±15,20	**-2,431	0,15
Var	58	6-78	41,08±14,48		
Erken uyarıcı belirtiler konusunda ihtiyaç					
Yok	39	6-69	33,07±13,88	*-3,058	0,003
Var	55	13-78	42,30±14,78		
Şizofreniyle ilgili grup ve dernekler konusunda ihtiyaç					
Yok	60	6-78	40,13±15,45	*1,423	0,158
Var	34	12-72	35,55±14,07		
İletişim becerileri konusunda ihtiyaç					
Yok	47	6-69	34,87±14,90	*-2,380	0,019
Var	47	19-78	42,08±14,47		
Stresle baş etme konusunda ihtiyaç					
Yok	47	6-69	34,97±14,24	*-2,305	0,023
Var	47	19-78	41,97±15,18		
Hastaların yasal hakları konusunda ihtiyaç					
Yok	37	15-71	38,24±14,13	*-0,122	0,904
Var	57	6-78	38,63±15,74		
Psikososyal tedavi yöntemleri konusunda ihtiyaç					
Yok	48	15-78	41,56±15,62	*2,064	0,042
Var	46	6-72	35,26±13,87		
Yaşantısıyla ilgili beceriler (Tuvalet, banyo, odasını toplama gibi) konusunda ihtiyaç					
Yok	49	6-69	35,95±15,23	**-1,552	0,121
Var	45	19-78	41,22±14,53		
Hastanın boş zaman aktivitelerini planlama konusunda ihtiyaç					
Yok	40	6-69	34,87±15,09	*-2,030	0,045
Var	54	15-78	41,14±14,59		
Ev yaşamına katkısı konusunda ihtiyaç					
Yok	36	6-69	34,41±14,61	*-2,098	0,039
Var	58	12-78	41,00±14,89		

*İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi

**Mann-Whitney U Testi

Tablo 15’de şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım verirken gereksinim duydukları konular ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması yer almaktadır. Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin hastalarına bakım verirken ilaç tedavisi veya yan etkileri konusunda ihtiyacı olanların olmayanlara göre Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları daha yüksek olup, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($t=-3,086$; $p=0,003$).

Şizofreni belirtileriyle baş etme ($t=-3,275$; $p=0,001$) ve erken uyarıcı belirtileri fark edebilme ($t=-3,058$; $p=0,003$) konusunda gereksinimi olan primer bakım vericilerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları bu konularda gereksinimi olmayanlara göre daha yüksek olup, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

İletişim becerileri ($t=-2,380$; $p=0,019$) ve stresle baş etme ($t=-2,305$; $p=0,023$) konularında ihtiyacı olan şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları, bu konularda ihtiyacı olmayanlara göre yüksek olup, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık vardır.

Psikososyal tedavi yöntemleri ($t=2,064$; $p=0,042$) konusunda gereksinimleri olan primer bakım vericilerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması, bu konularda gereksinimi olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

Bakım verdiği hastalarının ev yaşamına katkısı ($t=-2,098$; $p=0,039$) ve hastanın boş zaman aktivitelerini planlama ($t=-2,030$; $p=0,045$) konularında bilgi ve donanıma ihtiyacı olan bakım verenlerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları, ihtiyacı olmayanlara göre daha yüksek olup, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

İlaç eğitimi ($U=-2,431$; $p=0,15$), şizofreniyle ilgili grup ve dernekler ($t=1,423$; $p=0,158$) hastaların yasal hakları ($t=-0,122$; $p=0,904$), hastaların yaşantısıyla ilgili beceriler (tuvalet, banyo, odasını toplama gibi) ($U=-1,552$; $p=0,121$) gibi konularda gereksinimi olma durumu ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık yoktur.

Tablo 16. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hastalığa İlişkin Eğitim Alma Durumları İle Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=94)

Hastalığa İlişkin Eğitim Alma Durumları	Bakım Verme Yükü Ölçeği				
	n	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$	Test Değeri	Anlamlılık Düzeyi (p)
Eğitim Alma Durumu					
Hayır	91	6-78	38,73±15,13	-	-
Evet	3	21-44	30,66±11,93	-	-
Bakım Verenlerin Eğitim İçin Tercih Ettiği Kaynaklar					
Sağlık personeli (doktor/hemşire)					
Hayır	11	20-69	42,45±16,83	*0,931	0,354
Evet	83	6-78	37,95±14,83		
Yazılı ve görsel basın kaynakları					
Hayır	68	12-78	40,54±15,47	*2,195	0,031
Evet	26	6-58	33,07±12,63		
Görerek/yaparak					
Hayır	69	6-78	37,40±14,95	*-1,150	0,253
Evet	25	12-72	41,44±15,23		
Başka hasta yakınlarıyla tanışarak					
Hayır	71	6-78	36,95±15,28	*-1,739	0,085
Evet	23	15-69	43,17±13,57		

*İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi

Tablo 16’da şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin hastalığa ilişkin eğitim durumları ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Bakım verenlerin şizofreni ile ilgili eğitim almak istediklerinde yazılı ve görsel basın kaynaklarını tercih etmesi ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Eğitim için yazılı ve görsel basın kaynakları tercih etmeyen bakım vericilerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması daha yüksektir (t=2,195; p=0,031).

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin eğitim için sağlık personeli (doktor/hemşire) (t=0,931; p=0,354), kendisinin görerek/yaparak (t=-1,150; p=0,253) veya başka hasta yakınlarıyla görüşmesi (t=-1,739; p=0,085) gibi kaynakları tercih etmesinin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır.

Tablo 17. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarına İlişkin Öz Bakım Yetenekleri İle Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=94)

Öz Bakım Yeteneği	Bakım Verme Yüğü Ölçeği				
	n	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$	Test Değeri	Anlamlılık Düzeyi (p)
Yeme/içme					
Bağımsız	78	6-78	37,00±14,96		
Başkasının yardımı ile	10	36-71	51,20±10,69	**9,256	0,010
Tamamen bağımlı	6	19-53	36,50±14,15		
Banyo/Yıkanma					
Bağımsız	61	6-78	38,60±16,35		
Başkasının yardımı ile	27	20-72	38,18±12,57	**0,038	0,981
Tamamen bağımlı	6	19-53	38,50±13,63		
Alışveriş					
Bağımsız	26	6-71	34,42±15,31		
Başkasının yardımı ile	29	12-69	39,79±13,94	*1,319	0,272
Tamamen bağımlı	39	13-78	40,20±15,54		
Yemek Pişirme					
Bağımsız	13	15-57	32,30±12,27		
Başkasının yardımı ile	16	22-69	43,62±13,30	*2,073	0,132
Tamamen bağımlı	65	6-78	38,44±15,66		
Boş Zaman Planlama					
Bağımsız	34	6-63	32,50±13,08		
Başkasının yardımı ile	33	12-71	41,12±14,61	*4,623	0,012
Tamamen bağımlı	27	19-78	42,77±16,00		
*One-Way ANOVA (Post Hoc Tukey)			**Kruskal Wallis Varyans Analizi		

Tablo 17’de bakım verilen şizofreni hastalarına ilişkin öz bakım yetenekleri ile Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılması verilmiştir. Yeme/içme ihtiyacını başkasının yardımı ile yapan şizofreni hastaların bakım vericilerinin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalaması bağımsız yapanların yakınlarına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (KW=9,256; p=0,010).

Boş zamanlarını planlamasını tamamen bağımlı şekilde yürüten şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalaması bağımsız ve başkalarının yardımı ile yapanlara göre yüksek olup, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur (F=4,623; p=0,012).

Şizofreni hastaların banyo/yıkanma (KW=0,038; p=0,981), alışveriş (F=1,319; p=0,272) ve yemek pişirme (F=2,073; p=0,132) gereksinimlerini bağımsız, başkalarının yardımı ile ve tamamen bağımlı yapmasının primer bakım vericilerinin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerin hastalığa ilişkin gereksinimleri ve bakım yüklerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları, alanyazın çalışmalarıyla tartışılmıştır.

5.1. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarının Demografik Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım verdikleri hastaların yaş ortalamasının $41,12 \pm 13,72$ olduğu görülmektedir. Dikeç (2014) kronik şizofreni hastalarında tedaviye uyum programının etkinliğini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada hastaların yaş ortalamasını $41,73 \pm 6,41$ olarak bildirmiştir. Gülseren ve ark (2010) şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların yaş ortalamasını $40,8 \pm 12,2$ olarak vurgulamışlardır. Çalışmamızdan çıkan bulgunun alanyazın çalışma bulgularıyla uyumlu olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım verdikleri erkek hasta oranı %61,7'dir (n=58). Kavak (2011) kendi evlerinde yaşayan ve korumalı evlerde yaşayan şizofreni hastalarının yaşam niteliklerinin ve işlevsel iyileşme düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla yapmış olduğu çalışmada hastaların %70,7'sinin erkek olduğunu bildirmiştir. Çetin ve ark (2013) şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışa vuran duygu durumu ilişkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında hastaların %68,8'inin erkek olduğunu belirtmişlerdir. Maldonado ve ark (2005) şizofreni hastalarının ailelerinin bakım yükü ve sağlık durumlarını incelediği çalışmalarında erkek hastaların oranını %67,7 olarak açıklamışlardır. Çalışma bulgumuz şizofreninin erkeklerde daha fazla görüldüğü bilgisiyle uyumludur (Binbay ve ark, 2011; Yılmaz, 2012).

Şizofreni hastalarının eğitim durumları incelendiğinde %43,6'sının (n=41) ortaöğretim mezunu olduğu görülmektedir. Çetin ve ark (2013) çalışmalarında hastaların %75'inin ortaöğretim mezunu olduğunu bildirmişlerdir. Chan ve ark (2007), Hong Kong (%71,6)'da ve Taipei (%51,3)'de yapmış oldukları çalışmada hastaların yüksek oranda ortaöğretim mezunu olduklarını açıklamışlardır. Chien (2008) çalışmasında psikoeğitim alan bakım vericilerin

bakım verdikleri hastaların %59'unun ve kontrol grubunun bakım verdiği hastaların %66'sının ortaöğretim mezunu olduğunu belirtmiştir. Bunun nedeni hastalığın önemli düzeyde bireyin algılamasını, duygularını, düşünmesini, hareketlerini, dikkatini, yargılamasını etkilemesi; öğrenme, kendine bakım, insan ilişkileri ya da yaşam becerileri gibi birçok konuda yetersizliklere neden olması; günlük yaşamda, iş, okul ve sosyal alanlarda da problemlere yol açması nedeniyle hastaların okullarını bitirmelerine engel olması olabilir (Şahin, 1999; Üçok, 1999; Öztürk ve Uluşahin, 2008). Çalışma bulgumuzun alanyazın çalışma bulgularıyla uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmadaki bekar şizofreni hastalarının oranı %53,1 (n=50) olarak gösterilmiştir. Tanrıverdi (2008)'nin şizofreni hastalarının bakım vericilerine verilen psikoeğitimin bakım yüküne etkisini incelemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada hastaların %74,2'si bekar olarak bildirilmiştir. Perrault ve ark (2006)'nın psikiyatri hastalarının bakış açısını belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmadaki bekar hasta oranını %53,5 olarak belirtmişlerdir. Araştırma bulgumuzun Perrault ve ark (2006)'nın ve Tanrıverdi (2008)'nin bulgusuyla uyumlu olduğu görülmektedir. Araştırmamızda hastaların yaklaşık 2/3'ünün erkek olduğu göz önüne alındığında kültürel nedenlerden dolayı evin ekonomik sorumluluğunu alması ve çalışması gibi beklentilerin olması nedeniyle daha zor evleniyor olabilirler. Oysa kadınlardan ev işleri ve çocuk bakması gibi bir beklenti olmaktadır. Bu nedenle kadınlar şizofreni tanısı almalarına rağmen daha rahat evleniyor olabilirler.

Şizofreni hastalarının %85,1'inin (n=80) herhangi bir işte çalışmadığı belirtilmiştir. Özlü (2007) şizofreni hastalarına bakım verenlerde yük ve travma sonrası gelişim ile ilgili özellikleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında hastaların %86,7'sinin çalışmadığını bildirmiştir. Benzer konularda yapılmış olan alanyazın çalışmalarında araştırma bulgumuza benzer oranlarda şizofreni hastalarının çalışmadığı bildirilmiştir (Chan ve ark, 2007; Kızılırmak, 2014; Yılmaz, 2012; Nasr ve Kausar, 2009). Psikiyatrik hastalığı olan bireyler hastalığın erken yaşta başlaması ve bilişsel yeti kayıpları nedeniyle eğitimlerini tamamlamada zorluk yaşayabilmekte bu da meslek sahibi olmalarına engel olabilmektedir (Sağduyu ve ark, 2001; Özyiğit ve ark, 2004; Çam ve Bilge, 2007). Meslek sahibi olmuş hastalar ise hastalığın belirtileri, ilaçların yan etkileri, iletişimde yaşadıkları güçlükler ve sosyal beceri kaybı nedeniyle verimli şekilde çalışmamakta veya işlerini bırakmaktadırlar (Gülseren, 2000). Ayrıca toplumun, hastalığı ve hastaları damgalayıcı ve dışlayıcı yaklaşımlarının olduğu bilinmekte ve bu sebeple hastalarda kendini damgalamakta ve geri çekebilmektedirler (Yıldız ve ark, 2012). Ülkemizde özürülere yapılan sosyal destekler bireyin bir işe girmesini

gerektirmediginden; psikiyatrik özürlü olan kişiler atak geçirebilme endişelerinden dolayı sosyal desteklerini kesip bir işe girip çalışmaya cesaret edememektedirler (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011). Ayrıca işe giren hastalar için koruyucu iş merkezlerinin olmaması da çok fazla damgalamaya maruz kalmalarına bu da iş yaşamlarını sürdürmelerine engel oluyor olabilir. Ülkemizde 4857 sayılı İş Kanunu'na göre kamu işyerlerinde %4; özel sektör işyerlerinde %3 oranında özürünün (engelli) iş yerinde bulundurulması zorunluluğu yer almaktadır (Resmi Gazete, 2012). Bu durum sebebiyle şizofreni tanısı almış bireyin iş girmesi gerektirdiği düşünülebilir. Şizofreni tanısı ile iş yerinde çalışıyor olmak başlı başına bir damgalama sebebi olabilir.

Şizofreni hastalarının %95,7'sinin (n=90) sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır. Bu araştırma bulgumuzun alanyazın bilgisiyle uyumlu olduğu görülmektedir (Kızılırmak, 2014; Yılmaz, 2012; Dikeç, 2014; Yılmaz, 2011). Ülkemizde Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında, bir işte çalışanların dışında çalışmayanların da sosyal güvencesi bulunmaktadır (www.sgk.gov.tr). Ayrıca ülkemiz sağlık sisteminde sosyal güvencesiz kimsenin olmaması politikasının bunda etkili olduğu söylenebilir.

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım verdikleri hastalarının hastaneye yatma konusunda edinilen bilgiye göre; %73,6'sının (n=64) yılda bir kez; %26,4'ünün (n=23) yılda iki kez ve üzeri hastaneye yatış yaptığı görülmektedir. Çınar (2011)'in şizofreni hasta ailelerinin bakım yükleri ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapmış olduğu çalışmada hastaların %69,7'sinin hastaneye yatmış olduğu, %59,9'unun 1-10 kez hastaneye yattığı belirtilmiştir. Aydın ve ark (2009) şizofreni hastasına bakım verenlerin külfet düzeyinin sosyo-demografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarının hastaneye yatış ortalamasının $2,88 \pm 2,94$ olduğunu; Avcı (2001) şizofren hasta ailelerinin aile yükünü belirlemek için yapmış olduğu çalışmasında hastaların %54,5'inin 1-3 kez hastaneye yattığını bildirmiştir. Yıldırım (2007)'in ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının ailelerinin aile işlevleri, hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmasında deney grubu hastaların yatış ortalaması $1,88 \pm 1,26$; kontrol grubunun ortalaması $2,12 \pm 0,91$ olarak belirtilmiştir. Harmancı (2013) şizofreni hastasına bakım verenlerin yüklerinin ruhsal sağlık durumlarına etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmasında hastaların % 47,1'inin 1-2 kez hastaneye yattığını açıklamıştır. Bizim ve alanyazın çalışma bulgularına göre hastaların büyük bir çoğunluğunun hastaneye yatma deneyimi yaşadığı görülmektedir. Bunun nedeni örneklem grubundaki primer bakım vericilerin hastalarının

yarıya yakınının ilaçlarını almaları ile tedavi uyumsuzluğu yaşamalarından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca bakım vericilerin en çok eğitim gereksinimleri bildirdikleri konular içinde ilaç tedavisi olduğu göz önünde bulundurulduğunda bu beklenen bir bulgudur diyebiliriz. Çalışmamızda şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin çok az bir kısmı bu hastalık konusunda eğitim aldığını bildirmiştir. Oysa son yıllarda iyileşme odaklı yaklaşımlar doğrultusunda hastaların tedaviye uyumu yanında kendi yetenekleri çerçevesinde becerilerini geliştirmesi ancak TRSM'nin ülke ruh sağlığı politikasına entegre edilmesi ile mümkün olabilir. Böylece rutin uygulamalar içine psikoeğitim programlarının entegre edilmesi, hastaların 3/4 gibi büyük bir oranının her yıl hastaneye yatışını engelleyebileceği; ülke ekonomisine, aileye ve hastalığın prognozunun kötüleşmesinin azalmasına katkıda bulunabileceği söylenebilir.

Çalışmada şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım verdikleri hastaların %53,2'si (n=50) ilaçlarını kullanmaktadır. Arslantaş ve Adana (2012) bakım vericilerinin yük algısını ve duygu dışavurumunu etkileyen etkenleri incelemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada hastaların %72,2'sinin ilaçlarını düzenli kullandığı bildirilmiştir. Kızılırmak (2014) ruhsal bozukluğu olan bireylerin ailelerinde bakım yükü ve ruhsal sağlık durumunu incelemek amacıyla yaptığı çalışmasında hastaların %80,2'sinin (n=195) düzenli ilaç kullanmakta olduğunu belirtmiştir. Akbulut (2009)'un şizofren hasta yakınlarının şizofreniye yönelik tutumları ve hastanın bakımında yaşadıkları zorlukları belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada hastaların %65,8'inin; Kaya (2013)'nin şizofreni hastalarının sosyal işlevsellikleri ve hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükü isimli çalışmasında hastaların %73,08'inin ilaçlarını düzenli kullandığı açıklanmıştır. Bizim çalışmamızda şizofreni hastalarının yarısının ilaçlarını düzenli kullandığı görülürken diğer çalışmalarda yaklaşık 3/4'ünün ilaçlarını düzenli kullandığı görülmektedir. Bu durumun nedeni olarak hastanemizin yeni kurulmuş olması ve hastalara ilaçların düzenli kullanımının önemi konusunda eğitim yapılamıyor olması düşünülmüştür.

Şizofreni hastalarının günlük gereksinimleri karşılama durumu incelendiğinde; %59,6'sının (n=56) ihtiyaçlarını ara sıra bakım verenlerin desteğini alarak yaptığı görülmektedir. Şizofreni hastalarının büyük çoğunluğunun hastalık belirtilerinden kaynaklı olarak günlük yaşantısındaki (tuvalet, banyo, yeme/içme gibi) ihtiyaçlarını bakım verenden destek alarak yaptığı söylenebilir. Bu konuyla ilgili alanyazın çalışmasına rastlanılmamıştır. Ancak kültürümüzün özelliğinden dolayı hasta bireylere iş yaptırılmaması, bireylerin özerkliklerinin desteklenmemesi, “önemli değil onun yerine ben yaparım” kültürel değeri bu

konuda etkili oluyor olabilir. Ayrıca bakım vericilerin ve hastalarında içselleştirilmiş damgalamalarının olması hastaların bireysel sorumluluk almalarını engelliyor olabilir.

Araştırmamızdaki hastaların şizofreni tanısıyla izlenme süresi ortalamasının $11,93\pm 8,63$ olduğu bilinmektedir. Soygür ve ark (1998) hasta yakınlarıyla gerçekleştirilen psikodrama yönelimli psikoterapi eğitiminin kronik şizofreni gidişi üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada deney grubu hastalarının hastalık süresi ortalamasını $10,50\pm 4,82$; kontrol grubu hastalarının hastalık süresi ortalamasını $10,93\pm 7,99$ olarak bildirmişlerdir. Pazvantoğlu ve ark (2014) yapmış oldukları çalışmada şizofreni hastalarının hastalık süresi ortalamasını $11,70\pm 8,58$ olarak belirtmişlerdir. Araştırma bulgumuz, alanyazın çalışmaların bulgularıyla uyumludur.

5.2. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Demografik Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin yaş ortalamasının $52,08\pm 14,59$ olduğu görülmüştür. Upkong (2012) şizofreni hastalarına bakım veren Nijeryalılar arasında yük ve ruhsal sıkıntının oluşmasında pozitif ve negatif semptomların rolünü belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında aile üyelerinin yaş ortalamasını $51,3\pm 15,5$ olarak bildirmiştir. Maldonado ve ark (2005)'nin yaptığı çalışmada ise şizofreni hastasına bakım verenlerinin yaş ortalaması $55,2\pm 13,2$ olarak bildirilmiştir. Aydın ve ark (2009) şizofreni hastasına bakım verenlerle yapmış olduğu çalışmalarında bakım vericilerin yaş ortalamasının $55,18\pm 11,28$ olduğunu bildirmişlerdir. Ulusal ve uluslararası araştırmalarda bakım vericilerin aynı yaş grubunda olması araştırma bulgusuyla benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda kadın primer bakım verici oranının $\%67,0$ ($n=63$) olduğu ve primer bakım verenin yakınlık derecesinin $1/3$ oranında ($n=30$) anne olduğu bulunmuştur. Çetin ve ark (2013) şizofreni hastasına bakım verenlerin bakım yükünü ve duygu dışavurumunu incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada bakım vericilerin çoğunluğunun kadın ve anne olduğunu bildirmişlerdir. Gülseren ve ark (2010) şizofreni hasta yakınlarıyla yaptıkları çalışmada bakım verenlerin yüksek oranda kadın ve anne olduğunu belirtmişlerdir. Duman ve ark (2013) çalışmalarında şizofreni hastasına bakım verenlerin $\%68$ 'inin kadın, $\%46$ 'sının hastanın annesi olduğunu belirtmiştir. Maldonado ve ark (2005) şizofreni hastası yakınlarıyla

yaptığı çalışmada bakım verenlerin %75,3'ünün kadın ve %61,5'inin anne olduğunu açıklamışlardır. Araştırma bulgularımızın ulusal ve uluslararası araştırmalarla benzerlik göstermesinin nedeninin kadınların geleneksel bakım verici rolünün etkili olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Ayrıca araştırmamızda şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin 1/3'ünün çalışmıyor ve emekli olması ve bunların çoğunluğunun kadın primer bakım verici olması da bu konuda etkili olmuş olabilir.

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin %62,8'inin (n=59) çekirdek aileye sahip olduğu bulunmuştur. Tel ve Terakye (2000)'nin şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoeğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi olarak şizofreni hasta yakınlarıyla yaptığı çalışmada %86,7'sinin çekirdek aileye sahip olduğunu bildirmişlerdir. Ülkemizde Çınar (2011)'in yaptığı çalışmaya katılan aile üyelerinin %94,1'inin ve Durmaz (2011)'in şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin öz etkililik düzeylerinin bakım yüküne etkisini incelenmek amacıyla yapmış olduğu çalışmasındaki aile üyelerinin %80,6'sının çekirdek aileye sahip olduğu bildirilmiştir. Çalışma bulgularımız diğer araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Ülkemizde son yıllardaki ekonomik ve kültürel değişimlerin bu konuda etkisi olmuş olabilir. Sanayileşmenin kentlere kayması nedeniyle köyden kente göçün artması, geleneksel aile yapılarını bulunduran köylerde tarımla istihdamın azalması nedeniyle kentlere göçün artması, kentlerdeki olanakların köylere göre daha fazla olması gibi nedenlerle geleneksel aile yapıları yerini çekirdek ve parçalanmış ailelere bırakmaktadır (Can, 2011). Ayrıca çalışmaların batıda yapılmış olması da bu durum üzerinde etkili olmuş olabilir. Çünkü ülkemizdeki batıdaki illerde doğu illerine göre daha bireysel yaşamının tercih edildiği ve geleneksel özelliklerin daha az bulunduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin %76,6'sının (n=72) evli olduğu görülmüştür. Primer bakım vericilerin çoğunun, ulusal (Aydın ve ark, 2009; Durmaz, 2011; Özçelik, 2015) ve uluslararası (Shibre ve ark, 2003; Nabeel ve ark, 2008; El Tantawy ve ark, 2010) yapılmış araştırma bulgularına göre evli olduğu bildirilmektedir. Çalışma bulgularımız alanyazın çalışma bulguları ile örtüşmektedir. Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin sıklıkla evli olmasının nedeni evliliğin sosyal destek vermeyi kolaylaştırıyor olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmadaki şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin eğitim durumu incelendiğinde %61,7'sinin (n=58) ilköğretim ve altı mezunu olduğu bulunmuştur. Bu durum, bakım veren aile üyelerinin eğitim düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. Aydın ve ark

(2009) şizofreni hasta yakınlarıyla yaptığı çalışmalarında bakım veren aile üyelerinin %52'sinin ilkokul mezunu; Kaya (2013) bakım verenlerin %44,62'sinin ilköğretim mezunu olduğunu bildirmişlerdir. Chien ve Wong (2007)'un Hong Kong'da şizofreni hastalarının aileleriyle psikoeğitim programı uyguladığı çalışmalarında bakım vericilerinin %50,0'si ortaöğretim ve üzeri mezunu olduğunu belirtmişlerdir. Bulgularımızın ülkemizde yapılan çalışmalarla uyumlu olduğu; Chien ve Wong'un yaptığı çalışma bulgusuyla uyumlu olmadığı görülmektedir. Çalışmamızdaki eğitim düzeyi düşüklüğünün nedeni ülkeler arası eğitim düzeyi farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir. Ülkemizde TÜİK (2010) verilerine göre ilkokul ve altı mezunu oranı %42'dir. Çalışma bulgumuz ülkemizdeki eğitim düzeyi verileri ile uyumaktadır.

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin %52,1'nin (n=49) bir işte çalışmadığı; %67,0'ının (n=63) gelir durumunu gelir gidere denk yada fazla olarak değerlendirdiği bulunmuştur. Akbulut (2009)'un yapmış olduğu çalışmada bakım vericilerin %58,9'u çalışmamakta; Şengün (2007)'ün şizofreni hastasına bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarını etkileyen etmenleri incelenmek amacıyla yaptığı çalışmasında %78,6'sının çalışmadığı; Magliano ve ark (2002)'nin İtalya'da şizofreni hasta yakınlarıyla yapmış oldukları çalışmada %72,0'sinin; Rodrigo ve ark (2013)'nin Sri Lanka'da bipolar bozukluğu olan ve şizofreni tanısı almış hastaların aileleri arasında depresyon belirtileri ve bakım verme gücünü belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmalarında %60'ının çalışmadığı bildirilmiştir. Araştırma bulgumuz alanyazın çalışma bulguları ile uyumludur.

Bakım verme sorumluluğunun bireylerin tüm gününü alan bir iş olduğu düşünülürse bakım veren bireyin çalışma için zamanının kalmadığı söylenebilir. Özşen (2013)'in şizofren hastalarının yakınlarının şizofreniye yönelik bilgileri, inançları ve yardım arama davranışlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada bakım vericilerin %49,5'i gelir durumunu gelir giderden az; Çınar (2011)'in yaptığı çalışmada %53,3'ü gelirini giderinden az; Kaya (2013)'nin çalışmasında %55,39'u gelirini giderine eşit olarak belirtmişlerdir. Gelir durumu bildirimini diğer alanyazın bulguları ile benzeşmektedir. Ülkemizde kişi başına düşen milli gelir miktarı bunda etkili olmuş olabileceği gibi bu bildirimde bakım vericilerin araştırmacıdan ekonomik beklentiside etkili olmuş olabilir.

Araştırmadaki şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin sosyal güvence durumu incelendiğinde; %92,6'sının (n=87) sosyal güvencesinin olduğu görülmektedir. Kızılırmak (2014)'in yaptığı çalışmada bakım vericilerin %86,8'inin; Yılmaz (2011)'in çalışmasında

%94,7'sinin sosyal güvencesinin olduğu ifade edilmiştir. Ülkemizde son yıllarda Türk vatandaşı olan bütün insanların devlet tarafından sağlık güvencesinin sağlanması bunda etkili olmuş olabilir (www.sgk.gov.tr).

5.3. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hasta Bakımına İlişkin Özelliklerinin Tartışılması

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin %86,2'sinin (n=81) bakım verdiği hastası için devletten özürlü maaşı almadığı saptanmıştır. Primer bakım vericilerin şizofreni ile ilgili yasal haklar hakkında gereksinim durumu incelendiğinde; %60,6'sı bu konuda bilgiye gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların çoğunun bu konudaki bilgi eksikliğinden dolayı devletten özürlü maaşı almadığı görülmektedir. Bu duruma göre; bakım verenlerin sahip oldukları eğitim düzeyi ile ilgili olarak bu konuda bilgi sahibi olmadığı, bilgi almak isteyen bireylerin ise hangi kaynaklara başvurması gerektiğini bilmediği düşünülebilir. Ayrıca şizofreni gibi ağır ruhsal hastalığı olan bireyin bakımını üstlenmek bakım verenlere yeterince sıkıntı verdiği için şizofreni ile ilgili yasal prosedürden habersiz de olmuş olabilirler.

Çalışmada şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin %84,0'ı (n=79) bakım verdiği hastasıyla aynı evde yaşamaktadır. Cleary ve ark (2006) çalışmasında bakım verenlerin %43'ünün hastasıyla aynı evde yaşadığını belirtmişlerdir. Saunders (2003) şizofreni hastalarının çoğunlukla aileleriyle birlikte aynı evde yaşadığını vurgulamıştır. Tennakoon (2000)'un hastaların ilk psikotik atağı karşısında bakım verenlerin deneyimlerini incelemek amacıyla yaptığı çalışmasında bakım verenlerin %60'ının aynı evde yaşadıkları belirtilmiştir. Kızıltoprak (2006)'ın şizofrenik hasta ailelerinde yapılan ruhsal eğitim gruplarının ailelerin umutsuzluk düzeylerine etkisini incelemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının %95,0'ının hasta bireyle aynı evde yaşadığı bildirilmiştir. Bakım verme işinin daha çok hastayla aynı evde yaşayan bireyler tarafından üstlenildiği söylenebilir. Şizofreni hastasıyla aynı evde yaşayan bireyler bakım verme sürecine gönüllü veya gönülsüz direk dahil olmaktadır. Bakım verdiği hastasıyla aynı evde yaşayan bakım vericiler tüm zamanını onlarla geçirmekte ve hastaların tüm ihtiyaçlarıyla (beslenme, banyo, ilaç verme, belirtilerle baş etme gibi) yakından ilgilenmek durumundadırlar. Fakat çalışmamıza katılan bakım verenlerden hastasıyla ayrı evde yaşayanlar hastalarına yemek yapmakta ve ekonomik destek vermekte olduklarını

belirtmişlerdir. Bu durumdan yola çıkarak şizofreni hastasıyla aynı evde yaşayan bakım vericilerin bakım sürecinde daha aktif oldukları hastalarının tüm sorun, sıkıntılarıyla yakından ilgilendikleri ve bunun da bakım verene daha fazla güçlük yaşattığı söylenebilir. Ulusal ve uluslararası yapılan alanyazın çalışmalarının sonuçları ile çalışma bulgumuzlarımızın örtüştüğü görülmektedir.

Katılımcıların bakım verdikleri hastalarının %54,3'ünün (n=51) aileye ekonomik katkısının olmadığı görülmektedir. Şizofreni hastalarına ilişkin bilgiler incelendiğinde; hastaların çoğunun çalışmadığı çalışmamızda ve diğer ulusal ve uluslararası çalışmalarda bildirilmiş olup (Çınar, 2011; Urizar ve ark, 2016); aileye de ekonomik bir katkısı olmadığı bilinmektedir. Şizofreni; bireyin duygularını, düşünmesini, hareketlerini, dikkatini, yargılamasını etkilemesi, öğrenme, insan ilişkileri ya da yaşam becerileri gibi birçok konuda yetersizliklere sebep olması ve günlük yaşamda problemlere yol açması nedeniyle; bu kişiler herhangi bir işte çalışmadığı veya bir işte çalışmaya başlasa bile bunu uzun vadede sürdüremediği düşünülebilir (Kültür ve ark, 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin %53,2'sinin (n=50) bakımda destek aldığı görülmüştür. Tanrıverdi (2008) yapmış olduğu çalışmada bakım vericilerin %71,0'ünün; Kaya (2013) ise çalışmada %65,38'inin hastasına bakım verirken destek aldığını bildirmiştir. Chang ve Harrocks (2006)'un ruhsal hastalığa sahip bireylere bakım verenlerin yaşadıkları deneyimleri incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada bakım verenlerin çoğunun destek almadığı bildirilmiştir. Çalışma bulgumuz ülkemizde yapılan çalışmalarla uyumlu olup Chang ve Harrocks'un yapmış olduğu çalışma bulgusu ile uyumlu değildir. Bunun nedeni olarak ülkelerin kültürel farklılıklarının olduğu düşünülmüştür. Hastasına bakım verirken destek alan bakım vericilerin sosyal, ekonomik, duygusal veya fiziksel destek alması primer bakım verenin yükünü hafifletiyor olabilir.

Araştırmadaki şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin %90,4'ünün (n=85) başka birisine bakım verme sorumluluğu olmadığı görülmüştür. Konuyla ilgili benzer çalışmada Korkmaz (2014)'ın psikiyatri hastalarının bakım vericilerinde öfke ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada, bakım verenlerin % 85'inin başka bir psikiyatri hastasına bakım vermediğini bildirmiştir. Bakım verenin yalnızca bir kişiye bakım vermesi daha fazla bakım yükü yaşamasına engel oluyor olabilir.

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin %64,9'unun (n=61) şizofreninin ailedeki bireylerin günlük yaşamını engellediğini ifade ettiği görülmektedir. Şizofreni

hastasıyla aynı evde yaşamak bakım vereni olumsuz yönde etkilediği gibi; ailede diğer kişilerin de bu durumdan olumsuz etkilendiği düşünülebilir. Vaktinin büyük bölümünü hastasıyla geçiren bakım vericinin üstlendiği diğer sorumlulukları yerine getirememesi diğer aile üyelerini olumsuz etkileyebilir.

5.4. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Tartışılması

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin genel sağlık durumu incelendiğinde; %45,7'sinin (n=43) genel sağlığını "orta" olarak algıladığı; %63,8'inin (n=60) herhangi fiziksel bir rahatsızlığının olmadığı; %85,1'inin (n=80) ruhsal bir hastalığının olmadığı saptanmıştır. Çınar (2011)'in yaptığı çalışmada bakım veren aile üyelerinin %48,0'i sağlıklarını "orta" olarak algıladıklarını; Korkmaz (2014)'in psikiyatri hastalarının bakım vericilerinde öfke ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında bakım vericilerin %76,3'ünün kronik bir hastalığının olmadığı belirtilmiştir. Ayhan (2013)'in şizofreni hastalarına bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimleri ile bakım yükleri arasındaki ilişkiyi incelenmek amacıyla yapmış olduğu çalışmasında bakım verenlerin %62,4'ünde fiziksel, %90,6'sında ruhsal hastalık bulunmadığı açıklanmıştır. Çalışmamızdan elde edilen bulgular alanyazın çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Şizofreni hastalığının psikotik ataklar ve remisyonlarla gitmesi nedeniyle ailelerin ne tam bir iyilik halinde oldukları ne de tam bir rahatsızlık yaşadıkları düşünülebilir.

5.5. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Bakım Verirken Yaşadıkları Güçlüklerin ve Gereksinim Duydukları Konuların Tartışılması

Araştırmadaki şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım verirken sırasıyla en çok güçlük yaşadıkları konular; hastalık belirtileriyle baş etmede yaşanan güçlük (%48,9), hastanın ilaçlarını kullanmasında yaşanan güçlük (%34,0), öfkeli ve saldırgan davranışlar karşısında yaşanan güçlük (%17,0), günlük yaşam becerilerinde yaşanan güçlük (%12,8), ev yaşamına katkısında yaşanan güçlük (% 8,5) ve iletişimde yaşanan güçlük (%7,4) şeklinde görülmektedir. Akbulut (2009) şizofren hasta yakınlarının şizofreniye yönelik tutumları ve

hastanın bakımında yaşadıkları zorlukları belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, hasta yakınlarının hasta bakımında yaşadığı güçlükleri hastanın evdeki saldırgan ve kontrolsüz davranışlarıyla baş edememeleri (%69,9); hastanın öz bakımını yapamaması (%35,6); hastaya ilacını vermekte sıkıntı çekmeleri (%26,1) olduğunu bildirmiştir.

Başbüyük (2005) yapmış olduğu çalışmada bakım verenlerin bakım verirken hastanın kontrol edilemeyen davranışlar göstermesi (%90,9), kendilerine ve başkalarına zarar vermesi (%54,5), ilaçlarını kullanmak istememeleri (%39,1), öz bakım yetersizliği (%23,6) gibi konularda yaşadıklarını bildirmiştir.

Ülkemizde şizofreni hastasına bakım verenlerle yapılmış olan bir çalışmada, bakım vericilerin hastasına ilaçlarını verme konusunda günlük yaşadıkları bildirilmiştir (Tel ve Terakye, 2000). King ve Nazareth (1996) şizofreni hastalarının yakınları ile yaptıkları bir çalışmada, hastanın davranışlarını önceden tahmin edemediklerinden hastanın kontrolsüz davranışları karşısında nasıl tepki vereceklerini ve beklenti koyacaklarını bilemediklerini, bu nedenle endişe yaşadıklarını genellikle de hastayı kendi haline bıraktıklarını saptamışlardır.

Şizofreni hastalarına bakım verenlerin bakım verme sürecinde hasta bireyle iletişim kurmada, kişiler arası ilişkilerde ve aile içi etkileşimde güçlükler yaşadığı belirtilmiştir (Murray ve ark, 2007; Larsen, 1998).

Durmaz (2011) yapmış olduğu çalışmada şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin bakım verirken yaşadıkları güçlükleri; %33,9'u tokat atma, itme, dövme ve canını acıtma şeklinde saldırganlığa maruz kalma, %4,8'i hastasına söz geçirememesi, %32,3'ü hastanın uyumsuz olması ve anormal davranışlar sergilemesi, %16,1'i hastayla iletişim sorunu yaşaması ve %12,9'u hastanın tedaviyi reddetmesi olarak açıklamıştır. Çalışma bulgularımız şizofreni hastasına bakım veren aileler üzerine yapılan diğer çalışma bulguları ile benzer niteliktedir. Bu konuyla ilgili yapılmış olan benzer başka çalışmalarda da aile üyelerinin hastalıkla baş etmede bir çok sıkıntı ve zorluk yaşadıkları belirtilmektedir (Saunders, 2003; Nasr ve Kausar, 2009).

Çalışmadan elde edilen bulgular, yapılmış olan alanyazın çalışmalarıyla benzerlik göstermektedir. Bakım verenlerin şizofreni hastasına bakım verirken sıklıkla utanç, suçluluk ve öfke gibi duygular yaşadıkları söylenebilir. Şizofreni hastaları, hastalıklarını kabul etmemeleri veya ilaçların yan etkileri sebebiyle ilaçlarını kullanmak istememektedirler. Hasta bireyin bu tutumu bakım veren için sıkıntılı bir durum olmakta ve ne yapacağını

bilememektedir. Bakım verici, ilaçlarını vermesi konusunda nasıl bir yöntem uygulayacağını bilememektedir. İlaçlarını kullanmayan hasta tekrar psikotik alevlenme dönemine girebildiği için, hasta birey ve aile üyeleri için daha karmaşık, sıkıntılı bir durum olduğu söylenebilir.

Şizofreninin pozitif belirtilerinden olan sanrılar ve varsanılar hasta için olduğu kadar ona bakım veren için de stres yaratan bir durumdur. Aile üyeleri hastanın gerçek olmayan olayları gerçek gibi anlatması, bazen tuhaflaştırarak anlatması, olmayan nesnelere görmesi, işitmesi veya dokunması, kendi kendine konuşması karşısında ne yapacağını ve hastalarına nasıl yaklaşacaklarını bilememektedirler. Ayrıca hasta yakınları bu durum nedeniyle komşularından, akrabalarından veya toplumdan hastalarını ve hastalığını saklayabilmektedirler. Öte yandan şizofreni hastaları kendilerine veya başkalarına öfke, şiddet içeren davranışlarda bulunabilirler. Çalışmamızdaki aile üyelerinden bazıları hastanın şiddet içeren davranışlar karşısında hiçbir şey yapamadıklarını ve korktuklarını ağlayarak ifade etmişlerdir. Bazı aile üyeleri ise aynı şekilde hastasına şiddetle karşılık verdiklerini öfkelenerek belirtmişlerdir. Aynı şekilde çalışmamızda bakım vericiler bakım verdikleri hastalarıyla iletişim kuramadıklarını onları anlayamadıklarını belirtmişlerdir. Konuyla ilgili benzer çalışmalarda da aile üyelerinin bu konuda güçlük yaşadıkları (Murray ve ark, 2007; Larsen, 1998) bildirilmektedir. Bakım verenlerin yaşadıkları stres, umutsuzluk, öfke ve utanç gibi duyguları nedeniyle, hastaların ise hastalık belirtilerinden dolayı kendilerini ifade edemedikleri düşünülebilir.

Hasta birey, hastalık belirtilerinden ve kullandıkları ilaçların yan etkilerinden dolayı günlük ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekmekte ve ona bakım veren birey bu konuda yardımcı olmaktadır. Oysa ki bakım verenler hastalarının en azından günlük ihtiyaçlarını yapabilmelerini istemektedirler (Akbulut, 2009). Şizofreni hastası; banyo yapmak istememekte, yediği yiyecekleri sürekli üzerine dökmekte bu durum bakım vericilerin öfkelenmesine sebep olabilmektedir. Aile üyelerinden birinin şizofreni hastası olması onun aile içindeki sorumluluklarını, görevlerini yerine getirememesine neden olmaktadır. Aile üyelerinin ev işlerinin yürütülmesi konusunda birbirine destek olması düşünülürken bir üyenin hastalanması onun bu desteği verememesine ve diğer aile üyelerinin onun sorumluluğunu da üstlenmesine neden olmaktadır. Bu konularda bakım vericiler bilgiye dayalı bir yaklaşımı bilemedikleri için; hastaların istenilen yaklaşımdan yoksun kaldığı, bakım vericilerin ise çaresizlik yaşadığı düşünülebilir. Bakım verenlerin, hastanın bakımına ilişkin bilgi eksiklikleri ve eğitim ihtiyaçları nedeniyle bakımda çaresizlik yaşamalarına neden

olmaktadır. Bu durum, çalışmacılara bakım vericilerin evde bakım ve danışmanlık hizmetlerine ihtiyaç duyduklarını düşündürmüştür.

Çalışmamızdaki şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım verirken gereksinim duyduğu konuların çoktan aza doğru sırasıyla; hastalık belirtileriyle baş etme (%67,0), ilaç tedavisi ve yan etkileri (%64,9), ilaç eğitimi (%61,7, hastanın ev yaşamına katkısı (%61,7), hastaların yasal hakları (%60,6), erken uyarıcı belirtiler (%58,5), hastanın boş zaman aktivitelerini planlama (%57,4), iletişim becerileri (%50,0), stresle baş etme (%50,0), psikososyal tedavi yöntemleri (%48,9), yaşantısıyla ilgili becerilere ilişkin bilgi (tuvalet, banyo, odasını toplama gibi) (% 47,9), şizofreniyle ilgili grup ve derneklere ilişkin bilgi (%36,2) olduğu bulunmuştur.

Ayhan (2013) yapmış olduğu çalışmada, bakım verenlerin sağlık eğitimine en çok ihtiyaç duydukları konuları; iş bulma ve çalışma durumları, şizofreni hakkında genel bilgiler, iletişim ve sosyal ilişkiler, şizofreni belirtileri ile baş etme, günlük yaşam becerileri, stresle baş etme, şizofreni hastalarının yasal hakları, şizofreninin belirtileri, şizofrenide uygulanan diğer (psikososyal) tedavi yöntemleri ve şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri olarak belirtmiştir.

Ülkemizde Gümüş (2002) 80 hasta ve 80 hasta yakını ile yapmış olduğu bir çalışmada bakım vericilerin; şizofreni hakkında genel bilgiler, iletişim ve sosyal ilişkiler, şizofreni belirtileri ile baş etme, iş bulma ve çalışma durumları, günlük yaşam becerileri, stresle baş etme, şizofreni hastalarının yasal hakları, şizofreninin tekrarlaması durumunda ortaya çıkan belirtiler, şizofrenide uygulanan psikososyal tedavi yöntemleri, şizofreni ile ilgili özel grup veya dernekler, şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri ve şizofreninin zaman içinde gidişi ve sonlanması gibi konularda bilgiye gereksinimleri olduklarını bildirmiştir.

Yapılmış olan benzer çalışmalarda, bakım vericilerin; şizofreni ile ilgili genel bilgiler (Winefield ve Harvey, 1994; Li ve ark, 2007), şizofreni belirtileri ile baş etme (Winefield ve Harvey 1994; Chien ve ark, 2001; Chien ve Norman, 2003; Gümüş, 2006a; Li ve ark, 2007), iletişim ve sosyal ilişkiler (Chien ve Norman, 2003; Li ve ark, 2007), erken uyarıcı belirtiler (Chien ve ark, 2001; Chien ve Norman, 2003; Gümüş, 2006a), ilaçlar ve yan etkileri (Svanum ve ark, 1997; Payson ve ark, 1998; Carter ve Curlee, 1999; Chien ve ark, 2001; Chien ve Norman, 2003; Perreault ve ark, 2006; Gümüş, 2006a; Gümüş, 2006b; Li ve ark, 2007) gibi

konular hakkında bilgi gereksinimleri olduğu belirlenmiştir (Gümüş, 2002; Given ve ark, 2008; Yedidia ve Tiedeman, 2008).

Hasta yakınlarıyla yapılan başka çalışmalarda da aileler; hastanedeki tedaviler, rehabilitasyon ile toplum ruh sağlığı programları ve psikososyal tedavi yöntemleri hakkında bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir (Carter ve Curlee, 1999; Gümüş, 2006a; Umuroğlu ve ark, 2010). Bu bulgular alanyazın çalışmalarıyla uyumlu olmasına rağmen öncelik sıralamasında değişiklikler bulunmaktadır. Sıralamadaki değişimin, bakım verenlerin demografik özellikleriyle, hastaya ve hastalığa karşı tutumlarıyla ve hastalıkla ilgili bilgi düzeyleriyle ilişkili olduğu düşünülebilir.

Aile üyelerinden birinin ruhsal bir hastalığa yakalanması diğer üyeler tarafından bilinmeyen bir süreç yaşamalarına neden olabilir. Çalışmamızda primer bakım vericilerin bakım sürecinde yaşadığı sıkıntılar ile gereksinim duyduğu konuların benzer olduğu görülmektedir. Aileler, hastaların ilaçlarını zamanında almaları ve yan etkilerini takip etmede önemli destek kaynağı olduğu söylenebilir. Hastalığın tedavisinde kullanılan ilaç ve yan etkilerini bilemeyen hasta yakınları, yan etkiler ortaya çıktığında ilacı keserek tedavinin tekrar başa dönmesine neden olabilirler. Aile üyeleri ilaçlar ve yan etkileriyle ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıklarını, eğitim almadıklarını bildirmektedirler. Bu bulgular çalışmacılara bakım vericilere düzenli aralıklarla ilaç eğitimi ve hastalara tedavi uyumlarını arttırmaya yönelik girişimlerin düzenli olarak verilmesi gerektiğini düşündürmüştür. Hasta yakınlarının hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması tedaviyi olumsuz etkileyebilir. Hastalığın pozitif ve negatif belirtileri karşısında ne yapacaklarını bilememeleri bu konularda gereksinimleri olduğunu göstermektedir. Bakım verenler hastalarının ne zaman psikotik alevlenme sürecine gireceğini bilemeyebilirler. Erken uyarıcı belirtilerin bilinmesi, hastalığın alevlenmesinin erken farkına varılması ilerde yaşanacak sıkıntıların önüne geçebilir. Aile üyelerine bu konuda bilgi verilmesi, hastasının durumunun erken farkedebilmesi, atak sürecini hafif geçirmesine sebep olabilir, hatta engelleyebilir.

Hastaların iletişim becerilerindeki bozulma nedeniyle psikotik sürece bağlı olarak yaşadığı karmaşık, bazen korkutucu duygu ve yaşantılarını aileye yeteri kadar anlatamaması aileler açısından sıkıntı yaratabilir. Hastasını daha iyi anlamak için ailelerin, iletişim becerileri ve empatik yaklaşım konularında bilgilendirmenin yararlı olacağı düşünülebilir. Primer bakım vericilerin bakım verirken yaşadıkları yoğun stres hasta ve yakınları için bakım sürecini zorlaştırdığı; hasta yakınlarının yaşadıkları duyguları ifade etmesini sağlayacak yöntemlere

ihtiyaçları olduğu düşünülebilir. Ülkemizde özellikle kronik gidişli olan, bakım ve destek gerektiren şizofreni hastaları için kurumların yetersiz olmasının bu endişenin artmasında etkili olabileceği söylenebilir. Aile üyeleri, hastalarının yasal hakları çerçevesinde bakıma muhtaç olanların kalabileceği kurumlar ve bu konuda nerelere başvurmaları gerektiği hakkında bilgiye gereksinimleri olduğu söylenebilir. Ayrıca bakım verenlerin hastası için özürü maaş almadıkları bu konuda bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür. Ülkemizde psikososyal tedavi yöntemleriyle ilgili yürütülen yeterli sayıda çalışmanın olmaması nedeniyle bakım verenin bu konuda gereksinime ihtiyacı olduğu söylenebilir. Hastaların, günlük yaşam becerileri konusunda aile üyelerinden destek aldığı görülmektedir. Hastaların daha verimli, daha düzenli bir yaşam sürdürebilmeleri için bakım vericinin bu konuda profesyonel bir destek alması gerektiği düşünülebilir. Bakım verenler, ev işleri konusunda hastalarından destek alamamaktadır. Oysa ki aile üyelerinin hastaların küçük ev işleri konusunda onlara yardımcı olmalarını beklediği söylenebilir.

Diğer çalışma bulgularında olduğu gibi (Gümüş, 2002; Durmaz, 2011), şizofreni hastasına bakım verenlerin şizofreni ile ilgili bilgi gereksinimlerinin karşılanmadığı ve her konuda sağlık eğitimi gereksinimlerinin olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde şizofreni hastasına bakım verenlere yönelik düzenli sağlık eğitimi programları yer almamaktadır. Bakım verenlere yönelik sağlık eğitimi konusundaki eksikliğin ülkemizdeki sağlığa yönelik politikalardaki eksikliklerle ve sağlık hizmetlerin de bakım verenlere yönelik bir yapılandırmanın olmamasıyla ilgilidir (Ayhan, 2013).

5.6. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hastalığa İlişkin Eğitim Alma Durumlarının Tartışılması

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin şizofreni hakkında eğitim alma durumu incelendiğinde; %96,8'inin bu konuda eğitim almadığı görülmektedir. Katılımcıların eğitim alma durumunda tercih edebilecekleri eğitim kaynakları olarak sağlık personeli (doktor/hemşire) (%88,3), yazılı ve görsel basın kaynakları (%27,7), görerek/yaparak (%26,6), başka hasta yakınlarıyla tanışarak (%24,5) gibi seçenekleri ifade ettikleri saptanmıştır.

Şengün (2007) yapmış olduğu çalışmada primer bakım verenlerin % 87,6'sının şizofreniyle ilgili bir eğitim almadığını belirtmiştir. Ayhan (2013) şizofreni hastasına bakım

verenlerle yaptığı çalışmada bakım vericilerinin %89,4'ünün şizofreni ile ilgili herhangi bir eğitim almadığını, %96,5'i sağlık personelinden eğitim almayı, %70,6'sı bilgilerin yazılı verilmesini, %67,1'i görerek/yaparak öğrenmeyi ve %43,5'i de hasta yakınlarıyla etkileşime geçerek eğitim almayı istediklerini bildirmiştir.

Yılmaz (2011)'in şizofreni tanılı hasta ve ailelerin eğitim gereksinimlerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada ailelerin %49,3'ünün doktor, hemşire, psikolog gibi sağlık personelinden, %34,7'sinin dernek ve dernekte verilen terapilerden, %32'sinin kitap, dergi, broşürlerden, %24'ünün televizyon, gazeteden ve %22,8'inin internetten bilgi edindikleri belirtilmiştir. Çalışmamızdan elde edilen bulgular alanyazın çalışmalarıyla uyum göstermektedir.

Ülkemizde şizofreni hastasına bakım vermeye yönelik veya şizofreni ile ilgili genel konular hakkında yeterli sayıda eğitim olanaklarının olmaması sebebiyle aile üyelerinin eğitim ihtiyaçları konusunda eğitim alamadıkları söylenebilir. Çalışmamızda şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin şizofreni hakkında genel bilgi, tedavi süreci, belirtileri, belirtilerle başa çıkabilme, stres yönetimi, iletişim becerileri gibi konularda güçlük yaşadıkları ve bu konularda eğitime gereksinim duydukları bilinmektedir. Eğitim çalışmalarının içeriğinin bu doğrultuda planlanmasının gerekli olduğu söylenebilir. Ayrıca bu bulgulara göre; bakım vericiler şizofreni hakkında bir eğitim alacaksa en doğru, en yararlı ve en güvenli tercih kaynağının sağlık personeli olması gerektiğini düşündükleri söylenebilir. Bu konuda eğitim kaynakları arasında en çok tercih edilenlerin sağlık personellerinin olmasında toplumumuzda sağlık personeline duyulan güvenin etkili olmuş olabilir.

5.7. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarına İlişkin Öz Bakım Yeteneklerinin Tartışılması

Çalışmamızdaki şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım verdiği hastaların %83,0'ı yeme-içme yeteneğini bağımsız (hiçbir yardım almadan), banyo/yıkanma yeteneğini %64,9'u bağımsız, alışveriş yeteneğini %41,5'i tamamen bağımlı (bakım veren veya aile üyelerinden birinin yapması), yemek pişirme yeteneğini %69,1'i tamamen bağımlı, boş zaman planlama yeteneğini %36,2'si başkasının yardımı ile gerçekleştirdiklerini bildirmişlerdir.

Ayhan (2013) yapmış olduğu çalışmada bakım vericilerin bakım verdikleri hastaların yüksek oranda yeme-içme yeteneğini bağımsız yürüttüğü, banyo ihtiyacını yardımcı araçla, alışveriş yeteneğini başka kişinin ve araçların yardımı ile, yemek hazırlamayı tamamen bağımlı, boş zaman planlamasını başka kişinin ve araçların yardımı ile yaptıklarını bildirmiştir.

Şizofreni gibi ağır ruhsal bir hastalığı olan birey, hastalık belirtileri ve kullandığı ilaçların yan etkilerine bağılı olarak öz bakımını gerçekleştirme konusunda güçlük yaşayabilirler. Bu konuda çevresindeki en yakını kişiden destek aldığı söylenebilir. Hastalık süreci bireyden bireye farklılık gösterdiği için hastaların bazılarıöz bakımlarınıbağımsız gerçekleştirirken, bazılarının yeteneklerini bakım vericinin yarı yada tam desteğini alarak gerçekleştirdikleri söylenebilir. Ayhan (2013)'ın çalışmasında ve bizim çalışmamızdaki bulgulara göre; hastaların yemek hazırlama ve boş zamanını planlama yeteneklerini bağımsız yapamadıkları görülmektedir. Bu bulguların literatürle benzer tarafları bulunsa da; şizofreni hastasının öz bakım yetenekleri konusuna yönelik yapılan çalışmalar sınırlı olduğu için karşılaştırma yapılamamıştır.

5.8. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Puan Ortalamalarının Tartışılması

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalamasının $38,47 \pm 15,05$ olduğu saptanmıştır. Çetin (2011) yapmış olduğu çalışmada Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalamasını $38,81 \pm 4,67$ olarak bildirmiştir. Çınar (2011) yaptığı çalışmasında bakım verme yüğü puan ortalamasını $42,52 \pm 17,85$ olarak; Tanrıverdi (2008) $57,2 \pm 9,9$ olarak belirtmişlerdir. Urizar ve ark (2016) The SOFBI II Ölçeğı'ni kullanarak bakım verenlerle yaptıkları çalışmada bakım verenlerin yük ortalamasını $62,4 \pm 19,3$ olarak bildirmişlerdir. Çalışmamızdaki primer bakım vericiler sorulara hastalarına bakmak zorunda olduklarını ve bunun kendilerinin kaderi olduğu gibi inançları doğrultusunda cevap verdiklerinden dolayı; yaşadıkları, hissettikleri yüğü ifade etmekten çekinmiş olabilirler. Bakım vericilerle görüşme esnasında ifade ettikleri duygulardan bazıları şunlardır: “Artık alıştık... Mecburuz bakmaya... Bana birşey olursa ona kimse bakamaz...kim bakacak, bakacak kimse yok ki...O bizim çocuğumuz atsan atılmaz, satsan satılmaz...Allah beterinden saklasın...”dır.

Primer bakım vericiler şizofreni hastasına bakım verirken güçlükler yaşadıklarını, bu süreçte olmaktan bıkkınlık yaşadıklarını, yakınının şizofreni tanısı almasını kabullenemediklerini ağlayarak ifade etmişlerdir. Ancak hastalarına bakmak zorunda olduklarını, onlara başka birisinin bakamayacağını, başkasının bakmasını da istemediklerini de bildirmişlerdir. Tüm bu sebeplerden ve duygularını açıkça ifade edemediklerinden dolayı çalışmamızdaki primer bakım vericilerin algıladıkları yük Urizar ve ark ile Tanrıverdi'nin bildirdikleri puan ortalamasına göre düşük saptanmıştır. Bunun nedeni bölgesel farklılıklardan, kullanılan ölçeğin özelliğinden, primer bakım vericilerin kendilerinin iyi gösterme çabasından olmuş olabilir.

5.9. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarına İlişkin Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması

Araştırmamızda şizofreni hastalarının yaşı ile bakım verenin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki olmasına rağmen; bu istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($r=-0,071$; $p>0,05$). Bu konuyla ilgili yapılmış benzer çalışmalarda daha genç hastalara bakım vermenin yük duygusunu arttırdığı bildirilmiştir (Urizar ve Maldonado, 2006; Arslantaş ve Adana, 2011). Çetin (2011) çalışmasında şizofreni hastasının yaşı ile bakım verenin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını bildirmiştir. Işık (2008) şizofreni ve multiple skleroz hastalarının bakıcılarında görülen yük ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada hastanın yaşı ile Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği (ZBYÖ) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmiştir. Hastaların yaşının bakım vericilerin bakım yüklerine etkisini bildiren farklı araştırma bulgularının olduğu görülmektedir. Çalışmamızda yaşın yükü etkilememesi beklenen bir bulgu değildir. Bakım vericilerin genç hastalardan daha fazla beklentisi olduğu için, genç yaşta olmanın bakım yükünü arttırması beklenirdi. Bunun nedeni olarak bakım vericilerin hasta bakımına yönelik kaderci anlayışları düşünülmüştür. Aynı şekilde bakım yükü diğer araştırmalardaki bakım yükü puan ortalamalarına göre daha düşük bulunmuştur.

Çalışmamızdaki şizofreni hastalarının hastalık tanı süresi ile şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır ($r=0,072$; $p>0,05$). Çetin (2011) çalışmasında şizofreni

hastasının hastalığının süresinin bakım verenin yük duygusunu etkilemediğini bildirmiştir. Kızılırmak (2014) Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği (HYDÖ) kullanarak yaptığı çalışmada hastalığın süresi ile bakım veren bireylerin HYDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığını açıklamıştır. Konuyla ilgili benzer başka çalışmalarda da hastalık süresinin bakım verenlerin yük duygusunu etkilemediği gösterilmiştir (Koukia ve Madianos, 2005; Urizar ve Maldonado, 2006; Chien ve ark, 2007). Bakım vericilerin zaman geçtikçe hastayı ve hastalığı kabullendiği, hastalarına bakım vermenin onlara güçlük yaşatmadığını algılamalarından dolayı bu durumun yük algısını etkilemediği söylenebilir.

Araştırmamızdaki primer bakım vericilerin bakım verdikleri hastaların cinsiyeti ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($t=1,486$; $p>0,05$). Aydın ve ark (2009)'nın Zarit Bakım Veren Külfet Ölçeği'ni kullanarak yaptıkları çalışmada hastaların cinsiyetinin bakım vericilerin yük algısını etkilemediğini bildirmişlerdir. Çetin (2011) yapmış olduğu çalışmada hastanın cinsiyetinin bakım vericinin bakım verme yükü puan ortalamasını etkilemediğini bildirmiştir. Çalışma bulgumuzun tersine benzer bakım yükü ölçekleriyle yapılan çalışmalarda ailenin yük düzeyinin hasta erkek olduğu zaman arttığı, erkek hastaların aileye ekonomik yönden katkı sağlama gibi rollerinin aksaması ya da kaybı nedeniyle aile üyelerinin daha fazla yük yaşadıkları bildirilmektedir (Awad ve Voruganti, 2008; Gülseren ve ark, 2010).

Şizofreni hastaların eğitim durumuyla primer bakım vericilerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($KW=0,183$; $p>0,05$). Çetin (2011) yapmış olduğu çalışmada hastanın eğitim durumunun bakım verenlerin bakım verme yükü puan ortalamasını etkilemediğini bildirmiştir. Kızılırmak (2014)'ın Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada da hastanın eğitim durumunun bakım verenlerin yük algısını etkilemediği bildirilmiştir. Çalışma bulgumuzun alanyazın çalışmaların bulgularıyla uyumlu olduğu görülmektedir.

Araştırmadaki şizofreni hastalarının medeni durumu ile primer bakım vericilerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($U=0,119$; $p>0,05$). Konuyla ilgili yapılmış olan çalışmalarda bakım verenlerin yük duygusu ile hastanın medeni durumu arasında bir farkın olmadığı bildirilmiştir (Maldonado ve ark, 2005; Aydın ve ark, 2009; Çetin, 2011; Urizar ve ark, 2011; Kızılırmak, 2014). Kaya (2013) Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada; bekar hastalara

bakım verenlerin yük puan ortalamalarının evli olan hastalara bakım verenlere göre daha yüksek olduğunu fakat istatistiksel açıdan anlamlı olmadığını bildirmiştir. Çalışma bulgumuz, alanyazın çalışmaların bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Çalışmayan şizofreni hastalarına bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalaması çalışan hastalara bakım verenlere göre daha yüksek olup; istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($U=-0,999$; $p>0,05$). Maldonado ve ark (2005) yapmış olduğu çalışmada, hastanın çalışma durumu ile bakım verenlerin yük duygusu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığını belirtmişlerdir. Roick ve ark (2007) çalışmayan hastalara bakım verenlerin yük duygusunun daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Çalışma bulgularımız yapılmış çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bakım vericiler çalışan bireyle daha kısa süre birlikte vakit geçirmeleri sebebiyle ve çalışan hastaların aileye ekonomik katkısı olacağından bakım verenlere daha az yük duygusu yaşıyor olabilirler. Ayrıca hasta bireyin bir işte çalışması bakım verici için hem bakım vermenin güçlüklerinden geçici de olsa bir dinlenme olanağı sağlamasına hem de dikkatini başka yöne çekmesi kendisini rahatlattığı için daha az yük yaşıyor olabilirler.

Yılda iki kez ve üzeri hastanede yatan şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalaması, yılda bir kez yatanlara göre daha yüksek olup istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=-2,782$; $p<0,05$). Li ve ark (2007) ile Aydın ve ark (2009) yapmış oldukları çalışmalarında hastanın hastaneye yatış sayısı arttıkça bakım verenlerin yük duygusunun arttığını bildirmişlerdir. Çalışma bulgumuzun alanyazın çalışma bulgularıyla uyumlu olduğu görülmektedir. Hastaneye yatış gerekliliğı arttıkça hastanın hastalık sürecinin kötü olduğu ve alevlenmelerin sık yaşandığı söylenebilir. Daha az sayıda hastaneye yatan hastaların, hastalık sürecinin daha hafif olması ve daha iyi durumda olmaları nedeniyle bakım verenin yük duygusunun da daha az olmasına yol açıyor olabilir. Ayrıca hastanın hastaneye sürekli yatışıyla aile içi rol ve sorumluluklarını sürdürmemesi de bakım vericinin daha fazla yük duygusu yaşamasına neden oluyor olabilir. Bu bulgu çalışmamızda hastaların yarısından fazlasının ilaç uyumsuzluğu ile de bağlantılı olabilir.

Araştırmadaki ilaçlarını kullanan hastalara bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalaması, kullanmayan hastalara bakım verenlere göre daha düşük olup, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=-4,071$; $p<0,05$). Arslantaş ve Adana (2012) Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı'ni kullanarak yaptıkları çalışmada ilaçlarını düzensiz kullanan veya kullanmayan hastaların bakım vericilerinin öznel yük algısının daha fazla olduğunu

bildirmişlerdir. Bu durumun ilaçlarını düzenli kullanan hastaların hastalık belirtilerinin hafiflemesi, hastaneye yatış sayılarının az olması, daha iyi işlevsellik göstermelerinden ve sosyal ilişkilerini sürdürebilmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Gereksinimlerini birilerinin tamamen desteği ya da yardımıyla yapan hastalara bakım veren bireylerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (KW=7,094; $p<0,05$). Ayhan (2013) yapmış olduğu çalışmada hastaların günlük ihtiyaçlarını gerçekleştirememeye düzeyi arttıkça, bakım yükünün de arttığını belirtmiştir. Hasta gereksinimlerini bireysel karşılayamadıkça bakım verenin sorumluluğunun da arttığı, kendisine daha az zaman ayırmak zorunda kaldığı ve buna bağlı olarak bakım yükü algısının arttığı söylenebilir.

5.10. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin yaş ortalaması ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0,217$; $p<0,05$). Bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda da çalışma bulgumuza paralel şekilde bakım verenin yaşı arttıkça bakım yükünün arttığı bildirilmiştir (Rammohan ve Subbakrishna, 2002; Upkong 2006; Chien ve ark, 2007; Li ve ark, 2007; Arslantaş ve Adana, 2011; Urizar ve ark, 2011). Magliona ve ark (1998) ile Li ve ark (2007)'nin yapmış oldukları çalışmalarda; bakım verenin yaşı arttıkça yük duygusunun azaldığı bildirilmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda da bakım verenin yaşının yük duygusunu etkilemediği bulunmuştur (Maldonado ve ark 2005; Aydın ve ark, 2009). Yaş arttıkça bakım yükünün artmasının nedeni olarak bakım verenin yıllar geçtikçe hasta bakımında bıkkınlık, çaresizlik duyguları hissetmesinden kaynaklanmış olabilir. Bakım vericilerin yaşları ilerledikçe hastalığın iyileşmesi yönünde umutlarının azalmış olabileceği, yaşları genç olanların araştırmalarda da belirtildiği gibi (Perlick ve ark, 2006) hastayla çok fazla vakit geçirmediikleri veya bakım süreci üzerinde çok düşünmedikleri bu durumu stres, anksiyete yaşamadan yürüttükleri için bakım yükünü fazla yaşamadıkları düşünülebilir. Bakım vericilerin yaşları ilerledikçe kendi sağlık sorunlarının artması, hastasının geleceği ile ilgili kaygılar, iyileşmeye yönelik umutlarını kaybetmeleri de bu sonuçlarda etkili oluyor olabilir. Çalışma bulgumuz alanyazın çalışmaların bulgularıyla uyumludur.

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin cinsiyetine göre yük puan ortalamaları incelendiğinde; erkek bakım verenlerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması kadın bakım verenlere göre daha yüksek bulunmuş olup bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($t=-0,656$; $p>0,05$). Urizar ve ark (2011) yapmış oldukları çalışmada erkeğin alışkın olmadığı bir rol olan bakım vermenin erkek bakım verenler için daha fazla yük duygusu oluşturduğunu bulmuşlardır. Çalışma bulgumuz Urizar ve ark (2011)'inin çalışma bulgusu ile uyumludur. Diğer taraftan; Gülseren ve ark (2010) ile Li ve ark (2007)'nin yaptıkları çalışmalarda da, bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadınlardan oluştuğunu, kadının toplumda birçok rolü üstlendiği gibi hastalara bakım verme rolünün de eklenmesiyle kadın bakım verenlerin bakım yükünün daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Yapılan bazı çalışmalarda da bakım verenin cinsiyeti ile yük duygusu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulmamışlardır (Koukia ve Madianos, 2005; Chien ve ark, 2007). Erkeğin toplumdaki yeri daima çalışan, aileye ekonomik katkı sağlayan bir birey olması, bu rolünü bakım verme sebebiyle yürütememesi ve bakım sürecinde hastaya ve hastalık belirtilerine karşı daha öfkeli olması nedeniyle bakım vermenin erkek bakım verenin daha çok yük duygusu yaşamasına yol açtığı söylenebilir.

Araştırmada şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin yakınlık derecesi ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($F=0,540$; $p>0,05$). Kızılırmak (2014) yaptığı çalışmada bakım verenin cinsiyetinin bakım yükünü etkilemediğini bildirmiştir. Bizim bulgumuz Kızılırmak'ın çalışma bulgusu ile uyumludur. Yapılan bazı çalışmalarda anne bakım verenlerin daha fazla yük duygusu yaşadığı belirtilmiştir (Cassidy ve O'callaghan, 2001; Maldonado ve ark, 2005; Gülseren ve ark, 2010). Çalışmamızda bakım verenin hem cinsiyet hem de yakınlık açısından değerlendirildiğinde; primer bakım vericinin erkek ve hastanın babası durumunda olan bakım verenlerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir. Lim ve Ahn (2003) yapmış oldukları çalışmada hastanın kardeşi veya çocuğu olan bakım verenlerin bakım yükünün daha fazla olduğunu bildirmişlerdir.

Çalışmamızdaki şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin yaşadığı yer ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($F=0,962$; $p>0,05$). Anlamlı farklılık olmasa da şehirde yaşayan primer bakım vericilerin daha az yük duygusu yaşadığı saptanmıştır. Bu duruma göre; bakım verenlerin şehirde sağlık hizmetlerine ve diğer hizmetlere daha rahat ulaşma imkanı olmasından dolayı bakım verenlerin kendilerini daha güçlü hissetmelerini sağladığı söylenebilir.

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin aile tipi ile Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamaları arasında istatikselsel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($U=1,335$; $p>0,05$). Chien ve ark (2007) yaptıkları çalışmalarımda, hasta ile aynı evde yaşayan kişi sayısı arttıkça yük düzeyinin azalacağını bildirmektedirler. Çalışmamızda anlamlılık olmasa da çekirdek aileye sahip primer bakım vericilerin geniş aileye sahip bireylere göre Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalaması daha fazladır. Yine çalışmamızda parçalanmış/tek ebebeynli ailelerde bakım verme yüğü puan ortalaması çekirdek ve geniş ailede yaşayanlara göre daha yüksektir. Parçalanmış/tek ebebeynli aile olmak ile, kendi hayatında zorluk ve sıkıntı yaşayan bireylerin ailede bakım verici rolü üstlenmesiyle daha da güçlükler yaşadığı söylenebilir. Ayrıca bu durum çalışmamızda boşanmış/ayrı yaşayan primer bakım vericilerin evli ve bekar bakım verenlere göre daha fazla yük yaşadığı bulgusunu da desteklemektedir.

Katılımcıların medeni durumu ile Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamaları arasında istatikselsel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($KW=4,654$; $p>0,05$). Anlamlı olmasa da boşanmış/ayrı yaşıyor olan bakım verenlerin yük duygusu evli ve bekar olanlara göre daha fazladır. Bu durumun boşanmış/ayrı yaşayan bakım vericilerin; bakım verme dışında bireysel olarak üstlendiği ev idaresi ve çocuk bakımı gibi farklı sorumluluklara sahip olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Yapılan çalışmalarımda bakım verenlerin evli yada bekar olmasının bakım yükünü etkilemediği bildirilmiştir (Maldonado ve ark, 2005; Özlü 2007; Çınar 2011; Ayhan 2013; Kızılırmak 2014). Tel ve ark (2012) yaptıkları çalışmada ise evli bakım verenlerin daha fazla yük duygusu yaşadıklarını bildirmişlerdir. Çalışma bulgumuz, Tel ve ark (2012) 'nın yaptıkları çalışma dışındaki alanyazın çalışma bulgularıyla uyumludur.

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin eğitim durumları ile Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamaları arasında istatikselsel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($KW=6,246$; $p<0,05$). Üniversite ve üzeri eğitime sahip primer bakım vericilerin, ortaöğretim ve ilköğretim ve altı mezunlarından daha fazla yük hissettikleri görülmektedir. Bu durum üniversite ve üzeri mezunu olanların hastalarından aşırı beklentilerinden, hastalığı yakınına konduramamasından kaynaklanıyor olabilir. Ukpong (2006) tarafından Nijerya'da yapılan çalışmada da, eğitim yılının fazla olmasının bakım yükünü arttırdığı sonucuna varılmıştır. Konuyla ilgili yapılmış benzer çalışmalarımda ise; şizofreni hastasına bakım verenlerin eğitim düzeyi arttıkça bakım yüğü yaşama durumlarının azaldığı bildirilmektedir (Maldonado ve ark, 2005; Li ve ark, 2007; Aydın ve ark, 2009; Papastavrou ve ark, 2010; Zahid ve Ohaeri, 2010). Alanyazın çalışmalarımdan elde edilen bulgulardaki bu değişimler; çalışma yöntemlerinin farklılıklarından, örneklem büyüklüklerinden, eğitim düzeyinin

toplumlar arasında farklı sonuçlarından ve kültürlerarası farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin mesleki durumları ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($U=0,337$; $p>0,05$). Maldonado ve ark (2005) şizofreni hasta aileleri ile yaptıkları araştırmalarında, çalışmanın bakım yükünü etkilemediğini, Çınar (2011) çalışmasında hasta yakınlarının çalışma durumları ile bakım yükü puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmadığını bildirmişlerdir. Alanyazın çalışma bulguları bizim bulgularımızı destekler niteliktedir. Anlamlı olmasada çalışmamızda çalışmayan veya emekli olan bakım vericilerin bakım verme yük puan ortalamalarının daha fazla olmasının nedeni olarak herhangi bir işte çalışmamaları, tüm günlerini hastalarıyla geçirmeleri, evin dışına çıkmayarak bakım sürecinden ayrılamamaları nedeniyle daha fazla yük algısı yaşıyor olabilirler. Çalışan bakım vericilerin ise hem aileye ekonomik katkısı olması hem de şizofreni hastasına bakım verme dışında başka bir işle uğraşması dikkatini başka yöne verebilmesi, işyerinde sosyal destek alıyor olmaları gibi nedenlerle dolayı daha az yük duygusu yaşıyor olabilirler.

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin gelir durumları ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($t=2,172$; $p<0,05$). Gelir düzeyi az olanların hissettikleri yük algısının daha yüksek olduğu görülmektedir. Ailenin evine giren aylık geliri arttıkça (Chien ve ark, 2005; Li ve ark, 2007; Gülseren ve ark, 2010) ve ailenin yaşam kalitesi arttıkça (Zahid ve Ohaeri, 2010) bakım yükünün azaldığı bildirilmektedir. Araştırmamızla uyumlu olan bu bulguların gelir durumu iyi olan bakım vericilerin tedavi ücretlerini karşılayabilmeleri, hastayla ücret karşılığı ilgilenecek birilerini bulabilmeleri ve sosyal çevrelerinin geniş olması bakım yükünün azalmasına neden oluyor olabilir. Gelir durumunu az olarak belirten aile üyelerinin; hastalıkla baş ederken, tedavi olanaklarına, sosyal imkanlara ulaşmada daha fazla güçlük yaşadığı ve hastanın bakımı dışında kendi sosyal, duygusal, fiziksel ve ekonomik gereksinimlerini karşılamada daha fazla zorlandığı düşünülebilir.

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin sosyal güvence durumları ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($U=-2,204$; $p<0,05$). Sosyal güvencesi olan bireylerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması, olmayanlara göre daha yüksektir. Çınar (2011) çalışmasında bakım vericinin

sosyal güvence durumunun bakım verme yükü puan ortalamasını etkilemediğini bildirmiştir. Ancak yapılan çalışmalarda sosyal güvencenin varlığı sağlık masraflarını azaltarak, ekonomik olarak da aileyi rahatlatması sonucu bakım verenin yükünü hafiflettiği bildirilmiştir (Çetin, 2011; Çınar, 2011). Çalışma bulgumuzun alanyazın çalışma bulgularıyla uyuşmamasının nedeni sosyal güvencesi olan bireylerin ekonomik açıdan kendilerini daha güçlü hissetmeleri, beklentilerinin çok daha fazla olması ancak şizofreni hastasına bakım külfetinden dolayı beklentilerini gerçekleştirememesi nedeniyle daha fazla yük duygusu yaşıyor olabilirler.

5.11. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hasta Bakımına İlişkin Özellikleri İle Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması

Araştırmamızdaki primer bakım vericilerin hastalarına bakım verme süresi ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ($r=0,206$; $p<0,05$). Talwar ve Matheiken (2010) hastalık süresi uzadıkça bakım verenlerin ekonomik olarak yük duygusunun arttığını bulmuşlardır. Işık (2008) çalışmasında bakım verme süresi (yıl) ile Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği (ZBYÖ) toplam puan arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu ancak bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bildirmiştir. Çalışma bulgusu alanyazın çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Bakım verme süresi arttıkça bakım veren de daha fazla tükenmişlik, stres, bıkkınlık, anksiyete duygusu yaşadığından bakım yükü duygusunun da daha fazla arttığı söylenebilir. Yıllar geçtikçe bakım verenin kendisinin de yaşlanması, sağlık problemleri ortaya çıkabilmesi, diğer yandan zorunlu olarak bakım verme eylemini gerçekleştirmek zorunda olması nedeniyle de zamanla bakım vericinin yükünün artmasına neden oluyor olabilir.

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin devletten özürlü maaşı alma durumu ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ($t=0,470$; $p>0,05$). Özürlü maaşı alma durumu ile bakım yükü arasında ilişki konusunda yeterli sayıda çalışma olmadığından karşılaştırma yapılamamıştır. Çalışmamızda primer bakım vericilerin hastalarının çoğunluğu bu konudaki bilgi eksikliği nedeni ile özürlü maaşı almadıklarını ifade etmişlerdir. Az oranda primer bakım vericinin hastasının özürlü maaşı alıyor olması bu bulgunun ortaya çıkmasına neden olmuş olabilir.

Hastasıyla aynı evde yaşayan şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalaması, yaşamayanlara göre daha yüksek bulunmasına rağmen aralarında istatistiksel fark bulunmamıştır ($t=0,058$; $p>0,05$). Şizofreni hastasıyla aynı evde yaşayan bakım verenler, hastayla daha uzun süre birlikte olduklarından ve tüm bakımıyla ilgilenme mecburiyetinden dolayı ayrı yaşayanlara göre daha fazla yük hissediyor olabilirler.

Primer bakım vericilerin bakım verdikleri hastalarının aileye ekonomik katkısının olup olmaması ile Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($t=2,465$; $p<0,05$). Aileye ekonomik katkısı olan şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalaması olmayanlara göre daha düşüktür. Gülseren ve ark (2010) yapmış oldukları çalışmada, hastanın aileye ekonomik katkısının olmamasının bakım vericinin yükünü arttırdığını açıklamışlardır. Çalışma bulgusu Gülseren ve ark (2010)'nın çalışma bulgusuyla benzerlik göstermektedir. Hastanın özürlü maaşı alıyor olması bakım vericinin bakım yükünü etkilemezken ekonomik katkı yapıyor olmasının bakım verme yükünü azaltması üzerinde düşünülmesi gereken bir bulgu gibi görünmektedir. Bunun nedeni olarak hasta bireyin herhangi bir işte çalışması, aileye ekonomik katkısının olması, bakım verenin bakım verdiği hastası işteyken onunla ilgilenmemesi, dikkatini ve ilgisini kendine yoğunlaştırmasından dolayı daha az yük duygusu yaşadığı düşünülebilir. Diğer türlü hastanın özürlü maaşı alması ile hasta bütün gün evdedir ve bakım vericinin sorumlulukları açısından değişen birşey olmuyor gibi görünmektedir.

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım verirken destek alma durumları ile Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ($t=1,220$; $p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da bakımda destek alan bireyler almayanlara göre daha az yük yaşamaktadırlar. Tanrıverdi (2008)'nin yaptığı çalışmada bakımda destek almayanların hem ön test hem son test bakım yüğü puan ortalamaları daha yüksek olmasına rağmen aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını bildirmiştir. Kişilerin bakım verirken destek almalarının onların bakım verirken yaşadığı güçlüklerle baş etmelerine, bakım sorumluluğu ile ilgili mola vermesine, kendine zaman ayırmasına, diğer insanlarla sosyal paylaşımlar yapmasına yardımcı oluyor olabilir.

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin başka birisine bakım verme durumu ile Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ($U=-0,591$; $p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da, birine bakım veren bireylerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalaması vermeyenlere göre daha düşüktür. Bunun sebebi; bakım

verenlerin bu durumu kabullenmeleri, yapacak başka birşeylerinin olmadığını düşünmelerinden olacağı gibi çalışmamızda ikinci bir kişiye bakım veren sayısının çok az olmasından da kaynaklanmış olabilir.

Şizofreninin ailedeki bireylerin günlük yaşamını engelleme durumu ile bakım verenin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($t=5,254$; $p<0,05$). Şizofreni hastasına bakım vermenin evde aile üyelerinin günlük yaşamını engelleyemesinin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamasını arttırdığı görülmektedir. Bu durumun nedeni bakım verenler ve diğer aile üyelerinin günlük yaşamında bazı işleri, konuları erteleyerek, kendilerini sıkıntıya, umutsuzluğa sevk etmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

5.12. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özellikleri İle Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması

Araştırmamızdaki şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin genel sağlık durumları ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=9,960$; $p<0,05$). Sağlık durumunu “kötü” olarak belirten primer bakım vericilerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Çınar (2011) yapmış olduğu çalışmada genel sağlık algısı “iyi” olan primer bakım vericilerin bakım yükü puan ortalamasının “orta” ve “kötü” olanlara göre düşük olduğunu bildirmiştir. Konuyla ilgili yapılmış benzer bir çalışmada sağlıklı bakım verenlerin sağlığı yerinde olmayanlara göre daha az yük algısına sahip oldukları bulunmuştur (Chou, 2000). Çalışma bulgumuz alanyazın çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızdaki şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin fiziksel hastalık durumları ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmazken ($t=-1,109$; $p>0,05$); ruhsal hastalık durumları ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($t=-2,862$; $p<0,05$). Ayhan (2013) çalışmada fiziksel ve ruhsal hastalık durumlarının bakım yükü puan ortalamasını etkilemediğini bildirmiştir. Gülseren ve ark (2010) araştırmamıza benzer yaptıkları çalışmalarında aile üyelerinin ruhsal bir hastalığa sahip olmalarının daha fazla yük

hissetmelerine neden olabileceğini bildirmişlerdir. Primer bakım vericinin sağlığını kötü olarak algılamasının bakım yükünü arttırması ancak fiziksel hastalık durumlarının bakım yükünü etkilememesi dikkat çekici bir bulgudur. Primer bakım vericinin sağlık durumunun kötü olması, sorumlu olduğu bakım sürecini olumsuz etkileyebilir. Bakım vericilerin kendi sağlık problemleriyle ilgilenmesinin hastalarına verimli bakım vermelerini engellediği düşünülebilir. Hem kendisinin hem hastasının tedavi ve sağlık masrafları ailenin ekonomik sıkıntı çekmesine sebep oluyor olabilir. Bakım verenin ruhsal bir hastalığa sahip olması bakım sürecinin daha sıkıntılı geçmesine neden olmaktadır. Primer bakım vericinin depresyon, obsesif-kompulsif bozukluk, şizofreni gibi psikiyatrik bir rahatsızlığının olması stresli bir durum olurken bir de şizofreni hastasına bakım vermesi bakım verenin aşırı yük duygusu yaşamasına neden olabilir.

5.13. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Bakım Verirken Yaşadıkları Güçlükler İle Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması

Araştırmamızdaki şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım verirken günlük yaşam becerilerinde yaşadıkları güçlük ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($t=1,001$; $p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da, hastaların günlük yaşam becerileri konusunda güçlük çeken bakım verenlerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması, çekmeyenlere göre daha düşük bulunmuştur. Gülseren ve ark (2010)'nın belirttiğine göre, Gopinath ve Chaturvedi (1992) tarafından yapılan bir çalışmada, hastaların öz bakım eksikliği gibi negatif belirtilerden kaynaklanan davranışlarının pozitif belirtilere oranla daha çok yük oluşturduğunu vurgulamışlardır. Pazvantoğlu ve ark (2014) öz bakım, beslenme gibi temel gereksinimlerini karşılayabilen hastalara bakım verenlerin bakım sürecini daha rahat sürdürdürdüğünü bildirmişlerdir. Bulgulardaki tutarsızlıklar; bakım verenlerin inançları doğrultusunda hissettikleri duygularını gizlemesinden ve örneklem sayısının az olmasından kaynaklanmış olabilir.

Araştırmamızdaki şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım verirken iletişimde yaşadıkları güçlük ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($U=-0,800$; $p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı

olmasa da iletişimde güçlük yaşayan bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalamasının yaşamayanlara göre daha yüksek olduğı görülmektedir. Bakım sürecinde hastasıyla iletişim kuramayan, hastasını anlayamayan bakım vericiler için bu durumun yük oluşturduğı söylenebilir. İletişim bakım verenlerin bakım sürecinde en çok dikkat etmeleri gereken konudur. Çünkü şizofreni hastasına bakım vermek, ilaçlarını kullanmasını sağlamak, hastalık belirtileriyle baş edebilmek, kısacası uygulayacağı tüm girişimlerde öncelikli olarak hastayla doğru iletişime geçebilmesi önemlidir. Hastasını anlamak, onun ihtiyaçlarını, yaşadığı sıkıntıları anlayabilmek için etkili iletişim yollarını bilmek ve kullanmak gerekir. Çoğu bakım veren bu etkili iletişim yollarını bilmedikleri için hastasını anlamamakta, bakım sürecinde ona ve kendisine güçlük yaşatmaktadır. Aile üyelerine iletişim becerileri öğretilerek bu güçlüğü ortadan kalkması sağlanabilir.

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım verirken hastalık belirtileriyle baş etmede güçlük yaşayan bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalaması yaşamayanlara göre daha yüksek bulunmuş olup aralarındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($t=-1,433$; $p>0,05$). Yapılmış olan bazı çalışmalarda ise belirtilerin şiddeti arttıkça bakım verenin yükünün arttığı bulunmuştur. Psikotik belirtilerin çeşitliliğı hafif, orta ve şiddetli şeklinde değerlendirildiğinde, belirtilerin şiddeti arttıkça bakım verenin yükünün arttığı belirtilmektedir (Wong, 2000; Magliano ve ark, 2002; Roick ve ark, 2007; Awad ve Voruganti, 2008; Gülseren ve ark, 2010). Hastalık belirtilerinin yük ile ilişkisi olmadığını bildiren çalışmalara da rastlanmaktadır (Aydın ve ark, 2009). Çalışma bulgularının alanyazın çalışma bulguları ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. Bakım vericiler hastalığın pozitif ve negatif belirtileriyle başa çıkmakta sıkıntı yaşayabilirler. Hastanın dağınık düşünce ve davranışları karşısında ağlama, korku, stres gibi duyguları yaşayarak ne yapacaklarını bilemeyebilirler.

Araştırmamızda şizofreni hastalarının ilaçlarını kullanması konusunda güçlük yaşayan primer bakım vericilerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalaması yaşamayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ($t=-3,926$; $p<0,05$). Kızılırmak (2014) çalışmasında, hastaya ilaçlarını vermesi konusunda sorun yaşayan bakım verenlerle sorun yaşamayan bakım verenlerin yük düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığını; fakat sorun yaşayan bireylerin yük algısının yaşamayanlara göre daha fazla olduğunu bildirmiştir. Çetin (2011) düzenli ilaç alan hastaların aile üyelerinin yaşadığı yük duygusunun almayanların aile üyelerine göre daha fazla olduğu ancak bu farkın anlamlı olmadığını bildirmiştir. Ayhan (2013) çalışmasında hastaların ilaç tedavisine uyum durumlarının bakım

verenlerin bakım verme yükü puan ortalamasını etkilediğini; ilaç tedavisini zorla kabul eden hastaların bakım verenlerinin bakım yükü puan ortalamalarının, ikna ile, yardımla ve kendiliğinden kabul eden hastaların bakım verenlere göre yük algılarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Koukia ve Madianos (2005) yaptıkları çalışmada da hastaların ilaç tedavisine uyumsuz olmalarının ailelerin bakım yükünü arttırdığını açıklamışlardır. Bu bulgunun, bakım verenlerin, hastalarının tedavilerine uyumu konusunda zorlanmaları, sorumluluklarının artması, hasta ile problem ve çatışma yaşamaları ile ilgili olduğu düşünülebilir. Benzer şekilde Sales (2003) ile Arslantaş ve Adana (2011) çalışmalarında, hastaların ilaç alımı konusunda bakım verene bağımlılık düzeyi arttıkça, bakım verenin sorumluluğunun arttığını, diğer rollerine yeterince zaman ayıramamasından dolayı bakım verenlerin yük düzeyinin de arttığını belirtmişlerdir. Hasta tedaviyi reddettiği zamanda aile üyelerinin sorumluluğunun ve yükünün arttırdığına ilişkin bulgular bulunmaktadır (Durmaz, 2011). Çalışma bulgularının alanyazın çalışma bulgularıyla uyumlu olduğu görülmektedir. Bazen hastalar ilaçların yan etkileri, kullanma şekilleri veya hastalığını kabul etmemeleri nedeniyle ilaçlarını kullanmak istemeyebilirler. Bakım vericiler hastasını ikna etme çabalarına girerek hastayı zorlayabilir veya hiçbirşey yapmayarak istemeden tedavi sürecinin başa dönmesine sebep olabilirler. Hastanın tedaviyi reddetmesi ve zorlaştırması, hastalığının alevlenmesine ve bakım vericinin yük algısının artmasına yol açabilir. Ayrıca çalışmamızdaki hastaların hastaneye sık yatışının primer bakım vericilerinin bakım yükünü artırıyor olması da bu sonucu destekler niteliktedir.

Araştırmamızdaki şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım verirken öfkeli ve saldırgan davranışlar karşısında yaşadıkları güçlük ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($t=-1,719$; $p>0,05$). İstatiksel olarak anlamlı olmasa da bu konuda güçlük yaşayan bireylerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması yaşamayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Özlü (2007) çalışmasında saldırgan davranışı olan hastalara bakım verenlerin bakım verme yükü puan ortalamasının saldırgan davranışı olmayan hastalara bakım verenlere göre yüksek olmasına rağmen istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmadığını belirtmiştir. Kadri ve ark (2004) çalışmalarında hastanın kendisine ve başkalarına şiddet uygulamasının bakım yükünün yordayıcısı olduğunu bildirmişlerdir. Gülseren ve ark (2010) yaptıkları çalışmada hastadan şiddet görmenin, ailenin aile yükünü arttıran özelliklerden biri olduğunu bildirmişlerdir. Konuyla ilgili benzer diğer çalışmalarda ise pozitif belirtilerin ve düşmanca tutumların yükü arttırdığı bildirilmiştir (Magliano ve ark, 1998; Wolthaus ve ark, 2002). Çalışma bulgularımız

alanyazın çalışmaların bulgularıyla uyumludur. Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin saldırgan, düşmancıl, öfkeli davranışlar karşısında korku, öfke, stres gibi duyguları yaşamaları ve hastaya nasıl yaklaşacaklarını bilememeleri bakım vericinin bakım yükü artıyor olabilir.

Araştırmamızdaki şizofreni hastalarının ev yaşamına katkısı konusunda günlük yaşayan primer bakım vericilerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması yaşamayanlara göre düşük olmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($U=-0,610$; $p>0,05$). Gülseren ve ark (2010)'nın belirttiğine göre; Gopinath ve Chaturvedi (1992) tarafından yapılan bir çalışmada, hastaların ev işlerine yardımcı olmama gibi davranışlarının bakım vericiler üzerinde yük oluşturduğunu belirtmişlerdir. Bulguların araştırma bulgularından farklı çıkmasının nedeni çalışmamızdaki primer bakım vericilerin bakım sürecinde hastaların evdeki olumsuz işlevsellikleri (günlük yaşam becerileri ve ev yaşamına katkısı) ile ilgili olarak aşırı yük yaşamadıklarını düşündürebilir.

5.14. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Bakım Verirken Gereksinim Duydukları Konular İle Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması

Araştırmamızdaki şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım verirken ilaç tedavisi ve yan etkileri konusunda gereksinim durumu ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=-3,086$; $p<0,05$). İlaç tedavisi ve yan etkileri konusunda gereksinimi olan bakım vericilerin bakım yükü puan ortalaması olmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Bakım vericilerin, ilaç tedavisi ve yan etkileri konusunda bilgi eksikliğinin hastaların tedavi sürecini olumsuz etkilediği, psikotik belirtilerin alevlenmesine sebep olduğundan dolayı daha fazla yük yaşanmasına neden oluyor olabilir.

Hastalık belirtileriyle baş etme konusunda gereksinimi olan şizofreni hastalarının primer bakım vericilerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($t=-3,275$; $p<0,05$). Ayhan (2013) yapmış olduğu çalışmada bakım verenlerin şizofreni belirtileri konusunda eğitim gereksinimi durumu ile bakım yükü puan ortalaması arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel anlamlı ilişki olduğunu, bu konuda gereksinimleri arttıkça hissettikleri yük duygusunun arttığını

bildirmiştir. Araştırma bulgumuz alanyazın çalışma bulgusu ile uyumludur. Bakım vericiler hastalarının dağınık davranışlarından ve konuşmalarından rahatsızlık duyabilirler. Bu durum karşısında ne yapacaklarını bilemeyebilirler. Bakım verenler saldırgan, öfkeli davranışlar karşısında bazen korkup geri çekilebilir bazende öfkeli olabilirler. Sanrıları ve varsanları olan hastalara nasıl yaklaşacaklarını bilemeyebilirler. Tüm bu sebeplerin bakım vericilerin bakım sürecinde yük algılarının artmasına neden olacağı söylenebilir.

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım verirken ilaç eğitimi konusunda gereksinim durumu ile Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($U=-2,431$; $p>0,05$). Fakat bu konuda gereksinimi olan bakım verenlerin bakım yüğü puan ortalaması olmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Doktorun önerisiyle kullanılmaya başlanan ilaçlar evde genelde bakım vericinin kontrolündedir. Bu nedenden dolayı ilaç eğitimine ihtiyaç duymuyor olabilirler.

Çalışmamızdaki şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım verirken erken uyarıcı belirtiler konusunda gereksinim durumu ile Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($t=-3,058$; $p<0,05$). Erken uyarıcı belirtiler konusunda gereksinimi olan bakım vericilerin yaşadığı yük duygusu yüksek bulunmuştur. Bu konuda bilgi eksikliği yaşayan bakım verenlerin hastalığın ileride şiddetleneceğı psikotik alevlenmelerine engel olamaması bakım verenlere yük getiriyor olabilir.

Araştırmamızdaki şizofreni hastalarının bakım vericilerinin şizofreniyle ilgili grup ve dernekler konusunda gereksinim durumu ile Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($t=1,423$; $p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da, grup ve dernekler konusunda gereksinimi olmayan bakım verenlerin olanlara göre daha düşük bulunmuştur.

İletişim becerisi konusunda gereksinimi olan şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalaması olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($t=-2,380$; $p<0,05$). Çalışma bulgumuz doğrultusunda Ayhan (2013) yapmış olduğu çalışmasında, iletişim becerisi konusunda eğitim gereksinimi arttıkça ailelerin yük duygusunun arttığını bildirmiştir.

Stresle baş etme konusunda gereksinimi olan şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalaması olmayanlara göre istatistiksel açıdan

anlamli düzeyde yuksek bulunmuştur ($t=-2,305$; $p<0,05$). Çalışma bulgumuz Ayhan (2013)'in araştırma bulgusu ile benzerdir. Bakım verenler bakım sürecinde ne kadar çok stres yaşarsa bu süreç onlar için daha fazla sıkıntıya neden olabilir. Bu nedenle stresle başatme konusunda bilgiye gereksinim duyuyor olabilirler.

Araştırmamızdaki şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin hastaların yasal hakları konusunda gereksinim durumu ile Bakım Verme Yüku Ölçeği puan ortalamaları arasında istatıksel açıdan anlamli bir farklılık saptanmamıştır ($t=-0,122$; $p>0,05$). İstatıksel olarak anlamli olmasa da, yasal haklar konusunda gereksinimi olan bakım vericilerin olmayanlara göre daha fazla yük duygusu yaşadığı görülmektedir. Bakım verenlerin, şizofreni ile ilgili yasal haklarının neler olduğunu bilmemesi, özürli maaş durumu, ceza ehliyeti durumları ile ilgili konuları bilmemesinin daha fazla yük hissetmesine neden olduğu söylenebilir.

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım verirken psikososyal tedavi yöntemleri konusunda gereksinim durumu ile Bakım Verme Yüku Ölçeği puan ortalamaları arasında istatıksel olarak anlamli farklılık saptanmıştır ($t=2,064$; $p<0,05$). Bu tedavi yöntemlerine ihtiyaç duymayan bakım verenlerin duyanlara göre daha yüksek yük duygusu hissettiği bulunmuştur. Bakım vericiler psikososyal tedavi yöntemlerinin grup ve dernekler konusundaki düşünceleriyle aynı olarak hastaları için yararlı olmayacağını düşünmelerinden dolayı daha fazla yük hissetmelerine neden olduğu düşünülebilir.

Araştırmamızdaki şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım verirken hastanın günlük yaşantısıyla ilgili becerileri (tuvalet, banyo, odasını toplama gibi) konusunda gereksinim durumu ile Bakım Verme Yüku Ölçeği puan ortalamaları arasında istatıksel açıdan anlamli farklılık saptanmamıştır ($U=-1,552$; $p>0,05$). Bu konuda gereksinimi olan ailelerin Bakım Verme Yüku Ölçeği puan ortalaması, olmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Ayhan (2013)'in yaptığı çalışmada bakım vericinin hastanın günlük yaşam becerileri konusunda gereksinimi arttıkça yük duygusunun da arttđı, bu farkın istatıksel olarak anlamli olduğu bildirilmiştir. Hasta yakınlarının hastaya günlük yaşantısını daha rahat uygulayabilmesi için böyle bir konuda bilgi ve donanıma sahip olması gerektiği düşünülebilir. Böylece hastanın günlük işlerinde bakım verene bağımlılık düzeyi azalır ve bakım verenin yük duygusunun azalacağı söylenebilir.

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım verirken hastanın boş zaman aktivitelerini planlama konusunda gereksinim durumu ile Bakım Verme Yüku Ölçeği puan

ortalamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($t=-2,030$; $p<0,05$). Bu konuda bilgiye ihtiyaç duyan bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalaması, duymayanlara göre yüksek bulunmuştur. Hastanın boş zamanını değerlendirememesi, devamlı ona bakım veren bireyle vakit geçirmesi bakım vericiye daha çok sıkıntı ve yük oluşturuyor olabilir. Bu konuda bilgi gereksinimi olan bakım vericilerin güçlük yaşadığı söylenebilir.

Ev yaşamına katkısı konusunda gereksinimi olan şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalaması olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($t=-2,098$; $p<0,05$). Hastanın evde erkek, baba rolünde olması ancak hastalığından dolayı bu rolünü devam ettirememesi bakım verenin yük duygusunu arttıracığı söylenebilir. Aynı şekilde hastanın kadın-anne olması ve hastalık nedeniyle sorumluluklarını yerine getirememesi de bakım veren için yük oluşturuyor olabilir.

5.15. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hastalığa İlişkin Eğitim Alma Durumları İle Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması

Araştırmamızdaki şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin hastalıkla ilgili eğitim alan bireylerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalaması eğitim almayanlara göre düşüktür. Fakat eğitim alan sadece üç kişi olmasından dolayı bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olup olmaması değerlendirilememiştir. Ayhan (2013) çalışmasında bakım verenlerden şizofreni konusunda eğitim almayanların bakım yüğü puan ortalamalarının, daha önce eğitim alanlara göre yüksek olduğunu ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğunu bildirmiştir. Bakım verenlerin şizofreni hakkında genel bilgiler, ilaç tedavi ve yan etkileri, hastalık belirtileri, şizofreni hastasına yönelik bakım konusunda eğitim almaları bakım sürecinde daha az güçlük yaşamalarına neden oluyor olabilir.

5.16. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarının Öz Bakım Yetenekleri İle Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması

Araştırmamızdaki şizofreni hastalarının yeme-içme yeteneğı ile bakım verenin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur

(KW=9,256; $p<0,05$). Başkalarının yardımı ile günlük yaşam gereksinimlerini yapan hastalara bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalaması, bağımsız yapanlara göre yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Hastaların banyo/yıkanma yeteneği ile bakım verenin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (KW=0,038; $p>0,05$). Alışveriş yeteneğini tamamen bağımlı, başkalarının yardımı ile veya bağımsız yapan hastalara bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (U=2,073; $p>0,05$). Fakat; alışverişini tamamen bağımlı yapan hastalara bakım verenlerde daha fazla yük duygusu olduğu görülmektedir. Araştırmadaki hastaların yemek pişirme yeteneğini yapma durumu ile Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (U=0,038; $p>0,05$). Birilerine bağımlı olarak yapan hastalara bakım verenlerin yük duygusunun daha fazla olduğu görülmüştür. Hastaların boş zamanlarını değerlendirme durumları ile Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (U=4,623; $p<0,05$). Tamamen bağımlı yapan hastalara bakım verenlerin hissettikleri yük duygusunun daha fazla olduğu bulunmuştur.

Ayhan (2013)'in yapmış olduğu çalışmada hastaların öz bakım (yeme-içme, banyo, yemek hazırlama, alışveriş, boş zaman değerlendirme) karşılayamama düzeyi arttıkça, bakım yükünün de arttığı belirtilmiştir. Arslantaş ve Adana (2011) banyo, yemek yeme, yemek hazırlama gibi öz bakım aktivitelerindeki bağımlılığın artmasının yükü arttırdığını belirtmişlerdir. Çetin (2011) yapmış olduğu çalışmasında, şizofreni hastasının yeme içme, giyinme/soyunma, banyo, yürüme, boşaltım ihtiyacını karşılama gibi günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumunun artması; bakım verenin yaşadığı bakım yükünün artmasına neden olduğunu belirtmiştir. Şizofreni tanısı almış hastaların; öz bakım yeteneklerindeki bağımlılık durumu, hastaların ve onlara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitelerini etkileyebilir. Öz bakım yeteneklerindeki bağımlılık durumunun artması bakım verenin daha fazla hastasıyla ilgilenmesine, daha çok zaman harcamasına ve daha fazla yük duygusu yaşamasına neden oluyor olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin hastalığa ilişkin gereksinimleri ve bakım yüklerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın genel sonuçları şöyledir;

- Araştırmadaki şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım sürecinde en çok günlük yaşam becerileri, iletişim kurma, hastalık belirtileriyle baş etme, hastasının ilaçlarını kullanmaması, öfkeli ve saldırgan davranışları ve ev yaşamına katkısı konularında sıkıntı yaşadıkları,
- Bakım verenlerin bakım verirken çoktan aza doğru; ilaç tedavisi ve yan etkileri, şizofreni belirtileriyle baş etme, ilaç eğitimi, erken uyarıcı belirtiler, şizofreni ile ilgili grup ve dernekler, iletişim becerileri, stresle baş etme, bakım verdikleri hastaların yasal hakları, psikososyal tedavi, günlük yaşantısıyla ilgili beceriler (tuvalet, banyo, odasını toplama gibi), boş zaman aktivitelerini planlama ve ev yaşamına katkısı konularında bilgi ve donanım ihtiyacı duydukları,
- Katılımcıların çoğunlukla şizofreni ile ilgili herhangi bir eğitim almadıkları; çoğunlukla sağlık personelinde eğitim almayı istedikleri,
- Şizofreni hastalarının hastaneye yatış sıklıklarının, ilaç kullanım durumlarının ve gereksinimlerini karşılama durumlarının primer bakım vericilerin bakım yükünü etkilediği,
- Şizofreni hastalarının eğitim durumlarının, medeni durumlarının, çalışma durumlarının ve şizofreni tanısı ile izlenme süresinin primer bakım vericilerin bakım yükünü etkilemediği,
- Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin yaşının, eğitim durumunun, gelir durumunun, sosyal güvence durumunun bakım yükü üzerinde etkili olduğu,
- Bakım verenlerin cinsiyetinin, hastaya yakınlık derecesinin, yaşadığı yerin, aile tipinin, medeni durumunun ve mesleki durumunun bakım yükünü etkilemediği,
- Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerin hastaya bakım verme süresi, aileye ekonomik katkı durumu, evde şizofreni hastasının olmasının ailedeki bireylerin günlük yaşamını engelleme durumunun bakım yükünü etkilediği,

- Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerin, devletten özürlü maaşı alma, hastayla aynı evde yaşama, bakımda destek olan birinin varlığı ve başka birisine bakım verme durumu gibi hasta bakımına ilişkin özelliklerinin bakım yükünü etkilemediği,
- Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin genel sağlık durumlarının ve ruhsal hastalığa sahip olma durumlarının bakım yükünü etkilediği,
- Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin fiziksel hastalığa sahip olma durumlarının bakım yükünü etkilemediği,
- Bakım verenlerin, bakım verdikleri hastalarının ilaçlarını kullanımı konusunda günlük yaşamalarının bakım yükünü etkilediği,
- Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin hastalarına bakım verirken ilaç tedavisi veya yan etkileri, şizofreni belirtileriyle baş etme, erken uyarıcı belirtileri fark edebilme, iletişim becerileri, stresle baş etme, hastanın boş zaman aktivitelerini planlama ve bakım verdiği hastalarının ev yaşamına katkısı, psikososyal tedavi yöntemleri konularında bilgiye gereksinim duymalarının bakım yükünü etkilediği,
- İlaç eğitimi, şizofreniyle ilgili grup ve dernekler hastaların yasal hakları hastaların yaşantısıyla ilgili beceriler (tuvalet, banyo, odasını toplama gibi) konularında bilgi gereksinimi olmalarının bakım yükünü etkilemediği sonucuna varılmıştır.

Öneriler;

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin hastalığa ilişkin gereksinimleri ve bakım yüklerine etkisini belirlemek amacıyla yürütülen bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulabilir;

1. Bakım verenlerin, yaşadığı güçlükler ve bakım verenlerin bakım sürecinde gereksinim duyduğu konuların belirlenerek bunlara yönelik bireysel bakım planı oluşturulması,

2. Her bakım verenin yaşadığı güçlük ve gereksinim duyduğu konular farklı olacağından, bireylerin yaşadığı yükü ve gereksinimleri belirleyen standart formların oluşturulması,

3. Şizofreni hastasına bakım veren ailelerin hastalık süreciyle ve yaşadıkları güçlüklerle etkili bir şekilde baş edebilmelerine yönelik kapsamlı, düzenli, sürekli ve bakım verenlerin kapasitelerine uygun eğitim programlarının oluşturulması ve bu programların tüm psikiyatri hizmetlerinde (klinik, poliklinik, dernek) rutin uygulamalar olarak verilmesi,

4. Şizofreni ile ilgili eğitim almamış bakım verenlerde bakım yükü daha yüksek olduğundan; bu doğrultuda; etkileşim grupları, psikoeğitim programları, aile müdahaleleri, aileden aileye destek gruplarının oluşturulması,

5. Bu programlar hazırlanırken; bakım verenlerin eğitim gereksinimleri ile cinsiyet, yakınlık derecesi, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durumu, bakım süresi, hastanın hastalık süresi gibi değişkenlerin dikkate alınarak grupların oluşturulması ve eğitim programlarının içeriğinin bu değişkenler göz önünde bulundurularak belirlenmesi,

6. Psikiyatri hemşiresi; şizofreni ve belirtileri, belirtilerin günlük yaşama etkisi, ilaç tedavisi ve yan etkileri, hastanın tedaviye uyumunun önemi, iletişim becerileri, stresle baş etme yöntemleri, akut dönemler ya da nöksler sırasında yapılması gerekenler ve tedavi kurumları ile işbirliğinin önemi gibi konuları içeren psikoeğitimlerin klinik ortamda aile üyeleri için planlanması,

7. Ruh sağlığı hizmetlerinin planlanması ve geliştirilmesi anahtar konumdaki bakım verenlerin bilgi ve deneyimlerinden yararlanılması,

8. Şizofreni hastasına bakım verenlerin eğitim gereksinimleri belirlendikten sonra oluşturulacak ve uygulanacak eğitim programlarının, bakım verenlerin yük düzeyine olan etkisine yönelik çalışmalar yapılması ve değerlendirilmesi,

9. Eğitimin, hasta ve yakınlarına verilen hizmetin içinde yapılandırılması ve politikalarla desteklenmesi,

10. Uzun vadede psikiyatri servislerindeki hasta yükünün ve maliyetlerinin azaltılmasına yönelik olarak bu çalışmalarda planlanan hedeflerin yerine getirilmesi, hasta ve ailelerinin yaşam kalitelerinin artırılması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

Ak M, Yavuz KF, Lapsekili N, Türkçapar MH. Kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ve bakım verenlerinin bakım yükü açısından değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2012, 25, 330-337.

Akbulut Ş. Şizofren hasta yakınlarının şizofreniye yönelik tutumları ve hastanın bakımında yaşadıkları zorluklar, Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi, Şanlıurfa, 2009, 66.

Altunel Ö, Demirdöğen G, Dural U, Kuşçu MK. Şizofrenide duygu algılama ve tanıma süreçleri. *Klinik Psikiyatri*, 2008, 11(4), 3-11.

Angermeyer MC, Bull N, Bernert S, Dietrich S, Kopf A. Burnout of caregivers: A comparison between partners of psychiatric patients and nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2006, 20(4), 158-165.

Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011, 3, 251-277.

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

Arslantaş H, Sevinçok L, Uygur B, Balcı V, Adana F. Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoğitimin hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerine olan etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2009, 10(2), 3-10.

Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011, 3(3), 513-552.

Atbaşoğlu C. Şizofreni. In: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı. Özgüven HD (Edt), Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2014, s 59-78.

Awad GA, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers. *Pharmacoeconomics*, 2008, 26, 149-162.

Avcı A. Şizofren hasta ailelerinin aile yükünün belirlenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2001, 64.

- Aydemir Ö, Ergün H, Soygür H, Kesebir S, Tulunay C.** Major depresif bozuklukta yaşam kalitesi: kesitsel bir çalışma. *Türk Psikiyatri Derg*, 2009, 20(3), 205-212.
- Aydın A, Eker SS, Cangür Ş, Sarandöl A, Kırılı S.** Şizofreni hastasına bakım verenlerin külfet düzeyinin sosyo-demografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, 2009, 46, 10-14.
- Ayhan AGY.** Şizofreni hastalarına bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimleri ile bakım yükleri arasındaki ilişkinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2013, 128.
- Başbüyük Ş.** Psikiyatri servisinde yatan hastaların ailelerinin hastanın bakımıyla ilgili yaşadığı güçlükler ve stresle başa çıkma stratejeleri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü, Mersin, 2004, 49.
- Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K.** Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011, 22(1), 40-52.
- Bovenkamp HM, Trappenburg MJ.** The relationship between mental health workers and family members. *Patient Education and Counseling*, 2010, 80, 120-125.
- Can Y.** Göç ve kent: 1989’den günümüze göç eden insanların kent adaptasyonu Diyarbakır örneği, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, 2011, 153.
- Carter KOG, Curlee MB.** The educational needs of families of mentally ill adults: The South Carolina experience. *Psychiatric Services*, 1999, 50(4), 520-524.
- Cassidy E, O’callaghan H.** Efficacy of a psychoeducational intervention in improving relatives’ knowledge about schizophrenia and reducing rehospitalisation. *Eur Psychiatr*, 2001, 16(8), 446-450.
- Chang KH, Horrocks S.** Lived experiences of family caregivers of mentally ill relatives. *Journal of Advanced Nursing*, 2006, 53(4), 435-443.
- Chan SW, Hsiung PC, Thompson DR, Chen SC, Hwu HG.** Health-related quality of life of Chinese people with schizophrenia in Hong-Kong and Taipei: A cross-sectional analysis. *Research in Nursing & Health*, 2007, 30, 261-269.
- Charmine C, Williams MM, Magnus MM.** Care: Giving, receiving and meaning in the context of mental illness. *Psychiatry*, 2006, 69(1), 26- 46.

- Chien WT.** Effectiveness of psychoeducation and mutual support group program for family caregivers of Chinese people with schizophrenia. *The Open Nursing Journal*, 2008, 2, 28-39.
- Chien WT, Chan S, Morrissey J, Thompson D.** Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia. *J Adv Nurs*, 2005, 51, 595-608.
- Chien WT, Kam CW, Lee IFK.** An assessment of patients' needs in mental health education. *Issues And Innovations In Nursing Practice*, 2001, 34(3), 304-311.
- Chien WT, Norman I.** Educational needs of families caring for Chinese patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 2003, 44(5), 490-498.
- Chien WT, Wong KF.** A family psychoeducation group program for Chinese people with schizophrenia in Hong Kong. *Psychiatric Services*, 2007, 58, 1003-1006.
- Chou KR.** Caregiver Burden, a concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 2000, 15(6), 398-407.
- Chou K, Chyun LJ, Chu H.** The reliability and validity of the chinese version of the caregiver burden inventory. *Nursing Research*, 2002, 51(5), 324-331.
- Cleary M, Hunt GE, Walter G, Freeman A.** The patient's view of need and caregiving consequences: A cross-sectional study of inpatients with severe mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2006, 13, 506-514.
- Çam O, Bilge A.** Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007, 8, 215-223.
- Çam O, Engin E.** Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. 1. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 413-446.
- Çetin N.** Şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışa vuran duygu durumu ilişkisinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2011, 65.
- Çetin N, Demiralp M, Oflaz F, Özşahin A.** Şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışa vuran duygu durumu ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 2013, 14, 19-26.

Çınar İ. Şizofreni hasta ailelerinin bakım yükleri ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2011, 101.

Çobanoğlu, ZSÜ, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve diğer psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2003, 16 (4), 211-218.

Dikeç G. Kronik şizofreni hastalarında tedaviye uyum programının etkinliği, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2014, 91.

Dixon L. Providing services to families of persons with schizophrenia: Present and future. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 1999, 2, 3-8.

Doğan O, Doğan S, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Başeğmez FD. Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Aileler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2002a, 3, 133-139.

Doğan S, Doğan O, Tel H, Çoker F, Polatoz O, Doğan FB. Şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımlar: Ayaktan hastalar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2002b, 27, 279-282.

Drapalski AL, Marshall T, Seybolt D, Medoff D, Peer J, Leith J, Dixon LB. Unmet needs of families of adults with mental illness and preferences regarding family services. *Psychiatric Services*, 2008, 59, 655-662.

Duman ZÇ, Aştı N, Üçok A, Kuşçu MK. Şizofreni hastalarına ve ailelerine “bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı” uygulaması, izlenmesi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007, 8, 91-101.

Duman ZÇ, Bademli K. Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: Sistemik bir inceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2013, 5(1), 78-94.

Duman ZÇ, Kuşçu MK, Özgün S. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin duygu ifadelerini belirlemede Camberwell Aile Görüşmesi ile Duygu İfadesi Ölçeğinin karşılaştırılması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2013, 50, 301-305.

Durmaz H. Şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin öz etkililik düzeylerinin bakım yüküne etkisinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2011, 61.

Dülgerler Ş. Şizofrenik bozukluğu olan bireylerin ailelerine verilen psikoeğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2004, 272.

Eliüşük A. Şizofrenili hastası olan ailelerin algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, 2008, 151.

El-tantawy AMA, Raya YM, Zaki ASMK. Depressive disorders among caregivers of schizophrenic patients in relation to burden of care and perceived stigma. *Current Psychiatry*, 2010, 17(3).

Ensari H, Gültekin BK, Karaman D, Koç A, Beşkardeş AF. Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2013, 14, 108-14.

Erol A. Şizofrenide klinik özellikler ve tanı ölçütleri, kullanılan ölçekler. In: Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H (Edt), Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 2007, s 165-195.

Ersoy MA, Varan A. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2007, 18(2), 163-171.

Ertan T. Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi* 2008, 62, 25-30.

Eryıldız D. Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezine Devam Eden Kronik Şizofreni Hastaları ile Bir Rehabilitasyon Programına Katılmayan Kronik Şizofreni Hastalarının İşlevsellik ve Yaşam Kalitesi Açısından Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, T.C Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2008, 83.

Essock SM. Editor's introduction: Antipsychotic prescribing practices. *Schizophrenia Bulletin*, 2002, 28 (1), 1-4.

Ferriter M, Huband N. Experiences of parents with a son or daughter suffering from schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2003, 10, 552-560.

Foldemo A, Gullberg M. Ek CA, Bogren L. Quality of life and burden in parents of outpatients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2005, 40, 133-138.

- Gall S, Atkinson J, Eliot L, Johansen R.** Supporting carers of people diagnosed with schizophrenia: Evaluating change in nursing practice following training. *Journal of Advanced Nursing*, 2002, 41(3), 295-305.
- Given B, Sherwood PR, Given CW.** What knowledge and skills do caregivers need? *American Journal of Nursing*, 2008, 108(9), 28-33.
- Goldstein MJ.** ABD’de Şizofreni Tedavisi Kapsamında Ruhsal-Eğitsel Aile Programları. Çev: Şen N. *Şizofreni Yazıları Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği Yayın Organı*, 2000, 1(1), 20-26.
- Gournay K.** Role of the community psychiatric nurse in the management of schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2000, 6, 243-251.
- Gökalp PG.** Şizofrenide psikososyal kuramlar ve tedaviler. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 1996, 1(4), 674-682.
- Gülseren L, Erol A.** Şizofrenide ilaç sağaltımı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2000, 10, 213-227.
- Gülseren L.** Şizofreni ve aile: Güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002, 13, 143-151.
- Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı AE, Çubukçuoğlu Z, Taş C, Gülseren Ş, Mete L.** Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010, 21(3), 203-212.
- Gümüş AB.** Şizofreni Bozukluğu olan bireylerin ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimlerinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir, 2002, 164.
- Gümüş BA.** Şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006a, 7, 33-42.
- Gümüş AB.** Şizofrenide hasta ve ailelerinin yaşadığı güçlükler, psikoeğitim ve hemşirelik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2006b, 1(2), 23-33.
- Hall M, Docherty N.** Parent coping styles and schizophrenic patient behavior as predictors of expressed emotion. *Family Process*, 2000, 39 (4), 435-443.

Hanzawa S, Tanaka G, Inadomi H, Urata M, Ohta Y. Burden and coping strategies in mothers of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2008, 62, 256-263.

Harmancı P. Şizofreni hastasına bakım verenlerin yüklerinin ruhsal sağlık durumlarına etkisinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2013, 50.

Hazel NA, Mcdonell MG, Short RA, Berry CM, Voss WD, Rodgers ML, Dyck DG. Impact of multiple family groups for outpatients with schizophrenia on caregivers distress and resources. *Psychiatric Services*, 2004, 55(1), 35-41.

Hoffman RL, Mitchell AM. Caregiver burden: Historical development. *Nursing Forum*, 1998, 33(4), 5-11.

Howard R, Rabins PV, Seman MV, Jeste DV, and The International Late-Onset Schizophrenia Group. Late-onset schizophrenia and very late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. *Am J Psychiatry*, 2000, 157, 172-178.

İpekçi S, Birsöz S. Şizofrenide farmakolojik tedavi. *Psikiyatri Dünyası*, 1999, 2(9), 33-37.

Işık S. Şizofreni ve multiple skleroz hastalarının bakıcılarında görülen yük ve ilişkili faktörler: Karşılaştırmalı bir çalışma, Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri, Kocaeli, 2008, 79.

İnci FH. Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği, Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Denizli, 2006, 74.

Jungbauer J, Angermeyer MC. Living with a schizophrenic patient: A comparative study of burden as it affects parents and spouses. *Psychiatry*, 2002, 65(2), 110-123.

Kadri N, Manoudı F, Berrada S, Moussaoui D. Stigma impact on Moroccan families of patients with schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2004, 49, 625-629.

Karabağ H. Evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye'de uygulanabilirliğine ilişkin hekimlerin görüşleri ve kardiyoloji hastaları için hastane destekli evde bakım hizmetleri model önerisi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007, 145.

Karancı N. Şizofren hasta yakınlarının dünyası: Nedensel atıflar, yükler, umutlar. *Şizofreni Yazıları*, 2000, 1(2), 6-12.

Karapolat H. Kronik yaşlı bakımında dikkat edilecek noktalar. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 2009, 55(2), 88-89.

Kaya Y. Şizofreni hastalarının sosyal işlevsellikleri ve hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükü, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2013, 116.

Kavak F. Kendi evlerinde yaşayan ve korumalı evlerde yaşayan şizofreni hastalarının yaşam niteliklerinin ve işlevsel iyileşme düzeylerinin karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2011, 50.

Kayır H. Psikoz ve şizofreni. In: Stahl SM. Uzbay İT (Çeviri Ed.), Stahl'ın temel psikofarmakolojisi. 3. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2012, s 247-325.

Kelleci M, Doğan S, Ata EH, Sabancıoğulları S, Avcı D, Başeğmez F, İşkey M. Bir psikiyatri kliniğinde yatan hastaların psikotrop ilaç kullanma hakkında düşünceleri ve taburculuk sonrası telefonla izlem *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi (Journal of Psychiatric Nursing)*, 2011, 2(3), 128-135.

Kızılrnak B. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin ailelerinde bakım yükü ve ruhsal sağlık durumu, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2014, 127.

Kızıltoprak S. Şizofrenik hasta ailelerinde yapılan ruhsal eğitim gruplarının ailelerin umutsuzluk düzeylerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2006, 105.

Kim W, Greenberg S, Seltzer M, Krauss M. The role of coping in maintaining the psychological well-being of mothers of adults with intellectual disability and mental illness. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2003, 47(4), 313-327.

Kim HW, Salyers MP. Attitudes and perceived barriers to working with families of persons with severe mental illness: Mental health professionals' perspectives. *Community Ment Health J*, 2008, 44, 337-345.

King M, Nazareth I. Community care of patients with schizophrenia the role of the primary health care team. *B J Gen Practice*, 1996, 46 (405), 231-237.

Korkmaz A. Psikiyatri hastalarının bakım vericilerinde öfke ve ilişkili faktörler Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın, 2014, 92.

- Koukia E, Madianos MG.** Is psychosocial rehabilitation of schizophrenic patients preventing family burden? A comparative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2005, 12, 415-422.
- Köroğlu E.** Psikonazoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık, Ankara, 2001, 189-226.
- Köroğlu E.** (Çev) Tanı Ölçütleri Elkitabı'ndan Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014, s 49-50.
- Kültür S, Mete L, Erol A.** Şizofreni. In: Psikiyatri Temel Kitabı, Güleç C, KöroğluE (Edt), 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007, s 184-204.
- Larsen LS.** Effectiveness of a counseling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 1998, 36, 26-32.
- Lefley HP.** The consumer recovery vision: Will it alleviate family burden? *American Journal of Orthopsychiatry*, 1997, 67(2), 210-219.
- Lehman AF, Steinwachs DM, And Port Co-Investigtors of the PORT Project.** At issue: Translating research into practice: The schizophrenia patient outcomes research team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, 1998, 24(1), 1-10.
- Li J, Lambert CE, Lambert VA.** Predictors of family caregivers' burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the People's Republic of China. *Nursing and Health Sciences*, 2007, 9, 192-198.
- Lim YM, Ahn YH.** Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. *Applied Nursing Research*, 2003, 16, 2, 110-117.
- Liu M, Clinton E, Lambert V.** Caregiver burden and coping patterns of Chinese parents of a child with mental illness. *Int J Ment Health Nurs*, 2007, 16, 86-95.
- Lowyck B, Hert MD, Peeters E, Wampers M, Gilis P, Peuskens J.** A study of the familyburden of 150 family members of schizophrenic patients. *Eur Psychiatry*, 2004, 19 (7), 395-401.
- Magana SM, Garcia JIM, Hernandez MG, Cortez R.** Psychological distress among Latino family caregivers of adults with schizophrenia: The roles of burden and stigma. *Psychiatr Serv*, 2007, 58(3), 378-384.

Magliano L, Fadden G, Economou M, Held T, Xavier M, Guarneri M, Malangone C, Marasco C, Maj M. 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.

Magliano L, Fadden G, Madianos M, de Almeida, JM, Held T, Guarnari M, Marasco C, Tosini P, Maj M. Burden on the families of patients with schizophrenia: Results of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1998, 33, 405-412.

Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C, Malangone C, Maj M. Family burden in long-term diseases: A comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Social Science & Medicine*, 2005, 61, 313-322.

Magliano L, Marasco C, Fiorillo A, Malangone C, Guarneri M, Maj M, and the Working Group of the Italian National Study on Families of Persons with Schizophrenia. The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatr Scand*, 2002, 106, 291-298.

Maldonado JG, Urizar AC, Kavanagh DJ. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2005, 40, 899-904.

Marshall TB, Solomon P. Releasing information to families of persons with severe mental illness: A survey of NAMI members. *Psychiatric services*, 2000, 51(8), 1006-1011.

20.12.2015, merriam-webster. <http://www.merriam-webster.com/>. (29.05.2016).

Marland GR, Cash K. Long term illness and patterns of medicine taking: are a people with schizophrenia a unique group? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2001, 8, 197-204.

Murray-Swank A, Glynn S, Cohen AN, Sherman M, Medoff DP, Fang LJ, Drapalski A, Dixon LB. Family contact, experience of family relationship, and views about family involvement in the treatment among va customers with serious mental illness. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 2007, 44(6), 801-812.

Nabeel AS, Abdulkareem A, Abdulhakeem A, Salah AQ, Heba M. Depressed patients' preferences for education about medications by pharmacist in Kuwait. *Patient Education and Counseling*, 2008, 72, 94-101.

Nasr T, Kausar R. Psychoeducation and the burden of schizophrenia: A randomized controlled trial. *Annals Of General Psychiatry*, 2009, 8-17.

- Östman M, Hansson L.** Appraisal of caregiving, burden and psychological distress in relatives of psychiatric inpatients. *European Psychiatry*, 2004, 19(7), 402-407.
- Özçelik EK.** Şizofreni hastalarında aile ortamı içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi, Yüksek Lisans Tezi, Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzincan, 2015, 73.
- Özlu A.** Şizofreni hastalarına bakım verenlerde yük ve travma sonrası gelişim ile ilgili özellikler, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kocaeli, 2007, 96.
- Özlu A, Yıldız M, Aker T.** Şizofreni hastalarına bakım verenlerde travma sonrası gelişim ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2010, 11, 89-94.
- Özmen E, Taşkın EO, Özmen D, Demet MM.** Hangi etiket daha damgalayıcı: Ruhsal hastalık mı? Akıl hastalığı mı? *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2004, 15(1), 47-55.
- Özşen PB.** Şizofren hastalarının yakınlarının şizofreniye yönelik bilgileri, inançları ve yardım arama davranışları, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, 2013, 104.
- Öztürk O, Uluşahin A.** Ruh sağlığı ve bozuklukları, 11. Baskı, 1, Tuna Matbaacılık, Ankara, 2008, 242-323.
- Özütek ZS.** Şizofrenide aile ve hasta arasındaki etkileşimin hastalık belirtileri ve yaşam kalitesi üzerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2005, 113.
- Özyiğit Ş, Savaş HA, Ersoy MA, Yüce S, Tutkun H, Sertbafl G.** Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye yönelik tutumları. *Yeni Symposium*, 2004, 42(3), 105-112.
- Papastavrou E, Charalambous A, Tsangari H, Karayiannis G.** The cost of caring: the relative with schizophrenia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2010, 24(4), 817-823.
- Payson AA, Wheeler K, Wellington AT.** Health teaching needs of clients with serious and persistent mental illness: Client and provider perspectives. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 1998, 36, 32-35.

Pazvantoğlu O, Sarısoy G, Bke , Aker AA, zturan DD, nverdi E. Şizofrenide bakım veren yknn boyutları: Hastaların iŐlevselliliđinin rol. *DŐnen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 2014, 27, 53-60.

Pektaş İ, Bilge A, Ersoy AM. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde epidemiyolojik alıŐmalar ve toplum ruh sağlığı hemŐireliliđinin rol. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006, 7, 43-48.

Perreault M, Katerelos TE, Tardif H, Pawluk N. Patients' perspectives on information received in outpatient psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2006, 13, 110-116.

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

Rammohan A, Subbakrishna DK. Religious coping and psychological wellbeing in carers of relatives with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2002, 105(5), 356-362.

Ran MS, Xiang MZ, Cecilia LWC. Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia: A randomised controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2003, 38, 69-75.

Reinchenberg A, Weiser M, Caspi A, Knobler HY, Lubin G, Harvey PD, Rabinowitz J, Davidson M. Premorbid intellectual functioning and risk of schizophrenia and spectrum disorders. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 2006, 28, 193-207.

Resmi Gazete-4857 Sayılı iş Kanunu. <http://iskanunu.com/images/dokuman/4857-sayili-is-kanunu-guncel-tam-metin-2012.pdf>. (17.07.2016).

Rodrigo C, Fernando T, Rajapakse S, Silva VD, Hanwella R. Caregiver strain and symptoms of depression among principal caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder in Sri Lanka. *International Journal of Mental Health Systems*, 2013, 7-2.

Roick C, Heider D, Bebbington PE, Angermeyer MC, Azorin JM, Brugha TS, Kilian R, Johnson S, Toumi M, Kornfeld A. Burden on caregivers of people with schizophrenia: Comparison between Germany and Britain. *The British Journal of Psychiatry*, 2007, 190(4), 333-338.

- Rose LE, Mallinson RK, Gerson LD.** Mastery, burden, and areas of concern among family caregivers of mentally ill persons. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2006, 20(1), 41-51.
- Rowlands P.** The challenge of implementation, advances in psychiatric treatment. *The NICE Schizophrenia Guidelines*, 2004, 10, 403-412.
- Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Ögel K.** Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001, 12(2), 99-110.
- Sales E.** Family burden and quality of life. *Quality of Life Research*, 2003, 12(1), 33-41.
- Saunders JC.** Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 2003, 24, 175-198.
- Saylan M, Üçok A, Uguz Ş, Treuer T, Sir A.** Şizofreni hastalarında sosyal sınıf analizi: 12 haftalık tedaviden sonra psikopatolojideki değişim. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2009, 19, 29-38.
- Schene AH.** Objective and subjective dimensions of family burden. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1990, 25, 289-297.
- Schene H, Wijgaarden B, Koeter M.** Family caregiving in schizophrenia: Domains and distress. *Schizophrenia Bulletin*, 1998, 24(4), 609-618.
- Schenk PA, Lippincott RC, Bennett C, Steigman PJ.** Improving knowledge about mental illness through family-led education: The journey of hope. *Psychiatry Services*, 2008, 59, 49-56.
- Schulz R, Sherwood PR.** Physical and mental health effects of family caregiving. *American Journal of Nursing*, 2008, 108(9Suppl), 23-27.
- Schumacher KL, Stewart BL, Archbold PG, Caparro M, Mutale F, Agrawal S.** Effects of caregiving demand, mutuality, and preparedness on family caregiver outcomes during cancer treatment. *Oncol Nurs Forum*, 2008, 35(1), 49-56.
- Sevinçok L.** Şizofrenide psikososyal tedaviler. *Şizofreni dizisi*, 2000, 1, 72-80.
- Shibre T, Kebede D, Alem A, Negash A, Deyassa N, Fekadu A, Fekadu D, Jacobsson L, Kullgren G.** Schizophrenia: illness impact on family members in a traditional society-rural Ethiopia. *Social Psychiatry Psychiatry Epidemiology*, 2003, 38, 27-34.

Silver JH, Wellman N. Family caregiver training is needed to improve outcomes for older adults using home care technologies. *J Am Diet Assoc*, 2002, 102, 831- 836.

Sofuoğlu S. Şizofrenide klasik antipsikotiklerle tedavi. *Şizofreni Dizisi*, 2000, 1, 45- 57.

Soygür H, Çelikel B, Aydemir Ç, Bozkurt S. Hasta yakınları ile gerçekleştirilen psikodrama yönelimli destekleyici-eğitici grup psikoterapisinin kronik şizofreni gidişi üzerinde etkisi: 1 yıllık izleme çalışması. *Düşünen Adam*, 1998, 11(4), 5-11.

Soygür H. Şizofreni tedavisine genel bir bakış. *Psikiyatri Dünyası*, 1999, 3, 83-90.

Soygür H, Aybaş M, Hınçal G, Aydemir Ç. Şizofreni hastaları için yaşam niteliği ölçeği, güvenilirlik ve yapısal geçerlik çalışması. *Düşünen Adam Dergisi*, 2000, 13, 204-210.

Svanum HA, Lafuze JE, Barrickman PJ, Dusen CV, Loy JF. Educational needs of families of mentally ill adults. *Psychiatric Services*, 1997, 48(8), 1072-1074.

Szmukler G. From family ‘burden’ to caregiving. *Psychiatr Bulletin*, 1996, 20, 449-451.

Şahin MV. Şizofreni: Klinik özellikler, tanı, ayırıcı tanı. *Psikiyatri Dünyası*, 1999, 3, 72-78.

Şengün F. Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2007, 78.

Talwar P, Matheiken ST. Caregivers in schizophrenia: A cross cultural perspective. *Indian J Psychol Med*, 2010, 32(1), 29-33.

Tanrıverdi D. Şizofreni hastalarının bakım vericilerine verilen psikoğitimin bakım yüküne etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2008, 65.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023), Ankara, 2011, 2-110.

05.01.2012. Türk Dil Kurumu (TDK). <http://www.tdk.gov.tr/> (29.05.2016).

(Güncelleme Tarihi: 2012). T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu. Genel Sağlık Sigortası. www.sgk.gov.tr. (Erişim: 30.05.2016).

Tel H, Atay C, Seis D, Palas F. Şizofren hastaların primer bakım vericilerinde bakım yükü ve depresyon. II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 234-235, 4-7 Ekim 2012, Erzurum.

Tel H, Terakye G. Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoeğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2000, 1(3), 133- 142.

Tel H, Saraç B, Günaydın Y, Medik K, Doğan S. Psikiyatrik hastalık tanılı hastaların primer bakım vericilerinin sosyal destek durumunun belirlenmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi (Journal of Psychiatric Nursing)*, 2010, 1(3), 103-107.

Telles C, Karno M, Mintz J, PazG, Arias M, Tucker D, Lopez S. İmmigrant families coping with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 1995, 167, 473-479.

Tennakoon L, Fannon D, Doku V, O’Ceallaigh S, Sani V, Santamaria M, Kuipers E, Sharma T. Experience of caregiving: Relatives of people experiencing a first episode of psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 2000, 177, 529-533.

Terschinsky U. Living with schizophrenia: The family illness experience. *Issues in Mental Health Nursing*, 2000, 21(4), 387-396.

(2016) Türkiye İstatistik Kurumu, <http://www.tuik.gov.tr> (30.05.2016).

(2010) Türkiye İstatistik Kurumu, <http://www.tuik.gov.tr> (08.06.2016).

Trigoboff E. Schizophrenia and other psychotic disorders. In: Contemporary Psychiatric-Mental Health Nursing, Second Edition, Kneisl CR, Trigoboff E (Edt), the USA, 2009, 370-403.

Tsuang M. Schizophrenia: Genes and environment. *Biological Psychiatry*, 2000, 47, 210-220.

Ukpong D. Demographic factors and clinical correlates of burden and distress in relatives of services users experiencing schizophrenia: A study from south-western Nigeria. *Int. J. Ment. Health Nurs*, 2006, 15, 54–59.

Ukpong D. Şizofreni hastalarına bakım veren Nijeryalılar arasında yük ve ruhsal sıkıntı: Pozitif ve negatif semptomların rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2012, 23, 1-6.

Umuroğlu İ, Perçin Ü, Tilki E. Rusihak ihtiyaç analizi. In: Toplum İçinde Yaşamak Herkesin Hakkı: Zihinsel ve Ruhsal Rahatsızlığı Olan Kişiler İçin Toplum Temelli Hizmetler. Dağıdır FZ (Edt), Karika Matbaacılık, İstanbul, 2010, s 46-50. <http://docplayer.biz.tr/2526191> (Erişim Tarihi: 09.05.2016).

Urizar AC, Gutiérrez-Maldonado JG, García MF, Salazar CP, Araya DR, Peralta AC. Attitudes and burden in relatives of patients with schizophrenia in a middle income country. *BMC FamilyPractice*, 2011, 12,101.

Urizar AC, Maldonado JG. Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 2006, 15, 719–724.

Urizar AC, Urzua A, Jamett PR, Irrarrazaval M. Objective and subjective burden in relatives of patients with schizophrenia and its influence on care relationships in Chile. *Psychiatry Research*, 2016, 237, 361-365.

Uzun Ö, Battal S. Şizofreni. In: Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri. (2nd ed.), Çev. Aydın H, Bozkurt A(Edt), Güneş Kitabevi, Ankara, 2005, s 134-153.

Üçok A. Şizofreni: Damga, mitler ve gerçekler. *Psikiyatri Dünyası*, 1999, 3, 67-71.

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

Wolthaus JE, Dingemans PM, Schene AH, Linszen DH, Wiersma D, Bosch VDRJ, Cahn W, Hijman R. Caregiver burden in recent-onset schizophrenia and spectrum disorders: the influences of symptoms and personality traits. *J Nev Ment Dis*, 2002, 190, 241-247.

Wong DFK. Stress factors and mental health of carers with relatives suffering from schizophrenia in Hong Kong: implications for culturally sensitive practices. *British Journal of Social Work*, 2000, 30, 365-382.

World Health Organization. The World Health report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Burden of Mental Health and Behavioral Disorders. 2001; Chapter 2. www.who.int/whr/2001.(29.05.2016).

World Health Organization. The World Health Report 2006. Working Together for Health. http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf (29.05.2016).

Winefield HR, Harvey EJ. Needs of family caregivers in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1994, 20(3), 557-566.

Yavuz R. Şizofreni. In: Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar, Uğur M, Balcıoğlu İ, Kocabaşoğlu N (Edt), Cemre Ofset, İstanbul, 2008, s 49- 58.

Yedidia MJ, Tiedeman A. How do families describe their needs for professional help? *American Journal of Nursing*, 2008, 108(9), 35-37.

Yıldırım A. Psikoeğitimsel yaklaşımın ve izleme çalışmasının şizofreni tanılı hasta ailelerinin aile işlevleri ve hastaların sosyal destek düzeylerine etkisi, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2007, 97.

Yıldırım A, Ekinci M. Ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının ailelerinin aile işlevleri, hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2010, 11, 195-205.

Yıldız M. Psikiyatrik rehabilitasyonun felsefesi. Bireyden Topluma Ruh Sağlığı, Sayı I (Edt), Erler Matbaacılık, İstanbul, 2004, s 151-164.

Yıldız M. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD. psikiyatrik rehabilitasyon birimi gündüz hastanesi uygulaması: Bir ilk deneme değerlendirmesi. *Psikiyatrik Rehabilitasyon Bülteni*, 2005a, 1 (1), 1-19.

Yıldız M. Şizofrenili hastaların ayaktan tedavisinde ruhsal ve toplumsal girişimler nedengerekli ve nasıl uygulanabilir. In: Neden Nasıl Şizofreni, Candansayar S (Edt), PedayYayıncılık, Ankara, 2005b, 237-268.

Yıldız M, Özten E, Işık S, Özyıldırım İ, Karayün D, Cerit C, Üçok A. Şizofreni hastaları, hasta yakınları ve majör depresif bozukluk hastalarında kendini damgalama. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 2012, 13, 1-7.

Yıldız M, Yazıcı A, Böke Ö. Şizofrenide nüfus ve klinik özellikler: Çok merkezli kesitsel bir olgu kayıt çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010, 1-12.

Yılmaz E. Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın tedaviye uyuma etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2012, 60.

Yılmaz S. Şizofreni tanılı hasta ve ailelerin eğitim gereksinimleri, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2011, 154.

Yurtsever ÜE, Kutlar T, Tarlacı N, Kamberyan K, YAMAN M. Ruh hastalıkları tedavisinde psikososyal bir boyut: Psikoeğitimsel bir model. *Düşünen Adam*, 2001, 14(1) 33-40.

Yusuf AJ, Nuhu FT. Factors associated with emotional distress among caregivers of patients with schizophrenia in Katsina, Nigeria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2011, 46, 11-16.

Young RR. Support groups for relatives of people living with a serious mental illness: An overview. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 2001, 5, 147-168.

Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar, 2. Baskı, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 2001, 257-302.

Zahid MA, Ohaeri JU. Relationship of family caregiver burden with quality of care and psychopathology in a sample Arab subject with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 2010, 10, 71.



8. EKLER

EK-I

ANKET FORMU

Bu çalışma “*Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hastalığa İlişkin Gereksinimleri ve Bakım Yüküne Etkisi*”ni belirlemek amacı ile planlanmıştır. Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten kişiye uygulama sırasında veya sonrasında aşağıda verilen e-posta veya telefonla sorabilirsiniz. İsminizi belirtmenize gerek yoktur. Çalışma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen tüm soruları yanıtlamaya ve ankete ilişkin görüş ya da sorularınızı anketi cevapladıktan sonra yöneltmeye özen gösteriniz. *Bu ankette verilecek yanıtlar, isim ve kişisel bilgiler, bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde kesinlikle gizli tutulacaktır.*

Katılımınız için şimdiden teşekkür ederim.

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ruh sağlığı Hastalıkları ve Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Nesrin ÇUNKUŞ

A- ŞİZOFRENİ HASTASINA İLİŞKİN TANITICI BİLGİ FORMU:

1. Cinsiyet.....
2. Eğitim Durumu:.....
3. Yaş:.....
4. Medeni durumu: () Bekar () Evli () Boşanmış () Ayrı yaşıyor
5. Çalışma durumu: () Çalışmıyor () Çalışıyor (İşini belirtiniz):.....
6. Sosyal güvencesi: () Yok () Var
7. Hastaneye yatış sıklığı: () Yılda 1 kez () Yılda 2 kez () Yılda 3 kez () Yılda 4 kez ve üzeri
8. Hastanın ilaçlarını alma durumu: () Alıyor () Almıyor () Diğer.....
9. Hastanın kendi gereksinimlerini karşılama durumu:
() Her zaman kendi karşılar () Ara sıra bizim desteğimizi ister () Hep biz yaparız
10. Hasta kaç yıldır şizofreni tanısıyla izleniyor?.....(Ay/Yıl)

B- PRİMER BAKIM VERİCİYE İLİŞKİN TANITICI BİLGİ FORMU:

11. Yaşınız:.....
12. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
13. Yakınlık derecesi:.....

14. Yaşadığınız Yer: () İl () İlçe () Kasaba () Köy
15. Aile tipiniz: () Çekirdek aile () Tek ebeveynli () Geniş aile () Parçalanmış aile
16. Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar () Boşanmış () Ayrı Yaşıyor
17. Eğitim durumunuz: () Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul
() Lise () Üniversite ve üzeri
18. Mesleki Durumunuz: () Çalışmıyor () İşçi () Esnaf () Tüccar (Ticaret Sahibi)
() Ev hanımı () Memur () Diğer (Açıklayınız).....
19. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?:
() Gelir giderden az () Gelir gidere denk () Gelir giderden fazla
20. Sosyal güvencesi: () Yok () Var
21. Hastanız için devletten özürlü maaşı alıyor musunuz? () Hayır () Evet
22. Hastanızla aynı evde mi yaşıyorsunuz? () Hayır () Evet
23. Hastanıza kaç aydır/yıldır bakıyorsunuz?
24. Hastanızın aileye ekonomik katkısı nedir? () Hiç () Kısmen () Giderler onun maaşından karşılanmaktadır.
25. Hastanın bakımı konusunda size destek olan birileri var mı? () Hayır () Evet
26. Hastanız dışında başka bir bireye bakım veriyor musunuz?
() Hayır () Evet
27. Hastanın hastalığı ailedeki bireylerin günlük yaşamını engelliyor mu? () Hayır () Evet
28. Genel olarak sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?
() Çok kötü () Kötü () Orta () İyi () Çok iyi
29. Herhangi bir fiziksel veya kronik bir hastalığınız var mı?
() Hayır () Evet
30. Herhangi bir ruhsal hastalığınız var mı? (Hayırsa 32. soruya geçin.)
() Hayır () Evet
31. Cevabınız evetse herhangi bir tedavi alıyor musunuz? () Hayır () Evet
32. Hastanın bakımında en çok hangi konularda güçlük çekmektedir? (Açıklayınız)
.....
.....

33. Aşağıdakilerden hangisi/hangileri hastanızın bakım sürecinde en çok ihtiyaç duyduğunuz gereksinimlerdir? (Birden çok şık işaretleyebilirsiniz.)

- Şizofrenide ilaç tedavisi ve yan etkileri Şizofrenide uygulanan psikososyal tedavi yöntemleri
 Şizofreni belirtileriyle baş etme Hastanızın yaşantısıyla ilgili beceriler (tuvalet,
 İlaç Eğitimi banyo, odasını toplama vb.)
 Şizofrenide erken uyarıcı belirtiler Hastanın boş zaman aktivitelerini planlama
 Şizofreniyle ilgili özel grup ve dernekler Ev yaşamına katkısı (fatura ödeme, yemek pişirme,
 İletişim becerileri alışveriş, temizlik yapma vb.)
 Stresle baş etme Diğer (Açıklayınız).....
 Şizofreni hastalarının yasal hakları

34. Hastanıza bakım vermek için herhangi bir eğitim aldınız mı?

- Hayır Evet

35. Hastanızla ilgili eğitimi hangi kaynaklardan tercih edersiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):

- Sağlık personeli (doktor/hemşire) tarafından bana anlatılmasını isterim
 Bilgilerin yazılı olarak (dergi, broşür vb.) bana verilmesini isterim
 Bilgilerin görsel kaynaklar aracılığıyla (video, film vb.) bana verilmesini isterim
 İnternet aracılığıyla almak isterim
 Görerek/yaparak öğrenmek isterim
 Başka hasta yakınlarıyla tanışmak, görüşmek ve onların deneyimlerinden yararlanmak isterim
 Diğer

36. Baktığınız kişinin öz-bakım yeteneği nedir?

0= Bağımsız 1= Başkalarının yardımı ile 2= Tamamen bağımlı

	0	1	2
Yeme/İçme			
Banyo/ Yıkanma			
Alışveriş			
Yemek Pişirme			
Boş zaman değerlendirme aktiviteleri/ faaliyetler			

EK-II**BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ**

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

0: Hiçbir zaman 1: Nadiren 2: Bazen 3: Oldukça sık 4: Hemen her zaman anlamına gelmektedir.

		HİÇBİR ZAMAN	NADİREN	BAZEN	OLDUKÇA SIK	HEMEN HER ZAMAN
1	Yakınınızın, ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
2	Yakınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
3	Yakınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
4	Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?	0	1	2	3	4
5	Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
6	Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarımızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilendiğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
7	Geleceğin yakınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?	0	1	2	3	4
8	Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
9	Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
10	Yakınınzla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4

11	Yakınızı nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
12	Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
13	Yakınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
14	Yakınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
15	Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
16	Yakınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
17	Yakınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
18	Yakınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?	0	1	2	3	4
19	Yakınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?	0	1	2	3	4
20	Yakınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
21	Yakınızın bakımında yapabileceğinizin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
22	Yakınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?	0	1	2	3	4

EK-III

Bakım Verme Yüğü Ölçeği Kullanma İzni

15.06.2016

Re: Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeği - nesrin çunkuş

Re: Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeği

hemel@pau.edu.tr

21.9.2014 (Paz) 18:53

Kime: nesrin çunkuş <nesrin_cunkus89@hotmail.com>;

nesrin hanım bakım verme yüğü ölçeğini Sjöfreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Gereksinimleri, Karşlanma Düzeyleri ve Bakım Yüğüne Etkisi isimli yüksek lisans tezinizde kullanabilirsiniz...

Fadime Hatice İNCİ
Pamukkale Üniversitesi
Denizli Sağlık Yüksekokulu
Denizli/TÜRKİYE

EK-IV Pamukkale Üniversitesi Rektörlüğü'ne İzin Yazısı



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Sayı :31906847/605.01
Konu :Nesrin ÇUNKUŞ'un çalışması

03.11.2014* 6850

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nesrin ÇUNKUŞ tarafından "Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hastalığa İlişkin Gereksinimleri ve Bakım Yüküne Etkisi" konulu tez çalışması kapsamında 2014-2015 eğitim öğretim döneminde Üniversiteniz Sağlık, Araştırma ve Uygulama Merkezi Psikiyatri Kliniği ve Polikliniğinde uygulama yapılması planlanmaktadır.

Bilgilerinizi ve gerekli iznin verilmesini arz ederim.


Prof.Dr.Mustafa BİRİNCİOĞLU
Rektör

EKLER:
-Tez Öneri Formu
-Anket Formu

Merkez Kampus Aytepe Mevkii 09010 AYDIN
Telefon: 0 (256) 218 20 00-1292
e-posta: yaziisleri@adu.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat:F.KATILMIŞ
Faks: 0 (256) 214 66 87
Elektronik Ağ: www.adu.edu.tr

**EK-V Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Psikiyatri
Anabilim Dalı İzin Formu**



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Genel Sekreterlik



Sayı :27848278-044/
Konu :Anket İzni (Nesrin ÇUNKUŞ)

Evrak Tarih ve Sayısı: 12/11/2014-24531

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi :03/11/2014 tarih ve 31906847/605.01-6850 sayılı yazınız.

İlgi yazınız gereği; Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nesrin ÇUNKUŞ'un, "Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hastalığa İlişkin Gereksinimleri ve Bakım Yüküne Etkisi" konulu tez çalışması kapsamında, Üniversitemiz Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde anket uygulama isteği, Rektörlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Selahittin ÖZÇELİK
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

BELGENİN ASLI
ELEKTRONİK İMZALIDIR

12 KASIM 2014

Canan ÖGEL
Bilgisayar İşletmeni

Evrak Doğrulamak İçin : <http://dys.pau.edu.tr/enVision/Dogrula/NDJTCZ>

Kınıklı Kampüsü 20160/DENİZLİ

Tel: 0 258 296 20 61

E-Posta:

Ayrıntılı bilgi için irtibat : CANAN ÖGEL

Faks: 0 (258) 0

Elektronik Ağ:<http://www.pau.edu.tr/genelsekreterlik/tr>



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-VI Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı : 56989545/050.04-315
Konu : Çalışmanız hk.

28.11.2014
AYDIN

Sayın, Doç.Dr. Hülya ARSLANTAŞ
ADÜ ASYO/Hemşirelik Bölümü
Ruh Sağ. ve Hast. Hemş. AD

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27.11.2014 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 15 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Nefati KIYLIOĞLU
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

KARAR 15

Protokol No : 2014/471
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr. Hülya ARSLANTAŞ
ADÜ ASYO/Hemşirelik Bölümü
Ruh Sağ. ve Hast. Hemş. AD

ADÜ/Aydın Sağlık Yüksekokulu/ Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Hülya “Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin hastalığa ilişkin gereksinimleri ve bakım yüküne etkisi” konulu çalışmasının 13.11.2014 tarihli kurul kararında istenilen bilgilerin/belgelerin gelmesi şartıyla onay verilmişti. 21.11.2014 tarihli gelen dilekçesi ve eklerinden, belge düzeltilmesi ve kurum izni yazısının geldiği ve dosyaya konulduğu görülmüştür.

Sonuçta klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Ancak çalışmanın destekleyicisi olan ADÜBAP başvurusu bütçe onayının (hizmet sözleşmesinin) dosyaya konulmak üzere gelmesi şartı devam etmektedir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 11.1.'in son bölümünde taahhüt edilen **çalışma bittikten sonra nihai raporun**, [Sonuç Raporu (web'te) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adres: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü – Kepez Mevkii- AYDIN
Tel: 256- 225 31 66
Faks : 256-212 31 69
Web : <http://www.site.adu.edu.tr/etikkurulu/goek/> e-posta: goetik@adu.edu.tr

9. ÖZGEÇMİŞ

1. **Adı Soyadı:** Nesrin ÇUNKUŞ

2. **Doğum Tarihi:** 07/10/1989 **Doğum Yeri:** DENİZLİ

3. **Öğrenim Durumu:** Yüksek Lisans

Derece	Bölüm	Program	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Afyon Kocatepe Üniversitesi	2008-2012
Yüksek Lisans	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2013-2016

Yüksek Lisans Tez Başlığı: Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hastalığa İlişkin Gereksinimleri ve Bakım Yüküne Etkisi

Tez Danışman: Doç. Dr. Hülya ARSLANTAŞ

Görev Ünvanı	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi	2012-halen devam ediyor

Bilimsel Kuruluşlara Üyelikler:

Psikiyatri Hemşireleri Derneği

ESERLER:

Çunkuş N, Karaatlı P, Adana F, Arslantaş H, Hemşirelik bölümü öğrencilerinde depresif belirtiler ve umutsuzluk düzeyi ile ilişkili faktörler. III. Uluslararası ve VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Poster Bildiri, 1-3 Eylül 2014, Ankara.