



T.C.

**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ŞİZOFREN HASTALARIN AİLE ÜYELERİNİN ALGILANAN
AİLE YÜKÜNÜN VE YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ**

BİRNUR YEŞİLDAĞ BAYRAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. HAVVA TEL**

SİVAS

2013

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24/09/2008 tarihli ve 009 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

Bu Tez Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Başkanlığı tarafından SBF-025 numaralı çalışma olarak desteklenmiştir.

ÖZET
ŞİZOFREN HASTALARIN AİLE ÜYELERİNİN ALGILANAN AİLE YÜKÜNÜN
VE YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ

Birnur YEŞİLDAĞ BAYRAK

Yüksek Lisans Tezi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Havva TEL

2013, 86 sayfa

Bu araştırma şizofren hastaların aile üyelerinin algılanan aile yükü ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın 01.07.2012-30.09.2012 tarihleri arasında Sivas Toplum Ruh Sağlığı Merkezine başvuran örneklem kriterlerini karşılayan 70 şizofren hastanın bakımından sorumlu 140 hasta yakını ile yapılmıştır. Araştırma verileri Sosyodemografik bilgi formu, Algılanan Aile Yükü Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılım, Mann Whitney U, Kruskal-Wallis Varyans analizi testi ve Pearson Korelasyon analizi testleri kullanılmıştır.

Hasta yakınlarında algılanan aile yükü puanları ile yaşam kalitesinin ruhsal alan ve çevresel alan puanları arasında anlamlı zayıf negatif bir ilişki olduğu ($p<0.05$), hasta yakınlarında algılanan aile yükü puanları arttıkça ruhsal ve çevresel alan puanının azaldığı belirlenmiştir Hasta yakınının yaşı ve hastaya bakım verme süresi ile yaşam kalitesi ve algılanan aile yükü arasında anlamlı negatif yönde bir ilişki olduğu ($p<0.05$), hasta yakınının yaşı ve hastaya bakım verme süresi arttıkça yaşam kalitesi puanının azaldığı, bakım verenin yaşı arttıkça subjektif algılanan aile yükü ve toplam yük algısı puanının azaldığı saptanmıştır ($p<0.05$).

Hasta yakınlarının meslek, ailede yaşayan başka hasta olması, hastaya yakınlık durumu, hastanın bakımında destek almama nedenine, hastanın ilaç tedavisini sürdürme durumuna göre aile yükü ve yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Hasta yakınlarının yaş grubu, cinsiyet, medeni durum, aile yapısı, ailede yaşayan birey sayısı, ailede yaşlı birey olması, hastaya bakım verme süresi, hasta bakımında

destek alma durumuna göre yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Şizofren hasta yakınlarının algıladığı aile yükü yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Hasta yakınlarının bakım yükünün azaltılmasına yönelik planlamaların yapılması ve desteklenmesi onların yaşam kalitesinin sürdürülmesine katkı sağlayacaktır.

Anahtar sözcükler: Şizofreni, Aile Yüğü, Yaşam Kalitesi, Psikiyatri Hemşiresi, Bakım Verici

ABSTRACT

EVALUATING THE PERCEIVED BURDEN OF CARE AND THE QUALITY OF LIFE AMONG FAMILY MEMBERS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Birnur YEŞİLDAĞ BAYRAK

Master Thesis, Department of Psychiatric Nursing

Supervisor: Doç. Dr. Havva TEL

2013, 86 pages

This study of family members of patients with schizophrenia perceived family burden and quality of life is a descriptive study to determine. Sivas between 01.07.2012-30.09.2012 of Scientific Research Community Mental Health Center meets the criteria applied to the sample of 70 patients with schizophrenia were made responsible for the care of 140 patients with relatives. Research data sociodemographic questionnaire, the Perceived Family Burden Scale and World Health Organization Quality of Life Questionnaire-Short Form, Turkish Version (WHOQOL-BREF TR) were used. In evaluating the data, percentage distributions, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis analysis of variance test and Pearson's correlation tests were used for analysis.

Patients near the perceived family burden scores and quality of life, mental, environmental domain scores significant negative correlation ($p < 0.05$), patients near the perceived family burden scores increased mental and environmental domain scores decreased was determined that the patients' relatives, the age of the patient and experienced a period of quality of life and perceived family burden significantly negative relationship ($p < 0.05$), patients 'relatives, the age of the patient care giving time increases quality of life scores decreased, caregivers' age increases, subjectively perceived family burden and the total load perception scores were significantly decreased ($p < 0.05$).

Relatives of patients occupation, family living in the other to be patient, patient proximity condition, the patient's care to accept any support to the cause of the patient's drug therapy to maintain status by the family burden and quality of life scores between the statistically significant difference was determined ($p < 0.05$).

Relatives of patients age group, gender, marital status, family structure, family living in the number of individuals, families, elderly individuals to be patient caregiving time in patient care receive support according to the state of quality of life scores between the statistically significant difference was detected ($p < 0.05$).

Perceived negative impact on the quality of life burden of relatives of patients with schizophrenia. And to plan for the reduction of the burden of care and support for relatives of patients they will contribute to the maintenance of the quality of life.

Key Words: Schizophrenia, Family Burden, Quality of Life, Psychiatric Nurse, Caregivers

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın başından sonuna kadar desteğini ve bilgisini esirgemeyen, bu tezin yürütülmesinde beni yönlendiren ve araştırmam boyunca her türlü desteği sağlayan değerli hocam ve danışmanım Sayın Doç. Dr. Havva TEL'e,

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

Ayrıca, tüm hayatım boyunca sevgi ve desteklerini her zaman yanımda hissettiğim aileme sonsuz sevgi ve şükranlarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ VE PROBLEMİN TANIMI.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Şizofreni.....	5
2.1.1. Şizofreni Belirti ve Bulguları.....	6
2.1.2. Şizofreni Tipleri ve Özellikleri.....	8
2.1.3. Şizofreni Prognozu.....	9
2.1.4. Şizofreni Tedavisi.....	10
2.2. Şizofreninin Aile Üzerine Etkileri ve Algılanan Aile Yüğü.....	11
2.3. Şizofren Hastaların Bakım Vericilerinde Yaşam Kalitesi.....	15
2.4. Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri.....	17
2.4.1. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri.....	19
2.4.2. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği.....	22
3. ARAŞTIRMANIN GEREÇ VE YÖNTEMİ.....	26
3.1. Araştırmanın Türü.....	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	26
3.4. Veri Toplama Yöntemi.....	27
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	27
3.4.2. Algılanan Aile Yüğü Ölçeği.....	27
3.4.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu.....	28
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu.....	29
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA.....	56
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	64
KAYNAKLAR.....	68
EKLER.....	76
ÖZGEÇMİŞ.....	86

TABLolar

Tablo 1.	Hastaların sosyo-demografik özellikleri ve hastalık süreci ile ilgili bilgiler..	30
Tablo 2.	Hasta Yakınlarının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Hastalık Süreci İle İlgili Bilgiler	32
Tablo 3.	Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitesi ve Algılanan Aile Yüğü Puanları.....	35
Tablo 4.	Hasta Yakınlarının Mesleklerine Göre Algılanan Aile Yüğü Puanları.....	36
Tablo 5.	Ailede Başka Sağlık Sorunu Olan Birey Olma Durumuna Göre Bakım Vericilerin Algılanan Aile Yüğü Puanları.....	37
Tablo 6.	Aile Üyelerinin Hastaya Yakınlık Durumuna Göre Algılanan Aile Yüğü Puanları.....	38
Tablo 7.	Hasta Yakınlarının Hastanın Bakımında Destek Almama Nedenine Göre Algılanan Aile Yüğü Puanları.....	39
Tablo 8.	Hasta Yakınlarına Göre Hastanın İlaç Tedavisini Sürdürme Durumu Algılanan Aile Yüğü Puanları.....	40
Tablo 9.	Hasta Yakınlarının Yaş Grubuna Göre Yaşam Kalitesi Puanları.....	41
Tablo 10.	Hasta Yakınlarının Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Puanları.....	42
Tablo 11.	Hasta Yakınlarının Medeni Duruma Göre Yaşam Kalitesi Puanları.....	43
Tablo 12.	Hasta Yakınlarının Mesleklerine Göre Yaşam Kalitesi Puanları.....	44
Tablo 13.	Hasta Yakınlarının Aile Yapısına Göre Yaşam Kalitesi Puanları.....	45
Tablo 14.	Aile Üyelerinin Ailede Yaşayan Birey Sayısına Göre Yaşam Kalitesi Puanları.....	46
Tablo 15.	Hasta Yakınlarının Ailede Yaşlı Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puanları.....	47
Tablo 16.	Ailede Başka Sağlık Sorunu Olan Birey Olma Durumuna Göre Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi Puanları	48
Tablo 17.	Aile Üyelerinin Hastaya Yakınlık Durumu Göre Yaşam Kalitesi Puanları....	49
Tablo 18.	Bakım Verme Süresine Göre Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi Puanları.....	50
Tablo 19.	Hasta Yakınlarının Hastanın Bakımında Destek Alma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puanı.....	51
Tablo 20.	Hasta Yakınlarının Hastanın Bakımında Destek Almama Nedenine Göre Yaşam Kalitesi Puanları.....	52
Tablo 21.	Hastanın İlaç Tedavisini Sürdürme Durumu Yaşam Kalitesi Puanları.....	53
Tablo 22.	Algılanan Aile Yüğü ve Yaşam Kalitesi İlişkisi.....	54
Tablo 23.	Hasta Yakınının Yaşı ve Hastayla Yaşanılan Süre ile Algılanan Aile Yüğü ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.....	55

1. GİRİŞ VE PROBLEMİN TANIMI

Şizofreni, bireyin duygu, düşünce ve davranışlarını önemli ölçüde etkileyen, birey ve ailesinin yaşamında değişikliklere yol açan, remisyon ve relapslarla karakterize kronik ruhsal bir hastalıktır (Soygür ve ark., 2000; Öztürk ve Uluşahin, 2008). Şizofreni genellikle 15-45 yaşlarda olmak üzere her toplumda ve her sosyo-ekonomik düzeyde görülmektedir. Şizofreninin tüm dünyada 15-45 yaş arası nüfusta görülme oranı %1'dir (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Yapılan çalışmalarda şizofreninin yaşam boyu prevalansı Finlandiya'da % 0.87 (Perala ve ark., 2007), Türkiye'de %0 8.9 (Binbay ve ark., 2011) olarak saptanmıştır. Ruhsal hastalıklar arasında şizofreni psikiyatri kliniklerine yatışların yaklaşık %50'sini oluşturmakta ve önemli yeti yitimine yol açmaktadır. Türkiye'de yaşam yılına uyarlanmış yeti kaybına yol açan hastalıklar arasında şizofreni dokuzuncu sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2006).

Şizofren hastalarda sıklıkla içe kapanma, işlevsellikte önemli derecede bozulma, sanrı, varsanı, dezorganize konuşma, katatoni gibi pozitif belirtiler ile duygusal küntlük, sosyal içe çekilme, konuşmada zorlanma, inisiyatif kaybı, yaygın bilişsel bozukluk gibi negatif belirtiler görülür (Soygür ve ark., 2000; Öztürk ve Uluşahin, 2008). Şizofren hastalar hastalığın belirtilerine bağlı olarak; tedaviye uyumsuzluk, aile içi sorunlar, sosyal ve çalışma hayatında olumsuzluklar, ekonomik sorunlar, damgalanma, özbakım yetersizliği, sosyal izolasyon ve depresyon gibi çeşitli güçlükler yaşamaktadır (Magliano ve ark., 2000; Gümüş, 2006a; Navidian ve ark., 2012).

Şizofreni hasta bireyi olduğu kadar yakın çevresini hatta içinde yaşadığı toplumun tümünü etkileyen bir hastalıktır (Arslantaş ve ark., 2011). Şizofreninin ilerleyici ve yetiyitimine yol açan bir hastalık olması şizofren bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede çevresindekilerin yardım ve bakımına bağımlılığını artırmaktadır. Şizofreni tedavisinin genellikle ayaktan takip ve ilaç tedavisi ağırlıklı olarak sürdürülmesi hasta ailelerini hastaların bakımında birinci derecede sorumlu konuma getirmiştir (Gümüş, 2006a). Bu nedenle şizofren hastaların bakımı genellikle birinci derece akrabaları tarafından yürütülmektedir. Şizofren hastaların bakım vericilerinin büyük çoğunlukla kadınlar, sıklıkla da anneler olduğu belirtilmektedir (Arslantaş ve Adana, 2011).

Şizofren hastaya bakmak aileye sürekli sıkıntı verir ve ailenin kaynaklarını tüketir. Aile üyeleri bireyin sorun ve gereksinimlerine odaklandıkları için çevresindeki diğer bireylerle ilişkilerini sürdürmek için enerji ve zaman bulamayabilirler. Şizofren hastaya bakmak bakım verenler için psikolojik ve sosyokültürel yük haline gelebilmektedir (Teasdole, 1986; Aydın ve ark., 2009). Yük kavramı, hasta bir aile üyesi ile yaşamaktan dolayı ailenin günlük yaşamında karşılaştığı zorluklar, yaşamlarını etkileyen sorunlar, olumsuz olaylar gibi bozukluğun aile üzerindeki etkisini tanımlamakta, nesnel yük ve öznel yük olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır (Shibre ve ark., 2003). Nesnel yük hastanın rahatsız edici davranışları veya hastalığın yol açtığı ekonomik sorunlar, günlük yaşamdaki kısıtlamalar, aile üyelerinin beden ve ruh sağlığındaki olumsuz etkiler gibi aile yükünün gözlenebilir ve doğrulanabilir yönünü belirtmektedir. Öznel yük ise bu zorlukların aile üyelerini hangi ölçüde rahatsız ettiğini tanımlamaktadır (Arslantaş ve Adana, 2012).

Bakım verme zor ve bakım verene ağır yükler getiren bir süreçtir. Hastalık belirtilerinin şiddetiyle bakım verenlerin yükü arasında yakın bir ilişki olduğu, öznel yük duygusunun şizofreninin pozitif ve negatif belirtilerin şiddetiyle, nesnel yük duygusunun ise sadece negatif belirtilerin şiddetiyle ilgili olduğu belirtilmektedir (Gülseren, 2002; Awad and Voruganti, 2008; Gülseren ve ark., 2010; Arslantaş ve ark., 2011; Arslantaş ve Adana, 2012;). Bazı çalışmalarda pozitif belirtilerin bakım yüküne daha fazla neden olduğu (Gülseren ve ark., 2010; Papastavrou ve ark., 2010), bazı çalışmalarda ise hem pozitif hem de negatif belirtilerin yüke daha fazla neden olduklarını belirlenmiştir (Gülseren ve ark., 2010; Atagün ve ark., 2011). Şizofren hasta yakınlarının bakım yükünü etkileyen faktörlerle ilgili çalışmalarda bakım yükünün sosyodemografik faktörlerle ilişkili olduğu belirlenmiştir. Gülseren ve arkadaşları (2010), 150 şizofren hastanın aile üyeleri ile yaptığı çalışmada; hasta ve hasta yakınlarına ilişkin sosyodemografik ve klinik özelliklerle bakıcının yükü arasında ilişki olduğunu, hastanın cinsiyetinin erkek ve bakım veren aile üyesinin kadın olması, bakım verende kronik bir bedensel hastalık olması, sosyal destek yetersizliği, hastadan şiddet görme, ekonomik durumun kötü olması özelliklerinin yükü daha fazla artırdığını belirlemiştir. Aydın ve arkadaşları (2009), 50 şizofren hastanın yakınları ile yaptığı çalışmada; hastalığın

alevlenmesinin ve hastaneye yatış sayılarının bakım yükünü artırdığını, bakım verenin eğitim seviyesi arttıkça yükün azaldığını belirlemiştir. Şizofreninin birey ve bakım vericilerde yarattığı güçlükler başta hasta bireyin yaşam şekli ve beklentileri olmak üzere bütün bakım vericileri etkilemekte, birey ve bakım vericilerin yaşam kalitesini tehdit etmektedir (Arslantaş ve Adana, 2011).

Yaşam kalitesi; bakım veren aile üyelerinin bakım yükünün değerlendirilmesinde, bakım verenlerin refahının sağlanmasında ve bakım müdahaleleri geliştirmede kullanılan bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi'ni: "Hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını nasıl algıladıkları şeklinde tanımlamaktadır (Fidaner ve ark., 1999). Şizofren bireyin hastalık nedeni ile çalışamaz duruma gelmesi, tedavi masrafları ve farklı alanlarda oluşan harcamalar aile üyelerinin kaygılarının artmasına ve ekonomik durumlarının bozulmasına neden olduğu gibi bakım vericilerin işini bırakması, değiştirmesi ya da çalışma saatlerini değiştirmek zorunda kalmasına, çalışma hayatlarının olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir. Ayrıca aile içinde çatışmalar, anlaşmazlıklar nedeniyle aile dinamiklerinin bozulması ailenin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Urizar ve ark., 2009).

Günümüzde şizofren hastaların bakımının çoğunlukla aile üyeleri tarafından yürütülmesi ile bakım verenlerin yaşam kalitesi ve bakım yükü değerlendirilmeye başlanmıştır. Ancak şizofren hasta yakınlarının bakım yükü ve yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar oldukça sınırlı olduğu görülmektedir (Luebonthavatchai ve Luebonthavatchai, 2006; Urizar ve ark., 2009; Zamzam ve ark., 2011). Yapılan çalışmalarda; Urizar ve arkadaşları (2011), hastalığın seyri ile bakım yükü arasında yakın bir ilişki olduğunu, bakım verenlerin yoğun stresle birlikte anksiyete ve depresyon gibi sorunlar yaşadıklarını ve bağışıklık sisteminin bozulması nedeniyle bulaşıcı hastalıklara yakalanma oranlarının yüksek olduğunu saptanmıştır. Luebonthavatchai ve Luebonthavatchai (2006), şizofren hastalara bakım vericilerinin yaşam kalitesinin düşük olduğunu, Urizar ve arkadaşları (2009), şizofren hastaların ailelerinin yaşam kalitesinin, sağlıklı aile bireylerinden düşük olduğunu, Möller-Leimkühler ve Wiesheu ise (2012), hastalık süresi uzadıkça bakım vericilerin zorlandıklarını belirlemiştir.

Şizofren hastaların aile üyelerinin hastalık nedeni ile aile yaşamlarının bozulması, ailelerin yeterli destek alamaması, hastalığın gidişi gibi etmenler aile üyelerinin bakım yükünü artırmakla birlikte ruh sağlığı çalışanları ile gündüz hastanelerinin sayısının azlığı da hasta yakınlarının zorluk yaşamalarına neden olmaktadır (Gülseren ve ark., 2010). Hastaların rehabilitasyonunun yanı sıra ailelere yönelik hizmet ve eğitim imkanlarının sınırlı olduğu ülkemizde aileler çoğu kez hastalıkla yalnız başına mücadele etmek zorunda kalmaktadır. Hasta bireyi ve ailesini desteklemeye yönelik sürekliliği olan programlar ve toplumsal kaynaklar olmadığında hastalar ve aileler için hastalıkla baş etme süreci zorlaşmakta, ailenin bakım sorumluluğu ve yaşadığı yük artmaktadır (Urizar ve ark., 2009).

Şizofreni bireyin yaşamını çok yönlü etkileyen ve ağır yıkımlar yapan bir hastalık olduğundan hemşirenin hasta ailesine yaşadıkları güçlükler ve sorunlarla baş etme davranışı kazandırması önemlidir (Gamble, 1993). Bu nedenle şizofreni hastalarının tedavi ve rehabilitasyonunda aile ile işbirliğini kuran ve sürdüren bir ekip çalışmasına gereksinim vardır. Bu ekipte hemşire, psikiyatri kliniklerinde, polikliniklerde ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde şizofreni hastalarının aileleriyle çalışma imkanına sahiptir (Şengün, 2007). Şizofren hasta aileleri kabul görme, desteklenme ve uygun yardım almaya ihtiyaç duyarlar. Hemşirenin duyarlı, bilgi yaklaşımları ailelerin hasta bakımında rol almasını destekler ve cesaretlendirir (Gamble, 1993).

Bu çalışmada; toplum ruh sağlığı merkezine başvuran ve ailesi ile birlikte yaşayan hastaların bakım vericilerin algılanan aile yükü ve yaşam kalitelerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Hemşireler aileye, şizofreni ve tedavisini öğrenme, problem çözme becerilerinin kazandırılması, ruhsal hastalıkla baş etme gibi konularda bireysel ve grup psikoeğitimi planlayarak profesyonel destek sağlayabilir. Hasta ailesinin desteklenmesi ve güçlenmesi bakımı etkin sürdürmesine katkı verdiği gibi bakım yükünün de azalmasına yardım edeceği düşünülebilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

Şizofreni kişinin alışlagelmiş algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak, kendine özgü bir içe kapanım dünyasında yaşamasına neden olan, bireyin duygulanım, düşünme, davranış ve algılamasını, toplumsal ilişkilerini, iş yaşamını olumsuz olarak etkileyen, yeti yitimine neden olan ve relaplarla giden ağır bir ruhsal bozukluktur (Doğan ve ark., 2002a; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Şizofreni genellikle 15-45 yaş grubunda, her türlü psikolojik zorlanmayla başlayabilmektedir. Şizofreninin tipik bir başlangıç biçimi yoktur. Belirtiler kısa bir zaman içinde çok renkli sanrılar, varsanılar, acayip davranışlar ve taşkınlıklarla gelişebileceği gibi çok sinsî, yavaş olarakta gelişebilmektedir. Şizofreninin başlangıç belirtileri kesin olmamakla birlikte hastalık dinsel uğraşlar, metafizik, çeşitli obsesyonlar, korkular ve zorlantılarla ya da halsizlik, genel yorgunluk, çeşitli somatik şikâyetlerle başlayabilmektedir. Bazende ileri derecede taşkınlık ya da çöökkünlük ortaya çıkabilmektedir. Sıklıkla dikkat dağınıklığı, ilgi azalması, kendi bedeni ve düşünceleri ile aşırı meşgul olma gibi belirtilerle başlayabilmektedir. Akut başlayanlarda düşüncede dağınıklık ve algı bozuklukları olabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Şizofreni her toplumda ve her türlü sosyo-ekonomik ortamda görülmektedir. Şizofreni, kadın ve erkeklerde eşit oranlarda görülmekle birlikte, hastalığın başlangıç yaşı erkeklerde kadınlara oranla daha erkendir. Genel olarak başlangıç yaşı erkeklerde 15-25 yaşları, kadınlarda 25-35 yaşlarıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Şizofreninin yaşamboyu yaygınlığı genel toplumda 8.9/1000 olarak saptanmıştır (Binbay ve ark., 2010).

Şizofreninin etiolojisinde çeşitli genetik, nörogelişimsel ve çevresel etkenlerin etkili olduğu öne sürülmesine karşın hastalığın etiyolojik temeli tam olarak aydınlatılamamıştır (Ulaş ve ark., 2008). Etiyolojide genetik yatkınlığı saptamaya yönelik yapılan, aile, ikiz ve evlat edinme araştırmaları sonucunda genetik yatkınlığın şizofrenide önemli bir rol oynadığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının beyinlerindeki boşlukların daha geniş ve bazı beyin bölümlerinin normalden daha küçük olduğu, lateral ventrikülerde

genişleme, frontal ve temporal lobda küçülme olduğu bulunmuştur. Şizofrenide beyin biyokimyasını inceleyen çalışmalarda nörotransmitterlerden gama amino bütirik asit (GABA), dopamin, norepinefrin, serotonin ve glutamat üzerine odaklanılmış ve şizofrenide dopamin düzeyinde, dopaminerjik reseptörlerin duyarlılığında artış olduğu saptanmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Şizofreni etiolojisinde psikososyal etken olarak stresli yaşam ve aile içi ilişkiler üzerinde durulmaktadır. Özellikle anne baba tutumlarının şizofrenide önemli olduğu, şizofren bireylerin olağan yaşamsal stresörlerden çok kolay incinebildikleri, aile içinde yaşadıkları örseleyici reddedilme yaşantıları ya da bu şekildeki algılamalarının hastalığın ortaya çıkmasında büyük rol oynadığı belirtilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Çalışmalar, doğum komplikasyonlarının şizofreni popülasyonlarında daha sık olduğunu ve doğum komplikasyonlarına maruz kalmanın şizofreni riskini yaklaşık iki kat artırdığını göstermektedir. Ancak doğum komplikasyonlarının geç başlangıçlı şizofreni etiolojisinde rol oynamadığı belirtilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

2.1.1. Şizofreni Belirti ve Bulguları

Şizofrenide bireyden bireye farklı belirtiler görülmekle beraber, genel görünüm ve davranış, konuşma ve ilişki kurma, duygulanım ve duygu durum, düşünce süreci ve içeriği, bilişsel yetiler ve fizyolojik durumda değişiklik ortaya çıkmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Genel Görünüm ve Davranış: Şizofreniye özgü tipik bir görünüm olmamakla birlikte kişilerde tuhaf görünüm ve davranışlar sık görülmektedir. Hastaların çoğunluğunda belirgin bir ilgisizlik, vurdumduymazlık, donukluk, enerji ve dürtü kaybı ve çekingen bir görünüm vardır. Hareketi başlatma ve sürdürmede yetersizliğe bağlı özbakımı yerine getirmekte zorlanma, sosyal ilişkilerde bozulma ve düzenli bir iş ya da okul yaşamını sürdürmekte güçlük yaşanabilmektedir. Davranış biçiminde en sık görülen ve en önemli belirti ağır ilgisizlik, eylem azlığı ve toplumdaki geri çekilmedir. Hastalarda garip yüz, göz hareketleri (manyerizm), kalıplaşmış yineleyici el, kol, beden hareketleri (sterotipi), hareket yankılanması (ekopraksi), belli bir durumda donmuş gibi kalma (katatoni), saldırgan ve ajite davranışlar, işbirliği yapmama (negativizm) görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Konuşma ve İlişki Kurma: Şizofren hastalarda konuşmada düzensizlik, dağınıklık, hızlanma, yavaşlama, bloklar, yoksullaşma, kalıplaşmış yinelemeler (stereotipi), konuşma yankılanması (ekolali), hiç konuşmama (mutizm), yeni sözcükler uydurma (neolojizm), anlamsız konuşmalar (sözcük salatası), sözcük, fikir ya da konuların ısrarla yinelenmesi (perseverasyon) gibi çok değişik belirtiler görülebilmektedir. Ses tonu genellikle tek düze olup duygulanımı belli etmez. Kişi kısa, somut ve ayrıntısız yanıtlar verir. Bütün bunlara bağlı olarak bu hastalarla ilişki kurmak güçtür (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Duygulanım ve Duygu Durum: Şizofren hastalar sıklıkla soğuk ve ilişki kurulması güç bireyler olarak görülürler. Bazı hastalarda aşırı anksiyete görülürken bazılarında paniğe benzer durumlar görülebilmektedir. Hastada anlamsız şekilde, yere, zamana, kişiye uygun olmayan duygulanım görülebilir. Duygu durum, depresif, üzgün, coşkun ya da grandiyöz şekilde olabilir. Şizofreni hastalarının %25'inde akut alevlenme ve psikozdan çıkış dönemlerinde depresif belirtiler ortaya çıkmaktadır. Hastalarda duygulanım genellikle düz, künt, uygunsuz ve ambivalandır (Kaplan, 2004).

Bilişsel Yetiler: Şizofren bireylerde genellikle bilinç açık, kişi, yer ve zaman yönelimi tamdır. Ancak bazı hastalarda dikkat dağınıklığı ve düşünce bozukluğuna bağlı olarak yanlış yanıtlar alınabilmektedir (Kaplan, 2004; Öztürk ve Uluşahin, 2008). Hastalar dikkati toplama ve sürdürmede güçlük yaşamakta olup genellikle bellek bozukluğu görülmemektedir (Koroğlu ve Güleç, 2007). Şizofrenide görülen algı bozuklukları halüsinasyon (varsanılar) ve yanılsamalardır (illüzyon). En sık işitme varsanıları görülmektedir. Kişi konuşma, ses ya da gürültülerden söz etmektedir. Sesler sıklıkla korkutucu, açık, suçlayıcı ve aşağılayıcıdır. Somatik, dokunma, koku, tat ve görme varsanıları daha az sıklıkla görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Düşünce Süreci ve İçeriği: Hastaların genellikle kendilerine özel, anlaşılması güç düşünce biçimleri bulunmaktadır. Düşüncelerinde birbiriyle çelişen kavramlar bir arada bulunabilmektedir. Düşüncenin akışında durmalar, bir düşünceden bir başka düşünceye sapmalar, düşüncede ilgisiz ve gereksiz birçok ayrıntıya yer verme görülmektedir. Ayrıca soyut kavramların somut bir şekilde yorumlanması da saptanan belirtiler arasındadır. Düşünce içeriğinde sanrı en önemli belirtidir. Sanrılar kişinin kültürel geçmişi ile açıklanamayan

yanlış inanışlarıdır. Genellikle kötülük görme, kıskançlık, büyüklük, referans, suçluluk, dinsel ve somatik sanrılara rastlanmaktadır (Kaplan, 2004; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Fizyolojik Belirtiler: Şizofreniye özgü somatik bir belirti bulunmamaktadır. Hastalığın başlangıcında polimorf ağrı, halsizlik ve hazımsızlık gibi yakınmalar görülebilmektedir. Akut alevlenme dönemlerinde uyku bozuklukları, pupillalarda genişleme, terleme, taşikardi ve kan basıncında yükselme gibi belirtiler görülebilmektedir. Bazı hastalarda aşırı yemek yeme, bazılarında hiç yemek yememe şeklinde beslenme görülebilir (Köroğlu ve Güleç, 2007).

2.1.2. Şizofreni Tipleri ve Özellikleri

DSM IV-R tanı kriterlerine göre şizofreni paranoid, hebefrenik, katatonik, ayrışmamış ve rezidüel tip olarak beş alt gruba ayrılmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Bunlar;

Paranoid Tip: Paranoid tip şizofrenide düşünce içeriğinde bozukluk baskındır. En sık görülen şizofreni alt tipidir. Genellikle 30'lu yaşların başında ortaya çıkar. Paranoid tip şizofrenide sanrı ve halüsinasyonlar belirgindir. Daha çok işitsel halüsinasyonlar ile perseküsyon ve grandiyöz sanrılar görülür (Köroğlu ve Güleç, 2007).

Desorganize Tip (Hebefrenik Tip): Bu tip şizofrenide düşünce biçimi ve devinim bozuklukları baskındır. Genellikle erken yaşlarda, 25 yaşından önce akut, pozitif belirtilerle başlar. Sinsi başlangıçlıdır. Kısa zamanda duygusal tepkilerde oynamalar (labilite), yüzeyellik, uygunsuzluk, acayıplık ortaya çıkar (Köroğlu ve Güleç, 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2008). Konuşma ve davranışta dağınıklık, yetersiz ve künt duygulanım bulunmaktadır. Hasta ileri derecede hareketlidir. Dış görünüşleri oldukça kötü, davranışları ileri derecede gariptir. Sanrı ve halüsinasyonlar fazla belirgin değildir (Yüksel, 2001; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Katatonik Tip: Katatonik tip şizofrenide psikomotor bozukluk, stupor, negativizm, rijidite, katatonik eksitasyon, katatonik postür görülür. Katatonik şizofrenide hasta belli bir süre aynı pozisyonda kalır, dışarıdan yapılan ilişki kurma girişimlerine tepkisiz kalır. Hasta hiç tepkisiz gibi görünse de; çevrede

olup biten herşeyi kaydedip sonra anlatabilir (Köroğlu ve Güleç, 2007). Bazen birden atak yapıp aşırı hareketli hale geçebilir. Katatonide hastaya istenilen duruş verilebilir. Başlangıç, çoğunlukla 15-25 yaş arasındadır ve ani başlangıçlıdır (Yüksel, 2001; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Ayrılmamış Tip: Şizofreni belirtileri ile birlikte kesin tanı konulmayacak özellikte şizofreni belirtileri görülür. Duygu, düşünce ve davranışlardaki bozukluklar dezorganizedir. (Yüksel, 2001; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Rezidüel Tip: Bir ya da birkaç şizofrenik depresyondan sonra daha çok negatif belirtilerin baskın olduğu süregen şizofrenik bozukluktur. Hastalar sıklıkla duygusal küntlük, toplumsal çekilme, düşünme ve konuşmada yoksullaşma, girişim yetersizliği, çağrışım gevşekliği gibi belirtiler gösterir. Sanrılar ve varsanılar belirgin değildir (Yüksel, 2001; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

2.1.3. Şizofreni Prognozu

Şizofreni çok değişik prognoz gösteren, genellikle süregen ve ciddi yeti kayıplarına neden olan bir hastalıktır. Şizofrenide prognozla ilgili olarak yapılan çoğu çalışmada hastalığın gidişinin değişken olabileceği, bazı kişilerin alevlenmeler (şizofrenik epizodlar) ve yatışmalar (remisyon) gösterirken diğer bazılarının kronik hasta olarak kaldıkları açıklanmaktadır (Kaplan, 2004).

Şizofrenide olumlu gelişimi gösteren ölçütler; geç başlangıç, hastalığın akut başlangıç göstermesi, ortaya çıkarıcı etkenlerin varlığı, hastalık öncesi uyumun iyi olması, dalgalı seyir, pozitif belirtiler, psikotik saldırganlığın olmayışı, hastanın hastalığını ve tedaviyi kabullenmesi, sürdürmeye istekli olması, hayatta bir amaç veya yön olduğu duygusu; iş veya hobiler, ailede duygudurum bozukluğu öyküsü, kadın olma, evli olma, destekleyici aile, eş, ailenin tedavi ekibi ile olumlu iletişim kurması ve bunu sürdürebilmesi, aile içinde eleştirici ortamın olmayışı, destek sistemlerinin iyi oluşu, fiziksel iyilik hali, gerçekçi beklentiler, gelecekte umutlu olma olarak gösterilmektedir (Yüksel, 2001; Köroğlu ve Güleç, 2007).

Şizofrenide olumsuz gidişi gösteren ölçütler ise; erken ve sinsi başlangıç, tetikleyici etkenlerin yokluğu, hastalık öncesi uyumun kötü olması, süregen seyir, negatif belirtiler, çok sayıda relapsın olması, üç yıl içinde remisyon

olmaması, saldırganlık öyküsü, sosyal geri çekilme ve otizm, erkek olma, bekar olma, dul olma, ailede şizofreni öyküsü, destek sistemlerinin kötü olması, duygu dışavurumu yüksek, eleştirici aile ortamı olarak sıralanmaktadır (Yüksel, 2001; Köroğlu ve Güleç, 2007).

2.1.4. Şizofreni Tedavisi

Şizofrenide belirtiler çeşitli biyolojik, ruhsal, toplumsal etkenlere bağlı olarak ortaya çıktığından dolayı tedavi yaklaşımları da çeşitlidir (Doğan, 2002; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Şizofreninin tedavisinde biyolojik, psikolojik ve sosyal yöntemlerin birlikte kullanıldığı çok yönlü ve bireye özgü tedavi yaklaşımlarının daha etkili olduğu belirtilmektedir (Doğan ve ark., 2002b; Öztürk ve Uluşahin, 2008). Şizofreni tedavisinin temelini oluşturan antipsikotik ilaçlar hastalığın başlangıç, alevlenme ve koruyucu tedavi aşamalarında etkin olup uzun süre kullanımları alevlenme riskini azaltmaktadır (Sofuoğlu, 2000). Antipsikotik ilaçlar beyinde postsnaptik dopaminerjik reseptör blokajı yaparak etkinlik gösterirler. Antipsikotik ilaçlar, hastalığın başlangıç, alevlenme dönemleri ile varsanların, akut sanrılarının, saldırganlık düzeyinde ortaya çıkan davranış bozukluklarının ve uyku sorunlarının ortadan kaldırılmasında etkindir. Antipsikotiklerin uzun süre kullanımı alevlenme riskini azaltmaktadır (Aker ve Yazıcı, 2000; Sofuoğlu, 2000; Yüksel, 2001; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

İlaç tedavisi tek başına şizofrenik bozuklukları tam olarak iyileştirememektedir. Antipsikotik ilaçlara iyi yanıt veren hastalarda bile kişilerarası ilişkilerde yetersizlik, yaşam kalitesinde azalma, rezidüel belirtiler, iş kaybı ya da iş veriminde düşme gibi sorunlar görülebilmektedir (Doğan ve ark., 2002b). İlaç tedavisinin tek başına yeterli olmaması, bu bozukluklarla ilgili bilgi birikiminin artması, şizofrenide tek bir tedavinin yeterli olmadığını ve birden çok tedavinin bir arada kullanılmasının gerektiğini göstermiştir. Bu nedenle şizofreninin tedavisinde psikososyal tedavi yöntemlerinin ele alınması gerekmektedir (Doğan ve ark., 2002b).

Psikososyal tedavide bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi, uyumlandırma tedavileri (sosyal beceri eğitimi, işe uyumlandırma, bilişsel davranışçı terapiler), aile psikoeğitimi, aile grupları yer almaktadır (Aker ve

Yazıcı, 2000; Yıldız, 2005; Öztürk ve Uluşahin, 2008). Psikososyal tedavi yöntemleri kendine bakım yetersizliklerini, kötü yaşam kalitesini, kişiler arası ilişki sorunlarını, tedaviye uyumsuzluğu, işlev bozukluklarını, bağımlılığı, toplumsal ve mesleki becerileri hedefleyerek üretkenliğe temel hazırlamaktadır (Doğan ve ark., 2002b).

2.2.Şizofreninin Aile Üzerine Etkileri ve Algılanan Aile Yüğü

Şizofreni hastalarının çoğu aileleriyle birlikte yaşamaktadır. Bu nedenle aile üyeleri hastanın durumuyla ilgili çeşitli güçlükler yaşamaktadır (Doğan, 2002). Aileler hazırlıksız olarak şizofren hastanın bakımını yürütmek zorunda kaldığından genellikle kendi gereksinimlerini ihmal etmektedirler (Arslantaş ve Adana, 2011). Aile üyelerinden birisi ruhsal hastalığa yakalandığı zaman, bu kişi üstlendiği sorumlulukları yerine getiremediğinden diğer aile üyelerine daha fazla sorumluluk düşmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2008). Hastalık nedeni ile ortaya çıkan rol değişimi aile içindeki dengeleri bozarak aileyi duygusal olarak alt-üst etmektedir. Ailenin yaşadığı duygusal tepkilerden biri de utanç duymadır. Aile, çevrenin bu durumu öğrenince dedikodu yapacağından çekinmekte, hastadan utanmaktadır. (Gümüş, 2006a). Bu durum hasta yakınlarının hastalığı yok sayıp hasta olan bireye baskı uygulayarak ona destek verebileceklerini düşünmelerine sebep olmaktadır. Bu nedenle aileler hasta olan bireyi evde tutarak toplumdan saklamaya çalışmaktadırlar. Bu durum aynı zamanda hasta yakınlarının kendilerinin de çevreden, toplumsal hayattan kopmasına sebep olmaktadır. Böylece hasta ve yakınları toplumun dışlamasına maruz kalmaktadır (Gürhan, 1991).

Şizofreni hastalığına sahip bireylerin aileleri diğer kronik hastalıklara sahip bireylerin ailelerine göre daha fazla destek görme ihtiyacı duymaktadırlar. Ailesinde ruhsal problemleri olan bir hasta bulunan aileler ile sağlıklı bireylerle yaşayan aileler arasında yapılan bir çalışmada ruhsal problemlere sahip olan bireylerin ailelerinin fiziksel sağlığının kötü olduğu, işlevsellik sınırlarının azaldığı, mevcut hizmetlerden yararlanma gibi durumlarının da kötü olduğu saptanmıştır (Rössler ve ark., 2005). Şizofreni hastasına sahip olan aileler, ekonomik durumda bozulma, sosyal ilişkilerde azalma, aile içi çatışmalar ve hastanın bakımını sürdürmede zorlanma yaşamaktadır (Rössler ve ark., 2005,

Gümüş, 2006a). Şizofren hastaların tamamına yakınının hastane tedavisi sonrası ailesiyle birlikte yaşamaya devam ettiği, hastaların en büyük destek faktörünün ve bakım verenlerin aile üyeleri olduğu belirtilmektedir (Yıldız, 2005). Ancak Şizofren hastaların hastaneden taburcu olup eve dönmesi ile hasta ve aile üyeleri birçok sıkıntı ve uyum problemi yaşayabilmektedir. Roick ve arkadaşları (2007) Şizofren hasta yakınlarının hasta ile aynı evde yaşamasalar bile yoğun anksiyete ve stres yaşadıklarını ifade ettiklerini belirlemiştir. Özellikle hastalığın semptomları, riskleri, hastanın günlük yaşamını nasıl sürdüreceği gibi önemli konularda bilgi sahibi olamayan aile üyeleri için hasta ile yaşamanın önemli bir sorun olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle Şizofren hasta yakınlarının hastalık ve hasta ile yaşamak konusunda bilgilendirilmesi ve desteklenmesi hasta yakınlarının bakımda etkin olmasına katkı verdiği gibi tedavinin başarısından da büyük önem taşımaktadır (Gümüş, 2006a).

Hasta ailesinin eğitimi ve desteklenmesi ile hastalığın relaps oranı azalabilmekte, aile işlevleri iyileşmekte, işbirliği ve tedaviye uyum artmaktadır. Aile eğitimleri hastalıkla ilgili sorunların azalmasında, hasta ve ailenin yaşam kalitesinin artmasında etkili olmaktadır (Arslantaş ve ark., 2009). Doğan ve arkadaşları (2002b) Şizofren hasta ve ailelerine 3 aylık izleme yaptıkları çalışmada psikososyal yaklaşım/psikoeğitim sonunda hastaların ve ailelerin yaşam kalitesinin arttığını, aile ilişkilerinin ve toplumsal ilişkilerinin iyileştiğini, işlevlerini yerine getirmede daha iyi konuma geldiklerini belirlemiştir. Tel ve Terakye (2000), Şizofrenik hasta ailelerine yönelik yürütölen psikoeğitim sonunda hasta yakınlarının hasta bakımında güçlüklerinin azaldığını, hastalık semptomlarını etkin olarak ele aldıklarını, hastaların tamamına yakının ilaç tedavisini sürdürdüklerini ve aylık kontrollere isteyerek geldiklerini saptamıştır.

Hasta yakınları tarafından verilen bakım tek bir yardım çeşidi ile sınırlı olmayıp, sağlık bakımı (ilaç alımı, tedavisi, izleme vb.); kişisel bakım (yıkama, beslenme, tuvalete gitme, giyinme vb.); aldığı sosyal hizmetleri planlanma; alışveriş ve küçük ev işlerini yapma; para yönetimi; maddi yardım ve aynı evi paylaşmayı da kapsamaktadır (Toseland ve ark., 2001). Hasta bakımını üstlenen primer bakım verenler, fiziksel, emosyonel, sosyal, ekonomik ve iş ile ilgili alanlarda pek çok güçlük yaşamaktadır (Toseland ve ark., 2001).

Fiziksel güçlükler; bakım verme nedeniyle bireylerde, iştahta değişim, düzensiz yemek yeme, baş ağrısı gibi somatik yakınmalardır. Kronik yorgunluk, vücut ağırlığında artış ya da azalma, uyku düzensizliği, kas ağrısı, konsantrasyon zorluğu, giyim ve kuşamda dağınıklık ve bakım veren bireyin kendi bakımına yeterli zaman ayıramaması nedeniyle sağlığında bozulma görülmektedir. Bakım verenlerin vermeyenlere göre fiziksel sağlıkta daha fazla objektif değişiklikler yaşadıkları saptanmıştır (İnci, 2006).

Emosyonel güçlükler; huzursuzluk, uykusuzluk, benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon, depresyon, alkol ve ilaç kullanımında artış ve problem çözümede güçlük görülür (Kasuya, 2000). Bakım vericide stres ve anksiyete de artar. Birey, bakımdan kaynaklanan anksiyete duygusunu tüm yaşamına genellebilir. Stres ya da engellenmişlik duygularını sözel olarak ifade edemeyen bakım vericilerde ise depresyon belirtileri daha fazla görülebilir (İnci, 2006).

Sosyal güçlükler; bakım verme, sosyal ve kişilerarası problemlere de yol açmaktadır. Bakım verenler yaşamlarını genellikle sevdiklerinin gereksinimleri doğrultusunda düzenleyebilir ya da aile üyeleri tarafından böyle bir düzenleme yapması beklenebilir (Kasuya, 2000). Aile, arkadaş ilişkileri ya da sosyal etkinliklerinden fedakarlık eden primer bakım verenin, eğlendirici, dinlendirici ve boş zaman aktiviteleri kısıtlanmakta, bu nedenle de sosyal destekte azalma, kendilerini bakım rolünde yalnız bırakılmış hissetme ve izolasyon yaşama olasılığı artmaktadır (İnci, 2006).

Ekonomik ve iş ile ilgili güçlükler; evde bakımın ekonomik maliyeti, bakım verenler için önemli bir güçlüğü oluşturmaktadır. Hastanın sosyal güvenliğinin olmaması nedeniyle bakım harcamaları ciddi bir yük oluşturmaktadır. Ayrıca bakım vericinin bakım nedeniyle çalışma saatlerinin azalması ya da işini bırakmak zorunda kalması ekonomik sorunların diğer nedenlerini oluşturmaktadır. Bakım vericiler bakım nedeniyle işlerini ayarlamakta çoğunlukla güçlük yaşadıkları gibi işlerini bırakmak zorunda da kalabilmektedirler (Saunders, 2003; İnci, 2006).

1950'li yıllarda şizofrenin tedavisinde antipsikotik ilaçlardan iyi sonuç alınması ile hastaların bakım ve tedavisi toplumda aile içinde sürdürülmeye başlanmıştır. Buna bağlı olarak hasta yakınları, aile üyeleri hastaların bakımında

primer sorumlu olmuştur. Hastaların bakımının aile üyeleri tarafından sürdürülmesi ile aile yükü kavramı gündeme gelmiştir. Yük kavramı; hasta bir aile üyesi ile birlikte yaşıyor olmaktan dolayı aile üyelerinin günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorluklar, hayatlarını etkileyen sorunlar ve olumsuz olaylar gibi hastalığın aile üzerindeki etkisini tanımlamak amacı ile kullanılmaktadır (Gülseren ve ark., 2010).

Yük, nesnel ve öznel yük olarak gruplandırılmaktadır. Nesnel yük hastanın rahatsız edici davranışları ya da hastalığın yol açtığı ekonomik zorluklar, günlük yaşamdaki kısıtlamalar, aile üyelerinin beden ve ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri gibi aile yükünün gözlemlenebilir ve doğrulanabilir yönünü ifade etmektedir. Öznel yük ise bu zorlukların aile üyelerini ne ölçüde rahatsız ettiğini göstermektedir. Aile yükü hastalığın ortaya çıkardığı istenmeyen olaylar ve güçlüklerin aile üyelerine yansımalarıdır. Aile yükü hasta bireye bakım vermek için mevcut ekonomik, sosyal, duygusal ve fiziksel kaynaklara ilişkin gereksinimler ve talepler arasındaki değişiklikler sonucu ortaya çıkmaktadır. Aile yükü; aile üyelerinden birinin hastalığı nedeniyle yerine getirmediği rollerini, diğer aile bireylerinin yerine getirmesi sonucunda, ailenin ruhsal sağlığında, maddi durumunda, toplumsal etkinlik ve ilişkisindeki bozulma ile ortaya çıkmaktadır (Arslantaş ve Adana, 2012). Şizofrenide aile yükü çok boyutlu bir kavramdır. Aileler hastalığın her aşamasında çeşitli güçlüklerle karşılaşmakta, hastaların rehabilitasyonunun yanı sıra ailelere yönelik hizmet ve eğitim olanaklarının da sınırlı olduğu ülkemizde çoğu kez aileler hastalıkla yalnız başına mücadele etmek zorunda kalmaktadır (Gülseren, 2002).

Hasta yakınlarının hissettiği yük bakım verme aşamasında güçlük alanlarının belirleyicilerinden biri olarak açıklanmaktadır. Hissedilen yük ailelerin ruhsal sağlıklarında bozulmalara sebep olmaktadır. Hissedilen yükün seviyesindeki artışla beraber hastanın aile bireylerinin ruhsal sağlıkları da olumsuz yönde etkilenmektedir (Wai, 2004; Maldonado ve ark., 2005). Hasta yakınlarının ruhsal sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen diğer faktörler hastada var olan davranışsal sorunlardaki şiddet, bakım veren bireylerin sosyal bağlamdaki kayıpları, günlük yaşantıdaki güçlükler ve hissedilen stresin düzeyi olarak açıklanmaktadır. Ayrıca bakım verme aşamasında damgalanma gibi bireyi olumsuz yönde etkileyen durumlarla karşı karşıya kalanların ruhsal

sağlıkları daha kötü bir seviyeye ulaşmaktadır (Martens ve Addington, 2001). Aile yükü ailerin yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yeterli destek alamama, aile yaşamının bozulması, hastalığın gidişi gibi çeşitli etmenlerin aile üyelerinin ruhsal yüklerini artırarak yaşam kalitelerini bozduğu, gelişmekte olan ülkelere ise; özellikle ekonomik yükün aile üyelerinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Lowyck ve ark., 2004; Gülseren ve ark., 2010).

2.3.Şizofren Hastaların Bakım Vericilerinde Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, bireylerin belirli bir zamanda sahip oldukları kaynakları, yaşadıkları yerleri, fiziksel, sosyal, çevresel ve psikolojik koşullarını içermektedir. Yaşam kalitesi, bireyin umutları ve beklentileri ile bunların deneyimlere dönüştürülmesi arasındaki farkı yansıtmaktadır. Bireylerin yaşadıkları çevreyi algılama biçimleri yaşam beklentilerini belirlemektedir. Bu beklentilerin karşılanma düzeyi ise bireylerin yaşama uyumunu kolaylaştırmakta ya da güçleştirmektedir. Bu uyum sürecini başarabilen bireyler zor yaşam koşullarında da geçerli bir yaşam kalitesi sürdürebilme olanağına sahip olabilirler (Özmete, 2010). Yaşam kalitesi kavramı, çok kapsamlı olarak değerlendirilmekte birlikte, Katschnig (2000) yaşam kalitesinin temel olarak üç boyut içerdiğini belirtmiştir. Bunlar: Bireyin kendisini iyi hissetme hali/yaşam doyumunu; günlük yaşamdaki işlevselliği, kendine bakımı, sosyal rolleri; dış kaynaklar ve sosyal desteklerdir. Yaşam kalitesi kavramının subjektif ve objektif olmak üzere iki boyutu bulunmaktadır. Subjektif boyutu oluşturan ifadeler arasında kendini iyi hissetme, yaşamdan doyum sağlama ve mutluluk bulunmaktadır. Bu ifadeler bireyin yaşama dair sahip olduğu duyguları, beklentilerinden etkilenişini, tecrübelerini ve var olan şartlara karşı algısını ortaya koymaktadır. Objektif boyutu oluşturan ifadeler ise bağımsız şekilde yaşayabilme, kişilerarası ilişkiler, üretken olma olarak sayılmaktadır. Bu ifadeler bireyin sosyal fonksiyonel normlarını ve yaşam tarzını ortaya koymaktadır (Bobes ve Gonzales, 1997).

Şizofrenideki işlev kaybı, hastanın ailesindeki sağlıklı aile üyelerini ve bakım verenleri çok yönlü etkilemektedir (Awad ve Voruganti, 2008). Özellikle hastaneden taburculuk sonrası evde hasta ile ilgili artan sorumluluklar bakım verenlerde bir yük oluşturmakta ve onların yaşam kalitesini olumsuz

etkilemektedir (Urizar ve ark., 2009; Lua ve Bakar, 2011). Bakım verenlerin yaşam kalitelerinin zayıflaması bakımın sürdürülmesinde sorunlara neden olduğu gibi bakım vericinin yetersizlik yaşamasına da neden olabilmektedir (Reine ve ark., 2003). Bu nedenle şizofreni sadece hastaların değil bakım veren bireylerin de yaşamını etkilemektedir. Bakım vermenin süreklilik gerektirmesi ile bakım verenin tüm hayatı etkilenmekte ve yaşamının gidişini değiştirecek yeni süreçlere neden olmaktadır. Yaşam kalitesi cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi ekonomik durum gibi birçok kişisel faktörden doğrudan etkilenmektedir. Cinsiyet, hem biyolojik yatkınlık hem de toplumsal roller ışığında yaşam kalitesini etkilemektedir. Yaş ile birlikte kişinin fonksiyonelliği azaldığı için yaşama yönelik memnuniyeti de giderek azalmakta ve kişinin yaşı arttıkça yaşam kalitesi algısı düşmektedir. Eğitim düzeyinin azalması da bireysel performans ve işlevselliğin azalmasına neden olarak yaşam kalitesini etkilemektedir. Ayrıca hastalığın süresi, seyri, eşlik eden diğer semptomlar gibi hastalıkla ilgili faktörler bakım yüküne etki ederek yaşam kalitesinin niteliğini belirlemektedir (Rajji ve Mulsant, 2009; Zamzam ve ark., 2011).

Şizofren hastanın bakımı nedeniyle bakım vericilerin diğer aile üyelerine ayıracak enerjilerinin azalması ve bakım verme ile ilgili sorumlulukların paylaşımında sorunlar yaşanması, bakımın yoğunluğu ve süresi bakım vericinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gibi sosyal izolasyona da neden olmaktadır. Bununla birlikte bakım vericinin şizofreni hakkındaki bilgi eksikliği, yeterlilik algısı, baş etme yetileri, kişilik özellikleri, fiziksel ve ruhsal sağlık durumu, sosyal ve profesyonel destek kullanımı, boş zaman aktiviteleri yaşam kalitesi üzerindeki belirleyici diğer etmenlerdir (Jungbauer ve ark., 2004; Schulz ve ark., 2008; Özer, 2010).

Şizofren hastaların bakım vericileri ile yapılan çalışmalarda; hastalığın süresi uzadıkça şizofren hastaların psikososyal zorlanmalarının arttığı buna bağlı olarak bakım vericinin de bakım yükünün arttığı, yaşam kalitesinin düştüğü (Maruish, 2004; Möller ve ark., 2012), şizofren hastaların bakım vericilerinin yaşam kalitesinin genel popülasyona nazaran daha düşük düzeyde olduğu (Awadalla ve ark., 2005), erken tanı konularak tedavisine başlanmış hastaların aile üyelerinin yaşam kalitesinin, geç tanı alıp tedavi gören hasta yakınlarından daha yüksek olduğu (Rajji ve Mulsant, 2009) belirlenmiştir. Şizofren hastaların

bakım vericileri bakım sürecinde yaşadıkları stres ve güçlüklerle etkin baş edemedikleri, yoğun ruhsal ve fiziksel sıkıntılar yaşadıkları için gizli hasta olarak kabul edilmektedir. Bu durum şizofreni hastalarının yakınlarında; fiziksel ve ruhsal sorunların ortaya çıkmasına ve yaşam kalitelerinin düşük olmasına neden olmaktadır (Bentsen ve ark., 2002; Wong ve ark., 2012). Bakım vericilerin hastalık ile nasıl başa çıkabileceklerini bilmelerine yönelik bilgi sahibi olması bakım yükünü azalttığı gibi yaşam kalitesinin artmasına katkı vermektedir. Ayrıca hasta bakımında dışarıdan destek alınması ile bakım vericinin günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam tarzından daha az feragat etmesine neden olarak yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir (Awadalla ve ark., 2005). Yapılan çalışmalarda hastane sonrası şizofren hastanın bakımını evde sürdüren bakım vericilerin yaşam kalitesinin toplum geneline göre düşük olduğu (Luebonthavatchai and Luebonthavatchai, 2006; Urizar ve ark., 2011; Wong ve ark., 2012), toplum ruh sağlığı merkezlerine devam eden hastaların yakınlarının yaşam kalitesinin yüksek olduğu bulunmuştur (Wong ve ark., 2012).

2.4.Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri

Günümüzde ekonomik, sosyal ve teknolojik gelişmelerin kişilerin ruhsal yaşamlarını olumsuz etkilemesi ve yaşam kalitesini azaltması, bütüncül bakış açısının yaygınlaşması ile ruh sağlığı ve hastalıklarından geçmişe oranla daha çok söz edilmekte ve giderek daha çok önem verilmektedir (Pektaş ve ark., 2006). Avrupa Birliği (2009), Türkiye İlerleme Rapor'unda Ruh sağlığı hizmetlerinin sunulmasında kurumsallaşmaya alternatif olarak toplum temelli hizmetlerin oluşturulmasının çok önemli olduğunu belirterek toplum temelli model önerilmiştir. Toplum temelli ruh sağlığı modelinin hedef kitlesini ağır ruhsal bozukluğu olan veya hastanede uzun süre yatırılan hastalar oluşturmaktadır. Toplum temelli ruh sağlığı modelinin sadece tedavi ve rehabilitasyon faaliyetleri ile birlikte sosyal, ekonomik, hukuki boyutları da bulunmaktadır (Alataş ve ark., 2009; Sağlık Bakanlığı, 2011).

Tıbbi Boyut:

- Hastalık, yaşam boyu sürmekle birlikte çoğu kez iyi planlanmış ve sürdürülebilir bir medikal tedaviye iyi yanıt verir. Hastalığın sık alevlenmesinde ve hastaneye yatış gerektirmesinde medikal tedavinin

sürdürülememesi önemli rol oynar. Hastaların tedavisi ve tedaviye uyumu/uyumsuzluğu periyodik olarak takip edilirse alevlenme sıklığı, şiddeti ve/veya hastaneye yatış sıklığı azalabilmektedir,

- Hastalığın prognozunda ailenin hastaya, hastalığa ve tedaviye ilişkin tutumu belirleyici bir rol oynamaktadır. Ailenin hastalıkla ilgili bilgilendirilmesi hastaya, hastalık ve tedaviye ilişkin tutumu iyileştirilebilir ve böylece prognozu olumlu etkiler,
- Sık alevlenme hastalarda kalıcı bilişsel kayıplara yol açar ve kendi bakımına ilişkin en temel rutinleri yapamaz hale gelebilir.
- Ağır ruhsal hastalığı olan hastalar çoğu kez zeka ve beceri sorunu olmayan hastalardır. Uygun terapi ve rehabilitasyon programlarıyla en azından öz-bakımlarını sağlayabilecekleri gibi üretime de katkıda bulunabilirler. Takipler sırasında uygun hastaların terapi ve rehabilitasyon programlarına yönlendirilmesi sağlanabilir, böylece hem bakım verenin yükü azaltılabilir hem de hastanın evden çıkması ile pek çok yarar elde edilebilir (sosyal işlevsellikte artış, üretime katkı ve özgüvende artış, maddi koşullarının iyileşmesi vb.).

Sosyal Boyut:

- Hastalar aileleri ve toplumla ilişkilerinde güçlükler yaşamaktadırlar,
- Ailelerin ihmali ve istismarı ile karşılaşılabilir,
- Hastalar, hastalığın pozitif belirtileri sebebiyle kendilerine ve başta aileleri olmak üzere çevrelerine fiziksel olarak zarar verme potansiyeli taşıyabilirler,
- Ev ve hastane dışında zamanını değerlendirebileceği koşullardan yoksun olmaları nedeniyle sosyal izolasyonları kalıcı hale gelmektedir,
- Toplumsal önyargı ve dışlamalara maruz kalmakta ve bu durumdan hasta ile beraber aile üyeleri de etkilenmektedir,
- Aileler karşı karşıya kaldıkları bu ağır sorun nedeniyle çaresizlik yaşamaktadırlar.

Ekonomik Boyut:

- Hastalığın çeşitli dönemlerinde bakıma ihtiyaç duyulduğundan aileden en az bir kişinin çalışma veriminin azalmasına ya da hiç çalışmamasına neden olmaktadır,

- Eğitimlerini tamamlamada güçlük çekmeleri nedeniyle meslek sahibi olamamaktadırlar,
- Meslek sahibi olmuş hastalar gerek hastalığın birincil etkileri gerekse iletişimde yaşadıkları güçlükler ve sosyal beceri yoksunluğu nedeniyle verimli çalışmamakta veya işlerini bırakmaktadırlar,
- Yetersiz ekonomik koşullarda yaşamlarını sürdürmektedirler,
- Düzenli takip ve tedavileri yapılamadığı zaman alevlenme sıklığı ve şiddeti artmakta ve hastaneye yatış sıklığı ve süresi uzamaktadır. Bu sebeple zaten çoğunlukla ekonomik değer üretmeyen hastanın ülke ekonomisine maliyeti artmaktadır,
- Hasta çoğu kez düzenli takip ve tedavi olanağına ulaşamadığından alevlenme belirtileri ağır olmakta, tedaviye ulaşması ancak kolluk kuvvetlerinin müdahalesi ve çoğunlukla yaşadığı yerden uzakta başka bir şehre nakli ile mümkün olmakta bu durumda hem sosyal hem de ekonomik maliyetleri artırmaktadır.

Hukuki Boyut:

- Hastaların düzenli tıbbi ve hukuki kayıtlarının olmaması ve ilgili yerlerin haberdar olmaması nedeniyle yanlış hukuki işlemler yapılabilmekte ve hasta ve/veya ikinci kişilerin hak ihlali söz konusu olabilmektedir,
- Hastalar ve yakınları, sosyal hakları konusunda bilgilendirilme ve bilinçlendirilme eksikliği nedeni ile hak kaybına uğramaktadırlar,
- Vesayet altına alınan hastaların bir kısmında, vasilerinin ilgisizliği ve ihmali olabilmekte, ancak bunun tespiti, takibi ve gerekli mercilere bildirimini yapılamamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

2.4.1. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri

Ülkemizde varolan hastane temelli sistemde poliklinik hizmetleri, alevlenme/atak sırasında hastaneye yatırılma, kimsesi olmayan ya da kimsesi olduğu halde bakıl(a)mayan hastaların hastaneye yatırılıp bakımının sağlanması şeklindedir. Bu sistemde sadece ağır ruhsal hastalıkların sadece “alevlenme/atak” dönemlerine odaklanma mevcuttur. Hastalar hastane dışında hastalıklarıyla baş başa kalmakta ve alevlenmeyi hazırlayıcı ve hızlandırıcı öğelerle baş edemez durumda kalmakta ve böylece hastalığın yeniden

alevlenmesi ve hastaneye yatışı kaçınılmaz olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011). Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin çekirdeğini oluşturan toplum ruh sağlığı merkezlerindeki (TRSM) amaç, belli bir coğrafi alanda yaşayan ağır ruhsal hastalığı olan hastaları merkezde kayıt altına almak, gezici ekiplerle düzenli takip, tedavi ve rehabilitasyonlarını sağlayarak topluma yeniden kazandırmaktır (Ensari, 2011). Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde esas olan, ruh sağlığını korumak, ruh hastalıklarının oluşumunu önlemek ve bu çalışmalarını halka götürebilmek (birincil önleme), ruh hastalarının erken tanısı, tedavisi ve bakımını sağlamak (ikincil önleme), ruh hastalarının rehabilitasyon ve bakımının sürekliliğini sağlamak ve bunun için sistem oluşturmaktır (üçüncül önleme) (Pektaş ve ark., 2006).

Toplum ruh sağlığı merkezleri ile hastanelere dayalı kurumsal tabanlı hizmet modelinden, toplum tabanlı ruh sağlığı hizmet modeline geçmek amaçlanmıştır. Bu model ile hastaların kontrole gelişi beklenmeden gezici ekiplerle ev ziyaretlerinin yapılması; hastaların kendi mahallinde düzenli takip ve tedavilerinin gerçekleştirilerek iyilik hallerinin korunması, atakların önlenerek; hastane yatışlarının azaltılması ve rehabilitasyonlarının sağlanmasıyla hastaların topluma yeniden kazandırılması hedeflenmektedir (Ensari, 2011). Bu modelde ülke 100-300 bin nüfustan oluşan coğrafi alanlara bölünür ve her alan için bir toplum ruh sağlığı merkezi planlanır. Merkezde çalışan ruh sağlığı ekibi psikiyatri uzmanı, psikolog, psikiyatri hemşiresi, sosyal çalışmacı, ergoterapist, uğraş terapisti ve diğer yardımcı personelden oluşur. Ekip hareketlidir, hizmeti gerektiğinde hastanın yaşadığı alana götürür. Ekibin hizmet verdiği merkez genellikle ana hastanenin dışındadır. Ekip görev ve sorumluluk açısından yapılandırılmış, yapılacak işler ise planlanmıştır. Her hasta için bilgiler kayıt altına alınmaktadır. Amaç kronik ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaların yaşadıkları ortamda takip ve tedavilerinin yapılmasıdır. Bu sayede hastaların toplumun dışına atılmadan ve dışlanmadan toplumla birlikte yaşamaları hedeflenir (Sağlık Bakanlığı, 2011). Ülkemizde toplum temelli ruh sağlığı modeline geçme çalışmaları çerçevesinde, 2006 yılında Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi korumalı ev projesi başlamış ve halen sürdürmektedir. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinin yürüttüğü Bahçelievler projesi ve hastane bünyesinde kurulan gündüz hastanesi önemli adımlardır. Akdeniz,

Ankara ve Kocaeli Üniversite'leri bünyelerinde rehabilitasyon merkezleri ve gündüz hastaneleri açılmış olması ilerleme ve modelin bilinirliği açısından önemlidir. Bolu Ruh Sağlığı Hastanesine bağlı Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Mayıs 2008'de açılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Toplum ruh sağlığı ekibinde çalışanlar kendisinin sorumlu olduğu coğrafi bölgede yaşayan “ağır ruhsal bozukluğu” olan hastaları tespit ederek merkezin veri tabanına kaydederler. Kaydedilen hasta ve/veya yakınlarıyla irtibata geçerek merkezin amacı, işlevleri, hastaya sağlayacağı faydalar konusunda bilgilendirme yaparak hastaların psikiyatrik ve sosyal profillerini sosyodemografik veri formu ve ölçeklerle belirleme yaparlar. Merkeze devamı sağlanan hastaların farmakolojik tedavilerini düzenli kullanıp kullanmadığı, doğru zamanda ve dozda kullanıp kullanmadığı, yan etki olup olmadığı gibi süreçleri takibi merkezde çalışan ekip tarafından yapılır. Merkeze devamı sağlanamayan hasta ve/veya yakınlarıyla irtibata geçilerek evde ziyaret etmek ve bu ziyaretler sırasında farmakolojik tedavisini planlamak ve hastayı merkeze devamı konusunda ikna etmeye çalışırlar. Bunların yanında merkezde ya da evde takip sırasında herhangi bir sebeple alevlenen ve kendine ya da çevresine zarar verme potansiyeli taşıyan hastanın ilgili birimlerle irtibat kurarak yataklı bir psikiyatri kliniğine yatışını sağlarlar. Merkezde hasta ve hasta yakınlarına psikoeğitim, uygun hastalara toplum içinde uygulamalar ve sosyal beceri eğitimi verilir. Aynı zamanda hastaların ilgileri ve kişilik özelliklerine uygun uğraşı alanlarını planlanır ve uğraşı terapilerine katılımları için programlama yapılır. Merkeze kayıtlı uygun olan hastalarla açık/kapalı grup terapileri düzenlenir. Merkezde çalışan ekip tarafından yerel yönetimler, yerel yazılı ve görsel medya aracılığı ile toplumu bilinçlendirmek ve damgalama karşıtı çalışmalar yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Ülkemizdeki toplum yapısı nedeni ile hastaların çoğu, halen ailelerinin yanında yaşamaktadır. Ailelerinin yanında yaşayan hastalar için de TRSM'ler gün içinde vakitlerini geçirebilecekleri tedavi ve terapilerinin sürdürüldüğü merkezler olarak işlev görmektedir. Ailesiyle yaşayan hastaların çoğu tüm gününü evde geçirmekte, aileden en az bir kişi hasta bakımı nedeni ile sosyal yaşam ve üretim sürecinden uzak kalmaktadır. Aileler sadece farmakolojik tedavi konusunda destek almakta bunun dışında kendilerini yalnız hissetmekte

ve zaman içinde hasta ile ailesi arasında ilişkiler bozulmaktadır. Mevcut insan gücünün yetersizliği, hastasını hastaneye getiren aileye poliklinik ortamında, hasta ve hastalık hakkında bilgi vermeyi ve yönlendirmeyi çok güçleştirdiğinden aileler bazen ne yapacaklarını bilememekte ve sorun yaşamaktadırlar. Bu sorunun TRSM'lerde ailelere yönelik eğitim programları hazırlanması ve her hastanın ailesiyle birlikte o hastaya özgü bireysel yaklaşım metodunun planlanması ile çözülebileceği düşünülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

2.4.2. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği

Ülkemizde de ilk defa 2008'de Bolu'da kurulan merkezin ardından son yıllarda çok sayıda toplum ruh sağlığı merkezi açılmıştır. Bu gelişmelere paralel olarak özel bir alan olan toplum ruh sağlığı hemşireliğinin toplumdaki beklenen yerini alabilmesi için görev tanımlanması ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği alanı içinde yapılması gerekmektedir. Amerikan Hemşireler Birliği'ne (ANA) göre toplum ruh sağlığı hemşiresi; toplumun diğer üyeleri ile birlikte ruhsal hastalıkların birincil, ikincil ve üçüncül önleme aşamalarının sürekliliğini sağlayan ruh sağlığı hizmetlerinde tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeye katılan kişidir (Bağ, 2012). Worley'e göre toplum ruh sağlığı hemşiresi, toplumdaki yüksek riskli grubu belirleme ve yeni tedavi modelleri olan danışmanlık, eğitim ve krize müdahale gibi işlevleri de gerçekleştirir (Pektaş ve ark., 2006)

Toplum ruh sağlığı hemşireliği geleneksel hastane ve kurumsal temelli bakıma göre daha bağımsızdır ve yüksek derecede otonomiye sahiptir. Bir meslek olarak hemşirelik, toplum sağlığı hemşireliğine doğru yönelimini iki önemli noktada belirginleştirmiştir. Bunlardan ilki, güncel primer hemşirelik bakımı ile hastaya verilen bakımın kalitesini geliştirmek, diğeri ise birey ve toplumun sağlık davranışlarını geliştirecek ve gereksinimlerine katkı sağlayabilecek sosyal ve toplumsal koşullar üzerinde çalışmaktır. Toplum ruh sağlığı hemşireliğinin odaklandığı işlevler: durum saptama, yeterlik oluşturma, sosyal destekleri güçlendirme ile birey ve toplumun da katkısıyla hastalıkları önleme, sağlığı sürdürme ve yükseltmedir (Buldukoğlu, 2009).

Toplum ruh sağlığı hemşiresinden değerlendirme, eşgüdüm, hasta haklarını gözetme, savunma, sevk etme, eğitim, rehabilitasyon, ev ziyaretleri,

krize müdahale, fiziksel değerlendirme, ilaç uygulamalarının izlenmesi gibi beceri ve yetenekleri kazanmış olması beklenir. Ayrıca toplum ruh sağlığı hemşiresi, hastaların sorunlarla baş etmesinde (iş bulma, uğraş, kişilerarası ilişkileri ve ev yaşantısını sürdürme), psikolojik işlevlerin yerine getirilmesi de (hastalıklara özgü davranışları kontrol etme), onlara maddi ve sosyal yardım sağlama (barınma ve beslenme sorunları), sosyal destek sağlamada (akraba ve arkadaşlarıyla ilişkilerini güçlendirme), güdülenmeyi destekleme (bireysel ve sosyal rolleri yeniden kazanma ve sürdürmeye destek), sağlığın korunması ve iyilik halinin sürdürülmesinde (beslenme, hijyen ve ruhsal bozukluğu olan bireylerin ilaç alımlarının takibi) hedeflerine ulaşmak için mesleki yetenek ve donanımlarını kullanır (Pektaş ve ark., 2006). Sonuç olarak, bir ülkede ruh sağlığı hizmetlerinin etkinliğini sağlayabilmek için, bu ülke bireylerinin ruh sağlığı yönünden korunması, riskli grupların epidemiyolojik çalışmalarla belirlenmesi, erken tanı ve tedavisinin sağlanması; bunların dolaylı sonucu olarak, sağlıkta yaşam kalitesinin artırılabilmesi için eğitim ve danışmanlık adımlarından oluşan rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011). 2011 yılı hemşirelik yönetmeliğinde toplum ruh sağlığı merkezi hemşiresi, birey, aile ve toplumun ruh sağlığını koruma, geliştirme ve sürdürmede görev yapan sağlık ekibi üyesi olarak tanımlanmıştır.

Toplum ruh sağlığı merkezi hemşiresinin görev ve sorumlulukları ise;

a) Sosyo-ekonomik düzeyi düşük bölgede yaşayan, göçle gelmiş, madde bağımlılığı açısından riskli, çocuk, ergen, kadın, yaşlı, işsiz ve engelli gibi ruh sağlığı bozulma riski taşıyan tüm grupların, ruh sağlığının korunmasında ve sürdürülmesinde görev alır ve destekleyici programlar oluşturur.

b) Gelişimsel dönem özelliklerini bilir ve bu özellikler doğrultusunda çocuğun, ergenin biyo-psiko-sosyal gelişimini izler.

c) Ergenlik döneminde ortaya çıkabilecek riskli davranışlar (sigara, alkol ve madde bağımlılığı, intihar, şiddet davranışı, riskli cinsel davranışlar vb.) konusunda koruyucu müdahaleleri gerçekleştirir. Bu doğrultuda ergene, aileye ve topluma danışmanlık yapar.

ç) Orta yaşlılık ve yaşlılık dönemindeki bireylere bu dönem özellikleri hakkında bilgi verir. Bu dönemde ortaya çıkabilecek fiziksel, duygusal ve sosyal problemlerle başetme yöntemleri hakkında destek olur ve danışmanlık yapar.

d) Ruhsal bozuklukların, fiziksel hastalık sürecinin erken belirtisi ya da hastalığın etkeni olabileceğini bilir ve hastaların ve sağlıklı bireylerin genel sağlık düzeyini değerlendirir, risk faktörü analizi yapar.

e) Gebelik ve doğum süreci ile ilgili gelişebilecek ruhsal durumlara yönelik annelere eğitim yapar.

f) Birey ve aileye yardım için toplumsal destek sistemlerini örgütler.

g) Toplumdaki bireylerin, kullandığı ilaçlar, bitkiler, alternatif tedaviler, vitaminler veya besinsel destekleri gibi alternatif tıp uygulamalarını değerlendirir.

ğ) Riskli davranışlara (intihar, şiddet, kendine ve/veya çevresine zarar verme, kötüye kullanım, ihmal) ilişkin öykü alır, risk düzeyini değerlendirir.

h) Hastayla biyo-psiko-sosyal bir bütünlük içerisinde, terapötik iletişim tekniklerini ve kanıta dayalı değerlendirme araçlarını kullanarak sürekli ve sistematik biçimde veri toplar, gereksinimlerini ve sorunlarını belirler, hemşirelik bakımını planlar ve uygular.

ı) Gelişimsel, durumsal ve sosyal krizler için bireysel ya da grup danışmanlığı yapar, destek grupları oluşturur, psikososyal destek sunar.

i) Hastanın, tıbbi tedavisine uyumunu, ilaçların etkilerini ve yan etkilerini takip eder, yan etkilerle başa çıkmada yardımcı olur.

j) Ruhsal sorun yaşandığında uygun destek hizmetlerinin birey tarafından kullanımını sağlar.

k) Psikiyatrik hastalığın yeniden alevlenmesine neden olabilecek durumları (bilgi eksikliği, tedaviye uyumsuzluk, stres vb) saptar ve alevlenmeleri önlemede aile ile işbirliği sağlar.

l) Kronik psikiyatri hastalığı olan bireylerin taburculuk sonrası toplum içinde uyumlarını sağlamalarına yardımcı olur.

m) Psikiyatrik tedavi gören hastanın taburculuk sonrası hazırlanan ev programının uygulanmasında görev alır, hastanın toplumsal uyumunu sağlamaya yönelik girişimlerde bulunur ve rehabilitasyon ekibi ile işbirliği sağlar.

n) İyileşme ve yeni duruma uyum sürecinde aileye ve bireye destek olur.

o) Ruhsal bozukluğu olan bireyleri, toplumsal destek kaynaklarını kullanması için yönlendirir, destekler.

ö) Psikiyatrik tedavi gören hastaların topluma yeniden kazandırılması ve üretkenliklerini sağlamak için işverenler ve kuruluşlar ile ortak çalışmalarda bulunur.

p) Ruhsal bozukluğu olan hastaların topluma yeniden kazanımında rol alan dernekler ile işbirliği yapar ve hastaları yönlendirir.

r) Ruh sağlığı ile ilgili yasaları takip eder ve hasta ve aileyi yasalar hakkında bilgilendirir.

s) Koruyucu ruh sağlığına yönelik eğitim hizmetleri için, ilk ve orta dereceli okullarda, çeşitli sivil toplum örgütlerinde, basın ve medya aracılığıyla topluma bilgi aktarır.

ş) Birey, aile ve gruplarda olumlu sağlık davranışları geliştirmek için toplumdaki liderlerle işbirliği yapar ve onları harekete geçirir.

t) Uygun aile ortamı sağlamaya yönelik programlarda görev alır.

u) Toplumun ruh sağlığı inançları, tutumları ve damgalama ile mücadele programları yürütür ve görev alır.

ü) Stres ile başa çıkma, öfke kontrolü, kriz yönetimi, evlilik eğitimi gibi konularda eğitim ve danışmanlık hizmetleri olarak belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

3. ARAŞTIRMANIN GEREÇ VE YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Şekli

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma toplum ruh sağlığı merkezinde izlenen şizofren hastaların bakım vericilerin algılanan aile yükünü ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Çalışma Sivas toplum ruh sağlığı merkezinde 01.07.2012-30.09.2012 tarihleri arasında yapıldı. Sivas toplum ruh sağlığı merkezi 2012 yılında faaliyete girmiştir. Toplum ruh sağlığı merkezi Sivas merkezde Kadı Burhanettin mahallesinde toplumla iç içe hizmet vermeye devam etmektedir. Merkez konumu itibariye toplu taşıma araçlarıyla kolay ulaşılabilir özelliğindedir. Hastalar hafta içi her gün 08-17 saatleri arasında merkezde hizmet almaktadır. Toplum ruh sağlığı merkezine gelemeyecek durumda olan hastalara ev ziyaretleri yapılarak kendi yaşadığı ortamda rehabilite edilen hastaların toplumla yeniden bütünleşmeleri sağlanmakta, merkeze devam eden hasta ve ailesine psikoeğitim ile hastalıkları hakkında bilinçlendirme ve hastalıkla yaşamaları desteklenmekte, sosyal beceri eğitimi ile hastaların kaybettikleri yetilerinin yeniden kazandırması yapılmaktadır. Böylece toplum ruh sağlığı merkezlerinde hastaların alevleme dönemleri önlenmekte ve hastane yatışları engellenmektedir.

Sivas Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde giriş ve karşılama alanı, grup terapi alanı, uğraş terapi odaları/rehabilitasyon alanı, kütüphane ve okuma salonu, yemek alanı ve terapi mutfağı, çok amaçlı salon, ekip odası ve görüşme odası bulunmaktadır. Merkezde 1 uzman psikiyatrist, 4 hemşire, 1 psikolog, 1 sosyal hizmet uzmanı, 1 uğraş terapisti, 1 güvenlik görevlisi, 1 sekreter ve 1 temizlik elemanı görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sivas toplum ruh sağlığı merkezine başvuran ve il merkezinde oturan şizofreni tanısı almış hastaların birlikte yaşadığı aile üyesi oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini 01.07.2012-30.09.2012 tarihleri arasında Sivas Toplum ruh sağlığı merkezine başvuran, Sivas merkezde yaşayan, en az bir yıl önce şizofreni tanısı almış hastalarla en az 6 ay aynı evde birlikte yaşayan, tanı

konulmuş herhangi bir ruhsal hastalığı ve iletişim engeli olmayan 18 yaş ve üzeri, araştırmayı kabul eden 70 hastanın 140 aile üyesi oluşturmaktadır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri “Sosyodemografik Bilgi Formu”, “Algılanan Aile Yükü Ölçeği” “Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR)”, aracılığı ile toplanmıştır. Veri toplama araçları toplum ruh sağlığı merkezinde hasta yakınları ile yüz-yüze görüşme yolu ile doldurulmuştur.

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu (EK-1): Bu form araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmıştır (Schene ve ark., 2004; Glanville ve Dixon, 2005; Li ve ark., 2007; Zamzam ve ark., 2011; Arslantaş ve Adana, 2012). Formda şizofren bireyle ilgili olarak bireyin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitimi, hastalık süresi, son bir yılda hastaneye yatış sıklığı, en son hastaneye yatış tarihi, en son hastanede yatış süresini içeren 8 soru yer almıştır. Formda, şizofren bireyin aile üyelerine yönelik olarak yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim, meslek, hastaya yakınlık durumu, aile tipi, ailede yaşayan birey sayısı, ailede hasta dışında başka sağlık sorunu olan birey varlığı, ailede çocuk ve yaşlı bulunma durumu, hasta ile bir arada yaşama durumu, hastanın aldığı ilaçlar, hasta yakınına göre hastanın ilaç tedavisini sürdürme durumunun değerlendirilmesini içeren 16 soru bulunmaktadır.

3.4.2. Algılanan Aile Yükü Ölçeği (AAYÖ) (EK-2): Bu ölçek şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerinin yükünü değerlendirmek amacı ile Levene ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Arslantaş ve arkadaşları (2011) tarafından yapılmıştır. AAYÖ, 24 maddeden oluşmakta ve bakım vericinin son bir aydaki yükünü sorgulamaktadır. Ölçeğin değerlendirmesi iki basamakta yapılmaktadır: Birinci basamakta, hastada şu anda var olan davranışların neler olduğu, ikinci basamakta ise bu davranışların yakınları ne kadar rahatsız ettikleri belirlenmektedir. Birinci basamakta hasta yakınları hastalarında var olan davranışların hangisinin olduğunu işaretlemekte ve ikinci basamakta bu davranışların onu ne kadar rahatsız ettiğini belirtmektedir. Eğer belirli bir maddede sorgulanan davranış hastada yoksa o maddeye sıfır (0) verilerek sonraki maddeye geçilmektedir. Eğer sorgulanan davranış hastada bulunuyorsa

ikinci basamağa ilerlenmekte ve davranışın aileye verdiği rahatsızlık dörtlü likert tipi ölçek üzerinde hiç (1), biraz (2), oldukça (3) ya da çok fazla (4) olarak derecelendirilmektedir. Böylelikle her maddeye 0 ile 4 arası bir puan verilmiş olmaktadır. Bu puanların toplanması ile toplam puan elde edilmektedir. Levene ve arkadaşları. (1996), sorgulanan davranışların olup olmadığına ilişkin ilk aşama değerlendirmelerini toplam puanın nesnel bileşeni; sorgulanan davranışların verdiği rahatsızlığa ilişkin ikinci aşama değerlendirmelerini toplam puanın öznel bileşeni olarak tanımlamışlardır (Arslantaş ve ark., 2011).

3.4.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR) (EK-3): WHOQOL- BREF, DSÖ tarafından geliştirilmiş olup kişinin iyilik halini ölçen ve kültürler arası karşılaştırmaya olanak veren geniş kapsamlı bir yaşam kalitesi ölçeğidir. WHOQOL-BREF'in ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Fidaner ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır.

WHOQOL-BREF, genel algılanan yaşam kalitesi ve algılanan sağlık durumunun sorgulandığı iki soru ile birlikte toplam 26 soruyu kapsamaktadır. Türkçe geçerlilik çalışmaları sırasında bir ulusal soru eklenmesiyle oluşan WHOQOL-BREF-TR 27 sorudan oluşmaktadır. Soruların son 15 gün dikkate alınarak yanıtlanması istenmiştir WHOQOL-BREF-TR alt ölçekleri fiziksel alan (3, 4, 10, 15, 16, 17, 18 sorularından), ruhsal alan (5, 6, 7, 11, 19, 26), sosyal alan (20, 21, 22) ve çevresel alandan (8, 9, 12, 13,14, 23, 24, 25, 27) oluşmaktadır. İlk iki genel soru dışındaki sorular kullanılarak bedensel, psikolojik, sosyal, çevre ve ulusal çevre alan puanları hesaplanmıştır. WHOQOL-BREF uygulandıktan sonra 0-20 puan üzerinden hesaplanan fiziksel, psikolojik, sosyal, çevre ve ulusal çevre alan puanlarında puan yükseldikçe yaşam kalitesi de yükselmektedir (Fidaner ve ark., 1999).

Veri toplama araçları toplum ruh sağlığı merkezinde hasta yakınları ile yüz-yüze görüşme yolu ile uygulanmıştır.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 14.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma), niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı

Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplararası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis Testi kullanıldı. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ve regresyon analizi ile test edildi. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu: Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Etik Kurulundan 12.06.2012 tarih ve 2012-06/13 no'lu kararla yazılı izin alınmıştır. Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayandığından aile üyelerine araştırma hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgi verildi ve onam formları imzalatıldı.

4. BULGULAR

Bu araştırma, şizofren tanılı 70 hastanın birlikte yaşadığı 140 aile bireyi ile yapılmıştır.

Tablo 1. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ve hastalık süreci ile ilgili bilgiler

Hasta		
Yaş ortalaması=42.17 ± 1.07		
Yaş	Sayı	%
21-30 Yaş	8	11.4
31-40 Yaş	21	30.0
41-50 Yaş	25	35.7
51 yaş ve üstü	16	22.9
Cinsiyet		
Kadın	27	38.6
Erkek	43	61.4
Medeni durum		
Bekar	35	50.0
Evli	24	34.3
Dul	11	15.7
Eğitim		
Okuryazar değil	11	15.7
Okuryazar	11	15.7
İlkokul	23	32.9
Lise	21	30.0
Lisans	4	5.7
Hastalık süresi		
1-10 Yıl	13	18.6
11-20 Yıl	28	40.0
21-30 Yıl	21	30.0
31 Yıl ve üstü	8	11.4
Son bir yılda hastaneye yatış sıklığı (n=46)		
Bir	20	43.5
İki	10	21.8
Üç ve üzeri	16	34.7

Tablo 1'nin devamı

En son hastaneye yatış		
3 yıl önce	25	35.7
2 yıl önce	10	14.3
1 yıl önce	35	50.0
Hastanede yatış süresi		
1-2 Hafta	24	34.2
3-4 Hafta	41	58.5
5 Hafta ve üzeri	5	7.3

Tablo 1'de hastaların sosyo-demografik özellikleri ve hastalık süreci ile ilgili bilgiler görülmektedir. Hastaların; %35.7'nin 41-50 yaş arasında olduğu, %61.4'nün erkek, %50'nin bekar, %32.9'nun ilkokul mezunu, %40'nın 11-20 yıllık hastalık tanısı olduğu, %43.5'nin hastane yatış sıklığının bir olduğu, %50'nin bir yıl önce hastane yatışının olduğu ve %58.5'nin en son hastanede 3-4 hafta yattığı saptanmıştır.

Tablo 2. Hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri ve hastalık süreci ile ilgili bilgilerin dağılımı

Hasta yakınları		Yaş ortalaması=46.8 ± 1.72	
Yaş grubu	Sayı	%	
18-20 yaş	12	8.6	
21-30 yaş	21	15.0	
31-40 yaş	15	10.7	
41-50 yaş	26	18.6	
51 yaş ve üstü	66	47.1	
Cinsiyet			
Kadın	86	61.4	
Erkek	54	38.6	
Medeni durum			
Bekar	40	28.6	
Evli	70	50.0	
Dul	30	21.4	
Meslek			
Ev hanımı	70	50.0	
Memur	10	7.1	
Emekli	24	17.1	
İşçi	10	7.1	
Serbest	15	10.7	
Öğrenci	11	8.0	
Aile yapısı			
Çekirdek	135	96.4	
Geniş	5	3.6	
Ailede yaşayan birey sayısı			
İki	16	11.4	
Üç	45	32.1	
Dört	39	27.9	
Beş ve daha fazla	40	28.6	
Ailede çocuk			
Var	28	20.0	
Yok	112	80.0	

Tablo 2'nin devamı

Ailede yaşlı		
Var	26	18.6
Yok	114	81.4
Başka sağlık sorunu olan birey		
Var	114	81.4
Yok	26	18.6
Bakım vericinin hastaya yakınlık durumu		
Anne	37	26.4
Baba	25	17.9
Kardeş	24	17.1
Eş	24	17.1
Çocuk	22	15.7
Diğer*	8	5.8
Hastaya bakım verme süresi		
1-10 yıl	37	26.4
11-20 yıl	65	46.4
21-30 yıl	30	21.5
31-40 yıl	8	5.7
Hastanın bakımında destek alma		
Evet	61	43.6
Hayır	79	56.4
Destek almama nedeni (n=79)		
Yardım edecek birey olmaması	21	26.6
Yardım etmek istenmemesi	34	43.0
Hasta yakınlarının gerek duymaması	24	30.4
Aile üyesine göre hastanın ilaç tedavisini sürdürme durumu		
Yardımsız sürdürüyor	42	30.0
Yardımla sürdürüyor	63	45.0
Sürdüremiyor	35	25.0
Toplam	140	100.0

* hala, dayı, kuzen, yenge

Tablo 2’de hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri ve hastalık süreci ile ilgili bilgiler görülmektedir. Hasta yakınlarının %47.1’nin 51 yaş ve üst grubunda, %61.4’nün kadın, %50’sinin evli, %50’sinin ev hanımı, %96.4’ünün çekirdek ailede yaşadığı, %32.1’inin üç kişilik ailede yaşadığı, %25.4’nün hastanın annesi olduğu, %46.4’nün hastaya bakım verme süresinin 11-20 yıl olduğu, %81.4’nün ailesinde başka sağlık sorunu olan birey olduğu, %80’nin ailesinde çocuk olmadığı, %81.4’nün ailesinde yaşlı olmadığı, %56.4’nün hastanın bakımında destek almadığı, %43.0’nün yardım edilmek istenmemesi nedeniyle destek alamadığı, hastaların %45’nin ilaç tedavisini yardımla sürdürdüğü saptanmıştır.

Tablo 3. Hasta yakınlarının algılanan aile yükü ve yaşam kalitesi puanları

Algılanan aile yükü	Min-Max	X ±SD
Objektif yük algısı	1.00-24.00	11.95±5.61
Subjektif yük algısı	2.00-60.00	27.46±13.81
Toplam yük algısı	0.00-84.00	39.40±19.19
Yaşam kalitesi		
Fiziksel alan	4.00-19.00	11.84±4.18
Ruhsal alan	4.00-20.00	11.32±3.61
Sosyal alan	4.00-20.00	9.80±3.84
Çevresel alan	5.00-20.00	11.42±2.69

Tablo 3’de hasta yakınlarının algılanan aile yükü ve yaşam kalitesi puanları görülmektedir. Hasta yakınlarının; objektif yük algısı puanının 1-24 arasında değiştiği, ortalama 11.95 ± 5.61 ; subjektif yük algısı puanının 2-60 arasında değiştiği, ortalama 27.46 ± 13.81 ; toplam yük algısı puanının 0-84 arasında değiştiği, ortalama 39.40 ± 19.19 olduğu saptanmıştır.

Yaşam kalitesi ölçeğinin; fiziksel alan puanının 4-19 arasında değiştiği, ortalama 11.84 ± 4.18 , ruhsal alan puanının 4-20 arasında değiştiği, ortalama 11.32 ± 3.61 , sosyal alan puanının 4-20 arasında değiştiği, ortalama 9.80 ± 3.84 ve çevresel alan puanı 5-20 arasında değiştiği, ortalama 11.42 ± 2.69 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. Hasta yakınlarının mesleklerine göre algılanan aile yükü puanları

Meslek	Algılanan aile yükü		
	Objektif yük algısı X ±SD	Subjektif yük algısı X ±SD	Toplam yük algısı X ±SD
Ev hanımı	13.05±5.22	31.05±12.71	44.11±17.59
Memur	8.200±5.80	18.30±14.12	26.20±20.09
Emekli	11.00±5.54	24.00±14.84	35.00±20.17
İşçi	10.00±4.59	19.70±8.73	29.70±13.04
Serbest	14.20±5.90	32.40±12.54	46.60±18.34
Öğrenci	9.18±6.04	20.81±14.56	30.00±20.47
	KW=13.626 p=0.018	KW=19.395 p=0.002	KW=17.699 p=0.003

Tablo 4'te hasta yakınlarının mesleklerine göre algılanan aile yükü puanları görülmektedir. Hasta yakınlarının mesleklerine göre algılanan aile yükü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Memur olarak çalışan bakım vericilerin tüm algılanan aile yükü puanları yüksek bulunmuştur.

Tablo 5. Ailede başka sağlık sorunu olan birey olma durumuna göre bakım vericilerin algılanan aile yükü puanları

Ailede hastadan başka hasta	Algılanan aile yükü		
	Objektif yük algısı X ±SD	Subjektif yük algısı X ±SD X ±SD	Toplam yük algısı X ±SD
Var	12.38±5.54	28.66±14.03	41.05±19.32
Yok	10.07±5.67	22.19±11.59	32.15±17.17
	U=1147.500 p=0.073	U =1110.500 p=0.046	U =1125.000 p=0.056

Tablo 5'te ailede başka sağlık sorunu olan birey olma durumuna göre bakım vericilerin algılanan aile yükü puanları görülmektedir. Ailede başka sağlık sorunu olan birey olma durumuna göre bakım vericilerin algılanan aile yükü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ailede başka sağlık sorunu olan bireyin olduğu ailelerde yaşayan hasta yakınlarının subjektif yük algısı puanı yüksek bulunmuştur. Ayrıca ailede başka sağlık sorunu olan aile üyelerinin toplam algılanan aile yükü puanı daha yüksektir.

Tablo 6. Aile üyelerinin hastaya yakınlık durumuna göre algılanan aile yükü puanları

Aile üyelerinin hastaya yakınlık durumu	Algılanan aile yükü		
	Objektif yük algısı X ±SD	Subjektif yük algısı X ±SD	Toplam yük algısı X ±SD
Anne	11.64±5.20	27.73±13.04	39.37±17.95
Baba	10.72±4.97	22.84±12.55	33.56±17.22
Kardeş	10.66±5.62	24.29±14.31	34.95±19.63
Eş	13.45±5.95	31.66±14.31	45.00±20.29
Çocuk	14.22±6.42	32.90±14.58	47.13±20.82
Diğer	10.37±4.40	22.62±9.79	33.00±13.75
	KW=9.315 p=0.097	KW=12.623 p=0.027	KW=11.938 p=0.036

Tablo 6’da aile üyelerinin hastaya yakınlık durumuna göre algılanan aile yükü puanları görülmektedir. Aile üyelerinin hastaya yakınlık durumuna göre algılanan aile yükü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hastaya yakınlık durumuna göre; çocuk konumunda olan hasta yakınlarının subjektif yük ve toplam yük algısı puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 7. Hasta yakınlarının hastanın bakımında destek almama nedenine göre algılanan aile yükü puanları

Destek almama nedeni	Algılanan aile yükü		
	Objektif yük Algısı X ±SD	Subjektif yük Algısı X ±SD	Toplam yük algısı X ±SD
Yardım edecek kimse olmaması	12.76±6.00	29.52±15.59	42.28±21.34
Yardım etmemeleri	12.36±4.82	28.63±11.87	40.99±16.41
Gerek duymama	8.54±4.62	18.12±11.58	26.54±16.17
	KW=8.361 p=0.039	KW=11.119 p=0.011	KW=10.901 p=0012

Tablo 7’de hasta yakınlarının hastanın bakımında destek almama nedenine göre algılanan aile yükü puanları görülmektedir. Hasta yakınlarının hastanın bakımında destek almama nedenine göre algılanan aile yükü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hastanın bakımında destek almaya gerek duymayan hasta yakınlarının objektif yük, subjektif yük ve toplam yük algısı puanları düşük bulunmuştur.

Tablo 8. Hastanın ilaç tedavisini sürdürme durumuna göre algılanan aile yükü puanları

İlaç tedavisini sürdürme durumu	Algılanan aile yükü		
	Objektif yük algısı	Subjektif yük algısı	Toplam yük algısı
	X ±SD	X ±SD	X ±SD
Yardımsız sürdürüyor	6.38±3.12	14.52±7.24	20.83±10.35
Yardımla sürdürüyor	13.14±4.66	30.95±12.45	44.09±16.73
Sürdüremiyor	16.51±3.89	36.71±10.77	53.22±14.25
	KW=68.503 p=0.000	KW=60.165 p=0.000	KW=62.841 p=0.000

Tablo 8’de hastanın ilaç tedavisini sürdürme durumuna göre algılanan aile yükü puanları görülmektedir. Hasta yakınlarına göre hastanın ilaç tedavisini sürdürme durumu algılanan aile yükü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). İlaç tedavisini yardımsız sürdüren hastaların yakınlarının objektif yük, subjektif yük ve toplam yük algısı puanları düşük bulunmuştur.

Tablo 9. Hasta yakınlarının yaş grubuna göre yaşam kalitesi puanları

Yaş grubu	Yaşam Kalitesi			
	Fiziksel alan	Ruhsal alan	Sosyal alan	Çevresel alan
	X ±SD	X ±SD	X ±SD	X ±SD
18-20 yaş	16.47±1.45	15.61±7.32	12.16±3.56	13.03±3.34
21-30 yaş	15.97±1.59	14.98±3.47	13.23±3.02	12.46±1.89
31-40 yaş	13.98±2.62	12.57±2.48	9.55±3.63	11.52±2.02
41-50 yaş	12.76±2.82	12.76±4.66	10.94±3.33	12.01±2.78
51 yaş ve üstü	8.87±3.33	9.14±3.23	7.90±3.09	10.56±2.66
	KW=83.008 p=0.000	KW=54.535 p=0.000	KW=43.792 p=0.000	KW=15.254 p=0.000

Tablo 9’da hasta yakınlarının yaş grubuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanları görülmektedir. Hasta yakınlarının yaş gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). 51 yaş ve üzeri hasta yakınlarında yaşam kalitesinin tüm alt grup puanlarının düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 10. Hasta yakınlarının cinsiyete göre yaşam kalitesi puanları

Cinsiyet	Yaşam kalitesi			
	Fiziksel alan X ±SD	Ruhsal alan X ±SD	Sosyal alan X ±SD	Çevresel alan X ±SD
Kadın	11.29±3.93	11.45±5.32	9.71±3.75	11.05±2.85
Erkek	12.73±4.44	11.85±3.43	9.93±4.02	12.02±2.37
	U =1 784.000 p=0.021	U =1 855.000 p=0.045	U =2 230.000 p=0.692	U =1 803.000 p=0.026

Tablo 10’da hasta yakınlarının cinsiyete göre yaşam kalitesi ölçeği puanları görülmektedir. Hasta yakınlarının cinsiyete göre yaşam kalitesi ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kadın hasta yakınlarında yaşam kalitesinin; fiziksel alan, ruhsal alan ve çevresel alan puanlarının düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 11. Hasta yakınlarının medeni duruma göre yaşam kalitesi puanları

Medeni durum	Yaşam kalitesi			
	Fiziksel alan X ±SD	Ruhsal alan X ±SD	Sosyal alan X ±SD	Çevresel alan X ±SD
Bekar	15.60±2.48	14.14±4.43	11.76±4.01	12.43±2.63
Evli	10.41±3.66	10.97±4.72	9.31±3.43	11.21±2.55
Dul	9.79±3.83	9.40±3.11	8.07±3.43	10.46±2.80
	KW=57.099 p=0.000	KW=32.911 p=0.000	KW=16.258 p=0.000	KW=8.847 p=0.012

Tablo 11’de hasta yakınlarının medeni duruma göre yaşam kalitesi ölçeği puanları görülmektedir. Hasta yakınlarının medeni duruma göre yaşam kalitesi ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bekar olan hasta yakınlarında yaşam kalitesinin; fiziksel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 12. Hasta yakınlarının mesleklerine göre yaşam kalitesi puanları

Meslek	Yaşam kalitesi			
	Fiziksel alan X ±SD	Ruhsal alan X ±SD	Sosyal alan X ±SD	Çevresel alan X ±SD
Ev hanımı	10.62±3.55	11.02±5.56	8.91±3.13	10.61±2.70
Memur	15.82±1.96	14.46±1.86	13.93±1.67	14.75±1.76
Emekli	8.52±3.52	9.11±3.49	7.77±3.39	10.79±2.37
İşçi	14.80±4.14	13.66±3.47	11.00±4.41	12.53±2.45
Serbest	15.01±2.42	12.48±1.56	9.86±3.40	11.25±1.34
Öğrenci	16.26±1.54	15.09±0.85	14.90±3.50	14.18±1.31
	KW=61.170 p=0.000	KW=47.699 p=0.000	KW=39.584 p=0.000	KW=38.909 p=0.012

Tablo 12’de hasta yakınlarının mesleklerine göre yaşam kalitesi alt grup puanları görülmektedir. Hasta yakınlarının mesleklerine göre yaşam kalitesi ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Emekli olan hasta yakınlarında yaşam kalitesinin; fiziksel alan, ruhsal alan sosyal alan puanlarının diğer meslek gruplarındaki hasta yakınlarının puanlarından düşük olduğu, çevresel alan puanının ise ev hanımı ve emekli hasta yakınlarında birbirine yakın ve düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 13. Hasta yakınlarının aile yapısına göre yaşam kalitesi puanları

Aile yapısı	Yaşam kalitesi			
	Fiziksel alan X ±SD	Ruhsal alan X ±SD	Sosyal alan X ±SD	Çevresel alan X ±SD
Çekirdek Aile	11.92±4.15	11.59±4.43	9.87±3.81	11.53±2.67
Geniş Aile	9.94±5.02	12.13±10.01	7.73±4.46	8.62±2.44
	U =257.000 p=0.365	U =276.000 p=0.489	U =228.000 p=0.216	U =140.500 p=0.027

Tablo 13’de hasta yakınlarının aile yapısına göre yaşam kalitesi alt grup puanları görülmektedir. Hasta yakınlarının aile yapısına göre yaşam kalitesi ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), çekirdek ailede yaşayan hasta yakınlarının çevresel alan puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 14. Aile üyelerinin ailede yaşayan birey sayısına göre yaşam kalitesi puanları

Ailede yaşayan birey sayısı	Yaşam kalitesi			
	Fiziksel alan X ±SD	Ruhsal alan X ±SD	Sosyal alan X ±SD	Çevresel alan X ±SD
İki	9.75±3.76	9.37±3.21	8.87±3.36	11.11±2.76
Üç	11.03±4.44	10.44±3.62	9.18±4.03	10.84±2.66
Dört	13.17±3.80	13.48±5.82	11.47±3.69	12.28±2.53
Beş ve daha fazla	12.31±3.99	11.98±4.34	9.23±3.57	11.37±2.78
	KW=10.208 p=0.017	KW=12.954 p=0.005	KW=9.823 p=0.020	KW=5.676 p=0.128

Tablo 14’de aile üyelerinin ailede yaşayan birey sayısına göre yaşam kalitesi puanları görülmektedir. Aile üyelerinin ailede yaşayan birey sayısına göre yaşam kalitesi ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Dört bireyden oluşan ailelerin fiziksel alan, ruhsal alan ve sosyal alan puanları diğer gruplardan yüksek bulunmuştur. Ailede yaşayan birey sayısı 2 olan hasta yakınlarında yaşam kalitesinin fiziksel alan, ruhsal alan ve sosyal alan puanlarının düşük olduğu bulunmuştur.

Tablo 15. Hasta yakınlarının ailede yaşlı olma durumuna göre yaşam kalitesi puanları

Ailede yaşlı	Yaşam kalitesi			
	Fiziksel alan X ±SD	Ruhsal alan X ±SD	Sosyal alan X ±SD	Çevresel alan X ±SD
Evet	8.59±3.70	8.76±3.51	6.71±3.11	10.41±2.91
Hayır	12.59±3.93	12.25±4.68	10.50±3.65	11.66±2.61
	U =696.500 p=0.000	U =731.000 p=0.000	U =624.500 p=0.000	U =1 038.500 p=0.017

Tablo 15’de hasta yakınlarının ailede yaşlı birey olma durumuna göre yaşam kalitesi alt grup puanları görülmektedir. Hasta yakınlarının ailede yaşlı birey olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ailede yaşlı birey bulunan hasta yakınlarında yaşam kalitesinin; fiziksel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puanları düşük bulunmuştur.

Tablo 16. Ailede başka sağlık sorunu olan birey olma durumuna göre bakım vericilerin yaşam kalitesi puanları

Ailede hastadan başka hasta	Yaşam kalitesi			
	Fiziksel alan X ±SD	Ruhsal alan X ±SD	Sosyal alan X ±SD	Çevresel alan X ±SD
Var	11.33±4.14	11.45±5.32	9.71±3.75	11.05±2.85
Yok	14.08±3.62	11.85±3.43	9.93±4.02	12.02±2.37
	U =865.000 p=0.001	U =810.500 p=0.000	U =937.000 p=0.003	U =800.500 p=0.000

Tablo 16’da ailede başka sağlık sorunu olan birey olma durumuna göre bakım vericilerin yaşam kalitesi puanları görülmektedir. Ailede başka sağlık sorunu olan birey olma durumuna göre bakım vericilerin yaşam kalitesi ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ailede başka sağlık sorunu birey olan bakım vericilerin fiziksel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puanlarının düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 17. Aile üyelerinin hastaya yakınlık durumu göre yaşam kalitesi puanları

Aile üyelerinin hastaya yakınlığı	Yaşam kalitesi			
	Fiziksel alan X ±SD	Ruhsal alan X ±SD	Sosyal alan X ±SD	Çevresel alan X ±SD
Anne	9.56±3.07	10.18±4.64	8.27±3.32	10.64±2.69
Baba	9.66±3.76	9.86±3.42	8.26±3.94	11.236±2.51
Kardeş	15.45±3.18	13.50±2.76	11.08±4.55	12.59±2.62
Eş	10.54±3.82	10.41±3.42	9.83±2.85	10.75±2.28
Çocuk	15.35±2.52	14.18±5.87	12.18±3.29	12.14±3.04
Diğer	12.71±3.87	14.50±6.85	11.16±3.08	12.22±2.71
	KW=62.724 p=0.000	KW=35.312 p=0.000	KW=21.779 p=0.001	KW=10.495 p=0.062

Tablo 17’de aile üyelerinin hastaya yakınlık durumuna göre yaşam kalitesi puanları görülmektedir. Aile üyelerinin hastaya yakınlık durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Hastaya yakınlık durumuna göre; anne, baba ve eş konumundaki hasta yakınlarında yaşam kalitesinin; fiziksel alan, ruhsal alan ve sosyal alan puanlarının birbirine yakın ve düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 18. Bakım verme süresine göre bakım vericilerin yaşam kalitesi puanları

Aile üyelerinin tanı konulduktan sonra hastayla birlikte yaşadığı süre	Yaşam kalitesi			
	Fiziksel alan X ±SD	Ruhsal alan X ±SD	Sosyal alan X ±SD	Çevresel alan X ±SD
1-10 yıl	13.94±2.94	14.53±5.31	10.93±2.98	12.00±2.40
11-20 yıl	14.16±3.64	13.33±6.07	11.15±3.52	12.36±3.35
21-30 yıl	13.65±3.07	13.31±3.97	11.79±3.47	11.94±2.12
31-40 yıl	10.36±4.16	10.20±3.61	8.53±3.76	11.16±2.63
	KW=62.724 p=0.000	KW=35.312 p=0.000	KW=21.779 p=0.001	KW=10.495 p=0.062

Tablo 18’de bakım verme süresine göre bakım vericilerin yaşam kalitesi puanları alt grup puanları görülmektedir. Bakım verme süresine göre bakım vericilerin yaşam kalitesi ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Tanı konulduktan sonra hastayla birlikte 31-40 yıl yaşayan hasta yakınlarının fiziksel alan, ruhsal alan ve sosyal alan puanları diğer gruplardan düşük bulunmuştur.

Tablo 19. Hasta yakınlarının hastanın bakımında destek alma durumuna göre yaşam kalitesi puanları

Hastanın bakımında destek	Yaşam kalitesi			
	Fiziksel alan X ±SD	Ruhsal alan X ±SD	Sosyal alan X ±SD	Çevresel alan X ±SD
Alıyor	12.52±3.92	12.56±5.67	11.02±3.67	11.72±2.56
Almıyor	11.32±4.32	10.86±3.59	8.85±3.72	11.20±2.81
	U =2.023.500 p=0.104	U =2.028.000 p=0.108	U =1.608.500 p=0.001	U =2.135.000 p=0.248

Tablo 19’da hasta yakınlarının hastanın bakımında destek alma durumuna göre yaşam kalitesi puanları görülmektedir. Hasta yakınlarının hastanın bakımında destek alma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hastanın bakımında destek almayan hasta yakınlarının sosyal alan puanı düşük bulunmuştur.

Tablo 20. Hasta yakınlarının hastanın bakımında destek almama nedenine göre yaşam kalitesi puanları

Destek almama nedeni	Yaşam kalitesi			
	Fiziksel alan X ±SD	Ruhsal alan X ±SD	Sosyal alan X ±SD	Çevresel alan X ±SD
Yardım edecek birey olmaması	10.25±4.24	9.52±3.27	7.61±2.91	9.90±2.37
Yardım etmek istenmemesi	10.96±4.49	10.74±3.68	9.35±3.6	11.07±2.64
Gerek duyulmaması	12.83±3.98	12.38±3.33	9.58±4.14	12.66±2.82
	KW=4.221 p=0.239	KW=8.337 p=0.040	KW=6.725 p=0.081	KW=11.983 p=0.007

Tablo 20’de hasta yakınlarının hastanın bakımında destek almama nedenine göre yaşam kalitesi puanları görülmektedir. Hasta yakınlarının hastanın bakımında destek almama nedenine göre yaşam kalitesi ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hastanın bakımında yardım edecek kimsenin bulunmaması nedeniyle destek alamayan hasta yakınlarında yaşam kalitesinin; ruhsal alan ve çevresel alan puanları daha düşük bulunmuştur.

Tablo 21. Hastanın ilaç tedavisini sürdürme durumuna göre hasta yakınlarının yaşam kalitesi puanları

İlaç tedavisini sürdürme durumu	Yaşam kalitesi			
	Fiziksel alan X ±SD	Ruhsal alan X ±SD	Sosyal alan X ±SD	Çevresel alan X ±SD
Yardımsız	13.12±3.60	13.31±4.17	11.04±4.08	13.03±2.13
Yardımla	11.17±4.34	10.97±4.94	9.37±3.89	11.16±2.74
Sürdüremiyor	11.52±4.28	10.70±4.32	9.06±3.14	9.98±2.30
	KW=5.197 p=0.074	KW=15.588 p=0.000	KW=6.945 p=0.031	KW=28.227 p=0.000

Tablo 21’de hastanın ilaç tedavisini sürdürme durumu hasta yakınlarının yaşam kalitesi puanları görülmektedir. Hastanın ilaç tedavisini sürdürme durumu göre hasta yakınlarının yaşam kalitesi ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). İlaç tedavisini yardımsız sürdüren hastaların yakınlarında yaşam kalitesinin; ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puanları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 22. Hasta yakınlarında algılanan aile yükü ve yaşam kalitesi ilişkisi

Algılanan aile yükü	Yaşam kalitesi	r	p
Objektif yük algısı	Fiziksel alan	r= -0.127	p= 0.136
	Ruhsal alan	r= -0.255	p= 0.002
	Sosyal alan	r= -0.133	p= 0.118
	Çevresel alan	r= -0.402	p= 0.000
Subjektif yük algısı	Fiziksel alan	r= -0.146	p= 0.085
	Ruhsal alan	r= -0.252	p= 0.003
	Sosyal alan	r= -0.125	p= 0.143
	Çevresel alan	r= -0.400	p= 0.000
Toplam yük algısı	Fiziksel alan	r= -0.143	p= 0.092
	Ruhsal alan	r= -0.251	p= 0.003
	Sosyal alan	r= -0.124	p= 0.145
	Çevresel alan	r= -0.399	p= 0.000

Tablo 22’de hasta yakınlarında algılanan aile yükü ve yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki görülmektedir. Hasta yakınlarında objektif yük, subjektif yük ve toplam yük algısı puanları ile yaşam kalitesinin ruhsal alan, çevresel alan puanları arasında istatistiksel olarak orta düzeyde anlamlı negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Hasta yakınlarında objektif, subjektif ve toplam yük algısı puanları arttıkça ruhsal ve çevresel alan puanları azalmaktadır.

Tablo 23. Hasta yakınının yaşı, hastayla yaşadığı süre ile algılanan aile yükü ve yaşam kalitesi ilişkisi

	Algılanan aile yükü	r	p
Yaş	Objektif yük algısı	r= -0.154	p=0.069
	Subjektif yük algısı	r= -0.168	p=0.047
	Toplam yük algısı	r= -0.166	p=0.049
Hasta ile yaşanılan süre	Objektif yük algısı	r= -0.052	p= 0.544
	Subjektif yük algısı	r= -0.054	p= 0.524
	Toplam yük algısı	r= -0.055	p= 0.519
Yaşam kalitesi			
Yaş	Fiziksel alan	r= -0.770	p=0.000
	Ruhsal alan	r= -0.588	p=0.000
	Sosyal alan	r= -0.334	p=0.000
	Çevresel alan	r= -0.384	p=0.000
Hasta ile yaşanılan süre	Fiziksel alan	r= -0.497	p=0.000
	Ruhsal alan	r= -0.428	p= 0.000
	Sosyal alan	r= -0.322	p= 0.000
	Çevresel alan	r= -0.327	p= 0.000

Tablo 23’de hasta yakınının yaşı, hastayla birlikte yaşadığı süre ile algılanan aile yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki görülmektedir. Hasta yakınının yaşı ile subjektif algılanan aile yükü ve toplam algılanan aile yükü algısı arasında anlamlı zayıf negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hasta yakınının yaşı arttıkça subjektif algılanan aile yükü ve toplam yük algısı puanı azalmaktadır. Hasta yakınının yaşı ve hasta ile yaşanılan süre ile yaşam kalitesi alt gruplarının tümü arasında anlamlı orta düzeyde negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hasta yakınının yaşı ve hasta ile yaşanılan süre arttıkça yaşam kalitesi alt grup puanları azalmaktadır

5. TARTIŞMA

Şizofren hastaya bakım verenlerde algılanan aile yükü ve yaşam kalitesinin araştırıldığı bu çalışmada; şizofren hastaların çoğunun erkek (%61.4), üçte ikisinin 31-50 yaş arasında olduğu, yarısının bekar, üçte birinin ilkökul mezunu, yarıya yakınının hastalık tanısının 11-20 yıl olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda şizofren hastaların çoğunlukla genç ve orta yaş yetişkin olduğu, yarıdan fazlasının bekar olduğu ve eğitim düzeyinin ilkökul mezunu veya okuryazar olduğu, hastalık süresinin uzun olduğu saptanmıştır. Çalışma bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir (Gümüş, 2006; Hanzawa ve ark., 2008; Arslantaş ve Adana, 2012).

Şizofren hastalarının bakımından sorumlu olan hasta yakınlarının çoğunlukla 51 ve üstü (%47.1) yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin yaşları farklılık göstermektedir. Zahid ve Ohaeri (2010) şizofreni hastalarının bakımından sorumlu aile üyelerinin yaş ortalamalarının %45.5'nin 41-75 yaş grubunda olduğunu belirlemiştir. Malezya'da yapılan bir çalışmada hasta yakınlarının %66.8'nin 45 yaşından küçük olduğu (Zamzam ve ark., 2011), Hong Kong'da yapılan benzer bir çalışmada ise hasta yakınlarının %39.9'nun 40-49 yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir (Chien ve ark., 2008). Şizofren hastaya bakım verenlerin orta yaş yetişkinler olduğu görülmektedir.

Çalışmada şizofren hastaların bakımında daha çok kadınların (%61.4) yer aldığı bulunmuştur. Literatürde hasta bakımında sorumluluk alan aile üyelerinde cinsiyetin değişiklik gösterdiği ve kadınların erkeklerden daha fazla sorumluluk aldıkları belirtilmektedir (Magliano ve ark., 2000; Rammohan ve ark., 2002; Navidian ve ark., 2008). Ukpong (2012) şizofreni hastalarına bakım verenlerin %58'nin kadın olduğunu, Magliano ve arkadaşları (2000), şizofren hastaların bakımında kadın aile üyelerinin (%55.5) erkeklere göre daha fazla sorumluluk aldığını, Magana ve arkadaşları (2007), kadın aile üyelerinin şizofren hastaların bakımında erkek aile üyelerine göre daha fazla katılım gösterdiklerini, Sharif ve arkadaşları (2012), şizofren hastaların bakımında kadınların (%63) daha fazla sorumluluk aldığını saptamıştır. Çalışma bulguları diğer çalışma sonuçları ile benzerdir.

Çalışmada şizofren hastaların bakımından sorumlu hasta yakınlarının yarısının (%50) evli olduğu saptanmıştır. Roick ve arkadaşları (2007), şizofrenide bakım veren hasta yakınlarının %70'inin, Navidian ve arkadaşları (2012), %92'sinin, Li ve arkadaşları (2004) %60'nın evli olduğunu saptamıştır. Şizofren hastaların bakımının çoğunlukla aile ortamında sürdürüldüğü görülmektedir.

Çalışmada hasta yakınlarının yarısının (%50) ev hanımı olduğu saptanmıştır. Wong ve arkadaşları (2012), şizofren hastaların bakımından sorumlu aile üyelerinin %38.7'sinin ev hanımı olduğunu, Navidian ve arkadaşları (2012), bakım veren aile üyelerinin %56'sının ev hanımı olduğunu saptamıştır. Bakım rolünün kadınlara daha yakın görülmesi ve hastanın ev ortamında yaşamak zorunda kalmasının bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada hasta yakınlarının çoğunun çekirdek ailede (%96.4) yaşadığı ve ailelerinin çoğunluğunun üç kişiden (%32.1) oluştuğu belirlenmiştir. Anjum ve arkadaşları (2010), şizofren hastaların aile üyelerinin %68'nin çekirdek ailede yaşadığını, Chien ve arkadaşları (2005) hasta ile yaşayan aile üyesi sayısının %32.1'nin bir kişiden oluştuğunu saptamıştır. Çekirdek ailelerde ailedeki üye sayısı az olduğundan aile üyeleri hastanın bakımını sürdürmede daha fazla zorlanabilmektedir (Magliano ve ark., 2005).

Çalışmada şizofren hastaların yaşadığı ailelerin %20'de çocuk, %18.6'sında yaşlı olduğu saptanmıştır. Ailede bakım vermeyi gerektiren çocuk veya yaşlı aile üyesinin olması, şizofren hastaya bakım veren bireyin hastanın dışındaki bu aile üyesi için zaman ayırmasını da gerektirdiğinden bakım vericinin yükü artmaktadır (Roick, 2006).

Çalışmada bakım veren aile üyelerinin %81.4'de bir hastalık olduğu saptanmıştır. Çalışmada bakım vericilerin çoğunun orta yetişkin yaş grubunda olduğu (Tablo 1) görülmüştür. Kronik hastalıklar genellikle bu yaşlarda ortaya çıktığı gibi kronik ruhsal sorunlu hastanın bakımını sürdürmek bakım vericilerde ruhsal ve fiziksel hastalıklara yatkınlığı artırmaktadır (Magliano ve ark., 2005).

Çalışmada bakım vericilerin çoğunlukla anne veya baba olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda şizofren hastaların bakım vericilerinin çoğunlukla anne olduğu (Avcı ve Bayraktar, 2004; Maldonado ve ark., 2005)

Wong ve ark., 2012), bazı çalışmalarda da bakım vericilerin anne ve baba olduğu belirlenmiştir (Chien ve ark., 2005; Aydın ve ark., 2009). Shibre ve arkadaşları (2001), ise bakım verici kişilerin daha çok hastanın eşi ve annesi olduğunu saptamıştır.

Çalışmada aile üyelerinin yaklaşık yarısının (%46.4) hastaya bakım verme süresinin 11-20 yıl olduğu saptanmıştır. Wong ve arkadaşları (2012), ailelerin %29.1'nin hasta ile 0-5 yıl, %26.9'nun 11-20 yıl hasta ile yaşadığını saptamıştır. Şizofreni erken yaşlarda başlayan kronik bir hastalık olduğundan ailenin hasta ile uzun yıllar yaşaması beklendiği bir sonuçtur.

Çalışmada bakım veren aile üyelerinin hastanın bakımında (%56.4) destek almadığı ve yardım edecek kimsenin olmadığı (%43.0) saptanmıştır. Bu sonuçta yardım edecek kimsenin olmaması toplumda ruhsal hastalıklara özellikle şizofreniye yönelik stigma ile ailenin hastayı ev içinde tutma eğilimi ile açıklanabilir. Bakım verenlerin destek almak istememesinde stigma ya da kendisinden başkasının hastaya bakamayacağı düşüncesinin etkili olacağı düşünülmektedir (Yusuf ve ark., 2009).

Çalışmada hastaların yaklaşık yarısının (%45) ilaç tedavisini yardımla sürdürdüğü saptanmıştır. Şizofren hastalarda ilaç uyumsuzluğu sık görülmektedir ve aileyi zorlamaktadır (Tel ve ark., 2010).

Çalışmada memur olarak çalışan hasta yakınlarının tüm algılanan aile yükü puanları yüksektir. Anjum ve arkadaşları (2010), tarafından yapılan çalışmada meslek değişkeninin bakım verenler için algılanan yükte önemli bir değişken olduğunu saptarken, Chadda ve arkadaşları (2007), sahip olunan mesleğin bakım verenin yük algısında herhangi bir değişime sebebiyet vermediğini ifade etmişlerdir. Maldonado ve arkadaşları (2005), ev dışında çalışmanın şizofreni hasta ailelerinin bakım yükünü etkilemediğini belirlemiştir. Yapılan araştırmalarda fazla mesaili işlerde çalışan hasta yakınlarının daha az yük bildirdiği (Perlick ve ark., 2004), işsiz olan hasta yakınlarının ise daha fazla yük bildirdiği belirlenmiştir (Maglionao ve ark., 2005).

Ailede hastadan başka hasta bireyin olduğu ailelerde yaşayan hasta yakınlarının subjektif yük algısı ve toplam algılanan aile yükü puanı yüksektir. Ailesinde veya bakım veren aile üyesinde fiziksel hastalık olanların bakım yükünün daha fazla olduğu bildirilmektedir (Magliano ve ark., 2005; Li ve ark.,

2007). Dyck ve arkadaşları (1999), birden fazla hastanın olduğu ailelerde yaşayan bakım vericilerin hastaların rollerini üstlenerek ağır derecede yük altına girdiklerini ve bakım vericilerin artan sorumluluklarının öznel yükü artırdığını ifade etmişlerdir. Gülseren ve arkadaşları (2010), hasta yakınlarında sürekli doktor kontrolünü ya da ilaç kullanmayı gerektiren bedensel bir hastalığın olması ile yükün arttığını saptamıştır. Schene ve arkadaşları (2004), ailede şizofren hastadan başka kronik hastalığa sahip birey olduğunda nesnel yükün arttığını belirtmiştir. Bu sonuçlar çalışmanın sonuçlarını destekler niteliktedir.

Çalışmada ailede çocuk konumunda hasta yakınlarının subjektif yük ve toplam yük algısı puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Hastalara bakım veren aile üyelerinin anne baba ya da çocuk olması daha fazla bakım yükü yaşamalarına neden olmaktadır (Magliano ve ark., 2005; Roick, 2006). Yapılan çalışmalarda; Ak ve arkadaşları (2012), bakım verenler arasında en çok öznel yüke maruz kalanların eşler ve anne babalar olduğunu, Jungbauer ve arkadaşları (2006), anne, baba ve eşlerin sürekli yüksek bakım yükü altında olduğunu, Gülseren ve arkadaşları (2010), ailede hastayla en fazla ilgilenenlerin çoğunun kadınlar, kadınların çoğunun da anneler olduğunu, kadın bakım vericilerin yükünün daha fazla olduğunu saptamıştır.

Hastanın bakımında destek almaya gerek duymayan hasta yakınlarının objektif yük, subjektif yük ve toplam yük algısı puanları düşüktür. Kung (2003) hasta ile beraber yaşayan hasta yakınlarının hastanın bakımını diğer insanlar tarafından sağlanamayacağını düşündüklerini bu nedenle hastanın bakımında destek almaya ihtiyaç duymadıklarını ifade ettiklerini belirlemiştir. Aynı çalışmada hasta yakınlarının destek almak istememelerinin bir diğer nedeni ise yaşadıkları utanç duygusu nedeniyle hastalığı gizleme eğiliminde olmaları olarak saptanmıştır. Saunders (2003), hastanın bakımında destek almayan bakım verenlerin aile yüklerinin yüksek olduğunu belirtmiştir. Magliano ve arkadaşları (2002), yeterli destek alan ailelerin algıladıkları yükün düşük olduğunu ifade etmişlerdir. Chou (2000), bazı kültürlerde bakım vermenin sosyal bir yükümlülük olarak kabul edildiğini ve buna bağlı bakım yükünün azaldığını ifade etmişlerdir. Duman (2003) şizofreni hastasına bakım verenlerin çoğunluğunun (%70) hastaları ile ilgili sorumluluklarda diğer aile üyelerinden destek aldıklarını belirlemiştir.

İlaç tedavisini yardımsız sürdüren hastaların yakınlarının objektif yük, subjektif yük ve toplam yük algısı puanları düşüktür. Hastaların ilaç tedavisine uyumsuz olmaları ailelerde bakım yükünü arttırmaktadır (Koukia ve Madianos, 2005). Li ve arkadaşları (2007), tıbbi tedaviye uyumun aile yükünü azalttığını belirlemiştir. Bu bulgu çalışmamızın sonucunu desteklemektedir.

51 yaş ve üzeri hasta yakınlarının yaşam kalitesinin tüm alt grup puanları düşüktür. Zendjidian ve arkadaşları (2012), ruhsal sorunlu hastaların bakımlarından sorumlu olan bireylerin yaşları ilerledikçe yaşam kalitelerinin azaldığını saptamıştır. Mizuno ve arkadaşları (2012), 50 yaş üzeri bakım verenlerin durumla nasıl başa çıkacaklarını bildikleri için yaşam kalitelerinin gençlere oranla daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir.

Kadın hasta yakınlarında yaşam kalitesinin; fiziksel alan, ruhsal alan ve çevresel alan puanları düşüktür. Argimon ve arkadaşları (2004), bakım verenlerde kadınların erkeklere nazaran daha yoğun tükenmişlik yaşadıklarını ve buna bağlı olarak yaşam kalitesi düzeylerinin düşük olduğunu, McWilliams ve arkadaşları (2007), şizofren hastaların bakım vericilerinde yaşam kalitesi düzeyinin cinsiyete bağlı olarak farklılaştığını ve kadınların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptamıştır. Bu bulgular çalışmamızın sonucunu destekler niteliktedir.

Bekar olan hasta yakınlarında yaşam kalitesinin tüm puanları yüksektir. Mizuno ve arkadaşları (2012), medeni durumun, şizofrenide bakım verenlerin yaşam kaliteleri düzeyinde herhangi bir farklılaşmaya sebep olmadığını, Zamzam ve arkadaşları (2011), medeni durum ile yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığını belirlemiştir. Bu sonuçta bekar olan bakım vericilerin sorumluluklarının daha az olmasının etkili olduğu düşünülebilir.

Emekli olan hasta yakınlarında yaşam kalitesinin; fiziksel alan, ruhsal alan, sosyal alan puanları daha düşüktür. Ev hanımı ve emekli hasta yakınlarında ise çevresel alan puanı birbirine yakın ve düşüktür. Emeklilik ile kendi adaptasyon sürecini sağlıklı yaşayamayan, yaşı ilerlediği için kendi ihtiyaçlarını karşılamakta sorun yaşamaya başlayan bakım verenin tüm bu sorumluluklar neticesinde daha düşük yaşam kalitesi düzeyi ifade etmesi muhtemeldir. Ev hanımı olan hasta yakınlarının yaşam kalitelerinde ki düşüklük evde ve tedavi ünitelerinde sürekli hasta ile birlikte olmaları ve hastanın tüm yaşadıklarını

paylaşmaları ile açıklanabilir. Boyer ve arkadaşları (2012), herhangi bir işte çalışmayan hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu, çalışma hayatının yaşam kalitesini artırıcı bir etmen olduğunu belirlemiştir.

Çekirdek ailede yaşayan hasta yakınlarının çevresel alan puanları daha yüksektir. Kumar ve Mohanty (2007), çekirdek ailede hastalık nedeni ile daha fazla sorumluluk alındığını, aile bireylerinin daha büyük sorunlar yaşadığını ve yaşam kalitesinin düştüğünü belirlemiştir. Schulz ve arkadaşları (2008), çekirdek ailede yaşamın yaşam kalitesini etkileyen faktörlerden birisi olduğunu saptamıştır. Çevresel alan puanının yüksek olmasında aile bireyleri arasındaki etkileşimin daha fazla olması etkili olabilir.

İki kişinin yaşadığı ailelerdeki hasta yakınlarında yaşam kalitesinin fiziksel alan, ruhsal alan ve sosyal alan puanları daha düşüktür. Ailede üye sayısının az olması bireylerin hasta bakımında daha fazla sorumluluk almasına neden olduğundan yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Ailede yaşayan kişi sayısının çok olması, hasta üyenin bakımında aile üyelerinin yardımlaşmasını sağladığından diğer aile üyelerinin bu yardımı bakım verenin sağlığını desteklemekte ve dolayısıyla bakım verenlerin yaşam kalitelerini de daha iyi algılamasına yardım etmektedir (Maldonado ve ark., 2005; Li ve ark., 2007).

Ailede yaşlı birey bulunan hasta yakınlarında ve ailede hastadan başka hasta birey olan yakınarda yaşam kalitesi alanlarının tümünün puanları daha düşüktür. Wong ve arkadaşları (2012), aile içerisinde şizofren hastadan başka fiziksel ya da ruhsal hastalığı olan başka bir hastanın olmasının bakım vericilerin boş zaman aktivitelerinin azalmasına, ekonomik yükünün artmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olduğunu belirtmiştir. Anjum ve arkadaşları (2010), ailede şizofren bireyden başka herhangi bir sağlık problemi olan bireyin olmasının bakım veren açısından sıkıntı yarattığını ve bakım verenin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini, Zamzam ve arkadaşları (2011), fiziksel sağlık sorunu olan bakım vericilerin stres düzeyinin yüksek olduğunu, daha fazla zorluklarla karşı karşıya kaldıklarını ve yaşam kalitelerinin düşük olduğunu saptamıştır. Bu sonuçlar çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir.

Çalışmada anne, baba ve eş konumundaki hasta yakınlarında yaşam kalitesinin; fiziksel alan, ruhsal alan ve sosyal alan puanları birbirine yakın ve

düşüktür. Rosenfarb ve arkadaşları (2006), annelerin hastanın bakımı yanında diğer sorumluluklarını da yerine getirmek zorunda olması nedeniyle yaşam kalitesinin oldukça düşük olduğunu belirtmiştir. Jungbauer ve arkadaşları (2004), şizofren hastaların bakımını yürüten eşlerin güçsüzlük, korku, umutsuzluk ve utanç yaşadığı için yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğini belirtmiştir.

Hastaya bakım verme süresi 31-40 yıl olan hasta yakınlarının fiziksel alan, ruhsal alan, sosyal alan puanları daha düşüktür. Bakım vermek hasta ile bakım verici arasında sürekli bir ilişkinin olmasını zorunlu kılmaktadır. Zamzam ve arkadaşları (2011), hastalık süresi kadar şizofreni hastasıyla beraber geçen sürenin de önem olduğunu bakım verme süresi arttıkça yaşam kalitesinin azaldığını belirlemiştir. Bu bulgu çalışma sonucunu desteklemektedir.

Hastanın bakımında destek almayan hasta yakınlarının sosyal alan puanı daha düşük bulunmuştur. Şizofreni hastalarının çoğu aileleri ile birlikte yaşamakta ve aileler çoğu zaman bakım verme rolünü herhangi bir destek almadan yerine getirmektedirler (Schenk ve ark., 2008). Urizar ve arkadaşları (2009), gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yeterli destek alamama, aile yaşamının bozulması, hastalığın gidişi gibi çeşitli etmenlerin şizofren hastaların aile üyelerinin ruhsal yüklerini arttırarak yaşam kalitelerini bozduğunu saptamıştır. Zamzam ve arkadaşları (2011), yeterli destek almayan bakım verenlerin yaşam kalitelerinin düşük olduğunu ifade etmiştir.

Çalışmada hastanın bakımında yardım edecek kimsenin bulunmaması nedeniyle destek alamayan hasta yakınlarında yaşam kalitesinin; ruhsal alan ve çevresel alan puanları daha düşüktür. Gereksinim duyduğunda yardım edecek kimsenin olmaması, sorumluluklar ve artan ihtiyaçlar listesi ile tek başına mücadele etmek bakım veren aile üyeleri için sıkıntılı bir süreç olduğundan yaşam kalitesini olumsuz etkilenmektedir (Roick ve ark., 2007). İlaç tedavisini yarımsız sürdüren hastaların yakınlarının yaşam kalitesinin; ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puanları daha yüksektir. Şizofrenide ilaç tedavisi hastalık belirtilerinin kontrol edilmesinde önemli bir etkiye sahip olduğundan hastanın ilaç tedavisini sürdürmesi hastalığın yönetimini sağlayarak birey ve bakım vericinin yaşam kalitesine olumlu katkı vermektedir (Koukia ve Madianos, 2005).

Hasta yakınlarında objektif yük, subjektif yük ve toplam yük algısı puanları ile yaşam kalitesinin ruhsal alan, çevresel alan puanları arasında anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur. Hasta yakınlarında objektif, subjektif ve toplam yük algısı puanları arttıkça ruhsal ve çevresel alan puanları azalmaktadır. Zahid ve Ohaeri (2010), şizofren hastalara bakım veren aile bireylerinin bakım yüklerinin yüksek ve yaşam kalitelerinin düşük olduğunu belirtmişlerdir. Bununla birlikte; hasta ve bakım vericinin yaşam kalitesindeki düşük skorların daha ağır bakım yüküne neden olduğu ifade edilmiştir. Perlick ve arkadaşları (2006), yaşam kalitesi yükseldikçe ailenin yaşamış olduğu bakım yükünün azaldığını ifade etmiştir.

Hasta yakınının yaşı arttıkça subjektif aile yükü ve toplam yük algısı puanı ile yaşam kalitesi alt grup puanları azalmaktadır. Zamzam ve arkadaşları (2011), şizofren hastalara bakım veren primer bakım vericilerin yaşam kalitelerinin düşük olduğunu, bakım vericilerin genellikle daha yaşlı bireylerden oluştuğunu ve bakım veren bireyin yaşının ilerlemesiyle bakım yükünün arttığını ve yaşam kalitesinin de düştüğünü bildirmişlerdir. Bu sonuç araştırma bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sivas Toplum Ruh Sağlığı Merkezine başvuran 70 şizofren hastanın birlikte yaşadığı 140 aile bireyleri ile yapılan araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır. Hastaların; üçte ikisinin erkek, yarısının 41-50 yaş aralığında, yarısının bekar, üçte birinin ilkokul mezunu, yarıya yakınının 11-20 yıl hastalık süresi, yaklaşık yarısının son bir yılda hastane yatışı ve yarısından fazlasının yatışının 3-4 hafta arasında olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Hasta yakınlarının;

-Tamamına yakınının çekirdek ailede yaşadığı, yaklaşık üçte ikisinin kadın olduğu, yarıya yakınının tanı konulduktan sonra hastayla 11-20 yıldır yaşadığı, dörtte üçünün ailesinde hastadan başka sağlık sorunu olan birey olduğu (Tablo 2),

-Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından fiziksel, ruhsal ve çevresel alan puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu, sosyal alan puan ortalamasının ise diğer alanlardan düşük olduğu, hasta yakınlarının subjektif yük algısı ortalamasının da yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 3),

-Memur olarak çalışan hasta yakınlarının tüm algılanan aile yükü puanlarının yüksek olduğu (Tablo 4),

-Ailede hastadan başka hasta bireyin olduğu ailelerdeki hasta yakınlarının subjektif yük algısının yüksek olduğu (Tablo 5),

-Hastanın bakımını sürdüren çocuk hasta yakınlarının subjektif yük ve toplam yük algısının yüksek olduğu (Tablo 6),

-Hastanın bakımında destek almaya gerek duymayan ve ilaç tedavisini yarımsız sürdüren hasta yakınlarının objektif yük, subjektif yük ve toplam yük algısı puanının düşük olduğu (Tablo 7, Tablo 8),

-51 yaş ve üzeri hasta yakınlarının fiziksel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel puanının düşük olduğu (Tablo 9),

-Kadın hasta yakınlarında yaşam kalitesinin; fiziksel alan, ruhsal alan ve çevresel alan puanının düşük olduğu (Tablo 10),

-Bekar hasta yakınlarında yaşam kalitesinin; fiziksel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puanının yüksek olduğu (Tablo 11),

-Emekli olan hasta yakınlarında yaşam kalitesinin; fiziksel alan, ruhsal alan, sosyal alan puanının düşük, ev hanımı ve emekli hasta yakınlarında ise çevresel alan puanı birbirine yakın ve düşük olduğu (Tablo 12),

-Çekirdek ailede yaşayan hasta yakınlarında çevresel alan puanının, dört bireyden oluşan ailelerin fiziksel alan, ruhsal alan ve sosyal alan puanının yüksek olduğu (Tablo 13, Tablo 14).

-Ailede yaşlı birey bulunan ve ailede hastadan başka hasta birey olan hasta yakınlarında yaşam kalitesinin alt gruplarının tümünün puanının düşük olduğu (Tablo 15, Tablo 16),

-Anne, baba ve eş konumundaki bakım verici hasta yakınlarının ve hastaya bakım verme süresine göre hastayla birlikte 31-40 yıl yaşayan hasta yakınlarının fiziksel alan, ruhsal alan ve sosyal alan puanının düşük olduğu (Tablo 17, Tablo 18),

-Hastanın bakımında destek almayan hasta yakınlarının sosyal alan puanının, hastanın bakımında yardım edecek kimsenin bulunmaması nedeniyle destek alamayan hasta yakınlarının ise yaşam kalitesinin; ruhsal alan ve çevresel alan puanının düşük olduğu (Tablo 19, Tablo 20).

-İlaç tedavisini yardımsız sürdüren hastaların yakınlarında yaşam kalitesinin; ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puanının yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 21).

Hasta yakınlarında algılanan aile yükü puanları ile yaşam kalitesinin ruhsal alan, çevresel alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki olduğu, hasta yakınlarında algılanan aile yükü puanları arttıkça yaşam kalitesinin ruhsal ve çevresel alan puanının azaldığı belirlenmiştir (Tablo 22). Hasta yakınının yaşı ve hasta ile yaşanan süre ile yaşam kalitesi ve algılanan aile yükü arasında anlamlı negatif bir ilişki olduğu, hasta yakınının yaşı ve hasta ile yaşanan süre arttıkça yaşam kalitesi puanının azaldığı, hasta yakınının yaşı arttıkça subjektif algılanan aile yükü ve toplam yük algısı puanının azaldığı saptanmıştır.

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilmiştir. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan hemşirelerin;

-Şizofren hasta ailelerine ev ziyaretleri yaparak aile dinamiklerini değerlendirmesi ve bu doğrultuda hastanın bakımında aile bireylerinin işbirliği yapmasını sağlaması,

-Ailede şizofren hastanın bakımının tek bir aile üyesi tarafından sağlanmasını önlemesi ve primer bakım vericiye destek olacak diğer aile üyelerini belirlemesi,

-Şizofren hastaların aile üyelerine şizofreni hakkında psikoeğitim vererek, aile üyelerinin hasta bakımına etkin katılımını desteklemesi,

-Ailede şizofren hastadan başka hasta veya yaşlı birey bulunması durumunda aile üyelerinin bu bireylerin bakımında dengeli ve düzenli sorumluluk almasına yönelik planlama ve danışmanlık yapması,

-Ailede hasta bakımının yürütülmesinde cinsiyet ayrımı gözetmeksizin tüm aile üyelerinin katılımını desteklemesi,

-Ailelerin hasta ve yakın çevresi ile sosyal paylaşımını artıracak planlamalar yapması (doğum günü, özel gün kutlaması, şizofreni dostları derneğine üyelik, şizofreni tanı hasta ve ailelerle birlikte sosyal aktiviteler oluşturma gibi),

-Şizofren hasta ve ailelerin toplumsal yaşama etkin katılmasını desteklemek için toplumsal kaynakları tanıtmaları ve onların toplumsal kaynaklardan yararlanmasını sağlaması,

-Şizofren hastanın bakım vericilerinin algıladıkları yükü azaltmak ve bakımı sürdürme enerjisi toplamasına yardım etmek için haftada bir iki gün hastanın bakım sorumluluğunu dönüşümlü olarak ailedeki diğer üyelere vermek şeklinde düzenlemeler yapması,

-Bakım vericilere algıladıkları yükün etkisini azaltmaya yönelik olarak rahatlama egzersizleri ve stresle baş etme programları düzenlemesi,

- TRSM’de hizmet almayan şizofren hastaların belirlenmesi, kurumun tanıtılması ve kurumdan yararlanma oranının artırılmasını sağlayacak planlamalar yapması,
- Hastaların ilaç tedavilerini etkin sürdürebilmeleri için bakım vericiler ile birlikte çeşitli stratejiler geliştirilmesi,
- Bakım vericilerin bireysel özellikleri dikkate alınarak uygun planlamaların yapılması,
- Bakım vericilerle aile yükü ve yaşadıkları güçlükler konusunda kalitatif araştırmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Ak, M., Yavuz, F., Lapsekili, N., Türkçapar, H. (2012). Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Bulunan Hastaların ve Bakım Verenlerinin Bakım Yükü Açısından Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, Cilt 25, Sayı 4.
- Akdede, B.B. Psikiyatrik Bozukluklar ve Yaşam Kalitesi. *Sağlıkta Birikim*. Cilt:1 Sayı:1.
- Aker, T., Yazıcı, A. (2000). Şizofrenide Bilişsel-Davranışçı Terapi Yöntemleri ve Rehabilitasyon Uygulamaları, *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 8(4): 11-17.
- Alataş, G., Karaoğlan, A., Arslan, M., Yanık, M. (2009). Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46 Özel Sayı: 25-9.
- Angermayer MC, Kilian R (1999) Theoretical models of quality of life for mental disorders. *Quality of Life in Mental Disorders*, H Katschnig, H Freeman, N Sartorius (Ed), England, John Wiley&Sons, s.19-30.
- Anjum, W., Chaudhry, HR., Irfan, M. (2010). Burden of Care in Caregivers of Patients with Schizophrenia and Epilepsy, *Journal of Pakistan Psychiatric Society*, 7(2):79-83.
- Argimon, JM., Limon, E., Vila, J., Cabezas, C. (2004). Health-Related Quality of Life in Caregivers of Patients with Dementia, *Fam Pract*, 21(4):454-7.
- Arslantaş, H., Sevinçok, L., Uygur, B., Balcı, V., Adana, F. (2009). Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Yapılan Psikoeğitimin Hastalardaki Klinik Gidişe ve Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu Düzeylerine Olan Etkisi, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 10(2) : 3 – 10
- Arslantaş, H., Adana, F. (2011). Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü-.The Burden of Schizophrenia on Caregivers, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3(2):251-277.
- Arslantaş, H., Adana, F., Dereboy, F., Altınyazar, V., İnal, S., Ildırılı, S., Kırıcı, Ç. (2011). Algılanan Aile Yükü Ölçeğinin Türkçe Sürümünün Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 48: 53
- Arslantaş, H., Adana, F. (2012). Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerinin Yük Algısını ve Duygu Dışavurumunu Etkileyen Etkenler, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13,8-15.
- Atagün, M., Balaban, Ö., Atagün, Z., Elagöz, M., Özpolat, A. (2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü Caregiver Burden in Chronic Diseases, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3(3):513-552.
- Avcı, A., Bayraktar, N. (2004). Şizofren Hasta Ailelerinin Aile Yükünün Belirlenmesi. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, 28 Eylül- 3 Ekim, Kuşadası, 771- 772.
- Aydın, A., Eker, S.S., Cangür, Ş., Sarandöl, A., Kırılı, S. (2009). Şizofreni Hastalarında Bakım Veren Külfet Düzeyinin, Sosyodemografik Değişkenler ve Hastalığın Özellikleri ile İlişkisi, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46 Özel Sayı: 10-4.

- Awad, A.G., Voruganti, L. (2008). The Burden of Schizophrenia on Caregivers: A Review. *Pharmaco Economics*, Volume 26, Issue 2, pp 149-162.
- Awadalla, A.W., Ohaeri, J.U., Salih, A.A., Tawfiq, A.M. (2005). Subjective Quality of Life of Family Caregivers of Community Living Sudanese Psychiatric Patients, *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 40:755-63.
- Bağ, B. (2012). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Hemşirenin Rolü: İngiltere Örneği, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 4(4):465-485..
- Bentsen, H., Boye, B., Malt, U. (2002). Does Guilt Proneness Predict Acute and Long-term Distress in Relatives of Patients with Schizophrenia?, *Acta Psychiatr Scand*, 106, 351-357.
- Binbay T., Ulaş, H., Alptekin A. (2010). Şizofreni Epidemiyolojisine Türkiye'den Katkı Yapmak: Nasıl ve Neden?. *Klinik Psikiyatri*; 13(Ek 1):9-15
- Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. (2011). Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistematik Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 22(1):40-5.
- Bobes, J, Gonzales, M.P. (1997). Quality of Life in schizophrenia. In: Katsching H, Freeman H, Sartorius N (eds). *Quality of Life in Mental Disorders*. West Sussex, John Wiley&Sons: 165-178.
- Boyer, L., Urizar, A., Richieri, R., Lancon, C., Maldonado, J., Auquier, P. (2012). Quality of life among caregivers of patients with schizophrenia: a cross-cultural comparison of Chilean and French families. *BMC Family Practice*, 13:42
- Buldukoğlu, K. (2009). Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresinin Önemi Rol ve Sorumlulukları. III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Bildiri Özet Kitabı:24
- Chadda, R., Singh, T. Ganguly, K. (2007). Caregiver Burden and Coping. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42:923–930
- Chien, W.T. (2005). The perceived burden among Chinese family caregivers of people with Schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1151–1161
- Chien, W.T. (2008). Effectiveness of Psychoeducation and Mutual Support Group Program for Family Caregivers of Chinese People with Schizophrenia, *The Open Nursing Journal*, 2, 28-39.
- Chou, K.R., (2000). Caregiver Burden, a Concept Analysis, *Journal of Pediatric Nursing*, 15, 6, 398-407.
- Dyck, D. G., Short, R., & Vitaliano, P. P., (1999). Predictor of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosomatic Medicine*, 61, 411-419.
- Doğan, O., Doğan, S., Tel, H., Çoker, F., Polatöz, Ö., Doğan Başeğmez, F. (2002-a). Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar: Aileler, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3:133-139.
- Doğan, O., Doğan, S., Tel, H., Çoker, F., Polatöz, Ö., Doğan Başeğmez, F. (2002-b). Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar: Ayaktan Hastalar, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3:69-74.
- Doğan, O. (2002). Şizofrenik Bozukluklarda Psikososyal Yaklaşımlar, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3:240-248.

- Duman, Z.Ç., Aştı, N., Üçok, A., Kuşçu, M.K. (2007). Şizofreni Hastalarına ve Ailelerine “Bağımsız ve Sosyal Yaşam Becerileri Topluma Yeniden Katılım Programı” Uygulaması, İzlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8:91-101.
- Ensari, H. (2011). Koruyucu Psikiyatri Açısından Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Rehabilitasyon Çalışmaları, *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 4:86-93.
- Fidaner, H., Elbi, H., Fidaner, C. (1999). Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF, *3P Dergisi*, 7(Ek 2):3-66.
- Gamble, C. (1993) ‘Working with Schizophrenic Clients and their Families’ *British Journal of Nursing*. Vol:2, No:17: pp: 856-859
- Glanville, D., Dixon, L. (2005). Caregiver Burden, Family Treatment Approaches and Service Use in Families of Patients with Schizophrenia. *Isr J Psychiatry Relat Sci* Vol 42 No. 1: 15–22
- Gülseren, L. (2002). Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2):143-151.
- Gülseren, L., Çam, B., Karakoç, B., Yiğit, T., Danacı, E., Çubukçuoğlu, Z., Taş, C., Gülseren, Ş., Mete, L. (2010). Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(3):203-12.
- Gümüş, A. (2006-a). Şizofrenide Hasta ve Ailelerin Yaşadığı Güçlükler, Psikoeğitim ve Hemşirelik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1, 2.
- Gümüş, A. (2006-b). Şizofreni Hastalarının ve Yakınlarının Sağlık Eğitimi Gereksinimleri, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:33-42
- Gürhan, N. (1991). Psikiyatri Hastalarına Sahip Ailelerin Sosyal İhtiyaçlarına Destek. *Hemşirelik Bülteni*, (5, 22), 67- 69.
- Hou SY, Ke CL, Su YC, Lung FW, Huang CJ. (2008). Exploring the burden of the primary family caregivers of schizophrenia patients in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci*. Oct;62(5):508-14
- İnci, F.H. (2006). Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Türkçe ’ye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Denizli.
- Jungbauer, J, Wittmund, B., Dietrich, S., C. Angermeyer, M. (2004). The Disregarded Caregivers: Subjective Burden in Spouses of Schizophrenia Patients. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3):665-675.
- Jungbauer J, Wittmund B, Dietrich S, Angermeyer MC. (2006). The disregarded caregivers: subjective burden in the spouses of schizophrenic patients. *Schizophr Bull*: 30:665-675.
- Kaplan, S. (2004). Klinik Psikiyatri, Şizofreni (Ed: Ercan Abay), Nobel Tıp Kitabevleri, 121-139, İstanbul.
- Kasuya, R. T., Polgar-Bailey, P., (2000), Caregiver Burden And Burnout A Guide For Primary Care Physicians, *Postgraduate Medicine*, 108 (7): 119-123.
- Katschnig, H. (2000). Schizophrenia and Quality of Life. *Acta Psychiatr Scand*, 102(Suppl 407): 52-63.
- Koukia, E., Madianos, M.G. (2005). In Psychosocial Rehabilitation of schizophrenic patients preventing family burden? A comparative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12: 415-422.

- Köroğlu, E., Güleç, C. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Basım. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2007:184-205.
- Köroğlu E, Sargın E, Türkçapar H. (2007). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Editor: Köroğlu E. *DSM-IV Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, 4. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 419-487.
- Kumar, S., Mohanty, S. (2007). Spousal Burden of Care in Schizophrenia, *J Indian Acad Appl Psych*, 33(2):189-94
- Kung W. (2003). The illness, stigma, culture or immigration? Burden on Chinese-American caregivers of patients with schizophrenia. *Fam Soc*; 84(4): 547-557.
- Li L., Young, D., Xiao, S., Zhou, X., Zhou, L. (2004). Psychometric properties of the WHO Quality of Life questionnaire (WHOQOL-100) in patients with chronic diseases and their caregivers in China. *Bulletin of the World Health Organization*, July, 82 (7)
- Li, J., Lambert, C.E., Lambert, V.A. (2007). Predictors of Family Caregivers Burden and Quality of Life when Providing Care for a Family Member with Schizophrenia in the People's Republic of China, *Nurs Health Sci*, 9:192-198.
- Lowyck B, De Hert M, Peeters E, Wampers M, Gilis P, Peuskens J. (2004). A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. *Eur Psychiatry*; 19:395-401.
- Lua PL, Bakar ZA: (2011). Health-Related Quality Of Life Profiles Among Family Caregivers Of Patients With Schizophrenia. *Fam Community Health*, 34:331–339.
- Lueboonthavatchai, P., Lueboonthavatchai, O. (2006). Quality of Life and Correlated Health Status and Social Support of Schizophrenic Patients Caregivers, *J Med Assoc Thai*, Sep; Suppl 3: S13-9
- Magana, S., W., Garcia, J., Hernandez, M., Cortez, R. (2007). Psychological Distress Among Latino Family Caregivers of Adults With Schizophrenia: The Roles of Burden and Stigma, *Psychiatr Serv*, March ; 58(3): 378–384.
- Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Held, T., Xavier, M., Guarneri, M. (2000). Family Burden and Coping Strategies in Schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I Study, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35:109-115.
- Magliano L, Marasco C, Fiorillo A, Malangone C, Guarneri M, Maj M. (2002). The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatr Scand*; 106:291-298.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Rosa, C.D., Malangone, C., Maj, M. (2005). National Mental Health Project Working Group. Family Burden in Long-Term Diseases: A Comparative Study in Schizophrenia vs Physical Disorders, *Social science medicine*, 61:313-322.
- Maldonado, J.G., Urizar, A.C., Kavanagh, D.J.(2005). Burden of Care and General Health in Families of Patient With Schizophrenia, *Social Psychiatr Epidemiol*, 40: 899–904.

- Martens, L., Addington, J. (2001). The Psychological Well-Being of Family Members of Individuals With Schizophrenia, *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36, 128- 133.
- Maruish, ME. (2004). *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment*, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 3.
- McWilliams, S., Hill S., Mannion, N., Kinsella, A., O'Callaghan, E. (2007). Caregiver Psychoeducation for Schizophrenia: Is Gender Important?, *European Psychiatry*, 22, 323-327.
- Mizuno, E., Iwasaki, M., Sakai, I. ve Kamizawa, N. (2012). Sense of Coherence and Quality of Life in Family Caregivers of Persons With Schizophrenia Living in the Community, *Archives of Psychiatric Nursing*, 26 (4): 295–306
- Möller-Leimkühler, A.M., Wiesheu, A. (2012). Caregiver Burden in Chronic Mental Illness: The Role of Patient and Caregiver Characteristics, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 262(2):157–166.
- Navidian, A., Bahari, F. (2008). Burden Experienced by Family Caregivers of Patients with Mental Disorders, *Pakis J Psychol Res*, 23(1–2):19–28.
- Navidian, A., Sarafi, F., Rigi, S. (2012). The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders
- Özer, S. (2010). Demanslı Hasta Ve Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi. *Turkish Journal Of Geriatrics Supplement* 3.
- Özmete, E. (2010). Aile Yaşam Kalitesi Dinamikleri: Aile İletişimi, Ebeveyn Sorumlulukları, Duygusal, Duygusal Refah, Fiziksel/Materyal Refahın Algılanması. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. Sayı:3/11
- Öztürk, O., Uluşahin A. (2008). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, *Şizofreni*, 11. Basım, Nobel Tıp Kitabevleri, 242-324, Ankara
- Papastavrou, E., Charalambous, A., Tsangari, H., Karayiannis, G. (2010). The Cost of Caring: The Relative With Schizophrenia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24 (4): 817-823.
- Pektaş, İ., Bilge, A., Ersoy, M.A. (2006). Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:43-48
- Perala J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsa E, Pirkola S. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry*; 64(1):19-28.
- Perlick, D.A., Robert, A., Clarkin, J.F., Maciejewski, P.K., Sirey, J., Struening, E., Ling, B.G. (2004) Impact of Family Burden and Affective Response on Clinical Outcome Among Patients with Bipolar Disorder, *Psychiatric Services* 55, 1029-1035
- Perlick, D.A., Rosenheck, R.A., Kaczynski, R. ve ark. (2006). Component of correlates of family burden in Schizophrenia. *Ps. psychiatryonline.org*. vol: 57, No:8 p:1117-1125.
- Rajji, T.K., Mulsant, B.H. (2009). Age at Onset and Cognition in Schizophrenia: Meta-Analysis, *Br J Psychiatry*, 195(4):286-93.
- Rammohan, A., Rao, K., Subbakrishna, D.K. (2002). Religious coping and psychological wellbeing in carers of relatives with schizophrenia. *ACTA psychiatrica Scandinavica*, 105: 356-362.

- Reine, G., Lancon, C., Simeoni, M.C., Duplan, S., Auquier, P. (2003). Caregiver Burden İnrelatives Of Persons With Schizophrenia: An Overview Of Measure Instruments. *Encephale*, 29, 137-147.
- Roick, C., Heider, D., Toumi, M., Anger Meyer, M.C. (2006). The impact of caregivers characteristics, patients conditions and regional differences on family burden in Schizophrenia: A longitudinal Analysis. *ACTA Psychiatrica Scandinavica*, 114:163-374.
- Roick, C., Heider, D., Bebbington, P.E., Angermeyer, M.C., Azorin, J.M., Brugha, T.S., Kilian, R., Johnson, S., Toumi, M., Kornfeld, A. (2007). Burden on Caregivers of People with Schizophrenia: Comparison between Germany and Britain, *Br J Psychiatry*, 190:333-8.
- Rosenfarb, I. S., Bellack, A. S., Aziz, N. (2006). A Sociocultural Stress, Appraisal, and Coping Model of Subjective Burden and Family Attitudes Toward Patients With Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(1), 157–165.
- Rössler, W., Salize, H.J., Van Os, J., Riecher-Rössler, A. (2005). Size of Burden of Schizophrenia and Psychotic Disorders, *European Neuropsychopharmacology*, 15(4):399-409.
- Saunders, J.C. (2003). Families Living with Severe Mental İllness: a Literature Review. *Issues Ment Health Nurs*, 24:175-198.
- Schene, A.H., Wijngaarden, B., Koeter, M. (2004). Family Caregiving in Schizophrenia: Domains and Distress. *Schizophrenia Bulletin*, Vol, 24, No. 4.
- Schenk PA, Lippincott RC, Bennett C ve ark. (2008) Improving knowledge about mental illness through family-led education:the journey of hope. *Psychiatr Serv*, 59:49-56.
- Schulz R, Sherwood PR. (2008). Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving. *J Soc Work Educ.*, 44(3):105-13.
- Sharif, F., Shaygan, M., Mani, A. (2012). Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patient with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry*, 12:48
- Shibre T, Negash A, Kullgren G, Kebede D, Alem A, Fekadu A et al. (2001). Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 299-303.
- Shibre T, Kebede D, Alem A, Negash A, Deyassa N, Fekadu A. (2003). Schizophrenia: illness impact on family members in a traditional society – rural Ethiopia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38 : 27–34.
- Sofuoğlu, S. (2000). Şizofrenide Klasik Antipsikotiklerle Tedavi, *Şizofreni Dizisi*, 1:45-57.
- Soygür, H., Aybaş, M., Hınçal, G., Aydemir, Ç. (2000). Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği: Güvenilirlik ve Yapısal Geçerlik Çalışması, *Düşünen Adam*, 13(4): 204-210
- Şengün, F. (2007). Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Ruhsal Sağlık Durumlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Teasdale K: Schizophrenics and family. (1986). *Nurs Times*; 82(7):41-43.

- Tel H, Terakye G. (2000). Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoegitimsel yaklaşım uygulaması denemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 1:133-142.
- Tel H, Doğan S, Özkan B, Çoban S. (2010). Hasta Yakınlarına Göre Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Uyumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nurses* 1(1):7-12
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2006). Türkiye hastalık yükü çalışması 2004. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2008). Ailede ruh sağlığı ve karşılaşılabilecek başlıca sorun alanları. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Ruh Sağlığı Modülleri, Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Sayfa, 45, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Toseland, R.W., Smith, G., Mccallion, P. (2001). *Family Caregivers of The Frail Elderly, Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations*, Gitterman A, ed. Columbia University Press.
- Uğur, Ö. (2006). Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. Doktora Tezi. İzmir.
- Ukpong, D. (2012). Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Nijeryalılar Arasında Yük ve Ruhsal Sıkıntı: Pozitif ve Negatif Semptomların Rolü, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(1):40-5
- Ulaş, H., Taşlıca, S., Alptekin, K. (2008). Şizofrenide Nörofizyolojik ve Nörokognitif Genetik Belirleyicilerin (Endofenotip) Yeri, *Klinik Psikiyatri*, 11(Ek 4):12-19.
- Urizar, A., Maldonado, J., Castillo, C. (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7:84
- Urizar, A., Maldonado, J., Garcia, M., Salazar, C., Araya, D., Peralta, A. (2011). Attitudes and Burden in Relatives of Patients with Schizophrenia in a Middle Income Country. *BMC Family Practice*, 12:101
- Wai, C.L. (2004). An Exploratory and Comparative Study of The Stress, Burden and Coping Strategies of Caregivers of People with Schizophrenia in Guangzhou and Hong Kong. University of Hong Kong (People's Republic of China), <http://proquest.umi.com>. Erişim tarihi: 22.03.2013.
- Wong, D.F., Lam, A.Y., Chan, S.K., Chan, S.F. (2012). Quality of Life of Caregivers With Relatives Suffering From Mental İllness in Hong Kong: Roles of Caregiver Characteristics, Caregiving Burdens, and Satisfaction With Psychiatric Services, *Health Qual Life Outcomes*, Jan 31;10:15.
- Worley NK. (1997). *Mental Health Nursing in the Community*, Mosby Year Book, United States of America, p. 33-34,
- Yıldız, M. (2005). Şizofrenili Hastaların Ayaktan Tedavisinde Ruhsal ve Toplumsal Girişimler Neden Gereklidir ve Nasıl Uygulanabilir “Neden Nasıl Şizofreni” Ed. Candansayar S, Ankara, PEDAY, 237-268.
- Yusuf,A.J., Nuhu,F.T., Akinbiyi,A. (2009). Caregiver burden among relatives of patients with schizophrenia in Katsina, Nigeria. *SAJP*, vol:15, No:2.
- Yüksel, N. (2001). *Ruhsal Hastalıklar*, Ankara. Çizgi Tıp Yayınevi San ve Tic Ltd., 2:258-260

- Zahid, M.A., Ohaeri, J.U. (2010). Relationship of Family Caregiver Burden with Quality of Care and Psychopathology in a Sample Arab Subject with Schizophrenia, *BMC Psychiatry*, 10: 71.
- Zamzam, R., Midin, M., Hoo, L.S., Yi, J.E., Ahmad, S., Azman, S., Borhanudin, M., Radzi, R. (2011). Schizophrenia in Malaysian families: A Study on Factors Associated with Quality of Life of Primary Family Caregivers, *International Journal of Mental Health Systems*, 5:16
- Zendjidjian, X., Richieri, R., Adida, M. (2012). Quality of Life Among Caregivers of Individuals with Affective Disorders, *Journal of Affective Disorders*, 136 660–665.

EKLER

EKLER

EK-1. Sosyodemografik bilgi formu

Hasta Yakınının:

Adı Soyadı:

Cinsiyeti

Yaşı

Medeni Durumu:

Bekâr Evli Dul Diğer

Mesleği:

Hastaya Yakınlık Durumu:

Aile Tipi:

Çekirdek Geniş Parçalanmış Diğer

Ailede Yaşayan Birey Sayısı:

Ailede Hasta Dışında Başka Sağlık Sorunu Olan Birey Var mı?

Evet Hayır

Cevabınız Evet İse Hastalığın Adı ve Süresi:

Ailede Çocuk Var mı?

Evet Hayır

Aile Yaşlı Var mı?

Evet Hayır

Ne Kadar Süredir Hasta İle Birlikte Yaşıyorsunuz:

Hastanın Aldığı İlaçlar:

Hasta Yakınına Göre Hastanın İlaç Tedavisini Sürdürme Durumunun Değerlendirilmesi

Yardımsız Sürdürüyor

Yardımla Sürdürüyor

Sürdüremiyor

Sizce Hastanın Bakımında Diğer Aile Üyelerinden veya Arkadaş-Akrabalardan Yeterli Destek Alıyor Musunuz?

Evet Hayır

Cevabınız Hayır ise Neden:

Hastanın:

Cinsiyeti:

Yaşı:

Medeni Durumu:

Eğitimi:

Hastalık Süresi:

Son Bir Yılda Hastaneye Yatış Sıklığı:

En Son Hastaneye Yatış Tarihi:

En Son Hastanede Yatış Süresi:

EK-2. Algılanan Aile Yüğü Ölçeği

Yönerge: Aşağıda şizofren hastalarda görülen çeşitli davranışları tanımlayan 24 Soru bulunmaktadır. Yanıtların belirtilen bölümlere (X) işareti konarak ve iki bölüm halinde verilmesi gerekmektedir.

A BÖLÜMÜ: İlk önce aşağıda verilen davranışların hasta yakınınızda olup olmadığını belirtiniz. Bunun için eğer verilen bir davranış yakınınızda gözlemliyorsanız A bölümündeki davranışların karşısına şu şekilde bir (X) işareti koyarak yanıtlayınız.. Eğer bu davranış yakınınızda gözlemlemiyorsanız A bölümündeki davranışın karşısındaki yeri boş bırakınız.

B BÖLÜMÜ: İkinci olarak yakınınızda gözlemlediğiniz davranışın son bir ay içinde sizi ne kadar rahatsız ettiğini B sütunundaki uygun seçeneklerden birinin içine (X) işareti koyarak belirtiniz. Eğer bu davranış yakınınızda gözlemlemiyorsanız B sütununu boş bırakınız.

		A BÖLÜMÜ Bu davranış şu anda varsa (X) işareti koyun	B BÖLÜMÜ Bu davranışın sizi ne kadar rahatsız ettiğini (X) işareti koyarak belirtin				
			Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla	Bilmiyorum
1	Korkulu görünüyor						
2	Üzgün görünüyor						
3	Neşesiz görünüyor						
4	İlaçlarını almıyor						
5	Yardımlı reddediyor						
6	Yemeğini reddediyor						
7	Yüksek sesle konuşuyor						
8	Bağırıp çağırıyor						
9	Yataktan çıkmıyor						
10	Çok az konuşuyor						
11	Pasaklı görünüşü var						
12	Saçma sapan konuşuyor						
13	İntihar edecekmiş hissi veriyor						
14	Bir şeylerden şüphe etmiş görünüyor						
15	Küfür ediyor						
16	Şiddet kullanacakmış hissi veriyor						
17	Bir şeyleri /eşyaları fırlatıyor						
18	İnsanlara rahat vermiyor						
19	Başkalarını suçluyor						
20	Kendine zarar veriyor						
21	Olur olmaz gülüyor						
22	İlaçlarını kafasına göre kullanıyor						
23	Dolanıp duruyor						
24	Çok fazla sigara içiyor						

EK-3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR) :

WHOQOL-BREF(TR) Açıklama

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın *son iki haftasını* dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

	Hiç	Çok az	Orta derece	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığımız desteğin miktarını en iyi kapsayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

	Hiç	Çok az	Orta derece	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5
		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2G4	Sağlığınızdans ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınız soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F14	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
4F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5
		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5
		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
13 F20.1	Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
13 F20.1	Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır. Aşağıdaki sorularda son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5
		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16F13.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
		Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U.27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş,iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?.....

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?.....

EK- 4: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Sürümü Kullanım İzin Belgesi

WHOQOL Türkiye Merkezi

İletişim:
Prof. Dr. Erhan Eser
e.eser@bayar.edu.tr

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fak.
Halk Sağlığı AD. 45020 Manisa
Tel: + 90 236 231 83 73
Faks: + 90 236 232 00 58



WHOQOL Center, Türkiye

Contact:
Prof. Dr. Erhan Eser
e.eser@bayar.edu.tr

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fak.
Halk Sağlığı AD. 45020 Manisa
/Türkiye
Phone: + 90 236 231 83 73
Fax: + 90 236 232 00 58

Tarih: 13 Şubat 2013

WHOQOL-Bref .TR

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Sürümü Kullanım İzin Belgesi

Sayın Birnur YEŞİLDAĞ BAYRAK

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR) hakkı Dünya Sağlık Örgütü WHOQOL- BREF TR Türkiye merkezi tarafından korunmaktadır. WHOQOL- BREF TR Kullanım sözleşmesi gerekleri uyarınca bu ölçeği ticari amaçlar dışında merkezimize gönderilmiş olan metodolojiye göre bilimsel amaçlı kullanımınız uygun bulunmuştur.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

İMZA

Prof. Dr. Erhan Eser

EK-5. İZİN BELGELERİ

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofren Hastaların Aile Üyelerinin Algılanan Aile Yükünün ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Havva Tel			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Bölümü			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>		
Yüksek Doz Araştırması		<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz: Yüksek lisans tezi					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

(Handwritten signatures and initials)

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2012-06/13	Tarih: 12.06.2012		
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının oy birliği ile karar verilmiştir.			

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ayhan Koyuncu

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Ayhan Koyuncu	Genel Cerrahi	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Saadettin Kılıçkap	Medikal Onkoloji	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Erol Kisi	Genel Cerrahi	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç. Dr. Hülya Toker	Periodontolog	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç. Dr. Ayşe Demirkazık	Biyofizik ABD	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. Ziyet Çınar	Biyostatistik ABD	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Köksal Deveci	Biyokimya Uzmanı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. Ali Kaya	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ahmet Altun	Tıbbi Farmakoloji Uzmanı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Görevli

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

Yrd. Doç. Dr. Fatih Kılıçlı	Endokrinoloji Bilim Dalı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Uzm. Dr. Mutlu Doğan	Genel Cerrahi	Sivas Numune Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Uzm. Dr. Levent Sağlam	Aile Hekimliği	Sivas Numune Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Öğr. Gör. Engin Daşlı	Avukat	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Öğret. Şemsettin Ağtaş,	Biyoloji Öğretmeni	Sivas Lisesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>

* :Toplantıda Bulunma

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Birnur YEŞİLDAĞ BAYRAK
Doğum Yeri ve Tarihi	Niğde 02/01/1981
Medeni Hali	Evli
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Sivas Numune Hastanesi
E-posta Adresi	yesildagbirnur@gmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Niğde Lisesi, 1998
Lisans	Niğde Üniversitesi, 2004
Yüksek Lisans	

İş Tecrübesi

Erciyes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi –Yenidoğan Yoğun Bakım Servisi	Hemşire, 2004-2005
Fırat Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi- Yenidoğan Yoğun Bakım Servisi	Hemşire, 2005-2008
Sivas Numune Hastanesi-Psikiyatri Servisi	Hemşire, 2009, Halen devam ediyor

Ödüller, Teşvikler ve Üyelikler

Psikiyatri Hemşireleri Derneği	2011 yılından itibaren üye
--------------------------------	----------------------------