



T.C.

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VERENLERİN
TRAVMA SONRASI GELİŞİMLERİNİN VE BAKIM
YÜKLERİNİN YAŞAM KALİTELERİNE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hakan KARAAĞAÇ

SOSYAL HİZMET POLİTİKA VE UYGULAMALARI

TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Ankara, 2016

T.C.

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VERENLERİN
TRAVMA SONRASI GELİŞİMLERİNİN VE BAKIM
YÜKLERİNİN YAŞAM KALİTELERİNE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hakan KARAAĞAÇ

SOSYAL HİZMET POLİTİKA VE UYGULAMALARI

TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Ankara, 2016

T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Travma Sonrası Gelişimlerinin ve Bakım
Yüklerinin Yaşam Kalitelerine Etkisinin İncelenmesi

Hakan KARAAĞAÇ

Yüksek Lisans Tezi

Tez Savunma Sınav Tarihi
27.12.2016

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Esra ÇALIK VAR



Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Kamil ALPTEKİN



Doç. Dr. Rıza GÖKLER



Yrd. Doç. Dr. Esra ÇALIK VAR



Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken
tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Özen ÖZENSOY GÜLER

Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.
(27.12.2016)

Hakan KARAAĞAÇ



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecimde ve araştırmamın her aşamasında bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, sabır ve anlayışla tecrübelerini aktaran, ilgi ve desteğini hiç esirgemeyen çok kıymetli danışmanım Yrd. Doç. Dr. Esra ÇALIK VAR'a,

Tez savunma jürimde yapıcı önerleri ile tezime destek olan değerli hocalarım Doç. Dr. Kamil ALPTEKİN ve Doç. Dr. Rıza GÖKLER'e,

Hem eğitimim açısından hem de manevi anlamda beni her zaman destekleyen Doç. Dr. Cengiz ÖZBESLER ve Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Hizmet bölümü hocalarıma,

Bilimsel çalışmalarımnda her zaman beni teşvik eden, zaman ayıran Kayseri İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri Prof. Dr. Ahmet GÖDEKMERDAN ve Tıbbi Hizmetler Başkanı Dr. Ahmet ÖZYALÇIN'a, iş arkadaşım SHU Durdu AKBUZ'a,

Araştırmayı yapabilmem için gerekli ortamı sağlayan Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi TRSM ve Psikiyatri kliniği çalışanlarına, çalışmamın veri tabanını oluşturan şizofreni hastalarına ve bakım verenlerine,

Büyük emek ve özveriyle beni bugünlere getiren, hiçbir zaman hakkını ödeyemeyeceğim canım annem Nazife KARAAĞAÇ ve babam Metin KARAAĞAÇ, ablam Asuman TÜYSÜZ ve küçüğümüz Aslı Gül KARAAĞAÇ'a,

Tez aşamasında ve tüm sıkıntılı anlarımda yanımda olan, beni cesaretlendiren, büyük özveri ve sabırla beni koşulsuz destekleyen, tezimin gizli kahramanı, canım eşim Habibe KARAAĞAÇ'a,

Sonsuz saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Şizofreni	4
2.1.1. Şizofreninin Kısa Tarihçesi	4
2.1.2. Klinik Özellikler ve Bulgular	5
2.1.3. DSM-V'e Göre Şizofreninin Tanı Ölçütleri.....	7
2.1.4. Seyir ve Sonlanış	8
2.2. Şizofreni Tanısı Almış Hastalara Bakım Veren Kişilerde Travma Sonrası Gelişim, Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi	10
2.2.1. Şizofreni Hastalarının Aileleri ve Bakım Veren Kavramı	10
2.2.2. Bakım Veren Yükü	11
2.2.2.1.Fiziksel Yük.....	13
2.2.2.2.Duygusal Yük	14
2.2.2.3.Sosyal Yük.....	14
2.2.2.4.Ekonomik Yük.....	14
2.2.3. Travma Sonrası Gelişim	15
2.2.3.1.Kendilik Algısında Yaşanan Değişim	17
2.2.3.2. Kişilerarası İlişkilerde Yaşanan Değişim	18
2.2.3.3. Yaşam Felsefesinde Yaşanan Değişim.....	19
2.2.4. Yaşam Kalitesi.....	20
2.2.4.1.Yaşam Kalitesi Alanları.....	21
2.2.4.2. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler	22
2.2.4.3. Şizofreni ve Yaşam Kalitesi	23
2.3.Şizofreni Hastalarına Bakım Verenler ve Sosyal Hizmet Yaklaşımı.....	24
2.3.1. Genelci Sosyal Hizmet Yaklaşımı ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet	24
2.3.2. Psikiyatrik Sosyal Hizmet Alanında Sosyal Hizmet Uygulamaları	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM	34
3.1. Araştırmanın Modeli	34
3.2. Çalışma Grubu.....	34

3.3. Araştırmanın Etiği	35
3.4. Veri Toplama Araçları.....	35
3.4.1. Sosyo Demografik Bilgi Formu	35
3.4.2. Travma Sonrası Gelişim Ölçeği.....	35
3.4.3. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği	36
3.4.4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Türkçe Formu.....	37
3.5. Verilerin Toplanması	37
3.6. Verilerin Analizi.....	37
4. BULGULAR	39
4.1. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Klinik Özellikleri ve Sosyo Demografik Değişkenlerine İlişkin Bulgular	39
4.2. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Travma Sonrası Gelişimlerinin ve Bakım Yüklerinin Yaşam Kalitelerinin Fiziksel Sağlık Boyutunu Etkilemesine İlişkin Bulgular.....	42
4.3. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Travma Sonrası Gelişimlerinin ve Bakım Yüklerinin Yaşam Kalitelerinin Psikolojik Durum Boyutunu Etkilemesine İlişkin Bulgular.....	43
4.4. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Travma Sonrası Gelişimlerinin ve Bakım Yüklerinin Yaşam Kalitelerinin Sosyal İlişkiler Boyutunu Etkilemesine İlişkin Bulgular.....	45
4.5. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Travma Sonrası Gelişimlerinin ve Bakım Yüklerinin Yaşam Kalitelerinin Çevre Boyutunu Etkilemesine İlişkin Bulgular	46
5.TARTIŞMA	48
5.1.Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Klinik Özellikleri ve Sosyo Demografik Değişkenlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	48
5.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Sağlık Boyutunu Etkileyen Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	50
5.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği Psikolojik Durum Boyutunu Etkileyen Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	52
5.4. Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal İlişkiler Boyutunu Etkileyen Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	54
5.5. Yaşam Kalitesi Ölçeği Çevre Boyutunu Etkileyen Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	55
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	57
7. KAYNAKLAR	59
8.EKLER	75
EK-1 Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurul Onayı	75
EK-2 Kayseri İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Araştırma Onayı ..	76

EK-3 Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu	77
EK-4 Sosyo-Demografik Bilgi Formu.....	78
EK-5 Travma Sonrası Gelişim Ölçeği	79
EK-6 Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği	80
EK-7 Yaşam Kalitesi Ölçeği	81
EK-8 Özgeçmiş	84



ÖZET

Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Travma Sonrası Gelişimlerinin ve Bakım Yüklerinin Yaşam Kalitelerine Etkisinin İncelenmesi

Bu araştırma, ilişkisel tarama modelinde kesitsel ve korelasyonel bir çalışma olup, şizofreni hastalarına bakım verenlerin travma sonrası gelişimlerinin ve bakım yüklerinin yaşam kalitelerine etkisini incelenmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma Kayseri ilinde bulunan Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Psikiyatri Kliniğinde 01.10.2014-15.10.2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Örneklem seçiminde seçkisiz olmayan örnekleme yöntemlerinden amaçsal örnekleme yöntemi kullanılmış ve 146 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında; Sosyodemografik Bilgi Formu, Travma Sonrası Gelişim Ölçeği, Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Türkçe Formu kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS 23 paket programında sayı, yüzde, frekans ve çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

Araştırma bulgularına göre, travma sonrası gelişim kişinin kendisindeki değişim alanı; psikolojik ($p<.05$, $\beta= .157$) ve sosyal ($p<.05$, $\beta=.067$) alanlardaki yaşam kalitesini, yaşam felsefesinde değişim; fiziksel ($p<.05$, $\beta=.226$) ve psikolojik ($p<.05$, $\beta=.339$) yaşam kalitesini, diğer kişilerle olan ilişkilerde değişim; yaşam kalitesi çevre alanını ($p<.05$, $\beta=.389$) olumlu ve anlamlı yönde etkilemiştir. Travma sonrası gelişim arttıkça yaşam kalitesi de artmıştır. Bakım yükünün, fiziksel ($p<.05$, $\beta= -.119$) ve psikolojik ($p<.05$, $\beta= -.266$) yaşam kalitesini olumsuz yönde anlamlı olarak etkilediği görülmüştür. Bakım yükü arttıkça fiziksel ve psikolojik alanlarda yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir.

Çalışma bakım verenlerin yaşam kalitelerini etkileyen etmenlerin incelenmesi açısından önemlidir. Şizofreni hastaları ve ailelerine yönelik politika ve programlar geliştirilirken travma sonrası gelişim ve bakım yükü boyutunun da göz önünde bulundurulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bakım Yükü, Sosyal Hizmet, Şizofreni, Travma Sonrası Gelişim, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

Investigation Of Posttraumatic Growth and Care Burden Effect on Caregivers Life Quality Whose Patients With a Diagnosis Of Schizophrenia

This study is a cross-sectional and correlational study in the relational screening model and it was conducted to investigate the effect of caregivers on the post-traumatic development and care burden of schizophrenic patients.

The research was conducted between 01.10.2014 and 15.10.2015 in Kayseri Education and Research Hospital Community Mental Health Center and Psychiatry Clinic in Kayseri. In the selection of samples, purposive sampling method was used from non-selective sampling methods and 146 persons were included in the study. In the collection of data; Sociodemographic Information Form, Posttraumatic Growth Inventory, Zarit Care Burden Scale and WHOQOL-BREF-TR were used. The data were collected by face-to-face interview method. The obtained data were analyzed by number, percentage, frequency and multiple linear regression analysis in SPSS 23 package program in computer environment.

The post-traumatic growth has affected the quality of life, psychological state ($p<.05$, $\beta= .157$) and social relations ($p<.05$, $\beta=.067$) dimension in the person himself, the change of life quality physical health ($p<.05$, $\beta=.226$) and psychological state ($p<.05$, $\beta=.339$) dimension in life philosophy, change in relation with other people influenced the quality of life environment ($p<.05$, $\beta=.389$) dimension positively and meaningfully. As the post-traumatic growth increased, the quality of life increased. It has been determined that the burden of care has a significant impact on the quality of life, physical health ($p<.05$, $\beta= -.119$) and psychological status ($p<.05$, $\beta= -.266$) dimension, and that as the burden of caregivers increases, the physical health and psychological status of life quality decrease.

It is important from the point of view of examining the influence of caregivers on quality of life in work. It is proposed that the policies and programs for schizophrenia patients and their families should be developed and that the post-traumatic growth and care burden effect dimension should also be considered.

Keywords: Caregiver Burden, Social Work, Schizophrenia, Post-traumatic Growth, Quality of Life

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

TRSM : Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

BYÖ : Bakım Yüğü Ölçeği

TSGÖ : Travma Sonrası Gelişim Ölçeği

YKÖ : Yaşam Kalitesi Ölçeği

SPSS : Statistical Package for Social Sciences



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Bakım Verenlerin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bilgilerin Dağılımı.....	39
Tablo 2. Bakım Verenlerin Klinik Özelliklerine İlişkin Bilgilerin Dağılımı.....	41
Tablo 3. Bakım Verenlerin Travma Sonrası Gelişim, Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Puanları Dağılımı.....	42
Tablo 4. Yaşam Kalitesi Fiziksel Sağlık Boyutunu Etkileyen Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.....	43
Tablo 5. Yaşam Kalitesi Psikolojik Durum Boyutunu Etkileyen Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.....	44
Tablo 6. Yaşam Kalitesi Sosyal İlişkiler Boyutunu Etkileyen Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.....	46
Tablo 7. Yaşam Kalitesi Çevre Boyutunu Etkileyen Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.....	47

1.GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1948'de, sağlığı “ sadece fiziksel hastalık olarak değil, ruhsal ve sosyal açıdan da tam bir iyilik hali ” olarak tanımlamasından sonra sağlığa ilişkin iyilik halinin ölçülmesine, yaşam kalitesi kavramına, sağlık hizmetleri uygulamalarına ve araştırmalarına verilen önem artarak devam etmektedir (1). Bu bağlamda, kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden etkilenen bir kavram olan yaşam kalitesi pek çok araştırmaya konu olmuştur. Yaşam kalitesi; kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması olarak tanımlanmaktadır (2).

Yaşam kalitesi kavramı, kronik somatik hastalıkların tedavisinde uzun yıllardır gündemde olmakla beraber genelde psikiyatri özelde ise psikiyatrik sosyal hizmet alanında yer edinmesi nispeten yenidir. Ruhsal bozukluklarda yaşam kalitesi ilk olarak fiziksel hastalığı olan ya da cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen ruhsal sorunların araştırılmasında kullanılmış, ardından duygu durumu bozuklukları, anksiyete bozuklukları, ağır/süreğen bozukluklar alanlarında da araştırılmıştır. Yaşam kalitesi olgusu hastalık nedeniyle oldukça olumsuz etkilenen şizofreni hastalarıyla yapılan araştırmalar ise sınırlıdır (3). Şizofreni sadece bireyin duygulanım, düşünce, algılama ve davranış alanlarını olumsuz yönde etkilemekle kalmayan, aynı zamanda bireyin çevresindekilerin yaşam koşullarını da olumsuz yönde etkileyen kronik ruhsal bir hastalıktır (4).

Kronik ruhsal hastalıklar, bireyin yardım çabasını sınırlamakla birlikte hasta yakınlarının da sağlığını etkileyen bir stres kaynağı olabilmekte ve hasta yakınları hem hastalarına yeterince fayda sağlayamamakta hem de kendilerinin yardım ihtiyaçları artmaktadır (5). Şizofreni hastaların bakımının hastaneden çok aile ortamında yürütülmesiyle birlikte ailelerin önemi daha da artmıştır. Şizofreni de bu durum daha da belirgindir çünkü şizofreni bireyin tüm yaşam alanlarını etkiler. ABD’ de taburcu olan hastaların %60’tan çoğunun ailelerinin yanına döndüğü açıklanmaktadır (6). Ülkemizde de şizofreni hastalarının büyük çoğunluğunun ailesi yanında yaşadığı, en

büyük destek kaynaklarının ve bakım verenlerinin hastanın ailesi olduğu belirtilmektedir (7).

Şizofreni hastalarına bakım verenlerin, bu bireylerle uzun süre yaşamaları sonucunda kendi işlevsellikleri ile ilgili olarak da bazı sorunlar yaşamaları muhtemeldir. Buna bağlı olarak ailelerin çeşitli alanlarda (ekonomik, sosyal, arkadaşlık ilişkileri, psikolojik) yaşadıkları sorunlardan kaynaklanan yüklenmeleri “bakım yükü” olarak kavramsallaştırılmaktadır (8).

Bakım verdikleri kişinin ve kendilerinin tüm yaşam alanlarını etkileyen şizofreni hastalığı ile yaşıyor olmak travmatik bir olay halini alabilmektedir. Travmatik olaylar karşısında kişilerin gösterdiği tepkiler arasında önemli farklılıklar olabilir. Bazılarında travmatik olay sonucunda anksiyete, depresyon ve posttravmatik stres bozukluğu gibi ciddi bozulmalar görülebilir. Diğer taraftan travma deneyimi; öncelikler, yaşamın anlamı, ilişkilerin iyileştirilmesi, kişisel güçlenme algısı gibi önemli olumlu değişikliklere yol açabilir (9). Bu nedenle, travmatik bir olayla karşı karşıya kalmanın, kişiyi travma öncesi durumdan daha güçlü hale getirmesi de mümkündür. Travmanın ardından kişide oluşan olumlu değişimler “algılanan yarar”, “strese bağlı büyüme” veya “travma sonrası büyüme” olarak tanımlanmaktadır (10,11).

Ruh sağlığı ve hastalıkları alanında sosyal hizmet mesleğinin kendisine has rolleri, sorumlulukları vardır ve bunlar çok boyutludur. Sosyal hizmet uzmanı, psikiyatrik tedavi sürecinin tüm aşamalarında rol alır ve mesleki uygulamalarını genel sosyal hizmet bilgisini, değerlerini ve becerilerini temel alarak; psikiyatrik sosyal hizmet bilgi ve becerisinin kullanıldığı müdahaleler de yapılabilir. Toplum ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesinden, tanı, sağıltım ve izleme süreçlerine kadar genişleyen yelpazede sosyal hizmet uzmanlarını psikiyatri alanında çeşitli roller üstlenirken görmek olanaklıdır (12).

Şizofreni hastalarına bakım verenler üzerine yapılmış çalışmalarda, çoğunlukla bakım verenlerin sorunlarla baş etme mekanizmaları incelenmiş ancak bakım verenlerin bakım yükleri, yaşam kaliteleri ve yaşadıkları travma sonrası gelişimleri arasındaki etkileşimi birlikte araştıran bir çalışma bilindiği kadarıyla yapılmamıştır.

Hastaya bakım veren kişilerin, hastaların tanı/tedavi süreçlerine ve kendi doğal çevrelerine uyum sağlamalarındaki katkılarının önemi göz önüne alınarak bu

çalışmada, şizofreni hastalarına bakım verenlerin travma sonrası gelişimlerinin ve bakım yüklerinin yaşam kalitelerine etkisini incelenmek amaçlanmıştır.

Bu genel amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranacaktır:

1. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin travma sonrası gelişimleri ve bakım yükleri yaşam kaliteleri fiziksel sağlık boyutunu etkilemekte midir?
2. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin travma sonrası gelişimleri ve bakım yükleri yaşam kaliteleri psikolojik durum boyutunu etkilemekte midir?
3. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin travma sonrası gelişimleri ve bakım yükleri yaşam kaliteleri sosyal ilişkiler boyutunu etkilemekte midir?
4. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin travma sonrası gelişimleri ve bakım yükleri yaşam kaliteleri çevre boyutunu etkilemekte midir?

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

Şizofreni daha çok genç yaşta başlayan, her toplumda görülebilen, bireyin gerçeği değerlendirme yeteneği başta olmak üzere düşünce, duygulanım ve algılama alanlarında bozulmalarla, iyileşme ve yinelemelerle seyreden bir toplum sağlığı sorunudur (13). Şizofreninin temel özelliği, kişiliği oluşturan öğelerde ve kişiliğin bütününde dağınıklık, düzensizlik ve parçalanmadır. Hastanın düşünce ve konuşmasında duygularını ifadesinde, davranışlarında, yüz ifadesinde, yürüyüşünde ve insan ilişkilerinde tuhaflık, düzensizlik ve dağınıklık olabilmektedir (14).

2.2.1.Şizofreninin Kısa Tarihçesi

Şizofreni tarihi insanlık tarihi kadar eskidir. Eski çağ yazılarında ve Hipokrat okuluna bağlı hekimlerin yazılarında şizofrenik türde belirti gösteren ruh hastalıklarının tanımlandığı bildirilmektedir. İlk tanımlamalardan en çok bilinen I. ve II. yüzyıllarda şizofrenik yıkımdan ve sanrılardan bahsedilmektedir (15). 1860 yılında Belçikalı psikiyatrist Morel, 14 yaşında bir erkek çocuğunda, aile içinde ve okulda çatışmalar ve uyum sorunlarıyla başlayıp, yıkımla sonlanan bir içe kapanma tablosu tanımlanmış ve bu tabloyu Dementia Praecox(Erken Bunama) olarak adlandırmıştır (14).

Şizofreniyi bilimsel olarak ilk kez inceleyen bilim adamı Alman psikiyatrist E. Kraepelin(1896) olmuştur. Emil Kraepelin, M. Morel'in "Erken Bunama" (1852), E. Hekker'in "Hebefreniya" (1871), K. Kalbaum'un "Katatoniyaé (1890) ve M. Manyan'ın "Kronik Sanrılama Psikozları" (1891) adları ile tanımladıkları ruh hastalık formlarını "Erken Akıl Hastalığı" adı altında birleştirerek şimdiki şizofreni hastalığının gidişinin esas seyrini ortaya koymuştur (16).

Kraepelin'in formülasyonu Bleuler tarafından tekrar ele alınmış ve 1911'de yayınladığı "Dementia Praecox veya Şizofreniler Grubu" adlı kitabı ile yeni bir çığır açmış olan İsviçreli Eugen Bleuler, Kraepelin'in sandığı gibi hastalığın erken yaşlarda

başlamasının ve bunama ile sonuçlanmasının zorunlu olmadığını göstermiştir. Bu hastalıkta kişinin ruhsal hayatındaki yarılmaya (schisme) önem vererek “schizofrenia” yani zihin bölünmesi, yarılmaya adını önermiştir (17).

Bleuler, şizofreni semptomlarını birincil (temel) ve ikincil olarak ayırmıştır. Bleuler dört temel birincil belirtiyi (4A) çağrışım (Assosiasyon) bozuklukları, duygulanım (Affekt) bozuklukları, otizm (Autism) ve ikirciklilik (Ambivalans) olarak tanımlamıştır. İkincil belirtilerin temel bozukluktan türediğini ileri sürmüş ve varsanılar, sanrılar, katatoni, motor bozuklukları ikincil semptomlar olarak nitelendirmiştir (13, 17).

Kurt Schneider ise şizofrenide birinci sıra semptomlar olarak adlandırdığı, bir takım semptomları tanımlamıştır. Schneider bu semptomların (düşünce yayılması, düşünce sokulması, tartışan ve yorum yapan sesler) sadece şizofreniye özgü belirtiler olmadığını, ancak bunların tanı koymada pragmatik değerlerinin büyük olduğu üzerinde durmuştur. Schneider ikinci sıra belirtilerle de tanı konulabileceğini öne sürmüştür (18). Freud şizofreniyi, “birincil özseverlik” (narsisizm) dönemine gerileme sonucunda ortaya çıkan bir klinik tablo olarak ele almıştır. Psikanalistler, şizofrenide doğuştan yapısal bir yatkınlığın, bir ego zayıflığının ve birincil narsisistik duruma kolayca gerileyebilme eğiliminin olduğunu kabul etmişlerdir. Böyle bir zeminde çevre ilişkilerinde küçük-büyük incinmeler bu gerileme eğilimini kamçıları denmiştir. Günümüzde ise şizofreni tek bir hastalık olarak görülmemekte farklı gidiş ve sonlanmış gösteren, çeşitli sağıltım yolları olabilen bir bozukluklar kümesi olarak tanımlanmaktadır (15, 19).

2.1.2.Klinik Özellikler ve Bulgular

Şizofreni, kişinin düşünce, algılama, duygulanım ve davranışlarını önemli derecede etkileyerek iş, sosyal ve özel yaşamında çeşitli düzeylerde sorunlara neden olan bir hastalıktır. Gerek başlangıç, gerekse klinik görünümü ve seyir özellikleri yönünden heterojen bir görünüm sergiler. Genellikle uzun süre devam eden yetersizlik dönemlerinin üstüne gelişen gösterişli rahatsızlık epizodlarının görüldüğü bir hastalıktır. Kronik yetersizlik düzeyi stresle baş edebilme yeteneğinde hafif bir

düşüşten, eylemi başlatma ve organize etmede hastaları kendine bakamayacak hale getirecek kadar derin bir bozulmaya kadar değişebilir (20).

Şizofreni genellikle 45 yaşın altında ortaya çıkar. 45 yaşından sonra başladığında geç başlangıçlı şizofreni olarak tanımlanır. Geç başlangıçlı olgular, kadınlarda daha yüksek oranda görülmesi, daha iyi mesleki işlevsellik öyküsü, daha fazla pozitif belirti göstermeleri, düşük dozda ve iyi antipsikotik tedavi yanıtı ve daha az yıkıma uğramaları ile erken başlangıçlı olgulardan ayrılırlar (21,22). Erkeklerde ve kadınlarda şizofreni yaygınlığı benzer bir şekilde görülmekle birlikte hastalığın başlama yaşı ve gidişi farklıdır. Hastalığın en sık ortaya çıktığı yaş dönemi erkeklerde 15-25, kadınlarda ise 25-35 yaşlarıdır. Kadın hastalarda gidiş erkeklere göre daha iyidir (22).

Sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylerde daha yüksek olduğu bildirilen hastalığın görülme sıklığının evlilerde, bekar ve ayrı yaşayanlardan daha düşük olduğu ve evliliğin hastalığa karşı koruyucu bir unsur olduğu ileri sürülmektedir. Göç, viral enfeksiyonlar, doğum mevsimi, stres verici yaşam olayları da risk etkenleri arasında sayılmaktadır (21, 23, 24).

Şizofreni görülme sıklığı toplumda %1 iken, bu oran ebeveyninden biri şizofreni hastası olan çocukta %12, her iki ebeveyni şizofreni hastası olan çocukta %40, şizofreni hastasının kardeşinde %8, dizigot ikizinde %12, monozigot ikizinde %47 olarak belirlenmiştir. Şizofreni hastalarının birinci derecede biyolojik akrabalarında hastalık gelişme olasılığının yaklaşık 10 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (15).

Şizofreni hastalarının çoğunda ilgisizlik, donukluk ve çekingen bir görünüm vardır. Süreğen hastalarda bakımsız, dağınık bir genel görünüm olabilir. Çoğu hastada devinim bozuklukları dikkati çeker (25).

Düşünce bozuklukları şizofreninin çekirdek semptomlarıdır (21). Şizofrenik düşünce biçimini anlamak zordur. Sözcükler ve ibareler tek başına anlamlıdır ancak ilişkili değıllerdir ve anlam bütünlüğü yoktur. Şizofreninin işareti olan bu karışık düşünce süreçlerinin, dikkati toplamakta ve birbiriyle ilgili olmayan uyaranları süzmekte genel bir zorluktan kaynaklandığı görülmektedir (26).

Şizofrenide önemli algı bozuklukları ve odaklanma sorunları dikkat çeker. Dikkat çabuk dağılır. Çevredekilere ilgi azalır ve bu nedenle algılamada azalmış gibidir. Niteliksel olarak önemli algı bozuklukları varsanılar ve yanılsamalardır. Düşünce içeriğinde sanrı en belirgin belirtidir. Sanrı uyanık durumda bulunan bir bireyin kendi dışında var olduğunu sandığı, oysa gerçekte var olmayan olayları algılamasına denir. Şizofrenide sanrılar genellikle düzensiz, dağınık, tutarsız ve acayıptir. Kötülük görme, kıskançlık, büyüklük, referans, suçluluk, dinsel ve somatik sanrılara sıklıkla rastlanmaktadır (27).

2.1.3.DSM-V'e Göre Şizofreninin Tam Ölçütleri

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

1.Sanrılar

2.Varsanılar

3.Darmadağın konuşma (örn.sık sık konudan sapma gösterme, anlaşılmaz konuşma).

4.İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı.

5.Yoksunluk belirtileri, duygusal katılımda azalma ya da kalkışamama.

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır.

C. Bu bozukluğun bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön ve artakalan belirti evrelerini kapsayabilir.

D. Şizoduygusalımsal (şizoaffektif bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da iki uçlu) bozukluk dışlanır.

E. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etmenlerine bağlanamaz.

F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü ve gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa ayrıca şizofreni tanısı da konulur (28).

2.1.4. Seyir ve Sonlanış

Şizofreni, klasik olarak kronik akut alevlenmeler ve remisyonların eşlik etmesiyle seyreder. Kişilik değişikliklerinin görülebildiği, kişinin yavaş yavaş içine kapanmaya, kendine özgü bir dünyaya girmeye başladığı, çok sayıda olgunun ise özellikle ergenlik döneminde yoğun kaygı belirtileri gösterdiği, kendi bedeni ile yoğun uğraş sergilediği, öz bakım ve kişilerarası ilişkilerini ihmal edilebildiği bir dönemin ardından; bazı hastalarda hastalık yıllarca sinsi ve yavaş bir seyir sürerken arada aktif hastalık dönemleri, akut alevlenmeler ortaya çıkabilir. Bu dönemler kendiliğinden ya da tedaviyle yatıştır. Bundan sonra, gene çok yavaş ilerleyen ve daha çok negatif belirtilerin baskın olduğu bir dönem yaşanabilir (23).

Şizofreninin seyri konusunda yapılan çalışmalar, kullanılan tanı ölçütlerinin zaman içinde değişmesi, uzun ve yeterli izlemin yapılamaması, üzerinde anlaşmaya varılmış yaygın bir iyileşme tanımının olmayışı gibi sebeplerden dolayı farklı sonuçlar vermektedir. Shepherd ve arkadaşlarının 5 yıllık izlem çalışmalarının sonuçlarına göre; hastaların %13'ü tek bir atak geçirip 5 yıl içerisinde bir daha hastalanmamış, %30'unda hastalık, arada tamamen sağlıklı döneme dönen ya da minimal düzeyde bozukluk gösteren ataklarla seyretmiş, hastaların %10'unda ise hastalık ilk ataktan sonra hiçbir zaman tamamen sağlıklı döneme dönmemiştir. Hastaların %47'sinde ise hastalık her seferinde şiddetleri daha da artan belirtilerle giden epizodik bir seyir izlemiştir (15).

Son yıllarda yapılan bazı çalışmalarda hastalığın gidiş ve sonlanım belirteçleri daha iyi belirlenmiştir: Başlangıç akut bir biçimde gelişir, hastalık geç ortaya çıkarsa ve çevresel stres etkenlerinin yeri fazla ise gidiş daha iyidir. Hastalık öncesi kişiliğin

şizoid veya şizotipal oluşu, belirtilerin sinsi ve yavaş ortaya çıkışı daha kötü bir gidişi düşündürür. Hastalık öncesinde toplum, iş ve cinsel yaşamına göreceli olarak iyi uyum sağlamış olanlarda gidiş ve sonlanım daha iyidir. Ailenin hastalığı ve hastayı kabullenışı, tedavi ekibiyle işbirliği ve düşük duygu dışı vurumu gidişe olumlu katkıda bulunur (21,23). Hastaneye yatış sayısının çok ve sürelerinin uzun olduğu, remisyon halinin kısa sürdüğü oranda kötü gidişten bahsedilir. Ailede kalımsal yüklülük yüksek ise süregenleşme olasılığı yüksektir. Negatif klinik belirtilerin baskın olduğu hastalar tedaviden daha az yararlanmakta ve gidişleri daha kötü olmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde ve kırsal bölgelerde şizofreni prognozu, gelişmiş ülkelere ve kentsel alanlara göre daha iyi bulunmuştur. Hastanın evli oluşu iyi gidiş göstergesidir. Hastalık belirtileri arasında konfüzyon, pozitif bulgular ve duygusal öğelerin varlığı; hastanın düşünce ve algı bozukluğu gibi belirtilerden rahatsız olması ve tedavide işbirliği ve uyumu iyi gidiş belirteçleridir (21, 23, 24, 29).

Hastaneye yatarak tedavi görmüş ilk atak şizofreni hastalarının taburcu edildikten sonra düzenli antipsikotik tedaviye rağmen, ilk yıl içinde ikinci bir atak geçirme riskleri yaklaşık %35- %40'tır (30). Atak sayısı arttıkça kronikleşme olasılığı artar. Hastalığın gidiş ve sonlanışını önceden kestirmek hemen hemen olanaksızdır. Hastalığın ancak, ilk tanı sonrası 5 yıllık seyri hastanın gidişatıyla ilgili ipuçları verir (21). Klinik izlem çalışmaları şizofreni hastalarının yaklaşık %30-40'ının orta ve iyi derecede düzeldiklerini, iş, aile ve sosyal uyumlarının iyi olduğunu göstermektedir (18, 31).

20-40 yıllık izlem çalışmaları, şizofreni hastalarının yaklaşık %55'inde hastalığın olumlu yönde seyrettiği, %45'inde ise daha ağır sonuçlar görüldüğü hesaplanmıştır (31). Diğer yandan bazı izlem çalışmalarında, ilk hastane süreci sonrası şizofreni tanısı almış hastaların sadece %10-%20'sinin iyi bir sonlanımı olduğu, %50'sinde semptomlarda alevlenme, mükerrer hastane yatışları, majör duygu durum bozukluğu atakları ve intihar girişimleri ile birlikte kötü seyir gözlemlendiği bildirilmektedir. Aynı çalışmalarda iyileşme oranlarının %10 ile %60 arasında değiştiği, hastaların ortalama %20- %30'nun toplumsal normlara uygun bir yaşam sürebildikleri, %40-%60'ının ise hastalığın yıkımla giden etkisi altında sosyal ve mesleki yeti yitimi yaşadıkları belirtilmektedir (21).

2.2. Şizofreni Tanısı Almış Hastalara Bakım Veren Kişilerde Travma Sonrası Gelişim, Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi

2.2.1. Şizofreni Hastalarının Aileleri ve Bakım Veren Kavramı

Aile bireyin sosyalleştiği, kişilik ve otokontrolün geliştiği ilk sosyal sistemdir. Bütün toplumlarda birey, aile, kültür ve medeniyet arasındaki ilişkiler değişken ve karmaşık olmasına rağmen bu birimin bazı ortak özellikleri vardır. Aile ortak bir kültürü devam ettirir, ancak onu farklı şekilde işlevsel kılar (32). Ruhsal bozukluklar ve psikiyatri hastaları üzerine yapılan bilimsel gözlemler ailenin ruhsal bozuklukların gelişmesinde önemli düzeyde katkısı olduğunu göstermiştir. Ruhsal bozukluklar aile patolojisi ya da hatalı iletişim ve hatalı kişilerarası ilişkilerin sonucu olarak gelişir. Aile psikopatolojisi ruhsal sağlık üzerine etkisi olan hatalı aile ilişkisi ve iletişim örüntüleri, işlevsel olmayan aile yapısı gibi çeşitli risk durumlarını ifade eder. Başka bir ifade ile patolojik aile yaşamı aile ortamı dengesinde sorunlar oluşturduğunda aile patolojisi olarak adlandırılır (33).

Ağır ruhsal hastalıklı bireyler bir kurumdan ziyade evde yaşadıklarında ruhsal hastalık önemli bir aile sorunu olmaktadır. Aile bir sistem olarak ele alındığında; sistemin parçaları arasında sürekli bir etkileşim vardır ve hastalık durumunda hasta bireyin fonksiyonel yeterliliğindeki değişim tüm aileyi etkilemektedir (34).

Sağlık personeli hasta ile sınırlı süre vakit geçirmektedirken aile tüm günlerini hasta ile geçirmekte, bunu gerçekleştirirken de hastalık süreci, hastaya yaklaşım gibi konularda bilgi, beceri desteğine, duygusal ve sosyal desteğe ihtiyaç duymaktadır. Aile, hastalıkla baş etmede olumlu katkıları sağlayabilecek en büyük doğal kaynak olarak görülmektedir (5).

ABD’ de taburcu olan hastaların %60’tan çoğunun ailelerinin yanına döndüğü açıklanmaktadır (6). Ülkemizde de şizofreni hastalarının en büyük destek kaynaklarının ve bakım verenlerinin hastanın ailesi olduğu ve hastaların büyük çoğunluğunun ailesiyle birlikte yaşadığı açıklanmaktadır (7). Ancak, ailenin şizofreniye verdiği yanıt hastalığın özelliğinden etkilenmektedir. Hastalığın bu özelliği: semptomların ağırlaşma ya da gerileme periyotlarını, tuhaf ve rahatsız edici davranışları, kendine ya da diğerlerine zarar verici davranışları, hastalığın önceden

tahmin edilemeyişini, kişiler arası ilişkilerde yaşanan güçlükleri ve toplum tarafından damgalanmayı içermektedir. Hastalığın bu karakteristik özellikleri ailelerin bakım verici rolüne uyumlarını zorlaştırmaktadır (35, 36).

Bakım veren haline gelme seçilemez veya planlanamaz bir durumdur. Bu nedenle bu duruma uyum, durum ortaya çıktıktan sonra gerçekleşmektedir (37). Bakım veren kavramı, şizofrenide psiko-sosyal rehabilitasyon kavramı içerisinde yer almaktadır. Bakım veren: ruhsal sağlık sorunu deneyimleyen bireye bakım, yardım, sosyal destek ve bilgi veren kişi olarak açıklanmaktadır. Bakım veren kişi hastanın bakımını yapmak ya da gözlemlemekten sorumludur (38).

Birincil bakım veren ise bu sorumluluğu sürdürmekten birinci derece sorumlu olan kişidir ve şizofreni hastasının birincil bakım verenleri genellikle aile üyeleridir. Bakım veren bu tanımlamada sadece klinik süreçte bir pozisyonu değil aynı zamanda sosyal çevresi giderek belirlenen bir kimlik halini almaktadır. Bu tanımlamadan da anlaşılacağı gibi bakım veren kişiler bir rolün sahibi olmaktadırlar. Kimlerin hangi koşullarda aile üyeliğinden hasta yakınlığına, oradan da bakım vericiliğe geçtikleri ve bu rollerin zaman içindeki dönüşümleri açıklanması gereken konular arasındadır (39).

2.2.2. Bakım Veren Yüğü

Yük (Burden) kavramı, hem bakım vermenin bakım veren aileler üzerindeki etkilerini hem de bakım vermeye karşı kişisel tepkileri incelemek için kullanılan bir kavramdır (40,41).

Süreğen hastalığı olan hastalara bakım vermek ailelere önemli bir yük getirmektedir. Bakım vereni olmayan hastalarda yüksek stres düzeyleri, depresyon, düşük öznel iyilik hissi, fiziksel sağlık ve kendine yeterlilikte azalmanın da yer aldığı önemli sağlık sorunlarıyla karşılaşılmaktadır (42). Treudley 1946'da "aile yüğü" dendiğinde ciddi psikiyatrik hastalığı olan hastanın en yakınında olanlara işaret etmiştir (43). Bakım yükünü Dillehay ve Sanadays hastaya bakımla ortaya çıkan ekonomik kısıtlanma gibi, sosyal ve duygusal baskı, fiziksel için birlikteliği ile sonuçlanan psikolojik durum olarak tanımlamışlardır (8).

Bakım verme ile ilgili yük araştırmalarının neredeyse yarısı ruhsal hastalıkla bağlantılıdır. Şiddetli ruhsal hastalıklar çoğunlukla ergenliğin sonlarında, erişkinliğin başlarında başlamaktadır. Bu nedenle hastalar genellikle uzun süre yakınlarına bağımlı kalmaktadırlar (44).

Birçok Şizofreni hastası yakınlarının duygusal desteğine ve ekonomik yardımına gereksinim duymaktadır. Şizofreni hastalarının ailesi hasta yakınlarına önemli derecede destek sağlar, büyük bir sorumluluk duygusu taşır ve dolayısıyla önemli seviyede yüke maruz kalmaktadırlar (45, 46). Ülkemizde olduğu gibi günlük merkezler, hastalara bakım verilen toplum merkezlerinin olmayışı nedeniyle psikotik hastalar onlara bakım veren aileleriyle yaşamaktadır. Bakım verme doğal olarak aile üyesinin hastalığının semptomlarının yol ağtığı duygusal üzüntü ve zihinsel hastalıkla ilgili damgalanmayla uğraşmak, hastanın gözetimi, psikiyatrik tedavi ödemelerini içermektedir (47).

Bakım yükü, bakıcıların işlevselliğinin, sağlıklarının anlamlı derecede etkilenmeleri ve yaşam kalitelerinde düşmeyle ilişkilidir (46). Zarit, Teri ve Montorio Şizofreni hastalarının bakımının, bakıcıya kişisel, ekonomik ve sosyal güçlük getirmekte olduğunu söylemişlerdir. Benzer sonuçlar farklı bölgelerde yapılan çalışmalarda da bulunmuştur (46,48).

Avrupa'da yapılan bir çalışmada, Şizofrenide bakıcı yükünün beş ülkede neredeyse aynı olduğu bulunmuştur. Bakıcının hastayla temasının fazla olması, hastaların aileleriyle birlikte yaşaması, hastaların daha yaşlı olması ve psikiyatri yataklarının az olduğu yerlerde bakım yükü daha yüksek bulunmuştur (49).

Ailelerin, yakınlarına bakım verirken birçok problem yaşadığı ve yetersiz destek nedeniyle bu olumsuzlukları güçlük ve yük olarak algıladıkları belirtilmektedir. Bakım yükünün bazı faktörlerden etkilendiği belirtilmektedir.

Bakım verme yükünü etkileyen faktörler:

- Bakım verenin kişisel özellikleri (cinsiyeti, çalışma durumu vb.),
- Hastanın kişisel özellikleri (cinsiyeti, çalışma durumu vb.),
- Hastalığın süresi,
- Bakım verme süresi,
- Şizofreni konusunda eğitim alma durumu,

- Hasta-bakım veren arasındaki iletişim ve ilişkinin niteliği,
- Hasta ile aynı evi paylaşma durumu,
- Bakım verenin fiziksel ya da ruhsal hastalığının olması,
- Bakım verenin hasta bakımı dışında da sorumluluklarının olması (çalışma, çocuk vs.),
- Hastaya çok boyutlu bakım vermek zorunda olması (fiziksel, ekonomik, duygusal, ulaşım vb.),
- Bakıma yardım eden kimsenin olmaması,
- Yaşanan konutun özellikleri,
- Ekonomik durumun kötü olması,
- Yaşanılan toplumun özellikleri,
- Sosyal desteğin varlığıdır (40, 50, 51, 52, 53, 54, 55).

Bakım verenlerin yüklerinin incelendiği çalışmalarda alt boyutlar ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, sinirlilik ve kısıtlanmışlık, toplumsal ilişkilerde bozulma, ekonomik yük ve bağımlılık boyutu olarak belirlenmiştir (56). Literatürde şizofreni hastalarına bakım verenlerin; fiziksel, sosyal, duygusal ve ekonomik yük çeşitlerini yaşayabildikleri belirtilmiştir. (57, 58, 59).

2.2.2.1.Fiziksel Yük

Şizofreni hastasına bakım vermeleri nedeniyle bireylerde hazımsızlık, iştahta değişim, düzensiz yemek yeme, baş ağrısı gibi somatik şikâyetler artabilmektedir. Kronik yorgunluk, vücut ağrılarında 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 (57, 60).

2.2.2.2.Duygusal Yük

Bakım verenler huzursuzluk, uykusuzluk, benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon, depresyon, iğneleyici davranışlar, alkol ve ilaç kullanımında artış ve problem çözmede güçlük yaşamaktadır. En yaygın görülen belirtiler ise stres ve anksiyetede artış olmasıdır. Bireyin, bakımdan kaynaklanan anksiyete duygusunu tüm yaşamına genelleyebileceği vurgulanmaktadır. Stres ya da engellenmişlik duygularını sözel olarak ifade edemeyenlerde daha fazla depresyon belirtilerinin görüldüğü belirtilmektedir. Bakım verenlerde kendi yaşamları üzerindeki kontrollerini kaybettikleri düşüncesi ile güçsüzlük yaşayabilmektedirler. Kızgınlık, hayal kırıklığı, aile üyeleri ve hastaya karşı dürüst olmadığı için suçluluk, eğer hasta ile birlikte yaşıyorsa mahremiyetin kaybı, keder, yardım isteyememe, umutsuzluk, yaşanan duygusal yükler arasına girebilmektedir (58, 61).

2.2.2.3.Sosyal Yük

Bakım verenler yaşamlarını genellikle sevdiklerinin gereksinimleri doğrultusunda düzenleyebilmekte ya da aile üyeleri tarafından böyle bir düzenleme beklentisi olabilmektedir. Aile; arkadaş ilişkileri ya da sosyal etkinliklerden fedakarlık eden birincil bakım verenin, eğlendirici, dinlendirici ve boş zaman aktivitelerini kısıtlamakta, bu nedenle de sosyal destekte azalma, kendilerini bakım rolünde yalnız bırakılmış hissetme ve izolasyon yaşama olasılığı artmaktadır (60, 61).

2.2.2.4.Ekonomik Yük

Bakım vermenin ekonomik etkileri birçok şekilde kendini gösterebilmektedir. Bakım zorluklarını yerine getirebilmek için bakım verenler ücretli işlerden izin almak zorunda kalabilmekte veya tam mesai çalışmamayı seçmek zorunda kalabilmektedirler, böylece işverenlerin normalde isteyebileceği esnekliği

göstermeyerek kendi potansiyellerini ekonomik/kariyer vs alanlarında gerçekleştirememektedir (54, 55, 61).

Şizofreni hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları bakım yükü ve yakınının yaşam boyu bakım ihtiyacıyla yüzleşmek durumunda kalmaları, yüksek düzeyde stres içeren bir durum olabilmekte ve hastaya bakım vermek başlı başına travmatik bir deneyim haline gelebilmektedir.

2.2.3. Travma Sonrası Gelişim

İnsanlar yaşantılarının her döneminde travmatik deneyimler yaşayabilirler. Özellikle sağlık bakım sisteminde travmatik deneyimler (kayıp, yoğun bakıma yatış, ölümcül veya kronik hastalık tanısı alma vb.) sıklıkla yaşanmaktadır. Travmanın tanımı düşünüldüğünde hastalık yaşantısı veya hastaneye yatma fiziksel ve yaşamsal bütünlüğe yönelik ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Bu nedenle hastalık yaşantısı hem hasta bireyin kendisi, hem de ailesi için travmatik bir deneyimdir (62).

Travma, gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidinin bulunduğu, ağır yaralanmanın, fiziksel veya yaşamsal bütünlüğe yönelik bir tehdidin ortaya çıktığı ve kişinin kendisinin yaşadığı, şahit olduğu veya sevdiği bir kişinin başına geldiğini öğrendiği olağandışı olaylar olarak tanımlanmaktadır (63).

DSM V'te psikolojik travma aşağıdaki gibi ölçütlerle tanımlanmaktadır:

- Doğrudan örseleyici bir olayın yaşanması,
- Başkalarının başına gelen bir olaya doğrudan tanıklık etme,
- Bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşının başına örseleyici olaylar geldiğini öğrenme,
- Aile bireylerinin ya da arkadaşının kaba güç veya kaza ile ölümü ya da ölüm olasılığı,
- Örseleyici olayların sevimsiz ayrıntılarıyla yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (28).

Sayıları hızla artmakta olan literatür travmaya bağlı oluşan olumsuz sonuçların nasıl önlenebileceği ve bazı bireylerin nasıl zorluklarla baş ettiklerini tanımlamaya çalışmaktadır. Bu noktada travma yaşantısından ötürü geriye doğru gidenler değil, travmayı bir başlangıç noktası gibi, bir sıçrama tahtası gibi kullanan ve bireysel gelişme gösterenleri ele almak önem kazanan bir konu olmuştur (64).

Travmatik bir yaşantının sonrasında, travmaya maruz kalan kişide, travma sonrası stres tepkileri ve travmatik olaya bağlı bozuklukların yanı sıra travma sonrası gelişim kavramıyla ifade edilen bazı gelişmeler de beraberinde gelebilir. Travma sonrası gelişme kavramı, zorlayıcı yaşam olayları ile mücadele sonucu gelişen pozitif yönde ruhsal değişiklikleri ifade etmek için kullanılmaktadır. Travma sonrası gelişim, travmatik bir olay ve onunla mücadele çabaları sonrasında ortaya çıkan olumlu bilişsel, duygusal, davranışsal dönüşümdür. Stresli olay veya travma sonrasında meydana gelen pozitif değişikliklerle ilgili farklı yazarlar farklı terimler kullanmaktadırlar. Pozitif değişiklikler “Strese bağlı gelişim”, “Travma sonrası büyüme”, “Gelişme”, “Farkındalıkta artma” şeklinde isimlendirilmiştir (10, 64, 65).

Travma sonrası gelişimin olabilmesi için yaşanan olayın belli bir şiddetin üzerinde olması gerekir. İnançları sarsacak derecede şiddetli olmayan olaylarla, kişi var olan becerilerini kullanarak başa çıkabilir ve eski sağlığına kavuşabilir; bu nedenle de bir değişime gerek kalmaz. Travmanın çok şiddetli olduğu durumlarda ise gelişme, kişi tüm kaynaklarını kaybettiği için gerçekleşemez (66). Karancı (2005) ise, yaşanan travmatik olayın şiddetinin travma sonrası gelişim ile ilgili değişkenlerden biri olduğunu belirtmiştir (67).

Gelişmeye yol açan olay kişinin dünya ile ilgili temel yargılarını sarsan bir deprem sarsıntısı gibidir. Bu sarsıntı sonucunda bilişsel şemalar sarsılır, zayıflar, dağılır. Deprem sonrası binaların yeniden daha dayanıklı yapılmasına benzer şekilde bilişsel şemalarda düzeltme yapıldığında ise kişi gelecekteki şoklara daha dayanıklı hale gelmektedir. Zorlayıcı olayın kişinin dünya ile ilgili temel yargılarını sarsacak nitelikte olduğu, gelişmenin ruhsal travmadan sonra bir süre gerektirdiği belirtilmektedir (66).

Travma sonrası gelişim sadece travmatik yaşantının kendisi sonucu oluşmaz. Yani travmatik deneyim yaşamak travma sonrası gelişim yaşamak için yeterli değildir. Olay o popülasyondaki herkesi etkilemekte fakat sadece bazı kişiler travma sonrası

gelişim yaşamaktadır. Bu da gösteriyor ki olayın dışında bazı faktörler travma sonrası gelişim görülmesine etki etmektedir. Travma sonrası gelişimin oluşup oluşmamasını etkileyen faktörler kişisel (kişinin başa çıkma stratejileri, kişilik, kendine güven gibi) ve çevresel kaynaklar (sosyal destek, maddi kaynaklar gibi) olabileceği gibi yaşanan olayla ilgili değişkenler de olabilir (68, 69).

Travma sonrasındaki gelişim en çok; ruhsal değişim/güçlenme, yeni olasılıklar, kişilerarası ilişkiler, hayatın kıymetinin daha iyi anlaşılması ve kişisel güç alanlarında yaşandığı bilinmektedir. Morris ve arkadaşlarının 2005'teki çalışmalarına göre; gelişimin en çok olduğu alan yaşamın kıymetini anlamak, en az gelişimin olduğu alan ise ruhsal değişim olarak bulunmuştur (70).

Travma sonrası gelişim kuramına göre yüksek düzeyde stres yaratan bir olayın ardından yaşanan büyümenin kendilik algısında, insan ilişkilerinde ve yaşam felsefesinde ortaya çıkan değişimler olmak üzere üç genel alanda gerçekleştiği düşünülür (64, 71).

2.2.3.1. Kendilik Algısında Yaşanan Değişim

Kendilik algısındaki değişim genel olarak; hayatta kalana karşı kurban ifadesi, kendine güvenme ve kolay incinirlik, hassasiyet alanları içermektedir.

Hayatta Kalana Karşı Kurban İfadesi; travma sonrası gelişim için en önemli adım bireylerin kendilerini travmanın kurbanı olarak değil de travma sonrasında hayatta kalan olarak görmelerinde yatmaktadır. Etiketlemenin önemi konusunda, psikotravmatoloji alanında çalışanlar en az olumsuz şekilde etiketleme açısından bireyleri cesaretlendirmek gerektiğini belirtmektedirler. Hayatta kalan etiketi travmadan etkilenen kişilerin kendilerini özel bir konumda ve güçlü algılamaları ile başlamaktadır (10, 11).

Kendine güvenme; bu anlamda yaşanan değişimlerden biri “kendine yeterlik ve kişisel güçlülük hissinde artış” olarak değerlendirilir. Değişimin bir yönünün, hayatta kalan kişilerin sıklıkla güçlü olduklarına ve başka zorluklar karşısında hangi baş etme yöntemlerini kullanacaklarına dair hislerinin gelişmesiyle ortaya çıktığı düşünülür. Sonuçta bu bireyler olası yeni bir yaşam güçlüğünde daha az incinebilir

olacak ve önceki deneyimden gelen büyümeyi ilerleterek gelişimlerini sürdürebileceklerdir (64, 72).

Kolay İncinirlik, Hassasiyet; travma sonrası gelişim ifade eden bazı bireyler güçlerini tanıyan, incinebilirliklerine, ölümlülüklerine dair artmış farkındalık kazanmış ve yaşamın değerli, kırılğan ve hassas olduğunu anlamış bireylerdir. Travma sonrası gelişim gösteren bireylerdeki güçlenme hissi sosyal desteğe ihtiyaç duymama ve başkasının incinebilirliğini tanıma ile karıştırılmamalıdır. Güçlülük hissi sosyal destek arama konusunda girişkenlik sağlar ve birey için daha az yararlı olanları da ret etmeye yardımcı olur (72, 73).

2.2.3.2 Kişilerarası İlişkilerde Yaşanan Değişim

Kişilerarası ilişkilerde yaşanan değişim genel olarak; kendini açma ve duyguların ifade edilmesi, şefkat/merhamet ve bu duyguları diğerlerine aktarma alanlarını içermektedir.

Kendini açma ve duyguların ifade edilmesi; insanların olayla başa çıkma ihtiyacının sonucu olarak, olanlar hakkında konuşmalarının güçlü insani ilişkilerin ulaşılabilirliği ve önemini fark etmelerini sağlayabileceği düşünülür. Kişi belki daha önce hiç deneyimlemediği biçimde destek alma, verme ve kendini ifade etme olanağı bulabilmektedir. Aynı zamanda bireyler diğer insanlarla yakınlaşma konusunda kendilerini daha rahat hissettiklerini ifade ederler (64,74). Bağlanma figürleri gibi kişi için önemli biriyle yaşanan kişilerarası bir travmanın, hastalıklar ya da doğal felaketler gibi travmalara göre farklı sonuçlar doğurabileceği ve bireyi farklı şekillerde etkileyebileceği düşünülmektedir (74).

Buna rağmen, örneğin kanser gibi kronik hastalıklarda hasta olan bireylerin eşlerine daha çok bağlandıkları, ilişkilerinin güçlenerek değiştiği ve eşlerde iki taraflı gelişimin gözlenebildiği bilinmektedir (73, 75).

Şefkat/Merhamet ve bu duyguları diğerlerine aktarma; zorlayıcı yaşam olaylarıyla mücadele etmiş kişilerin ifade ettikleri bir diğer değişim, “ilişkiler için harcanan çaba, empati ve bağlılıkta artış” olduğu yönündedir. Kişilerin sosyal ilişkilerindeki olumlu değişimin bir kısmı diğer insanların duygu ve ihtiyaçlarına

yönelik artan bir hassasiyet ve ilişkilerin ilerletilmesi için daha çok çaba harcamanın sonunda gelmektedir (76). Bunun bir sonucu olarak travmadan etkilenen kişiler diğer insanlara yardım etmeye daha çok eğilimli olabilmektedir. Zor durumda olan diğer bireylere yardım etmek daha fazla iyileşmeye izin vermekte ve hala mücadele edenlerle sosyal karşılaştırma yolu ile bireyin zorluğu hakkında farkındalık sağlanabilmektedir (66).

2.2.3.3 Yaşam Felsefesinde Yaşanan Değişim

Yaşam felsefesinde yaşanan değişim genel olarak; yaşamın değeri ve öncelikleri, varoluşla ilgili tema ve anlam arayışı, ruhsal (manevi) değişim ve bilgelik alanlarını içermektedir.

Yaşamın değeri ve öncelikleri; yaşamsal zorluklarla mücadele eden pek çok kişinin ifade ettiği bir diğer fayda, “hayatı kolaydan almak” ya da “yaşamaktan daha çok zevk almak” şeklinde ortaya çıkan yaşam felsefesinin değişmesidir. İnsanlar bazen yaşadıklarının bir sonucu olarak hayatın başka yönlerini fark edebilir ve daha önce hiç dikkat etmedikleri gündelik yaşamdaki sıradan şeyler için şükran duyabilirler (73).

Varoluşla ilgili tema ve anlam arayışı; fiziksel bütünlük için tehlike oluşturan durumlar, bireyin hayatın kendisine verilen ikinci bir şans olduğu duygusunu ortaya çıkarabilmektedir. İnsanlar her bir günün değerini daha iyi bildiklerini ve küçük şeylerden daha çok zevk aldıklarını ve yaşamı daha basit biçimde ele aldıklarını belirtmektedirler. Bir diğer ifadeyle insanlar, başa çıktıkları olayın kendilerine “yaşamın değeri ve hayattaki öncelikleri” sorgulamayı öğrettiklerini ifade ederler (66).

Ruhsal (Manevi) gelişim; Bahsedilen manevi gelişim travmatik olayın üstün, ulu bir güçle ilişki kurarak üstesinden gelmeyi, travmatik olayı ancak bu yolla aşmayı içermektedir. Ruhsal gelişim tanrının varlığına ilişkin artmış inanç, dini geleneklere artmış bağlılık, diğerlerinin dini inançlarını daha iyi anlama şeklinde gerçekleşmekte bunun yanında travmanın kötü sonuçlarıyla mücadele etmek zorunda kalmış birçok birey dini bir değişim içine girdiklerini ifade etmektedir (77).

Bilgelik; psikolojik travmaya olumlu yönde uyum ve bilgelik, avrupa edebiyatında ve felsefesinde zengin tarihi olan bir konudur. Bunun yanı sıra, olumlu

yönde uyumun bir sonucu olan travma sonrası gelişimde bilgelik için bir olasılık olarak tanımlanmaktadır. Teorik bir çerçevede travma sonrası olumlu yönde uyumda rol oynayan bilgeliğin üç örüntüsü olduğu öne sürülmektedir. Bu örüntüler; belirsizliği tanıma ve yönetme, duygu ile bilişi birleştirme ve de birey olarak sınırlarını tanıyıp kabul etmedir. Travmatik uyumda bu örüntüler, bu süreçte ve sonuçlar itibarıyla dikkate alınmaktadır (78). Yaşamın değerini ve yaşamda önemli olan öncelikleri anlama, nasıl başarılı ilişki kurulacağını ve zorluklarla nasıl baş edileceğini bilme gibi niteliklerin bilgelikle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Açıkça görülmektedir ki travma sonrası gelişim ve bilgelik arasında sıkı ya da en azından bazı yönlerden ilişki vardır (66).

Travma sonrası gelişim düzeyinin yaşantının doğrudan bir sonucu değil, olayın ardından kişinin verdiği mücadelenin sonucu olduğu ifade edilmektedir (79). Bu durumda şizofreni hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları bakım yükleri ve travma sonrası gelişim düzeyleri yaşam kalitesi düzeylerini de etkileyebileceğini düşünülmektedir.

2.2.4. Yaşam Kalitesi

Literatürde ilk kez 1930' larda görülmesine ve son yıllarda ön plana çıkmasına rağmen yaşam kalitesi tanımının tam olarak ne olduğu, nasıl iyileştirebileceği ve nasıl ölçüleceği soruları kolayca cevaplanamamakla birlikte yaşam kalitesinin yaşamın farklı alanlarında subjektif memnuniyeti ve sosyal işlevsellik, günlük yaşam aktiviteleri ve fiziksel sağlık gibi objektif kriterleri içeren geniş bir yapı olduğu düşünülmüştür (80, 81).

Yaşam kalitesi kavramı farklı şekillerde tanımlanabilmektedir. Yaşamın niceliksel değerlendirilmesi aksine, yaşam kalitesi kişinin öznel olarak yaşamdan memnuniyetini, genel iyilik halini ve işlevselliğini yansıtan kavramdır (82).

Bir kişinin yaşamının tümüyle iyiye gittiğine ilişkin hissettiği, subjektif duygu olarak da ele alınabilen yaşam kalitesinin evrensel olarak kabul görmüş tek bir tanımlaması bulunmamaktadır. Burada kişinin içinde bulunduğu durum ve durumla ilgili beklentileri önem taşımaktadır. Bu ikisinin arasındaki farkın, kişinin yaşam

kalitesini gösterdiği düşünülmektedir (83, 84, 85). Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi” olarak tanımlamıştır (3).

2.2.4.1.Yaşam Kalitesi Alanları

Evans ve arkadaşları, yaşam kalitesini objektif ve subjektif göstergeler olarak iki bölümde incelenmesini önermişlerdir. Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri temel olarak fiziksel iyilik hali olarak açıklanmakta ve bireyin sosyoekonomik durumu, evdeki durumu gibi fiziksel aktivitelerini yapmada güçlük, fonksiyonel yetersizlik, çalışma durumu, hastalık semptomları, sağlık durumu ile ilgili konuları kapsamaktadır. Subjektif göstergeler de bireyin psikolojik durumunu yansıtmaktadır ve emosyonel iyilik hali, yaşam doyumu, psikolojik etki ile ilgili konuları kapsamaktadır (3, 86, 87). Tüm disiplinlerin ortak olarak kabul ettikleri görüşe göre, yaşam kalitesi bireyin kendini nasıl hissettiği yani, kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumudur. Subjektif göstergeler bireylerin yaşadıkları, objektif göstergeler ise subjektif göstergeleri yaşatan etmenler olması nedeniyle McCall ve Compell, yaşam kalitesinin hem subjektif hem de objektif göstergelerini kabul etmişler ve desteklemişlerdir (3).

Yaşam kalitesi birçok değişkene bağlı ve karmaşık bir kavram olup, önemli belirleyicilerinden birisi ise sağlıktır. Sağlık alanı çalışmalarıyla yaşam kalitesinin birleştirilmesi ve “sağlıkla ilgili yaşam kalitesi” kavramına aslında ilk kez DSÖ Anayasası’nda (1948) yer alan sağlığın tanımı içinde rastlamaktayız. DSÖ sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik olma hali olarak tanımlamasından sonra yaşam kalitesi konusu sağlık bakım uygulamalarında ve araştırmalarında önem kazanmaya başlamıştır. 1973 yılından bu yana giderek artan sayıda klinik araştırmada yaşam kalitesi kavramı araştırmanın ana çıktısı olarak kullanılmaktadır (88, 89).

DSÖ, yaşam kalitesini bireylerin kültürel yaşam alanları ile de ilişkilendirmiştir. Bunun içerisinde yaşamın nasıl algılandığı da mevcuttur. DSÖ’nün

yaşam kalitesi tanımında; fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel özellikler ve maneviyat ile ilgili özellikleri içeren 6 alan bulunmaktadır ve bu alanların kapsadığı maddeler şunlardır: Fiziksel sağlık; ağrı, rahatsızlık, enerji, halsizlik, yorgunluk, uyku, dinlenme şeklindedir. Psikolojik durum; pozitif düşünceler, düşünme, öğrenme, hafıza, konsantrasyon, kendine güven, negatif düşünceleri, beden imajı ve dış görünüşü ifade etmektedir. Bağımsızlık düzeyi; hareket edebilme, günlük yaşam aktiviteleri, ilaçlara ve tedaviye bağımlı olma durumu, çalışma kapasitesi ifade etmektedir. Sosyal İlişkiler; kişisel ilişkiler, sosyal destek, seksüel aktivite bu kategorinin içeriğini oluşturmaktadır. Çevresel Özellikler; fiziksel güvenlik, ev çevresi, finansal kaynaklar, sağlık ve sosyal bakıma ulaşılabilirlik ve kalite, yeni bilgilere ve becerilere ulaşma fırsatı, fiziksel çevre (hava kirliliği, gürültü, trafik, iklim) koşullarını ifade etmektedir. Maneviyat ile İlgili Özellikler; ruhsal/dinsel/kişisel inançlardır (90, 91).

2.2.4.2. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

Bugün dünyada kullanılan genel amaçlı ya da hastalığa öznel olarak geliştirilmiş çok sayıda anket bulunmaktadır. Bunlar işlevsel beceriyi, psiko-sosyal iyilik halini, sosyal desteği, yaşamdan memnuniyeti ve moral durumunu ölçen ve daha geniş anlamda sağlamlık durumunu belirleyen anketler olarak sınıflandırılabilir (92).

Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler jenerik ve hastalığa özgü olmak üzere iki gruba ayrılabilir.

Jenerik (Genel) ölçekler; genel popülasyonda kullanılan, çeşitli sağlık durumları ve hastalıklara uygulanabilen, geniş ilgi alanlarını değerlendiren ölçeklerdir. En önemli avantajları farklı hastalık grupları ve bu hastalık grupları ile toplum arasındaki karşılaştırmaları olası kılmalarıdır. Ancak belirli bir hastalık için tasarlanmamış olduklarından bazı hastalık grupları için daha az duyarlı olabilirler ve özellikle yaşam kalitesindeki küçük değişiklikleri saptayamayabilirler. En yaygın kullanılanlar arasında; Hastalık Etki Ölçeği, Nottingham Sağlık Ölçeği, McMaster Sağlık İndeks Anketi, Tıbbi Sonuç Çalışması Genel Sağlık Ölçeği, Duke Sağlık

Ölçeği, Esenlik İndeksi, Spritzer Yaşam Kalitesi İndeksi, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Türkçe Formu, Kısa Çalışma Formu (SF-36) sayılabilir (93, 94, 95, 96).

Hastalığa özgü ölçekler ise belirli hastalık gruplarının, işlevsel bozuklukların ya da bir bulgunun yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelemek üzere tasarlanmışlardır. Bu ölçekler, değerlendirilen sağaltımın tanımlanan hastalık durumuna özgü sağlık etkilerine odaklandıklarından yaşam kalitesindeki küçük değişimleri saptayabilirler. Ancak her ölçeğin skollama sistemi genellikle farklı olduğundan hem farklı skollama sistemleri arasında hem de farklı hastalıklar arasında karşılaştırma yapılması olanaklı değildir. Bu ölçeklere örnek olarak; Pediatrik Astım Yaşam Kalitesi Anketi, McGill Ağrı Anketi, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Barthel Engellilik İndeksi sayılabilir (95, 96).

Ülkemizde de uluslararası düzeyde yaygın kullanılan bazı ölçeklerin Türkçe'ye çevrilip geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirilmesinin yapılması yönünde çabalar vardır. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Türkçe Formu ve Kısa Çalışma Formu (SF-36) Türkçe'ye uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirlikleri sınanmıştır (97).

2.2.4.3. Şizofreni ve Yaşam Kalitesi

Şizofreni hastalığı genç yaşta başlayan ve kronik bir gidiş gösteren bir hastalık olduğuna için, yaşam kalitesi ve psikososyal işlev görmelerine olumsuz etki yapması bakımından oldukça dikkat çekmektedir. Şizofrenisi olan birçok hasta hastalığın psikososyal işlev görmeyi bozması nedeniyle çalışmamakta, aile kuramamakta, bağımlı bir aile üyesi olarak yaşamaktadır. Şizofreninin negatif belirtileri, depresyon ve intihar, kişilik özellikleri, yeti yitimi, bilişsel ve psikososyal bozulma, uzun süreli ve sık hastane yatışları, sosyal destek yetersizliği, baş etme zorlukları, ekonomik güçlükler, antipsikotik ilaçların yan etkileri şizofrenide yaşam kalitesini bozan en temel etkindir. Ayrıca şizofreni hastalığına yönelik toplumdaki damgalama eğilimi de şizofreni hastalarının ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (98).

Şizofreni tedavisinde, son yıllarda hasta ve yakınlarının da tedavi sürecine katılımı yönünde çabalar artmaktadır. Bunun sonucu olarak hasta memnuniyeti, hasta ve yakınlarının tedaviyi değerlendirmeleri, subjektif iyilik hali ve yaşam kalitesinin önemini vurgulanmaktadır. Şizofreni tedavisinin ana amacı şizofreni semptomlarının azaltılmasından ve yinelemeleri önlemenden öte hastanın tam olarak iyileşmesine ve yaşam kalitesinin optimizasyonuna doğru yönelmektedir (99).

2.3. Şizofreni Tanısı Almış Hastalara Bakım Verenler ve Sosyal Hizmet Yaklaşımı

2.3.1. Genelci Sosyal Hizmet Yaklaşımı ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet

Sosyal hizmet geniş bir ekosistem içerisinde toplumun çeşitli gereksinim gruplarına karşı sorumlulukları olan ve toplumun her kesiminden farklı özelliklere sahip müracaatçı sistemleri ile çalışan uygulamalı bir disiplindir. Sosyal hizmet uzmanlarının çalıştıkları müracaatçı sistemlerinin psiko-sosyal özellikleri ve sorunları sosyal hizmetin ilk uygulamalarının gerçekleştirildiği günlerden günümüze kadar giderek karmaşıklaşmaktadır. Bu doğrultuda, alanda yürütülen uygulamalarda daha etkin müdahale yöntemlerine ve uygulama sitemlerine gereksinim duyulmuştur (100).

Sosyal hizmet disiplininin meslek uygulamalarında seçerek kullandığı yaklaşımların en başında medikal model anlayışı vardır. Medikal model hem ruhsal hem de davranış sorunlarını ruhsal bir hastalık olarak kavramsallaştırır. Bu değerlendirme çerçevesinde de sorunları olan bireyler çeşitli medikal tanı almaktadırlar. Daha sonraki süreçte müracaatçıların sorunlarına neden olan faktörler arasında çevresel faktörlerin önemli olduğu görülmüş ve ekolojik perspektife odaklanılmıştır. Bu perspektif, bireyler ile fiziksel ve sosyal çevreleri arasındaki işlevi bozulmuş etkileşimleri vurgulayan ve kavramlaştıran “çevresi içerisinde bireyi” odak alan bir yaklaşımdır (101). Sosyal hizmet disiplinde etkili bir diğer kuram ise genel sistemler kuramıdır. Bu kuram, kuramsal bir temele dayalı sistemler arasındaki karmaşık etkileşimleri göstermek ve organize etmek için kullanılmaktadır (100).

Sosyal hizmet disiplini, insana yönelik hizmet veren bir meslek olduğu için mesleki uygulamalarını en iyi ve etkin biçimde yürütmek durumundadır. Bu çerçevede

sosyal hizmet uygulaması için en uygun çalışma sistemi, tüm bu kuramsal örüntüyü de içine alan genelci sosyal hizmet uygulaması sistemidir (100).

Sosyal hizmette genelci yaklaşım, müracaatçının içinde yaşadığı biyopsikososyal dinamik etkileriyle çok boyutlu ve karmaşık olan sistemik yapıyı kavrayan bir yaklaşım olması nedeniyle yapılandırılmış bir yaklaşımdır (102). Genelci sosyal hizmet yaklaşımı, ekosistem yaklaşımı ya da çevresi içinde birey çerçevesinde ilgili diğer kuram ve yaklaşımlarla da ortak bir bilgi temeli ve uygulama ilkelerine sahip olması nedeniyle de ayrı bir özelliğe sahiptir (100).

Genelci sosyal hizmet uygulamasının esası; sorunu çevresi içerisinde birey çerçevesinde ele almak ve gerekli olduğunda birçok farklı düzeyde (mikro, mezo, makro), bu düzeylerin gerektirdiği rolleri gözeterek, uygulama yapmaya istekli ve yetenekli olmaktır. Bunun yanında, tüm bu süreçleri gerçekleştirirken, müracaatçı gruplarının güçlendirilmesi ve sosyal adaletin gerçekleştirilmesi, genelci sosyal hizmetin en temel unsurlarıdır (103).

Sosyal hizmet uzmanları, çocuk, genç, yetişkin, engelli, yaşlı, hasta, suçlu vb. bireylere yönelik mesleki çalışmalar yapmakta ve adli, tıbbi vb. alanlarda hizmet sunmaktadırlar. Sosyal hizmet uzmanlarının çalışma alanlarından birisi de psikiyatrik sosyal hizmet alanıdır (104). Bu yönüyle ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uygulamalarının temel amacı, acıyı azaltmak, stresi hafifletmek, elverişli hizmet sunmak, kaynak bulmak, sosyal işlevselliği onarmak, gelişim ve değişim sağlamak, güçsüz ve zayıf hisseden bireyler için savunuculuk yapmak, bireyleri korumak ve bireylere kendi hayatlarının kontrollerini almaları için yardım etmektir. Bunun yanında müracaatçıların zararına olan sosyal tutum, koşul ve politikaları değiştirme sorumluluğu da psikiyatrik sosyal hizmetin içinde yer almaktadır (105).

Ruh sağlığı hizmetleri sunan kurum ve kuruluşların temel amacı ruhsal ve sinirsel bozukluklarla ilgili araştırma yapmak, tedavi uygulamak ve hastalıkları önlemektir (106). Ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda dünya genelinde üç farklı hizmet türünden bahsedilmektedir. Bunlar; hastane temelli model, toplum temelli model ve toplum hastane denge modeli olarak sıralanmaktadır (107). Bilindiği gibi, 1970'li yıllarda gelişmiş ülkelerde kurum temelli ruh sağlığı hizmet modelinden toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçilmiştir (108).

Kurum temelli hizmetlerde yaşanan zorluklardan dolayı ve dünyadaki gelişimlere paralel olarak Türkiye’de de Sağlık Bakanlığı tarafından toplum temelli hizmetlere geçilmesi çalışmalarına 2006 yılından itibaren başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı, ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların açılacak olan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) tarafından kayıt altına alınıp takip edilmesini hedeflemektedir (107).

Türkiye’de sunulan ruh sağlığı hizmetleri, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı’nda da belirtildiği gibi poliklinik hizmetleri, alevlenme/atak sırasında hastaneye yatırılma, kimsesi olmayan ya da kimsesi olduğu halde bakıl(a)mayan hastaların 50-60 yıla kadar uzanan süreyle hastaneye yatırılıp bakımının sağlanması ile sınırlıdır. Bir başka deyişle, ruh sağlığı hizmetleri halen yataklı kurumlar aracılığıyla sürdürülmektedir. Toplam 8 tane ruh sağlığı hastanesi bulunmakta (Bakırköy, Erenköy, Samsun, Elazığ, Manisa, Adana, Trabzon ve Bolu); diğer üniversite hastaneleri ve devlet hastanelerindeki psikiyatri yatak sayıları ile birlikte Türkiye’deki toplam psikiyatri yatağı sayısı 7510’dur (109). Bu noktada TRSM’ler Sağlık Bakanlığı bünyesindeki sağlık tesislerinde hızla açılmakta ve toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine katkı sunmaktadır.

Sosyal hizmet uzmanları da psikiyatrik sosyal hizmet faaliyetlerini Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, belediyeler, özel kuruluşlar, vakıf hastaneleri ve askeri hastaneler tarafından, ağırlıklı olarak da kamu sektörü aracılığı ile sürdürmektedir. Sağlık kurumlarında yürütülen sosyal hizmet faaliyetleri tıbbi sosyal hizmet adı altında, fiziksel hastalıkların neden olduğu sosyal ve duygusal problemlere odaklanarak hastaların psikososyal iyilik hallerini artırmayı amaçlamaktadır (110). Tıbbi sosyal hizmet uygulamaları Şubat 2011’de yayınlanan Tıbbi Sosyal Hizmet Yönergesi çerçevesinde gerçekleştirilmektedir. Bu yönergeye göre; sosyal hizmet uzmanları, sosyal hizmet müdahalesine ihtiyaç duyan hastaların sık görüldüğü acil, psikiyatri, onkoloji, fizik tedavi gibi klinikler ile diyaliz, çocuk izlem merkezi gibi birimlerde görev alırlar. Bu yönergeye ve mevcut uygulamalara bakılarak sosyal hizmet uzmanlarının psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarını hastanelerin psikiyatri servislerinde, krize müdahale merkezlerinde ve TRSM ’lerde gerçekleştirdikleri görülmektedir (104).

Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanları psikiyatrist, klinik psikolog, psikiyatri hemşiresinden oluşan çok disiplinli bir ekip içinde çalışmaktadırlar (111). Tıbbi profesyonellerin (psikiyatrist, hemşire vb.) hastanın psikopatolojisi ve bilişsel bozukluklarına daha çok odaklandığı bir noktada, hastaları kişisel ve sosyal yönleriyle (ok boyutlu) değerlendiren psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları, psikiyatrik ekip içerisinde önemli fonksiyonlara sahiptirler (112). Bunun nedeni psikiyatrik rahatsızlığı bulunan bireyi yaşadığı evre ile birlikte ele alma gereğidir. Sistem ve ekolojik bakış açısından yararlanarak hastayı “evresi içinde birey” anlayışıyla değerlendiren psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları, hastanın ailesi, içinde bulunduğu sosyal sistemler (okul, iş, vb.) ve toplumla etkileşiminde var olan sorunlara ve bu sistemlerdeki problemlere müdahale ederek hastanın psikososyal işlevselliğini sağlamaya çalışırlar (12, 104). Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı birey, aile ve toplumsal düzeylerdeki müdahaleleriyle hastanın ve ailesinin refah düzeyini yükseltmeye, bireylerin kendi hayatları üzerindeki gücü ve kontrolü artırmalarını sağlamaya ve sosyal adalet ilkelerini geliştirmeye çalışır (12).

Yapılan çalışmalarda şizofreni tanısı almış bireyin tedavisinde tıbbi müdahalelerin yanı sıra aile müdahalelerinin de önemli olduğu ve aile müdahalelerinin aile işlevselliğini, sağlık çalışanları ile işbirliğini ve dolayısıyla tedaviye uyumu artırdığı tespit edilmiştir (113, 114). Aile müdahale programları ile birlikte ailenin bakım veren rolünü yerine getirebilmesi, etkili baş etme stratejileri oluşturabilmesi, iletişim becerilerini artırabilmesi ve sorun çözme becerilerini geliştirebilmesi amaçlanmaktadır (4).

Görüldüğü gibi, psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı, sadece hastayı ve hastalığı iyileştirici müdahaleler üzerine odaklanmamakta, hastanın ailesel, sosyal, ekonomik, kültürel ve toplumsal çevresini de müdahale sınırları içerisine alarak bu düzeylerde değişim ve gelişimi hedeflemektedir. Bu çok boyutlu bakış açısı ve müdahale erevesi, ruh sağlığı ekibi içerisinde psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının uygulamalarının önemine dikkat çekmektedir (115).

2.3.2. Psikiyatrik Sosyal Hizmet Alanında Sosyal Hizmet Uygulamaları

Ruh sağlığı problemi olan kişiler her gün işlevselliğin her alanında zorluklarla karşılaşmaktadır. Günlük hayatın getirdiği stres ve zorluklar birikerek kronik strese yol açabilmektedir. Sosyal hizmet uzmanı çoğunlukla müracaatçının işlevselliğini artırmaya yardım eden ve bir destek sistemi oluşturmada onu destekleyen bir katalizör görevi üstlenmektedir (12, 116).

Ruh sağlığı ve hastalıkları alanında sosyal hizmet mesleğinin kendisine has rolleri, sorumlulukları vardır ve bunlar çok boyutludur. Sosyal hizmet uzmanı, psikiyatrik sağaltım sürecinin tüm aşamalarında rol alır. Mesleki uygulamalar genel sosyal hizmet bilgisine, değerlerine ve becerilerine dayalı olarak yapılabildiği gibi, özel, psikiyatrik sosyal hizmet bilgi ve becerisinin kullanıldığı müdahaleler de yapılabilir. Sosyal hizmet uygulamalarını tanımlarken temelde klinik düzey ve toplumsal düzey olarak iki ana sınıflandırma yapabiliriz (12).

Klinik düzeyde odaklar hasta, hastanın ailesi ve sosyal çevresidir. Hastanın zellikleri ve hastalığın niteliği müdahalenin sınırlarını belirler. Hastayla alışma; vizitleri, klinikte bireyle çalışmayı, grup çalışmalarını, ev görüşmesini, işyeri/okul görüşmesini, gündüz/ gece hastanesi uygulamasını, sosyal işlevsellik etkinliklerini (uğraşı, spor, gezi vb.) ve taburculuk sonrası izlemeyi kapsar. Hastanın ailesiyle çalışma; aile üyeleriyle görüşmeyi, grup çalışmalarını ve ev ziyaretlerini içerir. Hastanın ailesi dışındaki sosyal evre unsurlarıyla bilgi edinme, bilgilendirme, kaynak bulma, bağlantı kurma amaçlı görüşme ve ziyaretler yapılır (12). Aile müdahaleleri ile genellikle ailelere hastalık ve tedavi bilgisi verilmekte, iletişim ve problem çözme becerileri öğretilmeye çalışılmaktadır (117).

A. Klinik Düzey Roller

Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının klinik düzeydeki rollerini genelde şu şekilde sınıflandırabiliriz:

Sosyal İnceleme

Hastanın aile ve sosyal çevresinde yapılan sosyal inceleme, doğru tanının konulması ve uygun sağaltım planının yapılmasına somut katkılar yapar. İnceleme, tanı öncesinde, sağaltım süresince ve taburculuk sonrası izleme aşamalarının tümünde yapılabilir. İnceleme, sağaltım ekibinin hastanın özelliklerini ve sosyal işlevselliğini ayrıntılı öğrenmesini sağlar. Öte yandan, hastanın ailesinin ve çevresinin patolojik özelliklerinin anlaşılmasını da olanaklı kılar. Hastaneye başvuru sürecinde görüşme yapılarak, hastanın ve ailesinin güçlü yönleri ve gereksinimleri tanımlanabilir. Ayrıca hastanın; aile ortamı ve sosyal çevresine (akraba, arkadaş, iş veya eğitim çevresi) ziyaretler yapılabilir. Yüz yüze görüşmeler yoluyla hastanın ve çevresinin tanıtıcı özellikleri, tutum ve davranışları hakkında bilgi toplanır. Elde edilen nesnel bilgiler, yakınların öznel yorumları ve profesyonel gözlemler birlikte değerlendirilerek çevresinin hastanın davranışları üzerindeki etkileri tanımlanır. Ayrıca hastanın sağlık sigortası ve malulen emekli olma koşulları gibi ekonomik hayatı ile ilgili bilgiler de temin edilebilir. Sosyal inceleme raporlaştırılır ve hastadan sorumlu hekimle ya da sağaltım ekibinin diğer üyeleriyle paylaşılır (12).

Psiko-eğitim ve Danışmanlık

Gould şizofreni deneyimi olan pek çok genç insanın aileleri ile birlikte yaşamakta olduğunu, aileye bireyin ne deneyimlediğini ve onu nasıl destekleyeceğini anlamada yardım etmenin; hastalığın yinelenme ve hastaneye yatış oranlarını düşürdüğünü vurgulamıştır (111). Bu noktada şizofreni bozukluğu olan bireyler ve aileleri ile çalışırken en önemli noktanın, ailelere hastalığın ne olduğunun anlatılması ve hastalık hakkında bilgi verilmesi olduğu söylenebilir. Bu bağlamda psikoeğitim olarak bilinen müdahale yöntemi karşımıza çıkmaktadır. Psikoeğitimsel yaklaşım, eğitim yöntem ve tekniklerinin ruhsal hastalıkların tedavi ve rehabilitasyon ilkelerinin gerçekleştirilmesinde kullanıldığı bir süreç olup; hasta ve aileye hastane dışında da yardımcı olmayı, hastanın yaşadıkları sorunlarla başedebilmesini, toplumda üretken bir yaşam sürmesini desteklemeyi amaçlamaktadır (118).

Hizmet alanlara ve ailelerine, konan tanı ve hastalıklarının beklenen seyri hakkında bilgilendirme yapılır. Bu bilgilere hastalık riskini tetiklediği veya artırdığı bilinen faktörler, hastalık ve alevlenme riskini azaltıcı faktörler ile ilgili bilgiler de

dahil edilir. Hizmet alanlara hastalıklarıyla ilgili tedavi seçeneklerine dair iyi uygulamalar hakkında bilgi verilir. Psikoeğitim materyalleri temin edilir veya geliştirilir ve hizmet alanlara ve ailelerine sunulur (119).

Psikoeğitim, hastalığın yinelenme oranını azaltmak için duygu dışavurumu düzeyini azaltmayı ve iletişim becerilerini geliştirmeyi amaçlamaktadır. Amaç ev ortamının istikrarını ve öngörülebilirliğini artırmak, gerçekçi hedefler oluşturmak, ilaç düzenine uyulmasını sağlamak ve hem birey hem de aile için destek sağlamaktır. Psikoeğitimde en önemli nokta, hastalık hakkında ailelere doğru bilgilerin aktarılarak ailelerin yaşadığı suçluluk duygusunun azaltılmasıdır. Bunun yanında, ev ortamında şizofreni tanısı almış bireye yönelik düzenlemelerin yapılması da amaçlanmaktadır. Psikoeğitim gruplarında ailelerin bir araya gelerek birbirlerine destek olmaları da söz konusudur (120).

Şizofreni tanısı almış bireylerin ailelerinin eğitiminin amaçları; Relaps (nüks etme) oranlarını azaltmak, Aile işlevlerini iyileştirmek, İşbirliğini ve tedaviye uyumu artırmaktır. Bu hedeflere ulaşıldıktan sonraki aşama, hastanın bağımsız bir birey olarak yaşamasını kolaylaştırmaya çalışmaktır (121).

Taburculuk Planlaması

Hekimin sorumluluğunda hastalar için taburculuk planı geliştirilir ve uygulanır. Bilişsel, psikososyal, ekonomik, barınma vb. gereksinimleri karşılanarak hasta ve ailesi taburculuğa hazırlanır. Hastanın uzun süreli bakım veya ileri düzeyde sağaltımı gerekiyorsa bir bakım kurumuna yerleştirilmesi sağlanır. Taburculuk sonrası bakım ve izleme, hasta, ailesi, sağaltım ekibi ve diğer hizmetler arasında işbirliği gerektiren süreçlerdir. Taburculuk planlaması sağaltımın uzun vadeli başarısında etkilidir (12).

Bireyle Çalışma

Hastalıkla ilgili psikolojik, duygusal ve özellikle sosyal çevre kaynaklı baskıların üstesinden gelinmesi, sağaltım planına uyum sağlanması, ilaçların düzenli kullanılması, aile ilişkilerinin düzenlenmesi, sağaltım sonrası sosyal çevreyle bütünleşmenin sağlanması gibi konularda hasta ve aile üyeleriyle terapötik bireyle

çalışma uygulamaları yapılır. Hastanın ve hastalığın özellikleri müdahalenin sınırlarını belirler. Baş etme becerilerinin artırılmasına çalışılır. Sorun odaklı ve uyuma dönük baş etme pekiştirilirken, duygu odaklı ve pasif baş etme azaltılır. Bireyle çalışma, planlı, yapılandırılmış ve düzenli seanslarla gerçekleştirilir (12).

Grup Çalışması

Hastalarla, hastane bakımı sonrası sosyal hayata hazırlayıcı, sorun çözme kapasitelerini geliştirici, sosyal desteği artırıcı, sosyal etkileşim becerilerini geliştirici terapötik grup çalışmaları yapılır. Gruplar, yatarak tedavisi süren, taburculuğu planlanan veya ayaktan takip edilen hem hastalar hem de aileleri için uygundur. Hastanın ve hastalığın özellikleri müdahalenin sınırlarını belirler. Çalışmalar, gündüz veya gece hastanesi uygulamalarında gerçekleştirilebilir. Grup çalışması, planlı, yapılandırılmış ve düzenli seanslarla gerçekleştirilir (12).

Savunuculuk

Psikiyatrik tedavi ekibi içerisinde sosyal hizmet uzmanlarından beklentiler, psikiyatrik engeli olan kişilerin toplum içindeki konumunu normalleştirmek ve bu hastaların toplumda bir birey olarak var olmalarını sağlamaktır. Bu sebeple, bu kişilerin haklarını savunmak ve bu hakları kullanmalarına yardımcı olmak psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının öncelikli çabaları arasında yer alır (122).

Psikoterapi

Psikiyatrik sosyal hizmet alanında uzmanlaşma ve çalışma deneyimine ek olarak belirli psikoterapi yaklaşımlarına göre sertifikalı eğitim almış sosyal hizmet uzmanları tarafından psikoterapi yapılabilir. Temelde psikoterapi, sosyal hizmetin bireyle çalışma ve grup çalışması yöntemlerinin –klinik uzmanlaşma gerektiren- ileri düzey uygulamasıdır. Bireysel psikoterapi veya grup psikoterapisi uygulamalarında ruhsal tedavi amaçlı görüşme ve müdahaleler yapılmaktadır. Hekimin tanısı ve sağaltım planı çerçevesinde birey ya da grup ölçeğinde psikoterapi yoluyla sağaltıma aktif katkı verilebilir (12).

B. Toplumsal Düzey Roller

Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının toplumsal düzeydeki rolleri ise şu şekilde gruplandırılabilir:

Ruhsal Risk Taraması ve Araştırma

Yüksek risk gruplarının nitelik, sıklık, yoğunluk ve bölgesel düzeylerde saptanmasına yönelik tarama çalışmaları yürütülür. Ruhsal bozukluklar ve sosyal sorunlar arasındaki ilişkileri belirleyen sosyal hizmet araştırmaları yapılır. Ayrıca toplum ruh sağlığını olumsuz etkileyen sosyal davranışlar ve uygulamalar belirlenir. Ruhsal hastalık taraması, uygun tedavi ve takiple birleştirildiğinde hastalığın gidişatını son derece olumlu yönde etkilemektedir. Sistemik taramanın tedavi hizmetlerinin verilebileceği bir yerde yapılmasının yararı olacaktır. Çünkü sadece tarama yapmak yeterli değildir. Aynı zamanda tanı koymak, tedavi etmek ve takipte olumlu sonuçlar almak açısından gereklidir (12).

Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri

Koruyucu sosyal hizmetin müdahale düzeyleri, halk sağlığı koruma düzeyleriyle benzerlik göstermektedir; birincil koruma: Gelişmekte olan problemin önlenmesine yönelik eylemleri, ikincil koruma: Problem ilk aşamasındayken tespit edip çözmeye yönelik eylemleri, üçüncül koruma: Ciddi bir hal almış problemin fazladan zarar vermesine ya da başkalarına sıçramasını önlemeye yönelik eylemleri içerir (123).

Sosyal İçerme

Psikiyatri hastaları ve yakınları ile çalışırken sosyal hizmet uzmanlarının odaklandıkları bir başka önemli nokta da ruh sağlığı sorunlarına sahip bireylere yönelik ayrımcılık ve dışlanma ile mücadeledir. Ow ve Lee (2012)'ye göre damga, tedavi arama davranışını azaltmakta ve önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Bu nedenle şizofreni hasta ve hasta yakınlarına verilen hizmetlerin amacı, hizmet alanların toplum hayatının bütün yönlerine katılmalarını ve katkı vermelerini

sağlayacak hale gelmelerini sağlamak adına hizmet alanlarla birlikte çalışmaktadır. Bakım planında sosyal içermenin artırılması ve içermenin önündeki engellerin ele alınması yönünde çalışmalara yer verilir. Bu kapsamda tecrit ve marjinalleştirmenin azaltılması, hizmet alanların toplumla bağlarının güçlendirilmesi ve özgüvenlerinin artırılması yönündeki stratejiler de plana dahil edilir (124).

Toplum Eğitimi

Ruhsal hastalığı olan bireylerle ilgili halkın inanç ve tutumunu inceleyen anketler, toplumun genelde bu hastaların tehlikeli olduklarını, karar verme yetilerinin olmadığını ve içinde buldukları durumu ve nedenlerini anlamada zorluk çektiklerini göstermektedir. Hastalıklar içerisinde en çok şizofreniye, alkol ve madde bağımlılığı olan bireylere karşı olumsuz düşünceler mevcuttur. Bu yüzden sosyal hizmet uzmanı toplumu ruh sağlığı ve hastalıkları konusunda bilinçlendirmeye yönelik kapsamlı eğitim çalışmaları planlamakla yükümlüdür (12).

Hizmet Geliştirme

Toplumun risk altındaki kesimlerinin ruh sağlığının korunması, ruhsal bozuklukların önlenmesi ve rehabilitasyonu hizmetlerinin planlanması ve sunumunda çalışılır. Türkiye’de koruyucu ruh sağlığı hizmetleri son derece sınırlıdır. Bu yüzden ruhsal risk taraması ve tedavisinin yapılacağı, çeşitli hastalıklar hakkında eğitimin verileceği ve hastalıkla başetme tekniklerinin öğretileceği ve sosyal desteğin sağlanacağı psikososyal destek programlarına ihtiyaç vardır. Sosyal hizmet uzmanları bu tür hizmet geliştirmede önemli rol oynarlar. Burada savunmasız ve korunmasız gruplar üzerine odaklanılmalıdır (12).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırma modeli, çalışma grubu, araştırmanın etiği, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve verilerin analizi ile ilgili açıklamalara yer verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama modelinde kesitsel ve korelasyonel bir araştırma olarak tasarlanmıştır. Korelasyonel araştırmalar, iki ya da daha çok değişken arasındaki ilişkinin, herhangi bir biçimde bu değişkenlere müdahale edilmeden incelendiği araştırmalardır. Korelasyonel araştırmaların, değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde, ilişki düzeylerinin belirlenmesinde etkili olan ve bu ilişkilerle ilgili daha üst düzey araştırmaların yapılması için gerekli verileri ortaya koyan önemli araştırmalar oldukları ifade edilebilir (125).

Araştırmanın, bağımlı değişkeni yaşam kalitesi ölçeği puanıdır. Bağımsız değişkenleri ise; bakım yükü ölçeği puanları ve travma sonrası gelişim ölçeği puanlarıdır. Araştırmada, şizofreni tanısı almış hastalara bakım veren kişilerin travma sonrası gelişimlerinin ve algılanan bakım yükünün, bakım verenlerin yaşam kalitelerini ne ölçüde etkilediği incelenmiştir.

3.2. Çalışma Grubu

Bu araştırmanın evrenini, Kayseri ilinde bulunan Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği ve şizofreni hastalarının hastaneye yatırılmalarını önlemek, yeti yitimini asgari seviyeye çekmek ve işlev iyileşmesini sağlamak amacıyla psikososyal müdahaleler sunan TRSM'den hizmet alan şizofreni tanısı almış hastalara bakım veren kişiler oluşturmuştur. Örneklem seçiminde seçkisiz olmayan örnekleme yöntemlerinden amaçsal örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Amaçsal örnekleme çalışmanın amacına bağlı olarak bilgi açısından zengin durumların seçilip derinlemesine araştırma yapılmasına olanak sağlamaktadır (125).

01.10.2014-15.10.2015 tarihleri arasında Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi TRSM ve Psikiyatri Kliniğinden hizmet alan; DSM-V-TR tanı kriterleri ile

'şizofreni' tanısı konmuş hastaların birincil sorumluluğunu alan ve hastayla en çok zaman geçiren, 18 yaş üstü, kullanılacak araçları anlayabilecek bilişsel düzeyde olan, katılmaya istekli ve kendileri için düzenlemiş bilgilendirilmiş onam formu kullanılan 146 bakım veren araştırmannın örneklemini oluşturmuştur.

3.3. Araştırmanın Etiği

Araştırmanın uygulanması için Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu ile Kayseri İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden yazılı izinler alınmıştır (Ek-1, Ek-2). Ölçekler uygulanmadan önce bireylere araştırmanın amacı ve formun içeriği hakkında açıklamalarda bulunup, yazılı onamları alınmıştır (Ek-3). Katılımcılara hem onam formundaki hem de araştırmada kullanılan ölçeklerdeki özel bilgilerin gizli tutulacağı, gerektiğinde araştırmadan çekilme hakkını kullanabilecekleri konusunda bilgi verilmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada Sosyodemografik Bilgi Formu (Ek-4), Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (Ek-5), Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği (Ek-6) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Türkçe Formu (Ek-7) kullanılmıştır.

3.4.1.Sosyo-Demorafik Bilgi Formu

Katılımcıların demografik özelliklerini belirlemek için araştırmacı tarafından bir anket formu geliştirilmiştir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek vb. oluşan sosyo demografik özelliklerle ilgili toplam 14 soru içermektedir.

3.4.2.Travma Sonrası Gelişim Ölçeği

Kişilerin yaşadıkları travmatik olaylara bağlı gelişen olumlu değişimleri ölçümlemek amacıyla Tedeschi ve Calhoun tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir (10). Ölçeğin ilk halinde 34 madde bulunmakla birlikte yapılan analizler sonucunda ölçek 21 madde ve 5 alt ölçek halini almıştır. Bu alt ölçekler; yeni olasılıklar (5 madde: 3, 7, 11, 14, 17), diğerleriyle ilişkiler (7 madde: 6, 8, 9, 15, 16, 20, 21), kişisel güç (4

madde: 4, 10,12, 19), ruhsal gelişim (2 madde: 5, 18) ve hayatın değeridir (3 madde: 1, 2, 13). Ölçek 6'lı likert tipi bir ölçektir. (0=Yaşam krizimden ötürü bu değişimi yaşamadım, 5= Yaşam krizimden dolayı bu değişimi çok yaşadım.) Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları üniversite öğrencileri üzerinde yapılmış ve kabul edilebilir düzeyde yapı geçerliliği bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı .90 iki ay sonra yapılan test-tekrar test güvenilirliği ise .71 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçeye adaptasyonu Dirik (2006) aktarımına göre Kılıç tarafından 2005 yılında yapılmıştır. Dirik (2006) tarafından ramatoid artrit hastaları ile yapılan çalışmada öncelikle Kılıç'ın tercümesiyle karşılaştırma yapılmıştır. Dirik (2006) Travma Sonrası Gelişim Ölçeği'ne yapılan faktör analizi sonucu varyansın %59'unu açıklayan 3 faktör elde etmiştir. Bu faktörler ve maddeleri; "Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim" (16, 15, 21, 6, 20, 9, 8; açıklanan sapma, %44,31), "Yaşam Felsefesinde Değişim"(7, 3, 14, 17, 11; açıklanan sapma, %8,54) ve "Kişinin Kendisindeki Değişim" (18, 4, 19, 13, 2, 12, 1, 5, 10; açıklanan sapma, %6,17) olarak adlandırılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı .94 olarak bulunmuştur. Ölçek 0-5 puan arasında derecelendirilmektedir (126).

3.4.3.Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği

Bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadığı güçlüğü değerlendirmek amacıyla kullanılan ölçek, Zarit, Reever ve Bach-Peterson(1980) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık ya da hemen her zaman şeklinde 1'den 5'e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Özlü ve arkadaşları tarafından (2009) yapılmış ve güvenilirlik katsayısı .83 olarak bulunmuş ve 5 alt faktör belirtilmiştir. Faktör 1'deki maddelerin (2, 3, 10, 11, 12, 17, 19) ölçeğin orijinal faktör yapısındaki kişisel ve sosyal yaşama etkiler ve psikolojik yük, Faktör 2'deki maddelerin (5, 9, 22) psikolojik yük ve suçluluk hisleri, Faktör 3'deki (6, 13, 18) ve Faktör 4'deki (15, 20, 21, 7) maddelerin kişisel ve sosyal yaşama etkiler, Faktör 5'deki maddelerin (8, 14) ise, psikolojik yük alt ölçeği maddelerini içermektedir (56).

3.4.4.Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Türkçe Formu

Kişisel iyi oluşu ölçümlemeyi hedefleyen KİÖİ-Y formunun ölçüt bağımlı geçerliği kapsamında, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi grubu tarafından geliştirilen Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Türkçe Formu (WHOQOL-BREF-TR) kullanılmıştır (2). Fidaner ve meslektaşları (1999) tarafından Türkçeye uyarlan WHOQOL-BREF-TR, bireyin yaşam kalitesini ve sağlık durumunu genel anlamda değerlendirdiği iki soru yanında, bedensel/fiziksel sağlık (3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. soru), ruhsal/psikolojik durum (5, 6, 7, 11, 19, 26. soru), sosyal ilişkiler (20, 21, 22. soru) ve çevre (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25. madde) olmak üzere 4 alt alandaki iyilik hallerini ölçen ve orijinal versiyonu 26 maddeden Türkçe versiyonu ise 27 maddeden (ulusal soru: Yaşamınızda size yakın kişilerle ilişkilerinizde baskı ve kontrol sorunları yaşıyor musunuz?) oluşan 5'li likert tipi bir ölçme aracıdır. Türkçe versiyonunda çevre alan puanını veren 27. soru ulusal soru olarak kullanıldığından adı geçen 4 alt alanın dışında düşünülebilir. Ölçeğin 3, 4 ve 26'ncı sorular ters (reverse) kodludur. Puan artışının yaşam kalitesindeki artışı işaret ettiği ölçekten alınabilecek en düşük puan 27, en yüksek puan 135'tir. Alt alan puanları ise, ilgili alt alandaki maddelerin ortalamasının 4 ile çarpılmasıyla elde edilmek ve alt alan puanları 4-20 arasında hesaplanmaktadır (3).

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın uygulanması için Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu ile Kayseri İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden gerekli yazılı izinler alınmıştır. Araştırma kriterlerine uygun olarak dahil edilen 146 hasta yakınına 01.10.2014-15.10.2015 tarihleri arasında yüz yüze görüşme tekniğiyle ölçek formları uygulanmıştır. Veri toplama süresi, her katılımcı için yaklaşık 25-30 dakika sürmüştür.

3.6. Verilerin Analizi

Veriler, bilgisayar ortamında SPSS 23 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Katılımcıların sosyo-demografik

özelliklerinin analizinde frekans ve yüzde dağılımı kullanılmıştır. Araştırmanın genel amacı doğrultusunda, travma sonrası gelişim ve bakım yükünün yaşam kalitesini etkileyip etkilemediği test etmek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Büyüköztürk'e göre çoklu regresyon analizi bağımlı değişkenle ilişkili olan iki ya da daha çok bağımsız değişkene dayalı olarak bağımlı değişkenin tahmin edilmesine yönelik bir analizdir (125).

Çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmadan önce araştırma verilerinin çoklu doğrusal regresyon modelinin varsayımlarını karşılayıp karşılamadığı sınanmış ve tüm varsayımlar karşılanmıştır. Kalaycı'ya (2010) göre çoklu doğrusal regresyon modelinin varsayımları şunlardır: normal dağılım, doğrusallık, hata terimlerinin ortalaması sıfırdır, sabit varyans, otokorelasyonun olmaması, bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantı olmamasıdır (127).

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın genel ve alt amaçları doğrultusunda verilerin analiz edilmesi sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmektedir.

4.1. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Klinik Özellikleri ve Sosyo-Demografik Değişkenlerine İlişkin Bulgular

Araştırmanın genel amacı çerçevesinde cevaplandırılmak üzere ele alınan sorulara ve bulgulara geçmeden önce çalışma grubunu oluşturan bakım verenlerin sosyo-demografik ve klinik özelliklerine ilişkin değişkenlerine ait bulgular frekanslar ve yüzdeler şeklinde Tablo 1 ve Tablo 2 'de sunulmuştur.

Tablo 1. Bakım Verenlerin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bilgilerin Dağılımı

Değişken	Kategori	Hasta		Bakım Veren	
		n	%	n	%
Yaş	18-26	44	30,1	15	10,2
	27-34	35	23,9	18	12,3
	35-42	26	17,8	30	20,4
	43-50	12	8,2	23	15,7
	51-58	24	16,4	45	31,2
	58 yaş üzeri	5	3,6	15	10,2
Cinsiyet	Kadın	59	40,4	80	54,8
	Erkek	87	59,6	66	45,2
Eğitim durumu	Okuryazar-değil	22	15,1	14	9,6
	İlköğretim	48	32,9	53	36,3
	Ortaöğretim	41	28,1	36	24,7
	Yükseköğretim	35	24,0	43	29,5

Tablo 1. Bakım Verenlerin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bilgilerin Dağılımı (Devamı)

Değişken	Katagori	Hasta		Bakım Veren	
		n	%	n	%
Yakınlık derecesi	Eşi			38	26,0
	Çocuğu			14	9,6
	Kardeşi			33	22,6
	Annesi			29	19,9
	Babası			28	19,2
	Diğer			4	2,7
Meslek	Ev hanımı			51	34,9
	Serbest			28	19,2
	Memur			20	13,7
	Öğrenci			9	6,2
	İşçi			14	9,6
	Çalışmıyor			4	2,7
	Emekli			20	13,7
Aylık gelir (TL)	0-1500			49	33,5
	1500-2000			49	33,5
	2500-3500			34	23,2
	3500 ve üzeri			14	9,8

Tablo 1’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan 146 bakım verenin 66’sını (%45.2) erkekler ve 80’ini (%54.8) kadınlar oluşturmuş ve yaş ortalamalarının 44.8 ± 1.03 (min.20 yaşında, max.75 yaşında) olduğu görülmüştür. Bakım verilen şizofreni hastalarının ise 87’sini (%59.6) erkekler ve 59’unu (%40.4) kadınlar oluşturmakta olup yaş ortalamaları 35.8 ± 1.04 (min.18 yaşında, max.64 yaşında)’dır. 48 hasta (%32.9) ve 53 bakım veren (%36.3) ilköğretim mezunu olduğu görülmüştür. Bakım veren 38 kişinin (%26) hastanın eşi olduğu, 51 kişinin ev hanımı (34,9) olduğu, 50 ailenin (%34.2) hanedeki aylık gelirinin 0-1500 tl arasında olduğu saptanmıştır.

Tablo 2. Bakım Verenlerin Klinik Özelliklerine İlişkin Bilgilerin Dağılımı

Değişken	Katagori	Hasta		Bakım Veren	
		n	%	n	%
Bakım verme süresi	1-5 yıl			66	45,2
	6-10 yıl			40	27,3
	11-15 yıl			17	11,6
	16-20 yıl			26	13,9
	21 yıl ve üzeri			3	2,0
Birlikte geçen zaman	0-8 saat			42	28,7
	9-16 saat			75	51,5
	17-24 saat			29	19,8
Hastanın tedavi süresi	1-5 yıl			58	39,8
	6-10 yıl			46	31,5
	11-15 yıl			18	12,3
	16-20 yıl			11	7,5
	21 yıl ve üzeri			13	8,9
Tedaviye yardımcı olan kişi	Evet			103	70,5
	Hayır			43	29,5
Hastalığın ne olarak biliyor	Şizofren			109	74,7
	Bipolar bozukluk			8	5,5
	Panik atak			1	0,6
	Bilinmiyor			28	19,2

Araştırmaya katılan tüm katılımcıların ortalama 8.5 ± 0.5 yıl bakım verdikleri ve gün içinde birlikte geçirilen zamanın 12.6 ± 0.5 olduğu tespit edilmiştir. 58 hastanın (%39.8) tedavi süresinin 1-5 yıllık zaman diliminde olduğu ve bakım verenlerin çoğunun hasta bakımında destek olan ikinci bir kişinin olduğunu (n:103, %70,5) ve 109 katılımcının (%74.7) hastasının tanısını şizofreni olarak belirttiği tespit edilmiştir.

Tablo 3. Bakım Verenlerin Travma Sonrası Gelişim, Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Puanları Dağılımı

	Min-Max	X ±SD
Bakım yükü toplam puanı	27.00-95.00	64.78±14.23
Travma sonrası gelişim ilişkiler alt ölçek puanı	0.00-35.00	19.69±8.59
Travma sonrası gelişim felsefe alt ölçek puanı	0.00-25.00	9.28±5.76
Travma sonrası gelişim değişim alt ölçek puanı	0.00-45.00	27.01±10.59
Yaşam kalitesi fiziksel alt ölçek puanı	9.00-34.00	22.89±5.42
Yaşam kalitesi psikolojik alt ölçek puanı	7.00-29.00	18.30±4.27
Yaşam kalitesi sosyal alt ölçek puanı	3.00-15.00	7.86±2.59
Yaşam kalitesi çevre alt ölçek puanı	15.00-38.00	27.97±4.89

Şizofreni hastalarına bakım verenlerin travma sonrası gelişim, bakım yükü ve yaşam kalitesi puanları Tablo 2’de görülmektedir. Bakım verenlerin; bakım yükü toplam puanlarının 27-95 arasında değiştiği, ortalama 64.78±14.23 olduğu saptanmıştır.

Travma sonrası gelişim ölçeğinde; ilişkiler alt ölçek puanının 0-35 arasında değiştiği ve ortalamasının 19.69±8.59 olduğu, felsefe alt ölçek puanının 0-25 arasında değiştiği ve ortalamasının 9.28±5.76 olduğu, değişim alt ölçek puanının 0-45 arasında değiştiği ve ortalamasının 27.01±10.59 olduğu saptanmıştır.

Yaşam kalitesi ölçeğinin; fiziksel alt ölçek puanının 9-34 arasında değiştiği, ortalamasının 22.89±5.42, psikolojik alt ölçek puanının 7-29 arasında değiştiği, ortalama 18.30±4.27, sosyal alt ölçek puanının 3-15 arasında değiştiği, ortalama 7.86±2.59 ve çevre alt ölçek puanı 15-38 arasında değiştiği, ortalama 27.97±4.89 olduğu saptanmıştır.

Araştırmada bakım verenlerin algılanan genel bakım yüklerinin tespit etmek amacıyla toplam puan, travma sonrası gelişimlerinin hangi alanlarda değişim gösterdiğini belirleyebilmek ve yaşam kalitelerini ne ölçüde etkilediğini saptayabilmek için alt boyutlarıyla birlikte değerlendirilmiştir.

4.2.Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Travma Sonrası Gelişimlerinin ve Bakım Yüklerinin Yaşam Kaliteleri Fiziksel Sağlık Boyutunu Etkilemesine İlişkin Bulgular

Araştırmanın birinci sorusu bakım yükü ölçeği (BYÖ) toplam puanları ve travma sonrası gelişim ölçeği (TSGÖ) alt boyutlarının yaşam kalitesi ölçeği(YKÖ) fiziksel sağlık boyutunu anlamlı şekilde etkileyip etkilemediğine ilişkindir. Değişkenlere ait analiz sonuçları Şekil 1’de verilmektedir.

Tablo 4. Yaşam Kalitesi Fiziksel Sağlık Boyutunu Etkileyen Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	B	Standart Hata	β	T	p	İkili r	Kısmi R
Sabit	27.438	2.125	-	12.912	.000	-	-
BY Toplam	-.125	.030	-.327	-4.212	.000	-.333	-.334
TSG İlişkiler	.086	.074	.136	1.156	.250	.147	.097
TSG Felsefe	.312	.081	.332	3.867	.000	.384	.310
TSG Değişim	-.039	.060	-.077	-.662	.509	.164	-.056

R= .493 R² = .243
F= 11.25 p = .000

BYÖ toplam puanı ve TSGÖ alt boyutları puanları birlikte, YKÖ fiziksel boyutu puanları ile anlamlı bir ilişki vermektedir, R=.493, R² = .243, p<.01. Bağımsız değişkenlerin yaşam kalitesinin fiziksel sağlık boyutunun toplam varyansının % 24.3’ünü açıkladığı görülmektedir.

Hangi değişkenlerin YKÖ fiziksel sağlık boyutunu anlamlı olarak açıkladığı t değerlerinin anlamlılık düzeylerine bakılarak incelenmiştir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçları incelendiğinde TSGÖ yaşam felsefesinde değişim

alt boyutunun ($T = 3.867, p < .05, \beta = .226$) ve BYÖ toplam puanının ($T = -4.212, p < .05, \beta = -.119$) YKÖ fiziksel sağlık boyutunu anlamlı olarak etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. TSGÖ yaşam felsefesinde değişim alt boyutunun YKÖ fiziksel sağlık boyutunu olumlu yönde, BYÖ toplam puanının YKÖ fiziksel sağlık boyutunu olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. TSGÖ diğer kişilerle olan ilişkilerde değişim alt boyutunun ve kişinin kendisindeki değişim alt boyutunun ise anlamlılık düzeyi $0,05'$ in üstünde olduğu için YKÖ fiziksel sağlık boyutunu anlamlı olarak etkilemediği sonucu ortaya çıkmıştır.

4.3. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Travma Sonrası Gelişimlerinin ve Bakım Yüklerinin Yaşam Kaliteleri Psikolojik Durum Boyutunu Etkilemesine İlişkin Bulgular

Araştırmanın ikinci sorusu BYÖ toplam puanları ve TSGÖ alt boyutlarının YKÖ psikolojik durum boyutunu anlamlı şekilde etkileyip etkilemediğine ilişkindir. Değişkenlere ait analiz sonuçları Şekil 2'de verilmektedir.

Tablo 5. Yaşam Kalitesi Psikolojik Durum Boyutunu Etkileyen Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	B	Standart Hata	β	T	p	İkili r	Kısmi R
Sabit	18.727	1.538	-	12.179	.000	-	-
BY Toplam	-.080	.021	-.266	-3.734	.000	-.314	-.300
TSG İlişkiler	-.092	.054	-.186	-1.722	.087	.193	-.143
TSG Felsefe	.251	.058	.339	4.296	.000	.472	.340
TSG Değişim	.157	.043	.389	3.636	.000	.395	.293
R= .601	R ² = .361						
F= 19.947	p = .000						

BYÖ toplam puanı ve TSGÖ alt boyutları puanları birlikte, YKÖ psikolojik durum boyutu puanları ile anlamlı bir ilişki vermektedir, $R=.601$, $R^2 = .361$, $p<.01$. Bağımsız değişkenlerin YKÖ psikolojik durum boyutunun toplam varyansının % 36.1'ini açıkladığı görülmektedir.

Hangi değişkenlerin YKÖ psikolojik durum boyutunu anlamlı olarak açıkladığı t değerlerinin anlamlılık düzeylerine bakılarak incelenmiştir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçları incelendiğinde TSGÖ kişinin kendisindeki değişim alt boyutunun ($T = 3.636$, $p<.05$, $\beta= .157$), TSGÖ yaşam felsefesinde değişim alt boyutunun ($T = 4.296$, $p<.05$, $\beta=.339$) ve BYÖ toplam puanının ($T = -3.734$, $p<.05$, $\beta= -.266$) YKÖ psikolojik durum boyutunu anlamlı olarak etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. TSGÖ kişinin kendisindeki değişim ve yaşam felsefesinde değişim alt boyutları YKÖ psikolojik durum boyutunu olumlu yönde, BYÖ toplam puanının YKÖ psikolojik durum boyutunu olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. TSGÖ diğer kişilerle olan ilişkilerde değişim alt boyutunun ise anlamlılık düzeyi 0,05' in üstünde olduğu için YKÖ psikolojik durum boyutunu anlamlı olarak etkilemediği sonucu ortaya çıkmıştır.

4.4. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Travma Sonrası Gelişimlerinin ve Bakım Yüklerinin Yaşam Kaliteleri Sosyal İlişkiler Boyutunu Etkilemesine İlişkin Bulgular

Araştırmanın üçüncü sorusu BYÖ ölçeği toplam puanları ve TSGÖ alt boyutları YKÖ sosyal ilişkiler boyutunu anlamlı şekilde etkileyip etkilemediğine ilişkindir. Değişkenlere ait analiz sonuçları Şekil 3'de verilmektedir.

Tablo 6. Yaşam Kalitesi Sosyal İlişkiler Boyutunu Etkileyen Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	B	Standart Hata	β	T	p	İkili r	Kısmi R
Sabit	6.984	1.087	-	6.425	.000	-	-
BY Toplam	-.021	.015	-.115	-1.380	.170	-.117	-.115
TSG İlişkiler	-.009	.038	-.031	-.247	.805	.212	-.021
TSG Felsefe	.065	.041	.145	1.581	.116	.275	.132
TSG Değişim	.067	.030	.274	2.196	.030	.313	.182
R= .364	R ² = .133						
F= 5.385	p = .000						

BYÖ toplam puanı ve TSGÖ alt boyutları puanları birlikte, YKÖ sosyal ilişkiler boyutu puanları ile anlamlı bir ilişki vermektedir, $R=.364$, $R^2 = .133$, $p<.01$. Bağımsız değişkenlerin YKÖ psikolojik durum boyutunun toplam varyansının % 13.3'ünü açıkladığı görülmektedir.

Hangi değişkenlerin YKÖ sosyal ilişkiler boyutunu anlamlı olarak açıkladığı t değerlerinin anlamlılık düzeylerine bakılarak incelenmiştir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçları incelendiğinde TSGÖ kişinin kendisindeki değişim alt boyutunun ($T = 2.196$, $p<.05$, $\beta=.067$) YKÖ sosyal ilişkiler boyutunu düşük düzeyde olumlu yönde anlamlı olarak etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. TSGÖ yaşam felsefesinde değişim ve diğer kişilerle olan ilişkilerde değişim alt boyutları ile BYÖ toplam puanlarının ise anlamlılık düzeyi 0,05' in üstünde olduğu için YKÖ sosyal ilişkiler boyutunu anlamlı olarak etkilemediği sonucu ortaya çıkmıştır.

4.5. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Travma Sonrası Gelişimlerinin ve Bakım Yüklerinin Yaşam Kaliteleri Çevre Boyutunu Etkilemesine İlişkin Bulgular

Araştırmanın dördüncü sorusu BKÖ toplam puanları ve TSGÖ alt boyutları YKÖ çevre boyutunu anlamlı şekilde etkileyip etkilemediğine ilişkindir. Değişkenlere ait analiz sonuçları Şekil 4’de verilmektedir.

Tablo 7. Yaşam Kalitesi Çevre Boyutunu Etkileyen Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	B	Standart Hata	β	T	p	İkili r	Kısmi R
Sabit	26.878	2.062	-	13.034	.000	-	-
BY Toplam	-.045	.029	-.131	-1.573	.118	-.062	-.131
TSG İlişkiler	.196	.072	.344	2.723	.007	.320	.223
TSG Felsefe	.063	.078	.074	.804	.423	.219	.068
TSG Değişim	-.016	.058	-.034	-.269	.788	.252	-.023
R= .355	R ² = .126						
F= 5.081	p = .001						

BYÖ puanı ve TSGÖ alt boyutları puanları birlikte, yaşam kalitesi çevre boyutu puanları ile anlamlı bir ilişki vermektedir, R=.355, R² = .126, p<.01. Bağımsız değişkenlerin YKÖ psikolojik durum boyutunun toplam varyansının % 12.6’sını açıkladığı görülmektedir.

Hangi değişkenlerin YKÖ çevre boyutunu anlamlı olarak açıkladığı t değerlerinin anlamlılık düzeylerine bakılarak incelenmiştir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçları incelendiğinde TSGÖ diğer kişilerle olan ilişkilerde değişim alt boyutunun (T = 2.723, p<.05, β =.389), YKÖ çevre boyutunu olumlu yönde anlamlı olarak etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. TSGÖ yaşam felsefesinde değişim ve kişinin kendisindeki değişim alt boyutlarının ile BYÖ toplam puanlarının ise anlamlılık düzeyi 0,05’ in üstünde olduğu için YKÖ çevre boyutunu anlamlı olarak etkilemediği sonucu ortaya çıkmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde; araştırma bulguları, literatürde konuyla ilişkili çalışmaların bulgularıyla karşılaştırılarak yorumlanmıştır. Tartışma, bulguların sunulma sırası ile yürütülmüştür.

5.1. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Klinik Özellikleri ve Sosyo-Demografik Değişkenlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda şizofren hastaların çoğunun erkek (%59.6) ve 18-42 yaş aralığında olduğu, yarıdan fazlasının bekar olduğu ve yaklaşık üçte birinin ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi psikiyatri polikliniğinden hizmet alan 101 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada da şizofren hastaların çoğunun erkek, yarıya yakını bekar ve ilkokul mezunu olduğu belirtilmiştir (128). Yine yapılan çeşitli çalışmalarda şizofren hastaların çoğunlukla genç ve orta yaş yetişkin olduğu, yarıdan fazlasının bekar olduğu ve eğitim düzeyinin ilkokul mezunu veya okuryazar olduğu saptanmıştır. Görüldüğü gibi çalışmamızın bu bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir (129, 130, 131).

Bakım verenlerin çoğunlukla 51 ve üstü (%41.4) 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 (132). Malezya'da yapılan bir çalışmada hasta yakınlarının %66.8'nin 45 yaşından küçük olduğu (133), Hong Kong'da yapılan benzer bir çalışmada ise hasta yakınlarının %39.9'nun 40-49 yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir (114). Görüldüğü gibi yapılan araştırmalarda bakım verenlerin orta yaş grubunda olması araştırma bulgumuzla benzerlik göstermektedir.

Şizofreni hastalarının yakınlarının %54.8'i kadındır. Bakım verenlerin yaş ortalamaları 44.8 ± 1.03 arasındadır. Literatürde hasta bakımında sorumluluk alan aile üyelerinde cinsiyetin değişiklik gösterdiği ve kadınların erkeklerden daha fazla

sorumluluk aldıkları belirtilmektedir (134, 135, 136). Kadınların geleneksel bakım rolünün bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir. Ukpong (2012) şizofreni hastalarına bakım verenlerin %58'nin kadın olduğunu, Sharif ve arkadaşları (2012), şizofren hastaların bakımında kadınların (%63) daha fazla sorumluluk aldığını saptamıştır (137,138). Çalışma bulguları diğer çalışma sonuçları ile benzerdir.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin % 36.3'ünün ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, bakım veren aile üyelerinin eğitim düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. Aydın ve ark.'da (2009) araştırmalarında bakım veren aile üyelerinin % 52'sinin ilkokul mezunu olduğunu saptamıştır (51). Bu oran, araştırmanın bulgusundan fazla olsa da, eğitim düzeyinin düşük olduğunu desteklemektedir. Diğer ülkelerde yapılan araştırmalardan Maldonado ve ark.(2005) bakım verenlerin %49.2'sinin ortaokul eğitimini tamamlamadığını, Zahiruddin ve Salleh ise (2005) bakım veren aile üyelerinin % 31.1'inin ilkokul mezunu olduğunu bulmuşlardır (61,139).

Çalışmada hasta yakınlarının 34.9'unun 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 (140, 141).

Çalışmada % 33.5 bakım verenin hane gelirinin 1500 tl'nin altında olduğu saptanmıştır. Literatürde Gülseren ve arkadaşlarının (2010) şizofreni hastalarının bakım verenlerinin yüklerini incelediği gelir durumu yetersiz olan aile üyelerinin daha çok yük yaşadıkları bulunmuştur (54). Çetin'in (2011) yaptığı çalışmada da gelir durumunun yetersiz olmasının aile yükünü etkilediği sonucuna varılmıştır (142).

Çalışmada araştırmaya katılan tüm katılımcıların ortalama 8.5 ± 0.5 yıl bakım verdikleri, gün içinde birlikte geçirilen zamanın 12.6 ± 0.5 olduğu ve %39.8'inin tedavisi süresinin 1-5 yıllık zaman diliminde olduğu tespit edilmiştir. Wong ve arkadaşları (2012), ailelerin %29.1'nin hasta ile 0-5 yıl, %26.9'nun 11-20 yıl hasta ile yaşadığını saptamıştır (140). Şizofreni erken yaşlarda başlayan kronik bir hastalık olduğundan ailenin hasta ile uzun yıllar yaşaması beklendik bir sonuçtur.

Çalışmada bakım veren kişilerin %26'sı eş, % 22.6'sı kardeş, % 19.9'u anne olarak saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda şizofren hastaların bakım verenlerinin çoğunlukla anne olduğu (61, 140, 143), bazı çalışmalarda da bakım verenlerin anne ve baba olduğu belirlenmiştir (51, 144). Shibre ve arkadaşları (2001), ise bakım veren kişilerin daha çok hastanın eşi olduğunu saptamıştır (145). Araştırmamızda da bakım veren kişiler daha çok eşler idi.

Çalışmada bakım veren aile üyelerinin hastanın bakımında (%70.5) destek olan ikinci bir kişinin olduğu saptanmıştır. 2013 yılında yapılan bir çalışmada bakım veren aile üyelerinin hastanın bakımında (%56.4) destek almadığı ve yardım edecek kimsenin olmadığı (%43.0) saptanmıştır (146). 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 (147). Duman (2003) şizofreni hastasına bakım verenlerin çoğunluğunun (%70) hastaları ile ilgili sorumluluklarda diğer aile üyelerinden destek aldıklarını belirlemiştir (148). Literatürde farklı bulgular olsa da araştırmamız Duman'ın araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

5.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Sağlık Boyutunu Etkileyen Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada TSGÖ yaşam felsefesinde değişim alt boyutunun ve BYÖ toplam puanının YKÖ fiziksel sağlık boyutunu anlamlı olarak etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre TSGÖ yaşam felsefesinde değişim alt boyutunun YKÖ fiziksel sağlık boyutunu olumlu yönde, BYÖ toplam puanının YKÖ fiziksel sağlık boyutunu olumsuz yönde etkilediği görülmüştür.

Araştırmamız kapsamında bakım yükü ve travma sonrası gelişimlerinin alt boyutlarıyla incelendiği kısıtlı sayıda araştırmaya ulaşılmıştır. Bu nedenle araştırma bulguları, literatürde konuyla ilişkili çalışmaların bulgularıyla karşılaştırılarak yorumlanırken benzer araştırmaların az olması nedeniyle demans, bipolar bozukluk, göçmenler üzerinde yapılan araştırmalarla karşılaştırılmıştır.

YKÖ kişinin sadece hissettikleriyle değil bu alt ölçekte olduğu gibi fiziksel sağlığı ve hareket kabiliyeti ile de ilgilenir (149). Fiziksel Sağlık; ağrı, rahatsızlık, enerji, halsizlik, yorgunluk, uyku, dinlenme şeklindedir (90,91).

Araştırmamızda katılımcıların bakım yükü arttıkça yaşam kalitesi fiziksel sağlık boyutu düşmektedir. Bakım verme işi ile ilgili daha fazla stres yaşayan kişilerin, daha sıklıkla hem fiziksel hem de psikolojik sağlık sorunları bildirdikleri ve sorunlarından dolayı sağlık hizmetlerine daha sık başvurdukları bilinmektedir (150). Zeng ve arkadaşları (2016) psikiyatrik bozukluğu olan 363 hastanın bakım verenleri ile yaptıkları çalışmalarında nesnel desteğin ve bakım veren yükünün yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini bildirmektedir (151). Demans hastalarına bakım verenlere yönelik yapılan başka bir çalışmada ise beklenti, mahremiyet, yönetim, kişisel ve sosyal ilişkiler, bağımlılık, finansman ve yetersizlik gibi alanlarda yük taşıdıkları ve bakım yüklerinin yaşam kalitesi fiziksel sağlık boyutunu olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir (152).

Ülkemizde de bipolar bozukluk hastalarının bakım verenlerinde yapılan bir çalışmada, bakım verenlerin yaşam kalitesinin bakım veren yükünden olumsuz etkilendiği, yükü daha şiddetli olan bakım verenlerde, yaşam kalitesi alt alan puanları, sosyal alan dışında anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (153). Görüldüğü gibi bakım yükünün yaşam kalitesi fiziksel sağlık boyutunu olumsuz yönde etkilediğinin belirlendiği çalışmamız, yurtiçi ve yurt dışında yapılan birçok araştırma ile benzerlik göstermektedir (151, 152, 153). Bu noktada sosyal hizmet uzmanının, bakım verenlerin yasal, sosyal, ekonomik, barınma, istihdam gibi alanlardaki ihtiyaçlarının karşılanmasında kolaylaştırıcılık bakımından ilgili kurumlarla temas kurması ve bakım verenlerin sosyal ve yasal hakları konusunda destek ve danışma hizmeti vermesinin yaşanılan bakım yükünü azaltacağı düşünülmektedir.

Araştırmamızda TSGÖ yaşam felsefesinde değişim alt boyutu puanı yüksek katılımcıların YKÖ fiziksel boyutu da yüksektir. Hallam, felçli hastalara bakım verenlere yönelik yaptığı çalışmasında travma sonrası gelişim ile yaşam kalitesi arasında doğrudan ve anlamlı bir ilişki tespit etmiştir (154). Teodorescu ve arkadaşları tarafından Norveç'te psikiyatri polikliniğine başvuran mültecilere yönelik yapılan başka bir çalışmada ise travma sonrası gelişimle yaşam kalitesinin tüm alanları

arasında orta ve yüksek düzeyde anlamlı korelasyonlar bulundu. Araştırmada yaşam kalitesi göstergeleri travma sonrası stres belirtileri ve depresyon semptomlarıyla negatif olarak ilişkilirken, travma sonrası gelişim tüm yaşam kalitesi göstergeleri ile pozitif ilişkilidir (155). Etnik azınlıklar, kanserden kurtulanlar, HIV hastaları ve travmatik öğrenciler arasında yapılan farklı çalışmalarda da travma sonrası gelişim ve yaşam kalitesi arasında pozitif korelasyonlar bulunmuştur (154, 156, 157).

Araştırma verilerimiz literatürle uyumluluk göstermekle birlikte, travma sonrası gelişimin yaşam kalitesine olan etkisini alt boyutlarıyla değerlendirildiği az sayıda araştırmayla karşılaşılmıştır. Kanser hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada, yaşadıklarına şükretme ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmuştur (158). Araştırma sonucumuz kısıtlı literatürle uyumludur.

TSGÖ yaşam felsefesinde değişim boyutu; yaşadıklarına şükretme, spiritüel ve varoluşsal gelişimi içermektedir (159). Şizofreni hasta yakınına sahip olma, kişinin sıradan yaşamdan uzaklaşmasına ve kendi manevi ve yüksek ihtiyaçlarına dikkat etmesine neden olabilmektedir. Aslında bu durum, kişiyi kendisini değerlendirmeye zorlayan bir tetikleyicidir. Kişinin yaşam felsefesinde gerçekleştireceği bu değişim fiziksel sağlığındaki eksikliklerini gidermede olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu değişim gerçekleşirken, sosyal hizmet uzmanı bireylere ve ailelere hastalık hakkında bilgi verilmesi, hastalıkların belirtileri ve bu belirtilerle nasıl baş edeceklerinin öğretilmesi, hastalığa uyum sağlama çalışmaları, bakım konusunda bilgi verilmesi gibi konularda mesleki çalışmalarını ruh sağlığı hizmetleri içerisinde yerine getirmektedir.

5.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği Psikolojik Durum Boyutunu Etkileyen Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada TSGÖ kişinin kendisindeki değişim alt boyutu ile yaşam felsefesinde değişim alt boyutunun ve BYÖ toplam puanının YKÖ psikolojik durum boyutunu anlamlı olarak etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre TSGÖ kişinin kendisindeki değişim ve yaşam felsefesinde değişim alt boyutları YKÖ psikolojik

durum boyutunu olumlu yönde, BYÖ toplam puanının YKÖ psikolojik durum boyutunu olumsuz yönde etkilediği görülmüştür.

Çalışmamızda katılımcıların bakım yükü arttıkça yaşam kalitesi psikolojik durum boyutu düşmektedir. Psikolojik Durum; pozitif düşünceler, düşünme, öğrenme, hafıza, konsantrasyon, kendine güven, negatif düşünceler, beden imajı ve dış görünüşü ifade etmektedir (90, 91).

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 (160). Perlick ve ark. (2016) bakım veren yükünün bipolar bozukluğu olan hastaların bakım verenlerinde depresyon gelişiminde güçlü bir öngörücü faktör olduğunu ve yaşam kalitesinin psikolojik boyutu dahil tüm alanlarda düşürdüğünü belirtmiştir (161). Demans hastalarına bakım verenlere yönelik yapılan başka bir çalışmada utanç, öfke, korku, belirsizlik ve kaçınma gibi alanlarda yaşanan yükten ötürü yaşam kalitesi psikolojik durum boyutunun olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (152). Ülkemizde ise Sivas ilinde 140 şizofreni hasta yakınıyla yapılan araştırmada, bakım verenlerde bakım yükü toplam puanları ile yaşam kalitesinin psikolojik durum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur (145). Çalışmamızın bulguları bu sonuçlarla uyumludur (146, 152, 160, 161). Şizofreni hastalarına bakım verenlerle çalışırken sosyal hizmet uzmanlarının öncelikle aile üyelerinin duygularını anlaması, aile üyeleri ile empati kurabilmesi gereklidir. Bunun yanında sosyal hizmet uzmanlarının yalnızca ailedeki duyguları açığa çıkarması yeterli olmamaktadır, ailedeki güçlü yönlere odaklanması ve toplumda var olan kaynaklarla aileyi buluşturması da önemlidir.

Hastaya bakım veren kişiler ile işbirliği tedavide çok önemlidir. Hastanın psikiyatrik belirtileri ile birlikte yaşamak, ona bakım vermek, maddi ve manevi yönden desteklemek bakım veren kişileri psikolojik ve fiziksel olarak etkilemektedir (162). Bu nedenle hastaya tedavi sürecinde verilen hizmetlerin sadece hasta odaklı olamayacağı, bir sistem olarak hastaya bakım veren kişilerin gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu gereksinim doğrultusunda hizmet planlaması elzem bir durumdur. Psikiyatrik alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının bireylerin ve ailelerinin güçlendirilerek sosyal

işlevselliklerinin artırılması, gereksinimlerinin belirlenmesi, psikiyatrik anlamda çalışan ekibe katkı sağlamak gibi görevleri vardır. Ayrıca sosyal hizmet uzmanları aile üyelerinin duygularını ifade etmelerine ve kaygı düzeylerinin azaltılmasına yardımcı olmaktadır (163). Uygulanacak bu mesleki müdahalelerin artması bakım verenlerin yüklerini azaltacağı düşünülmektedir. Nitekim yapılan çalışmalarda şizofreni tanısı almış bireyin tedavisinde tıbbi müdahalelerin yanı sıra aile müdahalelilerin de önemli olduğu ve aile müdahalelerin aile işlevselliğini, sağlık çalışanları ile işbirliğini ve dolayısıyla tedaviye uyumu artırdığı tespit edilmiştir (113,114).

Çalışmamızda TSGÖ kişinin kendisindeki değişim alt boyut puanı ve yaşam felsefesinde değişim alt boyutu puanı yüksek katılımcıların YKÖ psikolojik boyutu da yüksek olarak tespit edilmiştir. Teodorescu ve ark.nın yaptığı bir çalışma travma sonrası büyüme ile yaşam kalitesi psikolojik sağlık boyutu arasında sonuçları arasında doğrudan ve anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir (158). Literatürde travma sonrası gelişim ile yaşam kalitesinin psikolojik durum boyutu arasında güçlü bir ilişki olduğunu belirten çalışmalarda mevcuttur (155). Tomich ve Helgeson tarafından yapılan başka bir çalışmada, travma sonrası büyümedeki artış yaşam kalitesi psikolojik boyutundaki artış ile ilişkilendirilmiştir (164). Görüldüğü gibi araştırma sonuçlarımız literatürle uyumluluk göstermektedir.

Kişinin kendisindeki değişim; kişisel güçlenme duygusu, otonomi, özgüven gelişimi, esnek olabilme, fırsatları görebilme ve yeni fırsatlar yaratabilme şeklinde olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda yaşam felsefesinde değişim olarak; yaşama bakış açısında değişim, yaşamın daha fazla değer kazanması, manevi boyutta tanrıya yaklaşma, tanrıya güvenme, affedicilik, sabır, şükran duygusu ve fedakarlık gibi özellikleri kazandıklarını, yaşamın aslında kişilere sunulmuş bir fırsat olduğu gerçeğiyle yüzleştiklerini ve yaşam biçimlerinde değişimler yaptıklarını belirtmişlerdir (159).

Kanser hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada, yaşamın takdir edilmesi, kişisel güç ve yeni olanakların yaratılması, yaşam kalitesi ile pozitif yönde anlamlı bir korelasyona sahipti. Diğer hastalara göre, kanser nedeniyle umudunu kaybetmemiş, yaşamları için yeni planları olan veya kalan sağlık ve yeteneklerini takdir edebilen, bunları güçlendirecek veya yeteneklerini avantajlı bir şekilde kullanabilen hastaların

yaşam kaliteleri puanları daha yüksekti (158). Bu sonuç bağlamında, ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uygulamalarının temel amacı, acıyı azaltmak, stresi hafifletmek, elverişli hizmet sunmak, kaynak bulmak, sosyal işlevselliği onarmak, gelişim ve değişim sağlamak, güçsüz ve zayıf hisseden bireyler için savunuculuk yapmak, bireyleri korumak ve bireylere kendi hayatlarının kontrollerini almaları için yardım etmektir. Bunun yanında müracaatçıların zararına olan sosyal tutum, koşul ve politikaları değiştirme sorumluluğu da psikiyatrik sosyal hizmetin içinde yer almaktadır (105).

Çalışmamızdaki bu sonuç, psikiyatrik sosyal hizmet uygulamasının amaçlarıyla örtüşmektedir. Bu bakış açısı, sadece hastayı ve hastalığı iyileştirici müdahaleler üzerine odaklanmamakta, hastanın ailesel, sosyal, ekonomik, kültürel ve toplumsal çevresini de müdahale sınırları içerisine alarak bu düzeylerde değişim ve gelişimi hedeflemektedir (115). Çok boyutlu bakış açısı ve müdahale çerçevesi, ruh sağlığı ekibi içerisinde psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının uygulamalarının önemine dikkat çekmektedir (111, 115). Bu bağlamda, hastalıkla mücadelenin bir sonucu olarak yaşadıkları travma sonrası gelişimlerinden ötürü daha güçlü hale gelen bakım verenlerin yaşam kalitesi psikolojik boyutunu pozitif yönde etkilediği için önemlidir.

5.4. Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal İlişkiler Boyutunu Etkileyen Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada TSGÖ kişinin kendisindeki değişim alt boyutunun YKÖ sosyal ilişkiler boyutunu düşük düzeyde olumlu yönde anlamlı olarak etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Başka bir deyişle TSGÖ kişinin kendisindeki değişim alt boyut puanı arttıkça YKÖ sosyal ilişkiler puanı boyutu da düşük düzeyde yükselmektedir. Kişisel ilişkiler, sosyal destek, seksüel aktivite sosyal ilişkiler boyutunun içeriğini oluşturmaktadır (90, 91).

Ruhsal rahatsızlığı olan bireyler ve ailelerinin maruz kaldığı damgalamaya ilişkin olarak, damgalamanın ruhsal hastalıkların tedavisinde önemli bir sorun oluşturmakta, hasta ve hasta yakınlarının sosyal yaşantılarını ve psikolojik süreçlerini

olumsuz etkileyebilmekte ve böylece bu durumun onların 'yaşam kalitelerini' düşürebilmektedir. (165, 166). Sosyal hizmet uygulaması klinik düzeyde hastayı odak almakla birlikte, hastanın ailesi ve sosyal çevresini de odağına almakta ve bireyin sosyal çevresinin ruh hastalığı deneyimini ve ruhsal sağlık sorunlarını nasıl şekillendirdiğiyle ilgilenmektedir (167). Çevresinde içinde bireyi değerlendiren ve güçlendirme yaklaşımını kullanan sosyal hizmet uzmanları, bakım verenlerin damgalanma ve dışlanma korkularından kaynaklı kendilerini sosyal çevrelerinden soyutlamalarının ortadan kalması için çalışmalar yürütmekte, aynı zamanda sosyal çevreleri ve toplumun, hasta ve ailelerinin sosyal içermelerinin sağlanmasına katkı sağlamaya yönelik politikalar üretmektedir. Kişinin güçlü yanları ve stres kaynakları, sosyal destek ağlarının ortaya çıkarılmasına destek olunması bakım verenlerin gelişim potansiyellerini artırdığı, günlük hayatındaki ilişkilerinde ve kendisindeki psiko-sosyal ihtiyaçlarının fark etmesine dolayısıyla da sosyal ilişkilerinde artan yaşam kalitesine katkı sağladığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda yapılan regresyon analizinde BYÖ toplam puanı ile YKÖ sosyal ilişkiler boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. KOAH hastalarına bakım verenlere yönelik bakım yükü ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada bakım yükü ile yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler alan puanları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır (168). Araştırmamıza katılan bakım verenlerin çoğunda ailede hasta bakımında destek olan ikinci bir kişinin varlığı nedeniyle kişisel ilişkiler ve sosyal destek konusundaki bakım yüklerinin yaşam kalitelerini anlamlı derecede etkilemediğini düşündürmektedir.

5.5. Yaşam Kalitesi Ölçeği Çevre Boyutunu Etkileyen Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada TSGÖ diğer kişilerle olan ilişkilerde değişim alt boyutunun YKÖ çevre boyutunu olumlu yönde anlamlı olarak etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızda TSGÖ diğer kişilerle olan ilişkilerde değişim alt boyut puanı yükseldikçe YKÖ çevre boyutu da yükselmektedir. Çevresel Özellikler; fiziksel güvenlik, ev çevresi, finansal kaynaklar, sağlık ve sosyal bakıma ulaşılabilirlik ve kalite, yeni bilgilere ve becerilere ulaşma fırsatı, fiziksel çevre (hava kirliliği, gürültü,

trafik, iklim) koşullarını ifade etmektedir (90, 91). Norveç'te göçmenler üzerinde yapılan çalışmalarda travma sonrası gelişim ve yaşam kalitesinin çevre boyutunun pozitif anlamlı bir ilişkisinin olduğu belirtilmiştir (155). Çalışmamız kısıtlı literatürle uyumluluk göstermektedir.

Diğer kişilerle olan ilişkilerde değişim; artan şefkat duygusu, empati yapma yeteneğinde gelişim, benzer deneyimi yaşayan bireylere artan yardım etme isteği ve ilişkilerde yakınlık duygusunda artış şeklinde olmaktadır (11, 159). Ülkemizde ruh sağlığı alanında sağlanan bakım hizmetleri; hastane yatışları, hastanede ayaktan sunulan hizmetler ve son yıllarda uygulanan TRSM'lerde yoğunlaşmaktadır. Bunun yanı sıra özel ya da resmi olarak yatılı hizmet veren bakım kurumları da bulunmaktadır. TRSM sisteminde aile eğitim toplantıları ve ev ziyaretleri, bakım verenlerde benzer yaşam deneyimleriyle karşılaşabilmekte ve bakım verenlerde dayanışma duygusu gelişebilmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının, hasta ve ailesine yönelik ihtiyaçlarının (yasal, sosyal, ekonomik, barınma, istihdam) karşılanmasında kolaylaştırıcılık ve danışmanlık bakımından ilgili kurum ve kuruluşlarla temas kurması, özellikle ekonomik destekler, bakım verenlere olumlu katkı sağlayabilmektedir. Sosyal hizmet uzmanları bu bağlamda hem tanı almış bireyin hem de ailesinin yanında yer almaktadır. Tanı almış birey için gerekli bilgilendirme çalışmalarının verilmesinin yanı sıra, sağlık hizmetlerine erişim ve iş gücü sorunları ile ilgilenmektedir. Bu değişimdeki artışın fiziksel çevre, ev çevresi gibi alanlarda çevresel boyutu artırabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda yapılan regresyon analizinde BYÖ toplam puanı ile YKÖ çevre boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Sivas ilinde 140 şizofreni hasta yakınıyla yapılan araştırmada, bakım verenlerde bakım yükü toplam puanları ile yaşam kalitesinin çevresel alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur (146). Yine KOAH hastalarına bakım verenlerde bakım yükü ile yaşam kalitesinin çevre alan puanları arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır (163). Literatürde araştırma sonuçlarımıza benzer şekilde bakım yükü toplam puanı ile yaşam kalitesi çevre boyutu arasında herhangi bir ilişki çıkmayan çalışmalarda mevcuttur (152, 153, 169, 170) . Bu sonuç günümüzdeki sağlık ve sosyal hizmetlere ulaşımında imkanların artması ve araştırmanın yapıldığı yerin fiziksel çevre koşullarının (hava kirliliği, gürültü, trafik vb.) olumlu olmasıyla ilişkilendirilebilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde; araştırmanın bulguları doğrultusunda çıkarılan sonuçlara yer verilmiş ve bu sonuçlara dayalı önerilerde bulunulmuştur.

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi TRSM ve Psikiyatri Kliniğinden hizmet alan şizofreni hastalarına bakım verenlerin travma sonrası gelişimlerinin ve bakım yüklerinin yaşam kalitelerine etkisini incelemek amacıyla 146 katılımcı ile yürütülen araştırmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

1. Çalışmamızda şizofren hastaların çoğunun erkek ve 18-42 yaş aralığında olduğu, yarıdan fazlasının bekar olduğu ve yaklaşık üçte birinin ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin çoğunlukla 51 ve üstü yaş grubunda ve yaş ortalamaları 44.8 ± 1.03 'dir. Bakım verenlerin yarıdan fazlası kadın olup, ilkokul mezunu ve ev hanımı sayısı yüksektir. Hane gelirinin çoğunlukla 1500 tl'nin altında olduğu saptanmıştır.
2. Araştırmaya katılan tüm katılımcıların ortalama 8.5 ± 0.5 yıl bakım verdikleri, gün içinde birlikte geçirilen zamanın 12.6 ± 0.5 olduğu ve çoğunun tedavisi süresinin 1-5 yıllık zaman diliminde olduğu tespit edilmiştir. Bakım veren kişilerin çoğunluğunu eşler oluşturmakta ve hastanın bakımında (%70.5) destek olan ikinci bir kişinin olduğu saptanmıştır.
3. Yaşam kalitesi fiziksel sağlık boyutunun; travma sonrası gelişim ölçeği yaşam felsefesinde değişim alt boyutundan olumlu yönde, bakım yükü toplam puanından ise olumsuz yönde anlamlı olarak etkilendiği bulunmuştur.
4. Yaşam kalitesi psikolojik durum boyutunun; travma sonrası gelişim ölçeği kişinin kendisindeki değişim ve yaşam felsefesinde değişim alt boyutlarından olumlu yönde, bakım yükü toplam puanından ise olumsuz yönde anlamlı olarak etkilendiği bulunmuştur.

5. Yaşam kalitesi sosyal ilişkiler boyutunun; travma sonrası gelişim kişinin kendisindeki değişim alt boyutundan düşük düzeyde olumlu yönde anlamlı olarak etkilendiği bulunmuştur.
6. Yaşam kalitesi çevre boyutunun; travma sonrası gelişim diğer kişilerle olan ilişkilerde değişim alt boyutundan olumlu yönde anlamlı olarak etkilediği bulunmuştur.

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilmiştir.

1. Araştırma sonuçlarına göre travma sonrası gelişim ve bakım yükü yaşam kalitesini anlamlı olarak etkilemektedir. Şizofreni hastaları ve ailelerinin yaşam kalitelerini artırmaya yönelik programlar geliştirilirken travma sonrası gelişim ve bakım yükü boyutunun da göz önünde bulundurulması önerilir.
2. Bakım verenlerin yaşam kalitelerindeki değişimlerin şizofreni hastalarını da etkileyeceğinden tedavi sürecinde; ev ziyaretleri, aile psiko-eğitim programları ve aile işbirliğinin yüksek düzeyde sağlanacağı programların geliştirilmesi önerilmektedir.
3. Hastalıkta relaps (nüks etme) oranlarını azaltmak, aile işlevlerini iyileştirmek, işbirliğini ve tedaviye uyumu artırmayı hedefleyen Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin desteklenerek sayılarının artırılması önerilmektedir.
4. Çalışmamız şizofreni hastalığının sosyal hizmet bakış açısından ele alındığı ilk çalışmalardan biri olarak şizofreni tanısı almış bireyler ve aileleri ile sosyal hizmet uygulamaları konusunda alan yazına katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda yeni araştırmaların yapılması önerilmektedir.
5. Bu araştırmada Kayseri ilindeki bir devlet hastanesinden hizmet alan bakım verenlerin yaşam kalitelerini etkileyen değişkenlerin neler olabileceği üzerinde durulmuştur. Ancak bu değişkenler dışındaki değişkenlerle daha büyük ya da daha özel gruplar üzerinde yeni çalışmalar yapılabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *New England Journal of Medicine*, 1996; 334(13):835-40.

2. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organisation quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, eds. *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag, 1994:41-57.

3. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, ve ark. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL- 100 ve WHOQOL-BREF. *3P Dergisi*, 1999,7 (Ek 2):3-66.

4. Saunders JC. Families living with severe mental illness: A literature review *Issues in Mental Health Nursing*, 2003, 24: 175-198.

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

6. Addington D, Bouchard RH, Goldberg J, Malla A. ve ar. Clinical practice guidelines treatment of schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*.2005; 50 (1): 1-55.

7. Yıldız M. Kocaeli Üniv. tıp fakültesi psikiyatri ABD psikiyatrik rehabilitasyon birimi gündüz hastanesi uygulaması: bir ilk deneme değerlendirmesi. *Psikiyatrik Rehabilitasyon Bülteni*. 2005; 1 (1), 1-19.

8. Dillehay R, Sandys M. Caregivers for Alzheimer's patients: What we are learning from research. *International Journal of Aging and Human Development* ,1990; 30(4): 263–85.

9. Shakespeare-Finch, JE., Smith SG, Gow KM., et al. The prevalence of post-traumatic growth in emergency ambulance personnel. *Traumatology* 2003;9:58-71.

10. Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress* 1996;9:455-71.

11. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry* 2004;15:1-18.

- 12.Oral M, ve Tuncay T. Ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları, *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 2012, Cilt 23, Sayı 2.
- 13.Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H. *şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar*. 1. Baskı. Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 2007: 1-11.
14. Kùltür S, Mete L, Erol A, Güleç C, Kùrođlu E (Eds). *Psikiyatri Temel Kitabı. şizofreni*, 2. Baskı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007; 184-226.
15. Işık E. Güncel şizofreni.1.Baskı. Format Matbaacılık, Ankara, 2006; 18-19.
16. İsmailov VN, Özakkaş T. Psikiyatri, şizofreni. Özak Yayınevi, 1. Cilt, İstanbul, 1998; 39.
- 17.Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry. Eighth edition. Williams & Wilkins Co.1998.
- 18.Ebert M, Peter T, Nurcombe B. Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi, eviri Editörleri: Birsöz S, Karaman T, Ankara, Güneş Kitabevi 2003.
- 19.Fenichel O. Nevrozların Psikanalitik Teorisi, eviri: Tuncer S, Ege Üniversitesi Matbaası, İzmir, 1974;234-236.
20. Liddle PF. Descriptive clinical features of schizophrenia. *New Oxford textbook of psychiatry* 1 (2000): 571-576.
21. Sadock BJ. Kaplan Sadock, Klinik Psikiyatri. 2. baskı. Güneş Kitabevi Ltd şti, Ankara, 2005.
22. Kùrođlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı, 2. Baskı. HYB Basım Yayım, 2007; 184-204.
23. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 7.Basım, Hekimler Yayın Birliği 1997, Ankara;175-419.

24. Ceylan ME. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Şizofreni, 1. Cilt, 2. Baskı 2001;1-40.
25. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları,8. Baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği 2001: 217-81.
26. Atkinson L, Smith E, Bem D, Nolen S.:1999. Psikolojiye Giriş. Arkadaş Yayınları. Ankara.
27. Öztürk O, Aylin U. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Cilt I, Ankara, 2008; 242- 323.
28. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri El kitabı'ndan, çev. Köroğlu E Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
29. Lieberman AJ. Textbook of schizophrenia. *The American Psychiatric Publishing*. Washington DC and London. 2006;315.
30. Herz MI J, Lamberti S, Mintz J. A program for relaps prevention in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2000; 57:277-283.
31. Sadock BJ, Sadock V. (2000) Kaplan & Sadock.s Comprehensive Textbook of Psychiatry. Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia. 2000; 173-175.
32. Kumar P. Family and psychopathology: an overview series-1: children and adults. *Delhi Psychiatry Journal*, 2008;11:(2): 140-148.
33. McDermut W, Miller IW, Solomon D, Ryan CE, Keitner GI. Family functioning and suicidality in depressed adults. *Comprehensive. Psychiatry*, 2001; 42(2):96 104.
34. Parker BA. Living with mental illnes: the family as caregiver. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 1993; 31 (3), 19-21.
35. Rungreankulkij S. Experience of Thai Families of A Person Schizophrenia: Family Stres and Adatation. San Francisco. University of California Degree of Doctor of Philosophy in Nursing. 2000.

36. K roğlu E. Psikonazoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Ankara, HYB Yayıncılık. 2001; 189-226.
37. Eicher PS, Batshaw ML. Cerebral Palsy. *Pediatr Clin North Am* 1993; 40:537-551.
38. Charmine C, Williams MM, Magnus MM. Care: giving, receiving and meaning in the context of mental illness. *Psychiatry*. 2006; 69 (1), 26-46.
39. Kuşçu K. Rehabilitasyon süreci ve bakım vericilik: zedeleyen mi yoksa iyileyen mi?. *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 2000; 8, 30-34.
40. G lseren L. Şizofreni ve aile: g cl kler, y kler, duygular, gereksinimler. *T rk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13(2): 143-151.
41. Glanville DN, Dixon L. Caregiver burden, family treatment approaches and service use in families of patients with schizophrenia. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 2005; 42(1): 15-22.
42. Hirst M. Carer distress: a prospective, population- based study. *Social Science & Medicine*, 2005; 31:697-708.
43. Reine G, Lancon C, Simeoni MC, Duplan S, Auquier P. Caregiver burden in relatives of persons with schizophrenia: an overview of measure instruments. *L'Encephale*, 2003; 29(2):137-47.
44. Schulze B, R ssler W. Ruhsal hastalıkta bakım verenin y k : 2004-2005'te  l mler, bulgular ve m dahalelerin g zden ge irilmesi. *Current Opinion Psychiatry Turkish Edition*, 2006; 2(1):47-58.
45. Gutierrez J, Caqueo A, Kavanagh D. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2005 Nov; Epub 2005 Oct 28; 40(11):899-904.
46. Caqueo-Urizar A & Gutierrez-Maldonado J, Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 2006; 15: 719-24.

- 47.McDonell MG. Burden in schizophrenia caregivers: Impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. *Families and Couple Research. Family Process*,2003; 42:91–103.
48. Zarit S, Teri L. Interventions and services for family caregivers. *Annual Review of Gerontology Geriatrics*, 1991; 11: 187–310.
- 49.Thornicroft G, Tansella M, Becker T, etal. The personal impact of schizophrenia in europe. *Schizophrenia Research*,2004; 69:125-32.
50. Doğan O. Psikiyatrik Epidemioloji. Ege Psikiyatri Yayınları, İzmir 2002.
- 51.Aydın A, Eker SS, Cangür Ş, Sarandöl A,Kırlı S. Şizofreni hastasına bakım verenlerin külfet düzeyinin sosyo-demografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, 2009; 46:10-14.
- 52.Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin bakım verilere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3(2): 251-277.
53. Karancı N. Nedensel atıflar, yükler, umutlar. Şizofreni Yazıları, 2000, 1: 6-12.
- 54.Gülseren L, Çam B, Karakoç B ve ark. Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010; 21: 203-12.
- 55.Seloilwe ES. Experiences and demands of families with mentally ill people at home in botswana. *Journal of Nursing Scholarship* 2006; 38(3): 262-268.
- 56.Özlü A, Yıldız M, Aker T. Zarit bakıcı yük ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Noropsikiyatri Arşivi* ,2009; 39-42.
- 57.Schene AH, Vanwijngoerden B, Koeter MWJ. Family caregiver in schizophrenia: domains and distress. *Schizophr Bull*, 1998; 24; 609-618.
- 58.Schene AH. Objective and subjective dimensions of family burden. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1990; 25:289-297.

59.Awad AG, Voruganti LNP. The Burden Schizophrenia on Caregivers: A Review. *Pharmacoeconomics*. 2008; 26:149-162.

60.Arslan HN. Psikotik Hasta Ailesinin Yük Ve Tutumunun Belirleyicileri, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Uzmanlık Tezi, 1997; İstanbul.

61.Maldonado G, Coqueo U, Kavanagh J. Burden of care and general health in families of patient with schizophrenia. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiology*, 2005; 40,899-904.

62.İnci F, Boztepe H.Travma sonrası büyüme: öldürmeyen acı güçlendirir mi?. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2013 4(2), 80-85.

63.Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı (Köroğlu E, Çeviri editörü). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1995 (Orijinal Çalışma Basım Tarihi 1994).

64.Tedeschi RG , Park CL, Calhoun, LG. Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis. Routledge, 1998; 1-23.

65.Park CL, Cohen LH, Murch RL. Assesment and prediction of stresrelated growth. *Journal of Personality*. 1996; 64, 71-105.

66.Kılıç C. Depremzedelerde travma sonrası gelişimin yordayıcıları. Uluslararası Travma Toplantıları IV. Özet kitabı. 2005.

67.Karancı N. Travma Sonrası Gelişim ve yordayıcı faktörler. Uluslararası Ruhsal Travma Toplantıları IV, Özet Kitabı. 2005.

68.Park CL.Stress-related growth and thriving through coping: The roles of personality and cognitive processes. *Journal of Social Issues*, 1998; 54(2), 267-277.

69.Abraido-Lanza AF, Guier C, Colon, RM. Psychological thriving among Latinas with chronic illness. *Journal of Social Issues*, 1998; 54(2), 405-424.

70. Morris BA, Shakespeare-Finch J, Rieck M, Newbey J. Multidimensional Nature of Posttraumatic Growth in an Australian Population. *Journal of Traumatic Stress*, 2005; 18(5), 575-585.

71. Tedeschi RG, Calhoun LG. *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage.1995.

72. Taku K, Cann A, Calhoun LG, Tedeschi RG. The factor structure of the posttraumatic growth inventory: a comparison of five models using confirmatory factor analysis. *J TraumaStress*,2008; 21:158-164.

73. Mols F, Vingerhoets AJ, Coebergh JWW, Poll-Franse LV. Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychol Health*, 2009; 24:583-595.

74. Kira İ. Etiology and treatment of post-cumulative traumatic stress disorders in different cultures, *Traumatology*, 2010;16(4) 128–141.

75. Weiss T. Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2004;23, 733-746.

76. Collins NL, Read SJ. Cognitive representations of adult attachment: The structure and function of working models. In K. Bartholomew & D. Perlman (Ed.) *Advances in personal relationships*, 1994, Vol. 5: Attachment processes in adulthood (sy. 53 90). London: Jessica Kingsley.

77. Pargament KI (1996). Religious contributions to the process of coping with stress. In H. Grzymala-Moszczyńska & B. Beit-Hallahmi (Eds.), *Religion, psychopathology, and coping*. 1996; 177-192.

78. Linley PA. Positive Adaptation to trauma: wisdom as both process and outcome. *Journal of Traumatic Stress*, 2003; 16(6), 601-610.

79. Aguirre MG. An Examination of The Role of Meaning in Posttraumatic Growth Following Bereavement. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Auburn Üniversitesi, Alabama, A.B.D.2008.

80. Browne S, Roe M, Lane A, Gervin M, Morris M, Kinsella A. (1996). Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatr Scand*, 1996; 94:118-124.

81. Huppert JD, Weis KA, Lim R. Quality of life in schizophrenia: Contributions of anxiety and depression. *Schizophrenia Research*, 2001; 51:171-180.

82. Akdede KBB, Alptekin K, Akvardar Y, Kitiş A. (2005). Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi: Bilişsel işlevler ve klinik bulgular ile ilişkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2005; 16(1):13-19.

83. Eren K. Şizofreni ve Cinsiyet Farklılıkları. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.

84. Fitzgerald PB, Williams CL, Corteing N. Subject and observer – rated quality of life in schizophrenia. *Acta psychiatr Scand*, 2001; 103:387-392.

85. Telatar TG, Özcebe H. Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi, *Türk Geriatri Dergisi*, 2005; 7(3): 162-165.

86. Evans RW, Manninen DL, Garrison LP. The quality of life of patients with end stage renal disease. *N Eng J Med*, 1985; 312: 553-559.

87. Pınar R. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, *Aylık Aktüel Tıp Dergisi*, 1997; 9:9, 117-123.

88. Cooley ME. Quality of life in persons with nonsmall cell lung cancer. A Concept Analysis. 21nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1998; 151.

89. Güler D. Mastalji, Yaşam Kalitesi ve Depresyon. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma H. Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul. 2006.

90. Arıoğlu S, Beğer T, Kaan M. Yaşlılarda evde bakım ve yaşam kalitesine katkısı, *Aktüel Tıp Dergisi*, 2004; 9.

91. Oktile N. Huzurevinde Yaşam ve Yaşam Kalitesi, Muğla, Muğla Üniversitesi Basımevi, 2004.

92. Taşçı S. Kronik Böbrek Yetmezliğindeki Hastaların Yaşam Kaliteleri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 1998.
93. Şahin N. (2001). “Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Öznel Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi” (Kırıkkale Devlet ve SSK Hastaneleri Örneği), Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Ankara Üniversitesi, 2001.
94. Şahin H. Eski bir kavram yeni bir ölçüt: yaşam kalitesi, Toplum ve Hekim Dergisi, 2006; Cilt 12,Sayı 77:40-46.
95. Eser E.”Türkler için sağlık ve sosyal bilim araştırmalarında kullanılan linert tipi yanıt ölçekleri: WHOQOL Türkçe versiyonu yanıt skalaları sonuçları”, *3P Dergisi Özel Sayısı*,1999; 7:(Ek:2).
96. Bellamy, N. Principles of outcome assessment. Toronto: Mosby, 2003:893-905.
97. Fidan D. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi kavramı ve ölçüm yöntemleri. *Sağlık ve Toplum*, 2003; 13-3.
98. Fidaner C.Sağlıkta yaşam kalitesi(syk) kavramı: Bir giriş denemesi. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir,2004.
99. Katschnig H.Schizophrenia and quality of life. Acta Psychiatr Scand., 2000; 33-37.
100. Özbesler C , Bulut I.(2012) “Sosyal hizmette genelci yaklaşım ve ekolojik perspektif”.Sosyal Politika ve Kamu Yönetimi Bileşenleriyle Sosyal Hizmet Temelleri ve Uygulama Alanları. Maya Akademi Yayınevi. Ankara.2012; 98-105.
- 101.Zastrow C., The Practice of Social Work, Fifth edition, Brooks / Cole Publishing Company Pasific Grove, California 1995.
- 102.Hall RE. From Generalist approach evidence based practice. The evolution of socaial work tekology in the 21 st century. Critical social work. 2008; 9 (1).

103.Duyan V, Sayar Ö, Özbulut M. Sosyal hizmeti tanımak ve anlamak: sosyal hizmet alanında çalışanlar için bir rehber. Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği, Öncü Basımevi, 2008.

104.Çalık Var E, Kılıç Ceyhan E. Ruh Sağlığı Alanında Kanıta Dayalı Sosyal Hizmet Uygulamaları. *Journal of International Social Research*, 2016; 9 (42):1062-1069.

105.Tilbury D. Working with mental illness a community-based approach (2nd ed.). Malaysia: Palgrave.2002.

106.Arıkan Ç. Ruh Hastalıklarının Tedavisinde Psiko-sosyal Boyut, Çağdaş Psikiyatrik Tedavide Psikiyatrik Sosyal Hizmetin Yeri. Ankara Şafak Matbaacılık.1996.

107. T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023).Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

108.Yılmaz V. İnsan hakları ve karşılaştırmalı sosyal politika yaklaşımı ışığında Türkiye’de ruh sağlığı politikaları: tespitler ve öneriler. İstanbul: Karika Matbaacılık.2012.

109.Ensari H. Koruyucu psikiyatri açısından Bolu TRSM rehabilitasyon çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Sayısı*, 2011; 4 (4), 86-93.

110.Duyan V. Hastaların karşılaştığı sorunlar ve çözümler odağında tıbbi sosyal hizmet. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 2003; 25(4), 39-44.

111.Gould, N. Mental health social work in context. New York: Routledge.2010.

112.Tang C, Wu CH. Social workers’ perceptions and experiences on the psychiatric disease mandatory assessment review committee: A qualitative study in Taiwan, *International Social Work* , 2013; 56: 628-643.

113.Doğan O, Doğan S, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö , Doğan Başeğmez F. Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: aileler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2002; 3(3), 133-139.

114.Chien WT. Effectiveness of psychoeducation and mutual support group program for family caregivers of chinese people with schizophrenia. *The Open Nursing Journal*,2008,2, 28-39.

115.Goligghtley M. *Social Work and Mental Health*. Learning Matters Ltd, Third edition,2008.

116. Dziegielewski SF , Leon AM. *Social work practice and medication use*. USA: Sheridan Press. 2001.

117.Glynn SM, Cohen AN, Dixon LB, Ni N. The potential impact of the recovery movement on family interventions for schizophrenia: opportunities and obstacles. *Schizophrenia Bulletin*, 2006; 32(3), 451-463.

118.Alataş G, Kurt E, Tüzün Alataş E, Bilgiç V, Turan Karatepe H. Duygudurum bozukluklarında psikoeğitim. *Düşünen Adam*, 2007; 20(4), 196-205.

119. *Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi*. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

120.Austrian SG. *Mental disorders, medications, and clinical socialwork* (2nd ed.). New York: Columbia University Press,2000.

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

122. Mowbray CT, Collins ME, Bellamy CD, Megivern DA, Bybee D , Szilvagyı S. Supported education for adults with psychiatric disabilities: An innovation for social work and psychosocial rehabilitation practice. *Social Work*, 2005; 50(1), 7-20.

123. Duyan V. Sosyal hizmetin işlev ve rolleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2003; 14.2: 1-22.

124.Ow CY, Lee BO. Relationships between perceived stigma, coping orientations, self-esteem, and quality of life in patients with schizophrenia. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 2012; 20(10), 1-10.

125.Büyüköztürk Ş, Çakmak E, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F. Bilimsel Araştırma Yöntemleri. (2. Baskı). Ankara: Pegem A Yayıncılık, 2008.

126.Dirik G. Posttraumatic growth and psychological distress among rheumatoid arthritis patients: An evaluation within the conservation of resources theory. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Ortadoğu Teknik Üniversitesi,2006.

127.Kalaycı Ş. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. Asil Yayın. Ankara, 2010; 259-264.

128.Öztürk S. Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesinin; Pozitif Belirtiler, Negatif Belirtiler, Depresyon ve İlgörü İle İlişkisi. Psikiyatri Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Zonguldak. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, 2010.

129. Gümüş A. Şizofreni Hastalarının ve Yakınlarının Sağlık Eğitimi Gereksinimleri, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006; 7:33-42.

130. Hou SY, Ke CL, Su YC, Lung FW, Huang CJ. Exploring the burden of the primary family caregivers of schizophrenia patients in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008; Oct;62(5):508-14.

131. Arslantaş H , Adana F. Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin yük algısını ve duygu dışavurumunu etkileyen etkenler, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2012; 13,8-15.

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

133. Zamzam R , Midin M, Hooi LS, Eng JY, Ahmad SN, Azman SF et al. Schizophrenia in Malaysian families: A study on factors associated with quality of life of primary family caregivers. *International journal of mental health systems*, 2011, 5.1: 1.

134. Magliano L, Fadden G, Economou M, Held T, Xavier M, Guarneri M. Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I Study, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*,2000; 35:109-115.

135. Rammohan A, Rao K, Subbakrishna DK. Religious coping and psychological wellbeing in carers of relatives with schizophrenia. *ACTA psychiatrica Scandinavica*, 2002;105: 356-362.

136. Navidian A, Bahari F. Burden experienced by family caregivers of patients with mental disorders, *Pakis J Psychol Res*, 2008; 23(1-2):19-28.

137. Ukpong D. Şizofreni hastalarına bakım veren nijeryalılar arasında yük ve ruhsal sıkıntı: pozitif ve negatif semptomların rolü, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2012; 23(1):40-5.

138. Sharif F, Shaygan M, Mani A. Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patient with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry*, 2012;12:48.

139. Salleh MR. Burden of care in schizophrenia: Implication of psychopathology of the illness. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 2005; 13(2), 34-40.

140. Wong DFK et al. Quality of life of caregivers with relatives suffering from mental illness in Hong Kong: roles of caregiver characteristics, caregiving burdens, and satisfaction with psychiatric services. *Health and quality of life outcomes*, 2012; 1.

141. Navidian A , Kermansaravi F, Rigi SN. The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders. *BMC research notes* 5.1 (2012): 1.

142. Çetin N. Şizofreni Hastalarının Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi İle Aile Üyelerinin Bakım Yükü Ve Dışa Vuran Duygu Durumu İlişkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Hemşirelik Programı; 2011.

143. Avcı A, Bayraktar N. (2004). Şizofren Hasta Ailelerinin Aile Yükünün Belirlenmesi. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, 28 Eylül- 3 Ekim, Kuşadası, 771- 772.

144. Chien WT. The perceived burden among Chinese family caregivers of people with Schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 2005; 16, 1151-1161.

145. Shibre T, Negash A, Kullgren G, Kebede D, Alem A, Fekadu A et al. Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2001; 36, 299-303.

146. Yeşildağ Bayrak B. Şizofren Hastaların Aile Üyelerinin Algılanan Aile Yükünün ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Sivas. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, 2013.

147. Kung W. The illness, stigma, culture or immigration? Burden on Chinese-American caregivers of patients with schizophrenia. *Fam Soc*; 2003; 84(4): 547-557.

148. Duman ZÇ, Aştı N, Üçok A, Kuşçu MK. Şizofreni hastalarına ve ailelerine “Bağımsız ve Sosyal Yaşam Becerileri Topluma Yeniden Katılım Programı” uygulaması, izlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007; 8:91-101.

149. Kırmızı A. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Hastalarının Birinci Derece Yakınlarının Yaşam Kalitesi Açısından Kontrol Grubuyla Karşılaştırılması. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Uzmanlık Tezi, 2013; İstanbul.

150. Perlick DA, Rosenheck RA, Miklowitz DJ ve ark. Caregiver burden and health in bipolar disorder: a cluster analytic approach. *J Nerv Ment Dis*, 2008; 196: 484-491.

151. Zeng Y, Zhou Y, Lin J. Perceived burden and quality of life in chinese caregivers of people with serious mental illness: A comparison cross-sectional survey. *Perspectives in psychiatric care*. 2016.

152. Srivastava G, Tripathi RK, Tiwari SC, Singh B, Tripathi SM. Caregiver burden and quality of life of key caregivers of patients with dementia. *Indian journal of psychological medicine*, 2016; 38(2), 133.

153. Balaban ÖD, Küçüktüfekçi, AH, Binbay İT, Karamustafaloğlu, N. Bipolar I bozukluk hastalarının bakım verenlerinde yaşam kalitesi yük ve sosyal destekle ilişkili mi?. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2016;19:15-26.

154. Hallam W. Posttraumatic growth, coping and quality of life in stroke carers. 2012. PhD Thesis. Cardiff University.

155. Teodorescu DS, Siqveland, J, Heir T, Hauff E, Wentzel-Larsen T, Lien, L. Posttraumatic growth, depressive symptoms, posttraumatic stress symptoms, post-migration stressors and quality of life in multi-traumatized psychiatric outpatients with a refugee background in Norway. *Health and quality of life outcomes*, 2012; 10(1), 1.
156. Smith SK, Williams CS, Zimmer CR, Zimmerman S. An exploratory model of the relationships between cancer-related trauma outcomes on quality of life in non-Hodgkin lymphoma survivors. *Journal of psychosocial oncology*, 2010; 29(1), 19-34.
157. Luszczynska A, Sarkar Y, Knoll N. Received social support, self-efficacy, and finding benefits in disease as predictors of physical functioning and adherence to antiretroviral therapy. *Patient Education and Counseling*, 2007; 66(1), 37-42.
158. Heidarzadeh M. et al. The Relationship of Posttraumatic Growth with quality of life in cancer patients. *Bull. Env. Pharmacol. Life Sci* 3 (2014): 98-102.
159. Şengün İnan F, Üstün, B. Meme Kanseri ve Travma Sonrası Gelişim. *Journal of Breast Health*, 2014; 10(2).
160. Urizar A, Maldonado J, Castillo C. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2009; 7:84.
161. Perlick DA, Berk L, Kaczynski R, Gonzalez J, Link B, Dixon L, Miklowitz DJ Caregiver burden as a predictor of depression among family and friends who provide care for persons with bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 2016; 18(2), 183-191.
162. Yılmaz ED. Şizofreni ve Bipolar Afektif Bozukluk Tanısı Almış Hastalara Bakım Verenlerde Kaygı Durumu ve Mizaç-Karakter İlişkisi. Erenköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Uzmanlık Tezi, 2009; İstanbul.
163. Attepe Özden S. Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Ailelerinin Bakım verme Deneyimleri ve Sosyal Destek İlişkilerinin Psikiyatrik Sosyal Hizmet Temelinde İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı. Doktora Tezi, 2015; Ankara.
164. Tomich PL, Helgeson VS. Posttraumatic growth following cancer: Links to quality of life. *Journal of Traumatic Stress*, 2012; 25(5), 567-573.

165.Lundberg B, Hansson L, Wentz E, Björkman T. Stigma, discrimination, empowerment and social networks: A preliminary investigation of their influence on subjective quality of life in a Swedish sample, *International Journal Social Psychiatry*, 2008; 54, 47-55.

166.Saillard E. Ruhsal hastalara yönelik damgalamaya ilişkin psikiyatrist görüşleri ve öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010; 21(1), 14-24.

167.Australian Association of Social Workers. Practice Standards for Mental Health Social Workers. 2008, AASW.

168. Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydın D. KOAH'lı hastaların bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesi. *Türk Toraks Dergisi*, 2012; 13(3), 87-92.

169. Anthony-Bergstone CR, Zarit SH, Gatz M. Symptoms of psychological distress among caregivers of dementia patients. *Psychology and aging*, 1988; 3(3), 245.

170. Emmatty LM, Bhatti RS, Mukalel MT. The experience of burden in India A study of dementia caregivers. *Dementia*, 2006; 5(2), 223-232.

8. EKLER

EK-1 Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurul Onayı

	Yaşam Kalitesi Ölçeği: DSÖ(1980) tarafından geliştirilen dünya çapında 15 merkezde yapılan pilot çalışmalar sonucunda 100 soruluk formu ve bunlardan seçilen 26 sorudan oluşan formu oluşturulmuştur. 26 soruluk formunun Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1999 yılında Fidaner ve ark. Tarafından yapılmıştır. Türkçe formunda bir ulusal soru eklenmesiyle oluşan 27 soru bulunmaktadır.
--	---

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Politika ve Uygulamaları Tezli Yüksek Lisans Programı öğrenci Sayın Hakan KARAĞAÇ'ın "Şizofreni tanısı almış hastalara bakım veren kişilerin travma sonrası gelişimlerinin, algılanan bakım yükünün yaşam kalitelerine etkisinin incelenmesi" adlı araştırması değerlendirilmiştir.

Proje etik açısından uygun bulunmuştur.

Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.

Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.

İmzalar:

Prof. Dr. S. Yavuz SANISOĞLU	Koordinatör	
Prof. Dr. Arif ERSOY	Koordinatör Yardımcısı	
Prof. Dr. Mehmet BARCA	Üye	
Prof. Dr. Mehmet AKKUŞ	Üye	
Prof. Dr. M. Fatih UŞAN	Üye	
Prof. Dr. Fatih Vehbi ÇELEBİ	Üye	
Prof. Dr. Erdal Tanas KARAGÖL	Üye	
Prof. Dr. Mustafa Sıtkı BİLGİN	Üye	
Prof. Dr. Ahmet KANKAL	Üye	
Doç. Dr. Özen ÖZENSOY GÜLER	Üye	
Yard. Doç. Dr. Arif DEMİR	Üye	
Gülcan SERTÇELİK	Raportör	

EK-2 Kayseri İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Araştırma Onayı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Kayseri İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 27268541/ 17633
Konu : Tez Çalışması

KAYSERİ İLİ
KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
Evrak No : 17633
Tarih : 30/10/2014
Birim : Yazı İşleri
GİDEN EVRAK

Sayın: Hakan KARAAĞAÇ
Kayseri Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Tıbbi Hizmetler Başkanlığı

İlgi: 25.09.2014 tarihli dilekçeniz.

İlgide kayıtlı dilekçe ile talep etmiş olduğunuz, “şizofreni Tanısı Almış Hastalara Bakım Veren Kişilerin Travma Sonrası Gelişimlerinin, Algılanan Bakım Yükünün Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi” konusunda yüksek lisans tezi çalışması kapsamında hasta yakınlarına ölçek uygulamasını Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapmanız Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Ahmet GÖDEKMERDAN
Genel Sekreter

EK-3 Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu

Şizofreni tanısı almış hastalara bakım veren kişilerin travma sonrası gelişimlerinin, algılanan bakım yükünün yaşam kalitelerine etkisinin incelenmesi

Araştırmacılar

Hakan KARAAĞAÇ

Yrd. Doç. Dr. Esra ÇALIK VAR

Sayın KATILIMCI,

Ülkemizde de şizofreni hastalarının en büyük destek kaynaklarının ve bakım verenlerinin hastanın ailesi olduğu ve hastaların büyük çoğunluğunun ailesiyle birlikte yaşadığı açıklanmaktadır. Ailede ruhsal bir hastalığın varlığı hastalığa yanıt olarak bazı etkileşim biçimlerinin ortaya çıkmasına yol açar. Hastaya bakmak ailenin diğer üyelerinin hastalıkla başa çıkarken yük duygusu yaşamalarıyla sonuçlanabilmektedir. Şizofreni hastasına sahip ailelerde oluşan bakım yükü aynı zamanda bakım verenlerin travma sonrası gelişimlerini ve yaşam kalitelerini de etkileyebilmektedir. Bu doğrultuda hasta yakınlarının bilgi ve görüşlerinin araştırılması önemlidir. Amacımız, şizofreni tanılı hastalara bakım veren kişilerin travma sonrası gelişimlerinin, algılanan bakım yükünün yaşam kalitelerine etkisinin incelenmesidir. Size sorduğumuz sorular bu araştırma için bizlere veri sağlayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız veya katılmamanız yapılacak işlemleri etkilemeyecektir. İstedığınız anda araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Bu çalışma karşılığı sizden ücret talep edilmeyecektir ve araştırmaya katılım gönüllülük ilkesine bağlıdır. Araştırma sadece araştırma ekibi tarafından okunup değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel bir amaçla kullanılacağı için adınız soyadınız belirtilmeyecektir. Araştırmanın sonucunun doğru olması için soruları atlamadan, samimi ve tarafsız olarak yanıtlamanız uygun olacaktır. Araştırmaya katıldığınız ve tüm soruları içtenlikle yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Hasta Yakınının Rızası:

Araştırmacı tarafından şahsıma anlatılan tüm bu bilgiler doğrultusunda bu çalışmaya katılmayı KABUL EDİYORUM.

Hasta Yakınının:

Adı-Soyadı:

Bilgilendirme Tarihi:

İmza:

EK-4 Sosyo-Demografik Bilgi Formu

1. Doğum Tarihiniz:

2. Cinsiyetiniz:

() Kadın () Erkek

3- Hastanızın Doğum Tarihi:

4- Hastanın cinsiyeti:

() Kadın () Erkek

5. Eğitim durumunuz:

() Okuryazar değil () İlköğretim () Ortaöğretim () Yüksek Öğretim

6- Hastanın eğitim durumu

() Okuryazar değil () İlköğretim () Ortaöğretim () Yüksek Öğretim

7. Hasta ile yakınlık dereceniz:

() Eşi () Çocuğu () Kardeşi () Annesi () Babası () Akrabası ()
Diğer.....

8. Mesleğiniz:

() Ev hanımı () Serbest () Memur () Öğrenci () İşçi () Çalışmıyor ()
Emekli

9. Aylık geliriniz:TL

10. Ne kadar süredir hastanıza bakım veriyorsunuz?

11. Hastanızla birlikte gün içinde geçirdiğiniz zaman ne kadardır?.....saat

12. Hastanız ne kadar zamandır bu hastalıkla ilgili tedavi görüyor?yıl

13. Hastanın bakımında size destek olan birileri var mı?

() Evet () Hayır

14. Yakınınızın hastalığının ismini ne olarak biliyorsunuz?

.....

EK-5 Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (TSGÖ)

Aşağıda hastanızın hastalığından dolayı yaşamınızda olabilecek bazı değişiklikler verilmektedir. Her cümleyi dikkatle okuyunuz ve belirtilen değişikliğin sizin için ne derece gerçekleştiğini aşağıdaki ölçeği kullanarak belirtiniz.

- 0- Yakınımın hastalığından dolayı böyle bir değişiklik yaşamadım.
- 1- Yakınımın hastalığından dolayı bu değişikliği çok az derecede yaşadım.
- 2- Yakınımın hastalığından dolayı bu değişikliği az derecede yaşadım.
- 3- Yakınımın hastalığından dolayı bu değişikliği orta derecede yaşadım.
- 4- Yakınımın hastalığından dolayı bu değişikliği oldukça fazla derecede yaşadım.
- 5- Yakınımın hastalığından dolayı bu değişikliği aşırı derecede yaşadım.

	Yaşamadım	Çok az yaşadım	Biraz yaşadım	Orta düzeyde yaşadım	Fazla yaşadım	Çok fazla yaşadım
1. Hayatıma verdiğim değer arttı.	0	1	2	3	4	5
2. Hayatımın kıymetini anladım.	0	1	2	3	4	5
3. Yeni ilgi alanları geliştirdim.	0	1	2	3	4	5
4. Kendime güvenim arttı.	0	1	2	3	4	5
5. Manevi konuları daha iyi anladım.	0	1	2	3	4	5
6. Zor zamanlarda başkalarına güvenebileceğimi anladım.	0	1	2	3	4	5
7. Hayatıma yeni bir yön verdim.	0	1	2	3	4	5
8. Kendimi diğer insanlara daha yakın hissetmeye başladım.	0	1	2	3	4	5
9. Duygularımı ifade etme isteğim arttı.	0	1	2	3	4	5
10. Zorluklarla başa çıkabileceğimi anladım.	0	1	2	3	4	5
11. Hayatımı daha iyi şeyler yaparak geçirebileceğimi anladım.	0	1	2	3	4	5
12. Olayları olduğu gibi kabullenmeyi öğrendim.	0	1	2	3	4	5
13. Yaşadığım her günün değerini anladım.	0	1	2	3	4	5
14. Yakınımın hastalığından sonra benim için yeni fırsatlar doğdu.	0	1	2	3	4	5
15. Başkalarına karşı şefkat hislerim arttı.	0	1	2	3	4	5
16. İnsanlarla ilişkilerimde daha fazla gayret göstermeye başladım.	0	1	2	3	4	5
17. Değişmesi gereken şeyleri değiştirmek için daha fazla gayret göstermeye başladım.	0	1	2	3	4	5
18. Dini inancım daha da güçlendi.	0	1	2	3	4	5
19. Düşündüğümden daha güçlü olduğumu anladım.	0	1	2	3	4	5
20. İnsanların ne kadar iyi olduğu konusunda çok şey öğrendim.	0	1	2	3	4	5
21. Başkalarına ihtiyacım olabileceğini kabul etmeyi öğrendim.	0	1	2	3	4	5

EK-6 Zarif Bakım Verme Yüğü Ölçeği

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

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

EK-7 Yaşam Kalitesi Ölçeği (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 Derecede	Çokça	Tamamen
	İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi ne kötü	Oldukça İyi	Çok İyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut Değil	Çok az hoşnut	Ne Hoşnut, ne de değil	Çokça	Aşırı derecede
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

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

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir	1	2	3	4	5

	tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?					
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	ok Az	Orta Derecede	oka	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?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	ok Az	Orta Derecede	oka	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	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

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 İyi	ok İyi
15 F9.1	Bedensel hareketlilik(trafta 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
16 F 3.3	Uygunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarımızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	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	Diğer 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

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
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

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

		Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		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?

.....

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

YARDIMLARINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER

EK-8 ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Hakan KARAAĞAÇ
Doğum tarihi	: 04.10.1986
Doğum yeri	: Bakırköy/ İSTANBUL
Medeni hali	: Evli
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Kayseri İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Tıbbi Hizmetler Başkanlığı 1. Blok 1. Kat Kocasinan/ KAYSERİ
Tel	: 0352 320 00 96 / 1129
Faks	: 0352 320 73 13
E-mail	: hakan.karaagac@saglik.gov.tr
EĞİTİM	
Lise	: Ankara Kayabeyazıtöğlu Lisesi
Lisans	: Hacettepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: Orta
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	