

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**PSİKOTİK VE NEVROTİK BOZUKLUĞU OLAN
HASTALARIN BAKIM VERENLERİNDE BAKIM
VEREN YÜKÜ VE PSİKOLOJİK SEMPTOMLARIN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Ömer TURAN

İstanbul, 2016

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**PSİKOTİK VE NEVROTİK BOZUKLUĞU OLAN
HASTALARIN BAKIM VERENLERİNDE BAKIM
VEREN YÜKÜ VE PSİKOLOJİK SEMPTOMLARIN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Ömer TURAN

Öğrenci No:
140790034

Danışman:
Yrd. Doç. Dr. Samuray ÖZDEMİR

İstanbul, 2016

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Psikotik ve Nevrotik Bozukluğu Olan Hastaların Bakım Verenlerinde Bakım Veren Yükü ve Psikolojik Semptomların Karşılaştırılması” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullandıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım 30/09/2016

Aday: Ömer TURAN



T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ,
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

30.09.16

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim Dalı *Klinik Psikoloji* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 140790034 numaralı **Ömer TURAN**'ın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Psikotik ve Nevrotik Bozukluğu Olan Hastaların Bakım Verenlerinde Bakım Veren Yükü ve Psikolojik Semptomların Karşılaştırılması*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 20.09.2016 tarih ve 2016/36 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (...) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *oyçokluğu* ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Samuray ÖZDEMİR
(Beykent Üniversitesi)

ÜYE
Yrd. Doç. Dr. Neslim GÜVENDEĞER DOKSAT
(Beykent Üniversitesi)

ÜYE
Yrd. Doç. Dr. Güzin SEVİNÇER
(İstanbul Gelişim Üniversitesi)

Adı ve Soyadı : Ömer TURAN
Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Samuray ÖZDEMİR
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans/2016
Alanı : Klinik Psikoloji
Anahtar Kelimeler : Bakım Veren Yüğü, Kısa Semptom Envanteri, Psikotik,
Nevrotik

ÖZ

PSİKOTİK VE NEVROTİK BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN BAKIM VERENLERİNDE BAKIM VEREN YÜKÜ VE PSİKOLOJİK SEMPTOMLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Psikotik ve nevroitik bozukluklar, bireylerin ruh sağlığını etkileyen önemli iki alandır. Bu bozuklukların teşhis ve tedavisi uzun sürebilir ve bu durum, bu bireylere bakım sağlayan kişiler üzerinde bir yüğe neden olabilir. Bu araştırmada, psikotik ve nevroitik bozukluğu olan hastaların bakım verenlerinde bakım veren yüğü ve psikolojik semptomlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Araştırmada İstanbul'da bir psikiyatristin muayenehanesine başvuran 104 psikotik ve 104 nevroitik bozukluklu hastanın primer bakım verenine Kısa Semptom Envanteri ve Bakım Verme Yüğü ölçekleri uygulanmıştır.

Araştırma sonucunda psikotik ve nevroitik hastalara bakım veren bireylerin demografik özelliklerine göre bakım yükleri ile psikolojik semptomları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Nevrotik hastaya bakım verenlerde psikolojik semptomların görülme oranının, psikotik hastaya bakım verenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0,001$). Bakım veren yüğü bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ($p>0,05$). Her iki grupta da bakım veren yüğü ile psikolojik semptomlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Name and Surname : Ömer TURAN
Supervisor : Assist. Prof. Samuray ÖZDEMİR
Degree and Date : Master, 2016
Major : Clinical Psychology
Key Words : Care Givers Burden, Brief Symptom Inventory, Psychotic,
Neurotic

ABSTRACT

COMPARISON OF CAREGIVERS BURDEN AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS AMONG THE CAREGIVERS OF PATIENTS DIAGNOSED WITH PSYCHOTIC AND NEUROTIC DISORDERS

Psychotic and neurotic disorders are two important fields affecting mental health of individuals. Diagnosis and treatment of these disorders can take long periods of time and this may cause a burden on the individuals providing care to those people. The object of this research is to compare caregiver burden and psychological symptoms of the care givers of the psychotic patients with the care givers of the neurotic patients.

In the research, Brief Symptoms Inventory and Caregiver Burden Inventory were applied to the individuals undertaking cares of 104 psychotic and 104 neurotic patient who have been applying to a psychiatrist's private clinic in Istanbul.

According to results of the study, there were no statistically significant differences between caregiver burden and psychological symptoms based on the subjects demographic characteristics ($p>0,05$). It was found that the psychological symptom rate in neurotic patient's caregivers were statistically significantly higher than psychotic patient's caregivers ($p=0,001$). There was no statistically significant differences between two groups based on caregiver burden ($p>0,05$). In both groups, there was no statistically significant relationship between caregiver burden and psychological symptoms ($p>0,05$).

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
ÖZ.....	i
ABSTRACT.....	ii
TABLolar LİSTESİ	v
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vi
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1. RUHSAL İYİLİK HALİ VE PSİKOLOJİK SEMPTOMLAR.....	4
1.1.1. Ruhsal İyilik Hali.....	4
1.1.2. Psikolojik Semptomlar.....	4
1.1.2.1. Depresyon	4
1.1.2.2. Anksiyete	5
1.1.2.3. Somatizasyon	5
1.1.2.4. Hostilite.....	6
1.1.2.5. Olumsuz Benlik	6
1.2. RUHSAL BOZUKLUKLAR	7
1.2.1. Psikotik Bozukluklar.....	8
1.2.2. Nevrotik Bozukluklar	8
1.3. BAKIM VEREN YÜKÜ	9
1.3.1. Bakım Veren Yükü Tanımı.....	9
1.3.2. Bakım Veren Yükü Özellikleri	10
1.3.3. Bakım Veren Yükü Etkileri	10
1.4. PSİKİYATRİK HASTALARDA BAKIM VEREN YÜKÜ	11
1.5. İLGİLİ ÇALIŞMALAR	13

İKİNCİ BÖLÜM

MATERYAL VE YÖNTEM

2.1. YÖNTEM BİLEŞENLERİ	16
2.1.1. Araştırmanın Amacı.....	16
2.1.2. Araştırmanın Önemi	17
2.1.3. Evren ve Örneklem	17

2.1.4. Araştırmanın Hipotezleri	18
2.1.5. Kapsam ve Sınırlılıklar	18
2.2. İSTATİSTİK YÖNTEM	19
2.2.1. Veri Toplama Araçları	19
2.2.2. Verilerin Toplanması	20
2.2.3. Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	21

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	22
3.2. HİPOTEZ TESTLERİ	24
3.2.1. Psikotik Hasta Yakınlarının Psikolojik Semptomlarının Demografik Özelliklere Göre Farkı	24
3.2.2. Nevrotik Hasta Yakınlarının Psikolojik Semptomlarının Demografik Özelliklere Göre Farkı	27
3.2.3. Psikotik Hasta Yakınlarının Bakım Yüklerinin Demografik Özelliklere Göre Farkı	29
3.2.4. Nevrotik Hasta Yakınlarının Bakım Yüklerinin Demografik Özelliklere Göre Farkı	31
3.2.5. Psikotik ve Nevrotik Bozukluğu Olan Hastalara Bakım Veren Bireylerin Psikolojik Semptomları Arasındaki Fark	32
3.2.6. Psikotik ve Nevrotik Bozukluğu Olan Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Veren Yükü Düzeyleri Arasındaki Fark	33
3.2.7. Psikotik ve Nevrotik Bozukluğu Olan Hastalara Bakım Veren Bireylerin Psikolojik Semptomları ile Bakım Veren Yükü Düzeyleri Arasındaki İlişki	33

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA	36
-----------------------	----

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER	40
KAYNAKÇA	42
EKLER	47
Ek.1. Anket	47

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 2. 1. Ölçek maddelerinin güvenilirlik analizi sonuçları.....	20
Tablo 3. 1. Katılımcı Grupların Demografik Özellikleri	22
Tablo 3. 2. Psikotik Hasta Yakınlarının Psikolojik Semptomlarının Demografik Özelliklere Göre Fark Analizi Sonuçları	25
Tablo 3. 3. Nevrotik Hasta Yakınlarının Psikolojik Semptomlarının Demografik Özelliklere Göre Fark Analizi Sonuçları	27
Tablo 3. 4. Psikotik Hasta Yakınlarının Bakım Yüklerinin Demografik Özelliklere Göre Fark Analizi Sonuçları	29
Tablo 3. 5. Nevrotik Hasta Yakınlarının Bakım Yüklerinin Demografik Özelliklere Göre Fark Analizi Sonuçları	31
Tablo 3. 6. Psikotik Ve Nevrotik Bozukluğu Olan Hastalara Bakım Veren Bireylerin Psikolojik Semptomları Arasındaki Fark Analizi Sonuçları.....	32
Tablo 3. 7. Psikotik Ve Nevrotik Bozukluğu Olan Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Veren Yükü Düzeyleri Arasındaki Fark Analizi Sonuçları	33
Tablo 3. 8. Psikotik Bozukluğu Olan Hastalara Bakım Veren Bireylerin Psikolojik Semptomları İle Bakım Veren Yükü Düzeyleri Arasındaki İlişki İçin Yapılan Korelasyon Analizi Sonuçları	34
Tablo 3. 9. Nevrotik Bozukluğu Olan Hastalara Bakım Veren Bireylerin Psikolojik Semptomları İle Bakım Veren Yükü Düzeyleri Arasındaki İlişki İçin Yapılan Korelasyon Analizi Sonuçları	35

KISALTMALAR LİSTESİ

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amrerika Birleşik Devletleri
BYÖ	Bakımveren Yüğü Ölçeği
KSE	Kısa Semptom Envanteri
OKB	Obsesif kompulsif bozukluk
SS	Standart Sapma
X	Ortalama



GİRİŞ

Son yıllarda iletişim alanında yaşanan gelişmelerle birlikte ruh sağlığı ve hastalıkları alanında toplumda önemli bir farkındalık artışı yaşanmıştır (Yılmaz, 2012; Sağlık Bakanlığı, 2011). Her geçen gün sayısı giderek artan bilimsel araştırmalarda, sadece ruhsal bozukluğu olan bireylerin değil; aynı zamanda bu bireylerle yakından ilişkili olan ortamlar, bireyler ve ekolojik çevrenin de üzerinde durulmaktadır (Basım ve Çetin, 2010).

Ruhsal bir bozukluğu olan bireyler üzerinde sayısız araştırma yapılmıştır ve yapılmaya da devam etmektedir ancak son yıllarda bu bireylere başlıca bakım veren bireylerle ilgili araştırmalar da giderek daha fazla önem kazanmaya başlamıştır (Atagün ve ark., 2011; Altınok, 2010; Malak ve Dicle, 2008). Öte yandan psikotik ve nevrotik bozukluklara ilişkin bakım veren yükünü genelleyen ve duruma daha genel çerçeveden bakan çalışmalar günümüzde henüz yeterli düzeyde değildir ve daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Psikotik bozukluklar, en genel tanımıyla bireyin gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu bir grup ruhsal hastalığa işaret eder ve bunların en iyi bilineni şizofrenidir (Yavuz, 2008). Ne var ki halk arasında daha az bilinen psikozun diğer türleri de toplumda önemli sıklık ve yaygınlık oranlarına sahiptir. Psikotik bozuklukların özellikle de hastalık semptomlarının şiddetlendiği akut alevlenme dönemlerinde, hastanın destek, bakım ve tedavisiyle yakından ilgilenen kişi ve kişilere duyulan ihtiyaç bir kat daha artmaktadır (Arslantaş ve Adana, 2011).

Ön planda duygulanım bozukluğu ile karakterize olan nevrotik bozukluklarda ise aşırı ilgi ve şefkat isteme, herhangi bir konuya odaklanmada güçlük yaşama, belli bir planı tasarlama yetisindeki eksiklik, saldırgan düşünce ve davranışlar sergileme gibi semptomlar görülebilir. Burada da hastalığın türüne ve şiddetine göre hasta, bir yakını ya da profesyonel birinin bakım ve desteğine gereksinim duyabilir (Şahin, 2009).

Ülkemizde gerek ekonomik imkânların yetersiz olması, gerekse kapalı aile yapısı ve toplumsal olarak hastalık ile profesyonel bakım bilincinde henüz istenilen seviyeye gelmemiş olmamız nedeniyle; bu bireylere bakım vermekle yükümlü kişiler ya aile içerisinde seçilmektedir ki bu genellikle hastanın annesidir, ya da eğer anne

çalışıyorsa hastanın bir yakını olmaktadır. Bunun alternatifi, piyasada henüz bir akreditasyon ya da bir sertifikasyon sürecine tabi tutulmamış olan ve farklı alanlardan gelen bireylerden hasta bakımı için ücretli yardım alınmasıdır.

Gerek psikotik hastalıklarda, gerekse nevrotik hastalıklarda bir bireyin bakım yükünü üstlenen kişi, modern tıptaki hemşirelerin görevini üstlenmektedir. Bu nedenle bu bireylerin aslında özel eğitime tabi tutulmuş, çeşitli kurumlarca ve alanında uzman kişiler tarafından sertifikasyon sürecine dâhil edilmiş olan bireyler arasından seçilmesi gerekir. Ancak günümüzde hem ekonomik nedenlerle, hem de hasta bakımı konusunda eğitilmiş ve nitelikli işgücüne sahip bireylere ulaşmanın zorluğundan ötürü her hasta için bu pek mümkün olmamaktadır. Bu tür hastaların diğer tıbbi müdahale gerektiren hastalar gibi bir hastanede ya da bir kurumun gözetiminde tutulmasının çoğu kez gerekli olmaması ve bunun uygulamadaki zorluğu nedeniyle, tıbbi bir hastalığı olan hastaların bakımında olduğu gibi bir hemşirelik sisteminin kurulması da imkân dâhilinde olmamaktadır (Yılmaz, 2009).

Tüm bu nedenlerden dolayı, alanında yeterli eğitime sahip olmayan bireylerin bu tür hastalara bakım vermeyi üstlenmesi, kişi ne kadar iyi niyetli olursa olsun, hem hastalar hem de bakım vermeyi üstlenen kişiler üzerinde olumsuz etkileri olabilecek bir durumdur. Bu konuya odaklanan pek çok araştırma, ruhsal bir hastalığı olan hastalara bakım veren bireylerin de çeşitli ruhsal sorunlar yaşayabildiklerine işaret etmektedir. Diğer taraftan, bakım verilen hasta da süreçten olumsuz etkilenebilmekte, hastaya verilen tedavilerin başarı oranları düşebilmektedir. Zira ruhsal hastalıklar sadece medikal yaklaşımlarla tedavi edilmemekte, genellikle davranışsal yaklaşımlarla da kombine edilmiş bir tedavi sürecine gereksinim duyulmaktadır. Bu nedenle sadece tedavi verilen hastanın değil, hastaya bu tedaviyi uygulayan ve onun bakımıyla uğraşan bireyin de gerekli desteği alabilmesinin önemli olduğu ifade edilebilir.

Literatürde ruhsal bir hastalığı olan bireylere bakım verenlerin yükü konusunda yapılmış çeşitli çalışmalar bulunmaktadır ancak ruhsal hastalıkları psikotik ve nevrotik olmak üzere iki ana kategoride ele alan çok fazla sayıda çalışmaya rastlanmamıştır. Nitekim belirli alanlarda yapılan özgün çalışmalar, alanda daha kesin ve nokta atışı verilere ulaşabilmek bakımından önem arz etmektedir.

Ancak öncelikle büyük fotoğrafın çekilerek bu alanda yapılacak olan özgün çalışmalara yol göstermek gerekliliği de göz ardı edilemez. Bu bakımdan bu araştırma, büyük fotoğrafın ortaya koyulabilmesi için gereken ilk adımlardan birini oluşturmak üzere planlanmıştır. Bu çerçevede, psikotik ve nevrotik bozuklukları olan hastalara bakım vermekle yükümlü olan bireylerdeki psikolojik semptomlar ve bireylerin bakım veren yükü incelenmiş; bunlar arasındaki ilişkiler ortaya koyulmaya çalışılmıştır.



BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1. RUHSAL İYİLİK HALİ VE PSİKOLOJİK SEMPTOMLAR

1.1.1. Ruhsal İyilik Hali

Sağlık “bedensel, ruhsal ve sosyal açılardan tam bir iyilik halinde olma” durumudur. Ruh sağlığı ise en basit tanımıyla “bireyin kendisi ve çevresi ile bir uyum ve denge içerisinde olması” durumudur. Ruhsal açıdan sağlıklı olabilmesi için bireyin duygu, düşünce ve davranışları arasında bir bütünlük olması gerekmektedir. Aksine, ruh sağlığı bozulan kişiler duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk veya yetersizlik sergilerler. Her bireyde zaman zaman böyle belirtiler gözlenebilir ancak bunların ruhsal bir hastalığa işaret edebilmesi için bu belirtilerin sürekli veya tekrarlayıcı olması, kişinin günlük rutinini, işlevlerini ve kişiler arası ilişkilerini bozacak nitelikte olması gerekir (Çakmak, 2014; Bendelow, 2010; Strauss ve Allen, 2007).

1.1.2. Psikolojik Semptomlar

Psikolojik semptomları pek çok kategoride değerlendirmek mümkün olsa da, bu konuda en çok kullanılan sınıflandırma, Kısa Semptom Envanteri (KSE) sınıflaması ve SCL-90 sınıflamasıdır. Araştırmada kullanılan ölçek KSE olduğundan, bu bölümde bu ölçeğin boyutlarına yer verilmiştir:

1.1.2.1. Depresyon

Depresyon denildiğinde ilk akla gelen majör depresyon olup, başka alt grupları daha az görülmektedir. Tıpta alanındaki ve teknolojiye yaşanan gelişmelerle birlikte, pekçok hastalık ya geçmişe karışmış ya da etkili tedavi yöntemleri ile kontrol edilebilmiştir. Öte yandan depresyon özellikle sanayileşen batı devletleri başta olmak üzere tüm dünyada hızla artmaktadır. Bunun yanında büyük bir sağlık

sorunu haline gelmekte olan depresyon bozukluğuna bağlı işgücü kaybı ve verimlilik düşüşleri büyük ekonomik kayıplara neden olmaktadır (Savrun, 1999).

Depresyonun sebep olduğu yeti azalması sosyal ve meslek alanlarında görülebilmektedir. Bunun yanında depresyon, bireylerin aile düzeni ile ekonomik düzeylerinde önemli olumsuz sonuçlar doğurabilir. Yine depresyonda, kişiler ile birlikte çevreleri ve bakımını üstlenen bireyler üzerinde de önemli negatif etkiler meydana getirir. Hayat boyunca yaygınlık düzeyinin %17-19 ile 1 senelik yaygınlık düzeyinin ise %1-9 arasında olduğu ifade edilen “Major Depresif Bozukluk (MDB)” ’da özkıyım girişimi neticesinde ölüm oranlarının %15 düzeyinde olduğu ve özkıyım neticesi ölümlerin ortalama %50’sinden MDB’nin sebep olduğu bildirilmiştir (Akkaya, 2006).

1.1.2.2. Anksiyete

Yaygın anksiyete bozukluğu olarak bilinen (YAB), aşırı sıkıntılı ya da endişeli ve pek çok bedensel ve psikolojik belirti gösteren bu bozukluk, psikiyatride en sık görülenlerden bozukluklardan birisidir. YAB genellikle çocukluk döneminde görülmektedir. Bu bozukluk uzunca yıllar devam etmektedir. Genellikle depresyon ve kişilik bozukluklarıyla beraber görülen YAB’nin kronik yapısı nedeniyle tedavi sürecinin aylar ya da senelerce sürebilir. Tedavide farmakoterapi ve bazı psikoterapileri bir arada kullanmak gerekebilir (Saatçioğlu, 2001).

1.1.2.3. Somatizasyon

Somatizasyon, herhangi bir organik nedene bağlı olmaksızın ortaya çıkan bedensel (somatik) yakınmaları olan kimseleri tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Lipowsky (1988), somatizasyonu oldukça kabul gören bir şekilde şöyle tanımlamıştır: “Somatizasyon, patolojik (objektif) bir bulgu olmaksızın bedensel rahatsızlığın yaşanarak dile getirilmesi ve bunun fiziksel bir hastalığa bağlı olabileceği düşüncesiyle tıbbi yardım arama eğilimidir”. Sullivan ve Katon (1993) ise somatizasyonun tıpta rahatsızlığın fizyolojisi ile belirtilerin algılanmasının

psikolojisini birbirine bağlayan değişik bir süreç olduğunu öne sürmüştür (Tunçer, 1999).

Somatizasyon bozukluğuyla çok değişik düzeylerde, mesela somatoform bozukluğu olan bir olguda, depresif bozukluğun veya anksiyete bozukluna sahip olan bir bireyde veya herhangi bir psikiyatrik bozukluğa sahip olmayan kişilerde gelip geçici yakınma semptomları şeklinde görülebilmektedir. Fakat bu kişilerin ortak özelliği, strese ve duygusal uyarılara karşı verilen yanıtları duygusal ve bilişsel değil de bedensel olarak vermeleridir (Gökalp, 2010).

1.1.2.4. Hostilite

Hostilite bozukluğu, diğer kişilere karşı duyulan olumsuz düşünceleri ifade etmektedir. Bu bozukluk bireyi öfkeye daha yatkın bir kişi yapıp, sağlığı üzerinde direkt etkisi vardır. Dembroski ve ark. (1989) miyokard infarktüsü ve ani mortalite ile hostilite ilişkisine baktıkları araştırmalarında hostilite bozukluğunun kalp-damar hastalıklarında risk faktörü olduğunu rapor etmişlerdir (Dirik ve Şahin, 2008).

Hostilite, öfke duygularını içermesine rağmen, diğer kişilere doğrudan zarar vermek amacıyla yapılan saldırgan davranışları da harekete geçiren bir anlam taşır. Öfke ve hostilite, daha çok duygu ve tutumlarla ilişkiliyken; saldırganlık, başka kişilere ya da objelere yönelik, tahrip edici ve zarar verici davranışları kapsamaktadır (Baklaya ve Şahin, 2003).

Hostilite bozukluğu sinirlilik durumu ve titreme semptomu, sıkıntıların ardından diğer bireyleri suçlama, kızgınlık, öfke, güvenmeme, birilerini dövmek, yaralamak, zarar vermek isteme, bir şeyleri kırmak dökmek isteme şeklinde semptomları içeren bozukluk türüdür (Gökalp, 2010).

1.1.2.5. Olumsuz Benlik

Olumsuz benlik, kişilerin kendilerini başka bireylerle karşılaştığında kişisel yetersizlik ve küçüklük hislerine kapılarak kendilerini küçük, başarısız,

değersiz görmeyi ve suçluluk duyguları şeklindeki belirtileri içermektedir (Gökalp, 2010).

1.2. RUHSAL BOZUKLUKLAR

Ruhsal bozukluklar ile ilgili pek çok araştırma yapılmaktadır. Ruh sağlığının pek çok göstergesi olmakla birlikte, bunları aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür (Çakmak, 2014):

İstatistiksel Seyrek Olma Durumu: Anormal davranışların genel özellikleri seyrek olmalarıdır. Mesela normal zekanın düzeyi 90-110 IQ olarak tespit edilirken ve toplum içindeki kişilerin çoğunluğu bu aralıkta bulunurken, 70 IQ'ya sahip kişiler zeka geriliğine sahip olarak nitelendirilir. Öte yandan IQ düzeyi 110 geçen bireylerde ise herhangi bir anormallik olmadığı kabul edilir (Çakmak, 2014).

Normların İhlal Edilmesi: Anormalliği değerlendirme aşamasında ele alınan bir başka özellik ise normların ihlalidir. Davranışların normları ihlal etme durumu veya bunları gözlemleyeni tehdit etme durumu ya da kaygılandırma durumu her ne kadar anormallik için önemli kıstas olsa da, sadece belirleyicilik bakımından yetersizdir (Çakmak, 2014).

Homeostasis (denge durumu): Her birey kendisine en iyi ve uygun bir dengenin içinde olmak ister. Dengeyi sağlamanın ve sürdürebilmenin yolu, bireylerin içerisinde doğuştan mevcut ya da sonradan edinilen ihtiyaçlar, dürtüler ve güdüler bulunur. Birbirleriyle ilişkili olarak biyoloji, psikoloji ve sosyoloji düzeyinde denge olmak bu terimi ifade etmektedir (MEB, 2012).

Kişisel Rahatsızlık Hissetme: Kimi zaman bireyler yaşadıkları süreçlerden ciddi olarak rahatsızlık duymakta ve çoğu kez bu sebeple yardım arayışına girmektedir (Çakmak, 2014).

Yeti Yitimi ya da İşlevselliğin Bozulması: Bireyin yaşadığı anormallik sebebiyle yaşamının önemli bazı alanlarında (ailevi, mesleki, toplumsal) bozulmaların olması ya da yeti yitimi anormal davranışın önemli bir parçasıdır (Çakmak, 2014).

Bozukluk (disorder): Psikiyatri biliminde patolojik sendromların ortaya konmasında bozukluk terimi kullanılmakta olup, psikiyatride değinilen patolojik

olguların pek çoğu çok fazla etkenden ileri gelen, oluşum düzeneği kesin bir şekilde tanımlanamayan ve prognozları sınırlı bir ölçüde belirlenebilen tablolarıdır (MEB, 2012).

Beklenmedik Olma: Uyarılar ve ortaya çıkan davranışlar ya da belirtiler arasında bir uyumsuzluk durumu görülmektedir. Yaşamında herhangi bir problemi olmamasına karşın kişilerin her an kötü bir olay geçireceğine yönelik yoğun düşüncelerinin olması buna örnektir. Burada kaygılar beklenmeyen ve var olan durumla orantılı değildir (Çakmak, 2014).

1.2.1. Psikotik Bozukluklar

Psikotik bozukluklar, bireylerin gerçekleri değerlendirmelerini bozduğundan dolayı daha ciddi ruhsal bozuklukları içermektedir. Yaygın olarak bilinen şizofreni, bu grupta yer alan en önemli hastalıktır. Şizofreni bozukluğu en fazla görülen psikotik bozukluk olup bir diğer sık görülen psikotik bozukluk ise, “Kısa Reaktif Psikoz”dur. Belirginleşmiş psiko-sosyal stresin ardından görülen psikotik semptomlar birkaç saat ile iki haftaya kadar sürenin altındaysa, akut psikotik tablo "kısa reaktif psikoz" olarak isimlendirilmektedir. Başlangıç akut olan, fakat daha önceden önemli kişilik ve uyum problemleri olan bireylerde meydana geldiğinden, kronik bir yapısal bozukluğa daha uygundur. Psikotik atak esnasındaki hareketler genellikle anlamsız hareketlerdir. “Paranoid Bozukluk” ise psikotik bozukluk türlerindedir, belirgin duygulanım ve düşünce bozukluğu görülmez, daha çok sanrı düzeyinde olgularla karakterize, ciddi bir ruhsal bozukluk türüdür. Paranoid bozukluk tanısı almış olan bireyler, başka kişileri sürekli olarak tehdit şeklinde gören, öfkeli ve gergin bireylerdir. Psikiyatrik gereksinimi bulunan fakat bunu idrak edemeyen bu tür bireyler, yardım almada istekli değildir (Özdeş ve ark., 2014; Kırkpınar ve ark., 1996).

1.2.2. Nevrotik Bozukluklar

Nevrotik bozuklukta, duyguların bozukluğu sebebiyle aşırı şefkat gereksinimi, odaklanma eksikliği, güvensizlik, plan yapma eksikliği, hasım hane ve

saldırğan tutum takınma, anormal seks isteği, nefret, kin gibi bireyleri sağlıklı bireylerden ayıran tutumlar ve davranışlar görölmektedir. Bu davranışlar genel olarak nevrotik bozukluklar şeklinde bilinmektedir. Nevrotik ve normal kişilik özellikleri arasında belli bir sınır olmayıp, tüm bireylerde nevrotik eğilimler görölebilir. En sade şekli ile sınırlılık olarak bilinen nevrozlar, psikolojik ve fonksiyonel semptomlara sebep olabilir. Bu davranışların kaynağında kaygı olup, bunların çoğunluğu davranış bozukluğu şeklinde tanımlanır. Kişilerde kaygılar, korkular, kuruntular, huzursuzluklar şeklinde görölmektedir. Bu bireylerin birçoğu kaygılarını bilmektedir. Kaygılarla mücadelede kullanılan savunma mekanizması olsa da, bu bireyler genellikle kaygıyı bastırmakta yetersiz kalır veya abartılı biçimde kullanma yüzünden anormal davranışlara sebep olur (Burger, 2006; Tatlılıoğlu, 2014).

1.3. BAKIM VEREN YÜKÜ

1.3.1. Bakım Veren Yükü Tanımı

Bakım veren yükü terimi bakım verirken görölen fiziki, psikolojik, sosyal ya da maddi tepkileri içermektedir. Toplumsal, kültürel ya da aile birimlerinin biçimlerini içeren özelliklerin ve sağlık bakım sistemlerinin farklılıkları bakım şartlarını etkilemektedir. Bakım veren bireylerin yaşları, etnik kökenleri, cinsiyetleri, hastaya olan yakınlıkları, bakım vermeye gönüllü olup olmamaları, eğitim durumları, ekonomik durumları, hastalıklarının olup olmaması, baş etme becerisi, inancı, sosyal destekleri, yaşadıkları toplumun kültürel özellikleri gibi bakım veren bireylerin yük algılamalarıyla ilintili kişisel etkenlerdir. Bakım vermenin bireylere getireceği yükler, bakım ihtiyaçları ile de ilintilidir (Atağün ve ark., 2011).

Hastalığın ardından bakım veren bireyler rutin işlerini bırakma veya para kazanılan işlerinden ayrılma durumuna gelebilir. Geleceğe ilişkin planlar tekrar gözden geçirilebilir. Aile içerisinde kronik hastalık sebebiyle görölen duygusal zorluklar, fiziksel eksiklikler, belirsizlikler, hastanın kaybedilme korkuları, ailelerde rollerin ve devam eden yaşam biçimlerinde değişiklikler, ekonomik zorluklar,

kaynaklar ve hizmetin yetersiz olması, temel gereksinimlerin istenen düzeyde yerine getirilmemesi gibi etkiler görülür (Şahin, 2014).

1.3.2. Bakım Veren Yükü Özellikleri

Birinci derecede bakımı veren bireyler, hastaların gündelik hayatlarının merkezinde olacağından genellikle hastalıklarla ilişkili hastaların sosyal ağlarıyla etkileşimdedir. Bakım sunma görevleri arttıkça bakım verme ve bakılma ilişkisi bakım veren bireyin yaşamını güçleştiren, tek taraflı, bağımlı, yoğun ve uzun süreçli bir zor durumu ifade etmektedir. Genel olarak ailelerde bakım vermenin kronik ve yoğun yapısı bakım veren bireylerin hayatlarındaki diğer ihtiyaçlarının sebep olduğu anlaşmazlıklarla bir araya gelerek bakım veren yükünü oluşturmaktadır (Atagün ve ark., 2011).

Hastanın kronik hastalık sebebiyle uzun süren tedavilere ihtiyacının olması ailenin sosyal yaşantısını olumsuz etkilemekte ve çalışmalar, tanı ve tedavinin ebeveynler üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılmasında ve psikososyal uyumun sağlanmasında sosyal desteğin çok etkili olduğunu göstermektedir (Şahin, 2014).

Türkiye’de bakım veren yüküyle fonksiyonellik arasındaki bağlantıyı araştıran çalışmalardan birisinde, hastaların sosyal işlevsellik seviyeleriyle aile işlevselliği arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Öte yandan bu bağlantının yönü konusunda yorum yapılmamıştır (Aydın ve ark., 2009). Bir başka çalışmada, sosyal işlevsellikteki bozulmaya paralel olarak aile yükü arasında korelasyon olduğu rapor edilmiştir. Bu bulgular, hasta bireylerin sosyal işlevselliğindeki bozulmaların aile bireylerinin daha fazla sorumluluğu üstlenmesine, hasta yakınlarıyla daha fazla zaman geçirmelerine sebep olup, yükü arttıracaklarını göstermektedir (Pazvantoğlu ve ark., 2014).

1.3.3. Bakım Veren Yükü Etkileri

Bakım veren yükü terimi ilk olarak Zarit ve ark. çalışmalarında 1980 senesinde demanslı hasta grubunda kullanılmıştır. Bu kavramla bakım verme eyleminin fiziki, duygusal ve ekonomik giderleri tabir edilmektedir. Bu çalışmanın

ardından bakım verenin yükü teriminin incelenmesi demans hastalarla sınırlı kalmamıştır. Bunun yanında romatoid artrit ve kalp yetmezliği gibi pek çok kronik hastalık, beyin tümörleri, amiyotrofik lateral skleroz, multipl skleroz, paraplejiler, Parkinson hastalığı benzeri nörolojik bozukluklar, anoreksiya ve bulimiya nervosa benzeri yeme bozuklukları gruplarında da görülmüştür. Bu doğrultuda bakım verme yükünü ölçmeyi hedefleyen ve bazı hastalıklarda özgün biçimde geliştirilen pek çok farklı ölçeğin olduğu ifade edilebilir. Öte yandan Zarit ve ark. 1985 yılında geliştirdiği Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeği (Zarit Caregivers Burden Scale) günümüze alanında en yaygın ölçeğidir (Babayiğit, 2009).

Güçlük yaşama bakımından risk altında olan grubun tespiti, destek gruplarının bu niteliklere bağlı olarak oluşturulması, verilecek hizmetlerin planlanmasında kaynakların saptanması, sağlık kurumlarının vereceği hizmetin geliştirilmesi ve sağlık politikalarının oluşturulması açılarından bakım verenlerin özelliklerinin bilinmesi önemlidir (Orak ve Sezgin, 2015).

1.4. PSİKİYATRİK HASTALARDA BAKIM VEREN YÜKÜ

Mental hastalıklarda bakım veren yükü son yıllarda üzerinde çalışmaların arttığı bir konudur. Uzun süreli psikiyatrik tedavi süreçlerinde bakım veren çıktılarının yetersiz olması, hastaların günlük yaşamlarında gereken desteği alamamaları, psikiyatrik hastalıkların tedavisinde bakım verenin de önemine yönelmeye neden olmuştur (Pratima ve ark, 2011).

Yapılan çalışmalarda, psikiyatrik hastalıkların aile bireylerinde ve bakımı üstlenen kişilerde, diğer kronik hastalıklara sahip bireylerin bakımının verdiği stresten daha fazla stres verdiği ortaya konmuştur. Bu nedenle, bu alanda bakım yükünün ölçülmesi konusunda yapılan çalışmalar artmış ve bakım veren yükünün üç başlık altında incelenmesi önerilmiştir (Prasanth ve ark, 2010):

1. Objektif bakım veren yükü: Bakım verenin yaşamındaki bozulmaların ölçümü

2. Sübjektif bakım veren yükü: Bakım verenin üzerindeki duygusal etkilerin ölçümü

3. Talebin neden olduğu bakım veren yükü: Bakım veren bireyin hissettiği aşırı talebin ölçümü

Psikiyatrik sorunu olan bir bireyin bakımında sadece bakım veren kişide değil, aile üzerinde de bakım yükü ya da tükenmişlik görülmektedir. Literatürde aile üzerindeki bakım veren yükünün de objektif ve sübjektif bakım veren yükü olmak üzere iki ana başlık altında toplandığı rapor edilmiştir (Ak ve ark, 2012). Yine aile içerisindeki bir bireyin mental bazı rahatsızlıklara sahip olması aile içerisindeki bireylerde yüksek düzeyde bakım verme yükünün oluşmasına neden olmaktadır. Bu nedenle mental rahatsızlığı olan bireylerin tedavi sürecinde önemli rol oynayan aile desteği, bakım yükü nedeniyle yeterince verilememektedir (Settineri ve ark, 2014). Literatürde özellikle depresyon, şizofreni ve bipolar bozukluk bakım veren kişilerde ve ailelerde yüksek düzeyde bakım veren yükü oluşturan önemli bozukluklardır.

Depresyon bozukluğunun bakım verici bireylerinin fiziki ve psikolojik sağlık durumlarının en önemli etkileyenlerinden birisi olduğu ifade edilebilir. Bozukluk aileleri toplumlardan sosyal olarak izole etmektedir. Bunun yanında aile ve bireylerinin arkadaşlık ve komşu ilişkilerinde bozulmalar görülmektedir (Şahin, 2014).

Bipolar bozuklukların ötimik aşamaları olduğu için, işlevsellik kayıpları ve bakım yükü bakımından belirgin bir özellik göstermezler. Bununla beraber, literatürde bipolar bozukluğun hastaların yakınlarının üzerinde bariz bakım yükü oluşturduğunu ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (Ak ve ark., 2012).

Şizofreni, psikiyatrik hastalıklar arasında ciddi yeri olan ve bakım veren yükü ile birlikte, bireylerin ailelerinde de tükenmişlik etkisi yapabilen bir bozukluktur (Caqueo-Urizar ve ark., 2014). Şizofreni, bireylere bakım veren kişiler üzerinde ciddi bir bakım veren yükü oluşturmakta ve bakım maliyetleri, hastanın fiziksel bakımı ya da boş zamanlarında geçirdiği aktivitelerden yoksun kalma gibi etkenler, bu tükenmişlik derecesi ve bakım veren yükünün şiddetini arttıran etkenler olarak öne çıkmaktadır (Rakesh ve ark., 2007).

Aileler, kronik mental sorunları olan bireylerin bakım sürecinin önemli bir parçasıdır. Bununla birlikte, özellikle bakımı üstlenen kişilerde hem duygusal anlamda, hem de uygulama anlamında üstlenilen görevler, bireylerin psikolojik olarak tükenmişlik düzeylerinin artmasına ve bakım veren yüküne maruz kalmalarına neden olmaktadır (Rammohan ve ark, 2002).

Sonuç olarak yapılan çalışmalarda ve psikiyatrik hastalıkların özellikleri ile bu hastalara bakım veren bireylerin üstlendiği görevler düşünüldüğünde, diğer kronik hastalıklara göre çok daha fazla düzeyde bir bakım veren yüküne neden olmaktadır. Şizofreni, depresyon ve bipolar bozukluk başta olmak üzere psikiyatrik bozukluklar sadece bakım veren kişilerde değil, aynı zamanda ailelerinde de önemli derecede bakım veren yükü oluşturmaktadır. Bu rahatsızlıkların tedavi sürecinde ailelerin destekleyici rolü ve ekolojik aile modelinin bireylerin psikolojik sağlığı üzerindeki etkileri düşünüldüğünde; bakım veren yükünün hem bu bireylere bakmakla yükümlü kişilerde, hem de ailelerde kontrol altına alınmasının önemi ortaya çıkmaktadır. Bunu, sadece bakım veren yükünün bireyler üzerinde oluşturduğu olumsuz etkilerden kaynaklanan bir ihtiyaç olarak değil; aynı zamanda bireylerin tedavi süreçlerinin etkinliği bakımından bir gereksinim olarak görmekte yarar vardır.

1.5. İLGİLİ ÇALIŞMALAR

Atagün ve arkadaşları (2011) yaptıkları bir çalışmada kronik hastalıklarda bakım veren yükünü incelemişler; bakım veren yükü ile ilişkili yapılan çalışmalarını gözden geçirerek bakım veren yükünün nasıl ve ne şekilde ele alındığını ortaya koymaya çalışmışlardır. Öznel ve nesnel bakım veren yükü kavramlarına da değinilen bu çalışmada, farklı ruh sağlığı bozuklukları için bakım veren yükünün de değiştiği sonucuna varılmıştır.

Pazvantoğlu ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan bir araştırmada, şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin bakım veren yükü, hastaların işlevselliği açısından incelenmiştir. Çalışmaya 92 şizofreni hastası ve bunlara bakım veren bireyler alınmıştır. Çalışma sonucunda, hastaların olumsuz belirtilerinin az ve fonksiyonellik seviyelerinin iyi olmasıyla bakım veren yükü arasında daha düşük

korelasyon olduğu, bu korelasyonun bağımlılık, ekonomik yükler, ruhsal gerginlikler ve özel hayatın bozulması gibi bazı yük düzeylerinde daha bariz olduğu görülmüştür.

Babayiğit (2009) çalışmasında, diyaliz hastalarının yakınlarında bakım verme yükü ve bunun hastalarda anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelemiştir. Çalışmada 34 kadın ve 29 erkek üzerinde ölçek uygulaması yapılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre bakım veren yükü ile anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Çetinkaya ve Karadakovan (2012) çalışmalarında demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükünü incelemiştir. Çalışmada 305 demanslı hastaya bakım veren 305 bakım verene BYÖ uygulanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre kronik hastalıklarda bakım veren yükü psikolojik sağlığı etkileyecek düzeylere ulaşabilmektedir. Bu nedenle bakım veren bireylere bu konuda eğitim ve danışmanlık desteğinin verilmesi gerekli görülmüştür.

Mollaoğlu ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan bir çalışmada, inmeli hastalara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen faktörler incelenmiştir. Çalışmada 130 bakım verene BYÖ uygulanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre inmeli hastaya bakım vermek, bireylerde bakım verme yükünü arttırmaktadır. Bu nedenle bu bireylere eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi gerekir.

Orak ve Sezgin (2015) çalışmalarında, kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerini incelemiştir. Çalışmada 195 kanserli hasta yakınına BYÖ uygulanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre hastaların demografik ve klinik özellikleri ile bakım verenin demografik özelliklerine göre bakım veren yükü anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Şahin (2014) çalışmasında, KOAH hastalarında bakım veren bireylerin bakım yükünü incelemiştir. Çalışmada 118 hasta üzerinde anket uygulaması yapılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre bakım veren bireylerin cinsiyetleri, eğitim durumları, bakım süreleri, bakım vermeden önceki sağlık algıları ile bakım yükü ölçeğinden ve depresyon ölçeğinden alınan puanları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir.

Dirik ve Şahin (2008) çalışmalarında, kalp krizi geçirmiş bireylerde hostilite ile sosyal desteğin kaygı ve depresyon üzerindeki etkilerini incelemiştir.

Çalışmada 78 hasta üzerinde Kısa Semptom Envanteri ve Eysenck Kişilik Anketi uygulaması yapılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre kişilik özellikleri ile psikolojik özellikler arasında ilişki ortaya konmuştur.

Özyeşil ve arkadaşları (2014) çalışmalarında, yaşlı hastalara sürekli bakım verme yükünün durumluluk-süreklilik kaygı düzeyi üzerinde etkisini incelemişlerdir. Çalışmada İstanbul ili Zeytinburnu ilçesinde yaşayan, Zeytinburnu Belediyesi Aile Kadın Destekleme ve Engelliler Merkezi Evde Bakım Birimi'nde kayıtlı olan 155 aileden gönüllü olarak araştırmaya katılan 140 aile üzerinde anket uygulaması yapılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre bakım verme yükünün bireylerde durumluk-süreklilik kaygıyı artırdığı, bakım verme yükünün yaşlı hastalara bakım verenlerin durumluk-süreklilik kaygıları üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu ortaya konmuştur.

Yazıcı ve arkadaşları (2016) çalışmalarında, şizofrenisi olan hastalara bakım verenlerin yükü ve bunlarla ilişkili etkenleri incelemişlerdir. Çalışmada en az bir yıldır şizofreni tanısı ile tedavi gören şizofreni hastalarının yakını olan 88 bakım veren üzerinde anket uygulaması yapılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre hastanın işlevselliği başta olmak üzere gelir seviyesinin artması, bakım veren kişilerin daha genç ve profesyonel olmaları, bakım veren yükünü azaltan önemli etkenlerdir.

İKİNCİ BÖLÜM

MATERYAL VE YÖNTEM

2.1. YÖNTEM BİLEŞENLERİ

Araştırmada betimsel tarama modelinden yararlanılmıştır. Betimsel tarama modeline göre, mevcut bir durumun nitel ya da nicel verilerle betimlenmesi yapılmaktadır. Bu kapsamda araştırmada, psikotik ve nevrotik bireylere bakmakla yükümlü bireylerin bakım veren yükü ve psikolojik semptomları bakımından mevcut durumlarının betimlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmada psikolojik semptomları değerlendirmede Kısa Semptom Envanteri (KSE) kullanılacaktır. Bakım veren yükünün ölçülmesi için ise Bakım Verme Yükü Ölçeği (BYÖ) kullanılmıştır.

2.1.1. Araştırmanın Amacı

Psikotik ve nevrotik bozukluklar arasındaki en belirgin farklılığın başında hastanın sosyal yaşamdan kopukluk düzeyi gelmektedir (WHO, 2016; Bhrolch ve ark., 1979). Günümüzde pek çok çalışma, birçok alt türü olan bu iki hastalık grubunda tedavi ve sağaltım yöntemlerinin geliştirilmesine odaklanmıştır. Bunun yanında bu hastaların yaşam memnuniyetini arttırmak için de ciddi çalışmalar yapılmaktadır. Öte yandan bu hastalara yönelik yapılan tedavilere ilave olarak, hastalara bakım verenin bakım yükü neticesinde, hasta yakınlarında da ciddi psikolojik ya da psikiyatrik sorunların ortaya çıkması mümkündür (Gökalp, 2010). Diğer medikal bilimlerde olduğu gibi psikoloji alanında da, bir hastalığın erken teşhisi, tedavi sürecini kısaltmaktadır (Aydın ve ark., 2007). Bu nedenle bu çalışmada, psikotik ve nevrotik hastaların bakımıyla yükümlü olan bireylerin bakım veren yükü düzeyleri ile psikolojik semptomlarının (anksiyete, somatizasyon, olumsuz benlik, hostilite, depresyon) arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmada bu sayede, hastalığın türüne göre bakım yükü veren kişinin psikolojik yönden bir semptom gösterip göstermediği, bu semptomların hangi hastalık grubuna daha yakın olduğunun da incelenmesi amaçlanmıştır. Bu sayede,

bakım yükü veren bireylerin ileriki dönemde psikotik ya da nevrotik bir bozuklukla karşı karşıya kalmalarının önlenmesi için erken dönem çözüm önerilerinin de sunulması amaçlanmıştır.

2.1.2. Araştırmanın Önemi

Araştırmanın en önemli yanı, koruyucu hekimlik uygulaması çerçevesinde, psikolojik ya da psikotik bozukluğa yatkın olan ya da çevresel faktörlerin potansiyeli yükseltmiş olduğu bireylerde, erken teşhis ve koruyucu hekimlik uygulamalarına izin verecek nitelikte olmasıdır. Araştırma bulguları sayesinde, bakım veren yükünün hangi psikolojik semptomları arttırdığının incelenmesi ve psikotik ve nevrotik bozukluklarda bakım veren yükünün ne derece farklılaştığının da ortaya konması mümkün olabilecektir.

Araştırmanın bir diğer önemi ise psikotik ve nevrotik bulguları bir bütün olarak ele alması ve bu olgularda bakım veren yükünün etkisini ortaya koymasındır. Bunun yanında araştırmada, hangi psikotik ve nevrotik bozukluğu olan hasta yakınının hangi derecede bakım yükü ve psikolojik semptom sahibi olduğunun da ortaya konması sağlanacaktır.

Araştırmanın bir diğer önemi, psikotik ve nevrotik bozukluklarda hastanın büyük bir ilgi gördüğü çalışmalara, aynı zamanda hasta bakım veren yükü sağlayan bireylere de ışık tutması gelmektedir. Bu sayede, sadece bu hastalara değil, aynı zamanda bakım veren kişilere yönelik de araştırmaların arttırılmasına öncülük edilmesi mümkündür.

2.1.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini İstanbul ili Avrupa Yakasında psikotik ve nevrotik hastalıklara sahip bireylere bakmakla yükümlü olan bireyler, örneklemini ise İstanbul içinde hizmet veren bir psikiyatristin özel muayenehanesine başvuran hasta yakınları oluşturmaktadır.

2.1.4. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmada aşağıdaki hipotezlere yanıt aranmıştır:

H1: Psikotik hastaya bakım veren bireylerin psikolojik sağlık durumları, bireylerin demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H2: Nevrotik hastaya bakım veren bireylerin psikolojik sağlık durumları, bireylerin demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H3: Psikotik hastaya bakım veren bireylerin bakım veren yükü düzeyleri, bireylerin demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H4: Nevrotik hastaya bakım veren bireylerin bakım veren yükü düzeyleri, bireylerin demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H5: Psikotik ve nevrotik bozukluğu olan hastalara bakmakla yükümlü olan bireylerin psikolojik semptomları istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmaktadır.

H6: Psikotik ve nevrotik bozukluğu olan hastalara bakmakla yükümlü olan bireylerin bakım veren yükü düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmaktadır.

H7: Psikotik ve nevrotik bozuklukları olan hastalara bakım veren bireylerin psikolojik semptomları ile bakım veren yükleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

2.1.5. Kapsam ve Sınırlılıklar

Araştırmanın kapsamını psikolojik ve nevrotik bozukluklarda bakım veren yükü ve bakım veren kişinin psikolojik sağlık durumu, bakım veren yükü ile psikolojik iyilik semptomlarından anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite semptomları oluşturmaktadır.

Araştırmanın sınırlılıkları ise aşağıdaki gibi sıralanmıştır:

- i. Bu araştırma, İstanbul ili Fatih ilçesinde hizmet veren bir psikiyatristin özel muayenehanesine gelen psikotik ve nevrotik hastalara bakmakla yükümlü ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireylerin verdikleri cevaplarla sınırlıdır.

- ii. Bu araştırmaya katılan bakım veren bireylerin o sıradaki ruhsal durumları, Kısa Semptom Envanteri'nin ölçtüğü boyutlarla sınırlıdır.
- iii. Bu araştırmaya katılan bakım veren bireylerin bakım veren yükü düzeyleri, Bakım Veren Yükü Ölçeği'nin ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır.
- iv. Araştırmaya katılan bireylerin özgeçmişlerindeki psikiyatrik hastalık öyküsü sorgulanmadığından, tükenmişlik düzeyi yüksek çıkan bireylerin bu durumlarının bakım vermeyele ilişkili bakım yüküne mi yoksa daha önceden var olan psikiyatrik problemlerine mi bağlı olduğu konusunda kesin bir çıkarım yapılması mümkün değildir.

2.2. İSTATİSTİK YÖNTEM

2.2.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak üç bölümden oluşan bir anket kullanılmıştır (Bkz. Ek.1). Anketin birinci bölümünde araştırmacı tarafından sosyodemografik özellikler hakkında bilgi toplamak üzere hazırlanan bir kişisel bilgi formu, ikinci bölümde Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve üçüncü bölümde Bakım Verme Yükü Ölçeği (BYÖ) kullanılmıştır.

Kısa Semptom Envanteri

Kısa Semptom Envanteri ile ilgili pek çok sayıda geçerlilik çalışması yapılmıştır. Bunlardan birisinde Derogatis ve arkadaşlarının 1976'da 209 gönüllü ile SCL-90 kullanarak yaptıkları analizler, KSE ile ortak 53 madde üzerinden tekrar yapılmıştır. Sonunda KSE alt ölçekleri ile Dahlstrom'un 1969'da geliştirdiği MMPI klinik ölçekleri ve Tryon tarafından geliştirilen Küme Ölçekleri arasındaki korelasyonların $r=0.30$ üzerinde olduğu ve bu korelasyonların, daha uzun form olan SCL-90'dan elde edilen korelasyonlarla, bazı ölçeklerde tümüyle özdeş, diğerlerinde çok yakın olduğu bilinmektedir (Gökalp, 2010). Ölçek maddelerinin boyutlara göre dağılımları ve güvenilirlik analizi sonuçları Tablo 2.1'de verilmiştir.

Tablo 2. 1. Ölçek maddelerinin güvenilirlik analizi sonuçları

Alt Ölçek	Soru Sayısı	Anketteki Soru Numaraları	Güvenilirlik (Cronbach Alpha)
Anksiyete	13	12, 13, 28, 31, 32, 36, 38, 42, 43, 45, 46, 47 ve 49. sorular	0,744
Depresyon	12	9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 27, 35, 37 ve 39. sorular	0,564
Olumsuz Benlik	12	15, 21, 22, 24, 26, 34, 44, 48, 50, 51, 52 ve 53. sorular	0,811
Somatizasyon	9	2, 5, 7, 8, 11, 23, 29, 30 ve 33. sorular	0,791
Hostilite	7	1, 3, 4, 6, 10, 40 ve 41. sorular	0,704

Tablo 2.1'den de görüldüğü gibi maddelerin iç tutarlılık katsayıları, depresyon dışında yüksektir. Depresyon ölçeğinde ise orta düzeyde iç tutarlılık olduğu görülmektedir. Genel olarak ölçek verilerinin güvenilir olduğu ifade edilebilir.

Bakım Verme Yükü Ölçeği (BYÖ)

Bakım verme yükü ölçeği, Zarit ve ark. tarafından 1980 senesinde geliştirilmiş olup, bakım ithiyacı olan kişilere bakım veren bireylerin yaşadıkları bakım verme güçlüklerini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçekte, bakım vermenin bireylerin yaşamları üzerine olan etkilerini tespit eden likert tipi 22 ifade vardır. Ölçekte 0 (Hiçbir zaman), 1 (Nadiren), 2 (Bazen), 3 (Sık sık), 4 (Hemen hemen her zaman) seçeneklerini ifade etmektedir. BYÖ'nün değerlendirilmesi toplam puan üzerinden yapılmaktadır. Ölçekten alınacak toplam puan 0-88 arasında değişmekte, ölçek puanının yüksek olması yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2006 yılında İnci tarafından yapılmıştır (İnci, 2006). Ölçeğin bu araştırmadaki iç tutarlılık katsayısının göstergesi olan Cronbach Alpha değeri 0,635 olarak bulunmuştur.

2.2.2. Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanması süreci bizzat araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Gerekli izinlerin alınmasının ardından belirlenen zaman aralığında, araştırmaya katılmaya gönüllü olan hasta bakım yükü veren kişilerle anket çalışması

yapılmıştır. Araştırma anketlerine katılımdan önce hasta yakınlarına kısa bir bilgi verilmiş ve araştırma protokolü aktarılmıştır. Daha sonra katılımcıların diledikleri soruları doldurmaları beklenmiştir.

Araştırma anketleri 2016 yılının Temmuz-Ağustos ayları arasında gerçekleştirilmiştir. Bu çerçevede 104 psikotik ve 104 nevrotik hasta yakını olmak üzere toplam 208 hasta yakınına ulaşılmıştır.

2.2.3. Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Araştırma verilerinin tanımlanmasında nominal ve ordinal veriler için Frekans Analizi, ölçüm verileri için ise ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Demografik verilerin iki grup arasındaki farkı için ise Ki-Kare testi yapılmıştır.

Araştırma ölçeklerinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları daha önce yapılmış olmasına karşın, örnekleme uygunluk için güvenilirlik çalışması yapılmış, Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayılarına bakılmıştır.

Ölçek verilerinin fark analizi öncesinde verilerin normal dağılıma uygunluğunun testi için Kolmogorov Smirnov testi yapılmıştır. Ölçek verilerinin normal dağılıma uymaması nedeniyle ikili grupların fark analizlerinde Mann Whitney U testi, ikiden çok grubun ölçek verilerinin fark analizinde ise Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır.

İlişkisel tarama analizinde ise yine ölçek verilerinin dağılımının normal dağılıma uymaması nedeniyle nonparametrik veriler için kullanılan Spearman's rho korelasyon analizi yapılmıştır.

Araştırmada yapılan tüm istatistiksel analizler %95-%99 güven aralıklarında ve SPSS 17.0 for Windows paket programında gerçekleştirilmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde, anket verilerinden elde edilen verilerin analiz sonuçlarına yer verilmiştir. Bu bölümde öncelikle örnekleme ilişkin demografik verilerin analizi verilmiş, ardından hipotez testleri verilmiştir.

3.1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının demografik verilerini belirlemek için katılımcılara yaş, eğitim, cinsiyet, aylık gelir, hastaya olan yakınlığı, hasta ile gün içerisinde geçirilen süre ve hastaya ne kadar süredir baktığı sorulmuştur. Sorulara verilen yanıtlar psikotik grup ve nevrotik grup yakınları için ayrı ayrı ele alınmış ve gruplar arasındaki fark analizi de verilmiştir. Buna göre araştırma grubunun demografik dağılımları Tablo 3.1'deki gibidir.

Tablo 3. 1. Katılımcı grupların demografik özellikleri

	Psikotik		Nevrotik		X ²	p
	n	%	n	%		
Yaş						
36-40 arası	18	17,3	13	12,5	1,647	0,649
41-45 arası	63	60,6	70	67,3		
46-50 arası	12	11,5	9	8,7		
51 ve üzeri	11	10,6	12	11,5		
Eğitim						
İlköğretim	12	11,5	9	8,7	0,521	0,914
Lise	41	39,4	41	39,4		
Lisans	40	38,5	42	40,4		
Lisansüstü	11	10,6	12	11,5		
Cinsiyet						
Erkek	17	16,3	13	12,5	0,623	0,430
Kadın	87	83,7	91	87,5		
Aylık Gelir						
1501-2000 TL arası	20	19,2	13	12,5	1,875	0,392
2001-2500 TL arası	33	31,7	38	36,5		
2501 TL ve üzeri	51	49,0	53	51,0		
Yakınlığı						
Birinci dereceden	77	74,0	79	76,0	0,741	0,690
İkinci dereceden	17	16,3	13	12,5		
Diğer	10	9,6	12	11,5		
Gün içinde geçirilen süre						
3-6 saat arası	18	17,3	11	10,6	2,364	0,307
6-9 saat arası	62	59,6	63	60,6		
9 saatin üzerinde	24	23,1	30	28,8		
Hastayla bir arada olma						
1 yılın altında	22	21,2	24	23,1	0,249	0,883
1-5 yıl arası	31	29,8	28	26,9		
5 yılın üzerinde	51	49,0	52	50,0		

Tablo 3.1’de de görüldüğü gibi, psikotik hasta yakını grubundaki katılımcıların %17,3’ü 36-40 arası, %60,6’sı 41-45 arası, %11,5’i 46-50 arası ve %10,6’sı ise 51 ve üzeri yaşa sahiptir. Nevrotik hasta grubunun yakını katılımcıların ise %12,5’i 36-40 arası, %67,3’ü 41-45 arası, %8,7’si 46-50 arası ve %11,5’i ise 51 ve üzeri yaşa sahiptir. Fark analizi sonuçlarına göre gruplar arasındaki yaş dağılımı farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Eğitime göre dağılım incelendiğinde psikotik hasta yakını katılımcıların %11,5’i ilköğretim, %39,4’ü lise, %38,5’i lisans ve %10,6’sı ise lisansüstü mezundur. Nevrotik hasta yakınlarının ise %8,7’si ilköğretim, %39,4’ü lise, %40,4’ü lisans ve %11,5’i ise lisansüstü mezundur. Fark analizi sonuçlarına göre iki grubun da eğitim düzeyleri arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Cinsiyete göre psikotik hasta yakınlarının %16,3’ü erkek, %83,7’si ise kadındır. Nevrotik hasta yakını grubun ise %12,5’i erkek ve %87,5’i ise kadındır. Cinsiyete göre de her iki gruptaki hasta yakınlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Hastaya yakınlığına göre psikotik hasta yakınlarının %74,0’ü birinci dereceden, %16,3’ü ikinci dereceden ve %9,6’sı ise diğer yanıtını vermiştir. Nevrotik hastaların yakınlarının ise %76,0’sı birinci dereceden, %12,5’i ikinci dereceden ve %11,5’i ise diğer yanıtını vermiştir. Fark analizi sonuçlarına göre her iki grubun da bakım veren kişilerin yakınlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Psikotik hasta yakınlarının %17,3’ü gün içerisinde 3-6 saat arası, %59,6’sı 6-9 saat arası ve %23,1’i ise 9 saatin üzerinde bir zaman geçirdiğini ifade etmişlerdir. Nevrotik hasta yakınlarının ise %10,6’sı gün içinde 3-6 saat arası, %60,6’sı 6-9 saat arası ve %28,8’i ise 9 saatin üzerinde zaman geçirdiklerini ifade etmişlerdir. Her iki gruptaki hasta bakım yükü verenlerin hasta ile gün içerisindeki geçirdikleri süreler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Psikotik hasta yakınlarının %21,2’si 1 yılın altında, %29,8’i 1-5 yıl arası ve %49,0’u ise 5 yılın üzerinde bir süredir hastanın bakımını üstlenmiştir. Nevrotik hasta yakınlarının ise %23,1’i 1 yılın altında, %26,9’u 1-5 yıl arası ve %50,0’si ise 5

yılın üzerinde bir süredir hastalarla bir arada olduklarını ifade etmiştir. Fark analizi sonuçlarına göre iki grubun da hasta ile geçirdiği süreler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

3.2. HİPOTEZ TESTLERİ

Araştırmanın bu bölümünde, araştırma hipotezlerinin testi için yapılan analiz sonuçlarına yer verilmiştir. Hipotezlerin test edilmesinden önce, verilerin dağılımının normal dağılıma uyup uymadığının testi için Kolmogorov Smirnov Testi yapılmıştır. Test sonuçlarına göre bütün boyutların ortalama değerlerinin dağılımı standart normal dağılımdan istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Diğer bir ifadeyle her iki grup için de hesaplanan ölçek boyut ortalamaları normal dağılıma uymamaktadır. Bu nedenle araştırmanın istatistiksel analizlerinde nonparametrik testler kullanılmıştır. İki grubun fark analizinde Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup arasındaki fark analizi için ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

3.2.1. Psikotik Hasta Yakınlarının Psikolojik Semptomlarının Demografik Özelliklere Göre Farkı

Araştırmanın ilk hipotezi, psikotik hastaların psikolojik semptomlarının demografik özelliklerine göre farklılık gösterdiği yönündedir. Hipotezin testi için yapılan analiz sonuçları Tablo 3.2’de verilmiştir.

Tablo 3. 2. Psikotik Hasta Yakınlarının Psikolojik Semptomlarının Demografik Özelliklere Göre Fark Analizi Sonuçları

	Anksiyete		Depresyon		O. Ben		Somatizasyon		Hostilite	
	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Yaş										
36-40 arası	34,11	3,61	30,06	3,56	31,11	2,61	22,72	2,27	17,83	1,20
41-45 arası	32,86	4,91	29,54	4,03	29,68	4,80	21,95	2,64	16,87	2,87
46-50 arası	32,58	4,60	30,25	3,72	30,08	4,50	22,33	2,39	17,08	3,37
51 ve üzeri	32,82	5,44	29,00	5,42	28,18	5,71	21,27	3,26	16,64	3,53
X²	,859		,388		3,817		1,539		1,759	
p	,835		,943		,282		,673		,624	
Eğitim										
İlköğretim	32,58	4,60	30,25	3,72	30,08	4,50	22,33	2,39	17,08	3,37
Lise	33,34	4,37	29,59	3,51	29,85	4,46	22,10	2,50	16,95	3,10
Lisans	32,93	4,98	29,73	4,33	30,15	4,45	22,15	2,67	17,23	2,04
Lisansüstü	32,82	5,44	29,00	5,42	28,18	5,71	21,27	3,26	16,64	3,53
X²	,594		,444		5,559		,481		,591	
p	,898		,931		,135		,923		,899	
Cinsiyet										
Erkek	34,12	3,77	29,88	3,55	31,00	2,65	22,47	2,12	17,88	1,32
Kadın	32,83	4,84	29,61	4,15	29,59	4,84	21,98	2,70	16,87	2,97
Z	-,681		-,160		-,259		-,484		-,152	
p	,496		,873		,796		,629		,249	
Aylık Gelir										
1501-2000 TL arası	34,55	3,68	30,50	3,69	31,25	2,51	22,80	2,17	17,95	1,23
2001-2500 TL arası	32,48	4,99	29,24	4,56	29,45	4,74	21,88	2,78	16,85	3,07
2501 TL ve üzeri	32,80	4,81	29,59	3,84	29,49	5,03	21,88	2,66	16,80	2,99
X²	1,979		,941		1,655		1,757		2,198	
p	,372		,625		,437		,415		,333	
Yakınlığı										
Birinci dereceden	32,90	4,79	29,69	4,01	29,65	4,84	22,01	2,65	16,92	2,99
İkinci dereceden	34,00	3,69	30,06	3,70	31,06	2,68	22,65	2,29	17,94	1,30
Diğer	32,50	5,60	28,70	5,03	29,00	5,01	21,40	2,88	16,40	2,91
X²	,187		,902		,488		1,604		2,499	
p	,911		,637		,784		,449		,287	
Günlük geçirilen süre										
3-6 saat arası	33,83	4,23	29,61	3,63	30,44	3,68	22,33	2,45	17,06	2,84
6-9 saat arası	33,16	4,73	29,79	4,16	29,50	4,79	22,00	2,66	16,92	3,12
9 saatin üzerinde	32,13	4,96	29,33	4,17	30,17	4,71	22,00	2,70	17,33	1,71
X²	1,926		,042		2,247		,305		,121	
p	,382		,979		,325		,859		,941	
Hastayla beraberlik										
1 yılın altında	32,77	5,27	29,00	5,03	28,73	5,19	21,50	3,04	16,64	3,14
1-5 yıl arası	33,77	4,58	30,19	3,61	29,68	4,81	22,26	2,58	16,71	3,47
5 yılın üzerinde	32,71	4,54	29,61	3,85	30,37	4,12	22,18	2,46	17,41	2,09
X²	2,650		,470		4,387		,813		,720	
p	,266		,791		,112		,666		,698	

Tablo 3.2’de de görüldüğü gibi, yaş gruplarına göre depresyon düzeyi 46-50 yaş arasındaki psikotik bireyin bakımını üstlenen kişilerde, diğer semptomlar ise 36-40 yaş arasındaki katılımcılarda en yüksek düzeydedir. Öte yandan fark analizi sonuçları, psikolojik semptomların psikotik hastalara bakım veren kişilerin yaşlarına

göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediğini ortaya koymaktadır ($p>0,05$).

Psikotik hasta bakımı veren bireylerin anksiyete düzeyleri lise mezunlarında, depresyon ve somatizasyon düzeyleri ilköğretim mezunlarında, olumsuz benlik ve hostilite düzeyleri ise lisans mezunlarında en yüksek düzeydedir. Burada da fark analizi sonuçları, eğitim durumuna göre tüm boyutlarda gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermektedir ($p>0,05$).

Psikotik hasta bakımı yapan bireylerden erkek olanların tüm psikolojik semptom düzeyleri, kadınlara göre daha yüksektir. Ancak fark analizi sonuçlarına göre tüm boyutlarda da cinsiyete göre görülen farklar, istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Aylık gelire göre ise geliri 1501-2000 TL arasında olan katılımcıların tüm psikolojik semptom ortalamaları daha yüksektir. Fark analizi sonuçlarına göre gelir grupları arasında da psikolojik semptomlar istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa neden olmamaktadır ($p>0,05$).

Yakınlık derecesine göre hastanın ikinci derece yakını olanlarda tüm psikolojik semptom boyutları en yüksek düzeydedir. Burada da fark analizi sonuçları, tüm boyutlar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermektedir ($p>0,05$).

Hastalarla günlük geçirilen süre açısından depresyon ve hostilite hasta ile günde 6-9 saat arası süre geçiren kişilerde, diğer semptomlar ise hasta ile günde 3-6 saat geçiren bireylerde en yüksek düzeydedir. Fark analizi sonuçlarına göre hasta ile geçirilen günlük sürenin de psikolojik semptom düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa neden olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Son olarak hasta ile ne kadar süredir bir arada olduğuna göre dağılım incelendiğinde, olumsuz benlik ve hostilitenin 5 yılın üzerinde hasta ile bir arada olanlarda, diğer semptomların ise hasta ile 1-5 yıl arasında bir süredir beraber olanlarda en yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Öte yandan fark analizi sonuçları, burada da gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermektedir ($p>0,05$).

3.2.2. Nevrotik Hasta Yakınlarının Psikolojik Semptomlarının Demografik Özelliklere Göre Farkı

Araştırmanın ikinci hipotezi, nevrotik hastaların psikolojik semptomlarının demografik özelliklerine göre farklılık gösterdiği yönündedir.

Hipotezin testi için yapılan analiz sonuçları Tablo 3.3'te verilmiştir.

Tablo 3. 3. Nevrotik Hasta Yakınlarının Psikolojik Semptomlarının Demografik Özelliklere Göre Fark Analizi Sonuçları

	Anksiyete		Depresyon		O. Ben		Somatizasyon		Hostilité	
	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Yaş										
36-40 arası	35,46	2,40	31,77	3,22	33,69	1,93	23,54	1,98	19,00	1,78
41-45 arası	35,41	2,37	32,21	2,00	33,54	2,21	23,37	1,74	18,90	2,03
46-50 arası	35,78	3,03	31,78	1,30	34,22	1,30	24,56	0,88	18,78	1,56
51 ve üzeri	34,92	2,78	31,33	3,14	33,33	2,31	23,42	1,56	18,92	1,24
X ²	1,456		1,760		1,050		4,868		,643	
p	,692		,624		,789		,182		,886	
Eğitim										
İlköğretim	35,78	3,03	31,78	1,30	34,22	1,30	24,56	0,88	18,78	1,56
Lise	35,37	2,33	32,05	2,41	33,63	1,83	23,54	1,85	19,20	1,40
Lisans	35,48	2,41	32,24	2,03	33,50	2,46	23,26	1,70	18,64	2,41
Lisansüstü	34,92	2,78	31,33	3,14	33,33	2,31	23,42	1,56	18,92	1,24
X ²	1,572		1,833		1,044		5,284		1,507	
p	,666		,608		,791		,152		,681	
Cinsiyet										
Erkek	35,46	2,40	31,77	3,22	33,69	1,93	23,54	1,98	19,00	1,78
Kadın	35,38	2,47	32,05	2,13	33,58	2,15	23,49	1,68	18,89	1,89
Z	-,145		-,146		-,095		-,325		-,225	
p	,885		,884		,924		,745		,822	
Aylık Gelir										
1501-2000 TL arası	35,46	2,40	31,77	3,22	33,69	1,93	23,54	1,98	19,00	1,78
2001-2500 TL arası	35,47	2,52	31,66	2,33	33,79	1,60	23,61	1,48	18,82	1,50
2501 TL ve üzeri	35,32	2,46	32,34	1,94	33,43	2,47	23,42	1,81	18,94	2,13
X ²	,154		1,910		,114		,546		,879	
p	,926		,385		,945		,761		,644	
Yakınlığı										
Birinci dereceden	35,53	2,31	32,04	2,19	33,72	1,62	23,61	1,65	19,04	1,40
İkinci dereceden	35,46	2,40	31,77	3,22	33,69	1,93	23,54	1,98	19,00	1,78
Diğer	34,42	3,29	32,17	1,75	32,67	4,23	22,75	1,71	17,92	3,75
X ²	1,325		,023		,192		2,438		,526	
p	,516		,988		,909		,296		,769	
Günlük süre										
3-6 saat arası	34,27	2,65	31,36	1,80	33,45	1,51	23,18	2,14	19,36	1,03
6-9 saat arası	35,35	2,62	32,02	2,40	33,51	2,52	23,57	1,66	18,81	2,09
9 saatin üzerinde	35,90	1,86	32,27	2,16	33,83	1,18	23,47	1,68	18,93	1,60
X ²	3,333		3,040		,412		,999		,568	
p	,189		,219		,814		,607		,753	
Hastayla birliktelik										
1 yılın altında	34,67	2,99	31,75	2,52	33,00	3,35	23,08	1,64	18,42	2,78
1-5 yıl arası	35,32	2,34	32,18	1,98	33,61	1,81	23,54	1,82	19,29	1,21
5 yılın üzerinde	35,77	2,19	32,06	2,33	33,87	1,40	23,67	1,68	18,92	1,61
X ²	2,762		,122		,536		1,845		1,571	
p	,251		,941		,765		,398		,456	

Tablo 3.2’de de görüldüğü gibi, yaş gruplarına göre depresyon düzeyi 46-50 yaş arasındaki psikotik bireyin bakımını üstlenen kişilerde, diğer semptomlar ise 36-40 yaş arasındaki katılımcılarda en yüksek düzeydedir. Öte yandan fark analizi sonuçları, psikolojik semptomların psikotik hastalara bakım veren kişilerin yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediğini ortaya koymaktadır ($p>0,05$).

Psikotik hasta bakımı veren bireylerin anksiyete düzeyleri lise mezunlarında, depresyon ve somatizasyon düzeyleri ilköğretim mezunlarında, olumsuz benlik ve hostilite düzeyleri ise lisans mezunlarında en yüksek düzeydedir. Burada da fark analizi sonuçları, eğitim durumuna göre tüm boyutlarda gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermektedir ($p>0,05$).

Psikotik hasta bakımı yapan bireylerden erkek olanların tüm psikolojik semptom düzeyleri, kadınlara göre daha yüksektir. Ancak fark analizi sonuçlarına göre tüm boyutlarda da cinsiyete göre görülen farklar, istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Aylık gelire göre ise geliri 1501-2000 TL arasında olan katılımcıların tüm psikolojik semptom ortalamaları daha yüksektir. Fark analizi sonuçlarına göre gelir grupları arasında da psikolojik semptomlar istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa neden olmamaktadır ($p>0,05$).

Yakınlık derecesine göre hastanın ikinci derece yakını olanlarda tüm psikolojik semptom boyutları en yüksek düzeydedir. Burada da fark analizi sonuçları, tüm boyutlar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermektedir ($p>0,05$).

Hastalarla günlük geçirilen süre açısından depresyon ve hostilite hasta ile günde 6-9 saat arası süre geçiren kişilerde, diğer semptomlar ise hasta ile günde 3-6 saat geçiren bireylerde en yüksek düzeydedir. Fark analizi sonuçlarına göre hasta ile geçirilen günlük sürenin de psikolojik semptom düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa neden olmadığını göstermektedir ($p>0,05$).

Son olarak hasta ile ne kadar süredir bir arada olduğuna göre dağılım incelendiğinde, olumsuz benlik ve hostilitenin 5 yılın üzerinde hasta ile bir arada

olanlarda, diğer semptomların ise hasta ile 1-5 yıl arasında bir süredir beraber olanlarda en yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Öte yandan fark analizi sonuçları, burada da gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermektedir ($p>0,05$).

3.2.3. Psikotik Hasta Yakınlarının Bakım Yüklerinin Demografik Özelliklere Göre Farkı

Araştırmanın üçüncü hipotezi, psikotik hastaların bakım yüklerinin demografik özelliklerine göre farklılık gösterdiği yönündedir. Hipotezin testi için yapılan analiz sonuçları Tablo 3.4’te verilmiştir.

Tablo 3.4. Psikotik Hasta Yakınlarının Bakım Yüklerinin Demografik Özelliklere Göre Fark Analizi Sonuçları

	Bakım Veren Yükü	
	X	SS
Yaş		
36-40 arası	60,44	3,05
41-45 arası	60,97	3,50
46-50 arası	58,67	4,10
51 ve üzeri	59,73	3,32
	X²	5,400
	p	0,145
Eğitim		
İlköğretim	58,67	4,10
Lise	60,59	3,68
Lisans	61,13	3,10
Lisansüstü	59,73	3,32
	X²	4,928
	p	0,177
Cinsiyet		
Erkek	60,35	2,91
Kadın	60,51	3,64
		-0,453
		0,651
Aylık Gelir		
1501-2000 TL arası	60,70	2,83
2001-2500 TL arası	59,85	3,56
2501 TL ve üzeri	60,80	3,73
	X²	2,150
	p	0,341
Yakınlığı		
Birinci dereceden	60,51	3,58
İkinci dereceden	60,65	3,02
Diğer	60,00	4,11
	X²	0,155
	p	0,925

Günlük süre			
3-6 saat arası		60,61	4,59
6-9 saat arası		60,18	3,47
9 saatin üzerinde		61,17	2,68
	X²		1,743
	p		0,418
Hastayla birliktelik			
1 yılın altında		59,50	3,91
1-5 yıl arası		61,52	3,58
5 yılın üzerinde		60,27	3,20
	X²		5,755
	p		0,056

Tablo 3.4'te de görüleceği üzere, psikotik hastalara bakım veren bireylerdeki bakım veren yükü düzeyi yaşa göre en fazla 41-45 yaş arasındaki grupta çıkmıştır. Yaşa göre fark analizi sonuçları, bu bireylerin bakım veren yüklerinin yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediğini ortaya koymaktadır ($p>0,05$).

Eğitime göre ise psikotik hasta yakınlarından lisans mezunlarının bakım veren yükü düzeyleri en fazladır. Yine burada da fark analizi sonuçları, eğitime göre bakım veren yükünün istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olmadığını göstermektedir ($p>0,05$).

Cinsiyete göre psikotik hasta yakınlarından kadınların bakım veren yükü puanları, erkeklere göre daha yüksektir. Fark analizi sonuçlarına göre ise gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Aylık gelire göre geliri 2501 TL ve üzerinde olanların bakım veren yükü düzeyleri en üst seviyededir. Öte yandan fark analizi sonuçları, psikotik hasta yakınlarının aylık gelirlerine göre bakım veren yükü düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediğini ortaya koymaktadır ($p>0,05$).

Hastaya yakınlık açısından bakım veren yükü en fazla ikinci dereceden yakınlarda çıkmıştır. Fark analizi sonuçları ise bakım veren yükünün hastaya yakınlığa göre istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olmadığını göstermektedir ($p>0,05$).

Hasta ile günde 9 saatin üzerinde geçiren bireylerde bakım yükü en fazladır. Yine hasta ile 1-5 yıl arasında bir süre geçirenlerde bakım veren yükü en fazladır. Ancak gerek günlük hasta ile geçirilen süre gruplarında, gerekse hasta ile birliktelik süresine göre gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

3.2.4. Nevrotik Hasta Yakınlarının Bakım Yüklerinin Demografik Özelliklere Göre Farkı

Araştırmanın dördüncü hipotezi, nevroitik hastaların bakım yüklerinin demografik özelliklerine göre farklılık gösterdiği yönündedir. Hipotezin testi için yapılan analiz sonuçları Tablo 3.5’te verilmiştir.

Tablo 3. 5. Nevrotik Hasta Yakınlarının Bakım Yüklerinin Demografik Özelliklere Göre Fark Analizi Sonuçları

	Bakım Veren Yükü	
	X	SS
Yaş		
36-40 arası	61,46	2,07
41-45 arası	60,61	3,35
46-50 arası	60,11	4,26
51 ve üzeri	61,33	2,90
	X²	0,791
	p	0,852
Eğitim		
İlköğretim	60,11	4,26
Lise	61,34	2,76
Lisans	60,17	3,49
Lisansüstü	61,33	2,90
	X²	2,447
	p	0,485
Cinsiyet		
Erkek	61,46	2,07
Kadın	60,66	3,37
		-0,613
		0,540
Aylık Gelir		
1501-2000 TL arası	61,46	2,07
2001-2500 TL arası	61,00	3,07
2501 TL ve üzeri	60,42	3,58
	X²	0,833
	p	0,659
Yakınlığı		
Birinci dereceden	60,62	3,45
İkinci dereceden	61,46	2,07
Diğer	60,92	2,87
	X²	0,400
	p	0,819
Günlük süre		
3-6 saat arası	60,91	3,73
6-9 saat arası	61,16	2,86
9 saatin üzerinde	59,87	3,71
	X²	2,635
	p	0,268
Hastayla birliktelik		
1 yılın altında	61,13	2,83
1-5 yıl arası	61,29	3,07
5 yılın üzerinde	60,31	3,48
	X²	1,434
	p	0,488

Nevrotik hasta yakınlarından yaşları 36-40 arası olanlarda, lise mezunlarında, cinsiyeti erkek olanlarda, aylık geliri 1501-2000 TL arasında olanlarda, hastaya ikinci derece yakın olanlarda, hasta ile günde 6-9 saat arasında süre geçirenlerde ve hasta ile 1-5 yıl arasında bir sürede birlikte olanlarda bakım yükü düzeyleri en yüksektir. Fark analizi sonuçlarına göre ise tüm demografik gruplar göre farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Bu nedenle araştırmanın dördüncü hipotezi de reddedilmiştir. Diğer bir ifadeyle nevroitik hastaya bakım veren bireylerin bakım veren yükü düzeyleri, bireylerin demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

3.2.5. Psikotik ve Nevrotik Bozukluğu Olan Hastalara Bakım Veren Bireylerin Psikolojik Semptomları Arasındaki Fark

Araştırmanın beşinci hipotezi, psikotik ve nevroitik bozukluğu olan hastalara bakım veren bireylerin psikolojik semptomları arasındaki farka ilişkindir. Hipotezin testi için yapılan analiz sonuçları Tablo 3.6'da verilmiştir.

Tablo 3.6. Psikotik Ve Nevrotik Bozukluğu Olan Hastalara Bakım Veren Bireylerin Psikolojik Semptomları Arasındaki Fark Analizi Sonuçları

	Psikotik		Nevrotik		Z	p
	X	SS	X	SS		
Anksiyete	33,04	4,69	35,39	2,45	-3,545	<0,001
Depresyon	29,65	4,04	32,02	2,27	-4,726	<0,001
Olumsuz Benlik	29,82	4,57	33,60	2,11	-9,266	<0,001
Somatizasyon	22,06	2,61	23,50	1,71	-3,738	<0,001
Hostilite	17,04	2,79	18,90	1,87	-6,797	<0,001

Tablodan da görüldüğü gibi, bütün psikolojik semptomların puanları nevroitik bozukluğu olan hastaya bakmakla yükümlü olan bireylerde daha yüksektir. Fark analizi sonuçları ise tüm boyutlarda da, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak yüksek derecede anlamlı olduğunu göstermektedir ($p<0,001$). Bu nedenle

araştırmanın beşinci hipotezi kabul edilmiştir. Diğer bir ifadeyle, psikotik ve nevrotik bozukluğu olan hastalara bakmakla yükümlü olan bireylerin psikolojik semptomları istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmaktadır.

3.2.6. Psikotik ve Nevrotik Bozukluğu Olan Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Veren Yükü Düzeyleri Arasındaki Fark

Araştırmanın altıncı hipotezi, psikotik ve nevrotik bozukluğu olan hastalara bakım veren bireylerin bakım veren yükü düzeyleri arasındaki farka ilişkindir. Hipotezin testi için yapılan analiz sonuçları Tablo 3.6’da verilmiştir.

Tablo 3.7. Psikotik Ve Nevrotik Bozukluğu Olan Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Veren Yükü Düzeyleri Arasındaki Fark Analizi Sonuçları

	Psikotik		Nevrotik		Z	p
	X	SS	X	SS		
Bakım veren Yükü	60,48	3,52	60,76	3,24	-0,426	0,670

Tablodan da görüleceği üzere, bakım veren yükü düzeyi nevrotik hasta yakını olan grupta daha yüksektir. Fark analizi sonuçları ise gruplar arasındaki bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermektedir ($p>0,05$). Bu nedenle araştırmanın altıncı hipotezi reddedilmiştir. Diğer bir ifadeyle, psikotik ve nevrotik bozukluğu olan hastalara bakmakla yükümlü olan bireylerin bakım yükü düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmamaktadır.

3.2.7. Psikotik ve Nevrotik Bozukluğu Olan Hastalara Bakım Veren Bireylerin Psikolojik Semptomları ile Bakım Veren Yükü Düzeyleri Arasındaki İlişki

Araştırmanın yedinci hipotezi, psikotik ve nevrotik bozuklukları olan hastalara bakım veren bireylerin psikolojik semptomları ile bakım veren yükleri arasındaki ilişkinin test edilmesi üzerine kurulmuştur.

İlk olarak psikotik bozukluğu olan hastalara bakmakla yükümlü olan bireylerin psikolojik semptomları ile bakım veren yüklerinin arasındaki ilişki incelenmiştir. Bunun için yapılan Spearman's rho testi sonuçları Tablo 3.8'de verilmiştir.

Tablo 3. 8. Psikotik bozukluğu olan hastalara bakım veren bireylerin psikolojik semptomları ile bakım veren yükü düzeyleri arasındaki ilişki için yapılan korelasyon analizi sonuçları

		BYÖ
Anksiyete	r	,122
	p	,216
Depresyon	r	,064
	p	,521
Olumsuz Benlik	r	-,024
	p	,812
Somatizasyon	r	,013
	p	,892
Hostilite	r	-,012
	p	,903

Tablodan da görüleceği gibi, psikotik bozukluğa sahip olan hastalara bakmakla yükümlü olan bireylerin psikolojik semptomları ile bakım yükleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

İkinci olarak nevrotik bozukluğu olan hastalara bakmakla yükümlü olan bireylerin bakım veren yükleri ile psikolojik semptomları arasındaki ilişki incelenmiştir. Bunun için yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları Tablo 3.9'da verilmiştir.

Tablo 3. 9. Nevrotik bozukluğu olan hastalara bakım veren bireylerin psikolojik semptomları ile bakım veren yükü düzeyleri arasındaki ilişki için yapılan korelasyon analizi sonuçları

		BYÖ
Anksiyete	r	-,021
	p	,833
Depresyon	r	-,043
	p	,664
Olumsuz Benlik	r	-,089
	p	,370
Somatizasyon	r	,105
	p	,290
Hostilite	r	,052
	p	,599

Yine burada da, psikolojik semptomlar ile bakım veren yükü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki çıkmamıştır ($p>0,05$). Dolayısıyla nevroitik hastalar için de aynı durum geçerli olup, bakım veren yükü ile psikolojik semptomlar arasında doğrudan bir ilişki saptanmamıştır. Bu nedenle araştırmanın son hipotezi de reddedilmiştir. Diğer bir ifadeyle, psikotik ve nevroitik bozuklukları olan hastalara bakım veren bireylerin psikolojik semptomları ile bakım veren yükleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Yapılan bu araştırmada, psikotik ve nevrotik hastalardaki bakım veren yükü farkının incelenmesi ve bakım veren yükü ile psikolojik semptomlar arasındaki ilişkinin ortaya konması amaçlanmıştır.

Psikotik bozukluklar, bireylerin gerçekte ilgili yargılarını bozan, gerçek ile ilişki kurmasını güçleştiren bozukluklardır (Özdeş ve ark., 2014; Kırkpınar ve ark., 1996). Nevrotik bozukluklar ise nadiren tedavi gerektiren, normal bireylerde de zaman zaman görülen bir ruh hali bozukluğudur (Tatlılıoğlu, 2014; Burger, 2006). Psikotik bozukluğa sahip bireylerin daha fazla bakım yükü oluşturdukları, bunun altında yatan nedenin ise psikotik bireylerin gerçek yaşam ile aralarındaki bağın daha zayıf olmasından dolayı daha fazla ilgi ve desteğe ihtiyaç duymaları olduğu iddia edilmiştir (Özdeş ve ark., 2014).

Araştırmada ilk olarak psikotik ve nevrotik bozukluğu olan bireylere bakım veren kişilerin sosyodemografik özelliklerinin kıyaslaması yapılmıştır. Bu sayede, bakım veren yükünün hangi sosyodemografik özelliklerle ilişkili olduğunun ortaya koyulması amaçlanmıştır. Bu araştırma grubunda her iki hastalık grubunun da bakımını üstlenen bireylerin sosyodemografik özelliklerinin birbirlerine benzer olduğu belirlenmiştir. Bakım verenler daha çok 41 ilâ 45 yaş arasındaki lise veya lisans mezunu kadınlardan oluşmaktadır; çoğu birinci dereceden akrabadır ve anneler çoğunluktadır.

Çalışmada, hasta ile uzun süre geçiren bireylerin bakım veren yükünün daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Genel olarak toplumumuzda ailelerin ve özellikle annelerin bu bireylere bakım verdiği göz önünde tutulduğunda; her iki grupta da benzer şekilde bu özelliğin ön plana çıkması olağan kabul edilmiştir. Öte yandan, araştırmanın tek bir merkezde yapılmış olması nedeniyle daha farklı sosyo-ekonomik çevrelerin de dâhil edildiği daha kapsamlı bir araştırmada bu durumun değişmesi de söz konusu olabilir.

Özyeşil ve arkadaşları (2014) yaptıkları bir araştırmada, nevrotik ve psikotik bozuklukların sık görüldüğü yaşlı hastalara bakım veren bireylerle ilgili olarak, örneklemin %42,9'unun profesyonel bakıcı ve %57,1'inin ise hasta yakını olduğunu bildirmişlerdir. Aynı araştırmada bakım veren bireylerin çoğunluğunun (%49,3) yaş ortalamasının 40-49 arasında olduğu rapor edilmiştir. Ak ve arkadaşları (2012) kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaların bakıcılarında bakım yükünü inceledikleri araştırmalarında hem şizofreni hem de bipolar bozuklukta bakım verenlerin çoğunun kadın cinsiyetten olduğunu rapor etmişlerdir. Aynı araştırmada, bakım verenlerin çoğu evli, birinci dereceden akraba ve ilköğretim mezundur. Yazıcı ve arkadaşları (2016) ise çalışmalarında şizofreni hastalarına bakım veren kişilerin ortalama 49 yaş civarında olduğunu, hasta ile 19 yıl civarında aynı evde yaşadığını ve gün içerisinde ortalama 15 saati hasta ile birlikte geçirdiğini belirlemişlerdir. Pazvantoğlu ve arkadaşları (2014) şizofreni hastalarına bakım verenlerin çoğunun (%68,5) kadın olduğunu ve hemen tüm hastalara bakım veren kişilerin birinci dereceden hasta yakını olduğunu gözlemişlerdir. Benzer araştırmalarda sadece ruh sağlığı ile ilişkili değil, diğer hastalıklarda da bakım veren yükünde kadınların ve birinci derece yakınların çoğunlukta olduğu dikkati çekmektedir. Örneğin Orak ve Sezgin (2015) çalışmalarında, kanserli hastalara bakım veren kişilerin büyükçe bir bölümünün kadın ve birinci derece hasta yakını olduğuna dikkat çekmişlerdir. Cinsiyetin genellikle kadın olmasının pek çok nedeni olabileceği gibi; erkeklerin çalışıp, kadınların ev hanımı olduğu bir sosyal yapıda, ücretli profesyonel bir bakıcının da tutulmasının ekonomik olarak güç olduğu göz önüne alındığında, kadınlara daha fazla bakım görevinin düşmesi şaşırtıcı değildir. Genel olarak, evlenme yaşına gelmiş ve daha fazla sorumluluk alabilecek yaştaki bireylerin bu hastaların bakımını üstlendiği görülmektedir.

Bu araştırmada katılımcıların hasta ile geçirdiği sürenin ve gün içinde hastaya ayrılan saatin daha düşük olmasının nedeni, şizofreni ya da bipolar bozukluğun yanı sıra diğer psikotik ve nevrotik bozuklukların da araştırmaya dahil edilmiş olması olabilir.

Katılımcıların sahip olduğu psikolojik semptomlar, gerek psikotik gerekse nevrotik hastalara bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri bakımından

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Bu durum, biraz da araştırmaya alınan bakım veren bireylerin sosyodemografik özelliklerinin birbirlerine benzer olmasından kaynaklanıyor olabilir. Zira, çoğunluğu kadınlardan oluşan bir grupta, erkekler ile kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın çıkmaması beklenen bir durumdur. Barlas ve arkadaşları (2010) yaptıkları bir araştırmada, psikolojik semptomların gelir durumu ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu ancak cinsiyet ile anlamlı bir ilişki göstermediğini rapor etmişlerdir. Tatlılıoğlu (2014) ise çalışmasında, psikolojik semptomlar arasından duygusal dengesizlik ve nevrozizm düzeylerinin cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiklerini ortaya koymuştur.

Psikotik ve nevrozik hasta yakını grupların psikolojik semptomları arasındaki fark incelendiğinde ise, nevrozik gruptaki hasta yakınlarının tüm psikolojik semptom boyutlarının, psikotik bozukluğu olan hasta yakını grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuç, nevrozik hastalara bakım veren kişilerin daha fazla psikolojik zorlanma yaşadıklarına ve dolayısı ile daha fazla psikolojik desteğe ihtiyaçları olduğuna işaret edebilir. Gökalp (2010), çoğunluğu psikolojik rahatsızlığa sahip olan bir grup bakıma muhtaç çocuğun ailelerinin ve normal ailelerin psikolojik semptomlarını kıyasladığı çalışmasında, bakıma muhtaç çocuğa sahip olan ailelerin tüm psikolojik semptom değerlerinin, normal çocuğa sahip ailelerin psikolojik semptom değerlerinden daha yüksek olduğunu bildirmiştir.

Bakım yükü de gruplar arasında sosyodemografik özelliklere göre farklılık göstermeyen bir şekilde dağılmaktadır. Bunda grupların sosyodemografik dağılımlarının birbirine yakın olmasının etkisi olabilir. Orak ve Sezgin (2015) çalışmalarında, bakım veren yükünün eğitim düzeyi, cinsiyet ve hastaya bakım verme süresine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaştığını rapor etmişlerdir ($p<0,05$). Yazıcı ve arkadaşları (2016) çalışmalarında, bakım veren yükünün bakım veren kişilerin hastaneye gidiş sayısı ve hastanın aylık geliri ile istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaştığını ortaya koymuşlardır. Aynı çalışmada hastanın işlevselliği ile bakım veren yükü arasında da istatistiksel olarak negatif yönde ve yüksek derecede anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Psikotik ve nevrotik hasta yakını gruplarının bakım verme yükleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ne var ki, her iki gruptaki katılımcıların bakım veren yükünün oldukça yüksek seyrettiği görülmektedir. Psikolojik ya da nevrotik bozukluklarda profesyonel bir destek almadan önceki süreç uzun olduğundan, ya da diğer bir ifadeyle ülkemizde genel olarak ruhsal bozukluğu olan bireyler profesyonel yardım ve tedaviye geç başvurdukları için, her iki grupta da bakım veren yükünün daha yüksek çıktığı söylenebilir.

Bakım veren yükü puanlarının ve psikolojik semptomların çok yüksek çıkması nedeniyle korelasyon analizi yapılmış ancak bakım veren yükü ile psikolojik semptom arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Pazvantoğlu ve arkadaşları (2014) çalışmalarında şizofreni hastalarına bakım veren kişilerin bakım veren yükü alt boyutlarının hepsinde yüksek puanların olduğunu ve psikotik bir hastalığa bakım vermenin bireylerde önemli ölçüde bakım veren yüküne neden olduğunu ortaya koymuşlardır. Atagün ve arkadaşları (2011) ise çalışmalarında, hastalığın türüne göre bakım veren yükünün farklı olduğunu; hastalığın işlevselliğinin bakım veren yükü üzerinde istatistiksel olarak önemli etkilerinin olduğunu bildirmişlerdir.

Öte yandan, araştırmada bakım veren yükü ile psikolojik semptomlar arasında anlamlı bir ilişki bulunamaması, bakım veren yükünün psikolojik bir bozukluğa sebep olmadığı anlamında yorumlanmamalıdır. Çünkü bu araştırmada araştırılan psikolojik semptomlar sadece beş semptomla sınırlı tutulmuştur ve bu grupta yer almayan ancak bakım veren yüküne katkıda bulunan psikolojik semptomlar da bulunabilir. Bunun yanında sosyodemografik olarak da birbirine yakın özellikler gösteren hasta yakınları çalışmaya alındığı için, daha farklı katılımcılar üzerinde yapılacak olan çalışmalarda daha farklı sonuçların elde edilebileceği düşünülmektedir. Babayiğit (2009) çalışmasında, hastalara bakım verme yükü ile bakım verenin yaşam memnuniyeti arasındaki ilişkilerin mental sağlık, sosyal fonksiyon, ağrı ve genel sağlık boyutları düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu rapor etmiştir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Psikotik ya da psikolojik bozukluklarda, özellikle ilerlemiş klinik tablonun söz konusu olduğu durumlarda, bu bireylerin gerçek yaşamlarındaki günlük fonksiyonlarını yerine getirmelerinde zorluklar yaşanabilmektedir. Bireylerin günlük yaşamsal fonksiyonlarını yerine getirmede güçlük yaşamaları, bu kişilere bakım hizmeti veren kişilerin bu hizmetleri yerine getirmesini zorunlu kılmaktadır. Bu da bakım veren kişiye fiziksel anlamda bir iş yükünü de beraberinde getirmektedir. Bakım verilen kişinin fiziksel işlevlerini yerine getirememesi nedeniyle bu kişilere verilen destek her ne kadar ek bir iş yükü gibi görünse de, daha ağır olan yük ise psikolojik yüküdür. Genel olarak bu alanda yapılan araştırmalarda bakım verenlerin çoğunlukla hastaların birinci dereceden yakınları olduğu görülmektedir.

Bu araştırmada psikotik ve nevrotik bozukluğu olan hastalara bakım veren bireylerin psikolojik semptomları ile bakım veren yükü düzeyleri arasındaki ilişkiyi bakıldığında, ilk bakışta bakım yükünün psikolojik anlamda sağlığı etkilemediği gibi bir sonuç çıkıyorsa da; araştırmada hasta yakınlarının hem psikolojik semptom puanları, hem de bakım veren yüklerinin oldukça ileri düzeyde olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle bu bireylerin aslında ciddi bir psikolojik baskı altında oldukları ifade edilebilir.

Araştırma sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde psikotik ve nevrotik hastalara bakım verenlerde hem psikolojik semptomlar, hem de bakım veren yükü oldukça yüksek çıkmıştır. Bu düzeylerin demografisi ne olursa olsun tüm bakım verenlerde yüksek olması, genel olarak psikotik ve nevrotik hastalara bakım sürecinin psikolojik olarak olumsuz bir duruma işaret etmesinden ileri gelmektedir. Bu nedenle bu bireylerin de gerek eğitimsel ve toplumsal müdahalelerle, gerekse kurumsal çalışmalarla desteklenmesi gerekir. Yine araştırmada önemli olan bir diğer bulgu ise nevrotik hastalığa sahip olan kişilere bakım veren bireylerde bakım veren yükünün daha yüksek çıkmış olmasıdır. Aradaki farkın da anlamlı olması, aslında fiziksel ve işlevsel manada daha az bakım gerektiren bu hasta grubuna bakım verenlerin, daha fazla psikolojik baskı altında olduğuna işaret etmektedir. Bunun

çeşitli nedenleri olmakla birlikte, psikolojik rahatsızlıklara göre nevrotik rahatsızlıkların daha belirsiz olmasının da etkili olabileceği düşünülmektedir.

Gerek psikotik, gerekse nevrotik bozukluklar, bu bozukluklara sahip olan hastalara bakmakla yükümlü bireyler üzerinde ciddi bakım yükü ve psikolojik semptomu neden olmaktadır. Gerek verilen tedavinin başarısının artmasında, gerekse bu kişilerin de psikolojik anlamda ruh sağlıklarının korunmasında, profesyonel yardım verilmesinde fayda vardır. Her ruh sağlığı bozukluğuna profesyonel bakım gerekmez. Ancak günümüzde mevcut insan kaynakları durumu ve dağılımı, profesyonel bakım gerektiren pek çok ruh sağlığı bozukluğuna gerekli desteği verecek olan nitelikli işgücüne sahip değildir. Bu nedenle bu alanda çalışmaların yapılması, özellikle kamusal alanda bu eğitimlerin verilmesi gerekir. Bu sayede hem bozukluğu olan hastaların tedavi süreçleri daha başarılı ilerleyecek, hem de bu kişilere bakım veren bireylerin ileride psikolojik sorunlar yaşamalarının önüne geçilebilecektir.

Yapılan bu araştırmada hastalara ulaşma, izinlerin alınması, çalışma teslim süreleri ya da uygun klinik bulamama gibi pek çok etmen nedeniyle, kısıtlı bir demografik kesim üzerinde araştırma yapılmıştır. Bu nedenle daha fazla zaman, maddi olanaklar, izin ve farklı demografinin söz konusu olduğu çalışmalarda, daha kesin sonuçların alınması mümkündür.

KAYNAKÇA

- Ak, M., Yavuz, K. F., Lapsekili, N. ve Türkçapar, M. H. (2012). “Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Bulunan Hastaların ve Bakım Verenlerinin Bakım Yükü Açısından Değerlendirilmesi”, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25, 330-337.
- Akkaya, C. (2006). “Anksiyete Belirtilerinin Eşlik Ettiği Majör Depresif Bozukluğun Tanı ve Sağaltımındaki Güçlükler”, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17(2):139-146.
- Altınok Ü. (2010). Omurilik felçlilerde psikiyatrik semptomlar ve bakım veren yükü (Uzmanlık tezi). İstanbul, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M. ve Özpolat, A. Y. (2011). “Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2011; 3(3):513-552.
- Arslantaş, H. ve Adana, F. (2011). “Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2011; 3(2):251-277.
- Awad G.A., Voruganti, L.N.P. (2008). “The burden of schizophrenia on caregivers”, *Pharmacoeconomics*, (26), 149-162.
- Aydın, Ş., Şahin, N. ve Uzun, D. (2007). “Örgütlerde Yaşanan Psikolojik Şiddet Sorunlarının Konaklama İşletmeleri Açısından Değerlendirilmesi”, *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt 16, Sayı 2, 2007, s.61-74.
- Aydın A., Eker S.S., Cangür Ş., Sarandöl A., Kırılı S. (2009). “Şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile korelasyonu. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46, 10-14.
- Babayiğit, D. M. (2009). “Diyaliz Hastalarının Yakınlarında Bakım Verme Yükü ile Bunun Hastalardaki Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri İle İlişkisi”, *Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Tezi*.

- Balkaya, F. ve Şahin, N. H. (2003). “Çok Boyutlu Öfke Ölçeği”, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14(3):192-202.
- Barlas, G. Ü., Karaca, S., Onan, N. ve Işıl, Ö. (2010). “Üniversite Sınavına Hazırlanan Bir Grup Öğrencinin Kendilik Algıları ve Ruhsal Belirtileri Arasındaki İlişki”, *Journal of Psychiatric Nurses* 2010;1(1):18-24.
- Basım, N. ve Çetin, F. (2010). “Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği’nin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması”. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010;22
- Bendelow, G. (2010). “Emotional health: challenging biomedicine or increasing health surveillance?”, *Critical Public Health*, 20:4, 465-474.
- Bhrolch, M. N., Brown, G. W. ve Haris, T. O. (1979). “Psychotic and neurotic depression: 2. Clinical characteristics”, *The British Journal of Psychiatry* Jan 1979, 134 (1) 94-107.
- Bozkurt, S. ve Çam, O. (2010). “Çalışan Ergenlerde Öfke Bileşenleri ile Ruhsal Belirtiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 47: 105-10.
- Burger, J. M. (2006). *Kişilik*. (Çeviren: İnan Deniz, E. Sarıoğlu). (1.Baskı). İstanbul: Kaktüs Yayınları.
- Çakmak, K. Ç. (2014). “Ruh Sağlığı Kavramı ve Psikolojik Bozukluklar”, *Aydın İl Emniyet Müdürlüğü Rehberlik ve Psikolojik Danışma Büro Amirliği*.
- Çetinkaya, F. Ve Karadakovan, A. (2012). “Demanslı Hastaya Bakım Veren Yükünün İncelenmesi”, *Turkish Journal of Geriatrics* 2012; 15 (2) 171-178.
- Dirik, G. ve Şahin, G. (2008). “Kişilik Özellikleri, Hostilite (Düşmanlık, Öfke) ve Sosyal Desteğin Miyokard İnfarktüsü (Kalp Krizi) Geçiren Hastaların Kaygı ve Depresyon Düzeyleri İle İlişkisi”, *U.Ü. Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Yıl: 9, Sayı: 15, 2008/2.
- Gökalp, M. (2010). “Bakıma Muhtaç Çocukların Ailelerinin Karşılaştıkları Psiko-Sosyal Sorunlar ve Psikolojik Belirtileri”, *Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*.

- İnci, F. H. (2006). “Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması Geçerlilik Ve Güvenilirliği”, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- İnci, F. H. ve Erdem, M. (2008). “Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması Geçerlilik Ve Güvenilirliği”, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11: 4.
- Kırkpınar, İ., Çayköylü, A., Coşkun, İ. ve Özer, H. (1996). “Postpartum Psikoz Gelişen Kadınların Demografik ve Klinik Özellikleri”, Düşünen Adam, 9(2), 35-40.
- Kocabaşoğlu, N. (2008). “Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış”, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62, Mart 2008 S:175-184.
- Malak AT, Dicle A. (2008). “Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler”, Türk Nöroşirürji Dergisi, 18:118-121.
- Mollaoğlu, M., Tuncay, F. Ö. ve Fertelli, T. K. (2011). “İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yükü Ve Etkileyen Faktörler”, DEUHYO ED 2011, 4 (3), 125-130.
- Montgomery R, Kwak J. (2008). “Tailored Caregiver Assessment and Referral: An evidence-Based Model to Target Services for Caregivers”, Am J Nurs, 108 (9): 54-57.
- Orak, O. S. ve Sezgin, S. (2015). “Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi”, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 6(1):33-39.
- Özdeş, T., Taktak, Ş., Kumral, B. ve Tokdemir, B. (2014). “Kısa Psikotik Bozuklukla İlgili Üç Olgu Sunumu”, Abant Medical Journal, 13(1).
- Özyeşil, Z., Oluk, A. ve Çakmak, D. (2014). “Yaşlı hastalara bakım verme yükünün durumluk-sürekli kaygıyı yordama düzeyi”, Anadolu Psikiyatri Derg, 15, 39-44.

- Pazvantoğlu, O., Sarısoy, G., Bke, ., Aker, A. A., zturan, D. D. ve nverdi, E. (2014). “izofrenide Bakım Veren Yükünün Boyutları: Hastaların İlevselliğinin Rolü”, Dnen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, Volume 27, Number 1, March 2014.
- Saatçioğlu, . (2001). “Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi ve Yeni Yaklaşımlar”, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2001;11:60-77.
- Sağlık Bakanlığı, (2011). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023), Sağlık Bakanlığı Yayın No : 847.
- Savrun, M. (1999). “Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi”, İ. . Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık 1999, İstanbul, s. 11-17
- Strauss, G. P. ve Allen, D. N. (2007). “The experience of positive emotion is associated with the automatic processing of positive emotional words”, The Journal of Positive Psychology, 1:3, 150-159.
- ahin, Z. A. (2014). “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına (KOA) Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü ve Depresyon Düzeyleri”, Tıp Araştırmaları Dergisi; 2014: 12(3):113-119.
- ahin, D. (2009). “Kişilik Bozuklukları”, Klinik Gelişim, 22(4), 45-55.
- Tatlılıoğlu, K. (2014). “niversite ğrencilerinin Be Faktör Kişilik Kuramı’na Göre Kişilik zellikleri Alt Boyutlarının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi”, Tarih Okulu Dergisi, 7(179), 939-971.
- Tunçer, . (1999). “Depresyon ve Somatizasyon”, İ. . Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık 1999, İstanbul, s. 47-52.
- WHO (2016). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines, <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>

- Yavuz, (2008). “Şizofreni”, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62,Mart 2008 S:49-58.
- Yazıcı, E., Karabulut, Ü., Yıldız, M., Baksan Tekeş, S., İnan, E., Çakır, U., Boşgelmez, Ş. ve Turgut, C. (2016). “Şizofrenisi Olan Hastalara Bakım Verenlerin Yükü ve İlişkili Etmenler”, Arch Neuropsychiatr, 53: 96-101.
- Yılmaz, V. (2012). “İnsan Hakları ve Karşılaştırmalı Sosyal Politika Yaklaşımı Işığında Türkiye’de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve Öneriler”, RUSİHAK Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği, İstanbul.
- Yılmaz, E. D. (2009). “Şizofreni Ve Bipolar Afektif Bozukluk Tanısı Almış Hastalara Bakım Veren Kişilerde Kaygı Durumu ve Mizaç-Karakter İlişkisi”, Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi.

EKLER

Ek.1. Anket

Anket Türü:
Psikotik Grup ()
Nevrotik Grup ()

Değerli Hasta Yakını,

Bu araştırma formu, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalında yürütülmekte olan “Psikotik ve Nevrotik Bozukluğu Olan Bireylere Bakmakla Yükümlü Yakınlarının Bakım Veren Yükü ve Psikolojik Semptomlarının Değerlendirilmesi” isimli Yüksek Lisans tezinde kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Lütfen her soruya size en uygun yanıtı veriniz. Bilimsel çalışmamıza yapmış olduğunuz katkı için teşekkür ediyorum.

Ömer TURAN
Psikolog

BİRİNCİ BÖLÜM BİLGİ FORMU

1. Yaş:

- 24 ve altı
 25-35
 36-40
 41-45
 46-50
 51 ve üstü

2. Eğitim Durumu:

- İlköğretim
 Lise
 Lisans
 Lisansüstü

3. Cinsiyet:

- Erkek
 Kadın

4. Aylık Gelir Durumu:

- 1500 TL ve altı
 1501-2000TL
 2001-2500 TL
 2501 TL ve üstü

5. Hastaya Yakınlığınız:

- Birinci dereceden (Anne-baba, kardeş)
 İkinci dereceden (Akrabalar)
 Diğer (Bakıcı, hayırsever vs.) :.....(Lütfen belirtiniz)

6. Gün içinde hasta ile toplam kaç saat geçirmeniz?

- 3 saatten az
 3-6 saat arası
 6-9 saat arası
 9 saatin üzerinde

7. Kaç yıldır hasta ile ilgilenmektedir?

- 1 yılın altında
 1-5 yıl arası
 5 yılın üzerinde

İKİNCİ BÖLÜM KISA SEMPTOMLAR ENVANTERİ

Araştırmanın bu bölümünde, bakıma muhtaç çocuğu olan aileler ile bakıma muhtaç çocuğa sahip olmayan ailelerin sahip oldukları psikolojik semptomların kıyaslanması amaçlanmıştır. Aşağıdaki envanter öncüllerinden verilen açıklama eşliğinde size en uygun olanını işaretleyiniz.

BELİRTİ TÜRÜ: Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtiler ve yakınmalarının bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin sizi bugün dahil, son bir haftadır ne kadar rahatsız ettiğini yandaki bölmede uygun olan yere işaretleyin. Her belirti için yalnızca bir maddeyi işaretlemeye ve hiçbir belirtiyi atlamamaya özen gösterin.	Hiç	Biraz	Orta Derecede	Epey	Çok Fazla
1. İçinizdeki sınırlılık ve titreme hali					
2. Baygınlık, baş dönmesi					
3. Bir başka kişinin sizin düşüncenizi kontrol edeceği fikri					
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu					
5. Olayları hatırlamada güçlük					
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar					
8. Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu					
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri					
10. İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi					
11. İştahta bozukluklar					
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular					
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme					
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme					
16. Yalnızlık hissetme					
17. Hüzünlü, kederli hissetme					
18. Hiçbirşeye ilgi duymama					
19. Ağlamaklı hissetme					
20. Kolayca incinebilme, kırılma					
21. İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak					
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme					
23. Mide bozukluğu, bulantı					
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu					
25. Uykuya dalmada güçlük					
26. Yaptığınız şeyleri tekrar doğruluğu diye kontrol etme					
27. Karar vermede güçlükler					
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatten korkma					
29. Nefes darlığı, nefessiz kalma					
30. Sıcak-soğuk basmaları					
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak durmaya çalışma					
32. Kafanızın "bomboş" kalması					
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar					
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği					
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları içinde olmak					
36. Konsantrasyonda (dikkati birşey üzerinde toplama) güçlük/zorlanma					
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi					
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme					
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler					
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği					
41. Birşeyleri kırma/dökme isteği					
42. Diğerlerinin yanındayken kendinin çok fazla farkında olmak, yanlış birşeyler yapmamaya çalışmak					
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak					
44. Başka insana hiç yakınlık duymamak					
45. Dehşet ve panik nöbetleri					
46. Sık sık tartışmaya girme					
47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sınırlılık hissetme					
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmeme					
49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetme					
50. Kendini değersiz görme/değersizlik duyguları					
51. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
52. Suçluluk duyguları					
53. Akılınızda bir bozukluk olduğu hissi					

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ (BYÖ)

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

	Hiç	Biraz	Orta Derecede	Epey	Çok Fazla
1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?					
2. Yakınına harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?					
3. Yakınına bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?					
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?					
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?					
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?					
7. Geleceğin yakınına getirebileceklerinden korkuyor musunuz?					
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?					
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?					
10. Yakınımla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?					
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşamadığınızı düşünüyor musunuz?					
12. Yakınına bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?					
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?					
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?					
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?					
16. Yakınına bakmayı daha fazla sürdürmeyeceğinizi hissediyor musunuz?					
17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?					
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?					
19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?					
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?					
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?					
22. Yakınına bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?					

ÖZGEÇMİŞ

05.01.1985 tarihinde Doğubayazıt'ta doğdum. İstanbul Bilim Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji bölümünden 2013 yılında mezun oldum. Lisans eğitimim süresince Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde psikotik hastalarla çalışarak stajımı tamamladım. 2015 yılında Beykent Üniversitesi Klinik Psikoloji bölümüne kayıt hakkı kazanarak yüksek lisans eğitimi tamamladım.

Ömer TURAN

