**T.C.**

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**

**YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ŞİZOFRENİ HASTALARININ PRİMER BAKIM VERİCİLERİNDE YÜK, TÜKENMİŞLİK ve BAŞETME**

**NİLÜFER GÖK**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ**

**AYDIN–2022**

**KABUL VE ONAY**

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Nilüfer GÖK tarafından hazırlanan “Şizofreni Hastaların Primer Bakım Vericilerinde Yük, Tükenmişlik ve Başetme ” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 01/11/2022

(İmza)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Üye (T.D.) | Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ | Aydın Adnan Menderes Üniversitesi | ….… |
| Üye | Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN | Aydın Adnan Menderes Üniversitesi | ……. |
| Üye | Doç. Dr. Sevgi NEHİR | Manisa Celal Bayar Üniversitesi | …….. |

ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün ……………..……..… tarih ve ………………………… sayılı oturumunda alınan …………………… nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Süleyman AYPAK

Enstitü Müdürü

**TEŞEKKÜR**

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

Tez çalışmamda araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hasta yakınlarına,

Çalışmamın istatistiksel değerlendirme aşamalarında bilgi ve destekleri için Serhat MEYDAN ve Hakan ÖZTÜRK’e,

Eğitim sürecim boyunca tüm sabır ve emekleri için Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN, Dr. Öğr. Üyesi Hatice ÖNER ve Dr. Öğr. Üyesi Mehtap KIZILKAYA’ ya,

Candan arkadaşlıkları, emekleri ve destekleri için Arş. Gör. Rüveyda YÜKSEL, Gülçin UZUNOĞLU ve İlkay ARABACIOĞLU’ na,

Her daim desteklerini esirgemeyen, beni bugünlere getiren sevgili annem Nurcan GÜNEŞ ve babam Mazlum GÜNEŞ’ e,

Yine tüm destekleri ve emekleri için annem Emiş GÖK, babam Ahmet GÖK ve kardeşim Gökhan GÖK’ e

Her telaşlı günlerimde yardımıma koşan kardeşimlerim Hakan GÜNEŞ ve Aycan GÜNEŞ’ e

Tez sürecini beraber geçirdiğim sonsuz destekleri için sevgili Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi ekibime,

Tüm yüksek lisans sürecimde yanımda olan canım akrabalarım ve arkadaşlarıma,

Tez çalışmam süresince gösterdiği sabır, özveri ve destekleri için, eşim Mustafa Göksel GÖK’ e, ve güzel kızım Lidya’ ya

**TEŞEKKÜR EDERİM.**

**İÇİNDEKİLER**

KABUL VE ONAY i

TEŞEKKÜR ii

İÇİNDEKİLER iii

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ vii

TABLOLAR DİZİNİ viii

ÖZET xi

ABSTRACT xiii

1. GİRİŞ 1

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1

1.2. Araştırma Sorusu 1

2. GENEL BİLGİLER 2

2.1. Şizofreni Tanımı 2

2.2. Epidemiyoloji 2

2.3. Etiyoloji 3

2.3.1. Genetik Etkenler 3

2.3.2. Çevresel Etkenler 4

2.3.3. Beyin Görüntüleme Bulguları 4

2.3.4. Nörogelişimsel Varsayım 4

2.3.4. Nörokimyasal Varsayım 4

2.4. Hastalığın Seyri 5

2.4.1. Şizofrenide Başlangıç 5

2.4.2. Gidiş ve Sonlanım 5

2.5. Şizofreninin Pozitif ve Negatif Semptomları 5

2.5.1. Pozitif Belirtiler 6

2.5.2. Negatif Belirtiler 6

2.6. Şizofrenide Tedavi 7

2.6.1. İlaç Tedavisi 7

2.6.2. Elektro Konvülsif Tedavi 8

2.6.3. Ruhsal Toplumsal Tedaviler 8

2.7. Bakım Verme ve Bakım Vericilerin Özellikleri 8

2.8. Yük Kavramı 10

2.8.1. Bakım Yükünün Boyutları 11

2.8.2. Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler 12

2.8.2.1. Sosyodemografik Özellikler 12

2.8.2.2. Psikolojik Faktörler 13

2.8.3.Bakım Vericilerin Talepleri 13

2.8.4. Bakım Vermedeki Bağlılık 14

2.9. Tükenmişlik Kavramı 14

2.9.1. Tükenmişliğin Boyutları 15

2.9.1.1. Duygusal Tükenme 15

2.9.1.2. Duyarsızlaşma 16

2.9.1.3. Kişisel Başarıda Düşme Hissi 16

2.9.2. Bakım Vericilerde Tükenmişlik 16

2.10. Bakım Vericilerde Yük ve Tükenmişlik İlişkisi 17

2.11. Baş Etme Kavramı 17

2.11.1. Bakım Vericilerin Baş Etme Stratejileri 18

2.12. Bakım Vericilerde Yük, Tükenmişlik ve Baş Etme 19

2.13. Şizofreni Hastasının Bakım Vericilerine Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları 20

3. GEREÇ VE YÖNTEM 22

3.1. Araştırmanın Tipi 22

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 22

3.3. Araştırmanın Zamanı 22

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 23

3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri 23

3.5.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri 23

3.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri 23

3.6. Veri Toplama Araçları 23

3.6.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Soru Formu 24

3.6.2. Algılanan Aile Yükü Ölçeği (AAYÖ) 24

3.6.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) 25

3.6.4. Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) 25

3.7. Verilerin Toplanması 26

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi 26

3.9. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri 27

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları 27

3.11. Araştırmanın Etik Yönü 28

4. BULGULAR 29

5. TARTIŞMA 79

5.1. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarının Demografik Özelliklerinin Tartışılması 79

5.2. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Demografik Özelliklerinin Tartışılması 82

5.3. Algılanan Aile Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması 84

5.4. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarına İlişkin Demografik Özelliklerine Göre Algılanan Aile Yükü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması 85

5.5. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması 86

5.6. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hasta Bakımına İlişkin Özellikleri İle Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması 88

5.7. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hastalığa İlişkin Eğitim Alma Durumları İle Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması 88

5.8. Şizofreni Hastalarının Bakım Verenlerinde Tükenmişlik Düzeylerinin Tartışılması 88

5.9. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinde Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması 90

5.10. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinde Yük ve Tükenmişlik İlişkisinin Tartışılması 91

5.11. Şizofreni Hastaların Yaş, Hastalık Süresi ve Hastaneye Yatış Sayısı Özelliklerine ve Bakım Vericilerin Tanımlayıcı Değişkenlerine Göre Bakım Vericilerde Algılanan Aile Yükü Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Korelasyon Analizinin Tartışılması 91

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 92

KAYNAKLAR 94

EKLER 106

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu 106

Ek 2. Algılanan Aile Yükü Ölçeği (AAYÖ) 108

Ek 3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) 110

Ek 4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) 112

EK 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF) 114

EK 6. Etik Kurul Kararı 119

Ek 7. Kurumlardan Alınan Çalışma İzinleri 120

BİLİMSEL ETİK BEYANI 123

ÖZ GEÇMİŞ 124

**SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ**

**AAYÖ :** Algılanan Aile Yükü Ölçeği

**DSÖ :** Dünya Sağlık Örgütü

**MTÖ :** Maslach Tükenmişlik Ölçeği

**OKB :** Obsesif Kompulsif Bozukluk

**SBÇTÖ :** Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

**SGK :** Sosyal Güvenlik Kurumu

**SPSS :** Statistical Package fort he Social Sciences

**TRSM :** Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

**TABLOLAR DİZİNİ**

**Tablo 1.** Şizofreni hastalarının sosyodemografik özelliklerinin dağılımı 29

**Tablo 2.** Şizofreni hastalarının tedaviye uyum süreci ve psikoaktif madde (alkol, sigara, uyuşturucu madde vb.) kullanım özelliklerinin dağılımı 30

**Tablo 3.** Şizofreni hastalarına ilişkin yaş, hastalık süresi ve hastaneye yatış sayısı dağılımları 31

**Tablo 4.** Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı 32

**Tablo 5.** Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım süreci ve şizofreniyle ilgili sorulan sorulara verdiği yanıtların dağılımı 33

**Tablo 6.** Bakım vericilere ilişkin bakım vermeyle ilişkili tanımlayıcı istatistikler 34

**Tablo 7.** Araştırmada kullanılan Algılanan Aile Yükü Ölçeğinin tanımlayıcı istatistikleri 38

**Tablo 8.** Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Algılanan Aile Yükü Ölçeği toplam puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması 36

**Tablo 9.** Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Algılanan Aile Yükü Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması 38

**Tablo 10.** Araştırmada kullanılan Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin ve alt boyutlarının tanımlayıcı istatistikleri 41

**Tablo 11.** Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması 42

**Tablo 12.** Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı alt boyutların toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması 46

**Tablo 13.** Bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği toplam puan istatistikleri 50

**Tablo 14.** Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği iyimser yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması 51

**Tablo 15.** Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği kendine güvenli yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması 53

**Tablo 16.** Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği çaresiz yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması 55

**Tablo 17.** Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği boyun eğici yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması 57

**Tablo 18.** Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği sosyal desteğe başvurma alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması 59

**Tablo 19.** Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği iyimser yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması 61

**Tablo 20.** Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği kendine güvenli yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması 63

**Tablo 21.** Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği çaresiz yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması 66

**Tablo 22.** Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği boyun eğici yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması 69

**Tablo 23.** Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği sosyal desteğe başvurma alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması 72

**Tablo 24.** Hastaların yaş, hastalık süresi ve hastaneye yatış sayısı özelliklerine göre Algılanan Aile Yükü Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği toplam ölçek ve alt ölçek puanlarının korelasyon analizi sonuçları 75

**Tablo 25.** Bakım vericilerin tanımlayıcı değişkenlerine göre Algılanan Aile Yükü Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt ölçek toplam puan ortalamalarının korelasyon analizi sonuçları 77

**ÖZET**

**ŞİZOFRENİ HASTALARININ PRİMER BAKIM VERİCİLERİNDE YÜK, TÜKENMİŞLİK VE BAŞETME**

**Gök N. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2022**

**Amaç:** Bu çalışma şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım yükünü, tükenmişlik düzeylerini ve başetme yöntemlerini belirlemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma Aydın ilindeki Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı yataklı servis ve polikliniklerinde, Aydın Devlet Hastanesinde yataklı servis ve polikliniklerinde ve Aydın Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde 183 hastayla Aralık-2018 ve Haziran 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında hastaların ve bakım vericilerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin formun yanı sıra Algılanan Aile Yükü Ölçeği (AAYÖ), Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programından yararlanılarak normal dağılım varsayımı Kolmogorov-Smirnov testi ile kontrol edilmiştir. Bağımsız grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştr. Nicel değişkenler arası ilişkiler Spearman Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. p˂0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmada bakım vericilerin % 73.2’ sinin kadın , %42.6’ sının hastanın eşi, %41.5’ inin emekli, %73.8’ inin başka ruhsal hastalığının olmadığı belirlenmiştir. Bakım vericilerin bakım yükü toplam puan ortalaması 20.77±15.13 olarak bulunmuştur. Bakım vericilerin en yüksek tükenmişlik düzeyi kişisel başarı alt boyutunda görülmüştür. Bakım vericilerin stresle baş etmede en sık başvurdukları yöntemin boyun eğici yaklaşım olduğu bulunmuştur. Hasta ile geçirilen süre arttıkça bakım yükünün arttığı, kişisel başarı puanlarının arttığı baş etmede ise kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurmanın arttığını görülmüştür.

**Sonuç:** Tüm bulgular değerlendirildiğinde, bakım vericilerin sorunlar karşısında uygun baş etme yöntemleri hakkında kapsamlı ve düzenli bir eğitim programı ve danışmanlık almalarının, tükenmişlik düzeylerini ve dolayısıyla bakım yükünü azaltabileceği sonucuna varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Bakım Verici, Baş Etme, Şizofreni, Tükenmişlik, Yük.

**ABSTRACT**

**BURDEN, BURNOUT AND COPING IN PRIMARY CAREGİVERS OF PATİENTS WITH SCHIZOPHRENIA**

**Gök, N. Aydın Adnan Menderes University, Institute of Health Sciences Mental Health and Diseases Nursing Program, Master Thesis, Aydın, 2022**

**Objective:** This cross-sectional study was conducted to determine the burden of care, burnout levels and coping methods of primary caregivers of patients with schizophrenia.

**Material and Methods:** The research was carried out with 183 patients in Aydın Adnan Menderes University Department of Psychiatry, inpatient services and outpatient clinics, Aydın State Hospital inpatient services and polyclinics, and Aydın Community Mental Health Center between December-2018 and June 2022. In addition to the form regarding the sociodemographic characteristics of the patients and caregivers, the Perceived Family Burden Scale (PFBS), the Maslach Burnout Scale (MBS), and the Styles of Coping with Stress Scale (SCSS) were used to collect the data. In the evaluation of the data, the normal distribution assumption was checked with the Kolmogorov-Smirnov test by using the SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) package program. Mann Whitney U test and Kruskal-Wallis H test were used for independent group comparisons. Relationships between quantitative variables were examined by Spearman Correlation Analysis. The p˂0.05 value was considered statistically significant.

**Results:** In the study, it was determined that 73.2% of the caregivers were female, 42.6% was the spouse of the patient, 41.5% was retired, and 73.8% had no other mental illness. The mean total score of caregivers' burden of care was found to be 20.77±15.13. The highest burnout level of caregivers was seen in the sub-dimension of personal achievement. It was found that the most common method used by caregivers in coping with stress was the submissive approach. It was observed that as the time spent with the patient increased, the burden of care increased and personal success scores increased, while the self-confident approach, submissive approach and seeking social support increased.

**Conslusion:** When all the findings were evaluated, it was concluded that a comprehensive and regular training program and counseling by caregivers about appropriate coping methods in the face of problems can reduce their burnout levels and thus the burden of care.

**Keywords:** Burden, Burnout, Caregiver, Coping, Schizophrenia.

**1. GİRİŞ**

* 1. **Problemin Tanımı ve Önemi**

Şizofreni toplumlarda en sık rastlanılan psikiyatrik hastalıklar arasındadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve ülkemizde gerçekleştirilen ruh sağlığı eylem planı (2007) verilerine göre en çok yeti yitimine neden olan 10 hastalıktan biridir (Şevik ve diğerleri, 2012, Randall, 2014).Son yıllarda gelişen teknoloji ve tedavi uygulamaları, politikalar, ekonomik yaklaşımlar sağlıkta da kendini göstermiş ve pek çok kronik hastalığın evde bakımının sürdürülmesine yol açmıştır (Akyar ve Akdemir, 2009).

Kronik psikiyatri hastalarının hastaneden ayrılıp evde bakım süreci geçişine bakacak olursak; sağlık politikalarının kurumsal bakımdan toplum temelli bakıma geçişi benimsemeleri Klorpromazinin keşfi ve antipsikotiklerin kullanımıyla olmuştur. Bu toplum temelli bakıma geçişte psikiyatrik bozukluğu sebebiyle yeti yitimi yaşayan bireyler bakım vericilerle yaşamaya başlamışlardır (Arslantaş, 2018; Arslantaş ve Adana, 2012). Bu sebeple bakım veren, yük, tükenmişlik kavramları ortaya atılmış ve ortaya çıkan sorunlarla baş etme stratejileri önem kazanmıştır. Sağlık çalışanlarının hastaların ve bakım vericilerin ruhsal sağlıklarını korumak için onları desteklemesi, bilgilendirmesi ve tedavi sürecine dâhil etmesi birincil önceliği olmalıdır (Arslantaş ve Adana, 2011). Bakım vericilerin aralıklı olarak yük ve tükenmişlik düzeylerini incelemek, sorunlarla baş etmede etkili yöntemler kullanmalarını sağlamak doğrudan bakım vericilerin dolaylı olarak da hastaların yaşam kalitesini arttırır. Bu sayede hastaların relapsı önlenir ve hastanede kalış süresi kısalır (Etters ve diğerleri, 2008).

**1.2. Araştırma Sorusu**

Şizofreni hastalarının bakım yükü ve tükenmişlik düzeyi nasıldır ve sorunlara karşı baş etmede hangi stratejik yöntemleri uyguluyorlar?

Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin bakım yükü, tükenmişlik düzeyleri ve baş etme yöntemlerini etkileyen faktörler nelerdir?

**2. GENEL BİLGİLER**

**2.1. Şizofreni Tanımı**

Şizofreni, sanrı ve varsanı gibi pozitif semptomlarla görülebilen; duygu ve düşünce sürecinde sığlaşma gibi negatif semptomlar içeren; dikkat, bellek ve algılama sürecinde bozulmalara yol açan, davranışı etkileyen psikiyatrik bir hastalıktır (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018).

**2.2. Epidemiyoloji**

Şizofreni toplumda sık görülmesine rağmen gerçek sıklığı ve yaygınlığı üzerinde değişken veriler bulunmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Amerika’da yapılan geniş alan çalışmasında şizofreni ve şizofreniform bozukluğun bir yıllık yaygınlığı % 1 ve yaşam boyu yaygınlığı ise % 1.5 olarak saptanmıştır (Köroğlu ve Güleç, 2007). Dünya genelinde her yıl yaklaşık olarak 2 milyon yeni vaka ortaya çıktığı bildirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre şizofreni sıklığı Avrupa ve Asya’da % 0.85’tir (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Türkiye verileri ise Binbay ve diğerlerinin 2011’ de yaptıkları çalışmaya dayanır. Buna göre Türkiye’ de şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı 1000 kişide 8.9’ dur (Binbay ve diğerleri, 2011).

Ülkeler arası verilerin farklı olmasıyla birlikte hangi ırkta daha fazla şizofreni hastasının görüldüğüne dair kesin veriler bulunmamaktadır. Kadın ve erkeklerde şizofreni görülme yaygınlığı eşittir. Erkekler kadınlara göre şizofreni hastalığına daha genç yaşlarda yakalanmaktadırlar. Başlangıç yaşı erkeklerde 15-25, kadınlarda 25-35 yaş aralığındadır. Kadınlarda 55-64 yaş aralığında ikinci bir başlama sıklığı görülmektedir. 10 yaşından önce (erken başlangıçlı) ve 45 yaşından sonra (geç başlangıçlı) şizofreni başlangıcı nadir olarak ortaya çıkmaktadır (Kocal ve diğerleri, 2017).

Şizofreni hastalarının özellikle erkeklerde hiç evlenmemiş olma, bekar ve boşanmış olanların oranları yüksektir (Agerbo ve diğerleri, 2004). Düşük sosyoekonomik düzeyde olan ailelerde şizofreni görülme olasılığının yüksek olduğu birçok çalışmada bildirilmiştir. Bu durumun nedeninin düşük sosyoekonomik düzeyin enfeksiyonlar, doğumdan önceki dönemde beslenme ve bakım yetersizliği sebebiyle şizofreniye yatkınlığa sebep olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür (Songur, 2015).

Yapılan aile çalışmalarında ebeveynleri sağlıklı olan kişilerde yaşam boyu şizofreniye yakalanma oranı % 1 iken, hem anne hem de babasında şizofreni olan kişilerde bu oranın % 35’ lere çıktığı tespit edilmiştir. Anne ya da babasında şizofreni olan kişilerde ise bu oran % 13’tür. Şizofrenisi olan birinin birinci dereceden akrabalarında şizofreni ortaya çıkma oranı, genel toplumun hastalığa yakalanma oranına göre 10 kat artmaktadır. 1993 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada ailede şizofreni öyküsüne, kadınlarda daha sık rastlandığı bildirilmiştir (Kocal ve diğerleri, 2017).

Kış sonu-bahar başı gibi doğanlarda, yaz sonu gibi doğanlara oranla şizofreni için istatiksel olarak anlamlı bir risk artışı olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda özellikle gebeliğin ikinci üç ayında karşılaşılan viral enfeksiyonların şizofreni oluşma riskini arttırdığı tespit edilmiştir (Shenton ve diğerleri, 2001).

**2.3. Etiyoloji**

Şizofreninin ortaya çıkış nedeni tam olarak bilinmese de, genetik ve çevresel etkenlerin üzerinde durulmaktadır (Güdük, 2010; Tormoehlen ve Lessick, 2010).

### **2.3.1. Genetik Etkenler**

Şizofreni hastalarıyla yapılan çalışmalarda hastaların birinci derece akrabalarının hastalığa yakalanma riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Öztürk, 2010; Eliüşük, 2008; Kavak, 2011; Yavuz, 2008). Tek yumurta ikizlerinde şizofreniform bozuklukların birlikte görülme oranının çift yumurta ikizlerinde görülme oranlarından daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Literatürde evlat edinme çalışmaları da mevcuttur. Bu çalışmalarda sağlıklı bir aile ortamında yetişmiş olsalar dahi, şizofrenisi olan hastaların çocuklarında, şizofreni olma olasılığı diğer popülasyona göre daha yüksek bulunmuştur (Kalı, 2018; Güdük, 2010).

### **2.3.2. Çevresel Etkenler**

Şizofrenide çevresel etkenler olarak obstetrik komplikasyonlar, madde bağımlılığı ve sosyoekonomik zorluklar sayılmaktadır (Yavuz, 2008).

Gebelikte görülen komplikasyonların, fetal gelişim bozukluklarının ve obstetrik komplikasyonlar ve doğum sonrası dönemde yaşanan zorlukların olması şizofreniye yatkınlığı arttırdığına dair bulgular mevcuttur (Öztürk, 2010; Güdük, 2010).

Şizofreninin oluşumunda sosyoekonomik düzeyin de etkili olduğu bilinmektedir. Düşük sosyoekonomik durum şizofreni oluşumunu arttırmaktadır. Göç etmenin ve şehirde yaşamanın kişideki stres seviyesini arttırdığından şizofreni oluşumuna sebep olduğu bildirilmiştir (Kalı, 2018).

### **2.3.3. Beyin Görüntüleme Bulguları**

Şizofreni hastalarına beyin görüntüleme çalışmaları yapılmış ve sonucunda toplam ventrikül hacminde artış olduğu, tüm beyin hacminde ise azalma olduğu bulunmuştur (Öztürk, 2010, Güdük, 2010).

### **2.3.4. Nörogelişimsel Varsayım**

Şizofreniye beynin gelişim aşamasında meydana gelen yapısal değişikliklerin neden olduğu düşünülmektedir (Kavak, 2011).

**2.3.5. Nörokimyasal Varsayım**

Şizofreni oluşumunda dopamin, serotonin, norepinefrin, glutamat ve GABA gibi nörotransmitterlerin etkili olduğu bilinmektedir (Kalı, 2018).

**2.4.Hastalığın Seyri**

**2.4.1. Şizofrenide Başlangıç**

Hastalığın klinik semptomlarının başlangıcı ani veya kademeli olabilir. Başlangıçta psikososyal bakımdan gerileme görülmekte, çoğunlukla negatif veya özgül olmayan belirtiler eşlik etmektedir. Genellikle psikotik semptomlar davranışsal işlev bozukluğu ve subklinik belirtilerin artmasından önce gelir. Bu dönem genellikle 6.3 yıldır (Üçok, 2008).

### **2.4.2. Gidiş ve Sonlanım**

Hastalığın seyri tedavinin başlangıcından sonra hastaların belirtilerine göre değişiklik gösterir. Hastalığın seyrine göre pozitif, negatif belirtiler ve artakalan belirtiler varlığını gösterebilir (Köroğlu, 2013).

Hastalığın seyrinde cinsiyetler arası farklılıklar olabilmektedir. Erkeklerin sosyal işlevselliğinin kadınlara oranla daha düşük olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Erkek hastalarda ayaktan başvuru sayısı daha azdır. Buna rağmen erkek hastaların daha sık yatarak tedavi gördükleri bildirilmiştir (Karamustafalıoğlu ve diğerleri, 1998).

Hastaların hastalıkları genellikle negatif belirtilerle seyreder ve işlevsellikleri minimal düzeydedir. Ölümle sonuçlanmasa da intihar riskleri bulunmaktadır (Özütek, 2005).

## **2.5. Şizofreninin Pozitif ve Negatif Semptomları**

Şizofreni hastalığının çeşitli semptomlarının oluşu alt tiplerinin belirlenmesine neden olmuştur. Kraepelin pozitif veya negatif olarak adlandırmasa da birinde hastanın canlı ve renkli olduğunu, diğerinde ise yitimlerle seyrettiğini belirtmiştir (Kalı, 2018). Şizofreni hastalığı pozitif ve negatif belirtiler olmak üzere iki grupta sınıflandırılır.

### **2.5.1.Pozitif Belirtiler**

1. Konuşma bozuklukları

* Konuşmada düzensizlik (biçimsel düşünce bozukluğu, dezorganize konuşma): Dinleyenin konuşmayı anlayamadığı düşünce ve konuşmanın dezorganizasyonudur.
* Konuşma dağınıklığı (enkoherans) : Düşünce akışı anlaşılmaz. Sözcükler mantıklı değildir veya gramer özelliklerini kaybetmiştir.
* Çağrışımlarda gevşeklik-düşüncenin raydan çıkması: Hasta geçmişteki bir düşüncedeki çağrışımlarla meşgul olur. Herhangi bir konuya odaklanmakta güçlük çeker (Davison ve diğerleri, 2004; Tormoehlen ve Lessick, 2010).

2. Sanrılar (Hezeyanlar)

Hastanın içgörü eksikliği düşünce içeriğini bozmaktadır. Erotomanik, grandiöz, persekütuar, somatik tip sanrılar vardır. Mellor, dıştan gelen bedensel duyumlar, düşünce yerleştirilmesi, düşüncelerin yayınlanması, düşüncenin çalınması; duyguların başka biri tarafından kontrol edilmesi, yönlendirilmesi, davranışların biri tarafından yönlendirilmesi, dayatılması gibi sanrıları da ele almıştır (Davison ve diğerleri, 2004; Tormoehlen ve Lessick, 2010).

3. Varsanılar (halüsinasyonlar) ve diğer algı bozuklukları

Çevrede uyaran olmamasına rağmen duygusal yaşantılar olarak tanımlanırlar. En sık işitsel varsanıların olduğu bildirilmiştir. Özellikle hastanın kendi düşüncelerinin başkaları tarafından seslendirildiği, tartışılan seslerin olduğu yada davranışlarını yorumladığı işitsel varsanılar görülmektedir. Varsanıya rastlanma oranı düşük olduğundan şizofreni tanısı koymada önemli bir yer tutar. İşitsel varsanıların sıklığından sonra sırayla en sık görsel, kokusal, dokunsal ve tatsal varsanılar görüldüğü bildirilmiştir (Davison ve diğerleri, 2004; Tormoehlen ve Lessick, 2010).

### **2.5.2. Negatif Belirtiler**

Davranışsal sorun olduğu bildirilen avolisyon (istek ve enerji azalması), alogi ( düşünce ve konuşma fakirliği), anhedoni (zevk alamama), duygularda küntleşme gibi belirtilerdir (Davison ve diğerleri, 2004; Tormoehlen ve Lessick, 2010).

-Avolisyon (istek ve enerji azalması): Günlük faaliyetlerin yürütülmesiyle ilgili enerjinin olmaması ve bu faaliyetlere olan ilgisizliktir.

-Alogi (düşünce ve konuşma fakirliği): Konuşmanın miktarının azalmasıyla birlikte içeriğinde bilgi azlığı vardır; tekrarlayıcı ve belirsiz yapıya sahiptir.

-Anhedoni (haz alamama): Hastalar yaptıkları işten veya sosyal aktivitelerden doyum alamaz.

-Duygulanım küntlüğü: Dışarıdan gelen hiçbir uyarana karşı duygusal tepkimenin olmamasıdır. Hasta apatik, yüz kasları sarkık, konuşması tekdüze olabilir.

-Asosyallik: Hastalar yakın ilişki kuramaz ve sürdüremez.

Bunlara ek olarak katatoni, katatonik hareketsizlik, mum esnekliği ve uygunsuz duygudurum da görülebilir (Davison ve diğerleri, 2004; Tormoehlen ve Lessick, 2010).

## **2.6. Şizofrenide Tedavi**

Şizofreninin tedavisi birden fazla yaklaşımı içermelidir. Genel amaç hastalığın yol açtığı semptomları gidermek, devamında da hastalığın tamamen iyileşmesinin sağlanmasıdır. Hastaların çoğu yeterli içgörüye sahip olmadıklarından tedaviye uyum bakımından zorluklar yaşanmaktadır. İlaç tedavisinin yanı sıra aile terapisi, grup terapisi gibi çok boyutlu bir yaklaşım izlemenin daha iyi sonuçlar verdiği gözlenmiştir (Davison ve diğerleri, 2004).

### **2.6.1. İlaç Tedavisi**

Şizofreni de ilk ve en etkin tedavi ajanı olarak antipsikotikler kullanılmaktadır. Antipsikotiklerin etkisi kadar hastaların günlük işlevselliğini bozan yan etkileri de mevcuttur. (Eliüşük, 2008).

Antipsikotikler etki mekanizması bakımından iki gruba ayrılmıştır.

***Tipik antipsikotikler:*** Pozitif belirtilerin giderilmesinde kullanılır. Akut dönem ya da psikotik belirtilerin yoğun olduğu dönemlerde başlanır. Negatif belirtilerde etkisi sınırlıdır (Tormoehlen ve Lessick, 2010).

***Atipikantipsikotikler*:** Tipik antipsikotiklere yanıt alınmadıysa ya da yan etikleri yönünden kullanılamayacaksa atipikantipsikotikler kullanılır. Hem pozitif hem negatif belirtiler üzerinde etkilidir (Tormoehlen ve Lessick, 2010).

### **2.6.2. Elektro Konvülsif Tedavi**

İlaç tedavisiyle birlikte dirençli ya da ilaç yan etkileri nedeniyle sorun yaşayan hastalarda kullanılır. Bu tedavi kafa derisine elektrotlar yardımıyla elektrik akımı gönderilerek yapılmaktadır (Sügün, 2005).

### **2.6.3. Ruhsal Toplumsal Tedaviler**

Şizofreni hastalarının tedaviye uyumu, sosyal becerilerini kazanması sadece ilaç tedavisiyle mümkün olmaz. Aile ve grup terapilerini içeren psikoeğitim, psikoterapi, destekleyici tedavi ve ortam tedavisini de içermelidir (Kalı, 2018).

## **2.7. Bakım Verme ve Bakım Vericilerin Özellikleri**

Bakım verme; kronik hastalığı olan bireye emosyonel, fiziksel ve hatta maddi destek sağlamak, sosyal işlevselliklerine destek olmak, rutin sağlık bakımlarıyla ilgilenmek (ilaç kullanımı, tedavi ve izlemleri), alışverişlerini ve küçük ev işlerini yapmak gibi işlerin yürütülmesidir (Tel ve Ertekin-Pınar, 2013). Yurt dışındaki bakım vericiler aile üyeleri ve bunun yanı sıra bakım evlerinde (nursing home) çalışan bireyleri de kapsamaktadır (Korkmaz, 2014). Ülkemizde genellikle hastalar aileleriyle yaşamakta ve bakım verme genellikle anne, eş, çocuk veya kardeş tarafından yürütülmektedir (Tel ve Ertekin-Pınar, 2013; Çetinkaya-Duman ve Bademli, 2012). Arslantaş ve diğerlerinin (2019) yaptığı çalışmaya göre bakım verenlerin %72.1’ inin kadın, yaş ortalamaları 54.6, eğitim ortalamaları 9.6 yıl, ortalama 12.5 yıldır bakım veren konumunda olduğu bildirilmektedir (Arslantaş ve diğerleri, 2019). Arguvanlı-Çoban ve diğerlerinin (2013) yaptığı çalışmada bakım veren bireylerin 15-76 yaşları arasında olduğu, %75.5’ inin kadın, %83’ ünün evli, %52.8’ inin ev hanımı, %37.7’ sinin hastanın annesi olduğu belirtilmiştir (Arguvanlı-Çoban ve diğerleri, 2013). Esmek’ in (2007) çalışmasında hasta yakınlarının %68’ inin kadın, %28.2’ sinin 20-29 yaş grubunda ve %66’ sının evli, %53.4’ ünün çekirdek ailede yaşadığı, %55.2’ sinin çalışmadığı, %37.9’ unun hastanın eşi olduğu bildirilmiştir (Esmek, 2007). Kaya (2013) yaptığı çalışmada bakım verenlerin %39.23’ ünün 50-64 yaş aralığında olduğunu, %53.08’ inin hastanın annesi ya da babası olduğunu, %45.38’ inin çalışmadığını, %33.85’ inin evde üç kişi yaşadıklarını ve %45.39’ unun bakım verme süresinin 10 yıldan fazla olduğunu belirtmiştir (Kaya, 2013). Korkmaz’ ın (2014) yaptığı çalışmada bakım vericilerin %54.4’ ünün kadın, %45.6’ sının erkek, %72.5’ inin evli, %93.8’ inin çekirdek aileye mensup olduğu, %40’ ının eşi ve çocuklarıyla yaşamakta olduğu, %53.1’ inin çalışmadığı belirtilmiştir (Korkmaz, 2014). Özlü ve diğerlerinin (2015) yaptığı çalışmada bakım verenlerin yaş aralığının 20-65 yaş arasında değişmekte olduğu, yaş ortalamalarının 49.51 olduğu, %71’ inin kadın, %29’ unun erkek, %71.4’ ünün evli, %10.5’ inin bekar, hemen hepsinin hastanın ailesi yada akrabası olduğunu bildirmişlerdir (Özlü ve diğerleri, 2015). Tel ve diğerlerinin (2010) yaptığı çalışmada bakım vericilerin %61.9’ unun kadın, %38.1’ inin 51 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğunu, %74.6’ sının evli, %61.9’ unun çalışmakta olduğunu, %33.3’ ünün hastanın eşi olduğunu ve %71.4’ ünün eşi, çocuğu ve hasta ile birlikte yaşamakta olduğunu belirtmişlerdir (Tel ve diğerleri, 2010). Tel ve Ertekin-Pınar’ ın (2013) yaptığı çalışmada da bakım vericilerin %60.2’ sinin kadın, %42.7’ sinin hastanın eşi olduğu, %73.8’ inin evli, %47.6’ sının ilkokul mezunu olduğu, %56.3’ ünün ise çalışmadığı belirtilmiştir (Tel ve Ertekin-Pınar, 2013).

Bakım veren kişi, hastayla 7 gün 24 saat kesintisiz süre ilgilenen hayatının merkezindeki kişidir ve hastayla sosyal hayat arasındaki köprüdür. Bu durum genellikle seçilemez ve planlanamazdır (Atagün ve diğerleri, 2011). Aileler genellikle bu rolü herhangi bir destek almadan yerine getirir (Çetinkaya-Duman ve Bademli, 2013). Başlangıçta hastalığın ne olduğunu, nelerle karşılaşacaklarını, damgalamaya maruz kalıp kalmayacaklarını bilmemeleri ve hatta ümitsizlik, endişe, korku, suçluluk, diğer aile üyeleriyle çatışma, sosyal ve emosyonel destek eksikliği gibi sorunlarla da karşılaşmaktadırlar (Kaya, 2013). Ayrıca kronik psikiyatrik hastalığa sahip hastaya bakım veren aileler; stres, anksiyete, utanç, suçluluk, korku, çaresizlik, zorlanma, endişe, öfke, kayıp ve depresyon gibi duyguları yaşadıkları literatürde yer almaktadır (Tel ve Ertekin-Pınar, 2013). Bu sebeple bakım verenlerin ruhsal durumları, doğrudan bakım vericileri dolaylı olarak da hastaları etkilemektedir (Arguvanlı-Çoban ve diğerleri, 2013). Bakım vericilerin yaşadıkları bu ve bunun gibi durumlar yük kavramını ortaya çıkarmıştır.

## **2.8. Yük Kavramı**

“Bakım veren yükü” kavramının gündeme gelmesi, 1950 yılında Klorpromazinin keşfiyle birçok antipsikotik ilacın kullanımının başlamasıyla olmuştur. Depo hastanelerin kapanması ve hastaların iyileşme sürecinin toplum içinde sürdürülmesiyle hasta yakınları, beklemedikleri, primer bakıcı rolünü üstlenmişlerdir (Awad ve Voruganti, 2008). Daha sonraki yıllarda aileyi hastalık nedeni olarak gören bakış açısı yerini, ailenin hastaya ve hastalığa karşı tutumunun hastalığın seyrini etkilediğine bırakmıştır. Brown ve arkadaşları, 1962 yılında duygu dışavurumu kavramını geliştirmişlerdir (Gülseren ve diğerleri, 2010). Hasta yakınları da sağaltım planına dahil edilmeye başlanmıştır. Bu gelişmeler aile yükü kavramının oluşmasına ve bu kavramla ilgilenilmesine yol açmıştır. Ailelerin durumuna yönelik çeşitli psikoterapiler ve eğitsel yaklaşımlar önem kazanmaya başlamıştır (Pitschel-Walz ve diğerleri, 2001).

Bakım veren yükü, fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik tepkileri ifade etmek için kullanılır (Atagün ve diğerleri, 2011). Bakım veren yükü bakıcının algısından kaynaklanır ve aktiviteler ve stresörler tarafından etkilenir (Etters ve diğerleri, 2008). Hoening ve Hamilton 1966 yılında yayınladıkları makalede, yükü nesnel (objektif) ve öznel (subjektif) yük olarak ikiye ayırmışlardır (Gülseren ve diğerleri, 2010).

Nesnel (objektif) yük, hastanın rahatsız edici davranışları yada hastalığın neden olduğu ekonomik zorluklar, gelir kaybı, günlük ve sosyal yaşamdaki kısıtlanmalar, ev ortamının gerginliği, aile üyelerindeki beden ve ruh sağlığı üzerindeki etkileri gibi gözlemlenebilen ve doğrulanabilen yönü olarak tanımlanır. Hastalığın neden olduğu bakım verenlerin direkt olarak etkilendiği zorluklar (yardım, danışmanlık, kontrol, ödeme gibi), deneyimler (sosyal ilişkilerde rahatsızlık ve aile içi ilişkide zorlanmalar) veya bireyin kendi yaşamında bir şey (hobi, iş vb.) yapmamasıdır (Arslantaş ve Adana, 2011).

Öznel (subjektif) yük, yaşanan bu zorlukların aile üyelerine ne ölçüde rahatsızlık verdiğini tanımlamak için kullanılır (Awad ve Voruganti, 2008). Arslantaş ve AdanaMaurin ve Boyd (1966) öznel yükü hastanın rahatsızlığı sonucu aileye çıkan duygusal maliyet olarak tanımlamıştır. Bu maliyetler, kapana kısılmışlık hissi, ev içinde kapatılmış olma, sosyal izolasyon, diğerlerine karşı sorumluluk duygusu, davranışlara yönelik duygusal gerginlik olarak ifade edilir. Bu gerginlik; endişe, bunaltı, etiketlenme, utanç ve suçluluk belirtilerini içerir (Arslantaş ve Adana, 2011).

Bakım verici olma aynı zamanda depresyona yatkınlığı artırır. Akyar ve Akdemir’ in (2009) yaptığı çalışmada bakım vericilerin %66’ sının tanı konulmuş hastalığı olduğunu, bunların ise %75.6’ sının depresyon olduğunu belirtmişlerdir (Akyar ve Akdemir, 2009). Gülseren ve diğerlerinin (2010) belirttiğine göre; hasta yakınlarına yönelik genel ruhsal durumlarını belirlemek için Genel Sağlık Anketi ve Hastane Anksiyete-Depresyon Skalası kullanılan çalışmada hasta yakınlarının %36’ sının ölçek puanının yüksek olduğu bildirilmiştir (Gülseren ve diğerleri, 2010). Aydın ve diğerleri (2009) yapmış oldukları çalışmada günlük bakım verme süresiyle aile üyelerindeki anksiyete ve depresyon belirti şiddetinin ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (Aydın ve diğerleri, 2009).

**2.8.1. Bakım Yükünün Boyutları**

Şu şekilde gruplandırılabilir:

1. Direk bakımla ilgili işler: Hastanın bakım ihtiyacına bağlı hastanın gözlemi ile ölçülen işlerdir.
2. Direk bakımla ilgili olmayan işler: Evdeki bakım vermenin dışındaki diğer işlerdir. Hastanın hastalığı sonrasında diğer aile üyelerine devrettiği işlerdir.
3. Hastanın duygusal ihtiyaçları ile uğraşmak: Ailenin bazı üyeleri yada tamamı hastanın acılarına ve kaygılarıyla uğraşmaya kendilerini adamışlardır.
4. Diğer yaşam rollerinde bakım vermenin sonuçları: Bakım vermenin evdeki birincil rolü olduğunu düşünebilir. Sorumlulukların artması bireysel ihtiyaçlarını ertelemelerine neden olur (Arslantaş ve Adana, 2012).

**2.8.2. Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler**

**2.8.2.1. Sosyodemografik Özellikler**

*Cinsiyet*: Hastanın erkek, bakıcı aile üyesinin kadın olmasının aile yüküyle ilişkili olduğu belirtilmektedir. Erkek hastaların beklenilen çalışma, aileye ekonomik olarak katkı sağlama gibi rolleri üstlenmemeleri ailenin daha fazla yük hissetmelerine sebep olduğu belirtilmektedir (Gülseren ve diğerleri, 2010; Nasr ve Kausar, 2009). Aydın ve diğerlerinin (2009) ve Kaya’ nın yaptığı çalışmalarda (2013) cinsiyet ile yük arasında bir ilişki olduğu belirtilmemiştir (Aydın ve diğerleri, 2009; Kaya, 2013). Etters ve diğerlerinin (2008) yaptığı çalışmada kadın bakım vericilerin erkek bakım vericilere göre daha fazla depresif belirtiler ve sağlık sorunlarıyla karşılaştıklarını bildirmişlerdir (Etters ve diğerleri, 2008).

*Yaş:* Li ve diğerlerinin (2007) yaptığı çalışmada, genç hastalara bakım verenlerin hastalarla daha uzun süre ilgilenmek durumunda oldukları için bakım yükünün daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Li ve diğerleri, 2007). Aydın ve diğerlerinin (2009) yaptığı çalışmada ise hastanın yaşı arttıkça bakım verme yükünün de arttığı bildirilmektedir (Aydın ve diğerleri, 2009). Kaya’ nın (2013) yaptığı çalışmada bakım verenin yaşı arttıkça bakım yükünün azaldığı bildirilmektedir (Kaya, 2013). Almberg ve diğerlerinin (1997) yaptığı çalışmada ise bakım verenin yaşlı olmasının bakım veren yükünü arttırdığı bildirilmektedir (Almberg ve diğerleri, 1997).

*Sosyoekonomik durum*: Kaya’ nın (2013) yaptığı çalışmada hastanın emekli olması aile yükünü azaltan durum olarak bildirilmiştir (Kaya, 2013). Roıck ve diğerleri (2007) çalışan hastaya bakım vermenin bakım veren yükünü azalttığını bildirmektedirler (Roıck ve diğerleri, 2007). Hastanın çalışamaz hale gelmesiyle gelir kaybı ve tedavi masraflarının aileyi zorlamasıyla ailede süregelen sağlık sorunları da ek bir stres kaynağı oluşturarak yükü arttırabilir (Gülseren ve diğerleri, 2010). Maldonado ve diğerlerinin (2005) yaptığı çalışmada bakım vericiler hastanın bakımına yeterli para bulamadıklarını ve bu yüzden bakım veren yükünün arttığını bildirmişlerdir (Maldonado ve diğerleri, 2005). Caqueo-Urízar ve diğerlerinin (2011) yaptığı çalışmada hastanın çalışma durumu ile bakım verici yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir (Caqueo-Urízar ve diğerleri, 2011). Kaya (2013) yaptığı çalışmada ailede gelirin giderden az olmasının bakım verici yükünü arttırdığını belirtmiştir (Kaya, 2013).

*Sağlık:* Sağlık sorunları olan bakım vericilerin daha fazla yük duygusu tanımladığı bildirilmektedir (Chou, 2000). Ayrıca hastaların tekrarlayan hastane yatışlarının bakım veren yükünü arttırdığı bildirilmektedir (Van Der Voot ve diğerleri, 2007).

*Irk ve Kültür:* Kültür, ailesel sorumlulukları arttırır ve bakım veren yükünü etkiler. Ancak bakımdan kaynaklanan sıkıntılar farklı şekillerde dile getirebilirler. Örneğin, Kafkas bakım vericilerin Afrikalı Amerikalı bakım vericilerden daha fazla depresyon ve stres altında oldukları belirlenmiştir. Bu iki kültürün bakım deneyimlerinin aynı olduğu fakat Kafkas bakım vericilerin Afrikalı Amerikalı bakım vericilerine göre ifade biçimlerinin farklı olduğu için sonuçların farklı bulunduğu bildirilmiştir (Etters ve diğerleri, 2008).

**2.8.2.2. Psikolojik Faktörler**

*Yükümlülük ve sorumluluk hissi:* Kronik psikiyatri hastasına bakım verenlerdeki sorumluluk duygusu ve verilen bu bakımın sürekli olması sebebiyle bakım verenler sosyal olarak kendilerini arka plana atabilirler. Bakım verici ebeveynler çocuklarının rahatı için kendi hoşlandıkları eylemlerden kendilerini kısıtlayabilir ve bu nedenle sosyal izolasyon oluşabilir (Chou, 2000).

*Duygusal yakınlık, karşılıklı ilişki ve aile ilişkileri*: Yapılan çalışmalarda, aile içi olumlu ve sağlıklı ilişkinin yük duygusunu azalttığı bildirilmektedir. Aynı çalışmada güçlü aile bağının, bakım veren yükünü azalttığı da bildirilmektedir (Chou, 2000). Hasta ile olan ilişkilerin zorluğu bakım veren yükünü arttırır (Van Der Voot ve ark, 2007). Etters ve diğerleri (2008) yaptıkları çalışmada hastanın eşi olmanın bakım veren yükünü arttırdığını bildirmişlerdir (Etters ve diğerleri, 2008).

**2.8.3. Bakım Vericilerin Talepleri**

*Birincil talepler*: Hastanın rahatsız edici davranışının derecesiyle ve sınırlı fonksiyonuyla ilgilidir (Arslantaş ve Adana, 2011).

*İşlevsel sınırlılığın derecesi*: Hastanın günlük yaşamıyla ilgili bakım verene olan bağımlılığı bakım yükünü arttırır (Arslantaş ve Adana, 2011).

*Rahatsız edici davranışın varlığı*: Aydın ve diğerlerinin (2009) yaptığı çalışmada belirti örüntüsüyle bakım veren yükü arasında bir ilişki olmadığı bulunmuştur (Aydın ve diğerleri, 2009). Gülseren ve diğerleri (2010), hasta olan yakınlarından şiddet gören aile üyelerinin daha fazla yük duygusuna sahip olduklarını bildirmişlerdir (Gülseren ve diğerleri, 2010). Cuipers ve Stam’ ın (2000) yaptığı çalışmada hastanın rahatsız edici davranışlarının bakım vericilerde öznel yükü etkilediği bildirilmiştir (Cuipers ve Stam, 2000).

*İkincil talepler*: Arslantaş ve Adana (2011)’ nın bildirdiğine göre bakım verene yönelik ikincil talepler aile, iş ve toplumdan gelebilir. Hane halkı geliri bakım verici yükünün en önemli belirleyicilerinden biri olarak bildirilmiştir. Bakım verenin tek başına bakım veriyor olması bakım yükünü arttırır (Arslantaş ve Adana, 2011).

**2.8.4. Bakım Vermedeki Bağlılık**

*Zaman*: Igberase ve diğerlerinin (2012) yaptıkları çalışmada, bakım vericilerin bakım verme süresi uzadıkça bakım yükünün azaldığını bildirmişlerdir (Igberase ve diğerleri, 2012). Kaya (2013) hastaya bakım vermenin süresi uzadıkça bakım veren yükünün arttığını bildirmektedir (Kaya, 2013). Lauber ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada bakım verme süresinin uzamasıyla bakım yükünün arttığını bildirmektedir (Lauber ve diğerleri, 2003). Cuipers ve Stam’ ın (2000) yaptığı çalışmada iki yıldan fazla bakım veren bakım vericilerin subjektif yük puanlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (Cuipers ve Stam, 2000).

*Görev içeriğinin sayısı:* Arslantaş ve Adana (2011)’ nın bildirdiğine göre yük ve görev algısı doğru orantılıdır (Arslantaş ve Adana, 2011).

## **2.9. Tükenmişlik Kavramı**

İlk kez 1974 yılında Freudenberger’ in yazdığı bir makalede “mesleki bir tehlike” olarak nitelendirilmiştir. “Başarısız olma, yıpranma, aşırı yüklenme sonucu güç ve enerji kaybı veya karşılanamayan istekler sonucu bireylerin iç kaynaklarında tükenme durumu” olarak tanımlanmaktadır. Sağlam-Arı ve Çına-Bal (2008)’ ın bildirdiğine göre Maslach tükenmişliği şöyle açıklamaktadır: İşyerindeki stres artırıcı unsurlara karşı bir tepki olarak uzun sürede ortaya çıkan psikolojik bir sendromdur. Yine Sağlam-Arı ve Çına-Bal (2008)’ ın bildirdiğine göre Pines ve Aranson tükenmişliği “duygusal talepler gerektiren durumlara uzun süre maruz kalmanın neden olduğu fiziksel, duygusal ve zihinsel tükenme durumu” olarak tanımlamaktadırlar (Sağlam-Arı ve Çına-Bal, 2008).

Stresin üç aşaması vardır: alarm, direniş ve tükenmedir. Bedensel ve ruhsal sınırlarının aşırı zorlandığını hisseden birey bu uyarandan kaçarak ya da savaşarak eski uyum düzeyine dönmeye çalışır. Fiziksel ve duygusal enerjinin mücadelesiyle stres faktörü direnişle yok edilmeye çalışılır. Eğer sorunla başa çıkılırsa direniş sonlanır. Ancak uyaran şiddeti fazla ve stres faktörüne uzun süre maruz kalındıysa tükenme dönemi ortaya çıkar (Sağlam-Arı ve Çına-Bal, 2008). Tükenmişliğin başlıca belirtileri şunlardır: enerji kaybı, motivasyon eksikliği, başkalarına karşı olumsuz tutum ve isteksizliktir. Tükenme durumunda bireylerde yorgunluk ve bitkinlik hissi, baş ağrısı, uyku bozuklukları, gastrointestinal sorunlar ve kilo kaybı, solunum güçlüğü, psikosomatik hastalıklar, sinirlilik, öfke, bilişsel becerilerde güçlük, hayal kırıklığı, çökkün duygudurum, anksiyete, sabırsızlık, benlik saygısının azalması, kaza ve yaralanmalarda artış gibi belirtiler de görülebilmektedir (Tel ve Ertekin-Pınar, 2013). Bir uğraşı yada mesleki tükenmişlik önce, bireylerarası ilişkilerde yoğunluk ve önemli ölçüde rol yada iş stresi içermesiyle ilgilidir. Tükenmişlik sunulan hizmeti ve hizmetin kalitesini negatif yönde etkiler (Sağlam-Arı ve Çına-Bal, 2008).

**2.9.1. Tükenmişliğin Boyutları**

Tükenmişlik kavramı; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda düşme hissi olarak üç boyuttan oluşur (Sağlam-Arı ve Çına-Bal, 2008).

**2.9.1.1. Duygusal Tükenme**

Bireyde yorgunluğun, enerji eksikliğinin, duygusal yönden yıpranma gibi belirtilerin hissedildiği boyutudur. Tükenmişliğin içsel boyutu olarak bilinen bu durum en kritik ve en belirleyici olanıdır. Duygusal tükenmişlik yaşayan birey görevi olduğu işi geçmiş dönemlerdeki Kadar İyi Yapmadığını Düşünür (Sağlam-Arı Ve Çına-Bal, 2008).

### **2.9.1.2. Duyarsızlaşma**

Duyarsızlaşma, bireyin hizmet sunduğu kişilere karşı birer birey olduklarını dikkate almaksızın duygudan yoksun tutum ve davranışlar sergilediği boyutudur. Birey insancıllıktan uzaklaşmış, alaycı, küçümseyen, katı, duygusuz ve kayıtsız bir tutum içerisine girmiştir (Sağlam-Arı ve Çına-Bal, 2008). Küçültücü bir dil kullanma, insanları kategorize etme, katı kurallara göre iş yapma ve endişe duyarsızlaşmanın belirtileri arasındadır. Duyarsızlaşma, tükenmişliğin kişiler arası boyutunu ifade etmektedir (Budak ve Süregevil, 2005).

### **2.9.1.3. Kişisel Başarıda Düşme Hissi**

Bu kavram “kişinin kendisini olumsuz değerlendirme eğiliminde olması” nı ifade etmektedir. Bu boyutta birey yetersizlik duygusu yaşar. Birtakım işleri gerçekleştirmek için yetkin olmadığını hisseder ve buna bağlı motivasyonu düşer. İşlerinde ilerleme kaydetmediği gibi gerileme olduğunu, çabalarının sonuçsuz olduğunu hatta çevresinde fark yaratamadığını düşünür (Sağlam-Arı ve Çına-Bal, 2008).

### **2.9.2. Bakım Vericilerde Tükenmişlik**

“Akraba ya da arkadaşların gerekli primer bakımı sağlamasıyla ortaya çıkan sonuçların bakım verici üzerinde gözlenen ve algılanan durumu” olarak tanımlanabilir. Bu durum bakım verende fiziksel, sosyal ve ruhsal rahatsızlıklara neden olur. Bakım verici tükenmişliğinin objektif ve subjektif olmak üzere iki boyutu vardır. Objektif tükenmişlik gözlenen ve ölçülen sonuçlardır. Subjektif tükenmişlik ise bakım verenin içinde bulunduğu duruma verdiği değer olarak algılanabilir (Yaşar, 2008).

Angermayer ve diğerleri (2006) psikiyatri hastalarının bakım vericilerinin %23.3’ ünün duygusal tükenme, %26.3’ ünün duyarsızlaşma, %27.8’ inin kişisel başarıda yetersizlik yaşadığını bildirmektedirler (Angermayer ve diğerleri, 2006). Yılmaz ve diğerlerinin (2009) yaptığı çalışmada bakım verenlerin duyarsızlaşma puanlarının yüksek olduğu bildirilmiştir. Çalışmalar tükenmişliği durumsal faktörlerin (demografik özellikler gibi) ve kişisel faktörlerin (baş etme stratejileri gibi) de etkilediğini göstermiştir (Yılmaz ve diğerleri, 2009). Tel ve Ertekin- Pınar’ ın (2013) yaptığı çalışmada 36-40 yaş aralığındaki bakım vericilerin tükenmişlik puanları, 18-25 yaş aralığındaki bakım vericilerin tükenmişlik puanlarından yüksek olduğu bildirilmiştir (Tel ve Ertekin-Pınar, 2013). Yapılan çalışmalarda kadın bakım vericinin tükenmişlik puanlarının erkek bakım vericilerin tükenmişlik puanlarından daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Yılmaz ve diğerleri, 2009; Almberg ve diğerleri, 1997).

## **2.10. Bakım Vericilerde Yük ve Tükenmişlik İlişkisi**

Travma Sonrası Stres Bozukluğunda eşlerin yükleri hastalara yardımcı olamamaktan onları tatmin edememelerinden dolayı bakım vericide tükenmişliğe neden olur. Klarić ve diğerlerinin (2010) yaptıkları çalışmada bakım verenin yükü arttıkça tükenmişliğin de arttığını bildirmişlerdir (Klarić ve diğerleri, 2010). Bakım verenlerin itaatkâr yaklaşımı örneğin “ Bu benim kaderim” diyerek problemleri kötü şansa bağlaması tükenmişliği ve bakım veren yükünü arttırır (Yılmaz ve diğerleri, 2009). Cuipers ve Stam (2000) yaptığı çalışmada hastanın eşi olmanın bakım veren yükünü arttırdığını ve bu bakım vericilerin duygusal tükenmişlik puanlarının da yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Cuipers ve Stam, 2000). Almberg ve diğerleri (1997), bakım verenlerin sosyal hayattan kendilerini kısıtlamaları, olumlu bakış açılarının azalması, subjektif zayıf sağlık algılarının olması, aile içi çatışmaların olması bakım verenlerin subjektif yükünü ve tükenmişliğini arttırdığını bildirmişlerdir (Almberg ve diğerleri, 1997).

## **2.11. Baş Etme Kavramı**

Baş etme, kişinin kendisine yönelik stres yaratan durumlar ve olaylar karşısında dayanma amacı gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler olarak tanımlanır. Kişinin kullandığı baş etme yöntemleri yaş, cinsiyet ve kişisel farklılıklar gibi faktörlerle değişiklik gösterir (Ağargün ve diğerleri, 2005).

Strese karşı kişi ya ayrı ya da birlikte iki yol dener. Kişi kendisindeki stresli durumu ya da olayı değiştirmeye çalışırsa bu çabaya “Probleme Dayalı Baş etme” denir. Kişi stresli duruma veya olaya karşı oluşan duygularını mevcut stresli durumu hafifletmek için uğraşır ve kendini değiştirme çabası gösterirse buna “Duygu Odaklı Baş etme” denir (Çam ve Engin, 2014).

Probleme dayalı baş etme yönteminde önce sorun tanımlanır, soruna yönelik alternatifler bulunur ve uygulanır. Duygu odaklı baş etmede ise bastırma, yansıtma, mantığa bürünme gibi savunma mekanizmaları kullanılır ve gerçek olduğundan farklı algılanmaya çalışılır. Fiziksel egzersizler, öfkeyi dışa vurma, dostlarından destek alma gibi bazı davranışsal çabalarla sorun zihinden atılmaya çalışılır (Yıldız, 2016). Duygu odaklı baş etmenin, stres karşısında probleme dayalı baş etmeden daha az etkili olduğu bildirilmiştir (Arslantaş, 2018).

### **2.11.1. Bakım Vericilerin Baş Etme Stratejileri**

Kronik ruhsal hastalıklar, hastanın olduğu kadar bakım vericilerin de yaşamını olumsuz etkiler ve strese neden olurlar (Yıldız, 2016). Bakım vericilerin kullandıkları iki tür baş etme örüntüsü tanımlanmıştır. Probleme dayalı baş etme stratejileri, sorun olan durumları değiştirmek ve sorunu çözme, bilgiyi arama veya olumlu iletişim yolları geliştirme gibi konuları içerir. Bireyler duygu odaklı baş etme stratejilerini kaçınma ya da vazgeçme şeklinde kullanırlar (Arslantaş, 2018; Etters ve diğerleri, 2008).

Yıldız (2016) yaptığı çalışmada bakım vericilerin baş etme yöntemi olarak en sık “Kendine Güvenli Yaklaşım” kullandığını bildirmiştir (Yıldız, 2016). Akpınar (2013)’ ın belirttiğine göre, kendine güvenli yaklaşım, stres verici olay ya da durumlar karşısında bireyin bu durumla ya da olayla etkili bir şekilde başa çıkabilmek için özgüveninin yüksek olduğu ve planlı bir yol izleyerek problemle başa çıkabilme tutumu olarak tanımlanmaktadır (Akpınar, 2013). Çalışmada ağırlıklı olarak bakım verenlerin problem odaklı yaklaşımları tercih ettiklerini bildirmiştir (Yıldız, 2016). Yıldız (2016)’ın bildirdiğine göre, Folkman ve Lazarus’ a göre durumun değişebileceğini farkettiklerinde bakım vericilerin sorun çözme, karar verme, harekete geçme gibi etkili baş etme yöntemleri geliştirdiklerini, durumun değişemez olduğunu farkettiklerinde ise kabul etme, inkâr ve uzlaşmaya çalışmak gibi etkisiz baş etme yöntemlerini tercih ettiklerini göstermişlerdir. Yıldız (2016) evli olan bakım verenlerin boyun eğici yaklaşımı daha çok tercih ettiklerini bildirmiştir. Bu durumun oluşmasını; evli olan bakım verenlerin ev, iş ve aile sorumluluklarının daha fazla olduğu, bu durumda kişinin dayanıklılığını azalttığı ve dolayısıyla sıkıntılı durumlar için etkisiz baş etme stratejileri kullandıklarını bildirmiştir (Yıldız, 2016). Chadda ve diğerleri (2007) şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastaların bakım verenlerinde problemlerin çözümünde duygu odaklı (Özellikle kaçma/ kaçınma davranışı) yöntemlerini kullandıklarını bildirmişlerdir (Chadda ve diğerleri, 2007). Lakiska ve diğerleri (2000) yaptıkları çalışmada bakım verenlerin hastaların olumsuz belirtileri ve hoş olmayan davranışlarıyla baş etmede duygu odaklı baş etme tekniklerini kullandıklarını bildirmişlerdir (Lakiska ve diğerleri, 2000).

## **2.12. Bakım Vericilerde Yük, Tükenmişlik ve Baş Etme**

Bakım vericilerin baş etme stratejileri bakım veren yükü algılarını ve tükenmişlik düzeylerini etkiler (Etters ve diğerleri, 2008). Arslantaş (2018)’ ın bildirdiğine göre çalışmalarda baş etmeyi en çok etkileyen faktörler; bakım vericinin yük seviyeleri, işlev bozuklukları ve yüksek duygu dışavurum seviyeleri, bakım vericide kaçınma, işinden istifa etme, bakım vermede zorlanma gibi bir takım uyumsuz ve duygu odaklı stratejileri kullanmaktır (Arslantaş, 2018). Bakım vericilerin boyun eğici yaklaşımı baş etme stratejisi olarak kullanması bakım veren yükünü ve tükenmişliği arttırdığı bildirilmektedir (Yılmaz ve diğerleri, 2009).

Yıldız (2016) yaptığı çalışmada bakım veren yükü arttıkça stresle baş etmede kendine güvenli, çaresiz ve boyun eğici yaklaşımların da arttığı bildirilmektedir. Ayrıca bakım yükü arttıkça sosyal destek arama yaklaşımlarının azaldığını ve dolayısıyla tükenmişliğin de arttığını bildirmektedir (Yıldız, 2016). Özlü ve diğerlerinin (2015) yaptıkları çalışmada bakım verenlerin yükü arttıkça çaresizlik ve kaderci yaklaşımın da arttığı bildirilmektedir (Özlü ve diğerleri, 2015). Başka bir çalışmada OKB hastalarının bakım verenlerinin utanma ve damgalamaya karşı hastanın semptomlarını inkar ettikleri belirtilmekte, bu nedenle de yükleriyle ilgili sessiz kaldıkları belirtilmektedir (Stengler- Wenzke ve diğerleri, 2004). Kaçınma davranışını başetme stratejisi olarak kullanan bakım vericilerin, bakım veren yükü ve tükenmişliği artabilmektedir (Di Mattei ve diğerleri, 2008).

Bakım verenlerde yük sadece günlük işleyişi bozmaz, sürekli bir stres kaynağı oluşturur. Bu stresin nasıl yönetildiği hastaların hastalıklarının seyrini etkileyeceğinden bakım verenlerin baş etme stratejilerini anlamamız önemlidir (Scazufca ve Kuipers, 1999; Nehra ve diğerleri, 2005). Bakım verenler tarafından hastalık farkındalığı ve uygun baş etme yöntemi edinmek ile bakım veren yükü ve tükenmişliği azaltılabilir (Van Der Voot ve diğerleri, 2007).

## **2.13. Şizofreni Hastasının Bakım Vericilerine Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları**

Kronik ruhsal hastalığı olan kişilerin yakınlarının bakım verme sürecinde aile işlevselliğini sürdürmek için kullandıkları baş etme yöntemlerinin yetersiz olduğu ve bakım vericilerin baş etmelerini geliştirmek için profesyonel desteğe gereksinim duydukları bildirilmektedir (Liu ve diğerleri, 2007). Aileler hastanın bakımını sağlayan birincil kaynak olmasına rağmen, sağlık çalışanlarının desteğine ve uyguladıkları aile müdahalelerine ihtiyaç duymaktadırlar (Karancı, 2000, Arslantaş ve Adana, 2011).

Psikiyatri hemşirelerinin önemli işlevlerinden biri sağlık eğitimidir. Çalışmalarda şizofreni hasta ve ailelerinin yaşadıkları güçlükler nedeniyle sağlık eğitimine gereksinim duydukları bildirilmektedir (Chien ve diğerleri, 2001; Chien ve Norman, 2003). Psikoeğitim genel olarak hasta ve aileler için yapılandırılmış, bilişsel, davranışsal ve psikososyal tedavi yaklaşımlarını anlatmak için kullanılmaktadır. Psikoeğitimin amacı; hasta ve ailelere bilgi vermek, duygusal destek sağlamak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve stresle başa çıkma yeteneklerini arttırmaktır (Yurtsever ve diğerleri, 2001). Özellikle şizofreni gibi kronik ruhsal hastalıklarda psikoeğitim uygulamalarının rutin tedavi programları içinde yer alması son derece önemlidir. Psikoeğitimsel programların hastaların ve hasta yakınlarının topluma uyumunu kolaylaştırdığı, semptomların kontrol altına alınmasının, hastaların bireysel işlevselliklerinin arttırılmasının, hemşirelerin de içinde bulunduğu sosyal desteğin, ailenin bakım yükünü azalttığı vurgulanmaktadır (Arslantaş ve diğerleri, 2009; Gournay, 2000).

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

Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireleri, ailenin bakım yükü ve tükenmişlik düzeylerinin azaltılmasında etkili olabilecek aileye yönelik müdahalelerin belirlenmesi ve geliştirilmesi için araştırmalar planlamalıdırlar. Yapılacak araştırmalar ile ailelerin bakım yükü, tükenmişlik düzeyleri ve stresle baş etmede hangi yöntemleri kullandıkları öğrenilerek bakım sürecinin değerlendirmesi yapılabilir ve bu süreç sonunda çeşitli müdahaleler geliştirilebilir (Arslantaş ve Adana, 2011). Yapılan çalışmalarda hemşirenin şizofreni hastalarının ailelerine yönelik eğitim ve danışmanlık rolünü kullanarak hasta ve bakım vereni destekleyip bakım vericilerin bakımda yaşadıkları zorlukları en aza indirme sorumluluğu olduğu vurgulanmıştır (Dixon, 1999; Gournay, 2000). Hemşireler; aileye, şizofreni ve tedavisi hakkında bilgilendirme, hastalıkla baş etme ve sorun çözme becerilerini kazandırmak, ailelere zorlandıkları bakım sürecindeki rollerini öğretip, benimsetebilmek gibi konularda bireysel ve grup psikoeğitimi planlayarak profesyonel destek sağlayabilirler (Goldstein, 2000; Gall ve diğerleri, 2002).

**3. GEREÇ VE YÖNTEM**

## **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu çalışma şizofreni hastalarının bakım vericilerinde bakım yükü, tükenmişlik düzeyleri ve tükenmişliğin bakım verenlerin yükü ile olan ilişkisini ve bakım verenlerin baş etmede hangi stratejik yöntemleri kullandıklarını incelemek amacıyla analitik/kesitsel olarak yapılmıştır.

## **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma, Aydın ilinde Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi’ nin yataklı servisinde ve polikliniklerde başlatılmıştır. 24 yataklı serviste 5 öğretim üyesi, 18 araştırma görevlisi ve 9 hemşire çalışmaktadır. 4 adet ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniği bulunmaktadır. 1 adet psikolog ünitesi polikliniği bulunmaktadır.

Araştırmanın yapılma tarihleri içerisinde şizofreni hastalarının takiplerine bakım vericilerle gelmeyişi ve araştırmacının belirli saatler içerisinde araştırma merkezinde bulunması gibi nedenlerle belirlenen yeterli sayıya ulaşılamadığından araştırma merkezlerine gerekli izinler alınarak Aydın Devlet Hastanesi yataklı servisi ve polikliniği ve Aydın Toplum Ruh Sağlığı Merkezi de dahil edilmiştir.

## **3.3. Araştırmanın Zamanı**

Araştırmanın veri toplama süreci Aydın ilindeki Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Aydın Devlet Hastanesi ve Aydın Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Aralık 2018- Haziran 2022 tarihleri arasında yapılmıştır.

## **3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırma örneklemi hesaplanırken Magliano ve arkadaşlarının (1998) yaptığı çalışmanın sonuçlarından yararlanılmıştır. Araştırma örneklemi evreni bilinmeyen örneklem yöntemi ile güven aralığı %95, alfa: %5 kullanılarak hesaplanmıştır. Hesaplamaya göre örneklem sayısı 217 olarak belirlenmiştir. Örnekleme alınacak bakım vericiler tabakalar içinden “Basit Rastgele Örnekleme Yöntemi” ile seçilmiştir. Bu örnekleme yöntemine göre, hastaların isimlerine numara verilerek sıralanmış ve basit rastgele sayılar tablosu kullanılarak örnekleme alınacak hastaların bakım vericileri belirlenmiştir. Ancak belirlenen tarih aralığında araya pandemi sürecinin girmesi, psikiyatri kliniklerinin kapanması nedeni ile 183 primer bakım vericiyle çalışma tamamlanmıştır.

## **3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri**

### **3.5.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri**

* 18 yaş ve üzeri, birincil bakım veren konumunda olma,
* Okur-yazar olma,
* En az 1 yıldır bakım verici konumunda olma.

### **3.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri**

* Bakım veren bireylerin herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığın olması,
* Görme ve işitme engeline sahip olmak.

## **3.6. Veri Toplama Araçları**

Veriler, aşağıdaki veri toplama araçları kullanılarak edinilmiştir.

**3.6.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Soru Formu**

İlgili literatür incelenerek oluşturulan hastanın Sosyodemografik özelliklerini içeren 13 soru, bakım vericinin Sosyodemografik özellikleri ve hastalıktan etkilenme durumlarını içeren toplam 31 sorudan oluşmaktadır (Kaya, 2013; Çabuk, 2014; Arslantaş ve Adana 2012; Arslantaş ve Adana, 2011; Arslantaş ve diğerleri, 2009).

**3.6.2. Algılanan Aile Yükü Ölçeği (AAYÖ)**

Levene ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilmiş, ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması Arslantaş ve diğerleri (2011) tarafından yapılmış olan Algılanan Aile Yükü Ölçeği görüşmecinin ya da hasta bakım vericisinin kendisini değerlendirdiği bir ölçektir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.916 olarak hesaplanmıştır. Ölçek bakım vericinin son bir aydaki yükünü sorgulamaktadır. Genel değerlendirme iki basamakta yapılmaktadır: Birinci basamakta hasta yakınları hastalarında var olan davranışların hangisinin olduğunu işaretler ve ikinci basamakta bu davranışların onu ne kadar rahatsız ettiğini belirtir. Eğer belirli bir maddede sorgulanan davranışlar hastada yoksa o maddeye sıfır (0) verilir ve sonraki maddeye geçilir. Eğer sorgulanan davranışlar hastada bulunuyorsa ikinci basamağa ilerlenir ve davranışların aileye verdiği rahatsızlık dörtlü Likert tipi ölçek üzerinde hiç (1), biraz (2), oldukça (3), çok fazla (4) olarak derecelendirilir. Böylelikle her maddeye 0 ile 4 arası bir puan verilmiş olur. Bu puanların toplanması ile toplam puan elde edilir. Levene ve diğerleri (1996) sorgulanan davranışların olup olmadığına ilişkin ilk aşama değerlendirmelerini toplam puanın nesnel bileşeni (0 ile 24 puan arasında); sorgulanan davranışların verdiği rahatsızlığa ilişkin ikinci aşama değerlendirmelerini toplam puanın öznel bileşeni (0 ile 96 puan arasında) olarak tanımlamışlardır. Ayrıca öznel ve nesnel puanların toplamı toplam yükü belirtmekte olup 0 ile 120 arasında puan alınmakta, puan arttıkça bakım verenin yük algısının arttığı düşünülmektedir (Arslantaş ve diğerleri. 2011). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.86 olarak hesaplanmıştır.

**3.6.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)**

Akademik personelin tükenmişliğini ölçmek için 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilen ve 1992 yılında Ergin tarafından Türkçe’ye uyarlanan bir ölçektir. Toplam 22 ifadeden oluşan bu ölçek, tükenmişliği üç farklı boyut üzerinden ölçmektedir. Bunlardan birincisi 9 ifadeden oluşan duygusal tükenme (DT) (emotional exhaustion), ikincisi 5 ifadeden oluşan duyarsızlaşma (D) (depersonalization) ve sonuncusu 8 ifadeden oluşan kişisel başarı (KB) (personal accomplishment) alt boyutudur. Ankette yer alan kişisel başarı ifadeleri diğerlerinin aksine olumlu ifadelerdir ve bu ifadelerden alınan yüksek puan yüksek kişisel başarıyı ifade etmekte, diğer taraftan tükenmişliğin düşük düzeyde olduğunu göstermektedir. Buna göre duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinden alınan yüksek puanlar ve kişisel başarı alt ölçeğinden alınan düşük puan yüksek düzeyde tükenmişliği ifade etmektedir. Ölçeğin özgün Cronbach alfa değerleri duygusal tükenmişlik için 0.90, duyarsızlaşma için 0.79, kişisel başarı için 0.71’ dir (Gülbol, 2020). Bu araştırmanın Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları duygusal tükenmişlik için 0.87, duyarsızlaşma için 0.82, kişisel başarı için 0.67 olarak hesaplanmıştır.

### **3.6.4. Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)**

Ölçek Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilmiştir. Türkiye’ de Şahin ve Durak tarafında kısaltılarak üniversite öğrencilerine uyarlanmıştır. Ölçek gerekli uyarlamalar yapılarak 30 madde olacak şekilde uyarlanmıştır. Ölçek, kendine güvenli yaklaşım (8., 10., 14., 16., 20., 23. ve 26. maddeler), çaresiz yaklaşım (3., 7., 11., 19., 22., 25., 27. ve 28. maddeler), boyun eğici yaklaşım (5., 13., 15., 17., 21. ve 24. maddeler), iyimser yaklaşım (2., 4., 6., 12. ve18. maddeler) ve sosyal destek arama (1., 9., 29. ve 30. maddeler) olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte probleme yönelik etkili baş etme yolları ve duyguya yönelik etkisiz baş etme yolları olmak üzere iki boyut vardır. Alt ölçeklerden Kendine Güvenli Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal destek arama yaklaşımı etkili/probleme yönelik baş etme, Çaresiz yaklaşım ve Boyun Eğici yaklaşım ise etkisiz/duyguya yönelik baş etmenin kullanıldığını göstermektedir. 4’lü Likert Tipi olan bir ölçektir. Sorulara verilen yanıtlara göre 0 ile 3 arasında puan verilmektedir (0: hiç uygun değil, 1: uygun değil, 2: uygun, 3: tamamen uygun). Sosyal Destek Arama alt boyutunda 1. ve 9. Maddeler (ters); hiç uygun değil: 3, uygun değil: 2, uygun: 1, tamamen uygun: 0 puan olarak değerlendirilmektedir.

Alt ölçek puanları, her bir alt ölçekten alınan puanların ilgili alt ölçekteki madde sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Alt ölçeklerin her birinden alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 3’ tür. Kendine güvenli, iyimser ve sosyal desteğe başvurma alt ölçeklerinden elde edilen puanlar arttıkça baş etmede etkili yolların kullanıldığı, çaresiz, boyun eğici yaklaşım alt ölçeklerinden alınan puanların artması ise sorunlarla baş etmede etksiz baş etme yöntemlerinin kullanıldığını bildirir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları (Cronbach Alfa), iyimser yaklaşım 0.68, kendine güvenli yaklaşım 0.80, çaresiz yaklaşım 0.73, boyun eğici yaklaşım 0.70, sosyal destek arama 0.47’dir (Folkman ve Lazarus, 1980; Şahin ve Durak, 1995). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı iyimser yaklaşım için 0.62, kendine güvenli yaklaşım için 0.52 çaresiz yaklaşım için 0.62, boyun eğici yaklaşım için 0.74, sosyal destek arama için 0.40 olarak hesaplanmıştır.

## **3.7. Verilerin Toplanması**

Belirlenen tarih aralığında araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve araştırmanın alım kriterlerini karşılayan şizofreni hastalarının 183 primer bakım vericileriyle yüzyüze görüşülerek araştırmayla ilgili bilgi verilmiş ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu doldurulmuştur. Veri toplama sırasında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniklerindeki görüşme odaları kullanılmıştır. Aydın Devlet Hastanesinde bakım vericilerle Ruh Sağlığı ve Hastalıkları yataklı birimdeki hemşire odasında görüşülmüştür. Aydın Toplum Sağlığı Merkezinde ise bakım vericilerle merkezin ortak kullanım alanında görüşülmüştür.

## **3.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programından yararlanılarak verilerin nicel değişkenler için normal dağılım varsayımı Kolmogorov-Smirnov testi ile kontrol edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler; nicel değişkenler için medyan (25.-75.persantil), kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, olarak verilmiştir. Bağımsız grup karşılaştırmalarında normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Nicel değişkenler arası ilişkiler parametrik test varsayımları sağlanmadığından Spearman Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. p˂0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## **3.9. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının ve bakım vericilerin sosyodemografik özellikleri araştırmanın bağımsız değişkenlerini, Algılanan Aile Yükü Ölçeği (AAYÖ), Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) ise araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturmuştur

## **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları**

* Araştırmadan elde edilen sonuçlar kullanılan ölçeklerin geçerlik ve güvenirlilik boyutlarıyla sınırlıdır.
* Araştırma sonucu, araştırmada kullanılan istatistiksel teknikler ile sınırlıdır.
* Araştırma Aydın ili Efeler ilçesi içerisinde yer alan hastaneler ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ile sınırlıdır.
* Araştırmanın belli tarihler arasında ulaşılan hastaların yakınlarına yapılması,
* Ulaşılması hedeflenen sayıya ulaşılamaması,
* Hastaların sadece birinci derece olduğu düşünülen yakınlarının araştırmaya alınması diğer aile üyelerinin alınmamasıdır.
* Araştırmanın veri toplama sürecinin Covid-19 pandemi sürecine denk gelmesi, psikiyatri kliniklerinin kapatılması.

## **3.11. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın etik kurul onayı, kurum izni, ölçek kullanım izni ve katılımcıların izni alınmıştır.

- Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’nun 08/01/2019 tarih ve 2018/051 protokol numarası kararı ile etik kurul uygunluk onayı alınmıştır (Ek \*6).

- Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastane Başhekimliğinin 15/02/2019 tarihli ve 10503 sayılı kararı ile kurum izni alınmıştır (Ek \*7).

-Aydın Devlet Hastanesi ve Aydın Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden 12/06/2019 tarihli ve 95190038 sayılı kararı ile kurum izni alınmıştır ( Ek \*7 ).

1. **BULGULAR**

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinde yük, tükenmişlik ve baş etme ilişkisini araştırmak amacıyla yapılan analitik/kesitsel araştırmanın verileri aşağıda sunulmuştur.

**Tablo 1.** Şizofreni hastalarının sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri** | | **Sayı (n)** | **Yüzde (%)** |
| **Cinsiyet** | Kadın | 70 | 38.3 |
| Erkek | 113 | **61.7** |
| **Medeni Durum** | Evli | 95 | **51.9** |
| Bekar | 88 | 48.1 |
| **Sağlık Güvencesi** | SGK | 162 | **88.5** |
| Özel sigorta | 10 | 5.5 |
| Yok | 11 | 6.0 |
| **Eğitim Durumu** | Okuryazar Değil | 23 | 12.6 |
| İlkokul | 56 | **30.6** |
| Ortaokul | 35 | 19.1 |
| Lise | 52 | 28.4 |
| Üniversite | 14 | 7.7 |
| Lisansüstü | 3 | 1.6 |
| **Çalışma Durumu** | Çalışıyor | 49 | 26.8 |
| Emekli | 38 | 20.8 |
| Çalışmıyor | 96 | **52.4** |

Şizofreni hastalarının sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de verilmiştir. Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının %61.7’ sinin (n=113) erkek, %38.3’ ünün ise (n=70) kadın olduğu görülmektedir. Hastaların medeni durumu incelendiğinde %51.9’ unun (n=95) evli, %48.1’ inin ise (n=88) bekar olduğu görülmektedir.

Hastaların sağlık güvencelerine göre dağılımı incelendiğinde %88.5’ unun (n=162) SGK’ lı olduğu, %5.5’ inin (n=10) özel sigortasının olduğu, %6.0’ sının ise (n=11) herhangi bir sağlık güvencesinin olmadığı görülmektedir.

Hastaların eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde %12.6’ sının (n=23) okuryazar olmadığı, %30.6’ sının (n=56)’ sının ilkokul mezunu olduğu, %19.1’ inin (n=35) ortaokul mezunu olduğu, %28.4’ ünün (n=52) lise mezunu olduğu, %7.7’ sinin (n=14) üniversite mezunu olduğu, %1.6’ sının (n=3) lisans üstü mezunu olduğu görülmektedir.

Hastaların çalışma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %26.8’ inin (n=49) çalışıyor olduğu, %20.8’ inin (n=38) emekli olduğu, %52.4’ ünün (n=96) çalışmıyor olduğu görülmektedir.

**Tablo 2.** Şizofreni hastalarının tedaviye uyum süreci ve psikoaktif madde (alkol, sigara, uyuşturucu madde vb.) kullanım özelliklerinin dağılımı

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hastaların tedaviye uyum süreci ve alkol, madde kullanım özellikleri** | | **Sayı (n)** | **Yüzde (%)** | |
| **İlaçları Düzenli Kullanma** | Evet | 131 | **71.6** |
| Arada bir aksatıyor | 36 | 19.7 |
| Arada bir alıyor | 11 | 6.0 |
| Hiç almıyor | 5 | 2.7 |
| **Kontrole düzenli gitme** | Evet | 140 | **76.5** |
| Hayır | 43 | 23.5 |
| **Alkol ve/veya madde kullanım durumu** | Evet | 95 | **51.9** |
| Hayır | 88 | 48.1 |
| **Kullanılıyor ise kullanılan madde/maddeler** | Yok | 88 | 48.1 |
| Alkol | 14 | 7.7 |
| Sigara | 81 | **44.2** |

Şizofreni hastalarının tedaviye uyum süreci ve psikoaktif madde (alkol, sigara, uyuşturucu madde vb.) kullanım özelliklerinin dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir.

Hastaların ilaçları düzenli kullanma durumuna göre incelendiğinde %71.6’ sının (n=131) ilaçlarını düzenli kullandığı, %19.7’ sinin (n=36) ilaçlarını arada bir aksattığı, %6.0’ ının (n=11) ilaçlarını arada bir aldığı, %2.7’ sinin (n=5) ilaçlarını hiç almadığı görülmektedir.

Hastaların kontrollerine düzenli gitme durumları incelendiğinde %76.5’ inin (n=140) kontrollerine düzenli olarak gittiği, %23.5’ inin ise (n=43) kontrollerine düzenli gitmediği görülmektedir.

Hastaların %51.9’ unun (n=95) alkol, madde veya sigara bağımlılığının olduğu, %48.1’ inin ise (n=48.1) alkol, madde veya sigara bağımlılığının olmadığı görülmektedir. Alkol, madde veya sigara bağımlılığı olan hastaların %7.7’ sinin (n=14) alkol bağımlısı olduğu, %44.2’ sinin ise (n=81) sigara bağımlılığı olduğu görülmektedir.

**Tablo 3.** Şizofreni hastalarına ilişkin yaş, hastalık süresi ve hastaneye yatış sayısı dağılımları

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Medyan (25.-75.persentil)** |
| **Hastanın Yaşı** | 44.0 (38.0 – 56.0) |
| **Hastalık Süresi (Yıl)** | 10.0 (6.0 – 20.0) |
| **Hastaneye Yatış Sayısı** | 6.0 (3.0 – 10.0) |

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının yaş, hastalık süresi ve yatış sayısı dağılımları Tablo 3’te verilmiştir. Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının yaş medyanının 44 olduğu, hastaların hastalık sürelerinin medyanının 10.0 yıl olduğu, hastaların hastaneye yatış medyanının 6.0 olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.** Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bakım vericilerin sosyodemografik özellikleri** | | **Sayı (n)** | **Yüzde (%)** |
| **Cinsiyet** | Kadın | 134 | **73.2** |
| Erkek | 49 | 26.8 |
| **Medeni Durum** | Evli | 140 | **76.5** |
| Bekar | 43 | 23.5 |
| **Hastaya Yakınlık Durumu** | Anne | 51 | 27.9 |
| Baba | 12 | 6.6 |
| Çocuk | 15 | 8.2 |
| Eş | 78 | **42.6** |
| Kardeş | 27 | 14.7 |
| **Eğitim Durumu** | İlkokul | 61 | 33.3 |
| Ortaokul | 21 | 11.5 |
| Lise | 80 | **43.7** |
| Üniversite | 14 | 7.7 |
| Lisansüstü | 7 | 3.8 |
| **Çalışma Durumu** | Çalışıyor | 37 | 20.2 |
| Emekli | 76 | **41.5** |
| Çalışmıyor | 70 | 38.3 |
| **Gelir Düzeyi** | Gelir giderden az | 13 | 7.1 |
| Gelir gidere eşit | 52 | 28.4 |
| Gelir giderden fazla | 118 | **64.5** |

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4’te verilmiştir. Bakım vericilerin %73.2’ sinin (n=134) kadın, %26.8’ inin (n=49) erkek olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan bakım vericilerin hastaya yakınlık durumları incelendiğinde %27.9’ unun (n=51) hastanın annesi olduğu, %6.6’ sının (n=12) hastanın babası olduğu, %8.2’ sinin (n=15) hastanın çocuğu olduğu, %42.6’ sının (n=78) hastanın eşi olduğu, %14.7’ sinin ise (n=27) hastanın kardeşi olduğu görülmektedir.

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde % 33.3’ ünün (n=61) ilkokul mezunu olduğu, %11.5’ inin (n=21) ortaokul mezunu olduğu, %43.7’sinin (n=80) lise mezunu olduğu, %7.7’ sinin (n=14) üniversite mezunu olduğu, %3.8’ inin (n= 7) lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir.

Bakım vericilerin çalışma durumları incelendiğinde %20.2’ sinin (n=37) çalışıyor olduğu, %41.5’ inin (n=76) emekli olduğu, %38.3’ ünün (n= 70) herhangi bir işte çalışmadığı görülmektedir.

Bakım vericilerin gelir düzeyleri incelendiğinde bakım vericilerin %7.1’ inin (n=13) gelir giderden az olduğunu ifade ettikleri, %28.4’ ünün (n=52) gelirlerinin giderleriyle eşit olduğunu ifade ettikleri, %64.5’ inin (n=118) gelirlerinin giderlerinden fazla olduğunu ifade ettikleri görülmektedir.

**Tablo 5.** Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım süreci ve şizofreniyle ilgili sorulan sorulara verdiği yanıtların dağılımı

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bakım vericilerin bakım verme süreci özellikleri ve şizofreni hakkında bilgi durumu** | | **Sayı (n)** | **Yüzde (%)** | | |
| **Bakım Sırasında Diğer Aile Üyelerinden Yardım Alma Durumu** | Evet | 105 | | **57.4** |
| Hayır | 78 | | 42.6 |
| **Eğer Yardım Alıyorsa Bu Yardımı Kim/Kimlerden Aldığı** | Anne baba | 28 | | 15.3 |
| Eş | 33 | | 18.0 |
| Çocuklar | 35 | | 19.1 |
| Kardeş | 8 | | 4.4 |
| Diğer (Komşu, arkadaş vb) | 79 | | **43.2** |
| **Ailede Başka Ruhsal Hastalığın Varlığı** | Evet | 48 | | 26.2 |
| Hayır | 135 | | **73.8** |
| **Şizofreniyi Bilme Durumu** | Evet | 136 | | **74.3** |
| Hayır | 47 | | 25.7 |
| **Şizofreni Hakkında Bilgi Alma Durumu** | Evet | 129 | | **70.5** |
| Hayır | 54 | | 29.5 |

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım süreci ve şizofreniyle ilgili sorulan sorulara verdiği yanıtların dağılımı Tablo 5’te gösterilmiştir. Bakım vericilerin bakım verirken diğer aile üyelerinden yardım alma durumları incelendiğinde %57.4’ ünün (n=105) diğer aile üyelerinden yardım aldığı, %42.6’ sının ise (n=78) diğer aile üyelerinden yardım almadığı görülmektedir.

Bakım vericilerin hastaya bakım verirken eğer yardım alıyorsa yardım aldığı diğer üyelerin istatistiksel dağılımına göre %15.3’ ünün (n=28) bakım vericinin anne veya babasından yardım aldığı, %18’ inin (n=33) bakım vericinin eşinden yardım aldığı, %19.1’ inin (n=35) bakım vericinin çocuklarından yardım aldığı, %4.4’ ünün (n=8) bakım vericinin kardeşinden yardım aldığı, %43.2’ sinin ise (n=79) bakım vericinin komşusu veya arkadaşı gibi kişilerden yardım aldığı görülmektedir.

Bakım vericilerin ailelerinde başka ruhsal hastalığın olma durumu incelendiğinde %26.2’ sinin (n=48) ailelerinde başka ruhsal hastalığı olan bireyin bulunduğu, % 73.8’ inin ise (n=135) ailelerinde başka ruhsal hastalığı olan bireyin bulunmadığı görülmektedir.

Hastaların şizofreniyi bilme durumu ve şizofreni hakkında bilgi alma durumları incelendiğinde %74.3’ ünün (n=136) şizofreni hastalığını bildiklerini düşündükleri, %70.5’ inin ise (n=129) şizofreni hastalığı hakkında bilgi aldıkları görülmektedir. Araştırmaya katılan bakım vericilerin %25.7’ sinin (n=47) şizofreni hastalığını bilmedikleri, %29.5’ inin ise (n=54) şizofreni hastalığı hakkında bilgi almadıkları görülmektedir.

**Tablo 6.** Bakım vericilere ilişkin bakım vermeyle ilişkili tanımlayıcı istatistikler

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Medyan (25.-75.persentil)** |
| **Bakım Verenin Yaşı** | 54.0 (45.0 – 64.0) |
| **Evde Yaşayan Kişi Sayısı** | 3.0 (3.0 – 4.0) |
| **Kaç Yıl Bakım Verdiği** | 12.0 (6.0 – 20.0) |
| **Hasta ile Geçirilen Vakit (Saat)** | 24.0 (10.0 – 24.0) |

Tablo 6’da bakım vericilerin bakım verme durumlarına ilişkin istatistiksel tanımlayıcı bilgiler verilmiştir. Bakım vericilerin yaşlarının medyanının 54.0 olduğu görülmektedir. Bakım vericilerin evde yaşayan kişi medyanının 3.0 olduğu görülmektedir. Bakım vericilerin bakım verdiği yılın medyanının 12.0 olduğu görülmektedir. Bakım vericilerin hasta ile geçirdiği vaktin medyanının 24.0 olduğu görülmektedir.

**Tablo 7.** Araştırmada kullanılan Algılanan Aile Yükü Ölçeğinin tanımlayıcı istatistikleri

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ortalama ve Standart Sapma** | **Araştırmamızdan elde edilen minimum ve maksimum puan** | **Ölçekten alınabilen minimum ve maksimum puan** |
| **Algılanan Aile Yükü Ölçeği** **(n=183)** | 20.77±15.13 | 0.00-76.00 | 0.00-120.00 |

Tablo 7’de araştırmada kullanılan Algılanan Aile Yükü Ölçeğinin tanımlayıcı istatistikleri verilmiştir. Buna göre Algılanan Aile Yükü Ölçeğinin ortalama ve standart sapma değeri 20.77±15.13, minimum değeri 0.00, maksimum değeri 76.00 olarak tespit edilmiştir. Algılanan Aile Yükü Ölçeğinden alınabilecek minimum ve maksimum puan ise 0.00-120.00 puandır.

**Tablo 8.** Şizofreni hastalarının sosyodemografiközellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Algılanan Aile Yükü Ölçeği toplam puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **n** | **Medyan (25.-75.persentil)** | **Test, p** | **P** | **Farklılık** |
| **Cinsiyet** | Kadın | 70 | 17.0 (10.0 – 24.3) | 1.418\* | 0.156 | - |
| Erkek | 113 | **21.0 (9.0 – 32.0)** |
| **Medeni Durum** | Evli | 95 | 17.0 (7.0 – 28.0) | -2.377\* | **0.017** | Evli<Bekar |
| Bekar | 88 | **21.5 (12.0 – 32.8)** |
| **Eğitim Durumu** | Okuryazar değil | 23 | 15.0 (8.0 – 28.0) | 6.678\*\* | 0.154 | - |
| İlkokul | 56 | 20.5 (11.3 – 32.8) |
| Ortaokul | 35 | **22.0 (11.0 – 31.0)** |
| Lise | 52 | 13.5 (6.3 – 24.0) |
| Üniversite | 17 | 21.0 (10.0 – 29.5) |
| **Sağlık Güvencesi** | SGK | 162 | 18.0 (9.0 – 28.0) | 5.475\*\* | 0.065 | - |
| Özel sigorta | 10 | 22.5 (10.0 – 29.3) |
| Yok | 11 | **32.0 (18.0 – 38.0)** |
| **Çalışma Durumu** | Çalışıyor | 49 | 13.0 (3.0 – 23.5) | 14.464\*\* | **0.001** | Çalışıyor<Çalışmıyor |
| Çalışmıyor | 96 | **22.5 (12.0 – 33.0)** |
| Emekli | 38 | 15.5 (7.8 – 24.8) |
| **İlaçları Düzenli Kullanma** | Evet | 131 | 18.0 (8.0 – 27.0) | 16.438\*\* | **<0.001** | Evet<Arada bir alıyor ya da hiç  Arada bir aksatıyor<Arada bir alıyor ya da hiç almıyor |
| Arada bir aksatıyor | 36 | 16.0 (11.0 – 31.5) |
| Arada bir alıyor ya da hiç almıyor | 16 | **39.5 (22.5 – 47.0)** |
| **Kontrole Düzenli Gitme** | Evet | 140 | 19.0 (9.0 – 28.8) | -1.161\* | 0.246 | - |
| Hayır | 43 | **20.0 (12.0 – 40.0)** |
| **Alkol Ve/Veya Madde Kullanım Durumu** | Evet | 95 | **20.0 (11.0 – 32.0)** | -2.161\* | **0.031** | Evet>Hayır |
| Hayır | 88 | 16.0 (8.3 – 27.0) |

\*MW:Mann-Whitney U Testi, \*\*KW:Kruskall-Wallis H Testi

36

Tablo 8’ de şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine ilişkin bakım vericilerin Algılanan Aile Yükü Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında iki grup karşılaştırılmasında, Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H Testi uygulanmıştır.

Medeni duruma göre AAYÖ toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (MW=-2.377, p=0.017). Evli olan hastaların bakım vericilerin AAYÖ toplam puan ortalamalarının, bekar olan hastaların bakım vericilerinin AAYÖ toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur.

Çalışma durumuna göre AAYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur(KW=14.464, p=0.001). Çalışan hastaların bakım vericilerinin AAYÖ toplam puan ortalamalarının, çalışmayan hastanın bakım vericilerinin AAYÖ toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

İlaçları düzenli kullanma durumuna göre AAYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (KW=16.438, p<0.001). İlaçlarını arada bir alan ya da hiç almayanların hastalara bakım veren bakım vericilerin AAYÖ toplam puan ortalamalarının, ilaçlarını düzenli alanların ve arada bir aksatan hastalara bakım veren bakım vericilerin AAYÖ toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Alkol ve/veya madde kullanımdurumuna göre AAYÖ toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (MW=-2.161, p=0.031). Alkol ve/veya madde kullanımıolan hastaların bakım vericilerinde AAYÖ toplam puan ortalamalarının, Alkol ve/veya madde kullanımı olmayan hastaların bakım vericilerinin AAYÖ toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Cinsiyet, eğitim durumu, sağlık güvencesi ve kontrole düzenli gitme durumuna göre AAYÖ toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (cinsiyet, MW=1.418, p=0.156; eğitim durumu, KW=6.678, p=0,154; sağlık güvencesi, KW=5.475, p=0.065; kontrole düzenli gitme durumu, MW=-1.161, p=0.246).

**Tablo 9.** Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Algılanan Aile Yükü Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **n** | **Medyan (25.-75.persentil)** | **Test** | **p** | **Farklılık** |
| **Cinsiyet** | Kadın | 134 | 19.0 (9.8-31.3) | -0.054\* | 0.957 | - |
| Erkek | 49 | **20.0 (9.5-28.0)** |
| **Medeni Durum** | Evli | 140 | 18.0 (9.0 – 28.0) | -0.947\* | 0.344 | - |
| Bekar | 43 | **22.0 (11.0 – 32.0)** |
| **Eğitim Durumu** | İlkokul | 61 | **22.0 (9.5-38.0)** | 3.095\*\* | 0.377 | - |
| Ortaokul | 21 | 20.0 (9.5-31.5) |
| Lise | 80 | 17.5 (8.3-27.0) |
| Üniversite | 21 | 20.0 (11.5-27.5) |
| **Hastaya Yakınlık Durumu** | Anne | 51 | 21.0 (11.0-38.0) | 11.016\*\* | **0.026** | Eş<Anne  Eş<Baba |
| Baba | 12 | **26.5 (17.0-40.8)** |
| Çocuk | 15 | 20.0 (12.0-32.0) |
| Eş | 78 | 15.5 (6.8-27.3) |
| Kardeş | 27 | 16.0 (10.0-24.0) |
| **Çalışma Durumu** | Çalışıyor | 37 | 18.0 (8.5 – 29.5) | 2.392\*\* | 0.302 | - |
| Çalışmıyor | 70 | 17.5 (8.0 – 28.3) |
| Emekli | 76 | **20.5 (12.0 – 31.5)** |
| **Gelir Düzeyi** | Gelir Giderden Az | 13 | **26.0 (16.0 – 33.0)** | 3.789\*\* | 0.150 | - |
| Gelir Gidere Eşit | 52 | 20.0 (10.3 – 31.5) |
| Gelir Giderden Fazla | 118 | 18.0 (8.0 – 28.3) |

38

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Diğer Aile Üyelerinden Yardım Alma Durumu** | Evet | 105 | 19.0 (8.5 – 30.5) | -0.209\* | 0.834 | - |
| Hayır | 78 | **20.0 (10.0 – 29.3)** |
| **Ailede Başka Ruhsal Hastalığın Varlığı** | Evet | 48 | **23.5 (12.5 – 40.8)** | -2.767\* | **0.006** | Evet>Hayır |
| Hayır | 135 | 18.0 (8.0 – 27.0) |
| **Şizofreniyi Bilme Durumu** | Evet | 136 | **20.0 (10.0 – 31.8)** | -2.043\* | **0.041** | Evet>Hayır |
| Hayır | 47 | 15.0 (6.0 – 24.0) |
| **Şizofreni Hakkında Bilgi Alma Durumu** | Evet | 129 | **20.0 (10.0 – 29.5)** | -1.188\* | 0.235 | - |
| Hayır | 54 | 16.5 (6.0 – 29.0) |

\*MW:Mann-Whitney U Testi, \*\*KW:Kruskall-Wallis H Testi

39

Tablo 9’ da şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Algılanan Aile Yükü Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında iki grup karşılaştırılmasında, Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır.

Bakım verenlerde hasta yakınlık durumuna göre AAYÖ toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (KW=11.016, p=0.026). Hasta yakınlık durumu eş olanların AAYÖ toplam puan ortalamaları, hasta yakınlık durumu anne ve baba olanların AAYÖ toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerin ailelerinde başka ruhsal hastalığı olma durumuna göre AAYÖ toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (MW=-2.767, p=0.006). Ailelerinde başka ruhsal hastalığı olanların AAYÖ toplam puan ortalamaları, olmayanların AAYÖ toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerde şizofreniyi bilme durumuna göre AAYÖ toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (MW=-2.043, p=0.041). Şizofreniyi bilenlerin AAYÖ toplam puan ortalamaları, bilmeyenlerin AAYÖ toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerde cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, diğer aile üyelerinden yardım alma ve şizofreniyi bilme durumuna göre AAYÖ toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (cinsiyet, MW=-0.054, p=0.957; medeni durum, MW=-0.947, p=0.344; eğitim durumu, KW=3.095, p=0.377; çalışma durumu, KW=2.392 p=0.302; gelir düzeyi, KW=3.789, p=0.150; diğer aile üyelerinden yardım alma durumu, MW=-0.209, p=0.834; şizofreniyi bilme durumu, MW=-2.043, p=0.235).

**Tablo 10.** Araştırmada kullanılan Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin ve alt boyutlarının tanımlayıcı istatistikleri

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutları** | **Ortalama ve Standart Sapma** | **Araştırmamızdan elde edilen minimum ve maksimum puan** | **Ölçekten alınabilen minimum ve maksimum puan** |
| **Duygusal Tükenme** | 25.15±6.78 | 10.00-31.00 | 0.00-36.00 |
| **Duyarsızlaşma** | 8.10±3.48 | 5.00-20.00 | 0.00-20.00 |
| **Kişisel Başarı** | 25.33±5.23 | 9.00-32.00 | 0.00-32.00 |
| **Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam** | 58.59±15.49 | 24.00-88.00 | 0.00-88.00 |

Tablo 10’ da şizofreni hastalarının bakım vericilerinde Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin ve alt boyutlarının tanımlayıcı istatistikleri verilmiştir. Buna göre duygusal tükenme alt boyutunun ortalama ve standart sapma değeri 25.15±6.78, minimum puanı 10.00, maksimum puan değeri 31.00 olarak saptanmıştır. Duyarsızlaşma alt boyutunun ortalama ve standart sapma değeri 8.10±3.48, minimum puanı 5.00, maksimum puan değeri 21.00 olarak saptanmıştır. Kişisel Başarı alt boyutunun ortalama ve standart sapma değeri 25.33±5.23, minimum puanı 9.00, maksimum puan değeri 37.00 olarak saptanmıştır. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam ortalama ve standart sapma değeri 58.59±15.49, minimum puanı 24.00, maksimum puanı 88.00 olarak saptanmıştır. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden alınabilecek minimum ve maksimum puan 0.00-88.00, alt ölçeklerinden alınabilecek minimum ve maksimum puan ise 0.00-32.00 puandır.

**Tablo 11.**Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **MTÖ Duygusal Tükenme** | | | | **MTÖ Duyarsızlaşma** | | | | **MTÖ Kişisel Başarı** | | |
|  |  | **n** | **Medyan (25.-75.persentil)** | **test** | **p** | **Medyan (25.-75.persentil)** | | **Test** | **p** | **Medyan (25.-75.persentil)** | | **Test** | **p** |
| **Cinsiyet** | Kadın | 70 | **25.0 (22.0 – 28.0)** | -0.160  \* | 0.873 | 7.0 (5.0 – 10.0) | | -0.156  \* | 0.876 | **26.0 (23.0 – 29.0)** | | -0.95  \* | 0.342 |
| Erkek | 113 | 24.0 (21.0 – 30.5) | **7.0 (5.0 – 11.0)** | | 26.0 (22.5 – 28.0) | |
| **Medeni Durum** | Evli | 95 | 24.0 (21.0 – 29.0) | -1.085  \* | 0.278 | **7.0 (5.0 – 11.0)** | | -1.662  \* | 0.097 | 25.0 (22.0 – 28.0) | | -2.224  \* | **0.026** |
| Bekar | 88 | **25.0 (22.0 – 30.0)** | 6.0 (5.0 – 9.8) | | **27.0 (24.0 – 29.0)** | |
| **Eğitim Durumu** | Okuryazar değil | 23 | 22.0 (18.0 – 28.0) | 11.25  \*\* | **0.024** | 6.0 (5.0 – 8.0) | | 2.493  \*\* | 0.646 | 25.0 (23.0 – 28.0) | | 3.596  \*\* | 0.463 |
| İlkokul | 56 | 25.0 (23.0 – 31.8) | 7.0 (5.0 – 11.0) | | 26.0 (23.0 – 28.0) | |
| Ortaokul | 35 | **27.0 (21.0 – 32.0)** | 7.0 (5.0 – 11.0) | | **27.0 (24.0 – 29.0)** | |
| Lise | 52 | 23.5 (21.0 – 27.8) | 7.0 (5.0 – 10.0) | | 26.0 (22.0 – 29.8) | |
| Üniversite | 17 | 25.0 (16.5 – 27.5) | **9.0 (5.0 – 13.0)** | | 24.0 (18.0 – 28.5) | |
| **Sağlık Güvencesi** | SGK | 162 | 24.0 (21.0 – 30.0) | 6.583  \*\* | **0.037** | 7.0 (5.0 – 10.0) | | 2.025  \*\* | 0.363 | 26.0 (23.0 – 28.0) | | 4.270  \*\* | 0.118 |
| Özel sigorta | 10 | 25.0 (16.8 – 27.3) | 1.0 (5.0 – 13.3) | | 22.5 (17.5 – 28.0) | |
| Yok | 11 | **30.0 (26.0 – 33.0)** | **8.0 (5.0 – 16.0)** | | **27.0 (26.0 – 30.0)** | |

42

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Çalışma Durumu** | Çalışıyor | 49 | 24.0 (21.0 – 26.0) | 12.224\*\* | **0.002** | 6.0 (5.0 – 10.0) | 1.664  \*\* | 0.435 | 26.0 (22.5 – 29.0) | 3.519  \*\* | 0.172 |
| Çalışmıyor | 96 | 26.5 (23.0 – 31.0) | **7.0 (5.0 – 11.0)** | **26.5 (24.0 – 29.0)** |
| Emekli | 38 | 22.0 (17.8 – 29.0) | 7.0 (5.0 – 9.3) | 24.0 (19.8 – 28.0) |
| **İlaçları Düzenli Kullanma** | Evet | 131 | 24.0 (21.0 – 29.0) | 8.410  \*\* | **0.015** | 6.0 (5.0 – 9.0) | 13.642  \*\* | **0.001** | **26.0 (23.0 – 29.0)** | 1.413  \*\* | 0.493 |
| Arada bir aksatıyor | 36 | 25.0 (22.3 – 30.3) | 9.0 (6.0 – 12.0) | 25.5 (23.0 – 28.0) |
| Arada bir alıyor ya da hiç  Almıyor | 16 | **29.5 (25.0 – 36.0)** | **9.0 (6.0 – 12.5)** | 26.0 (18.8 – 29.8) |
| **Kontrole Düzenli Gitme** | Evet | 140 | 24.0 (22.0 – 29.0) | -1.167  \* | 0.243 | 7.0 (5.0 – 10.0) | -0.698  \* | 0.485 | **26.0 (23.0 – 28.8)** | -0.700  \* | 0.484 |
| Hayır | 43 | **27.0 (21.0 – 34.0)** | **7.0 (5.0 – 11.0)** | 26.0 (23.0 – 28.0) |
| **Alkol Ve/Veya Madde Kullanım Durumu** | Evet | 95 | **25.0 (22.0 – 32.0**) | -1.797  \* | 0.072 | 7.0 (5.0 – 11.0) | -1.131  \* | 0.258 | 26.0 (23.0 – 28.0) | -1.072  \* | 0.284 |
| Hayır | 88 | 24.0 (21.0 – 28.0) | **7.0 (5.0 – 9.8)** | **26.0 (24.0 – 29.8)** |

**\*MW:** Mann-Whitney U Testi, **\*\*KW:** Kruskall-Wallis H Testi

43

Tablo 11’ de şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine ilişkin bakım vericilerin Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında, Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H Testi uygulanmıştır.

Eğitim durumuna göre duygusal tükenme toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=11.25, p=0.024). Okuryazar olmayan hastalara bakım verenlerin duygusal tükenme toplam puan ortalamaları, ilkokul ve ortaokul mezunu olan hastalara bakım verenlerin duygusal tükenme toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Sağlık güvencesine göre duygusal tükenme toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (KW=6.583, p=0.037). Sağlık güvencesi olmayan hastalara bakım verenlerin duygusal tükenme toplam puan ortalamaları, sağlık güvencesi SGK ve özel sigorta olan hastalara bakım verenlerin duygusal tükenme toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Çalışma durumuna göre duygusal tükenme toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (KW=12.224, p=0.002). Çalışmayan hastalara bakım verenlerin duygusal tükenme toplam puan ortalamaları, çalışan ve emekli olan hastalara bakım verenlerin duygusal tükenme toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

İlaçları düzenli kullanma durumuna göre duygusal tükenme toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (KW=8.410, p=0.015). İlaçlarını arada bir alan ya da hiç almayan hastalara bakım verenlerin duygusal tükenme toplam puan ortalamaları, ilaçlarını düzenli alan hastalara bakım verenlerin duygusal tükenme toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

Hastaların cinsiyeti, medeni durumu, kontrole düzenli gitme durumu ve alkol ve/veya madde kullanım durumu incelendiğinde, bakım vericilerin duygusal tükenme toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (cinsiyet, MW=-0.160, p=0.873; medeni durum, MW=-1.085, p=0.278; kontrole düzenli gitme durumu, MW=-1.167, p=0.243; alkol ve/veya madde kullanım durumu, MW=-1.797, p=0.072).

İlaçları düzenli kullanma durumuna göre duyarsızlaşma toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=13.642, p=0.001). İlaçlarını arada bir alan ya da hiç almayanların duyarsızlaşma toplam puan ortalamaları, ilaçlarını düzenli alanların duyarsızlaşma toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Hastanın cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, sağlık güvencesi, çalışma durumu, kontrole düzenli gitme ve alkol ve/veya madde kullanım durumu incelendiğinde, bakım vericilerin duyarsızlaşma toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (cinsiyet, MW=-0.156, p=0.876; medeni durum, MW=-1.662, p=0.097; eğitim durumu, KW=2.493, p=0.646; sağlık güvencesi, KW=2.025, p=0.363; çalışma durumu, KW=1.664, p=0.434; kontrole düzenli gitme durumu, MW=-0.698, p=0.485; alkol ve/veya madde kullanım durumu, MW=-1.131, p=0.258).

Medeni duruma göre kişisel başarı toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (MW=-2.224, p=0.026). Evli olan hastaya bakım verenlerin kişisel başarı toplam puan ortalamaları, bekar hastalara bakım verenlerin kişisel başarı toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Hastanın cinsiyeti, eğitim durumu, sağlık güvencesi, çalışma durumu, kontrole düzenli gitme, ilaçları düzenli kullanma durumu ve Alkol ve/veya madde kullanım durumu incelendiğinde bakım vericilerin kişisel başarı toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (cinsiyet, MW=-0.95, p=0.342; eğitim durumu, KW=3.596, p=0.463; sağlık güvencesi, KW=4.270, p=0.118; çalışma durumu, KW=3.519, p=0.172; kontrole düzenli gitme durumu, MW=-0.700, p=0.493; ilaçları düzenli kullanma durumu, KW=1.413, p=0.484; alkol ve/veya madde kullanım durumu, MW=-1.072, p=0.284).

Tablo 12. Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı alt boyutların toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | **MTÖ Duygusal Tükenme** | | | **MTÖ Duyarsızlaşma** | | | **MTÖ Kişisel Başarı** | | |
|  | | **n** | **Medyan (25.-75.persentil)** | | **Test** | **p** | **Medyan (25.-75.persentil)** | **Test** | **p** | **Medyan (25.-75.persentil)** | **Test** | **p** |
| **Cinsiyet** | Kadın | 134 | 24.0 (21.0 – 30.0) | | 1.015  \* | 0.310 | **7.0 (5.0 – 11.0)** | -0.205  \* | 0.838 | 26.0 (23.0 – 28.0) | -0.220  \* | 0.826 |
| Erkek | 49 | **26.0 (22.0 – 30.0)** | | 7.0 (5.0 – 9.5) | **26.0 (23.0 – 29.5)** |
| **Medeni Durum** | Evli | 140 | 24.0 (21.0 – 29.0) | | -1.277  \* | 0.201 | 7.0 (5.0 – 10.8) | -0.814  \* | 0.415 | 26.0 (22.5 – 28.0) | -2.344  \* | **0.019** |
| Bekar | 43 | **25.0 (22.0 – 30.0)** | | **8.0 (5.0 – 10.0)** | **27.0 (25.0 – 31.0)** |
| **Eğitim Durumu** | İlkokul | 61 | 24.0 (21.0 – 31.0) | | 1.847  \*\* | 0.605 | 6.0 (5.0 – 8.5) | 3.861  \*\* | 0.277 | **27.0 (24.0 – 29.0)** | 11.343  \*\* | **0.010** |
| Ortaokul | 21 | **27.0 (21.5 – 32.5)** | | 7.0 (5.0 – 9.5) | 26.0 (24.0 – 28.0) |
| Lise | 80 | 24.0 (22.0 – 29.0) | | 8.0 (5.0 – 10.8) | 26.0 (23.0 – 29.8) |
| Üniversite | 21 | 25.0 (20.5 – 28.5) | | **9.0 (5.0 – 12.5)** | 22.0 (17.0 – 25.5) |
| **Hastaya Yakınlık Durumu** | Anne | 51 | 25.0 (23.0 – 30.0) | | 4.140 \*\* | 0.387 | 6.0 (5.0 – 10.0) | 1.184  \*\* | 0.881 | **27.0 (25.0 – 29.0)** | 8.866  \*\* | 0.070 |
| Baba | 12 | **28.5 (23.0 – 26.5)** | | **7.5 (5.3 – 8.8)** | 27.0 (24.3 – 30.0) |
| Çocuk | 15 | 25.0 (16.0 – 31.0) | | 7.0 (5.0 – 12.0) | 24.0 (20.0 – 29.0) |
| Eş | 78 | 24.0 (21.0 – 28.3) | | 7.0 (5.0 – 11.0) | 25.0 (22.0 – 27.3) |
| Kardeş | 27 | 24.0 (21.0 – 30.0) | | 7.0 (5.0 – 10.0) | 26.0 (23.0 – 28.0) |
| **Çalışma Durumu** | Çalışıyor | 37 | 25.0 (22.5 – 28.0) | | 1.906  \*\* | 0.386 | **8.0 (5.0 – 13.0)** | 2.456  \*\* | 0.293 | 25.0 (20.5 – 27.0) | 3.480  \*\* | 0.175 |
| Çalışmıyor | 70 | 24.0 (21.0 – 30.0) | | 6.0 (5.0 – 10.0) | 26.0 (23.0 – 28.3) |
| Emekli | 76 | **25.0 (22.0 – 30.8)** | | 7.0 (5.0 – 10.0) | **27.0 (23.0 – 30.0)** |
| **Gelir Düzeyi** | Gelir Giderden Az | 13 | **26.0 (24.5 – 32.0)** | | 1.772  \*\* | 0.412 | **11.0 (7.0 – 15.0)** | 12.235  \*\* | **0.002** | 20.0 (16.0 – 27.5) | 4.935  \*\* | 0.085 |
| Gelir Gidere Eşit | 52 | 25.0 (21.0 – 28.8) | | 7.5 (5.3 – 12.0) | 25.5 (21.0 – 29.5) |
| Gelir Giderden Fazla | 118 | 24.0 (21.8 – 30.0) | | 6.5 (5.0 – 9.0) | **26.0 (24.0 – 28.3)** |

46

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Diğer Aile Üyelerinden Yardım Alma** | Evet | 105 | 24.0 (21.0 – 29.0) | -1.193 \* | 0.233 | 7.0 (5.0 – 10.0) | -0.238  \* | 0.812 | **26.0 (23.5 – 29.0)** | -1.530  \* | 0.126 |
| Hayır | 78 | **25.0 (21.8 – 30.0)** | **7.0 (5.0 – 11.3)** | 25.0 (21.0 – 28.0) |
| **Ailede Başka Ruhsal Hastalığın Varlığı** | Evet | 48 | **26.0 (21.0 – 32.5)** | -0.717 \* | 0.474 | **8.0 (5.3 – 10.0)** | -1.576  \* | 0.115 | **27.0 (24.3 – 30.8)** | -2.277  \* | **0.023** |
| Hayır | 135 | 24.0 (22.0 – 30.0) | 6.0 (5.0 – 11.0) | 26.0 (23.0 – 28.0) |
| **Şizofreniyi Bilme Durumu** | Evet | 136 | **25.0 (22.0 – 30.0)** | -1.990 \* | **0.047** | **7.0 (5.0 – 11.0)** | -1.554  \* | 0.120 | 26.0 (23.0 – 28.8) | -0.016  \* | 0.987 |
| Hayır | 47 | 22.0 (21.0 – 28.0) | 6.0 (5.0 – 9.0) | **26.0 (24.0 – 28.0)** |
| **Şizofreni Hakkında Bilgi Alma Durumu** | Evet | 129 | **25.0 (22.0 – 30.0)** | -2.801  \* | **0.005** | **8.0 (5.0 – 11.0)** | -3.746  \* | **<0.001** | 26.0 (23.0 – 28.0) | -0.766  \* | 0.444 |
| Hayır | 54 | 22.0 (18.0 – 27.3) | 5.0 (5.0 – 7.3) | **26.0 (24.0 – 29.0)** |

**\*MW:** Mann-Whitney U Testi, **\*\*KW:** Kruskall-Wallis H Testi

47

Tablo 12’de şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutlarının toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında iki grup karşılaştırılmasında, Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H Testi uygulanmıştır.

Bakım verenlerde şizofreniyi bilme durumuna göre duygusal tükenme toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (MW=-1.990, p=0.047). Şizofreniyi bilenlerin duygusal tükenme toplam puan ortalamaları, bilmeyenlerin duygusal tükenme toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerde şizofreni hakkında bilgi alma durumuna göre duygusal tükenme toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (MW=-2.801, p=0.005). Şizofreni hakkında bilgisi olanların duygusal tükenme toplam puan ortalamaları, bilgisi olmayanların duygusal tükenme toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerde cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, hastaya yakınlık durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, diğer aile üyelerinden yardım alma ve ailede başka ruhsal hastalığın varlığı durumuna göre duygusal tükenme toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (cinsiyet, MW=1.015, p=0.310; medeni durum, MW0-1.277, p=0.201; eğitim durumu, KW=1.847, p=0.605; hastaya yakınlık durumu, KW=4.140, p=0.387; çalışma durumu, KW=1.906, p=0.386; gelir düzeyi, KW=1.772, p=0.412; diğer aile üyelerinden yardım alma durumu, MW=-1.193, p=0.233; ailede başka ruhsal hastalığın varlığı, MW=-0.717, p=0.474).

Bakım verenlerde gelir durumuna göre duyarsızlaşma toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=12.235, p=0.002). Geliri giderlerinden az olanların duyarsızlaşma toplam puan ortalamaları, geliri giderlerinden fazla olanların duyarsızlaşma toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerde şizofreni hakkında bilgi alma durumuna göre duyarsızlaşma toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (MW=-3.746, p<0,001). Şizofreni hakkında bilgisi olanların duyarsızlaşma toplam puan ortalamaları, bilgisi olmayanların duyarsızlaşma toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerde cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, hastaya yakınlık durumu, çalışma durumu, diğer aile üyelerinden yardım alma, ailede başka ruhsal hastalığın varlığı ve şizofreniyi bilme durumuna göre duyarsızlaşma toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (cinsiyet, MW=-0.205, p=0.838; medeni durum, MW=-0.814, p=0.415; eğitim durumu, KW=3.861, p=0.277; hastaya yakınlık durumu, KW=1.184, p=0.881; çalışma durumu, KW=2.456, p=0.293; diğer aile üyelerinden yardım alma durumu, MW=-0.238, p=0.812; ailede başka ruhsal hastalığın varlığı, MW=-1.576, p=0.115; şizofreniyi bilme durumu, MW=-1.554, p=0.120).

Bakım verenlerin medeni durumuna göre kişisel başarı toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (MW=-2.344, p=0.019). Evli olanların kişisel başarı toplam puan ortalamaları, bekar olanların kişisel başarı toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerin eğitim durumuna göre kişisel başarı toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=11.343, p=0.010). Üniversite mezunu olanların kişisel başarı toplam puan ortalamaları, ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olanların kişisel başarı toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerde ailede başka ruhsal hastalığı olma durumuna göre kişisel başarı toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (MW=-2.277, p=0.023). Ailesinde başka ruhsal hastalığı olanların kişisel başarı toplam puan ortalamaları, başka ruhsal hastalığı olmayanların kişisel başarı toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerde cinsiyet, hasta yakınlık durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, diğer aile üyelerinden yardım alma durumu, şizofreniyi bilme durumu ve şizofreni hakkında bilgi alma durumuna göre kişisel başarı toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (cinsiyet, MW=-0.220, p=0.826; hastaya yakınlık durumu, KW=8.866, p=0.070; çalışma durumu, KW=3.480, p=0.175; gelir düzeyi, KW=4.935, p=0.085; diğer aile üyelerinden yardım alma durumu, MW=-1.530, p=0.126; şizofreniyi bilme durumu, MW=-0.016, p=0.987; şizofreni hakkında bilgi alma durumu, MW=-0.766, p=0.444).

**Tablo 13.** Bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği toplam puan istatistikleri

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği** | **Ortalama ve Standart Sapma** | **Araştırmamızdan elde edilen minimum ve maksimum puan** | **Ölçekten alınabilen minimum ve maksimum puan** |
| **İyimser Yaklaşım** | 2.97±0.45 | 0.71-3.00 | 0.00-3.00 |
| **Kendine Güvenli Yaklaşım** | 2.83±0.39 | 0.38-2.95 | 0.00-3.00 |
| **Çaresiz Yaklaşım** | 1.95±0.43 | 0.00-2.10 | 0.00-3.00 |
| **Boyun Eğici Yaklaşım** | 2.98±0.45 | 1.66-3.00 | 0.00-3.00 |
| **Sosyal Desteğe Başvurma** | 2.71±0.47 | 1.50-2.75 | 0.00-3.00 |

Tablo 13’te bakım verenlerin SBÇTÖ alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; bakım vericiler çoğunlukla “Boyun eğici yaklaşımı” kullanmaktadırlar (2.98±0.45). Başvurulan diğer baş etme yöntemleri ise en fazla kullanım sırasına göre iyimser yaklaşım (2.97±0.45), kendine güvenli yaklaşım (2.83±0.39), sosyal desteğe başvurma (2.71±0.47) ve çaresiz yaklaşımdır (1.95±0.43).

**Tablo 14.** Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği iyimser yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **n** | **Medyan (25.-75.persentil)** | **Test** | **p** | **Farklılık** |
| **Cinsiyet** | Kadın | 70 | **2.25 (2.10 – 2.40)** | -1.342\* | 0.180 | - |
| Erkek | 113 | 2.25 (1.95 – 2.40) |
| **Medeni Durum** | Evli | 95 | **2.25 (2.10 – 2.40)** | -0.457\* | 0.648 | - |
| Bekar | 88 | 2.25 (1.99 – 2.40) |
| **Eğitim Durumu** | Okuryazar değil | 23 | 2.25 (2.10 – 2.40) | 2.865\*\* | 0.581 | - |
| İlkokul | 56 | 2.25 (1.95 – 2.40) |
| Ortaokul | 35 | 2.25 (2.10 – 2.40) |
| Lise | 52 | **2.40 (1.95 – 2.40)** |
| Üniversite | 17 | 2.25 (1.95 – 2.40) |
| **Sağlık Güvencesi** | SGK | 162 | **2.25 (2.10 – 2.40)** | 2.752\*\* | 0.253 | - |
| Özel sigorta | 10 | 2.17 (12,5 –2.40) |
| Yok | 11 | 2.10 (1.95 – 2.40) |
| **Çalışma Durumu** | Çalışıyor | 49 | **2.25 (2.10 – 16,5)** | 1.492\*\* | 0.474 | - |
| Çalışmıyor | 96 | 2.25 (1.95 – 2.40) |
| Emekli | 38 | 2.25 (1.87 – 2.40) |
| **İlaçları Düzenli Kullanma** | Evet | 131 | **2.25 (2.10 – 2.40)** | 7.680\*\* | **0.021** | Evet<Arada bir alıyor ya da hiç almıyor |
| Arada bir aksatıyor | 36 | 2.25 (1.95 – 2.40) |
| Arada bir alıyor ya da hiç almıyor | 16 | 1.95 (1.80 – 2.37) |
| **Kontrole Düzenli Gitme** | Evet | 140 | **2.25 (2.10 – 2.40)** | -0.427\* | 0.640 | - |
| Hayır | 43 | 2.25 (1.95 – 2.40) |
| **Alkol Ve/Veya Madde Kullanım Durumu** | Evet | 95 | 2.10 (1.95 – 2.40) | -1.585\* | 0.113 | - |
| Hayır | 88 | **2.25 (2.10 – 2.40)** |

**\*MW:** Mann-Whitney U Testi, **\*\*KW:** Kruskall-Wallis H Testi

51

Tablo 14’te şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine ilişkin bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği iyimser yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında iki grup karşılaştırılmasında, Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H Testi uygulanmıştır.

İlaçlarını düzenli kullanma durumuna göre iyimser yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=7.680, p=0.026). İlaçlarını düzenli kullanan hastalara bakım verenlerin iyimser yaklaşım toplam puan ortalamaları, ilaçlarını arada bir alanlar ya da hiç almayanlara bakım verenlerin iyimser yaklaşım toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Hastanın cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, sağlık güvencesi, çalışma durumu, kontrole düzenli gitme durumu ve alkol ve/veya madde kullanım durumuna göre iyimser yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (cinsiyet, MW=-1.342, p=0.180; medeni durum, MW=-0.457, p=0.648; eğitim durumu, KW=2.865, p=0.581; sağlık güvencesi, KW=2.752, p=0.253; çalışma durumu, KW=1.492, p=0.474; kontrole düzenli gitme durumu, MW=-0.427, p=0.640; alkol ve /veya madde kullanım durumu, MW=-1.585, p=0.113).

**Tablo 15.** Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği kendine güvenli yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **n** | **Medyan (25.-75.persentil)** | **Test** | **p** | **Farklılık** |
| **Cinsiyet** | Kadın | 70 | **2.37 (2.12 – 2.50)** | -1.477\* | 0.140 | - |
| Erkek | 113 | 2.25 (2.12 – 2.37) |
| **Medeni Durum** | Evli | 95 | 2.25 (2.12 – 2.37) | -1.317\* | 0.188 | - |
| Bekar | 88 | **2.37 (2.12 – 2.50)** |
| **Eğitim Durumu** | Okuryazar değil | 23 | **2.37 (2.12 – 2.50)** | 6.951\*\* | 0.139 | - |
| İlkokul | 56 | 2.31 (2.12 – 2.50) |
| Ortaokul | 35 | 2.25 (2.12 – 2.37) |
| Lise | 52 | 2.31 (2.12 –2.37) |
| Üniversite | 17 | 2.12 (1.75 –2.44) |
| **Sağlık Güvencesi** | SGK | 162 | **2.25 (2.12 – 2.50)** | 1.066\*\* | 0.587 | - |
| Özel sigorta | 10 | 2.19 (1.75 – 2.56) |
| Yok | 11 | 2.12 (2.00 – 2.50) |
| **Çalışma Durumu** | Çalışıyor | 49 | 2.37 (2.12 – 2.37) | 10.561\*\* | **0.005** | Emekli<Çalışıyor  Emekli<Çalışmıyor |
| Çalışmıyor | 96 | **2.37 (2.12 – 2.50)** |
| Emekli | 38 | 2.12 (2.00 – 2.25) |
| **İlaçları Düzenli Kullanma** | Evet | 131 | **2.25 (2.12 – 2.50)** | 1.183\*\* | 0.554 | - |
| Arada bir aksatıyor | 36 | 2.25 (2.04 – 2.50) |
| Arada bir alıyor ya da hiç almıyor | 16 | 2.25 (1.91 – 19,8) |
| **Kontrole Düzenli Gitme** | Evet | 140 | 2.25 (2.12 – 2.37) | -1.135\* | 0.256 | - |
| Hayır | 43 | **2.37 (2.12 – 2.50)** |
| **Alkol Ve/Veya Madde Kullanım Durumu** | Evet | 95 | 2.25 (2.12 – 2.37) | -1.165\* | 0.244 | - |
| Hayır | 88 | **2.37 (2.12 – 2.50)** |

**\*MW:** Mann-Whitney U Testi, **\*\*KW:** Kruskall-Wallis H Testi

53

Tablo 15’te şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği kendine güvenli yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında iki grup karşılaştırılmasında, Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H Testi uygulanmıştır.

Çalışma durumuna göre kendine güvenli yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=10.561, p=0.005). Emekli hastaya bakım verenlerin kendine güvenli yaklaşım toplam puan ortalamaları, çalışan hastaya ve çalışmayan hastaya bakım verenlerin kendine güvenli yaklaşım toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Hastanın cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, sağlık güvencesi, ilaçlarını düzenli kullanma durumu, kontrole düzenli gitme ve alkol ve/veya madde kullanım durumuna göre SBÇTÖ toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (cinsiyet, MW=-1.477, p=0.140; medeni durum, MW=-1.317, p=0.188; eğitim durumu, KW=6.951, p=0.139; sağlık güvencesi, KW=1.066, p=0.587; ilaçlarını düzenli kullanma durumu, KW=1.183, p=0.554; kontrole düzenli gitme durumu, MW=-1.135, p=0.256; alkol ve/veya madde kullanım durumu, MW=-1.165, p=0.244).

**Tablo 16.** Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği çaresiz yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **n** | **Medyan (25.-75.persentil)** | **Test** | **p** | **Farklılık** |
| **Cinsiyet** | Kadın | 70 | 1.43 (1.22 – 1.59) | -0.909\* | 0.363 | - |
| Erkek | 113 | **1.49 (1.22– 1.69)** |
| **Medeni Durum** | Evli | 95 | 1.45 (1.22 – 1.59) | -0.178\* | 0.858 | - |
| Bekar | 88 | **1.48 (1.22 – 18,8)** |
| **Eğitim Durumu** | Okuryazar değil | 23 | 1.43 (1.22 – 1.59) | 1.175\*\* | 0.882 | - |
| İlkokul | 56 | 1.50 (1.22 – 1.69) |
| Ortaokul | 35 | 1.44 (1.22 – 1.69) |
| Lise | 52 | 1.44 (1.22 – 1.69) |
| Üniversite | 17 | **1.52 (1.22 – 2.01)** |
| **Sağlık Güvencesi** | SGK | 162 | 1.44 (1.22 – 1.59) | 6.551\*\* | **0.038** | SGK<Yok |
| Özel sigorta | 10 | 1.60 (1.29 – 2.09) |
| Yok | 11 | **1.67 (1.40 – 1.97)** |
| **Çalışma Durumu** | Çalışıyor | 49 | 1.37 (1.17 – 1.59) | 8.284\*\* | 0.016 | Çalışıyor<Çalışmıyor |
| Çalışmıyor | 96 | **1.52 (1.22 – 1.69)** |
| Emekli | 38 | 1.46 (1.22 – 1.69) |
| **İlaçları Düzenli Kullanma** | Evet | 131 | 1.41 (1.22 – 1.59) | 15.165\*\* | **0.001** | Evet<Arada bir alıyor ya da hiç almıyor |
| Arada bir aksatıyor | 36 | 1.53 (1.31 – 1.76) |
| Arada bir alıyor ya da hiç almıyor | 16 | **1.76 (1.45 – 2.04)** |
| **Kontrole Düzenli Gitme** | Evet | 140 | 1.44 (1.22 – 1.59) | -1.603\* | 0.109 | - |
| Hayır | 43 | **1.53 (1.31 – 1.78)** |
| **Alkol Ve/Veya Madde Kullanım Durumu** | Evet | 95 | **1.53 (1.22 – 1.78)** | -2.018\* | **0.044** | Evet>Hayır |
| Hayır | 88 | 1.40 (1.22 – 1.59) |

**\*MW:** Mann-Whitney U Testi, **\*\*KW:** Kruskall-Wallis H Testi

55

Tablo 16’da şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği çaresiz yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında iki grup karşılaştırılmasında, Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır.

Bakım vericilerin bakım verdikleri hastanın sağlık güvencesi durumuna göre çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=6.551, p=0.038). Sağlık güvencesi SGK olan hastalara bakım verenlerin çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamalarının, sağlık güvencesi olmayan hastaya bakım verenlerin çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Hastanın çalışma durumuna göre bakım vericilerin çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=8.284, p=0.016). Çalışan hastaya bakım verenlerin çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamalarının, çalışmayan hastaya bakım verenlerin çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Hastasının ilaçları düzenli kullanma durumuna göre bakım verenlerin çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=15.165, p=0.001). İlaçlarını düzenli kullanan hastaya bakım verenlerin çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamalarının, ilaçlarını arada bir alan ya da hiç kullanmayan hastaya bakım verenlerin çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Hastanın alkol ve/veya madde kullanım durumuna göre bakım verenlerin çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (MW=-2.018, p=0.044). Alkol ve/veya madde kullanımı olan hastaya bakım verenlerin çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamalarının, alkol ve/veya madde kullanımı olmayan hastaya bakım verenlerin çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Hastanın cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu ve kontrole düzenli gitme durumuna göre bakım vericilerin çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Cinsiyet, MW=-0.909, p=0.363; medeni durum, MW=-0.178, p=0.858; eğitim durumu, KW=1.175, p=0.882; kontrole düzenli gitme durumu, MW=-1.603, p=0.109).

**Tablo 17.** Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği boyun eğici yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **n** | **Medyan (25.-75.persantil)** | **Test** | **p** | **Farklılık** |
| **Cinsiyet** | Kadın | 70 | 2.22 (2.00 – 2.37) | -0.356\* | 0.722 | - |
| Erkek | 113 | **2.24 (2.00 – 2.37)** |
| **Medeni Durum** | Evli | 95 | 2.21 (2.00 – 2.37) | -1.886\* | 0.059 | - |
| Bekar | 88 | 2.26 (2.12 – 2.50) |
| **Eğitim Durumu** | Okuryazar değil | 23 | **2.29 (2.25 – 2.37)** | 4.354\*\* | 0.360 | - |
| İlkokul | 56 | 2.27 (2.04 – 2.50) |
| Ortaokul | 35 | 2.19 (2.00 – 2.37) |
| Lise | 52 | 2.24 (2.04 – 2.37) |
| Üniversite | 17 | 2.12 (1.81 – 2.37) |
| **Sağlık Güvencesi** | SGK | 162 | 2.24 (2.00 – 2.37) | 2.156\*\* | 0.340 | - |
| Özel sigorta | 10 | 2.15 (1.72 – 2.56) |
| Yok | 11 | **2.27 (2.25 – 2.62)** |
| **Çalışma Durumu** | Çalışıyor | 49 | **2.26 (2.06 – 2.37)** | 1.347\*\* | 0.510 | - |
| Çalışmıyor | 96 | 2.24 (2.12– 2.37) |
| Emekli | 38 | 2.20 (2.00 – 2.37) |
| **İlaçları Düzenli Kullanma** | Evet | 131 | **2.25 (2.00 – 2.37)** | 1.137\*\* | 0.566 | - |
| Arada bir aksatıyor | 36 | 2.16 (2.00 – 2.37) |
| Arada bir alıyor ya da hiç almıyor | 16 | 2.24 (2.00 – 2.47) |
| **Kontrole Düzenli Gitme** | Evet | 140 | 2.24 (2.00 – 2.37) | -0.575\* | 0.565 | - |
| Hayır | 43 | **2.25 (2.12 – 2.37)** |
| **Alkol Ve/Veya Madde Kullanım Durumu** | Evet | 95 | 2.19 (2.00 – 2.37) | -1.312\* | 0.190 | - |
| Hayır | 88 | **2.29 (2.04 – 2.37)** |

**\*MW:** Mann-Whitney U Testi, **\*\*KW:** Kruskall-Wallis H Testi

57

Tablo 17’de şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği boyun eğici yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında iki grup karşılaştırılmasında, Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır.

Buna göre tablo 17 incelendiğinde hastanın cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, sağlık güvencesi, çalışma durumu, ilaçlarını düzenli kullanma, kontrole düzenli gitme ve alkol ve/veya madde kullanım durumuna göre bakım vericilerin boyun eğici yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (cinsiyet, MW=-0.356, p=0.722; medeni durum, MW=-1.886, p=0.059; eğitim durumu, KW=4.354, p=0.360; sağlık güvencesi, KW=2.156, p=0.340; çalışma durumu, KW=1.347, p=0.510; ilaçlarını düzenli kullanma durumu, KW=1.137, p=0.566; kontrole düzenli gitme durumu, MW=-0.575, p=0.565; alkol ve/veya madde kullanım durumu, MW=-1.312, p=0.190).

**Tablo 18.** Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği sosyal desteğe başvurma alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **n** | **Medyan (25.-75.persentil)** | **Test** | **p** | **Farklılık** |
| **Cinsiyet** | Kadın | 70 | **2.10 (0.56 – 2.25)** | -2.079\* | **0.038** | Kadın>Erkek |
| Erkek | 113 | 1.99 (0.56 – 2.25) |
| **Medeni Durum** | Evli | 95 | **2.04 (0.56 – 2.25)** | -0.567\* | 0.571 | - |
| Bekar | 88 | 2.02 (0.56 – 2.25) |
| **Eğitim Durumu** | Okuryazar değil | 23 | 2.10 (0.56– 2.25) | 4.892\*\* | 0.299 | - |
| İlkokul | 56 | **2.10 (1.93 – 2.25)** |
| Ortaokul | 35 | 2.00 (0.56 – 2.25) |
| Lise | 52 | 1.99 (1.74 – 2.25) |
| Üniversite | 17 | 1.91 (1.59 – 2.25) |
| **Sağlık Güvencesi** | SGK | 162 | 2.04 (0.56 – 2.25) | 2.510\*\* | 0.285 | - |
| Özel sigorta | 10 | 1.78 (1.36 – 2.11) |
| Yok | 11 | **2.08 (0.56 – 2.25)** |
| **Çalışma Durumu** | Çalışıyor | 49 | 2.02 (1.78 – 2.25 | 0.569\*\* | 0.752 | - |
| Çalışmıyor | 96 | **2.04 (0.56 – 2.25)** |
| Emekli | 38 | 2.00 (0.56 – 2.25) |
| **İlaçları Düzenli Kullanma** | Evet | 131 | **2.08 (0.56 – 2.25)** | 8.796\*\* | **0.012** | Evet>Arada bir alıyor ya da hiç almıyor |
| Arada bir aksatıyor | 36 | 1.99 (1.69 – 2.25) |
| Arada bir alıyor ya da hiç almıyor | 16 | 1.80 (1.56 – 11,8) |
| **Kontrole Düzenli Gitme** | Evet | 140 | **2.08 (0.56 –2.25)** | -2.534\* | **0.011** | Evet>Hayır |
| Hayır | 43 | 1.91 (1.69 – 2.25) |
| **Alkol Ve/Veya Madde Kullanım Durumu** | Evet | 95 | 1.99 (1.69– 2.25) | -1.312\* | 0.190 | - |
| Hayır | 88 | **2.08 (0.56 – 2.25)** |

**\*MW:** Mann-Whitney U Testi, **\*\*KW:** Kruskall-Wallis H Testi

59

Tablo 18’de şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği sosyal desteğe başvurma alt boyutunun toplam puan ortalamalarının iki grup karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H Testi uygulanmıştır.

Hastanın cinsiyet değişkenine göre bakım vericilerin sosyal desteğe başvurma toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (MW=-2.079, p=0.038). Cinsiyeti kadın olan hastaya bakım verenlerin sosyal desteğe başvurma toplam puan ortalamalarının, cinsiyeti erkek hastaya bakım verenlerin sosyal desteğe başvurma toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların ilaçlarını düzenli kullanma durumuna göre bakım vericilerin sosyal desteğe başvurma toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=8.796, p=0.012). İlaçlarını düzenli kullanan hastaya bakım verenlerin sosyal desteğe başvurma toplam puan ortalamalarının, ilaçlarını arada bir alan ya da hiç kullanmayan hastalara bakım verenlerin sosyal desteğe başvurma toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların kontrole düzenli gitme durumuna göre bakım vericilerin sosyal desteğe başvurma toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (MW=-2.534, p=0.011). Kontrole düzenli giden hastalara bakım verenlerin sosyal desteğe başvurma toplam puan ortalamalarının, kontrole düzenli gitmeyen hastalara bakım verenlerin sosyal desteğe başvurma toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Hastanın medeni durumu, eğitim durumu, sağlık güvencesi, çalışma durumu ve alkol ve/veya madde kullanım durumuna göre bakım vericilerin sosyal desteğe başvurma toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (medeni durum, MW=-0.567, p=0.571; eğitim durumu, KW=4.892, p=0.299; sağlık güvencesi, KW=2.510, p=0.285; çalışma durumu, KW=0.569, p=0.752; alkol ve/veya madde kullanım durumu, MW=-1.312, p=0.190).

**Tablo 19.** Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği iyimser yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **n** | **Medyan (25.-75.persentil)** | **Test** | **p** | **Farklılık** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cinsiyet** | Kadın | 134 | **2.25 (2.10 – 2.40)** | -0.203\* | 0.818 | - |
| Erkek | 49 | 2.25 (1.95 – 17,0) |
| **Medeni Durum** | Evli | 140 | **2.25 (2.10 – 2.40)** | -0.167\* | 0.868 | - |
| Bekar | 43 | 2.25 (1.95 – 2.40) |
| **Eğitim Durumu** | İlkokul | 61 | **2.25 (2.10 – 2.40)** | 2.246\*\* | 0.236 | - |
| Ortaokul | 21 | 2.25 (1.87 – 2.40) |
| Lise | 80 | **2.25 (2.10 – 2.40)** |
| Üniversite | 21 | 2.25 (1.87 – 2.40) |
| **Hastaya Yakınlık Durumu** | Anne | 51 | 2.10 (1.95 – 2.40) | 2.932\*\* | 0.204 | - |
| Baba | 12 | 2.10 (1.95 – 2.40) |
| Çocuk | 15 | **2.40 (2.25 – 2.40)** |
| Eş | 78 | 2.25 (1.95 – 2.40) |
| Kardeş | 27 | 2.25 (2.10 – 17,0) |
| **Çalışma Durumu** | Çalışıyor | 37 | 2.10 (1.95 – 2.40) | 2.186\*\* | 0.335 | - |
| Çalışmıyor | 70 | 2.25 (2.07 – 16,3) |
| Emekli | 76 | **2.25 (2.10 – 2.40)** |
| **Gelir Düzeyi** | Gelir Giderden Az | 13 | 2.25 (1.87 – 2.40) | 2.792\*\* | 0.091 | - |
| Gelir Gidere Eşit | 52 | 2.10 (1.95 – 2.40) |
| Gelir Giderden Fazla | 118 | **2.25 (2.10 – 2.40)** |
| **Diğer Aile Üyelerinden Yardım Alma** | Evet | 105 | 2.25 (1.95 – 2.40) | -0.126\* | 0.900 | - |
| Hayır | 78 | **2.25 (2.10 – 2.40)** |
| **Ailede Başka Ruhsal Hastalığın Varlığı** | Evet | 48 | 2.25 (1.99 – 2.55) | -0.678\* | 0.498 | - |
| Hayır | 135 | **2.25 (2.10 – 2.40)** |
| **Şizofreniyi Bilme Durumu** | Evet | 136 | 2.25 (1.95 – 2.40) | -0.759\* | 0.448 | - |
| Hayır | 47 | **2.25 (2.10 – 2.40)** |
| **Şizofreni Hakkında Bilgisi Alma Durumu** | Evet | 129 | 2.25 (1.95 –2.40) | -1.0202\* | 0.229 | - |
| Hayır | 54 | **2.25 (2.10 – 2.40)** |

**\*MW:** Mann-Whitney U Testi, **\*\*KW:** Kruskall-Wallis H Testi

61

Tablo 19’da şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği iyimser yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında iki grup karşılaştırılmasında, Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır.

Bakım verenlerde cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, hastaya yakınlık durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, diğer aile üyelerinden yardım alma durumu, ailede başka ruhsal hastalığın varlığı, şizofreniyi bilme ve şizofreni hakkında bilgi alma durumuna göre iyimser yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Cinsiyet, MW=-0.203, p=0.818; medeni durum, MW=-0.167, p=0.868; eğitim durumu, KW=2.246, p=0.236; hastaya yakınlık durumu, KW=2.932, p=0.204; çalışma durumu, KW=2.186, p=0.335; gelir düzeyi, KW=2.792, p=0.091; diğer aile üyelerinden yardım alma durumu, MW=-0.126, p=0,900; ailede başka ruhsal hastalığın varlığı, MW=-0.678, p=0.498; şizofreniyi bilme durumu, MW=-0.759, p=0.448; şizofreni hakkında bilgi alma durumu, MW=-1.0202, p=0.229).

**Tablo 20.** Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği kendine güvenli yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **n** | **Medyan (25.-75.persentil)** | **Test** | **p** | **Farklılık** |
| **Cinsiyet** | Kadın | 134 | 2.25 (2.12 – 2.37) | -1,196\* | 0.232 | - |
| Erkek | 49 | **2.37 (2.12 – 2.50)** |
| **Medeni Durum** | Evli | 140 | **2.25 (2.12 – 2.50)** | -0,320\* | 0.749 | - |
| Bekar | 43 | 2.25 (2.12 – 2.37) |
| **Eğitim Durumu** | İlkokul | 61 | **2.37 (2.12 – 2.50)** | 2.979\*\* | **0.003** | Üniversite<İlkokul  Üniversite<Ortaokul |
| Ortaokul | 21 | 2.37 (2.12 – 2.37) |
| Lise | 80 | 2.25 (2.12 – 2.50) |
| Üniversite | 21 | 2.12 (1.75 – 2.37) |
| **Hastaya Yakınlık Durumu** | Anne | 51 | 2.37 (2.12 – 2.50) | 2.668\*\* | 0.323 | - |
| Baba | 12 | **2.44 (2.19 – 2.60)** |
| Çocuk | 15 | 2.25 (2.00 – 2.37) |
| Eş | 78 | 2.25 (2.12 – 2.41) |
| Kardeş | 27 | 2.25 (2.12 – 2.50) |
| **Çalışma Durumu** | Çalışıyor | 37 | 2.25 (1.87 – 2.44) | 2.779\*\* | 0.092 | - |
| Çalışmıyor | 70 | **2.37 (2.12 – 2.50)** |
| Emekli | 76 | 2.25 (2.12 – 2.50) |
| **Gelir Düzeyi** | Gelir Giderden Az | 13 | 2.00 (1.69 – 2.31) | 2.780\*\* | **0.020** | Geliri giderinden az<Geliri giderinden fazla |
| Gelir Gidere Eşit | 52 | 2.25 (2.12 – 2.50) |
| Gelir Giderden Fazla | 118 | **2.37 (2.12 – 2.50)** |
| **Diğer Aile Üyelerinden Yardım Alma** | Evet | 105 | **2.37 (2.12 – 2.50)** | -1.703\* | 0.089 | - |
| Hayır | 78 | 2.25 (2.12 – 2.37) |

63

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ailede Başka Ruhsal Hastalığın Varlığı** | Evet | 48 | **2.37 (2.12 – 2.50)** | -1.917\* | 0.055 | - |
| Hayır | 135 | 2.25 (2.12 – 2.37) |
| **Şizofreniyi Bilme Durumu** | Evet | 136 | 2.25 (2.12 – 2.50) | -1.102\* | 0.271 | - |
| Hayır | 47 | **2.37 (2.12 – 2.50)** |
| **Şizofreni Hakkında Bilgi Alma Durumu** | Evet | 129 | 2.25 (2.12 – 19,5) | -0,894\* | 0.371 | - |
| Hayır | 54 | **2.31 (2.12 – 2.50)** |

**\*MW:** Mann-Whitney U Testi, **\*\*KW:** Kruskall-Wallis H Testi

64

Tablo 20’de şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğikendine güvenli yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında iki grup karşılaştırılmasında, Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H Testi uygulanmıştır.

Bakım verenlerde eğitim durumuna göre kendine güvenli yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=2.979, p=0.003). Üniversite mezunlarının kendine güvenli yaklaşım toplam puan ortalamaları, ilkokul ve ortaokul mezunlarının kendine güvenli yaklaşım toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerde gelir düzeyine göre kendine güvenli yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=2.780, p=0.020). Geliri giderlerinden az olanların kendine güvenli yaklaşım toplam puan ortalamaları, geliri giderlerinden fazla olanların kendine güvenli yaklaşım toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerin cinsiyeti, medeni durumu, hastaya yakınlık durumu, çalışma durumu, diğer aile üyelerinden yardım alma durumu, ailede başka ruhsal hastalığın varlığı, şizofreniyi bilme durumu ve şizofreni hakkında bilgi alma durumuna göre kendine güvenli yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (cinsiyet, MW=-1.196, p=0.232; medeni durum, MW=-0.320, p=0.749; hastaya yakınlık durumu, KW=2.668, p=0.323; çalışma durumu, KW=2.779, p=0.092; diğer aile üyelerinden yardım alma durumu, MW=-1.703, p=0.089; ailede başka ruhsal hastalığın varlığı, MW=-1.917, p=0.055; şizofreniyi bilme durumu, MW=-1.102, p=0.271; şizofreni hakkında bilgi alma durumu, MW=-0.894, p=0.371).

**Tablo 21.** Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği çaresiz yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

66

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **n** | **Medyan (25.-75.persentil)** | **Test** | **p** | **Farklılık** |
| **Cinsiyet** | Kadın | 134 | **1.41 (1.22 – 1.69)** | -0.603\* | 0.547 | - |
| Erkek | 49 | 1.41 (1.22 – 1.59) |
| **Medeni Durum** | Evli | 140 | 1.41 (1.22 – 1.59) | -0.686\* | 0.493 | - |
| Bekar | 43 | **1.41 (1.22 – 1.78)** |
| **Eğitim Durumu** | İlkokul | 61 | 1.41 (1.22 – 17,5) | 0.313\*\* | 0.342 | - |
| Ortaokul | 21 | **1.50 (1.26 – 1.78)** |
| Lise | 80 | 1.41 (1.22 – 1.59) |
| Üniversite | 21 | 1.41 (1.31 – 1.78) |
| **Hastaya Yakınlık Durumu** | Anne | 51 | 1.41 (1.22 – 1.69) | 1.969\*\* | 0.742 | - |
| Baba | 12 | **1.50 (1.34 – 1.67)** |
| Çocuk | 15 | 1.41 (1.31 – 1.59) |
| Eş | 78 | 1.41 (1.22 – 1.59) |
| Kardeş | 27 | 1.50 (1.22 – 1.78) |
| **Çalışma Durumu** | Çalışıyor | 37 | **1.41 (1.22 – 1.78)** | 0.260\*\* | 0.249 | - |
| Çalışmıyor | 70 | 1.41 (1.22 – 1.59) |
| Emekli | 76 | 1.41 (1.31 – 1.69) |
| **Gelir Düzeyi** | Gelir Giderden Az | 13 | 1.50 (1.59 – 1.87) | 0.688\*\* | **0.025** | Geliri giderden az<Geliri giderden fazla |
| Gelir Gidere Eşit | 52 | 1.69 (1.59 – 1.87) |
| Gelir Giderden Fazla | 118 | **1.78 (1.59 – 1.87)** |
| **Diğer Aile Üyelerinden Yardım Alma** | Evet | 105 | 1.41 (1.22 – 1.59) | -1.837\* | 0.066 | - |
| Hayır | 78 | **1.41 (1.22 – 1.78)** |
| **Ailede Başka Ruhsal Hastalığın Varlığı** | Evet | 48 | **1.41 (1.31 – 1.69)** | -0.496\* | 0.620 | - |
| Hayır | 135 | 1.41 (1.22 – 1.50) |
| **Şizofreni Bilme Durumu** | Evet | 136 | **1.41 (1.22 – 1.69)** | -1.035\* | 0.301 | - |
| Hayır | 47 | 1.41 (1.22 – 1.59) |
| **Şizofreni Hakkında Bilgi Alma Durumu** | Evet | 129 | **1.41 (1.22 – 1.69)** | -1,510\* | 0.131 | - |
| Hayır | 54 | 1.41 (1.22 – 1.59) |

**\*MW:** Mann-Whitney U Testi, **\*\*KW:** Kruskall-Wallis H Testi

67

Tablo 21’de şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği çaresiz yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında iki grup karşılaştırılmasında, Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır.

Bakım verenlerde gelir düzeyine göre çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=0.688, p=0.025). Geliri giderden az olanların çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamaları, geliri giderden fazla olanların çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerde cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, hastaya yakınlık durumu, çalışma durumu, diğer aile üyelerinden yardım alma, ailede başka ruhsal hastalığın varlığı, şizofreniyi bilme ve şizofreni hakkında bilgisi olma durumuna göre çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (cinsiyet, MW=-0.603, p=0.547; medeni durum, MW=-0.686, p=0.493; eğitim durumu, KW=0.313, p=0.342; hastaya yakınlık durumu, KW=1.969, p=0.742; çalışma durumu, KW=0.260, p=0.249; diğer aile üyelerinden yardım alma durumu, MW=-1.837, p=0.066; ailede başka ruhsal hastalığın varlığı, MW=-0.496, p=0.620; şizofreniyi bilme durumu, MW=-1.035, p=0.301; şizofreni hakkında bilgi alma durumu, MW=-1.510, p=0.131).

**Tablo 22.** Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği boyun eğici yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

69

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **n** | **Medyan (25.-75.persentil)** | **Test** | **p** | **Farklılık** |
| **Cinsiyet** | Kadın | 134 | 2.25 (2.00 – 2.37) | -1.339\* | 0.180 | - |
| Erkek | 49 | **2.25 (2.12 – 2.37)** |
| **Medeni Durum** | Evli | 140 | 2.25 (2.00 – 2.37) | -0,941\* | 0.347 | - |
| Bekar | 43 | **2.25 (2.00 – 2.50)** |
| **Eğitim Durumu** | İlkokul | 61 | **2.25 (2.12 – 2.37)** | 2.361\*\* | 0.225 | - |
| Ortaokul | 21 | 2.25 (2.06 – 2.37) |
| Lise | 80 | 2.25 (2.00 – 2.37) |
| Üniversite | 21 | 2.12 (2.00 – 2.25) |
| **Hastaya Yakınlık Durumu** | Anne | 51 | 2.25 (2.00 – 2.37) | 2.063\*\* | 0.398 | - |
| Baba | 12 | 1.37 (2.25 – 2.60) |
| Çocuk | 15 | **2.25 (2.25 – 2.37)** |
| Eş | 78 | 2.25 (2.00 – 2.37) |
| Kardeş | 27 | 2.25 (2.12 – 2.50) |
| **Çalışma Durumu** | Çalışıyor | 37 | 2.25 (2.00 – 2.31) | 1.885\*\* | 0.390 | - |
| Çalışmıyor | 70 | **2.25 (2.12 – 2.37)** |
| Emekli | 76 | 2.25 (2.00 – 2.37) |
| **Gelir Düzeyi** | Gelir Giderden Az | 13 | 2.00 (1.87 – 2.25) | 2.622\*\* | **0.022** | Gelir giderden az<Gelir giderden fazla |
| Gelir Gidere Eşit | 52 | 2.25 (1.91 – 2.37) |
| Gelir Giderden Fazla | 118 | **2.25 (2.12 – 2.37)** |
| **Diğer Aile Üyelerinden Yardım Alma** | Evet | 105 | **2.25 (2.12 – 2.37)** | -1.695\* | 0.090 | - |
| Hayır | 78 | 2.25 (2.00 – 2.37) |
| **Ailede Başka Ruhsal Hastalığın Varlığı** | Evet | 48 | **2.37 (2.17 – 2.47)** | -2.176\* | **0.030** | Evet>Hayır |
| Hayır | 135 | 2.25 (2.00 – 2.37) |
| **Şizofreniyi Bilme Durumu** | Evet | 136 | 2.25 (2.00 – 2.37) | -0.303\* | 0.762 | - |
| Hayır | 47 | 2.25 (2.00 – 2.37) |
| **Şizofreni Hakkında Bilgi Alma Durumu** | Evet | 129 | 2.25 (2.00 – 2.37) | -0.819\* | 0.413 | - |
| Hayır | 54 | **2.25 (2.10 – 2.37)** |

**\*MW:** Mann-Whitney U Testi, **\*\*KW:** Kruskall-Wallis H Testi

70

Tablo 22’de şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği boyun eğici yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının iki grup karşılaştırılmasında, Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır.

Bakım verenlerde gelir düzeyine göre boyun eğici yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=2.622, p=0.022). Geliri giderden az olanların boyun eğici yaklaşım toplam puan ortalamaları, geliri giderden fazla olanların boyun eğici yaklaşım toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerin ailesinde başka ruhsal hastalığın olması durumuna göre boyun eğici yaklaşım toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (MW=-2.176, p=0.030). Ailesinde başka ruhsal hastalığı olan bakım verenlerin boyun eğici yaklaşım toplam puan ortalamaları, ailesinde başka ruhsal hastalığı olmayan bakım verenlerin boyun eğici yaklaşım toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerde cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, hastaya yakınlık durumu, çalışma durumu, diğer aile üyelerinden yardım alma durumu, şizofreniyi bilme durumu ve şizofreni hakkında bilgi alma durumuna göre boyun eğici yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (cinsiyet, MW=-1.339, p=0.180; medeni durum, MW=-0.941, p=0.347; eğitim durumu, KW=2.361, p=0.225; hastaya yakınlık durumu, KW=2.063, p=0.398; çalışma durumu, KW=1.885, p=0.390; diğer aile üyelerinden yardım alma durumu, MW=-1.695, p=0.090; şizofreniyi bilme durumu, MW=-0.303, p=0.762; şizofreni hakkında bilgi alma durumu, MW=-0.819, p=0.413).

**Tablo 23.** Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği sosyal desteğe başvurma alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

72

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **n** | **Medyan (25.-75.persentil)** | **Test** | **p** | **Farklılık** |
| **Cinsiyet** | Kadın | 134 | **2.06 (1.87 – 2.25)** | -0.794\* | 0.427 | - |
| Erkek | 49 | 2.06 (1.69 – 2.25 |
| **Medeni Durum** | Evli | 140 | **2.06 (1.87 – 2.25)** | -0.181\* | 0.856 | - |
| Bekar | 43 | 2.06 (0.19 – 2.25) |
| **Eğitim Durumu** | İlkokul | 61 | **2.06 (1.87 – 2.25)** | 2.340\*\* | 0.342 | - |
| Ortaokul | 21 | **2.06 (1.87 – 2.25)** |
| Lise | 80 | **2.06 (1.87 – 2.25)** |
| Üniversite | 21 | 1.87 (0.19 – 2.25) |
| **Hastaya Yakınlık Durumu** | Anne | 51 | **2.06 (1.87 – 2.25)** | 2.612\*\* | 0.461 | - |
| Baba | 12 | 1.87 (1.50 – 2.25) |
| Çocuk | 15 | 1.87 (1.69 – 2.25) |
| Eş | 78 | **2.06 (1.87 –2.25)** |
| Kardeş | 27 | 2.06 (1.69 – 2.25) |
| **Çalışma Durumu** | Çalışıyor | 37 | 2.06 (1.78 – 2.44) | 0.733\*\* | 0.693 | - |
| Çalışmıyor | 70 | **2.06 (1.87 – 2.25)** |
| Emekli | 76 | 2.06 (1.74 – 2.25) |
| **Gelir Düzeyi** | Gelir Giderden Az | 13 | 1.87 (1.50 – 2.06) | 2.846\*\* | 0.089 | - |
| Gelir Gidere Eşit | 52 | 2.06 (1.69 – 2.25) |
| Gelir Giderden Fazla | 118 | **2.06 (1.87 – 2.25)** |
| **Diğer Aile Üyelerinden Yardım Alma** | Evet | 105 | 2.06 (1.78 – 2.25) | -0.043\* | 0.966 | - |
| Hayır | 78 | **2.06 (1.87 – 2.25)** |
| **Ailede Başka Ruhsal Hastalığın Varlığı** | Evet | 48 | 1.87 (1.69 – 2.21) | -2. 231\* | **0.001** | Evet<Hayır |
| Hayır | 135 | **2.06 (1.87 – 2.25)** |
| **Şizofreniyi Bilme Durumu** | Evet | 136 | **2.06 (1.87 – 2.25)** | -1.104\* | 0.270 | - |
| Hayır | 47 | **2.06 (1.87 – 2.25)** |
| **Şizofreni Hakkında Bilgi Alma Durumu** | Evet | 129 | 2.06 (1.69 – 2.25) | -0.433\* | 0.665 | - |
| Hayır | 54 | **2.06 (1.87 – 2.25)** |

**\*MW:** Mann-Whitney U Testi, **\*\*KW:** Kruskall-Wallis H Testi

73

Tablo 23’te şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği sosyal desteğe başvurma alt boyutunun toplam puan ortalamalarının iki grup karşılaştırılmasında, Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır.

Bakım verenlerin ailesinde başka ruhsal hastalığı olma durumuna göre sosyal desteğe başvurma toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0.001). Ailesinde başka ruhsal hastalığı olanların sosyal desteğe başvurma toplam puan ortalamaları, ruhsal hastalığı olmayanların sosyal desteğe başvurma toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerde cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, hastaya yakınlık durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, diğer aile üyelerinden yardım alma durumu, şizofreniyi bilme durumu ve şizofreni hakkında bilgi alma durumuna göre sosyal desteğe başvurma toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (cinsiyet, MW=-0.794, p=0.427; medeni durum, MW=-0.181, p=0.856; eğitim durumu, KW=2.340, p=0.342; hastaya yakınlık durumu, KW=2.612, p=0.461; çalışma durumu, KW=0.733, p=0.693; gelir düzeyi, KW=2.846, p=0.089; diğer aile üyelerinden yardım alma durumu, MW=-0.043, p=0.966; şizofreniyi bilme durumu, MW=-1.104, p=0.270; şizofreni hakkında bilgi alma durumu, MW=-0.433, p=0.665).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Hastanın yaşı** | **Hastalık süresi** | **Hastaneye yatış sayısı** |
| **Algılanan Aile Yükü Ölçeği** | r | -0.313\*\* | -0.269\*\* | -0.117 |
|  | p | **<0.001** | **<0.001** | 0.114 |
|  | n | 183 | 183 | 183 |
| **Duygusal Tükenme** | r | -0.105 | -0.139 | -0.007 |
|  | p | 0.158 | 0,061 | 0929 |
|  | n | 183 | 183 | 183 |
| **Duyarsızlaşma** | r | -0.032 | -0.136 | -0.045 |
|  | p | 0.667 | 0.066 | 0.546 |
|  | n | 183 | 183 | 183 |
| **Kişisel Başarı** | r | -0.183\* | 0.078 | -0.083 |
|  | p | **0.013** | 0.292 | 0.265 |
|  | n | 183 | 183 | 183 |
| **İyimser Yaklaşım** | r | 0.097 | 0.072 | 0.047 |
|  | p | 0.193 | 0.334 | 0.529 |
|  | n | 183 | 183 | 183 |
| **Kendine Güvenli Yaklaşım** | r | -0.138 | 0.044 | 0.056 |
|  | p | 0.063 | 0.557 | 0.449 |
|  | n | 183 | 183 | 183 |
| **Çaresiz Yaklaşım** | r | -0.048 | -0.033 | -0.024 |
|  | p | 0.516 | 0.661 | 0.743 |
|  | n | 183 | 183 | 183 |
| **Boyun Eğici Yaklaşım** | r | -0.129 | 0.010 | 0.001 |
|  | p | 0.082 | 0.896 | 0.998 |
|  | n | 183 | 183 | 183 |
| **Sosyal Desteğe Başvurma** | r | -0.018 | -0.056 | -0.043 |
|  | p | 0.809 | 0.452 | 0.562 |
|  | n | 183 | 183 | 183 |

**Tablo 24.** Hastaların yaş, hastalık süresi ve hastaneye yatış sayısı özelliklerine göre Algılanan Aile Yükü Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği toplam ölçek ve alt ölçek puanlarının korelasyon analizi sonuçları

p<0.05\*, p<0.01\*\*

Tablo 24’te şizofreni hastalarının tanımlayıcı özelliklerine göre araştırmada bakım vericiler için kullanılan ölçekler arasında ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Bu bilgilere göre hastanın yaşı ile AAYÖ ve kişisel başarı toplam puanları arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur (r=-0.313, p<0.001; r=-0.183, p=0.013). Hastanın yaşı arttıkça, AAYÖ ve kişisel başarı toplam puanları azaldığı görülmektedir.

Hastalık süresi ile bakım vericilerin AAYÖ toplam puanı arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur (r=-0.269, p<0.001). Hastalığın süresi arttıkça, AAYÖ toplam puanının azaldığı görülmektedir.

**Tablo 25.** Bakım vericilerin tanımlayıcı değişkenlerine göre Algılanan Aile Yükü Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt ölçek toplam puan ortalamalarının korelasyon analizi sonuçları

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Bakım verenin yaşı** | **Kaç yıldır bakım veriyor?** | **Hasta ile geçirilen vakit** |
| **Algılanan Aile Yükü Ölçeği** | r | -0.055 | -0.159\* | 0.142 |
|  | p | 0.461 | **0.033** | 0.055 |
|  | n | 183 | 183 | 183 |
| **Duygusal Tükenme** | r | -0.006 | -0.140 | 0.110 |
|  | p | 0.940 | 0,061 | 0.138 |
|  | n | 183 | 183 | 183 |
| **Duyarsızlaşma** | r | -0.084 | -0.190\* | -0.068 |
|  | p | 0.257 | **0.011** | 0.361 |
|  | n | 183 | 183 | 183 |
| **Kişisel Başarı** | r | 0.039 | 0.133 | 0.152\* |
|  | p | 0.597 | 0.076 | **0.039** |
|  | n | 183 | 183 | 183 |
| **İyimser Yaklaşım** | r | 0.001 | -0.013 | 0.076 |
|  | p | 0.998 | 0.866 | 0.306 |
|  | n | 183 | 183 | 183 |
| **Kendine Güvenli Yaklaşım** | r | 0.015 | 0.108 | 0.168\* |
|  | p | 0.839 | 0.150 | **0.023** |
|  | n | 183 | 183 | 183 |
| **Çaresiz Yaklaşım** | r | 0.026 | -0.073 | -0.066 |
|  | p | 0.724 | 0.332 | 0.376 |
|  | n | 183 | 183 | 183 |
| **Boyun Eğici Yaklaşım** | r | -0.041 | 0.054 | 0.162\* |
|  | p | 0.584 | 0.469 | **0.029** |
|  | n | 183 | 183 | 183 |
| **Sosyal Desteğe Başvurma** | r | -0.028 | -0.036 | 0.174\* |
|  | p | 0.704 | 0.630 | **0.018** |
|  | n | 183 | 183 | 183 |

\*p<0.05

Tablo 25’te bakım vericilerin tanımlayıcı özelliklerine göre araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Buna göre bakım verilen yıl ile AAYÖ ve duyarsızlaşma toplam puanları arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur (r=-0.159, p=0.033; r=-0.190, p=0.011). Bakım verilen yıl arttıkça AAYÖ ve duyarsızlaşma toplam puanlarının azaldığı görülmektedir.

Hasta ile geçirilen vakit ile kişisel başarı, kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma toplam puanları arasında pozitif yönde zayıf ilişki bulunmuştur (r=0.152, p=0.039; r=0.168, p=0.023; r=162, p=0.29; r=0.174, p=0.018). Hasta ile geçirilen vakit arttıkça kişisel başarı, kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma toplam puanlarının arttığı görülmektedir.

**5. TARTIŞMA**

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinde yük, tükenmişlik ve baş etmelerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmamızın bulguları, alanyazın çalışmalarıyla tartışılmıştır.

## **5.1. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarının Demografik Özelliklerinin Tartışılması**

Araştırmamızda şizofreni hastalarının yaş ortalamasının 44 olduğu görülmektedir. Dikeç (2014) şizofreni hastalarının tedaviye uyum programına olan etkinliğini belirlemek için yaptığı çalışmada hastaların yaş ortalamasını 41.73±6.41 olarak bildirmiştir (Dikeç, 2014). Gülseren ve diğerleri (2010) şizofrenide aile yükünü incelemek için yaptıkları çalışmada hastaların yaş ortalamasını 40.8±12.2 olarak vurgulamışlardır (Gülseren ve diğerleri, 2010). Bulgumuzun alanyazın çalışmalarıyla uyumlu olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda şizofreni hastalarının %61.7 (n=116) oranında erkek olduğu görülmektedir. Kavak (2011) şizofreni hastalarının yaşam özelliklerini ve işlevsel iyileşme durumlarını incelediği araştırmasında hastaların %70.7’ sinin erkek olduğunu bildirmiştir (Kavak, 2011). Çetin ve diğerleri (2013) şizofreni hastalarının bakım vericileri ile çalıştıkları araştırmasında hastaların %68.8’ inin erkek olduğunu bildirmişlerdir (Çetin ve diğerleri, 2013). Maldonado ve diğerleri (2005) şizofreni hastalarının aileleriyle olan çalışmalarında erkek hastaların oranının %67.7 olduğunu açıklamışlardır (Maldonado ve diğerleri, 2005). Çalışma bulgumuz diğer bu alanda yapılmış çalışma sonuçlarına yakınlık göstermektedir.

Çalışmamızda bekâr şizofreni hastalarının oranı %48.1 (n=88) olarak bulunmuştur. Çunkuş (2016)’ un şizofreni hastalarının bakım vericileriyle yaptığı çalışmada bekâr şizofreni hastalarının oranını %53.1 (n=50) olarak bildirmiştir (Çunkuş, 2016). Çabuk (2014) şizofreni hatalarının bakım vericilerinin aldıkları psikoeğitimin bakım yükü algılarına etkisini incelediği çalışmada hastaların %61.6‘ sının bekâr olduğunu bildirmiştir (Çabuk, 2014). Tanrıverdi (2008)’ nin şizofreni hastalarının bakım vericileriyle yaptığı çalışmada hastaların %74.2’ sinin bekâr olduğunu bildirmiştir. Araştırma bulgumuz Çunkuş’ un yaptığı çalışmanın sonuçlarına benzerlik göstermektedir. Araştırmamızda çoğu hastanın iyileşme döneminde olması, kontrollerine düzenli gitmeleri, ilaçlarını düzenli kullanmaları sosyalleşmesine katkıda bulunduğu gibi evlenme isteğini arttırdığı veya var olan evliliğini sürdürebildiğini göstermektedir.

Şizofreni hastalarının %88.5 (n=162)’ inin sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır. Çunkuş (2016) yaptığı çalışmada şizofreni hastalarının %95.7’ sinin sosyal güvencesi olduğunu bildirmiştir. Konu ile ilgili yapılan çalışmaların bulgularının da araştırma bulgumuz ile uyumlu olduğu görülmektedir (Kızılırmak, 2014; Yılmaz, 2012; Dikeç, 2014; Yılmaz, 2011). Ülkemizde Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında, çalışsın ya da çalışmasın herkesin sosyal güvencesi bulunmaktadır (www.sgk.gov.tr).

Şizofreni hastalarının %78.1’ inin (n=143) ortaöğretim mezunu olduğu görülmektedir. Çunkuş (2016), Çetin ve diğerlerinin (2013) ve Chien (2008)’ in yaptıkları araştırmalarda hastaların yüksek oranda ortaöğretim mezunu oldukları bildirilmiştir (Çunkuş, 2016; Çetin ve diğerleri, 2013; Chien, 2008). Chan ve diğerlerinin (2007) Hong Kong (%71.6)’da ve Taipei (%51.3)’de yapmış oldukları çalışmalarda hastaların çoğunluğunun ortaöğretim mezunu olduklarını bildirmişlerdir. Çalışma bulgumuzun alanyazın çalışma bulgularıyla uyumlu olduğu görülmektedir. Şizofreni hastalığı bireyi iş, okul ve sosyal yaşamındaki işlevlerini bozmaktadır (Chan ve diğerleri, 2007; Üçok, 2008; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Şizofreni hastalarının % 52.4 (n=96)’ ünün herhangi bir işte çalışmadığı belirtilmiştir. Çunkuş (2016)’ un yaptığı çalışmada şizofreni hastalarının %85.1’ inin herhangi bir işte çalışmadığı bildirilmiştir (Çunkuş, 2016). Özlü (2007) şizofreni hastalarının bakım vericileriyle yaptığı çalışmasında hastaların %86.7’ sinin çalışmadığını bildirmiştir (Özlü, 2007). Çalışmamızın bulguları alanyazın çalışmalarına benzer oranlarda şizofreni hastalarının yaklaşık yarısından fazlasının çalışmadığını ortaya koymuştur (Chan ve diğerleri, 2007; Kızılırmak, 2014; Yılmaz, 2012; Nasr ve Kausar, 2009). Şizofreni hastalığı erken yaşta başladığı ve bilişsel yeti kayıplarına neden olduğu için bireylerin eğitimlerini tamamlamada zorluk yaşamalarına ve çalışmalarına engel olabilir. Meslek sahibi olan hastalar ise yine hastalıkları nedeniyle yaşadıkları zorluklar nedeniyle çalışamıyor olabilirler.

Araştırmamızdaki hastaların şizofreni tanısıyla izlenme süresi medyanının 10.0 olduğu bilinmektedir. Soygür ve diğerlerinin (1998) hasta yakınlarıyla gerçekleştirdikleri çalışmada deney grubu hastalarının hastalık süresi ortalamasını 10.50±48.2; kontrol grubu hastalarının hastalık süresi ortalamasını 10.93±7.99 olarak bildirmişlerdir (Soygür ve diğerleri, 1998). Pazvantoğlu ve diğerleri (2014) yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarının hastalık süresi ortalamasını 11.70±8.58 olarak belirtmişlerdir (Pazvantoğlu ve diğerleri, 2014). Araştırma bulgumuz, alanyazın çalışma bulgularıyla uyumludur.

Şizofreni hastalarının hastaneye yatma medyanını 6 bulduğumuz yatış ortalamasına sahip olduğu görülmektedir. Çunkuş (2016)’ un araştırmasında şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım verdikleri hastalarının %73.6’ sının yılda bir kez; %26.4’ ünün yılda iki kez ve üzeri hastaneye yatış yaptığı bildirilmiştir (Çunkuş, 2016). Çınar (2011)’ ın yapmış olduğu çalışmada %59.9’ unun 1-10 kez hastaneye yattığı belirtilmiştir (Çınar, 2011). Aydın ve diğerleri (2009) şizofreni hastalarının bakım vericileriyle yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarının hastaneye yatış ortalamasının 2.88±2.94 olduğunu; Avcı (2001) şizofren hasta ailelerinin aile yükünü belirlemek için yapmış olduğu çalışmasında hastaların %54.5’ inin 1–3 kez hastaneye yattığını bildirmiştir (Aydın ve diğerleri, 2009; Avcı, 2001). Yıldırım (2007)’ ın yaptığı çalışmada deney grubu hastaların yatış ortalaması 1.88±1.26; kontrol grubunun yatış ortalaması 2.12±0.91 olarak belirtilmiştir (Yıldırım, 2007). Bulgularımız ve çalışmalar gösteriyor ki hastaların çoğunun hastaneye yatış öyküsü vardır.

Çalışmamızda şizofreni hastalarının %71.6’ sının (n=131) ilaçlarını düzenli kullandığı görülmektedir. Arslantaş ve Adana (2012) yapmış oldukları çalışmada hastaların %72.2’ sinin ilaçlarını düzenli kullandığını bildirilmişlerdir (Arslantaş ve Adana, 2012). Kaya (2013)’ nın çalışmasında hastaların %73.08’ inin ilaçlarını düzenli kullandığı açıklanmıştır (Kaya, 2013). Akbulut (2009) yapmış olduğu çalışmada hastaların %65.8’ inin; Kızılırmak (2014) yaptığı çalışmasında hastaların %80.2’ sinin (n=195) düzenli ilaç kullanmakta olduğunu belirtmiştir (Akbulut, 2009; Kızılırmak, 2014). Bulgularımız alanyazın çalışmalarıyla uyumlu bulunmuştur. Toplulukçu bir kültür olmamız ve hastaların çoğunlukla aileleri ile birlikte yaşamaları ya da aileleri tarafından ilaç alımlarının takip ediliyor olmasının bu sonucu etkilediği düşünülmüştür.

Çalışmamızda şizofreni hastalarının %76.5’ inin (n=140) kontrollerine düzenli gittiği saptanmıştır. Kaya (2013)’ nın yapmış olduğu şizofreni hastalarının sosyal işlevsellikleri ve hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükünü belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarının %90.77’ sinin kontrollerine düzenli olarak gittiğini bildirmiştir (Kaya, 2013). Demirel Döngel ve diğerlerinin (2018) şizofreni hastalarının fiziksel hastalıkların eş tanı profillerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların %74.3’ ünün düzenli psikiyatrik takiplerine gittiğini bildirmişledir (Demirel Döngel ve diğerleri, 2018). Çalışmamızın bulgularının alanyazın çalışmalarıyla uyumlu olduğu görülmektedir. Toplulukçu bir kültür olmamız ve hastaların çoğunlukla aileleri ile birlikte yaşamaları ya da aileleri tarafından hekim kontrellerinin takip ediliyor olmasının bu sonucu etkilediği düşünülmüştür.

Çalışmamızda şizofreni hastalarının %51.49’ unun herhangi bir maddeye olan bağımlılığının olduğu bulunmuştur. Kaya (2013)’ nın şizofreni hastalarıyla yapmış olduğu çalışmada hastaların %53.85’ inin herhangi bir maddeye bağımlılığı olduğunu bildirmiştir (Kaya, 2013). Çalışmamızdan elde edilen bulguların alanyazınla uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda şizofreni hastalarının bağımlılığı olanların %44.2’ sinin sigara bağımlılığının olduğu görülmektedir. Kaya (2013)’ nın yapmış olduğu çalışmada herhangi bir bağımlılığı olan hastaların %91.43’ ünün sigara bağımlılığı olduğunu bildirmiştir. Demirel Döngel ve diğerleri (2018) yapmış oldukları çalışmada şizofreni hastalarının %52.7’ sinin sigara kullandığını bildirmişlerdir (Demirel Döngel ve diğerleri, 2018).

**5.2. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Demografik Özelliklerinin Tartışılması**

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin yaş medyanının 54 olduğu görülmüştür. Çunkuş (2016) yaptığı çalışmada bakım vericilerin yaş ortalamasının 52.08±14.59 olduğu görülmüştür (Çunkuş, 2016). Upkong (2012) şizofreni hastalarına bakım verenlerle yaptığı çalışmasında yaş ortalamasını 51.3±15.5 olarak bildirmiştir (Upkong, 2012). Maldonado ve diğerleri (2005) çalışmalarında şizofreni hastasına bakım verenlerinin yaş ortalamasını 55.2±13.2 olarak bildirilmişlerdir (Maldonado ve diğerleri, 2005). Aydın ve diğerleri (2009) çalışmalarında şizofreni hastasına bakım verenlerin yaş ortalamasının 55.18±11.28 olduğunu bildirmişlerdir (Aydın ve diğerleri, 2009). Çalışmamızdaki bulgular yapılan diğer çalışmalardaki primer bakım vericilerin yaş ortalamaları yönünden benzerlik görülmektedir.

Araştırmamızda primer bakım vericilerin %73.2’ sinin (n=134) kadın, %42.6’ sının (n=78) hastanın eşi olduğu saptanmıştır. Çunkuş (2016), kadın primer bakım verici oranının %67.0 olduğunu ve primer bakım verenin yakınlık derecesinin 1/3 oranında anne olduğunu bildirmiştir (Çunkuş, 2016). Çetin ve diğerleri (2013) ve Gülseren ve diğerlerinin (2010) şizofreni hastasına bakım verenlerle yaptıkları çalışmalarda bakım vericilerin çoğunluğunun kadın ve anne olduğunu bildirmişlerdir (Çetin ve diğerleri, 2013; Gülseren ve diğerleri, 2010). Maldonado ve diğerlerinin (2005) şizofreni hastası yakınlarıyla yaptığı çalışmada bakım verenlerin %75.3’ ünün kadın ve %61.5’ inin hastanın annesi olduğunu açıklamışlardır (Maldonado ve diğerleri, 2005). Araştırma bulgumuz alanyazın çalışmalarında olduğu gibi geleneksel bakım verici rolünün kadınlar tarafından üstlenildiğini destekler durumdadır. Bulgularımıza bakarak çalışmaya katılan hastaların evli olma oranının yüksek olması nedeniyle bakım verenlerin eşi olması sonucuna katkı sağladığı söylenebilir.

Çalışmamızda şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin %76.5’ inin (n=140) evli olduğu görülmüştür. Çunkuş (2016) şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin %76.6’ sının evli olduğu bulgusunu paylaşmıştır (Çunkuş, 2016). , Aydın ve diğerleri (2009), Durmaz (2011), Özçelik (2015), Shibre ve diğerleri (2003), Nabeel ve diğerleri (2008) ve El Tantawy ve diğerleri (2010) tarafından yapılmış olan çalışmalarda da bakım vericilerin çoğunlukla evli olduğu bildirilmektedir (Aydın ve diğerleri, 2009; Durmaz, 2011; Özçelik, 2015; Shibre ve diğerleri, 2003; Nabeel ve diğerleri, 2008; El Tantawy ve diğerleri, 2010). Çalışma bulgularımız alanyazın çalışma bulguları ile örtüşmektedir.

Araştırmadaki şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin eğitim durumu incelendiğinde %43.7’ sinin (n=80) lise mezunu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Chien ve Wong (2007)’ un Hong Kong’ da şizofreni hastalarının aileleriyle psikoeğitim programı uyguladığı çalışmalarında bakım vericilerinin %50’ sinin ortaöğretim ve üzeri mezunu olduğunu belirtmişlerdir (Chien ve Wong, 2007). Bulgularımız alanyazın çalışmasıyla örtüşmektedir

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin %41.5’inin (n=76) emekli olduğu; %64.5’ inin (n=63) gelir durumunu gelir giderden fazla olarak değerlendirdiği bulunmuştur. Akbulut (2009) yapmış olduğu çalışmada bakım vericilerin %58.9’ unun; Şengün (2007) yaptığı çalışmada %78.6’ sının; Magliano ve diğerlerinin (2002) İtalya’ da şizofreni hasta yakınlarıyla yapmış oldukları çalışmada %72’ sinin; Rodrigo ve diğerlerinin (2013) Sri Lanka’ da yapmış oldukları çalışmalarında %60’ ının çalışmadığını bildirmişlerdir (Akbulut, 2009; Şengün, 2007; Magliano ve diğerleri, 2002; Rodrigo ve diğerleri, 2013). Araştırma bulgumuz yapılan çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Özşen (2013)’ in şizofren hastalarının yakınlarıyla yaptığı çalışmada bakım vericilerin %49.5’ i gelir durumunu gelirlerini giderlerinden az; Çınar (2011)’ ın yaptığı çalışmada %53.3’ ü gelirlerini giderlerinden az; Kaya (2013)’ nın çalışmasında %55.,39’ u gelirlerini giderlerine eşit olarak belirtmişlerdir (Özşen, 2013; Çınar, 2011; Kaya,2013). Gelir durumu bildirimi diğer alanyazın bulguları ile benzerlik göstermemektedir. Bunun nedeninin ankete katılan katılımcıların gelir düzeylerini belirtirken doğruyu yansıtmamaları ya da ekonomik beklentilerinin düşük olması olabilir.

Araştırmamızda şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin %57.4’ünün (n=105) bakım verirken destek aldığı görülmüştür. Tanrıverdi (2008) yaptığı çalışmada bakım vericilerin %71.0’ inin; Kaya (2013) ise çalışmasında %65.38’ inin hastasına bakım verirken destek aldığını bildirmiştir (Tanrıverdi, 2008; Kaya, 2013) Chang ve Harrocks (2006)’ un yaptıkları çalışmada bakım vericilerin çoğunun destek almadığı bildirilmiştir (Chang ve Harrocks, 2006). Çalışma bulgumuz ülkemizde yapılan çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. Bulgumuzun Chang ve Harrocks’ un çalışmalarıyla uyumlu olmamasının nedeni araştırmanın yapıldığı ülkenin kültürel özelliklerinden kaynaklanıyor olabileceğidir. Bakım verirken alınan desteğin bakım yükünü hafiflettiği söylenebilir.

Çalışmamızda bakım vericilerin bakım verme süresinin medyanının 12.0 yıl olduğu görülmektedir. Atar (2018) şizofreni hastalarına bakım veren yakınlarının yükü, tükenmişlik ve sosyal uyum düzeylerini saptamak amacıyla yaptığı çalışmada bakım verme süresinin ortalamasının 124.02±101.62 (Minimum:12-Maksimum:420) ay olarak bulunduğunu bildirmiştir (Atar, 2018). Araştırmamız ve yapılan diğer çalışma gösteriyor ki bakım vericiler hayatlarının büyük bir bölümünü bakım verdikleri hastalara ayırmaktadırlar dolayısıyla bakım vermek sosyal yaşamlarını ve ruhsal durumlarını büyük oranda etkilemektedir.

Çalışmamızda şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin %70.5 oranında bu hastalık konusunda bilgi aldığını bildirmiştir. Şengün (2007) yapmış olduğu çalışmada primer bakım verenlerin % 87.6’ sının şizofreniyle ilgili bir eğitim almadığını belirtmiştir (Şengün, 2007). Ayhan (2013) yaptığı çalışmada bakım vericilerin %89.4’ ünün şizofreni ile ilgili eğitim almadığını bildirmişlerdir (Ayhan, 2013). Çalışmamızın bulgularının alanyazın çalışma bulgularıyla uyumlu olmadığı görülmektedir. Çalışma sonuçlarımız son yıllarda iyileşme odaklı yaklaşımlar doğrultusunda TRSM programlarının etkili çalıştığını gösteriyor olabilir. Gerek sosyal medya gerekse görsel medya yayınları kullanılarak hastaların yakınlarının eğitiminin sağlandığı düşünülebilir. Ayrıca hastaların uzun süredir tedavi alıyor olmaları ve araştırmanın nispeten düşük yoğunluğa sahip bir ilde yapılmış olması bu sonuçta etkili olmuş olabilir.

## **5.3. Algılanan Aile Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması**

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin Algılanan Aile Yükü Ölçeği puan ortalamasının 20.77±15.13 olduğu saptanmıştır. Çetin (2011) yapmış olduğu çalışmada Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamasını 38.81±4.67 olarak bildirmiştir (Çetin, 2011). Çınar (2011) yaptığı çalışmasında bakım verme yükü puan ortalamasını 42.52±17.85 olarak; Tanrıverdi (2008) ise 57.2±9.9 olarak belirtmişlerdir (Çınar, 2011; Tanrıverdi, 2008). Urízar ve diğerleri (2016) The SOFBI II Ölçeği’ ni kullanarak yaptıkları çalışmada yük ortalamasını 62.4±19.3 olarak bildirmişlerdir (Urízar ve diğerleri, 2016). Çalışmamızda bakım vermenin bir zorunluluk olduğu gibi cevaplar doğrultusunda bakım vericiler sorulara yönelik yaşadığı zorlukları ifade etmekten çekinmiş olabilirler

**5.4. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarına İlişkin Demografik Özelliklerine Göre Algılanan Aile Yükü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması**

Medeni duruma göre evli olanların AAYÖ toplam puanları, bekârların AAYÖ toplam puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur. Çunkuş (2016) yapmış olduğu araştırmasında şizofreni hastalarının medeni durumu ile primer bakım vericilerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadığını bildirmiştir (Çunkuş, 2016). Konuyla ilgili yapılmış olan çalışmalarda bakım verenlerin yük duygusu ile hastanın medeni durumu arasında bir farkın olmadığı bildirilmiştir (Maldonado ve diğerleri, 2005; Aydın ve diğerleri, 2009; Çetin, 2011; Urízar ve diğerleri, 2011; Kızılırmak, 2014). Kaya (2013) Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği kullanarak yaptığı çalışmasında; bekâr hastalara bakım verenlerin yük puan ortalamalarının evli olan hastalara bakım verenlere göre daha yüksek olduğunu fakat istatiksel açıdan anlamlı olmadığını bildirmiştir (Kaya, 2013). Çalışma bulgumuzun literatürle uyumlu olmadığı görülmüştür. Araştırmaya katılan hastaların bakım vericilerin yüksek oranda evli, düzenli ilaç kullanan ve kontrollerini aksatmayan bir hasta popülasyonuna bakım veriyor olması yük duygusunu daha az yaşıyor olmalarına neden olduğu sonucu çıkarılabilir.

Çalışma durumuna göre çalışan şizofreni hastasına bakım verenlerin AAYÖ toplam puanları, çalışmayan hastaya bakım verenlerin AAYÖ toplam puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür. Çunkuş (2016)’ un çalışmasında çalışmayan şizofreni hastalarına bakım verenlerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması çalışan hastalara bakım verenlere göre daha yüksek olup; istatiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Çunkuş, 2016). Maldonado ve diğerlerinin (2005) yapmış oldukları çalışmada, hastanın çalışma durumu ile bakım verenlerin yük duygusu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığını belirtmişlerdir (Maldonado ve diğerleri, 2005). Roick ve diğerleri (2007) çalışmayan hastalara bakım verenlerin yük duygusunun daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Roick ve diğerleri, 2007). Çalışma bulgularımız benzer yapılmış çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Çalışan hastaların bakım vericiyle daha az beraber vakit geçirdiği bu yüzden bakım vericilerin daha az yük duygusu hissettiği söylenebilir.

İlaçları düzenli kullanma durumuna göre ilaçlarını arada bir alan ya da hiç almayan hastalara bakım verenlerin AAYÖ toplam puanları, ilaçlarını düzenli alanların ve arada bir aksatan hastalara bakım verenlerin AAYÖ toplam puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p<0.001). Çunkuş (2016), ilaçlarını kullanan hastalara bakım verenlerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması, kullanmayan hastalara bakım verenlere göre daha düşük olup, istatiksel açıdan anlamlı bulunduğunu bildirmiştir (Çunkuş, 2016). Arslantaş ve Adana (2012), ilaçlarını düzensiz kullanan veya kullanmayan hastaların bakım vericilerinin öznel yük algısının daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (Arslantaş ve Adana, 2012). İlaçlarını düzenli kullanan hastaların hastalık belirtilerinin hafiflediği, işlevsellik düzeylerinin arttığı ve bakım vericideki bakım yükünün azalmasına sebep olduğu düşünülebilir.

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

Bakım verenlerde hasta yakınlık durumu eş olan bakım vericilerin AAYÖ toplam puanları, hasta yakınlık durumu anne ve baba olan bakım vericilerin AAYÖ toplam puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür. Çunkuş (2016) yaptığı araştırmada yakınlık derecesi ile bakım yükü arasında anlamlı farklılık saptamamıştır (Çunkuş, 2016). Kızılırmak (2014), bakım verenin cinsiyetinin bakım yükünü etkilemediğini bildirmiştir (Kızılırmak, 2014). Annenin bakım verici olduğunda daha fazla yük duygusu yaşandığını bildiren çalışmalar mevcuttur (Cassidy ve O’callaghan, 2001; Maldonado ve diğerleri, 2005; Gülseren ve diğerleri, 2010). Lim ve Ahn (2003) bakım verdikleri hastanın kardeşi veya çocuğu olamanın bakım yükünü arttırdığını bildirmişlerdir (Lim ve Ahn, 2003). Çalışmalardan elde edilen bulgular arsındaki faklılıkların nedeni çalışmaya katılan bakım vericilerin kültürel farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir.

Bakım verenlerde medeni duruma göre AAYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p=0.344). Çunkuş (2016), medeni durum ile bakım yükü arasında fark görülmediğini bildirmiştir. Anlamlı olmasa da boşanmış/ayrı yaşıyor olan bakım verenlerin yük duygusu evli ve bekâr olanlara göre daha fazla olduğunu bildirmiştir (Çunkuş, 2016). Tel ve diğerleri (2012), bakım verenin evli olmasının bakım yükünü arttırdığını bildirmişlerdir (Tel ve diğerleri, 2012). Bakım verenin evli olmasının bakım yükünü etkilemediği yapılan çalışmalarla bildirilmiştir (Maldonado ve diğerleri, 2005; Özlü 2007; Çınar 2011; Ayhan 2013; Kızılırmak 2014). Çalışmamızın sonuçlarının literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerde eğitim durumuna göre AAYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p=0.377). Çunkuş (2016) araştırmasında üniversite ve üzeri eğitime sahip primer bakım vericilerin, ortaöğretim ve ilköğretim ve altı mezunlarından daha fazla yük hissettiklerini bildirmiştir (Çunkuş, 2016). Ukpong (2006)’ un Nijerya’ daki bakım vericilerle yaptığı çalışmasında eğitim yılının artmasıyla bakım verenin yükünün arttığını tespit etmiştir (Upkong, 2006). Bakım vericilerin eğitim düzeylerinin artmasıyla bakım yükünün azaldığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Maldonado ve diğerleri, 2005; Li ve diğerleri, 2007; Aydın ve diğerleri, 2009; Zahid ve Ohaeri, 2010). Araştırmalardan çıkan sonuçların benzer olmayışı, araştırmacıların farklı kültürlerde ve farklı çalışma yöntemi kullandıklarından kaynaklanıyor olabilir.

Bakım verenlerin çalışma durumuna göre AAYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p=0.302). Çunkuş (2016) da araştırmasında mesleki durumları ile bakım yükü arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık saptamamıştır. Maldonado ve diğerleri (2005) çalışmanın bakım yükünü etkilemediğini, Çınar (2011) mesleki durumları ile bakım yükü arasında anlamlı farklılık bulunmadığını bildirmişlerdir (Maldonado ve diğerleri, 2005; Çınar, 2011). Anlamlı olmasa da çalışmamızda çalışmayan veya emekli olan bakım vericilerin bakım verme yük puan ortalamalarının daha fazla olması ilgi çekicidir. Bakım verenlerin çalışmıyor ve tüm zamanlarını hastayla geçiriyor olmaları bakım yükü duygusunu arttırıyor olabilir.

Bakım verenlerde gelir düzeyine göre AAYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p=0.150). Bakım vericilerin gelir durumu ile bakım yükü arasında anlamlı farklılığın olduğu çalışmalar mevcuttur. Gelir düzeyi az olanların hissettikleri yük algısının daha yüksek olduğunu gördüklerini bildirmişlerdir. Bakım verenin hanesine giren gelir miktarı ve ailenin yaşam kalitesi arttıkça bakım yükünün azaldığı bildirilmektedir (Chien ve diğerleri, 2005; Li ve diğerleri, 2007; Gülseren ve diğerleri, 2010; Zahid ve Ohaeri, 2010). Gelir durumunu az olarak belirten aile üyelerinin; hastalıkla baş ederken, tedavi olanaklarına, sosyal imkânlara ulaşmada daha fazla güçlük yaşadığı ve hastanın bakımı dışında kendi sosyal, duygusal, fiziksel ve ekonomik gereksinimlerini karşılamada zorlandıkları düşünülebilir.

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

Bakım verenlerde başka aile üyelerinden yardım alma durumuna göre AAYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( p=0.834). Çunkuş (2016) ve Tanrıverdi (2008) de çalışmasında anlamlı fark bulunmadığını bildirmiştir (Çunkuş, 2016; Tanrıverdi, 2008). Ölçeklerden edinilen bu sonuçlar anlamlı olmasa da bakım verenlerin bakım verme sürecinde yardım almasının bakım yükünü azalttığını bilmekteyiz.

**5.7. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hastalığa İlişkin Eğitim Alma Durumları İle Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması**

Bakım verenlerde şizofreniyi bilenlerin AAYÖ toplam puanları, bilmeyenlerin AAYÖ toplam puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p=0.041). Ayhan (2013) şizofreni hakkında eğitim alan bakım vericilerin bakım yükünün azaldığını bildirmiştir (Ayhan, 2013). Bakım vericilerin eğitim süresince nelerle karşılaşacakları ve tedavi süreci ile ilgili eğitim almaları bakım yükünü azalttığı söylenebilir.

**5.8. Şizofreni Hastalarının Bakım Verenlerinde Tükenmişlik Düzeylerinin Tartışılması**

Araştırmamızda bakım vericilerin kişisel başarı puanı 25.33±5.23 ve duygusal tükenme puanı 25.15±6.78 birbirine yakın değerler aldığı görülmektedir. Kokurcan (2013)’ ın şizofreni hastalarının bakım vericilerinde tükenmişliği incelemek amacıyla yaptığı çalışmada özellikle duygusal tükenmişlik puanları yüksek bulunmuştur. Ortalama duygusal tükenmişlik puanını 14.55 ± 8.15 olarak bildirmiştir. Maslach duyarsızlaşma puanını ise 5.00 ± 3.39 olarak bildirmiştir (Kokurcan, 2013). Yapılan çalışmalarda duyarsızlaşma puanlarının düşük, duygusal tükenmişlik puanlarının yüksek olması bakım vericilerin tükenmişlik yaşasalar da bakım vermeye kendilerini zorladıkları yada testte tükenmişliklerini belirtmekten kaçındıklarını düşündürür. Kokurcan (2013) yapmış olduğu çalışmada kişisel başarı puanı ortalamasını 21.22±6.01 olarak bildirmiştir (Kokurcan, 2013). Gülbol (2020) şizofreni hastalarına bakım veren yakınlarının depresyon, tükenmişlik ve psikolojik dayanıklılık düzeylerini hesaplamak amacıyla yaptığı çalışmada duygusal tükenme 25.68±8.21 (min-maks:9-40), duyarsızlaşma 9.86±3.89 (min-maks: 5-19), kişisel başarı 25.16±5.09 (min-maks:15-40) sonuçlarını bildirmiştir (Gülbol, 2020). Atar (2018) çalışmasında duygusal tükenme puan ortalamasını 23.99±5.58 (min-maks: 0-34), duyarsızlaşma puan ortalamasını 11.46±3.02 (min-maks: 0-16), kişisel başarı puan ortalamasını 21.49±5.36 (min-maks:0-32) olarak bildirmiştir (Atar, 2018). Çalışmamızın sonuçlarının Atar’ ın çalışma sonucuna benzer olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda bakım vericilerin bekar olanlarının kişisel başarı puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmamızda medeni durum ile duyarsızlaşma ve duygusal tükenme puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı gözlemlenmiştir. Çalışmamızda çalışma durumu ile tükenmişlik puanları arasında anlamlı fark gözlemlenmemiştir. Kokurcan (2013) da araştırmasında medeni durum ve çalışma durumunun tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı fark gözlemlemediğini bildirmiştir (Kokurcan, 2013). Gülbol (2020) yaptığı çalışmada bekar olanların, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alanında tükenmişliğinin daha fazla olduğunu bildirmiştir (Gülbol, 2020). Atar (2018) çalışmasında bekar olanların kişisel başarı bölümündeki tükenmişlik skorlarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Atar, 2018).

Araştırmamızda bakım vericilerin cinsiyeti ile tükenmişlik toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak erkek bakım vericilerin duygusal tükenme puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Kokurcan (2013) bakım verenlerin cinsiyetinin tükenmişlik düzeyini etkilediğini bildirmiştir (Kokurcan, 2018). Atar (2018) çalışmasında bakım verenin yaşı arttıkça kişisel başarı tükenmişliğinin arttığını bildirmiştir (Atar, 2018). Gülbol (2020) da çalışmasında cinsiyeti kadın olan bakım verenlerin, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Gülbol, 2020). Kadınların bakım verme sorumluluğunu üstlenmesinin en önemli nedeni; genellikle toplumlar tarafından ev işleri ve aile ile ilgili işlerin kadının işi olarak görülmesi, kadınların karakter yapısı nedeni ile daha merhametli, daha duyarlı davranmaları, samimi ve güçlü ilişki kurabilme kapasitelerine sahip olmaları ve erkeklere oranla bakım vermenin zorlukları ile daha iyi baş edebileceklerinden kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmamızda üniversite mezunu olanların kişisel başarı toplam puanları, ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olanların kişisel başarı toplam puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kokurcan (2013) eğitim seviyesi ile kişisel başarı puanı arasında korelasyon bulunduğunu, kişisel başarı alt ölçeğinde okur-yazar olmayanların ilköğrenim ve lise mezunlarına göre daha yüksek puan aldığı ve aralarındaki farkın istatiksel olarak anlamlı olduğu sonucunu bildirmiştir. Okuryazar olmayanlarla üniversite mezunları arasında ise kişisel başarı açısından fark bulunmadığını bildirmiştir (Kokurcan, 2013). Gülbol (2020) ise Maslach Tükenmişlik Ölçeği ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını bildirmiştir (Gülbol, 2020). Ayrıca, bakım verenlerin eğitim düzeyi arttıkça ebeveynin şizofreni hakkında bilinçlenme, başa çıkma ve çözüm yolları arama yöneliminin arttığı ve bu etkinin de ailelerin öz yeterlilik algısını pozitif anlamda etkileyerek dayanıklılığı güçlendirdiği düşünülebilir.

Çalışmamızda geliri giderlerinden az olan bakım vericilerin duyarsızlaşma puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Araştırmamızda gelir düzeyi ile duygusal tükenme ve kişisel başarı puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir. Gülbol (2020) gelir düzeyi yüksek olan bakım vericilerde Maslach Tükenmişlik Ölçeği’ nin ‘Duygusal Tükenme’ ve ‘Duyarsızlaşma’ alt boyutlarından anlamlı düzeyde daha düşük puana sahip oldukları sonucunu bildirmiştir (Gülbol, 2020). Atar (2018) çalışmasında gelir arttıkça duygusal ve duyarsızlaşma tükenmişliğinde azalma olduğunu bildirmiştir (Atar, 2018).

Araştırmamızda diğer aile üyelerinden yardım alma durumuna göre tükenmişliğin tüm alt ölçeklerinde yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir. Kokurcan (2013) bakım verenlerin bakım verme sürecinde yardımcısı olanlarda duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları daha düşük, kişisel başarı puanları daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Kokurcan, 2013). Bu da bakım verirken yardım almanın kişideki yalnızlık duygusunu azalttığı ve işlerin bir bölümünün başkasına devredilmesinin kişiyi daha az yorduğu gerçeğini bize hatırlattığı için bakım vericiler eğer ekonomik olanakları varsa yardım almaları konusunda yönlendirilebilirler.

**5.9. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinde Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması**

Çalışmamızda bakım verenlerin stresli olaylar karşısında en sık başvurdukları baş etme yöntemi “Boyun eğici yaklaşım” dır. Başvurulan diğer baş etme yöntemleri kullanım sıklığına göre iyimser yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, sosyal desteğe başvurma ve çaresiz yaklaşımdır. Bademli (2012)’ nin aileden aileye destek programının şizofreni hastalarına bakım verenlerin ruh sağlıklarına ve baş etme yöntemlerine etkisini incelediği çalışmasında hem aileden aileye destek grubundaki hem de kontrol grubundaki bakım verenlerin program öncesi en sık başvurdukları stresle baş etme yöntemini “ kendine güvenli yaklaşım” olarak bildirmiştir (Bademli, 2012).

Şengün (2007) araştırmasında bakım verenlerin “sosyal destek arama yaklaşımını” ilk sırada kullandıklarını bildirmiştir. Bakım vericilerin kullanıkları diğer baş etme yöntemleri sırayla kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, iyimser yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımdır (Şengün, 2007). Çalışmamızın bulgularının literatürden farklı olduğu görülmektedir. Çalışmamızda bakım vericilerin etkisiz bir baş etme yöntemini sıklıkla kullanıyor olmalarının nedeni; çalışmamızın veri toplama sürecinde COVID-19 gibi salgın hastalık dönemini de kapsıyor olması ve bakım vericilerin de bu durumdan etkilenmiş olmalarından kaynaklanmış olabilir.

**5.10. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinde Yük ve Tükenmişlik İlişkisinin Tartışılması**

Çalışmamızda bakım verilen yıl arttıkça bakım yükü ve duyarsızlaşmanın arrttığını gözlemlemekteyiz. Hastanın yaşı arttıkça bakım yükü ve kişisel başarıda düşmenin azaldığı sonucuna varılmıştır. Şizofreni hastalarının yaşı arttıkça tedaviye uyumun arttığı düşünülmektedir. Buna bağlı olarak bakım yükünün azaldığı dolayısıyla tükenmişliğin azaldığı sonucuna varılabilir. Atar (2018), çalışmasında hasta ile aynı evde yaşamanın, fiziksel olarak rahatsızlıkların eklenmesinin, yaşın ve bakım verme zamanının artmasının bakıcılarda yük ve tükenmişlik düzeylerini arttırdığını bildirmiştir (Atar, 2018). Çalışmamızın sonuçları bu konuda yapılmış çalışmayla benzerlik göstermektedir.

**5.11. Şizofreni Hastaların Yaş, Hastalık Süresi ve Hastaneye Yatış Sayısı Özelliklerine ve Bakım Vericilerin Tanımlayıcı Değişkenlerine Göre Bakım Vericilerde Algılanan Aile Yükü Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Korelasyon Analizinin Tartışılması**

Araştırmamızda hasta ile geçirilen vakit arttıkça bakım yükünün arttığı, kişisel başarı puanlarının arttığı ve baş etmede ise kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurmanın arttığını görmekteyiz. İlgili alanyazıya dair benzer herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

**6. SONUÇ VE ÖNERİLER**

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinde yük, tükenmişlik ve baş etme yöntemlerini inceleyen araştırmamızda ulaşılan genel sonuçlar şunlardır:

* Şizofeni hastalarının çoğunlukla erkek (%61.7), medeni durumlarının evli (%51.9), sosyal güvence durumlarının SGK (%88.5), eğitim durumlarının ilkokul mezunu (%30.6) ve herhangi bir işte çalışmıyor (%52.4) oldukları saptanmıştır.
* Şizofreni hastalarının ilaçlarını düzenli kullandıkları (%71.6), kontrollerine düzenli olarak gittikleri (%76.5), alkol veya madde kullandıkları (51.9) saptanmıştır.
* Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin çoğunlukla kadın (%73.2), medeni durumunun evli (%76.5), hastaya yakınlık durumlarının eş (%42.6) ve eğitim durumlarının lise (%43.7) olduğu saptanmıştır.
* Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin bakım sırasında diğer aile üyelerinden yardım aldıkları (%57.4), başka ruhsal hastalığı olan aile üyesinin olmadığı (%73.8), şizofreniyi bildikleri (%74.9), şizofreni hakkında eğitim aldıkları (%70.5) saptanmıştır.
* Şizofreni hastalarının medeni durumunun, çalışma durumunun, düzenli ilaç kullanım durumunun ve alkol ve/veya madde kullanımının bakım vericinin bakım yükünü arttırdığı saptanmıştır.
* Bakım vericilerin beyanına göre özellikle hasta yakınlık durumunun baba olması, emekli olmak, gelirin giderden az olması, bakım verirken diğer aile üyelerinden yardım almıyor olma, ailede başka ruhsal hastalığın olmasının bakım yükünü arttırdığı saptanmıştır.
* Şizofreniyi bilmenin ve şizofreni hakkında bilgi almanın bakım vericilerin bakım yüklerini arttırdığı saptanmıştır.
* Bakım verenlerde cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi ile bakım yükü ilişkisi bulunamamıştır.
* Şizofreni hastasının çalışmıyor ve ilaçlarını düzenli kullanmıyor olmasının bakım vericilerde tükenmişliği arttırdığı saptanmıştır.
* Şizofreni hastasının primer bakım vericisinin bekar olması ve ailesinde başka ruhsal bir hastasının daha olması bakım verenin tükenmişlik düzeyini arttırdığı saptanmıştır.
* Bakım vericilerin bakım verme hizmeti sırasında yaşadığı zorluklara karşın başvurdukları baş etme yönteminin sıklıkla “Boyun eğici yaklaşım” olduğu saptanmıştır.
* Hasta ile geçirilen vakit arttıkça bakım yükünün arttığı, kişisel başarı puanlarının arttığı ve baş etmede ise kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurmanın arttığı saptanmıştır.

Bu sonuçlar ışığında;

* Şizofreni hastalarına ve bakım vericilere yönelik psikoeğitimler verilmesi önerilebilir.
* Oluşturulacak tedavi içeriği yalnızca şizofreni hastalarını değil bakım vericileri de dahil edilecek şekilde olması gerektiği önerilebilir.
* Psikiyatri hemşirelerine şizofreni hastalarına yönelik alkol ve madde bağımlılığının zararları hakkında eğitimler verilmesi önerilebilir.
* Psikiyatri hemşirelerinin şizofreni hastalarının bakım vericilerini periyodik olarak değerlendirmesi ve gerekli yardımları alması bakımından desteklemesi önerilebilir.
* Şizofreni hastalarının işlevsellik düzeylerini arttırmak için TRSM gibi kurumların etkinliğinin arttırılması önerilebilir.
* Şizofreni hastalarının meslek sahibi olacak şekilde eğitim görmeleri, toplumsal hayata kazandırılmaları konusunda eğitim almaları önerilebilir.
* Toplumda şizofreni hasta ve yakınlarına yönelik damgalama konusunda eğitimler yapılması önerilebilir.
* Bu çalışma Aydın iline bağlı merkezlerde gerçekleştirilmiştir. Başka il ve coğrafi bölgeler hakkında da fikir edinebilmek için farklı değişkenlerin olduğu yeni araştırmalar planlanması önerilebilir.

**KAYNAKLAR**

Agerbo, E., Byrne, M., Eaton, WW., Mortensen, PB. (2004). Marital and labor market status in the long run in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 61, 28-33. doi: 10.1001/archpsyc.61.1.28.

Ağargün, MY., Beşiroğlu, L., Kıran, ÜM., Özer, ÖA., Kara, H. (2005). COPE (başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği): psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 221-226.

Akbulut, Ş. (2009). *Şizofren hasta yakınlarının Şizofreniye yönelik tutumları ve hastanın bakımında yaşadıkları zorluklar*. Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa.

Akpınar, O. (2013).Aile içi şiddete maruz kalan kadınlarda aile içi şiddetle başa çıkma özyeterliliği. *Türk Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Dergisi*, 4(3), 24-36.

Akyar, İ., Akdemir, N. (2009) Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 32-49.

Almberg, B., Grafström, M., Winblad, B. (1997). Caring for a demented elderly person- burden and burnout among caregiving relatives. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 109-116. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997025109.x.

Angermayer, MC., Bull, N., Bernert, S., Dietrich, S., Kopf, A. (2006). Burnout of caregivers : a comparison between partners of psychiatric patients and Nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(4), 158-165. doi: 10.1016/j.apnu.2005.12.004.

Arguvanlı-Çoban, S., Özkan, B., Medik, K., Saraç, B. (2013). Bipolar bozukluğu olan bireyler ve bakım verenlerinin yaşam kalitesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 61-66. doi: 10.5505/phd.2013.58070.

Arslantaş, H. (2018). Psikiyatri hastalarının bakım vericilerinde yük ve başetme stratejileri. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 4(1), 39-47.

Arslantaş, H., Adana, F. (2011). Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 251-277.

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

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

Atagün, Mİ., Balaban, ÖD., Atagün, Z.,, Elagöz M., Özpolat-Yılmaz, A. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513-552. doi: <https://doi.org/10.5455/cap.20110323>.

Atar, S. (2018). *Şizofreni hastalarına bakım veren yakınlarının yükü, tükenmişlik ve sosyal uyum düzeylerinin saptanması*. Uzmanlık Tezi, Mustafa Kemal Üniversitesi, Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Hatay.

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

Awad, AG., Voruganti, LNP. (2008) The burden of schizophrenia on caregivers. *Pharmacoeconomics*, 26(2), 149-162. doi: 10.2165/00019053-200826020-00005.

Aydın, A., Eker, SS., Cangür, Ş., Şarandöl, A., Kırlı, S. (2009). Şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin, sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilgili ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi,*46 (Özel Sayı), 10-14.

Ayhan, AGY. (2013). *Şizofreni hastalarına bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimleri ile bakım yükleri arasındaki ilişkinin incelenmesi.* Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Bademli, K. (2012). *Aileden aileye destek programının şizofreni hastalarına bakım verenlerin ruh sağlıklarına ve başetme yöntemlerine etkisi*. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Binbay, T., Ulas, H., Elbi, H., Alptekin, K. (2011). Türkiye’ de psikoz epidemiyolojisi: yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22, 40-52.

Budak, G., Süregevil, O. (2005). Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerine bir uygulama. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(2), 95-105.

Caqueo-Urízar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., PeñalozaSalazar, C., Richards-Araya, D., Cuadra-Peralta, A. (2011). Attitudes andburden in relatives of patients with schizophrenia ina middle income country. *BMC FamilyPractice*, 12, 101. doi: 10.1186/1471-2296-12-101.

Cassidy, E., O’callaghan, H. (2001). Efficacy of a psychoeducational intervention in improving relatives‟ knowledge about schizophrenia and reducing rehospitalisation. *European Psychiaty*, 16(8), 446-450. doi: 10.1016/s0924-9338(01)00605-8.

Chadda, RK., Singh, TB., Ganguly, KK. (2007). Caregiver burden and coping: a prospective study of relationship between burden and coping in caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder. *Social Psychiatry and Psychiatr Epidemiology*, 42 (11), 923-30. doi: 10.1007/s00127-007-0242-8.

Chan, SW., Hsiung, PC., Thompson, DR., Chen, SC., Hwu, HG. (2007). Health-related quality of life of chinese people with schizophrenia in hong-kong and taipei: a cross-sectional analysis. *Research in Nursing & Health*, 30, 261-269. doi: 10.1002/nur.20189.

Chang, KH., Horrocks, S. (2006). Lived experiences of family caregivers of mentally ill relatives. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 435–443. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03732.x.

Chien, WT. (2008). Effectiveness of psychoeducation and mutual support group program for family caregivers of chinese people with schizophrenia. *The Open Nursing Journal*, 2, 28-39. doi: 10.2174/1874434600802010028

Chien, WT., Norman, I.(2003). Educational needs of families caring for Chinese patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing,* 44(5), 490–498.

Chien, WT., Wong, KF. (2007). A family psychoeducation group program for Chinese people with schizophrenia in Hong Kong, *Psychiatric Services*, 58, 1003-1006. doi: 10.1176/ps.2007.58.7.1003.

Chou, KR. (2000). Caregiver burden: a concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 15, 398-407. doi: 10.1053/jpdn.2000.16709.

Cuipers, P., Stam, H. (2000). Burnout among relatives of psychiatric patients attending psychoeducational support groups. *Psychiatric Services*, 51(3), 375-379. doi: 10.1176/appi.ps.51.3.375.

Çabuk, M. (2014). *Psikoeğitimin şizofreni ailelerinin yük algılarına olan etkisi.* Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.

Çam, O., Engin, E. (2014). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı (1. Baskı). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, 367- 447.

Çetin, N. (2011). *Şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışa vuran duygu durumu ilişkisinin incelenmesi.* Yüksek Lisans Tezi, Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Çetin, N., Demiralp, M., Oflaz, F., Özşahin, A. (2013). Şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışa vuran duygu durumu ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, 19-26.

Çetinkaya-Duman, Z., Bademli, K. (2013). Kronik psikiyatri hastalarının aileleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar,* 5(1), 78-94.

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

Çunkuş, N. (2016). *Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin hastalığa ilişkin gereksinimleri ve bakım yüküne etkisi,* Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.

Davison, GC., Neale, JM., Dağ, İ. (2004). *Anormal Psikolojisi*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği yayınları.

Demirel Döngel, B., Demirkol, ME., Tamam, L. (2013). Şizofreni hastalarında fiziksel hastalık eş tanılarının değerlendirilmesi. *Çukurova Medical Journal*, 43(4), 892-902. doi: <https://doi.org/10.17826/cumj.396313>

Di, Mattei VE., Prunas, A., Novella, L., Marcone, A., Cappa, SF., Sarno, L. (2008). The burden of distress in caregivers of elderly demented patients and its relationship with coping strategies. *Neurological Science Journal,* 29, 383-389. doi: 10.1007/s10072-008-1047-6.

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

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

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

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

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

Esmek, M. (2007). *Psikiyatri servisinde tan şizofren hastaların yakınlarının sosyal destek ve stresle baş etme düzeylerinin belirlenmesi.* Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Etters, L., Goodall, D., Harrison, BE. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literatüre. *Journal of the American Academy of Nurse Preactitioners*, 20, 423-428. doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00342.x.

Folkman, S., Lazarus, RS. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-39.

Gall, S., Atkinson, J., Eliot, L., Johansen, R. (2002). Supporting carers of people diagnosed with schizophrenia: Evaluating change in nursing practice following training. *Journal of Advanced Nursing,* 41(3), 295-305.

Goldstein, MJ. (2000). ABD’ de izofreni tedavisi kapsamında ruhsal-eğitsel aile programları. çeviren N. *Şizofreni Yazıları Şizofreni Hastaları Ve Yakınları Dayanışma Derneği Yayın Organı*, 1(1), 20-26.

Gournay, K. (2000). Role of the community psychiatric nurse in the management of schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 243-251.

Güdük, M. (2010). *Şizofreni hastalarında zihin kuramı becerilerinin başa çıkma tutumları ve sosyal işlevsellik ile ilişkisi.* Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Gülbol, S. (2020). *Şizofreni hastalarına bakım veren yakınlarının depresyon, tükenmişlik ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin saptanması.* Tıpta Uzmanlık Tezi, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Hatay.

Gülseren, L., Çam, B., Karakoç, B., Yiğit, T., Danacı, AE., Çubukçuoğlu, Z., Taş, C., Gülseren, Ş., Mete, L. (2010). Şizofrenide aile yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21, 1-9. doi: <https://doi.org/10.21601/ortadogutipdergisi.476552>.

Igberase, OO., Morankinyo, O., Lawani, AO., Jamesand, BO., Omoaregba, JO. (2012). Burden care of among relatives of patients with schizophrenia in midwestern Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(2). doi: 10.1177/0020764010387544.

Kalı, AH. (2018). *Pozitif ve negatif belirtilerle seyreden şizofreni hastalarında tedavi uyumu ve yaşam kalitesi.* Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.

Karamustafalıoğlu, N., Tomruk, N., Alpay, N. (1998). Şizofrenide cinsiyet farklılıkları: bir gözden geçirme. *Düşünen Adam*, 11 (2), 22-32.

Karancı, N. (2009). Şizofren hasta yakınlarının dünyası: Nedensel atıflar, yükler, umutlar. *Şizofreni Yazıları*, 1(2), 6-12.

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

Kaya, Y. (2013). *Şizofreni hastalarının sosyal işlevsellikleri ve hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükü.* Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Kızılırmak, B. (2014). *Ruhsal bozukluğu olan bireylerin ailelerinde bakım yükü ve ruhsal sağlık durumu.* Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Ensititüsü, İstanbul.

Klarić, M., Frančišković, T., Pernar, M., Nemčić, MI., Milićević, R., Obrdalj, EČ., Satriano, AS. (2010). Caregiver burden and burnout in partners of war veterans with Post-traumatic Stress Disorder. *Collegium Antropologicum*, 34 (1), 15-21.

Kocal, Y., Karakuş, G., Damla, S. (2017). Şizofreni: etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2), 251-267. doi: <https://doi.org/10.17827/aktd.303574>.

Kokurcan, A. (2013). *Şizofreni hastalarına bakım veren yakınlarında tükenmişlik*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara .

Korkmaz, A. (2014). *Psikiyatri hastalarının bakım vericilerinde öfke ve ilişkili faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.

Köroğlu, E. (2013). *Dsm-V Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. Çeviri Editörü; Ertuğrul Köroğlu, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Köroğlu, E., Güleç, Ç. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: HYB Basım Yayın, Ankara.

Lakiska, K., Dominic, F., Victor, D., Seamus, O., William, S., Mar, S. (2010). Experience of care giving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 177, 529-33. doi: 10.1192/bjp.177.6.529.

Lauber, C., Eichenberger, A., Luginbühl, P., Keller, C., Rössler, W. (2003). Determinants of burden in caregiver of patients with exacerbating schizophrenia. *European Psychiatry*, 18, 285-289. doi: 10.1016/j.eurpsy.2003.06.004.

Li, J., Lambert, CE., Lambert, VA. (2007) Predictors of family caregivers’ burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the People’s Republic of China. *Nursing and Health Sciences*, 9:192-198.

Lim, YM., Ahn, YH. (2003). Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. *Applied Nursing Research*, 16, 2, 110-117. doi: 10.1016/s0897-1897(03)00007-7.

Liu, M., Clinton, E., Lambert, V. (2007). Caregiver burden and coping patterns of Chinese parents of a child with menthal illness. *International Journal of Menthal Health Nursing*, 16, 86-95.

Magliano, L., Marasco C., Fiorillo A., Malangone C., Guarneri M., Maj M. (2002). The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 106:291-298*.*

Maldonado, JG., Urizar, AC., Kavanagh, DJ. (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 899- 904. doi: 10.1007/s00127-005-0963-5.

Nabeel, AS., Abdulkareem, A., Abdulhakeem, A., Salah, AQ., Heba, M. (2008). Depressed patients preferences for education about medications by pharmacist in Kuwait. *Patient Education and Counseling*, 72, 94-101. doi: 10.1016/j.pec.2008.01.027.

Nasr, T., Krauser, R. (2009). Pscchoeducation and the family burden in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Annals Gen Psychiatry*, 8, 17. doi: 10.1186/1744-859X-8-17.

Nehra, R., Chakrabarti, S., Kulhara, R. (2005). Caregivercoping in bipolar disorder and schizophrenia. A re-examination. *Social Psychiatry Epidemiology*, 40, 329-36. doi: 10.1007/s00127-005-0884-3.

Özçelik, EK. (2015). *Şizofreni hastalarında aile ortamı içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi*. Yüksek Lisans Tezi, Erzincan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzincan.

Özlü, A. (2007). *Şizofreni hastalarına bakım verenlerde yük ve travma sonrası gelişim ile ilgili özellikler*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.

Özlü, A., Yıldız, M., Aker, T. (2015). Şizofreni hastalarının bakımıyla ilgilenenlerde yük ve ilişkili özellikler. *Düşünen Adam*, 28(2), 147-153. doi: 10.5350/DAJPN2015280207.

Özşen, PB. (2013). *Şizofreni hastalarının yakınlarının şizofreniye yönelik bilgileri, inançları ve yardım arama davranışları*. Yüsek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitütü, Gaziantep.

Öztürk, M., Uluşahin, A. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 242-316.

Öztürk, M., Uluşahin, A. (2016). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (14. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.

Öztürk, S. (2010). *Şizofreni hastalarında yaşam kalitesinin; pozitif belirtiler, negatif belirtiler, depresyon ve içgörü ile ilişkisi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Zonguldak.

Özütek, ZS. (2005). *Şizofrenide aile ve hasta arasındaki etkileşimin hastalık belirtileri ve yaşam kalitesi üzerine etkisi.* Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Pazvantoğlu, O., Sarısoy, G., Böke, Ö., Aker, AA., Özturan, DD., Ünverdi, E. (2014). Şizofrenide bakım veren yükünün boyutları: hastaların işlevselliğinin rolü. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 27, 53-60. doi 10.5350/DAJPN2014270107.

Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bauml, J., Kissling, W., Endel, RR. (2001). The effect of family interventions on relapse ande rehospitalization in schizophrenia – a meta analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27(1), 73-92. doi: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006861>.

Randall, JR., Walld, R., Finlayson, G., Sareen, J., Martens, PJ., Bolton, JM. (2014). Acute risk of suicide and suicide attempts associated with recent diagnosis of mental disorders: A population- based, propensity score- matched analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(10), 531-538. doi: <https://doi.org/10.1177/070674371405901006>.

Rodrigo, C., Fernando, T., Rajapakse, S., Silva, VD., Hanwella, R. (2013). Caregiver strain and symptoms of depression among principal caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder in Sri Lanka. *International Journal of Mental Health Systems*, 7-2. doi: <https://doi.org/10.1186/1752-4458-7-2>.

Roıck, C., Helder, D., Bebbington, PE., Angermayer, MC., Azorin, JM., Brugha, TS., Killian, R., Johnson, S., Toumi, M., Kornfield, A. (2007). Burden on caregivers of people with schizophrenia: comparison between Germany and Britain. *Journal of Psychiatry*, 190, 333-338. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025353>.

Sağlam-Arı, G., Çına-Bal, E. (2008). Tükenmişlik kavramı: bireyler ve örgütler açısından önemi. *Yönetim ve Ekonomi*, 15(1), 131-148.

Scazufca, M., Kuipers, E. (1999). Coping strategies inrelatives of people with schizophrenia beforeand after psychiatric admission. *The BritishJournal of Psychiatry*, 174(2), 154-158. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.174.2.154>.

Shenton, ME., Dickey, CC., Frumin, M., McCarley, RW. (2001). A review of mrı findings in schizophrenia. *Schizophr Res*, 49:1-52. doi: <https://doi.org/10.1016/s0920-9964(01)00163-3>.

Shibre, T., Kebede, D., Alem, A., Negash, A., Deyassa, N., Fekadu, A., Fekadu, D., Jacobsson, L., Kullgren, G. (2003). Schizophrenia: illness impact on family members in a traditional society–rural Ethiopia. *Social Psychiatry Psychiatry Epidemiology*, 38, 27–34. doi: 10.1007/s00127-003-0594-7.

Songur, E. (2015, Mart 28). *Çocukluk çağı başlangıçlı şizofreni* (Seminer). Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat.

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

Sönmez, S. (2009). *Şizofreni Hastalarında Psikoeğitim Grup Çalışmasının Pozitif Ve Negatif Belirtiler, Sosyal İşlevsellik, Yeti Yitimi, İçgörü Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması.* Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Stengler-Wenzke, K., Trosbach, J., Dietrich, S., Angermeyer, MC. (2004). Experience of stigmatization by relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 18, 88-96. doi: 10.1016/j.apnu.2004.03.004.

Summakoğlu, D., Ertuğrul, B. (2018). Şizofreni ve Tedavisi*. Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences*, 1(2), 43-61.

Sügün, G. (2005). *Şizofreni bozukluğu olan bireylerin yaşam niteliği ile hastalığın negatif- pozitif belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi.* Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Şahin, N., Durak, A. (1995). Üniversite öğrencileri için bir stresle başa çıkma tarzı ölçeği. *Türk Psikoloji Dergisi,* 10 (34), 56-73.

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

Şevik, AE., Özcan, H., Uysal, E. (2012). İntihar girişimlerinin incelenmesi: Risk faktörleri ve takip. *Klinik Psikiyatri*, 15, 218-225.

T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu. Genel Sağlık Sigortası. www.sgk.gov.tr. (Erişim:20.06.2022 ).

Tanrıverdi, D. (2008). *Şizofreni hastalarının bakım vericilerine verilen psikoeğitimin bakım yüküne etkisi,* Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Tel, H., Ertekin-Pınar, Ş. (2013). Kronik ruhsal sorunlu hastalardın primer bakım vericilerinde tükenmişlik ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(3), 145-152. doi: <https://dx.doi.org/10.5505/phd.2013.58088>

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

Tormoehlen, K., Lessick, M. (2010). Schizophrenia in women. *Nursing for Women’s Health Volume*, 14(6), 484-495. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1751-486X.2010.01595.x>.

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

Urízar, AC., Urzua, A., Jamett, PR., Irarrazaval, M. (2016). Objective and subjective burden in relatives of patients with schizophrenia and its in fluence on care relationships in Chile. *Psychiatry Research*, 237, 361-365. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.013>.

Üçok, A. (2008). Şizofreninin Erken Döneminde Klinik Özellikler ve Tedavi İlkeleri. *Klinik Psikiyatri*, 11(Ek 1), 3-8.

Van Der Voot, TYG., Goossens, PJJ., Van Der Bijl, JJ. (2007). Burden, coping and needs for support of caregivers for patient with a bipolar disorder: a systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 679-687. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00634.x>.

Yaşar, F. (2008). *Kronik obstruktif akciğer hastalığı olan bireylerin primer bakım vericilerinin gereksinimleri, bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi.* Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Yavuz, R. (2008 Mart). *Şizofreni*. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, No:62, 49-58.

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

Yıldız, E. (2016). *Kronik Psikiyatri Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Yükleri ve Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi.* Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.

Yılmaz, A., Turan, E., Gündoğar, D. (2009). Predictors of burnout in the family caregivers of Alzheirmer’ disease: evidence from Turkey. *Australasian Journal of Ageing*, 28(1), 16-21. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2008.00319.x> .

Yılmaz, E. (2012). *Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın tedaviye uyuma x*

Yılmaz, S. (2011). *Şizofreni tanılı hasta ve ailelerinin eğitim gereksinimleri. .*Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

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

Zahid, MA., Ohaeri, JU. (2010). Relationship of family caregiver burden with quality of care and psychopathology in a sample Arab subject with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 10, 71. doi: https://doi.org/10.1186/1471-244x-10-71.

**EKLER**

**Ek 1.** Kişisel Bilgi Formu

**1. SOSYODEMOGRAFiK ÖZELLiKLERE İLİŞKİN SORU FORMU  
A. Hastanın Özellikleri;**

1-Hastanın yaşı: ……………………..

2-Cinsiyeti: Kadın ( ) Erkek ( )

3-Medeni durumu: Evli ( ) Bekâr ( )

4-Sağlık güvencesi: SGK ( ) Özel Sigorta ( ) Yok ( )

5-Eğitim düzeyi: Okur-yazar Değil ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Lisansüstü ( )

6-Çalışma durumu: Çalışıyor ( ) Çalışmıyor ( ) Emekli ( )

7-Eğer hastanız çalışıyor ise ne iş yaptığını belirtiniz: ………………………….

8-Hastalık süresi: ……………….

9-Hastaneye yatış sayısı:…………………….

10-İlaçlarını düzenli olarak alıyor mu: Evet ( ) Arada Bir Alıyor ( ) Arada Bir Aksatıyor ( ) Hiç Almıyor ( )

11-Kontrollerine düzenli olarak gidiyor mu? Evet ( ) Hayır ( )

12-Hastanın herhangi bir maddeye (sigara, alkol, uyuşturucu) bağımlılığı var mı? Evet ( ) Hayır ( )

13- Eğer hastanızın herhangi bir maddeye bağımlılığı varsa adını belirtiniz. ………………

**B. Bakım Veren Kişinin Özellikleri;**

14- Bakım verenin yaşı: …………………..

15-Cinsiyetiniz: Kadın ( ) Erkek ( )

16-Medeni durumunuz: Evli ( ) Bekar ( )

17-Hastaya yakınlık durumunuz: Anne ( ) Baba ( ) Çocuğu ( ) Eşi ( ) Kardeşi ( ) Diğer ………

18-Eğitim düzeyiniz: İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Lisansüstü ( )Üniversite ( )

19-Çalışma durumunuz: Çalışıyorum ( ) Çalışmıyorum ( ) Emekli ( )

20-Çalışıyor iseniz ne iş yaptığınızı belirtiniz: ………………………………

21-Aylık geliriniz: Geliri giderinden fazla ( )Geliri giderine eşit ( )Geliri giderinden az ( )

22-Evde kaç kişi yaşıyorsunuz: ……………………………..

23-Kaç yıldır bakım veriyorsunuz: ………………………….

24-Bakım verirken diğer aile üyelerinden yardım alıyor musunuz: Evet ( ) Hayır ( )

25-Eğer yardım alıyorsanız kimlerden yardım alıyorsunuz: ………………………

26-Günde kaç saat hastayla birlikte vakit geçiriyorsunuz: ……………………

27-Ailenizde başka ruhsal hastalığı olan birey var mı: Evet ( ) Hayır ( )

28-Şizofreni hastalığının ne olduğunu biliyor musunuz: Evet ( ) Hayır ( )

29-Şizofreni hastalığı hakkında herhangi bir bilgi aldınız mı: Evet ( ) Hayır ( )

30-Hastalık ve yaşadığınız süreçle ilgili herhangi bir derneğe üye veya herhangi bir etkileşim grubuna(grup terapisi) katılıyor musunuz? Evet ( ) Hayır ( ) (*Eğer cevabınız evet ise bir sonraki soruya geçiniz*.)

31-Bir derneğe üye ya da grupla görüşüyor iseniz size etkisinin neler olduğundan  
kısaca bahseder misiniz?

......................................................................................................................................................

**Ek 2.** Algılanan Aile Yükü Ölçeği (AAYÖ)

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

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

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

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

Lütfen hiç bir soruyu atlamayınız.

**Ek 3.** Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)

**Açıklama:** Aşağıda uzun dönemli iş stresinin neden olduğu tükenmişlik sendromu hakkında 19 madde bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkate okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse karar verebilmek için size en yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölümü (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Hiçbir Zaman | Nadiren | Bazen | Çoğu Zaman | Her Zaman |
| 1.İşimden soğuduğumu hissediyorum. |  |  |  |  |  |
| 2.İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum. |  |  |  |  |  |
| 3.Sabah kalkıp, yeni bir iş günü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum. |  |  |  |  |  |
| 4. Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabilirim. |  |  |  |  |  |
| 5. Bazı hastalarıma onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığımı hissediyorum. |  |  |  |  |  |
| 6.Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı. |  |  |  |  |  |
| 7.Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim. |  |  |  |  |  |
| 8.İşimin beni tükettiğini hissediyorum. |  |  |  |  |  |
| 9.Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum. |  |  |  |  |  |
| 10.Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim. |  |  |  |  |  |
| 11.Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum. |  |  |  |  |  |
| 12.Kendimi çok enerjik hissediyorum. |  |  |  |  |  |
| 13.İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum. |  |  |  |  |  |
| 14.İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum. |  |  |  |  |  |
| 15.İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil. |  |  |  |  |  |
| 16.Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor. |  |  |  |  |  |
| 17.Hastalarıma rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim. |  |  |  |  |  |
| 18.Hastalarımla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi neşeli hissediyorum. |  |  |  |  |  |
| 19.Bu meslekte kayda değer birçok başarı elde ettim. |  |  |  |  |  |
| 20.Kendimi çok çaresiz hissediyorum. |  |  |  |  |  |
| 21.İşimdeki duygusal sorunları serinkanlılıkla hallederim. |  |  |  |  |  |
| 22.Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum. |  |  |  |  |  |

**Ek 4.** Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)

Aşağıda ifadeler size ne kadar uygunsa onu işaretleyiniz*.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| BİR SIKINTI OLDUĞUNDA | Hiç | Az | Orta | Çok |
| 1- Kimsenin bilmesini istemem. |  |  |  |  |
| 2- İyimser olmaya çalışırım. |  |  |  |  |
| 3- Bir mucize olmasını beklerim. |  |  |  |  |
| 4- Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım. |  |  |  |  |
| 5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm. |  |  |  |  |
| 6- Sakin kafa ile düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım. |  |  |  |  |
| 7- Kendimi kapana kısılmış gibi hissederim. |  |  |  |  |
| 8- Olayların değerlendirilmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım. |  |  |  |  |
| 9- İçimde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem. |  |  |  |  |
| 10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücümü kendimde bulurum. |  |  |  |  |
| 11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam. |  |  |  |  |
| 12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım. |  |  |  |  |
| 13- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım. |  |  |  |  |
| 14- İş olacağına varır diye düşünürüm. |  |  |  |  |
| 15- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım. |  |  |  |  |
| 16- Problemin çözümü için adak adarım. |  |  |  |  |
| 17- Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum. |  |  |  |  |
| 18- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım. |  |  |  |  |
| 19- Olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım. |  |  |  |  |
| 20- Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım. |  |  |  |  |
| 21- Problemleri adım adım çözmeye çalışırım. |  |  |  |  |
| 22- Mücadeleden vazgeçerim. |  |  |  |  |
| 23- Sorunun benden kaynakladığını düşünürüm. |  |  |  |  |
| 24- Hakkımı savunabileceğime inanırım. |  |  |  |  |
| 25- Olaylar karşısında kaderim buymuş derim. |  |  |  |  |
| 26- “Keşke daha güçlü bir insan olsaydım” diye düşünürüm. |  |  |  |  |
| 27- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi, olgunlaştığımı hissederim. |  |  |  |  |
| 28- “Hep benim yüzümden diye” düşünürüm. |  |  |  |  |
| 29- Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım. |  |  |  |  |
| 30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır. |  |  |  |  |

**Ek 5.** Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF)

**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 3)**

**LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!**

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

**ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?**

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinde bakım yükü, tükenmişlik düzeyleri ve başetmede hangi strateji yöntemlerini kullandıklarını incelemek amacıyla kesitsel olarak yapılacaktır.

**KATILMA KOŞULLARI NEDİR?**

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için; araştırmaya katılmaya istekli olmanız ve araştırmanın alım kriterlerini karşılamanız gerekmektedir.

**NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?**

Size herhangi bir girişimde bulunulmayacak, yalnızca araştırmacı tarafından hazırlanan anket soruları doldurulacaktır. Anket uygulaması sadece araştırmacı tarafından yapılacaktır ve katılanların mahremiyeti korunacaktır.

**Sorumluluklarım nedir?**

Sorumluluğunuz araştırma ile ilgili olarak sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermektir. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırıcı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

**KATILIMCI SAYISI NEDİR?**

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 217 ‘dir.

**ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?**

Bu araştırma için öngörülen süre bir yıldır.

**GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?**

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız bir yıldır.

**ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?**

Bu çalışmanın size direkt olarak bir katkısı olmayacaktır. Çalışma sonuçlarının şizofreni hastalarının yakınlarında yük, tükenmişlik ve başetme stratejilerinin belirlenmesine katkı sağlaması ve yeni araştırmaların planlanmasına yararlı olacağı düşünülmektedir.

**ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?**

Çalışmaya katılma ile beklenen herhangi bir risk bulunmamaktadır.

**KAN ÖRNEKLERİNİN SAKLANMASI**

Araştırmaya yönelik sizden kan örneği alınmayacaktır.

**ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİNEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?**

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu herhangi bir ilaç ve besin bulunmamaktadır.

**HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?**

Araştırma ile ilgili olarak sorulara “doğru cevap vermediğinizde, anketleri eksik doldurduğunuzda ya da anketleri doldurmaya devam etmek istemediğinizde”araştırma dışı bırakılabilirsiniz.

**DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?**

Herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.

**HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?**

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu değildir.

**ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?**

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı tanı almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırıcıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için Hemşire Nilüfer GÖK, nilufergk@hotmail.com‘a başvurabilirsiniz.

**ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?**

Yapılacak her tür araştırma masrafları size ödetilmeyecektir.

**ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?**

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

**ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?**

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

**ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?**

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilir ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır. Çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizin ile ilgili anket verileri bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

**KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?**

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileri verilmeyecektir ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde anket bilgilerine ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait anket bilgilerine ulaşabilirsiniz.

**ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 2 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

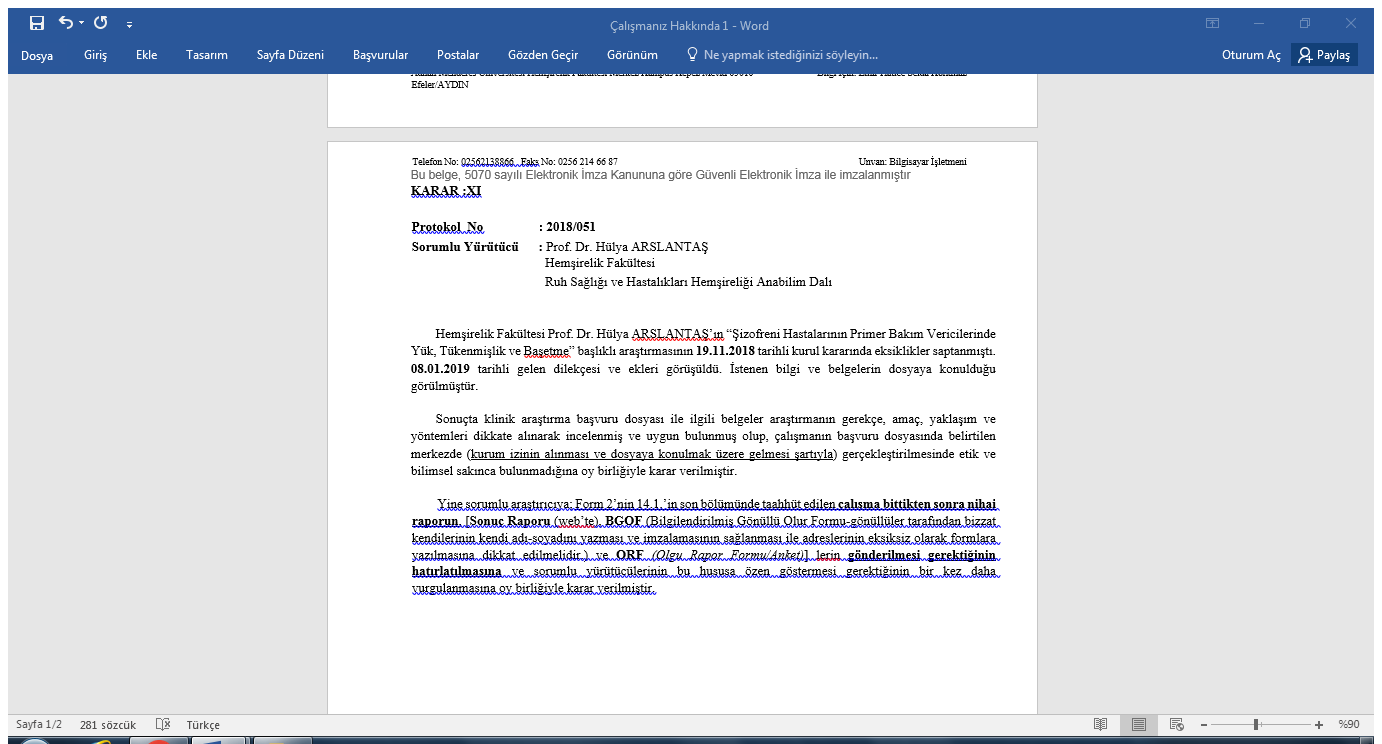
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GÖNÜLLÜNÜN** | | **İMZASI** |
| **ADI & SOYADI** |  |  |
| **ADRESİ** |  |
| **TEL. & FAKS** |  |
| **TARİH** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin** | | **İMZASI** |
| **ADI & SOYADI** |  |  |
| **ADRESİ** |  |
| **TEL. & FAKS** |  |
| **TARİH** |  |

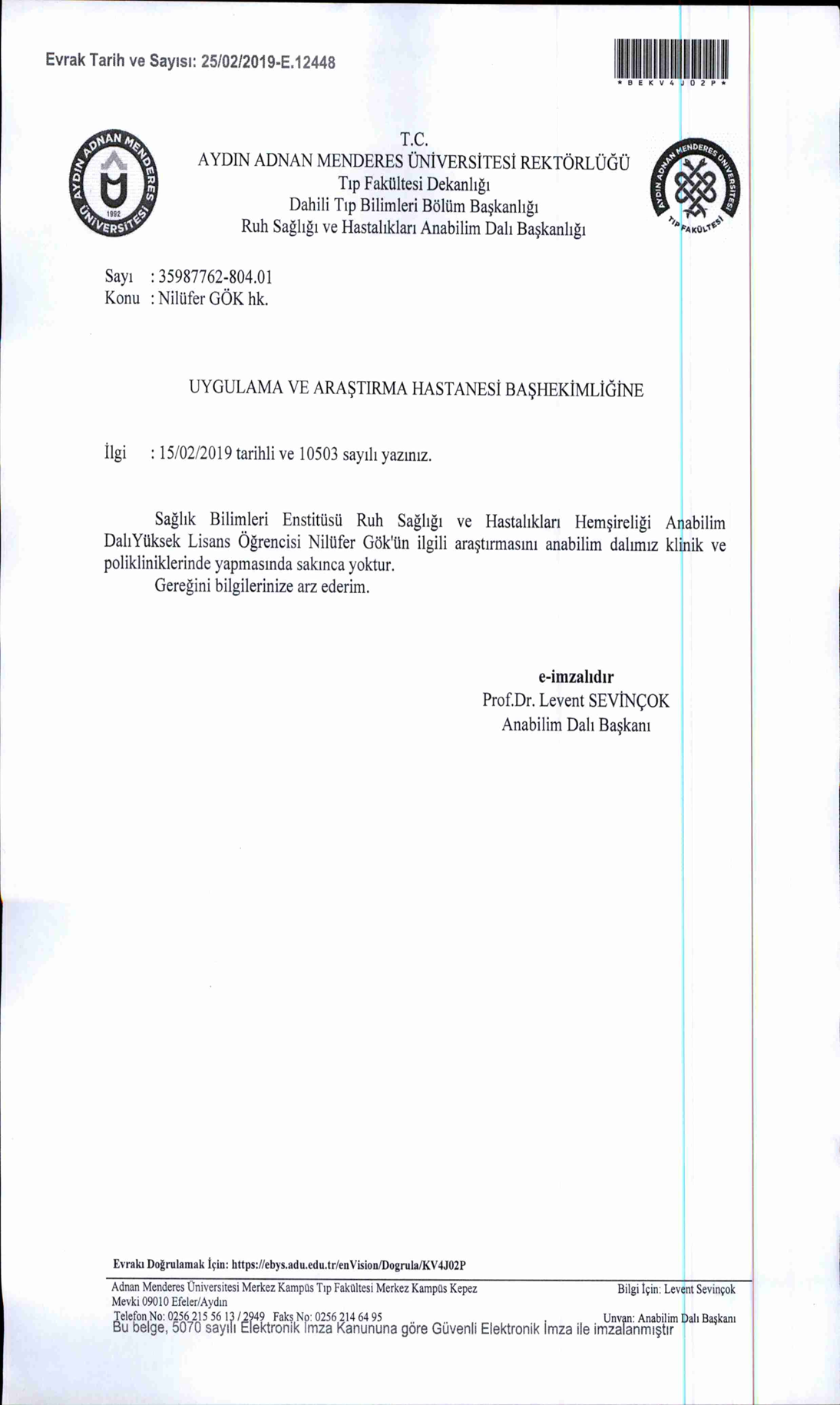
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ** | | **İMZASI** |
| **ADI & SOYADI** |  |  |
| **TARİH** |  |

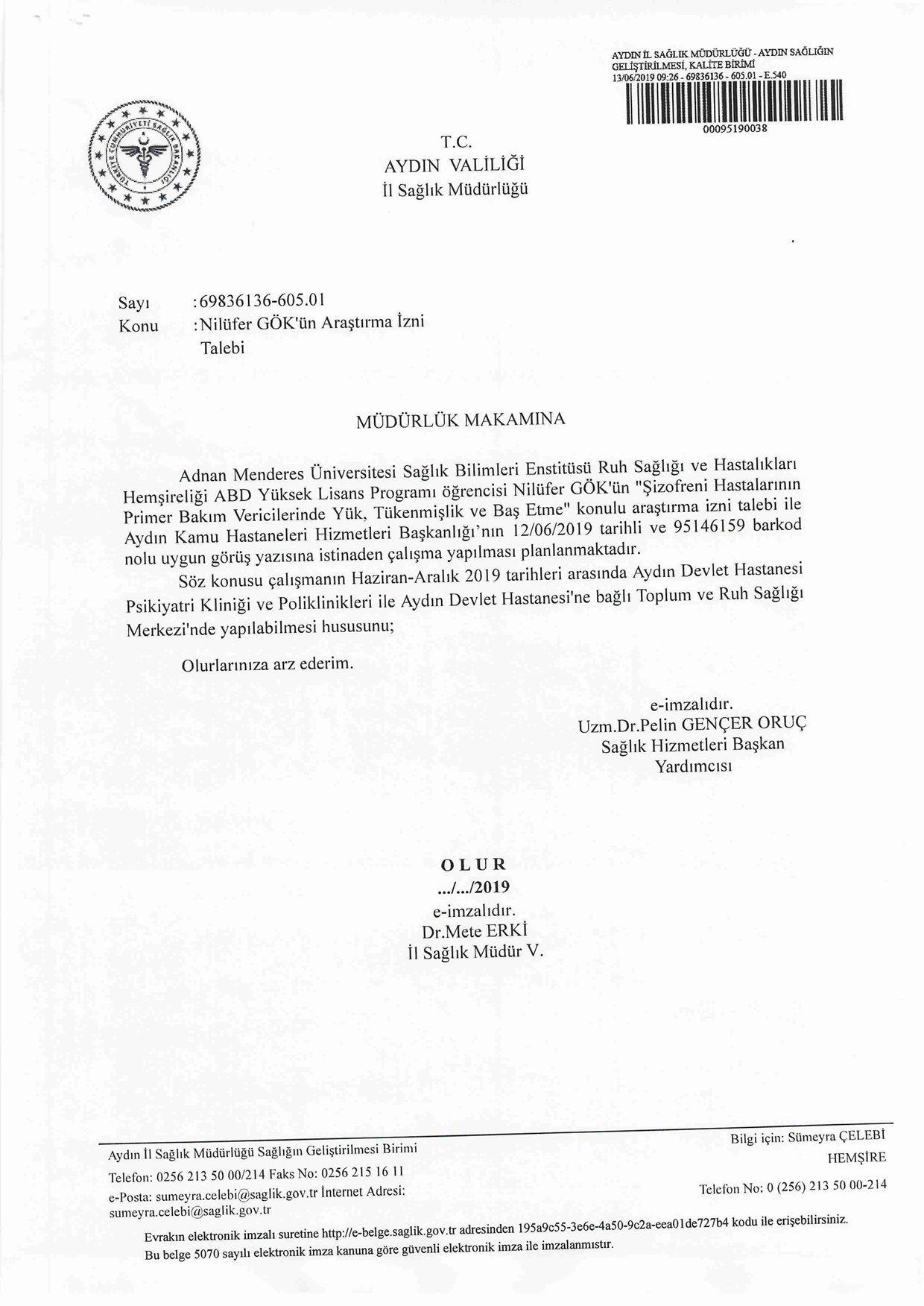
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK** | | **İMZASI** |
| **ADI & SOYADI** |  |  |
| **GÖREVİ** |  |
| **TARİH** |  |

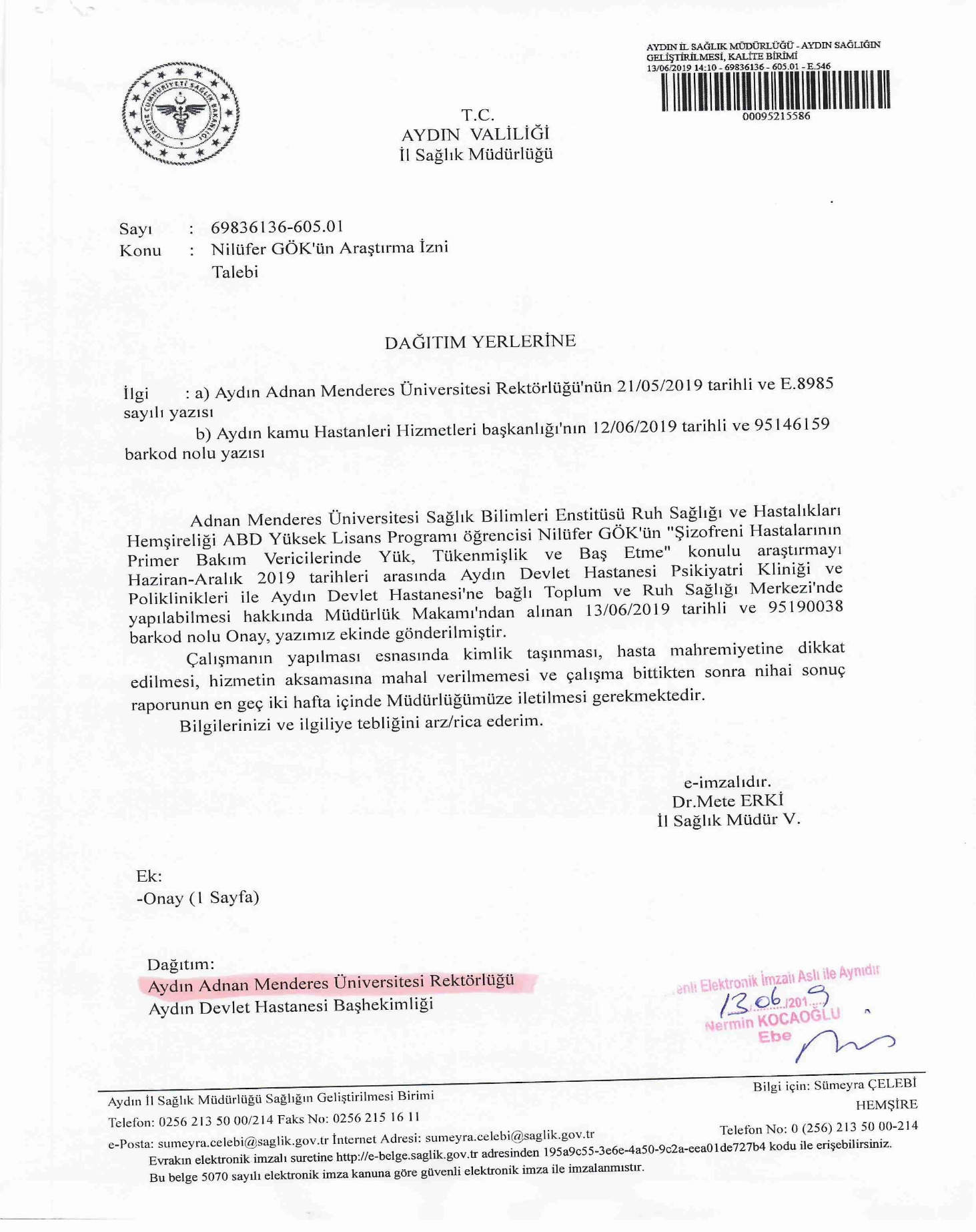
**EK 6.** Etik Kurul Kararı



## **Ek 7.** Kurumlardan Alınan Çalışma İzinleri







**T.C.**

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİLİMSEL ETİK BEYANI**

“Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinde Yük, Tükenmişlik ve Başetme” başlıklı Yüksek Lisans tezimdeki bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yaptığımı bildiririm. İfade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Nilüfer GÖK

**ÖZ GEÇMİŞ**

**KİŞİSEL BİLGİLER**

**Soyadı, Adı :** GÖK, Nilüfer

**Doğum Tarihi :** 25/08/1990

**Doğum Yeri :** Aydın

**Yabancı Dil** **:** İngilizce

**EĞİTİM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Derece** | **Kurum** | **Mezuniyet Tarihi** |
| Yüksek Lisans | Aydın Adnan Menderes Üniversitesi |  |
| Lisans | Ege Üniversitesi | 27.06.2013 |

**İŞ DENEYİMİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Yıl** | **Yer/Kurum** | **Ünvan** |
| 2017- Halen | Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi | Hemşire |
| 2013-2017 | Ege Üniversitesi Hastanesi | Hemşire |

**İLETİŞİM**

**Telefon**  : 02564440256-2228-2230

**E- posta** : [nilufergk@hotmail.com](mailto:nilufergk@hotmail.com)

**AKADEMİK YAYINLAR**

**Sözel Sunum**

Arabacıoğlu İ, **Gök N,** Arslantaş H. (2018, November 20-23). *Bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğinde yatan hastaların servis içi etkinliklere ilişkin görüşleri* [sözel sunum]. V. International, IX. National Psychiatric Nursing Congress, Antalya.

**Poster Sunum**

**Gök N**, Arabacıoğlu İ, Arslantaş H. (2018, November 20-23). *Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde uykusuzluk ve ilişkili faktörler* [poster sunum]. V. International, IX. National Psychiatric Nursing Congress, Antalya.