

**T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTA YAKINLARINDA
BAKIM YÜKÜ, DEPRESYON VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

**HALİS YILMAZ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof.Dr. Fatma Demirkıran**

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından
HF-17021 proje numarası ile desteklenmiştir.

AYDIN-2019

KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde HALİS YILMAZ tarafından hazırlanan “Bipolar Bozukluğu Olan Hasta Yakınlarında Bakım Yükü, Depresyon ve İlişkili Faktörler” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 25/06/2019

Üye (T.D.): Prof. Dr. Fatma Demirkıran Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Nezihe Bulut Uğurlu Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Hatice Öner Altıok Aydın Adnan Menderes 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 alınannolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Cavit KUM
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamda; öncelikle yüksek lisans eğitimim boyunca bana ilgisini, sevgisini ve desteğini esirgemeyen, yol gösterici olan, anne şefkati gösteren, moral kaynağı olan, engin bilgi ve deneyimlerinden çok şey öğrendiğim ve öğrenmeye devam edeceğim, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum sevgili hocam tez danışmanım Prof. Dr. Fatma DEMİRKİRAN'a, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Mesleki deneyim ve becerileriyle bana profesyonel bir bakış açısı kazandırıp yoluma ışık tutan Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ'a, yine yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini içten duygularla paylaşan hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Hatice ÖNER ALTIÖK'a ve Dr. Öğr. Üyesi Mehtap KIZILKAYA'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca, yüksek lisans eğitimimi en başından beri destekleyen, mesleki bilgi ve becerileriyle mesleki yaşantıma büyük katkı sağlayan, Pamukkale Üniversitesi psikiyatri hemşirelerinin annesi emekli sorumlu hemşirem Nursel KARAGÖZ'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tezimle ilgili verileri toplamam konusunda bana destek olan Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Feride Figen ATEŞÇİ'ye ve psikiyatri servislerinde çalışan hemşire arkadaşlarıma sonsuz teşekkür ederim.

Bu günlere gelmemde çok büyük emeği olan annem, babam ve abilerime sonsuz teşekkür ederim. Özellikle eğitim hayatım boyunca en büyük destekçim olan abim Dr. Öğr. Üyesi Atakan YILMAZ'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bu süreçte beni yalnız bırakmayan, manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen ve hayatım boyunca bana eşlik edeceğine inandığım, gönül bağımlı Burcu ŞAFAK'a sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
TEŞEKKÜR	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT	xi
GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Bipolar Bozukluk.....	4
2.1.1. Tanım.....	4
2.1.2. Tarihçe.....	5
2.1.3. Epidemiyoloji	6
2.1.4. Etiyoloji	6
2.1.5. Tanı Ölçütleri ve Sınıflandırma.....	7
2.1.5.1. Kesitsel Tanılar.....	7
2.1.5.1.1. Manik dönem.....	7
2.1.5.1.2. Hipomani dönemi	8
2.1.5.1.3. Depresyon dönemi.....	8
2.1.5.1.4. Karma dönem	8
2.1.5.2. Uzunlamasına Tanılar (Sınıflandırma).....	9
2.1.5.2.1. Bipolar bozukluk- I.....	10
2.1.5.2.2. Bipolar bozukluk- II	10
2.1.5.2.3. Hızlı döngülü bipolar bozukluk.....	10
2.1.5.2.4. Siklotimi bozukluğu	11

2.1.6. Tedavi	11
2.2. Bakım Verme Yüğü ile İlgili Kavramlar	13
2.2.1. Bakım Verme.....	13
2.2.2. Bakım Veren.....	14
2.2.3. Bakım Veren Yüğü.....	15
2.2.4. Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Boyutları	15
2.2.5. Bakım Verme Yüğü'nün Aile Dinamikleri Üzerine Etkisi	17
2.2.6. Bakım Veren Bireylerin Gereksinimleri.....	18
2.3. Ruhsal Bozukluklarda Bakım Veren Yüğü	18
2.3.1. Bipolar Bozuklukta Bakım Veren Yüğü	21
2.4. Bipolar Hastalarının ve Bakım Verenlerin Gereksinimlerinin Karşılanmasında Psikiyatri Hemşiresinin Rolü.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1. Araştırmanın Şekli	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	27
3.4. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	28
3.4.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	28
3.4.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	28
3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	28
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1)	29
3.5.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (EK-2).....	29
3.5.3. Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeği (ZBYÖ) (EK-3)	30
3.5.4. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ) (EK-4).....	31
3.6. Verilerin Toplanması.....	31
3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	32

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	32
3.9. Araştırmanın Güçlükleri	33
3.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	33
3.11. Araştırma Soruları	34
4. BULGULAR	35
5. TARTIŞMA.....	48
5.1. Bakım Verenlerin Demografik Özelliklerine Göre Depresyon ve Bakım Yüğü Düzeşlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	48
5.2. Bakım Verenlerin Aile ve Yaşam Özelliklerine Göre Depresyon ve Bakım Yüğü Düzeşlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	53
5.3. Bakım Verenlerin Sigara ve Alkol Kullanımına Göre Depresyon ve Bakım Yüğü Düzeşlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	55
5.4. Bakım Verenlerde Hastalık Durumlarına Göre Depresyon ve Bakım Yüğü Düzeşlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	55
5.5. Bakım Verenlerin Bakım Verdikleri Hastalarına Ait Özelliklerine Göre Depresyon ve Bakım Yüğü Düzeşlerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	56
5.6. Bakım Verenlerin Bakım Verdikleri Hastalarına Ait Özellikler ile Depresyon ve Bakım Yüğü Düzeşlerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	57
5.7. Bakım Verenlerin Yaş, Çocuk Sayısı ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları ile Depresyon ve Bakım Yüğü Düzeşleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	59
5.8. Bakım Verenlerin Beck Depresyon Ölçeğı ve Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğı Puan Ortalamaları Dağılımının Tartışılması.....	60
5.9. Bakım Verenlerin Beck Depresyon Ölçeğı ile Zarit Bakıcı Yüğü Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	62
KAYNAKLAR.....	65
EKLER	81
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu.....	81

Ek 2. Beck Depresyon Ölçeği.....	84
Ek 3. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği	88
Ek 4. Ruhsal HastalığaYönelik İnançlar Ölçeği.....	90
Ek 5. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Yazılı İzin Belgesi	92
Ek 6. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yazısı.....	93
Ek 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	94
Ek 8. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Kullanım İzni.....	98
Ek 9. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği Kullanım İzni	99
ÖZGEÇMİŞ.....	100

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BB	: Bipolar Bozukluk
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
EKT	: Elektro Konvülsif Tedavi
GABA	: Gamma Aminobütrik Asit
RHYİÖ	: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği
ZBYÖ	: Zarit Bakıcı Yük Ölçeği

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Bakım Verenlerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	35
Tablo 2. Bakım Verenlerin Aile ve Yaşam Özelliklerinin Dağılımları	36
Tablo 3. Bakım Verenlerin Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarının Dağılımları	37
Tablo 4. Bakım Verenlerde Fiziksel Hastalık ve Aile Bireylerinde Hastanın Dışında Psikiyatrik Bozukluğun Bulunma Durumlarının Dağılımları.....	37
Tablo 5. Bakım Verenlerin Bakım Verdikleri Hastaların Hastalığına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	38
Tablo 6. Bakım Verenlerin Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği ve Puan Ortalamaları Dağılımı	38
Tablo 7. Bakım Verenlerin Demografik Özelliklerine Göre Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	39
Tablo 8. Bakım Verenlerin Aile ve Yaşam Özelliklerine Göre Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	41
Tablo 9. Bakım Verenlerin Sigara ve Alkol Kullanım Durumları ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	43
Tablo 10. Bakım Verenlerde Hastalık Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	44
Tablo 11. Bakım Verenlerin Bakım Verdikleri Hastalarına Ait Özelliklerine Göre Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	45
Tablo 12. Bakım Verenlerin Yaş, Çocuk Sayısı, Hastasının Hastalık Süresi, Hastasının Hastaneye Yatış Sayısı ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	46
Tablo 13. Bakım Verenlerin Beck Depresyon Ölçeği ile Zarit Bakıcı Yük Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	47

ÖZET

BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTA YAKINLARINDA BAKIM YÜKÜ, DEPRESYON VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Yılmaz H. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2019.

Araştırma, bipolar bozukluğu olan hasta yakınlarında bakım yükü, depresyon ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Kesitsel tipte planlanan çalışma, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma Uygulama Merkezi Habip Kızıldaş Psikiyatri Hastanesi'nde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini psikiyatri servislerinde yatan bipolar tanılı 71 hastanın yakını oluşturmuştur. Araştırma verileri, Kişisel Bilgi Formu, Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanışlar Ölçeği uygulanarak toplanmıştır. Verilerin analizinde, tanımlayıcı istatistikler, mann whitney u testi, kruskal-wallis testi ve pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Bakım verenlerin yaş ortalaması $47,55 \pm 9,03$ 'tür. Çalışmaya katılan bakım verenlerin cinsiyetlerinin, gelir durumlarının, yaşadıkları yerlerin, sigara ve alkol kullanım durumlarının, bakım verenlerin depresyon ve bakım yükü düzeyleri üzerine bir etkisi olmadığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan bakım verenlerin bekar olması, eğitim durumunun düşük olması, herhangi bir işte çalışmaması, sosyal güvencesinin olmaması, geniş ailede yaşaması, hastasına bakım vermede yardımcı bir bireye ihtiyacının olması, fiziksel hastalığının olması, sahip olduğu çocuk sayısının artması, bakım verenlerin depresyon düzeylerini arttırdığı saptanmıştır. Ayrıca, bakım verenlerin hastalarında özkıyım girişiminin olması, hastalık süresinin uzaması ve yatış sayısının artması da bakım verenlerin depresyon düzeylerini arttırdığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan bakım verenlerin sosyal güvencesinin olmaması, hastasına yakınlık durumunun eş, çocuk veya kardeş olması, hastası ile farklı evde yaşaması bakım verenlerin bakım yükü düzeylerini arttırdığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan bakım verenlerin yaşının artması, eğitim durumunun düşük olması, herhangi bir işte çalışmaması, hastası ile farklı evde yaşaması, fiziksel hastalığının olması, aile bireyleri arasında hasta dışında psikiyatrik bozukluğa sahip bir bireyin olması durumları bakım verenlerin depresyon ve bakım yükü düzeyleri üzerine bir etkisi olmadığı saptanmıştır. Sonuç olarak bakım verenlerde birçok

değişkene bağı olarak kişilerin depresyon, bakım yükü düzeyleri artmaktadır. Bu nedenle bipolar bozukluğu olan hastaların bakım veren yakınları psikoeğitim programlarına dahil edilerek, depresyon ve bakım yükü düzeyleri azaltılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bakım Yükü, Bipolar Bozukluk, Depresyon, Psikiyatri Hemşireliği



ABSTRACT

CARE BURDEN, DEPRESSION AND RELATED FACTORS OF CAREGIVERS WITH BIPOLAR DISORDER

Yilmaz H. Mental Health And Diseases Nursing, Institute Of Health Sciences, Aydın Adnan Menderes University, Master Thesis, Aydın, 2019.

The study was carried out to determine care burden, depression and related factors in caregivers of bipolar patients. The study planned as cross-sectional was conducted at the Psychological Research Center of Pamukkale University, Habip Kızıldaş Psychiatric Hospital. The present study, whose data were collected through Personal Information Form, Zarit Caregiver Burden Scale, Beck Depression Inventory and Beliefs Towards Mental Illness Scale, consisted of 71 bipolar patients hospitalized in psychiatric service. Descriptive statistics, Mann Whitney U test, Kruskal-Wallis test and Pearson Correlation analysis were used to analyze the data. The mean age of caregivers was 47.55 ± 9.03 . It was revealed that gender, socio-economic status, residence, smoking and alcohol use of the participating caregivers did not have an effect on their depression and care burden levels. Being single, low educational level, lack of employment, lack of social security, living in a extended family, need for another individual to look after the patient, presence of physical illness, increase in the number of children for the caregivers increased their depression level. In addition, suicidal attempts, prolongation of disease and increase in the number of hospitalization of the patients increased depression level of the caregivers. The results also indicated that lack of social security, their closeness to the patient as spouses, offsprings or siblings, and living in separate households increased the care burden of the caregivers. It was demonstrated that increase in age of caregivers, low educational status, lack of employment, living in separate households, presence of physical disease, having an individual with psychiatric disorder other than the patient among the family members adversely affected caregivers' did not have an effect on their depression and care burden levels. As a result, depression and care burden levels increased depending on many variables in caregivers. Thus, care burden and depression levels of caregivers of bipolar patients should be reduced by exposing them to psychoeducation programs.

Keywords: Care Burden, Bipolar Disorder, Depression, Psychiatric Nursing

1. GİRİŞ

Bipolar bozukluk (BB) manik atak, depresif atak ya da her ikisinin birlikte görüldüğü karma atakları içeren, belirli dönemlerde tekrarlayabilen ya da iyilik hali olan, kronik seyirli, %0-5 arasında yaygınlık oranı görülen bir duygu durum bozukluğudur. Biyolojik, genetik ve psikososyal faktörlerle ilişkili olup, yüksek ölüm oranı, hastanın günlük hayatını olumsuz etkileyen, bakım verenlere maddi ve manevi yük getiren bir hastalıktır (Wingo ve ark, 2009; Levy ve Manove, 2012).

Bakım verme; hastanın günlük yaşamını sürdürebilmesine yardımcı olma, hastanın aldığı sağlık hizmetlerini yürütme gibi işlerin yapılmasını kapsamaktadır (Ak ve ark, 2012). Hastanın günlük yaşantısında yanında bulunup ona fiziksel, sosyal ve mental destek sağlayan, hastalık sürecinde aktif rol alan kilit kişi temel bakım verici olarak adlandırılmaktadır (Arslantaş ve Adana, 2011). Bu rolü genellikle anne, baba, eş, kardeş ya da çocuk gibi hastanın en yakınında bulunanlar üstlenmektedirler (Yusuf ve Nuhu, 2011).

Bakım verenlerin üstlendikleri sorumluların fazla olması onların yaşam kalitesini etkilemektedir. Bakım verenden hastaya doğru olan hasta-bakım veren ilişkisi, bakım verenin yaşam kalitesini düşürüp, karmaşık ve uzun periyotlu bir sürece sokup, bakım verme sürecini zorunluluk haline getirebilmektedir. Yoğun, karmaşık ve uzun süreli bir yapısı olan bakım verme süreci bakım verenlerin kendi yaşamlarındaki (özel ve sosyal hayat) sorumluluklarıyla birleşince bakım verenlerde yük kavramının oluşmasına sebep olmaktadır (Silver ve ark, 2002). Yük kavramı, nesnel yük ve öznel yük olarak iki başlıkta incelenebilmektedir. Nesnel yük, iş kaybı, sosyal hayattan kısıtlanma aile ortamında gerginlik gibi tanımlara karşılık gelmektedir. Öznel yük ise hastayla ilgili yaşanılan ve hastadan kaynaklı sıkıntılara karşılık gelmektedir (Platt 1985). Bakım yükü, bakım verenleri fiziksel, ruhsal, ekonomik yönden olumsuz etkilemektedir. Yük duygusunun sonucu olarak bakım verenlerde genellikle kızgınlık, tükenmişlik, mutsuzluk, çaresizlik, sosyal izolasyon gibi duyguların ortaya çıktığı görülmektedir (Zarit ve ark, 1980).

Bakım verenler bakım verme sürecinde çeşitli sorunlarla baş etmekte ve bu süreçte temel bakım verici olarak nitelendirilen bakım vericiler tek başlarına kalabilmektedirler. Bakım verenlerin bakım verirken yardım alamamaları bakım sürecinin kalitesini düşürebilmekte ve bakım verenlerde tükenmişlik ve depresyon görülmesine neden

olabilmektedir (Yusuf ve Nuhu, 2011). Sosyal bir desteği bulunmayan ve sorunlarla tek başına mücadele eden bakım verenlerin; stres, öfke, çaresizlik, anksiyete, umutsuzluk, tükenmişlik gibi duyguları yaşadıkları belirtilmektedir (Çetinkaya Duman ve Bademli, 2013). Bu tür duygular bakım verenlerde depresyon görülmesine neden olabilmektedir (Arslantaş ve Adana, 2011).

Kronik hastalara bakım verme, bakım verenlerin fiziksel, sosyal, mental ve ekonomik durumlarını etkileyen zorlu bir süreçtir. Bakım süreci, bakım verenlerde bakım yüküne yol açmaktadır (Atagün ve ark, 2011). Bakım yükü ile bakım verende fiziksel ve mental sağlık problemlerin ortaya çıkması arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Duman ve Bademli, 2013). Bakım verenlerde görülen depresyon, bakım yüküyle ilişkilendirilip, bu durum bakım verenlerin işlevselliklerini bozup, yaşam kalitelerini düşüren faktör olarak görülmektedir (Atagün ve ark, 2011). Yapılan bir çalışmada depresyonun, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım verenlerinde yaygın bir sorun olduğu belirtilmektedir (Steele ve ark, 2010).

Bakım veren bireylerin yaşantılarını önemli derecede etkileyen BB'de bakım verenler ciddi ölçüde bakım yükü yaşayabilmektedir (Perlick ve ark. 1999, 2007, Chakrabarti ve Gill 2002, Cook ve ark, 1994). BB'si olan hastalarının dönem ve seyir özelliklerine göre bakım verenlerinin yaşadıkları yük duygusu farklılık gösterebilmektedir (Perlick ve ark, 2007, Ogilvie ve ark, 2005).

Yapılan çalışmalar incelendiğinde BB'nin, hem hasta hem de bakım verenlerin yaşamlarında ciddi bir stresör haline geldiği görülmektedir. Bakım verenlerin hastalık hakkında bilgi sahibi olmaması, hastalık sürecinin basamaklarını ve sorunlarla nasıl baş edeceğini bilmemesi stres yaşamalarına sebep olmaktadır. Lim ve arkadaşlarının (2003) yaptığı bir çalışmada; bakım verenlerin hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu ile hastalıkla baş etme yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bakım verenlerin hastalık hakkında bilgisinin az olması onların daha fazla negatif baş etme yöntemlerini kullanmasına neden olduğu tespit edilmiştir (Lim ve ark, 2003). Perlick ve arkadaşları (2001) bipolar bozukluğu olan hastaların bakım verenlerinde yaptığı çalışmada bakım verenlerin %93'ünde orta ve şiddetli derecede bakım yükü olduğu gözlemlenmiştir. Manik, depresif ya da her ikisinin de bir arada görüldüğü karma dönemlerden oluşan BB'de, son duygu durum dönemi depresyon olan hastaların bakım verenlerinde bakım yükünün arttığı gözlemlenmektedir (Perlick ve ark, 1999, 2004, 2007,

Ostacher ve ark, 2008). BB tanılı hastaların birçoğunda işlevsellikte azalma durumunun iyileşme döneminde bile devam ettiği görülmektedir. Bu durum bakım verenlerdeki bakım yükünü artırmaktadır (Perlick ve ark, 2004). Başa çıkma stratejilerinin bakım verenlerdeki yük ve depresyonun üzerine etkisi büyüktür (Chakrabarti ve Gill, 2002). Atakların tekrarlanmasını önleme, hastanın özerkliğini kabul edip destekleme, hastanın işlevselliğinde artış, bakım verenin tedavideki sorumluluk düzeyini azaltma BB'de psikososyal girişimlerin temel amacı olmalıdır. Bu girişimler bakım verenlerin, hastalık hakkındaki bilgi artışı ile başa çıkma çıkma stratejilerinin iyileştirilmesine katkı sağlayacağından hastalığın seyri olumlu etkilenecek ve bu durum da bakım verenlerdeki bakım yükü ve depresyon seviyesini azaltacaktır (Reinares ve ark, 2004; Bernhard ve ark, 2006).

Bu çalışma bipolar bozukluğu olan hasta yakınlarında bakım yükü, depresyon ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bipolar bozukluğu olan hasta yakınlarında bakım yükü, depresyon ve ilişkili faktörleri inceleyen hemşirelik alanında yeterli çalışmaya rastlanmadığı için bu araştırmadan elde edilecek sonuçların BB'si olan hastaların tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde bakım verenlere yönelik önerilerin getirilmesi ve literatüre katkı sağlaması beklenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bipolar Bozukluk

2.1.1. Tanım

BB manik atak, depresif atak ya da her ikisinin birlikte görüldüğü karma atakları içeren, belirli dönemlerde tekrarlayabilen ya da iyilik hali olan, kronik seyirli, %0-5 arasında yaygınlık oranı görülen bir duygu durum bozukluğudur. Biyolojik, genetik ve psikososyal faktörlerle ilişkili olup, yüksek ölüm oranı, hastanın günlük hayatını olumsuz etkileyen, bakım verenlere maddi ve manevi yük getiren bir hastalıktır (Wingo ve ark, 2009; Levy ve Manove, 2012).

BB, genellikle çocukluk ve erişkinlik dönemlerinde ilk kez ortaya çıkmakla beraber kısmen de ileri yaşlarda da ortaya çıktığı görülmektedir (Işık, 2013). Hastalığın belirtileri genelde hasta, hastaneye başvurmadan önce ortaya çıkar. Bu sebeple hastalığın başlangıç yaşı ile ilgili net bir bilgi vermek zordur. Hastalığın başlangıç yaşı hastaların yarısında 20-50 yaş aralığı olduğu görülmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004). Yapılan çalışmalar incelendiğinde hastaneye ilk başvuru yaşı 26.1 ± 8.6 olarak görülmüştür (Akkaya ve ark, 2012). Hastalığın başlangıç yaşının erken olduğu vakalarda hastaların ailelerinde BB, psikotik ve karma dönem öyküleri görülür ve ilerleyen yaşlarda başlayan vakalara göre daha ciddi seyreder. Mevsimsel özellikler hastaların mani veya depresyona girmesinde etkili olup her dört hastadan birinde bu özellik görülür (Işık, 2013). Kraepelin'e göre bipolar bozukluk, tekrarlayıcı bir bozukluktur (Keller ve ark, 1993; Tohen ve ark, 1990; Maj ve ark, 1994). Geçirilen atakların sayısının artması atakların tekrarlanması riskini arttırmaktadır (Perlis ve ark, 2006). Tekrarlayıcı olması tedaviyi olumsuz etkilemekte, iyileşme süresini uzatmakta ve işlevselliği bozmaktadır (Işık, 2013). Bu hastalarda genelde mani veya depresyon dönemleri görülürken, %10-20'sinde sadece manik dönemler görülmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004). BB'de manik dönemler genellikle hızlı başlar ve tedavisi yapılmamış manik dönemin yaklaşık 3 ay sürdüğü, depresif dönemin genellikle 6-13 ay arasında sürdüğü, karma dönemlerin ise 5 aydan bir yıla kadar sürdüğü görülmektedir (Akiskal 2007; Sadock 2007). Hastaların büyük çoğunluğu iyileşme döneminden kısa bir süre sonra tekrar bir atak geçirir. Hastanın yaşı ilerledikçe bu zaman

seyri uzama gösterir. Koruyucu tedaviye sadık kalmalarına rağmen tekrar bir atak geçirme oranı %70 olduğu tespit edilmiştir (Işık, 2013).

BB tanısı konulmuş hastalarda bu tanının yanında başka bir ruhsal hastalık tanısının eşlik ettiği olgular önemli sayıdadır. Bunaltı bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları en sık görülenlerdir. Bunaltı bozukluklarından da başta panik bozukluk yer almaktadır. BB'nin yanında başka bir ruhsal hastalığın eşlik etmesi hastalığın seyrini olumsuz etkileyip tedaviyi de zorlaştırmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

BB'si olan hastalarda intihar oranı azımsanmayacak sayıdadır. Hayatı boyunca sadece bir kez intihar girişimde bulunanların %25-50 arası oranındayken, intihar sonucu hayatını kaybedenlerin oranı %15'dir (Goodwin ve Jamison,1990). BB'nin depresif dönemde intihar girişimlerinin sık görüldüğüve ölümle sonuçlanma riski yönünden tehlikeli olduğu görülmüştür. Bu dönemde intihar girişimlerin ölümle sonuçlanma ihtimali genel popülasyona göre 23-30 kat daha fazladır (Işık, 2013).

2.1.2. Tarihçe

Bipolar bozukluk hastalığı tarih öncesi çağlara dayanıp dini kaynaklarda, Yunan ve Latin eserlerinde depresif ve manik nöbetler geçiren hastalar görülmektedir. Mani sözcüğü ilk defa Homeros ve İlyada Destanı'nda kullanılmıştır. M.Ö. 450'li yıllarda, Hipokrat tarafından "melankoli" terimi ilk kez kullanılmıştır (Ceylan ve Oral, 2001). Areatus ise, M.S. 150'li yıllarda melankoli ve mani arasında bir bağlantı olduğunu söylemiştir (Angst ve Marneros, 2001). Bipolar bozukluk terimi, 19. yüzyılda geliştiği öne sürülmekte ve Falret bu hastalığa "Folie circulaire" adını vermiştir (Işık ve ark, 2008). Baillarger ise "iki şekilli delilik" olarak tanımlamıştır (Oral, 2002). Karl Kahlbaum ise, 1882 yılında "siklotimi" terimini açıklamıştır (Kaplan ve Sadock, 2007). Emil Kraepelin ise 1895 yılında manik depresif hastalığı diye tanımlamıştır (Oral, 2002). Kreapelin bipolar bozukluğu, şizofreniden farklı olduğunu belirtmiştir (Kaplan ve Sadock, 2007). Bleuler; 1930'larda "affektif bozukluklar" olarak adlandırmıştır (Işık, 1991). 70'li yıllardan itibaren ise BB ve depresif bozukluk farklı iki hastalık olarak değerlendirilmektedir (Angst ve Marneros, 2001).

2.1.3. Epidemiyoloji

BB tanısı almış kişilerle yapılan çalışmalar incelendiğinde, BB-I için yaşam boyu prevalansı %0,6, BB-II için %0,4 ve BB spektrum bozuklukları için ise %2,4 olarak bulunmuştur (Grande ve ark, 2016). Bu veriler farklı çalışmalarda değişkenlik göstermektedir. Bipolar I ve II bozukluğun dahil edilerek yapıldığı yakın dönemlerdeki çalışmalarda yaşam boyu prevalansı %5'lere ulaştığı görülmüştür (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Bu oranların sosyoekonomik düzeyleri yüksek kesimlerde arttığı görülürken, kültür ve ırk değişkenleri ile bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır (Rihmer ve Angst, 2009).

BB-I her iki cinsiyette aynı oranda görülürken BB-II'nin ise kadınlarda daha çok görüldüğü saptanmıştır (Leibenluft, 1996). Fakat hastalığın cinsiyetler arasında farklı olduğu durumlar da görülmüştür. Hastalığın dönemsel belirtileri ve seyri gibi özellikler cinsiyetler arasında fark oluşmasında etkili olmaktadır. Erkeklerde manik dönemlere daha sık rastalanırken kadınlarda ise depresif dönemler daha sık görülmektedir. Aynı zamanda kadınlarda karma dönem oranı da daha yüksek olarak bulunmuştur (Turhan, 2007; Nivoli ve ark. 2011). Hastalığın ilk döneminde erkeklerde daha çok manik dönem görülürken, kadınlarda ise majör depresyon dönemi görülmektedir (Koroğlu, 2004).

2.1.4. Etiyoloji

Milattan önceye dayanan BB ile ilgili birçok çalışma yapılmasına rağmen tam olarak neyin yol açtığı hala bilinmemektedir. 19. yüzyılda araştırmacılar, psikososyal etmenlerin etken olduğunu öne sürerken yakın zamandaki araştırmalar biyolojik yollarla ilgili alanda yoğunlaşmıştır. Karmaşık ve renkli klinik seyri ile BB'nin etiyojisi, birden çok mekanizmayla açıklanmaktadır (NICE, 2006).

Yapılan çalışmalarda BB'de genetik geçişliliğin önemli bir faktör olduğu desteklenmiştir. Fakat bazı çalışmalarda ise çok sayıda genin çevresel faktörlerle etkileşimi sonucunda ortaya çıkması sebebiyle BB'ye ait spesifik bir kalıtım faktörü kesin olarak belirlenememiştir (Özcan ve Abay, 2004).

Biyokimyasal faktörler olarak yapılan çalışmalar, nörotransmitterler (Freeman ve ark, 2002), endokrin sistem (NICE, 2006), iyon sistemleri, sinyal iletim sistemleri (Özerdem, 2007) ve immünolojik sistem olarak sıralanabilmektedir. Bu alanlarda yapılan çalışmalarla net bir şekilde bu hastalığın etiyojini açıklanamasa da anlaşılması için ışık tutan birçok sonuç ortaya çıkmıştır.

Biyolojik faktörlere ek olarak özel hayat, sosyal, ekonomik gibi alanlarda yaşanan olumsuzluklar, uyku düzeninde bozulma, ilaç tedavisine uyumsuzluk gibi tetikleyicilerin, hastalığın tekrarlanmasına yol açan önemli etmenler olarak saptanmıştır (Çakır ve Özerdem, 2010).

2.1.5. Tanı Ölçütleri ve Sınıflandırma

2.1.5.1. Kesitsel Tanılar

2.1.5.1.1. Manik dönem

Manik dönem, bazen öforik bazen de çökkün bir duygu durum içinde konuşma içeriği ve miktarında artma, çağrışımlarda hızlanma, uyku ihtiyacında azalma, özgüven artışı, aşırı güçlülük, psikotik içeriklerin de eşlik edebildiği, taşkınlık halinin olduğu bir duygu durum bozukluğu dönemidir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Hastanın özel, sosyal ve iş hayatında oluşan bu değişiklikler hastanın işlevselliğini bozacak, hastanın kendisine ve çevresine zarar verme girişimlerini önlemek amacıyla hastaneye yatırılmasını gerektirecek ölçüde ciddi olmalıdır (Colom ve Vieta, 2012).

Belirtilerin en az bir hafta sürmesiyle tanı konulmaktadır. Tanı ölçüt kriterlerinin belirlendiği ve en son çıkan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-5'te, DSM-4'e ek olarak tanı için zorunlu olarak bulunması gereken tanı kriteri eklenmiştir. Bu kriter ise coşkulu ya da öfkeli duygu durum belirtisine, anormal ve direngen biçimde amaca yönelik aktivite ve enerji artışının olmasıdır (DSM-5, 2013).

2.1.5.1.2. Hipomani dönemi

Hastaneye yatış gerektirmeyen, manik dönemin belirtileri gibi şiddetli olmayan, en az 4 gün süren, kişinin işlevselliğini bozmayan ve psikotik içeriklerin eşlik etmediği ve davranışlardaki değişikliklerin başkaları tarafından fark edildiği bir dönemdir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

2.1.5.1.3. Depresyon dönemi

Depresyon döneminde yoğun anksiyete, mutsuzluk, içe kapanıklık, üzüntü, keder, ağlama isteği, intihar etme düşüncelerinin veya girişimlerinin olabildiği, düşünce, konuşma ve işlevsellikte yavaşlama gibi belirtiler görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

BB'nin depresif dönemi ile tek uçlu depresyon arasında farklılaşan çeşitli özellikler vardır. Bu hastalarda daha fazla hissizlik, psikomotor becerilerde gerileme, dönemler arası farklılaşan belirtiler ve dalgalanan duygu durumlar, günlük uyku süresinde artış, doğum sonrası dönemler, gece uykularının bölünmeleri daha çok görülmektedir. Hastalığın başlaması kronik olmayıp, başlangıç yaşı 25 yaş altı görülmektedir. Cinsiyetler arası fark olmayıp, intihar düşünceleri daha yoğun, tedaviye yanıt olumsuz ve ailede manik atak ve intihar öyküsü daha sık görülmektedir (Goodwin ve Jamison, 1990; Vahip, 2004; Forty ve ark, 2008).

2.1.5.1.4. Karma dönem

Manik ve depresif dönemlerin birlikte görülmesiyle oluşan dönemdir (Işık, 2013). DSM-IV-TR'de %12.9, International Classification of Diseases (ICD)-10'da %9, klinik değerlendirmelerde %23.3 olarak karma dönemin yaygınlık oranı belirlenmiştir. Bazı çalışmalarda ise karma dönemin yaygınlık oranı %6.7-28 arasında olduğu saptanmıştır (Vieta ve Valenti, 2013). Karışık ve farklılık göstermesinden dolayı bu dönem hakkında yeni bir tanımlama gereksinimi ortaya çıkmış ve DSM-5'de bu döneme yer verilmeyip

manik dönem, hipomani dönemi ve depresyon dönemi için birbirinden bağımsız olarak “karma özellikli” tanımlayıcısı konulmuştur. Buna tanımlayıcıya göre zıt kutuptaki üç belirtinin bulunması yeterli görülmektedir. (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Yapılan çalışmalarda BB hastalarının %40’ının en az bir karma dönem geçirdikleri görülmektedir (Marneros ve ark. 2004). Kadınlarda karma özellikli manik dönem daha çok görülmekte olup, kadın ile erkek arasında karma özellikli çökkünlük için fark bildirilmemektedir (Vieta ve Valenti, 2013). Karma özellikli manik dönemde normal bir manik döneme göre belirtiler daha şiddetli, dirençli ve uzun sürmektedir. Ayrıca ek ruhsal hastalılar ve intihar girişimleri daha sık olarak görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

2.1.5.2. Uzunlamasına Tanılar (Sınıflandırma)

Çökkünlükler, duygu durum bozuklukları başlığı altında BB ile birlikte yer alırken, DSM-5’ te çökkünlük bozuklukları ve bipolar bozukluk ve ilgili bozukluklar şeklinde ayrı kategoride ele alınmıştır. DSM-5’te BB tanısı ile ilgili başka bir değişiklik daha vardır. Bu değişiklik çökkünlük tedavisi sırasında karşılaşılan mani veya hipomani durumuyla ilişkilidir. DSM-IV’te ilaç tedavisi veya elektrokonvulsif terapi (EKT) sırasında hastada mani veya hipomani bulguları gözlemlendiği durumlarda hastaya BB tanısı konulamazken, DSM-5’te ise tanı konulabilmektedir (DSM-IV, 2007; DSM-5, 2013).

DSM-5’e göre 7 tip BB bulunmaktadır.

I. Bipolar (iki uçlu) I Bozukluğu,

II. Bipolar (iki uçlu) II Bozukluğu,

III. Siklotimi Bozukluğu,

IV. Maddenin/İlacın Yol Açtığı Bipolar (İki Uçlu) ve İlişkili Bozukluk,

V. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Bipolar (İki Uçlu) ve İlişkili Bozukluk,

VI. Tanımlanmış Diğer Bir Bipolar (İki Uçlu) ve İlişkili Bozukluk,

VII. Tanımlanmamış Bipolar (İki Uçlu) ve İlişkili Bozukluk.

2.1.5.2.1. Bipolar bozukluk- I

Bu bozuklukta, depresif dönem ile manik dönemler görülür. En spesifik özellik manik döneminin varlığıdır. Hastalık sadece manik dönemlerden oluşabildiği gibi ayrıca psikotik belirtiler bu hastalığa eşlik edebilir (Colom ve Vieta, 2012).

2.1.5.2.2. Bipolar bozukluk- II

Bu bozukluğun klinik tablosunda, yineleyen depresif dönemler ile bazen de hipomani dönemlerinin yaşandığı görülür (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Klinik tablo olarak BB- I' e göre daha iyi olmasına karşın atak sayısı arttıkça kötüleştiği belirtilmiştir (Ayuso-Gutierrez ve Ramos-Brieva, 1982). BB-II tanılı hastaların bir kısmının, ileryen süreçte en az bir manik atak geçirerek BB-I tanısı aldıkları görülmüştür (Coryell ve ark, 1995). BB-II tanılı hastaların %30-60' ının hastaneye başvurduklarında genellikle depresif dönemde olduğu ve bu sebeple hastalara ilk tanı konulurken hata yapılabildiği saptanmıştır (Işık, 2013).

2.1.5.2.3. Hızlı döngülü bipolar bozukluk

Bu bozuklukta hastada manik, depresif, hipomanik gibi en az dört duygu durum döneminin bir yıl içerisinde görülmesi ve dönemlerin iki ay süren remisyon/kısmi remisyon dönemleri ile birbirinden ayrılması ile tanımlanır. BB-I ve BB-II' de görülebilmektedir (Işık, 2013). BB tanısı olan hastaların yarısına yakınında hastalığın gidişatında bir dönemde bu bozukluğun görülebildiği saptanmıştır (Calabrese ve ark, 2001).

Bu bozukluk, BB-I' in daha çok ileriki dönemlerinde ve daha çok o BB-II tanısı almış orta yaş grubundaki kadınlarda görülür. Hipotiroidizm, menopoz, alkol kullanımı, uyuşturucu madde kullanımı, antidepresanların uzun süre yüksek dozda kullanımı ve kafein kötüye kullanımı hızlı döngülüğe neden olan faktörler arasındadır. Mental retardasyon ve intihar riski ile de ilişkisi vardır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

2.1.5.2.4. Siklotimi bozukluğu

Minimal Őiddette depresyon ya da hipomani Őeklinde dalgalanmaların olduđu en az iki yıl sűren ve aradaki iyilik hali dűneminiki ayı geęmediđi bir bozukluktur. YetiŐkinlerde gűrűlmektedir (Ŗztűrk ve UluŐahin, 2015). Bu bozukluk DSM-3'ten DSM-5'e kadar sirasıyla afektif bozukluklar, duygu durum bozukluklarının alt sınıfındaki bipolar bozukluklar baŐlıđında ve bipolar ve iliŐkili bozukluklar ana baŐlıđında iŐlenmiŐtir. Ŗncesinde ise kiŐilik bozukluđu olarak katagorize edilmiŐtir (IŐık, 2013). Bu dűnemdeki dalgalanmaların bir duygudurum bozukluđu dűnemindeki gibi Őiddetli seyretmemesi gerekmektedir (Ŗztűrk ve UluŐahin, 2015).

Bunaltılı, sıkıntılı, karma űzellikler, melankoli űzellikler, atipik űzellikler, duygu durum ile uyumlu psikoz űzellikler, duygu durum ile uyumlu olmayan psikoz űzellikler, katatoni ile seyreden, dođum zamanı (peripartum) baŐlayan, mevsimsel dűngű gűsteren gibi belirleyici faktűrleriye DSM-5'te Bipolar ve İliŐkili Bozukluklar ana baŐlıđında gűrűlmektedir (DSM-5, 2013).

Bipolar Bozukluk Spektrumu

Spektrum teriminin ortaya ęıkmasında literatűrde ağıklanamayıp klinik ortamlarda gűrűlűnebilinen durumlar ve BB'nin geniŐ ve karmaŐık bir yapısının olması etkili olmuŐtur. Bir tarafta psikotik belirtili mani bulunurken diğer tarafta hipertimik mizağ bulunmaktadır (AltınbaŐ ve ark. 2011; Stahl, 2010). Akiskal yaptığı ęalıŐmalarla DSM'nin sınıflandırma Őeklini yetersiz bulup, bu konudaki sınıflandırmada biręok alt tanı ęeŐidi ortaya koymuŐtur (Stahl, 2010).

2.1.6. Tedavi

İlaę tedavisi ve psikoterapiler, BB'nin tedavisinde ciddi űlęűde etkilidir. BB'de, hastanın iyilik hali dűneminde de dűzenli ilaę kullanımı gerekmektedir. Hastalar bu ilaęlar olmadan hayatlarının neredeyse ęeyrak asırlık dűneminde hastanede kalmak zorunda kalabilirlerdi ve bu sűreęte iŐlevsellikleri kısıtlanmış olacaktı. BB'si olan bireylerin bűyűk ęođunluđu yaŐamlarını ilaę tedavisi ve psikoterapilerle normal bir Őekilde idame

etmektedirler (Miasso ve ark, 2009).

Geçirilen duygu durum dönemlerin sıklığı ve şiddetini kontrol altında tutmak, çevresel faktörlerin hasta üzerindeki olumsuz yönlerini engellemek, hastalığın süresini ve ölüm oranını azaltmak, hastalık sürecinde işlevselliği düzeltmek tedavideki esas amaçlardandır (Gönül ve ark, 2000; Işık, 2003; Darling ve ark, 2008; Eroğlu ve Özpoyraz, 2010; Mahmood, 2010).

BB'nin tedavisi sırasıyla akut, sürdürme ve koruyucu dönemden oluşur. Akut dönem tedavisi ilk 12 haftayı kapsayabilmektedir. Akut dönem tedavisi ardından sürdürme dönemi tedavisi gelir ve yaklaşık 2 ile 9 ay sürebilmektedir. Tekrar atak geçirme riskinin en yüksek olduğu dönemdir. Hastada atak döneminden sonra kalıntı belirtilerinin olması hastanın tekrar atak geçirme riskinin yüksek olduğunu gösterir. Bu süreçten sonra hastanın hayatı boyunca ilaç kullanabileceği dönem gelir ve bu dönem hastanın tekrar atak geçirmesini engellenir ve hasta için koruyucu tedavi dönemi olarak tanımlanır (Stuart, 2001; Yüksel, 2003).

BB'nin tedavisinde uygulanan ilk yol lityum veya valproaik asidin kullanılmasıyla hastanın duygu durumun düzenlenmesidir. Yanıt vermeyen hastalarda ikinci yol atipik antipsikotik ilaçların kullanılmasıdır. Üçüncü yol ise karbamazepin, lamotrijin, gabapentin, topiramet gibi ilaçların kombin edilerek kullanılmasıdır (Yüksel, 2003; Nivoli ve ark, 2011).

EKT, genellikle hastanın medikal tedaviye yanıt vermediği, klinik durumun çok şiddetli olduğu durumlarda kullanılır. Hastaya, ortalama 6-8 seans EKT uygulanır. Gerekirse bu sayı 10-12, hatta daha fazla sayıya ulaşabilir. Hasta yatıştıktan sonra antipsikotiklerle veya duygu durum düzenleyicilerle medikal tedaviye devam edilir (Kaplan ve Sadock, 2004; Öztürk, 1997).

Medikal tedavinin yanı sıra bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi, aile psikoterapisi, bilişsel psikoterapi, kişilerarası psikoterapi, davranış psikoterapisi, psikoanalitik yönelimli psikoterapi gibi psikoterapi yöntemleri de kullanılmaktadır (Kaplan ve Sadock, 2004).

BB tanısı alan hastaların büyük kısmı hayatları boyunca koruyucu tedavi alması gerekir (Yüksel, 2003; Berk ve ark, 2010). Bazı faktörler, bu koruyucu tedavinin hayat

boyu kesilmeden devam etmesini gerektirmektedir. Bu durumlar ise ailede BB öyküsü varlığı, hastada iki manik atak dönemin görülmesi, bir ağır manik dönem geçirmesi veya 5 yılda üç atak dönemin olması olarak belirlenmiştir. Atak sayısı arttıkça hastada yıkım artmaktadır ve bu yıkım sonucunda ilaçların koruyucu özelliği azalmaktadır. Bu sebeple gençlerde ilk psikotik içerikli manik ataktan sonra uzun süreli bir koruma tedavisi ihtiyaç duyulabilir (Yüksel, 2003; Eroğlu ve Özpoyraz, 2010). Koruyucu tedavi, hastada intihar riskini azaltıp atak sayısının artmasını önler ve hastanın işlevselliğini sürdürmesinde önemli rol oynar (Bowden, 2005).

BB'de bir manik atak dönemi ortalama 3.5–8 ay arasında sürebilmektedir. İlk atakta süre daha kısaysa, ataklar arttıkça ve sıklaştıkça bu süre gittikçe artmaktadır. Yüksel'in yaptığı bir çalışmada tedavisi yapılamayan bir manik atağın bir yıl içinde tekrarlama olasılığı %48,5 yıl içinde ise bu oran yaklaşık %81'i bulmuştur. Tedavisi yapılamayan bir karma atağın bir yıl içinde tekrarlama olasılığı ise %57,5 yıl içerisinde ise yaklaşık %91 civarındadır (Yüksel, 2003).

2.2. Bakım Verme Yükü ile İlgili Kavramlar

2.2.1. Bakım Verme

Bakım verme, çoğunlukla formal ya da informal olarak ele alınır. İlgili meslek grupları tarafından (hemşire, diyetisyen, sosyal hizmet çalışanları gibi) kişisel ve sağlık bakım hizmetlerini evde ilgili kurumlarda profesyonellik ilkesiyle verilmesine formal bakım verme denir (Karahan ve Güven, 2002; İnci, 2006). İnfomal bakım verme ise, bakım veren tarafından verilen bakım hizmeti olarak adlandırılır (Kasuya ve ark, 2000). İnfomal bakım verme, profesyonellik gerektirmeyip hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesini sağlama ve destekleme, hastanın ilaç alımını sağlama ve hastalık sürecinin takibi, hasta ile sağlık hizmetlerine ulaşabilirlik arasında bir köprü olma gibi uygulamaları içermektedir. (Kasuya ve ark, 2000; Toseland ve ark, 2001; Akbayrak, 2002; Lidell, 2002).

2.2.2. Bakım Veren

Hastanın bakımından birinci derecede (primer) sorumlu, hastanın hayatının merkezinde olan bireyler olarak adlandırılmaktadır (Kuşçu, 2000). Bakım veren, hastanın medikal tedavi ile psikososyal tedavi süreci arasında önemli rol oynar (Kuşçu, 2000).

Ülkemizde yapılan çalışmalara göre kronik hastalıklara sahip bireylerin birinciderecede bakım verenlerinin çoğunlukla aile içinden olduğu bulunmuştur (Kuşçu, 2000; Gülseren, 2002; Karahan ve Güven, 2002). Bakım veren rolünü daha çok eş durumundaki bireyler üstlenmiştir (Toseland ve ark, 2001).

Bakım verenlerin cinsiyetlerinin incelendiği çalışmalarda ise bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadınların oluşturduğu bulunmuştur. Bunun en önemli nedeni gelenekçi kültürün etkiyle bakım verme işinin kadının görevi şeklinde algılanması olabilir (Akın ve Demirel, 2003). Ayrıca kadınların genellikle daha anaç, daha ilgili davrandıkları ve erkeklere göre bakım verme işlevini daha iyi yerine getirebilme görüşü, bu sürecin üzerlerinde yarattığı olumsuz duygularla daha iyi baş ettikleri söylenebilir (Bilgili, 2000).

Ailede genellikle bir kişi hastanın bakımından ana sorumlu kişidir. Hastalık süreciden bütün aile üyelerinin etkilendiği söylenirse de bu süreci yalnızca primer bakım verenin organize ettiği görülmektedir (Schene ve ark, 1998).

Bakım verenler çoğunlukla duygusal ve ekonomik sebeplerden dolayı bu sorumluluğu üzerine almaktadırlar (Erdem, 2005). Aile içerisinde bireyler arasında yardım ve destek beklentisinin tek taraflı olmaması, bireylerin aile değerleri ve duygusal bağlılıkları, suçluluk hissetmeme isteği, bireylerin dini inançları, minnet duygusu, ana-baba ya da evlat olmanın getirmiş olduğu yükümlülük, bireyin içinde bulunduğu toplumun değerleri gibi faktörler, bakım verme gibi ciddi bir sorumluluk gerektiren bir durumu üzerine almakta etkili olan faktörler arasında yer almaktadır (Toseland ve ark, 2001).

2.2.3. Bakım Veren Yüğü

Primer bakım veren kişi, hastanın yaşantısının merkezindedir ve bu bakım verenin sorumlulukları arttıkça bakım veren ve hasta arasındaki ilişki tek taraflı, bağımlı ve yoğun bir hal alıp uzun ve zorunlu süreç olabilmektedir. Böyle bir süreç ile bakım verenlerin özel ve sosyal yaşamları arasında sorunlar ortaya çıkabilmekte ve bu sorunlar bakım verende yük duygusuna yol açabilmektedir (Silver ve Wellman, 2002; Östman ve Hansson, 2004; Atagün ve ark, 2011).

Bakım yükü, bakım verme sürecine bağılı bakım verenlerde; fiziksel, özel, sosyal, maddi ve ruhsal gibi konularda yaşanan olumsuz objektif ve subjektif sonuçları kapsamaktadır (Chou, 2000; Kasuya ve ark, 2000; Toseland ve ark, 2001; Arpacı ve Arlı, 2001; Magliano ve ark, 2002; Lowyck ve ark, 2004; Ak ve ark, 2012). Bu faktörlerle beraber mutsuzluk, suçluluk, öfke, umutsuzluk ve utanma duyguları da kapsamaktadır (Doğan ve ark, 2002; Arslantaş ve Adana, 2011).

2.2.4. Bakım Verenlerde Bakım Yüğü Boyutları

Bakım verenlerde oluşan yük hakkında yapılan araştırmalar incelendiğinde, bakım yüküne sebep olan faktörler; doğrudan bakımı ilgilendiren işler, dolaylı yoldan bakımı ilgilendiren işler, fiziksel olarak yaşanan zorluklar, duygusal olarak zorluklar, sosyal alanda yaşanan zorluklar, hastalıktan kaynaklanan olaylar, hastalıktan doğan ekonomik yükümlülükler şeklinde incelenmektedir.

Doğrudan bakımı ilgilendiren işler: Genelde hastaların bakım ihtiyacı duyduğu zamanlarda gözlemlenmesi ile ilişkilidir. Hastanın bakım ihtiyacı hastalık sürecine bağılı olarak hastalığın evresine göre farklılık gösterir (Atagün ve ark, 2011). Hastanın günlük yaşam aktiviteleri yerine getirmesinde önemli rol oynanılır (Sales, 2003; Lowyck ve ark, 2004).

Dolaylı yoldan bakımı ilgilendiren işler: Bakım verme işlevi, bakım veren birey üzerine önemli derecede sorumluluk yükler ve bakım veren bireyin, bakım verme işlevi ile iş ve evdeki sorumlulukları arasında kalmasına neden olabilmektedir (Özcan ve Kapucu,

2009). Hastanın sağlıklı iken yapabildiği işleri hastalık sürecinde ailenin diğer üyeleri üstlenebilirler. Bu durum ailenin işlevselliğini olumsuz etkileyerek aile üzerinde yük kavramının oluşmasına neden olmaktadır (Sales, 2003, Lowyck ve ark, 2004).

Fiziksel olarak yaşanan zorluklar: Bakım verme nedeniyle, bakım verenlerin yaşadığı fiziksel zorluklar olarak düzensiz beslenmeye bağlı gastrointestinal sistemde bozulma, somatik şikayetlerde artış, hipertansiyon, diyabet, immün sistemde bozulmalar görülebilmektedir. Bakım verme sürecinde bakım verenin sorumlulukları arttıkça bakım verenlerde kronik yorgunluk ve halsizlik, fazla kilo verme, uyku düzeninde bozulma, dikkatini toparlayamama, unutkanlık ve öz bakım yetersizliği söylenebilir (İnci, 2006).

Duygusal olarak yaşanan zorluklar: Bakım vermek, bakım verenler için hayatlarının merkezinde yer alabilmektedir. Bakım verenler kendilerini hastalarının duygusal çöküntüleriyle uğraşmayı temel sorumluluk olarak görebilmektedir. Bu durum bakım verenlerin gerekli ihtiyaçlarını erteleyip kaliteli bir yaşam sürdürememesine neden olabilir (Gülseren, 2002; Sales, 2003).

Bakım verenin kendi hayatından ödün vermesi ve bu durumun kronikleşmesi bakım verenin endişe, kaygı, agresiflik, öfke, benlik algısında bozulma, sosyal izolasyon gibi duygusal zorluklar yaşamasına yol açar (Bademli ve Duman, 2013). Bakım verenlerin yaşadıkları duygusal zorluklar ile tükenmişlik durumları arasında yüksek ilişki olduğu saptanmıştır (O'Brien, 2000).

Kronik hastalığı olan bireylerin bakım verenleriyle yapılan çalışmalarda bakım verenlerin yaşadıkları stresin sonucunda depresif belirtiler ve anksiyete bozuklukları görülme oranı normal bireylere göre yüksek olduğu bulunmuştur (Vedhara ve ark, 2000; Boye ve ark, 2001; Awad ve Voruganti, 2008). Ayrıca bakım verenlerde alkol, sigara ve psikiyatrik ilaç kullanımında da artış olduğu yapılan çalışmalar sonucu bildirilmiştir (Parks ve Novielli, 2000).

Sosyal alanda yaşanan zorluklar: Bakım verenler çoğunlukla yaşamları bakım verdikleri hastaya göre şekillendirirler (Kasuya ve ark, 2000). Sosyal ilişkilerinden ve etkinliklerinden fedakarlık eden bakım verenler, bu süreçte kendilerini yalnız hissetmektedirler (İnci, 2006).

Hastalıktan kaynaklanan olaylar: Hastanın fiziksel şiddet uygulaması, evden kaçma ve riskinin bulunması, gürültü yapması, bakım verende uyku bölünmelerine veya uykusuz kalması, intihar girişimlerinde bulunması gibi olaylar sonucu doğan güçlüklerdir (Lowyck ve ark, 2004).

Hastalıktan doğan ekonomik yükümlülükler: Hastanın sosyal güvencenin olmaması, hastanın sosyal güvencesi tarafından karşılanmayan masrafları, hastanın ya da bakım verenin gelir sağladığı işinden ayrılması gibi sorunlar bakım verenlerin en sık karşılaştığı ekonomik sorunlardır (Lowyck ve ark, 2004).

2.2.5. Bakım Verme Yükünün Aile Dinamikleri Üzerine Etkisi

Kronik hastalıklar genellikle uzun süreli, yoğun bir bakım gerektirir. Bu durum, ailenin bütün üyelerini etkilemektedir. Özellikle primer bakım verenin daha stresli, gerilimli olmasına sebep olabilmektedir (Atagün ve ark, 2011). Bu dönemde aile üyeleri, kendilerine ve birbirlerine daha az zaman ayırıp kronik hastalığa sahip olan hastası için daha çok zaman harcar. Bakım verme işlevi, çekirdek aile yapısına sahip bakım verenlerin aile üyelerinin arasında sorunların olmasına ve bu sorunların artmasına neden olmaktadır (Sales, 2003).

Hastada gelişen yeti yitimi, aile üyelerinde yük algısı oluşturmaktadır (Lieberman, 2011). Bakım verenlerde algılanan yük, bakım verenin sağlık durumunu, aile hayatını, sosyal hayatını etkileyebileceği belirtilmektedir (Toseland ve ark, 2001; Weimand ve ark, 2010).

Bakım yükünün artması bakım verenin yaşam kalitesinde azalma, işlevselliğini, fiziksel ve mental sağlığında bozulmalara neden olabilmektedir (Fadden ve ark, 1987). Gereksinimleri karşılanmamış ya da yük yaşayan bir bakım veren, bakım verme rolünün de içinde bulunduğu birçok fonksiyonu yerine getirmekte güçlük çekmektedir. Bakım verenlerdeki yük algısı, bakım verenlerin hastalığın getirdiği zorluklarla baş etme yeteneğini olumsuz etkiler ve bakım kalitesini düşürür. Yük algısının artması bakım verenin işlevselliğini bozarak evde bakım vermeyi tehlikeye sokar ve hastaların kurumlara yatırılma oranlarını arttırmaktadır (Chien ve ark, 2008; Navidian ve ark, 2012).

2.2.6. Bakım Veren Bireylerin Gereksinimleri

Kronik ruhsal hastalığı olan hastaların bakımı ve tedavisi bakım verenlerinin de bu sürece dahil olmasıyla da sağlanmaktadır. Fakat bakım verenlerin büyük çoğunluğu bu süreç için gerekli bilgi ve beceriye sahip değildirler ve bu sürecin doğurduğu güçlüklerle genellikle yalnız ve bilinçsizce baş etmeye çalışmaktadırlar. Bakım verenler, sağlık ekibinin vermiş olduğu eğitimlerle ilk kez karşılaştıkları bakım verme rolünü hakkındaki endişelerinin azaldığını belirtmektedirler (Karancı, 1997; Schulz ve Sherwood, 2008; Schumacher ve ark, 2008; Atagün ve ark, 2011).

Bakım verenlerin hastalık belirtileri ve hastalık süreci, hastanın fiziksel ve ruhsal bakımı, hasta ile etkili baş etme yöntemleri, tedavi yöntemleri, hastanın gelecekte neler yaşayabileceği, hastanın fiziksel, duygusal gibi alanlarda ne tür tepkileri olabileceği gibi konularda bilgi eksikliklerinin olduğu saptamıştır.

Bakım verenlerin yaşamlarının değişik alanlarında iyilik hallerini devam ettirebilmesi için gerekli olan tüm etmenlerin değerlendirilerek ihtiyaçlarının giderilmesi konusunda özen gösterilmelidir. Bakım verenlerin ihtiyaçlarına yönelik sağlık çalışanlarının vermiş olduğu eğitimlerin bakım verenlerin bilgi ve becerilerini arttığı, olumlu baş etme yöntemleri kullanmalarını sağladıkları, özel ve sosyal yaşamlarında işlevselliklerinin arttığı, özgüvenlerini yükselttiği ve sonuç olarak bakım yüklerinin azalttığı bildirilmektedir (Tel ve Terakye, 2000; Doğan ve ark, 2002; Lim ve Ahn, 2003; Pickett-Schenk ve ark, 2008; Yıldırım ve Ekinci, 2010; Yıldırım ve ark, 2014).

2.3. Ruhsal Bozukluklarda Bakım Veren Yükü

Ruhsal hastalıklardan kaynaklanan sorunlar hastanın yanı sıra bakım vereni de olumsuz yönde etkilemektedir. Aile içerisinde ruhsal bozukluğu olup devamlı bakım ihtiyacı olan bir hastanın varlığı ailenin dinamiklerinde bozulmalara yol açabilmektedir. Bu durum aile üyelerine bazı yükler getirebilmektedir. Bu yükler hastalardan kaynaklanan ve aile üyelerinde görülen sosyal, duygusal, ekonomik sorunlarla baş etme gibi etmenlerle bağlantılıdır (Arguvanlı ve Taşcı, 2013).

Son yıllarda yapılan çalışmalar, ruhsal hastalığı olan hastaların toplumdan uzaklaştırılıp depo hastanelerde tedavi edilmesi anlayışından uzaklaşıp toplumla iç içe olup tedavi edilmesiyle hastalığın kaynağını aile olarak gören algı yakılıp ailenin hastalık sürecindeki tutumu ve bu sürece etkisi gibi konularda yapılmaktadır. Bu tür çalışmalar sayesinde bakım verenlerde bakım yükü konusunun doğmasına ve bu konuda çeşitli çalışmalar yapılmasına katkı sağlamaktadır. Bakım verenlere yönelik baş etme yöntemleri, psikoeğitim gibi çalışma programları büyük önem kazanmıştır (Pitschel-Walz ve ark, 2001; Gülseren, 2002; Holmes ve Deb, 2003; Reinares ve ark, 2004; Yan ve ark, 2004; Gutierrez-Maldonado ve ark, 2005).

Ruhsal hastalığa sahip hastaların ilk atağından sonra yarısından fazlasının evlerine geri dönüp aile bireyleri ile yaşadığı saptanmaktadır (Addington ve ark, 2005; Ukpong, 2012). Ülkemizde de psikiyatri hastalarının en büyük destekçilerinin primer bakım vereni olan aileleri olduğu ve hastaların büyük kısmının ailesiyle birlikte yaşamını sürdürdüğü bildirilmiştir (Kuşçu, 2000; Doğan ve ark, 2002; Tel ve ark, 2010; Duman ve Bademli, 2013).

Toplum odaklı tedavi anlayışıyla beraber hastaların taburculuk sonrası hazırlıksız olan aileye verilmekte ve aileler büyük çoğunlukla bakım verme rolünü bilinçsizce ve yalnız bir şekilde yerine getirmektedirler (Sales, 2003; Gümüş, 2006; Pickett-Schenk ve ark, 2008). Bakım veren birey olma durumu aniden gelişebilen bir durumdur. Bu nedenle aile hızlı bir şekilde bu duruma uyum için hazırlanmalıdır (Eicher ve Batshaw, 1993).

Ruhsal hastalığı olan hastalara bakım vermek zorlu bir süreçtir ve bakım verene ağır bakım yükleri getirmektedir. Bu sebepler doğrultusunda bu süreçte bakım verenlere yüklenen sorumlulukların çok ağır olduğu bildirilmiştir (Gülseren, 2002).

Ailede içerisinde ruhsal hastalığa sahip bir bireyin bulunması bazı damgalayıcı duygulara neden olabilmektedir. Aile üyelerinde kendileri suçlama, hastalığı yakın çevrelerinden gizleme, topluma karşı utanç yaşama, öfkelenme, üzüntü duyma gibi duygular aile üyelerinde hastalık nedeniyle yaşanabilmektedirler. Ruhsal bozukluğu olan hastalarda da ailelerine ve topluma karşı öfke duyma ve kendini toplum tecritleme gibi duygu ve davranışlar görülebilir. Bu tür durumlar bakım verenler için yük duygusunu yaşamasına neden olmaktadır (Levene ve ark, 1996; Kasuya ve ark, 2000).

Ruhsal bozukluğa sahip hastaların bakım verenlerinde genellikle objektif yük yaşandığı görülmektedir. Bakım verenlerinin bilgi eksikliğine bağlı olumsuz başa çıkma yöntemleri kullanması ve yaşamış oldukları bakım yükü sebebiyle kendi ihtiyaçlarını giderememeleri bakım verenlerde objektif yük görülmesine neden olmaktadır (Lim ve Ahn, 2003; Chien ve ark, 2004; Arslantaş ve Adana, 2011).

Subjektif yük ise, hastalık süreci sonucu ailede oluşan duygusal etmenler olarak belirtilmektedir. Ruhsal hastalık sürecinin zorlukları ve güçlükleriyle orta çıkan bu duygusal etmenler, sorumluluk hissinden doğan kendine vakit ayıramama, sosyal izolasyon, değersizlik, yalnızlık gibi bakım veren tarafından hissedilen duygusal gerilim olarak adlandırılmaktadır. Bunların yanı sıra endişe, kaygı, stigma, utanç ve suçluluk gibi belirtileri de içermektedir (Schene ve ark, 1998; Reine ve ark, 2003; Sales, 2003; Awad ve Voruganti, 2008).

Yapılan çalışmalara göre, ruhsal hastalığa sahip olan hastaların bakım verenleri ciddi derecedeki ruhsal belirtileri üstlenebildikleri ancak bu durumun aile içinde kargaşalığa ve ciddi bir bakım yüküne yol açtığı belirtilmektedir (Gopinath ve Chaturvedi, 1992; Erdemir, 2005).

Ailede, kronik ruhsal hastalığı olan hastanın olması aileki bireylerin sorumluluklarını arttırır ve işlevselliğinin bozulmasına neden olmaktadır. Hasta bireyin bakımı için bakım verenler işlerinden ayrılıp çalışamaz duruma gelip tedavi ve bakım masraflarını karşılayamamaktadır. Bu durum diğer aile üyelerini de etkilemektedir. Böylece aile üyelerinin kendileriyle ilgili endişeleri artabilmektedir. Bu endişeler, aile içi ilişkileri olumsuz etkilemektedir (Ruh Sağlığı Modülleri, 2008).

Yapılan bir çalışmada, hasta yakınlarının aile yaşantılarıyla ilgili sıkça karşılaştıkları sorunlar olarak aile içindeki aksamalar ve buna bağlı çatışmalar ile hastanın bakımı ve tedavisinde yaşadıkları subjektif yük ve ekonomik güçlükler olduğu bulunmuştur (Karancı, 1995).

Bakım verenlerde görülen diğer güçlükler ise bakım verenlerin, hastalarıyla beraber onların duygularını paylaşması, hastalarının dünyasıyla dış dünya arasında kalarak kargaşa yaşamak, hastalarıyla etkili iletişim kuramamak ve geleceğe yönelik kaygılarının olması gibi güçlüklerdir (Gülseren ve ark, 1999).

Bakım verenler üzerlerindeki bakım yükleriyle uğraşırken kendi işlevselliklerini bozabilecek durumlara yol açabilirler. Hastasına zamanının büyük kısmını ayırma, hastasının bakımını üstlenmek için sosyal aktivitelerini, işini bırakıp kendilerinden ödün verebilirler. Bakım verenlerin diğer bir başka işlevselliklerini bozan tutumu ise hastası için aşırı koruyucu davranışlarda bulunmasıdır. Bu tutum hastanın zarar görmesini önleyebilir fakat bu tutumun sonrasında hasta bakım verenine aşırı derecede bağımlı hale gelmektedir ve hastanın sosyal işlevselliği bozulmaktadır. Bu durum, bakım verenin objektif ve subjektif yük miktarını arttırmaktadır. Aynı zamanda bu tutum bakım verenin işlevselliğini de olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır. Bu tür işlevselliği bozan davranışların değiştirilmesi konusunda bakım verenlere psiko eğitimler verilmelidir (Barrowclough ve Tarrier, 1992; Magliano ve ark, 2000; Gülseren, 2002; Miura ve ark, 2004). Psiko eğitim, bakım verenlerin duygusal ve maddi yükünün azaltılmasını sağlar (Karancı, 1997).

Ruhsal hastalığa sahip olan hastaların hem hastalık süreci içerisinde hem de iyilik dönemlerinde bakımının sürdürülmesinde bakım verenler önemli rol oynar. Birçok araştırmada bu konu vurgulanmıştır. Ailenin tedavi ekibiyle işbirliği içerisinde olması hastanın iyilik halinin sürdürülmesinde etkisi büyük etki olduğu gözlemlenmiştir (Tel ve Terakye, 2000; Doğan ve ark, 2002).

Ruhsal hastalığa sahip hastaların bakım verenlerinin yaşadıkları bakım yükünün miktarını ve boyutlarının belirlenmesi, bakım verenler için hazırlanacak baş etme yöntemleri açısından büyük önem arz etmektedir.

2.3.1. Bipolar Bozuklukta Bakım Veren Yükü

Bakım verme, bakım yükü gibi kavramların işlendiği çalışmalara bakıldığında genellikle şizofreni, depresyon ve demans hastalıkları ile ilgili çeşitli çalışmalar yapılmış ve yayımlanmıştır. Bipolar bozukluğu olan hastaların yakınlarında da bakım yükü önem arz etmektedir. Ancak yaptığımız literatür taramalarında bipolar bozukluk hastalarına bakım verme ve bunun sonucunda oluşan bakım yükü konusunda çok az çalışma mevcuttur.

Kraepelin'in yaptığı çalışmalara göre manik-depresif psikoz tanısı alan hastalarda tedavi sonrası tam bir iyilik hali tanımlanmış fakat hastaların büyük kısmında duygu durum belirtilerinin azalmasına rağmen iyilik dönemlerinde eski işlevsellik düzeyine dönemedikleri gözlenilmiştir. Günümüzdeki yapılan çalışmalara göre, bu hastaların iyilik hallerinde eski işlevselliklerine dönemedikleri ve uyum problemleri yaşadıkları belirtilmektedir (Bora ve ark, 2008; Atagün ve ark, 2011).

Bipolar bozuklukta bilişsel ve sosyal işlevsellik konusu şizofreni ve demans gibi hastalıklara göre daha az işlenmiştir (Sanchez-Moreno ve ark, 2009). Dickerson ve arkadaşların yaptıkları bir çalışmada bipolar bozukluğa sahip olan hastaların iyilik hali dönemindeki sosyal işlevselliklerindeki bozulmanın özellikleri ve şiddeti, şizofreni hastalığına sahip olan bireylerle paralel ölçüde çıktığı bildirilmiştir (Dickerson ve ark, 2001).

Bakıcı yükünün hastanın işlevsellik düzeyi ile yakından ilgili olduğu düşünülmektedir (Hsui ve ark, 2002). Bipolar hastaların bakım verenlerinde bakım yükü miktarı yüksek oranda bulunmuştur (Perlick ve ark, 1999; Chakrabarti ve ark,1992). Bakım yükü miktarının yüksek olması hastanın hastalık sürecini ve medikal tedavisini olumsuz etkilemektedir (Perlick ve ark, 2004; Perlick ve ark, 2001).

Genellile işlevsellikteki bozulmalar hastalar için vurgulansa da bakım verenler için de önemi büyüktür. Bipolar bozukluk gibi kronik bir bozuklukta bakım verme süresi uzun süreli, geniş ve kapsamlı olduğu için bakım verenlerin aile içerisinde çatışmalar yaşamasında, evlilik ve sosyal ilişkilerinde ayrılma oranının yüksek olduğu saptanmıştır (Romans ve McPherson, 1992; Kessler ve ark, 1998).

Bipolar bozukluk bireysel, tıbbi ve finansal alanlarda da sorunlara yol açmaktadır. Bipolar bozukluk, kalp ve damar hastalıklarına göre yaşam kalitesini ciddi ölçüde düşürüp işlevselliğin bozulmasına neden olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde duygu durum bozuklukları, yeti yitiminden kaynaklı yaşam süresi kaybı analizinde en fazla bakım yükü oluşturan hastalıklardan biri olarak belirtilmiştir. Bu yük, Amerika kıtasında zirvedeyken, Avrupa'da ise üçüncü sıradadır (Woods, 2000).

Bipolar bozuklukta bakım yükü hakkında yapılan ilk çalışma hastaların primer bakım verenlerine yönelik hastalığın algılanması ile ilgili çalışma olmuştur. 266 bipolar hastanın primer bakım verenlerine yapılan bu çalışmada, Sosyal Değerlendirme Ölçeği

kullanılmıştır. Çalışmamın sonucuna göre bakım verenlerin %54'ünde şiddetli ölçüde bakım yükü ve %39'unda orta şiddette bakım yükü olduğu saptanmıştır. Bakım vericilerin yaşadığı güçlükler sırasıyla mutsuzluk, irritabilite ve sosyal çekilme şeklinde bulunmuştur (Arnold ve ark, 2000). Depresif dönemlerin diğer duygu durum bozukluğu dönemlerine göre daha fazla bakım yükü getirdiği sonucu bulunmuştur. Ayrıca hastaneye yatış sayısı ile bakıcı yükü arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Perlick ve ark, 1999).

Yapılan çalışmalara göre, bipolar bozukluğu olan hastaların bakım vericilerinde görülen yük, yüksek oranda olduğu bulunurken, birtakım çalışmalarda da bakım yükünün, hastanın klinik seyrini etkileyebileceği görülmüştür (Perlick ve ark, 1999). Perlick ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, bakım verenlerin % 93'ünün, hastanın ayaktan kontrole gelmesi veya hastaneye yatırılmasının bakım verende ortalama veya yüksek seviyede bakım veren yükü oluşturduğunu ve %70'inde bu durumun bir buçuk yıla yakın süre sonunda da devam ettiği görülmüştür (Perlick ve ark, 2005).

Judd ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışma sonucunda, hastaların daha çok depresif belirtiler yaşadığı bulunmuştur (Judd ve ark, 2003). Manik dönemler daha kısa sürmesine rağmen hastanede yatış gerektirir. Bunun sonucunda bakım vericide fiziksel, sosyal, ekonomik yönden bir yük oluşturur. Bu yük bakım verenin, hastasına öfkelenmesine, kızmasına ve saldırgan davranışlar sergilemesine neden olabilmektedir. Hastada işlevselliğin azalması bakım verenlerde büyük oranda yük oluşturabilmektedir (Perlick ve ark, 1999). Hastaların, yaşamlarının çoğunluğunu remisyon dönemde geçirmesi bakım verici yükünü olumsuz etkilemektedir (Judd ve ark, 2003).

Reinares ve arkadaşlarının yılın en az dörtte birini remisyon dönemde geçiren 86 bipolar hastası ve yakınlarıyla yaptığı çalışmada bakım yükünün, atak dönemlerinin yanı sıra ötimik dönemlerde de hastalığın klinik tablosunu etkileyebileceği göze çarpmaktadır (Reinares ve ark, 2006).

BB'si olan hastaların bakım verenlerindeki bakım yükü konusunda yapılan araştırmaları kısıtlı olması bu hastalıktaki yükün doğru bir şekilde değerlendirilmesi için yapılmış bir ölçek yokluğuna bağlanabilmektedir (Schene ve ark, 1994). Martire ve arkadaşları, Duygu Durum Bozukluğu Yük İndeksi adlı ölçeği geliştirmişlerdir fakat henüz Türkçe'ye uyarlanmamıştır. Ölçek üç ana başlıkta incelenmiştir. Bunlar hastanın duygu

durum belirtileri, bakım verenin gelecekle ilgili kaygısı ve bakım verenlerin hastalarıyla yaşadıkları kişiler arası ilişki sorunları şeklinde değerlendirilmiştir (Martire ve ark, 2009).

Tekrarlanmaların önlenmesinde, iki duygu durum dönemi arası dönemin uzun olmasında, hastanın işlevselliğinin artmasında, bakım vericide hastanın tedavisindeki sorumluluğu azalmasında başa çıkma stratejilerinin önemli etkisi vardır (Chakrabarti ve ark, 2002). Bakım verenin, bipolar bozukluğun dönemleri, belirtileri, tedavisi gibi konularda bilgili olması, daha uygun baş etme stratejileri geliştirmesini sağlar ve bakım yükünü azaltır (Reinares ve ark, 2002; Bernhard ve ark, 2006).

2.4. Bipolar Hastalarının ve Bakım Verenlerin Gereksinimlerinin Karşılanmasında Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Ruhsal hastalık, hastayla beraber aynı zamanda bakım veren hasta yakınlarını da etkiler. Bakım veren hasta yakınlarında yük algısını oluşturur ve üzerlerinde olumsuz etki yaratır (Gorman ve ark, 2002; Shives Rebreca, 2008).

Ülkemizde oluşturulan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011) ile, ruh sağlığı çalışmalarının toplum temelli olması, birinci basamak sağlık kuruluşlarına ruh sağlığının eklenmesi, toplum odaklı rehabilitasyon çalışmalarının öne çıkarılması doğrultusunda kararlar alınmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından 2007 yılında bu kararlara ilave yapmıştır. Koruyucu ruh sağlığının geliştirilmesi ve ruh sağlığı hizmetlerinin ve çalışanlarının kalitesinin artırılması konusunda kararlar alınmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

2011 yılında çıkarılan yönetmelikle Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri kurulmuş ve bu merkezlerde şizofreni, bipolar ve diğer kronik ruhsal hastalıklara yönelik toplum odaklı bakım verme modeli benimsenip; psikososyal destek, takip ve tedavi hizmetlerinin verilmesi, elzem durumlarda evde sağlık hizmetleri uygulaması hayata geçirilmiştir. Bu merkezlerin medikal tedavi edici özelliği yanı sıra hastalara psikososyal beceri eğitimleri verme ve gündüz bakım evi olma özellikleri de vardır. Fakat bakım vericilere yönelik psikoeğitim, psikososyal gibi yeterli miktarda eğitim hizmetleri verilmemektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Ülkemizde hasta odaklı tedavi anlayışının olması, hasta ile sadece hastalık süresince ilgilenilip hastanın iyilik döneminde göz ardı edilmesi, hastaya gerekli psikososyal destek hizmetlerinin verilmeyip, yalnızca hastalık ve tedavi merkezli tedavi anlayışının olması, tedavi sürecini hasta ile sağlık çalışanı arasında kısıtlayarak aileyi bu sürecinin dışına itmektedir. Ailenin yaşadığı zorluklar ve sıkıntıların göz ardı edilmesi ailede bakım verici yükü kavramını ortaya çıkarıp bakım verenlerde ruhsal ve fiziksel bir takım sağlık sorunlarını doğurmaktadır (Bauer ve ark 2012; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Bütün bunlar ele alındığında psikiyatri hemşirelerinin sadece hasta odaklı olmayıp bakım verenleri de gözlemleyip ve bakım verenlerin büyük risk altında olduğunun bilincinde olup, psikiyatri hemşireliğinin ruh sağlığında koruyucu, konsültan ve eğitim verici rolleri ile aileleri ve bakım verenleri değerlendirerek gerekli uygulamaları, planlamaları ve girişimleri yapmalıdır. Tedavi ekibinin önemli bir üyesi olan psikiyatri hemşireleri ailenin yaşadığı zorlu süreci gözlemleyip sıkıntılarını tespit etmeli ve ailenin ihtiyacı olduğu psikoeğitimi ailelere vermelidirler. Bakım verenlerin hastalık süreci hakkında bilgisinin artması ve hastalarıyla etkili baş etme yöntemlerini öğrenmesiyle birlikte bakım verenlerde yük miktarının azaldığı ortaya çıkmıştır (Caqueo-Urizar ve ark, 2011; Chan ve ark, 2009). Lim ve Ahn'ın yaptıkları bir çalışmada, bakım verenin hastalık süreci hakkında ne kadar az bilgisi varsa bakım veren ve ailenin diğer mensuplarının daha fazla olumsuz baş etme yöntemlerini kullandığını ve bu durumun da bakım verende yük miktarını arttırdığını saptamışlardır (Lim ve Ahn, 2003).

Talwar ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, bakım verene psikoeğitim ile bakım verenin hastalık süreci hakkında bilgisinin arttığı ve etkili baş etme yöntemleri kullandığı bulmuşlardır. Bu durumun da bakım verenlerde yük miktarının azalmasını sağladığını belirtmişlerdir (Talwar ve Matheiken, 2010). Etkili baş etme yöntemlerini kullanmayan bakım verenlerin yük miktarının artmasıyla bakım verenlerde hastalara yönelik damgalayıcı, sert, negatif duygu dışavurumun ortaya çıktığı görülmüştür. Duygu dışavurumunun fazla olması, bakım verenlerde yük duygusunun daha da artmasına yol açmaktadır (Çetinkaya Duman ve ark, 2007; Möller-Leimkühler ve Wiesheu, 2012).

Bakım verenlerin hastalık süreci hakkında bilgisinin artması ve etkili baş etme yöntemlerini öğrenip geliştirmeleri amacıyla bakım veren destek grupları oluşturulmalıdır. Bu gruplar sayesinde bakım verenler, bu süreçte yalnız olmadığını, benzer sorunları yaşayan bakım verenlerle bir arada toplanarak bu süreci daha iyi anlamaktadırlar. Benzer

sorunları yaşıyan bakım verenler, birbirlerinden sorunlarla nasıl başa çıktıklarını, bu sorunlarının sadece kendi başlarına gelmediğini, başkalarının da bu sorunları yaşamakta olduğunu görmekte ayrıca hastalık süreciyle ilgili yeni bilgiler öğrenmektedir. Böylece bakım verenlerin sosyal destek mekanizmasının oluşması sağlanıp yük miktarı azaltılabilir (Hanzawa ve ark, 2008). Bu tür grupların, belirtilen bu özelliklerinden dolayı oluşturulması ve sayılarının artırılması önemlidir (Ohaeri, 2001).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, bipolar bozukluğu olan hastaların yakınlarında bakım yükü, depresyon ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Habip Kızıldaş Psikiyatri Hastanesi'nde yapılmıştır. Bu araştırmanın evrenini psikiyatri servislerinde yatan bipolar tanımlı hastaların yakınları oluşturmaktadır. Araştırma, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Habip Kızıldaş Psikiyatri Hastanesi, Pamukkale Üniversitesi kampüsünde yer almaktadır. Bu merkez üç katlı bir binadır. Zemin katında erişkin ve çocuk ruh sağlığı psikiyatrisi poliklinikleri bulunmaktadır. Merkezin birinci katında 7 yataklı çocuk ruh sağlığı psikiyatrisi servisi, 30 yataklı duygu durum servisi, 12 yataklı anksiyete servisi bulunmaktadır. Merkezin ikinci katında ise 18 yataklı amatem servisi, 24 yataklı psikoz servisi, 7 yataklı geropsikiyatri servisi bulunmaktadır. Merkezin son katında ise öğretim üyeleri bulunmaktadır.

Araştırma, 1 Eylül 2017 – 1 Mart 2018 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma Uygulama Merkezi Habip Kızıldaş Psikiyatri Hastanesi'nde yatarak tedavi alan bipolar tanımlı hastaların yakınlarına uygulanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini 1 Eylül 2017–1 Mart 2018 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Habip Kızıldaş Psikiyatri Hastanesi'nde yatarak tedavi alan bipolar tanımlı, hasta yakınları oluşturmaktadır. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma Uygulama Merkezi Habip Kızıldaş Psikiyatri

Hastanesi'nde 1 Ocak 2016-1 Ocak 2017 tarihleri arasında toplam 590 bipolar bozukluk tanısı alan hasta yatmıştır. Bu sayıya tekrarlı yatışlar dahildir. Tekrarlı yatışlar çıkarıldığında bir yılda yatan bipolar bozukluk tanısı alan hasta sayısı 105'dir.

Örneklem büyüklüğü G power istatistiksel analiz programında güven aralığı %95, etki büyüklüğü 0.3, alfa 0.05, güç 0.80 olarak alındığında 71 hasta yakını (her hasta için bir hasta yakını) olarak belirlenmiştir.

3.4. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

3.4.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- İşitme, anlama veya görme sorunlarının olmaması
- Bipolar Bozukluk tanısı alan hastanın bakım veren yakını olması
- Araştırmaya katılmaya istekli olma
- 18 yaş ve üzeri olma

3.4.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- İşitme anlama veya görme sorunları olması
- Hastanın akrabası olmayan yakınları

3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak 4 formdan oluşan bir anket uygulanmıştır. Hastal yakınlarının sosyodemografik bilgilerini içeren Kişisel Bilgi Formu, Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanışlar Ölçeği'ni kullanılmıştır.

Veriler, SPSS 22 (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra, bağımsız gruplarda puan ortalamalarının karşılaştırılması için student-t testi, Anova testi, Mann Whitney U, Kruskal-Wallis testi ve aralarındaki ilişki için de Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır ve $p < 0.05$ düzeyindeki değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1)

Bu form çalışmanın verilerini toplamak amacıyla literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan 25 maddelik bilgi formudur. Form, bakım verenlerin **demografik özelliklerini** (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışabilirlik durumu, gelir durumu, sosyal güvence ve yaşadığı yer) içeren 8 soru, **aile ve yaşam özelliklerini** (yaşanılan aile türü, yakınlık derecesi, hastası ile aynı evde kalma ve hastasının bakım ve tedavisine yardımcı birey) içeren 4 soru, **sigara ve alkol kullanımlarını** içeren 2 soru, **sağlık durumu** (fiziksel ve ruhsal hastalık) **ile ailede başka psikiyatrik öyküsü durumunu** içeren 3 soru, **bakım verdikleri hastalarına ait özellikleri** (hastasının hastaneye yatış şekli, hastasının özkıyım girişimi, hastasının hastalığının başlangıç yılı, hastasının hastalık süresi ve hastanın hastaneye yatış sayısı) içeren 5 soru, **bakım verenlerin bakım verirken destek almalarını** içeren hastasıyla yaşarken nasıl bir destek-yardım verilse hayatları daha kolay olur, bu tür hastaları olanlara nasıl bir destek-yardım yapılabilir şeklinde 1 adet açık uçlu sorudan oluşmaktadır. Anket soruları oluşturulurken konuyla ilgili daha önce yapılan araştırmalarda kullanılan anket formları incelenmiştir (Gümüş,2013; Kaya, 2013; Kabahasanoğlu, 2014; Kocakaya, 2016).

3.5.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (EK-2)

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek, depresyona ait (duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel) belirtileri ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçek, 21 maddelik sorudan oluşmaktadır. Her madde 0-3 arasında puanlanmakta ve ölçekten

alınabilecek puan 0 ile 63 puan arasında değişiklik göstermektedir (Beck ve ark, 1961). Hisli tarafından 1989 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması uyarlanarak, Cronbach's alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuş ve kesme puanı 17 olarak kabul edilmiştir (Hisli, 1989).

Depresyon düzeyleri puan dağılımları şöyledir:

- 1- Hafif düzeyde depresyon (11-17 puan);
- 2- Orta düzeyde depresyon (18-29 puan);
- 3- Ciddi düzeyde depresyon (30-63 puan).

Araştırmamızda, ölçeğin Cronbach's alpha kat sayısı 0.92 bulunmuştur.

3.5.3. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği (ZBYÖ) (EK-3)

Zarit ve arkadaşları tarafından 1985 yılında geliştirilen, Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması, Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık, Toplumsal İlişkilerde Bozulma, Ekonomik Yük, Bağımlılık alt ölçeklerini içeren bu ölçek toplam 22 sorudan oluşmaktadır (Zarit ve ark, 1980). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2009 yılında Özlü tarafından yapılmıştır. Bu çalışmanın Cronbach's alpha kat sayısı 0.829 olarak bulunmuştur. Özlü tarafından Türkçe geliştirilen ölçekte yapılan faktör analizi sonucu 3 maddenin faktör yükü 0.50'nin altında olduğu bulunup alt boyutlara sokulamamış ve ölçek 19 maddeden oluşmuştur. Ölçek 5'li likert tipi olup, "Asla, Nadiren, Arasıra, Oldukça Sık, Nerdeyse Her Zaman " şeklinde derecelendirilmiştir. Ölçeğin toplam puan 19 ile 95 arasında değişmekte olup, ölçek puanının yüksek olması yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Faktör analizi sonucunda ölçek maddelerinin ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, sinirlilik ve kısıtlanmışlık, toplumsal ilişkilerde bozulma, ekonomik yük, bağımlılık olmak üzere 5 alt ölçek altında toplandığı belirlenmiştir. Bu 5 alt ölçeğin toplam puanı arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Özlü ve ark, 2009).

Araştırmamızda, ölçeğin Cronbach's alpha kat sayısı 0.82, Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması Alt Ölçeği Cronbach's alpha kat sayısı 0.85, Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık Alt Ölçeği Cronbach's alpha kat sayısı 0.10, Toplumsal İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği Cronbach's alpha kat sayısı 0.67, Ekonomik Yük Alt Ölçeği Cronbach's alpha kat sayısı 0.42, Bağımlılık Alt Ölçeği Cronbach's alpha kat sayısı 0.54 bulunmuştur.

3.5.4. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ) (EK-4)

Hirai ve Clum tarafından geliştirilen bu ölçek, Bilge ve Çam tarafından 2008 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği çalışılmış ve Cronbach's alfa katsayısı 0.82, alt ölçek Cronbach's alfa değerleri ise 0.69-0.80 arasında bulunmuştur (Hirai ve Clum, 2000; Bilge ve Çam, 2008). Ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz inançları içeren 21 maddelik sorudan oluşmaktadır. Bu ölçek 6'lı likert tipi olan ölçeğin puanlanması "Tamamen katılmıyorum, çoğunlukla katılmıyorum, kısmen katılmıyorum, kısmen katılıyorum, çoğunlukla katılıyorum, tamamen katılıyorum" şeklindedir. Ölçek tehlikeli, çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma şeklinde 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği için Cronbach's alfa değeri 0.80, tehlikeli alt ölçeği için Cronbach's alfa değeri 0.71, utanma alt ölçeği için ise Cronbach's alfa değeri 0.69 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek puan 0 ile 105 arasında değişmekte ve yüksek puan olumsuz inancı ifade etmektedir (Bilge ve Çam, 2008; Hirai ve Clum, 2000).

Araştırmamızda, ölçeğin Cronbach's alpha kat sayısı 0.86, Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği için Cronbach's alfa değeri 0.79, Tehlikeli Alt Ölçeği Cronbach's alfa değeri için 0.72, Utanma Alt Ölçeği için Cronbach's alfa değeri ise 0.68 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma grubuna, Kişisel Bilgi Formu, Zarit Bakıcı Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeğini içeren anket formları uygulanmıştır. Anket formlarının uygulanması 1 Eylül 2017–1 Mart 2018 tarihleri arasında

yapılmıştır. Araştırmaya katılan hasta yakınlarına araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı ve uygulama süresi açıklanmıştır. Hasta yakınlarının anket sorularını cevaplamaları esnasında, onların yanında bulunulmuştur. Anket formlarının doldurulması yaklaşık 20-30 dakika sürmüştür ve veriler 6 aylık sürede toplanmıştır.

3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 22 (Statistical Package for the Social Sciences) programı ile bilgisayar ortamına girilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis testleri ile değerlendirme yapılmıştır. İki değişken arasındaki ilişkiye Pearson Korelasyon analizi ile bakılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında, istatistiksel anlamlılık seviyesi olarak 0.05 kabul edilmiş olup $p < 0.05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu, $p > 0.05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı kabul edilmiştir.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği'nden elde edilen puan ortalamaları; bağımsız değişkenleri, Kişisel Bilgi Formu'nda yer alan değişkenlerdir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın sınırlılıkları şu şekildedir:

1. Araştırma, 6 ay süre sınırlıdır.
2. Araştırmanın çalışma grubu, 1 Eylül 2017–1 Mart 2018 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Habip Kızıldağ Psikiyatri Hastanesi'nde yatarak tedavi alan bipolar tanılı hastaların yakınları ile sınırlıdır.
3. Araştırma konusunun niteliği itibari ile bir hasta için bir bakım veren ile sınırlıdır.

4. Çalışmadan elde edilen veriler, örneklem kapsamındaki bakım verenlerin özbildirimine dayalıdır ve elde edilen sonuçlar örneklem dışına genellenemez.

5. Araştırmanın verileri, bakım verenlerin depresyon düzeyini belirlemek için kullanılan Beck Depresyon Ölçeği, bakım yükü düzeylerini belirlemek için kullanılan Zarit Bakıcı Yük Ölçeği'nden elde edilen veriler ile sınırlıdır.

6. Araştırmada elde edilen sonuçlar kullanılan ölçüm araçlarının güvenilirlik ve geçerlilik boyutları ile sınırlıdır.

7. Araştırma sonuçları, çalışmada kullanılan istatistiksel teknikler ile sınırlıdır.

3.9. Araştırmanın Güçlükleri

1. Hasta yakınları ile görüşme fırsatı sadece hasta yakınlarının serviste yatan hastaları için ziyaret saatlerinde veya doktor görüşmeleri için geldikleri zamanlarda olduğu için bu durum araştırmanın güçlüğü olarak düşünülebilir.

2. Hasta yakınlarının “ruhsal hastalık, bakım yükü” gibi kavramları içeren soruları “küçük düşürücü ve moral bozucu” olarak algılamaları soruları cevaplama isteksiz ve çekingen davranmalarına yol açabilir.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 23.08.2017 tarih 2017/32 protokol no ile izin alınmıştır. Ayrıca çalışmanın yürütüldüğü Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı'ndan izinler alınmıştır. Araştırmaya katılan hasta yakınlarından çalışmanın amacı ile ilgili bilgiyi içeren bilgilendirilmiş onam formu ile sözlü onamları alınmıştır. Anket formunda alınan bilgilerin tamamen gizli kalacağı belirtilmiştir. Böylece hasta yakınlarının samimi ve gerçeğe uygun cevaplar vermelerinin sağlanması amaçlanmıştır.

3.11. Araştırma Soruları

- Bakım verenlerin demografik özellikleri bakım yükünü etkilemekte midir?
- Bakım verenlerin demografik özellikleri depresyon düzeylerini etkilemekte midir?
- Bakım verenlerde görülen bakım yükü ile ilişkili faktörler nelerdir?
- Bakım verenlerde görülen depresyon ile ilişkili faktörler nelerdir?
- Bakım verenlerde görülen depresyon ve bakım yükü arasındaki ilişki nasıldır?



4. BULGULAR

Bu bölümde bipolar bozukluğu olan hastaların yakınlarında bakım yükü, depresyon ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 1. Bakım Verenlerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Demografik Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	37	52.1
Erkek	34	47.9
Medeni Durum		
Bekar	8	11.3
Evli	63	88.7
Eğitim Durumu		
İlkokul-Ortaokul	33	46.5
Lise	27	38
Üniversite	11	15.5
Çalışabilirlik Durumu		
Çalışmayan	24	33.8
Çalışan	47	66.2
Gelir Durumu		
Gelir Giderden Az	27	38
Gelir Gidere Denk ve Fazla	44	62
Sosyal Güvence		
Yok	4	5.6
Var	67	94.4
Yaşadığı Yer		
Köy ve İlçe	30	42.3
İl Merkezi	41	57.7

Araştırmaya katılan bipolar bozukluğu olan hasta yakınları 29 ile 75 yaş aralığında olup yaş ortalamaları $47,55 \pm 9,03$ dür. Ayrıca, bakım verenlerin 37(%52,1)'si kadın, 34(%47,9)'ü erkek olup, 8(%11,3)'i bekar, 63(%88,7)'ü evli olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerin eğitim durumlarına bakıldığında, katılımcıların 33(%46,5)'ü ilkokul-ortaokul, 27(%38,)'si lise, 11(%15,5)'i üniversite mezunudur. Ayrıca, bakım verenlerin 24 (%22,8)'ü çalışmadığını, 47(%66,2)'si çalıştığını ifade etmişlerdir.

Bakım verenlerin algıladıkları gelir durumlarına bakıldığında, 27(%38)'sinin geliri giderden az olarak ifade edilmişken, 44(%62)'sinin gelir durumu, gelir gidere denk ve fazla olarak ifade edilmiştir. Bu kapsamda bakım verenlerin 4(%5,6)'ünün her hangi bir sosyal güvencesi yokken, 67(%94,4)'sinin ise bir sosyal güvencesi bulunmaktadır.

Tabloda da görüldüğü gibi, bakım verenler yaşadıkları yer açısından incelendiğinde 30(%42,3)'u köy ve ilçede yaşarken, 41(%57,7)'inin il merkezinde yaşadığı görülmektedir.

Tablo 2. Bakım Verenlerin Aile ve Yaşam Özelliklerinin Dağılımları

Aile ve Yaşam Özellikleri	n	%
Yaşanılan Aile Türü		
Çekirdek Aile	63	88.7
Geniş Aile	8	11.3
Yakınlık Derecesi		
Anne-Baba	8	11.3
Eş ve Diğerleri	63	88.7
Hastası ile Aynı Evde Yaşama		
Aynı evde yaşamayan	7	9.9
Aynı evde yaşayan	64	90.1
Hastasının Bakım ve Tedavisinde Kendisine Yardımcı Bireyin varlığı		
Yok	62	87.3
Var	9	12.7

Bakım verenlerin aile tiplerine bakıldığında 63(%88,7)'ünün çekirdek, 8(%11,3)'inin ise geniş aile olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin baktıkları hasta ile yakınlık dereceleri incelendiğinde, 8(%11,3)'inin hastanın annesi ya da babası (ebeveyni), 63(%88,7)'ünün ise eş, çocuğu ya da kardeşi olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerin 7(%9,9)'si hastası ile aynı evde yaşamazken, 64 (%90,1)'ü hastası ile aynı evde yaşamaktadırlar. Ayrıca bakım verenlerin 62(%87,3)'si hasta bakımı ve tedavi için yardımcı olan birilerinin olmadığını ifade ederken, 9(%12,7)'u hasta bakımı ve tedavi için yardımcı olan birilerinin olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 3. Bakım Verenlerin Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarının Dağılımları

Sigara ve Alkol Kullanımları	n	%
Sigara Kullanımı		
Yok	38	53.5
Var	33	46.5
Alkol Kullanımı		
Yok	50	70.4
Var	21	29.6

Bakım verenlerin 38(%53,5)'i sigara kullanmadığını, 33(%46,5)'ü sigara kullandığını ifade etmiştir. Ayrıca bakım verenlerin 50(%70,4)'si alkol kullanmadığını, 21(%29,6)'i alkol kullandığını bildirmiştir.

Tablo 4. Bakım Verenlerde Fiziksel Hastalık ve Aile Bireylerinde Hastanın Dışında Psikiyatrik Bozukluğun Bulunma Durumlarının Dağılımları

Fiziksel Hastalık ve Ailede Başka Psikiyatrik Öykü Durumları	n	%
Fiziksel Hastalık		
Yok	54	76.1
Var	17	23.9
Aile Bireylerinde Hastanın Dışında Psikiyatrik Bozukluğun Bulunma		
Yok	56	78.9
Var	15	21.1

Bakım verenlerin 54(%76,1)'ünün fiziksel hastalığı bulunmazken, 17(%23,9)'sinin fiziksel hastalığı bulunduğu görülmüştür. Ayrıca bakım verenlerin 56(%78,9)'sında aile bireylerinde hastasının dışında psikiyatrik bozukluğu olan birey bulunmazken, 15(%21,1)'inde ise bulunduğu görülmüştür.

Tablo 5. Bakım Verenlerin Bakım Verdikleri Hastaların Hastalığına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Bakım Verdikleri Hastalarına Ait Özellikler	n	%
Hastasının Hastaneye Yatış Şekli		
Kendi İsteğiyle	20	28.2
Yakının İsteğiyle/ Zorla	51	71.8
Hastasının Özkıyım Girişimi		
Yok	59	83.1
Var	12	16.9
	Range (min.- max.)	$\bar{x} \pm SS$
Hastasının Hastalık Süresi (Yıl)	1-26	8,07 ± 5,23
Hastasının Hastaneye Yatış Sayısı	0-15	2,77 ± 2,13

Araştırmaya katılan bakım verenlerin hastalarının 20(%28,2)'si hastaneye kendi isteğiyle yatarken, 51(%71,8)'inin ise yakınının isteğiyle/zorla yattığı belirtilmiştir. Ayrıca bu hastalarının 59(%83,1)'u özkıyım girişiminde bulunmazken, 12(%16,9)'sinin ise özkıyım girişimi olduğu görülmüştür. Aynı zamanda bu hastaların hastalık süresi 1-26 yıl aralığında olup, hastalık süresi ortalaması 8,07±5,23'tür. Tabloya bakıldığında son olarak, hastaneye yatış sayısı 0-15 yatış aralığında olup, yatış sayısı ortalaması 2,77±2,13 olduğu görülmektedir.

Tablo 6. Bakım Verenlerin Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Puan Ortalamaları Dağılımı

Beck Depresyon Ölçeği	Zarit Bakıcı Yük Ölçeği
$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
3,61±6,52	45,63±9,15

Tablo 6'da bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları dağılımı verilmiştir. Bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeğinin puan ortalaması 3.61±6.52'dir. Bakım verenlerin depresyon düzeyleri minimal düzeydedir. Bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin puan ortalaması 45.63±9.15 olarak bulunmuştur. Bakım verenlerin bakım yükü orta düzeydedir.

Tablo 7. Bakım Verenlerin Demografik Özelliklerine Göre Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	Beck Depresyon Ölçeği	Test Değerleri	Zarit Bakıcı Yük Ölçeği	Test Değerleri
Cinsiyet	$\bar{x}\pm SS$		$\bar{x}\pm SS$	
Kadın (n=37)	3,68±5,51	Z=-0,46	46,51±10,82	Z=-0,254
Erkek (n=34)	3,53±7,55	p=0,648	44,68±6,92	p=0,800
Medeni Durum	$\bar{x}\pm SS$		$\bar{x}\pm SS$	
Bekar (n=8)	5,13±5,22	Z=-2,31	49,13±9,22	Z=-1,83
Evli (n=63)	3,41±6,68	p=0,021*	45,19±9,12	p=0,066
Eğitim Durumu	$\bar{x}\pm SS$		$\bar{x}\pm SS$	
İlkokul- Ortaokul (n=33)	5,24±8,21	kw=6,83	46,85±11,11	kw=0,444
Lise (n=27)	1,78±3,86	p=0,033*	44,63±6,93	p=0,801
Üniversite (n=11)	3,18±5		44,45±7,5	
Çalışabilirlik Durumu	$\bar{x}\pm SS$		$\bar{x}\pm SS$	
Çalışmıyorum (n=24)	7,22±9,01	Z=-2,50	47,96±13,14	Z=-0,11
Çalışıyorum (n=47)	1,39±2,61	p=0,012*	44,2±5,13	p=0,913
Gelir Durumu	$\bar{x}\pm SS$		$\bar{x}\pm SS$	
Gelir Giderden Az (n=27)	5,78±9,21	Z=-0,807	47,37±11,98	Z=-0,421
Gelir Gidere Denk ve Fazla (n=44)	2,27±3,62	p=0,420	44,57±6,8	p=0,190
Sosyal Güvence	$\bar{x}\pm SS$		$\bar{x}\pm SS$	
Yok (n=4)	23,75±10,31	Z=-3,53	60,75±18,03	Z=-2,38
Var (n=67)	2,4±3,77	p=0,000*	44,59±7,06	p=0,017*
Yaşadığı Yer	$\bar{x}\pm SS$		$\bar{x}\pm SS$	
Köy ve İlçe (n=30)	2,47±4,7	Z=-1,49	45,77±7,64	Z=-0,752
İl Merkezi (n=41)	4,44±7,53	p= 0.137	45,54±10,2	p= 0.452

*p<0,05

kw: Kruskal Wallis Testi

Z: Mann Whitney U testi

Bakım veren kadın katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 3.68±5.51, erkeklerin puan ortalaması 3.53±7.55'dir. Kadın bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 46.51±10.82 olup, erkek bakım verenlerin puan ortalaması 44.68±6.92 olarak bulunmuştur. Bakım verenlerin cinsiyetlerine göre Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0,05). Bakım verenlerin medeni durumlarına göre Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bekar olan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 5.13±5.22, evli olan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 3.41±6.68'dir. Bekar olan bakım

verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması, evli olan bakım verenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bekar olan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 49.13 ± 9.22 olup, evli olan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 44.57 ± 6.8 olarak bulunmuştur. Bakım verenlerin medeni durumları ile Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$)

Araştırmaya katılan ilkokul-ortaokul mezunu olan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 5.24 ± 8.21 , lise mezunu olan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 1.78 ± 3.86 , üniversite mezunu olan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 3.18 ± 5 'dir. İlkokul- ortaokul mezunu olan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları, lise ve üniversite olan bakım verenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). İlkokul-ortaokul mezunu olan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 46.85 ± 11.11 , lise mezunu olan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 44.63 ± 6.93 , üniversite mezunu olan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 44.45 ± 7.5 olarak bulunmuştur. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Araştırmaya katılan bakım verenlerden herhangi bir işte çalışmayanların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 7.22 ± 9.01 , çalışan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 1.39 ± 2.61 'dir. Çalışan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları, çalışmayan bakım verenlere göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Herhangi bir işte çalışmayan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 47.96 ± 13.14 , çalışan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 44.2 ± 5.13 olarak bulunmuştur. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması ile çalışabilirlik durumunun arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan bakım verenlerden geliri giderinden az olanların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 5.78 ± 9.21 , geliri gidere denk ve fazla olan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 2.27 ± 3.62 'dir. Geliri giderinden az olan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 47.37 ± 11.98 olup, geliri gidere denk ve fazla olan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 44.57 ± 6.8 olarak bulunmuştur. Tabloya bakıldığında bakım verenlerin gelir durumları ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan bakım verenlerden herhangi bir sosyal güvencesi olmayanların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 23.75 ± 10.31 , sosyal güvencesi olan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 2.4 ± 3.77 'dir. Sosyal güvencesi olmayan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 60.75 ± 18.03 , sosyal güvencesi olan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 44.59 ± 7.06 olarak bulunmuştur. Sosyal güvencesi olmayan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları, sosyal güvencesi olanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Araştırmaya katılan bakım verenlerden köy ve ilçede yaşayanların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 2.47 ± 4.7 , il merkezinde yaşayan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 4.44 ± 7.53 'dir. Köy ve ilçede yaşayan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 45.77 ± 7.64 olup, il merkezinde yaşayan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 45.54 ± 10.2 olarak bulunmuştur. Bakım verenlerin yaşadığı yer ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 8. Bakım Verenlerin Aile ve Yaşam Özelliklerine Göre Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bakım Verenlerin Aile ve Yaşam Özellikleri	Beck Depresyon Ölçeği	Test Değerleri	Zarit Bakıcı Yük Ölçeği	Test Değerleri
Aile Türü	$\bar{x}\pm SS$		$\bar{x}\pm SS$	
Çekirdek Aile (n=63)	$2,79\pm 5,86$	Z=-2,49	$44,59\pm 7,06$	Z=-1,21
Geniş Aile (n=8)	$10\pm 8,25$	p= 0.013*	$53,88\pm 17,53$	p= 0.226
Yakınlık Derecesi	$\bar{x}\pm SS$		$\bar{x}\pm SS$	
Anne- Baba (n=63)	$2,68\pm 4,26$	Z=-1,80	$44,7\pm 7,85$	Z=-1,97
Eş ve diğerleri (n=8)	$10,88\pm 13,99$	p= 0.071	$53\pm 14,86$	p= 0.048*
Hastası ile aynı Evde Kalma	$\bar{x}\pm SS$		$\bar{x}\pm SS$	
Aynı evde yaşamayan (n=59)	$4,71\pm 6,37$	Z=-1,02	$54\pm 10,58$	Z=-2,42
Aynı evde yaşayan (n=12)	$3,48\pm 6,57$	p= 0.308	$44,72\pm 8,58$	p= 0.015*
Hastanın Bakımında Bakım Verene Yardımcı Birey İhtiyacı	$\bar{x}\pm SS$		$\bar{x}\pm SS$	
Yok (n=62)	$2,55\pm 5,92$	Z=-3,72	$45,11\pm 9,13$	Z=-1,34
Var (n=9)	$10,89\pm 6,03$	p= 0.000*	$49,22\pm 8,93$	p= 0.180

* $p<0,05$

Z: Mann Whitney U testi

Aile tipi olarak çekirdek aile olan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 2.79 ± 5.86 , geniş aile olan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 10 ± 8.25 'dir. Geniş aile olan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması, çekirdek aile olan bakımlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Çekirdek aile olan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 44.59 ± 7.06 , geniş aile olan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 53.8 ± 17.53 olarak bulunmuştur. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması ile aile türü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Araştırmaya katılan katılımcılardan anne-baba olarak hastasına bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 2.68 ± 4.26 , eş, oğlu-kızı ve kardeşi olarak bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 10.88 ± 13.99 'dur. Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması ile yakınlık derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Anne-baba olan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 44.7 ± 7.85 , eş, oğlu-kızı ve kardeşi olan bakımlarda Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 53 ± 14.86 olarak bulunmuştur. Eş, oğlu-kızı ve kardeşi olarak bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması, anne-baba olarak bakımlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Araştırmaya katılan hastası ile aynı evde yaşayamayan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 4.71 ± 6.37 , hastası ile aynı evde yaşayan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 3.48 ± 6.57 'dir. Hastası ile aynı evde yaşama ile Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Hastası ile aynı evde yaşamayan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 54 ± 10.58 , hastası ile aynı evde yaşayan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 44.72 ± 8.58 olarak bulunmuştur. Hastası ile aynı evde yaşamayan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması, aynı evde yaşayan bakımlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Araştırmaya katılan katılımcılardan hastanın bakımında bakım verme işlevinde yardımcı bireye ihtiyacı olmayan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan

ortalaması 2.55 ± 5.92 , ihtiyacı olan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 10.89 ± 6.03 'tür. Hastanın bakımında bakım vermede yardımcı bireye ihtiyacı olan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması, olmayan bakım verenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Hastanın bakımında bakım verme işleminde yardımcı bireye ihtiyacı olmayan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 45.11 ± 9.13 , ihtiyacı olan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 49.22 ± 8.93 olarak bulunmuştur. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması ile hastanın bakımında bakım vermede yardımcı birey varlığı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Tablo 9. Bakım Verenlerin Sigara ve Alkol Kullanım Durumları ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sigara ve Alkol Kullanım Durumları	Beck Depresyon Ölçeği	Test Değerleri	Zarit Bakıcı Yük Ölçeği	Test Değerleri
Sigara Kullanımı	$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$	
İçmeyen (n=38)	$3,89 \pm 5,54$	Z=-1,33	$46,37 \pm 11,04$	Z=-0,09
İçen (n=33)	$3,27 \pm 7,56$	p=0.182	$44,79 \pm 6,38$	p=0.926
Alkol Kullanımı	$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$	
İçmeyen (n=50)	$3,54 \pm 6,8$	Z=-0,40	$46,14 \pm 10,31$	Z=-0,17
İçen (n=21)	$3,76 \pm 5,94$	p= 0.968	$44,43 \pm 5,49$	p= 0.865

* $p < 0,05$

Z: Mann Whitney U testi

Araştırmaya katılan bakım verenlerden sigara kullanmayanların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 3.89 ± 5.54 , sigara kullanan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 3.27 ± 7.56 'dir. Sigara kullanmayan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 46.37 ± 11.04 olup, sigara kullananların Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 44.79 ± 6.38 olarak bulunmuştur. Bakım verenlerin sigara kullanımı ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Araştırmaya katılan katılımcılardan alkol kullanmayan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 3.54 ± 6.8 , alkol kullanan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 3.76 ± 5.94 'tür. Alkol kullanmayan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 46.14 ± 10.31 , alkol kullanan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 44.43 ± 5.49 olarak bulunmuştur. Bakım

verenlerin alkol kullanımını ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 10. Bakım Verenlerde Hastalık Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bakım Verenlerde Hastalık durumu	Beck Depresyon Ölçeği	Test Değerleri	Zarit Bakıcı Yük Ölçeği	Test Değerleri
Fiziksel Hastalık	$\bar{x}\pm SS$		$\bar{x}\pm SS$	
Yok (n=54)	2,87± 6,64	Z=-3,01	44,57±8,91	Z=-1,74
Var (n=17)	5,94± 5,67	p= 0.003*	49±9,33	p=0.082
Aile Bireylerinde Hastanın Dışında Psikiyatrik Bozukluğun Bulunma Durumu	$\bar{x}\pm SS$		$\bar{x}\pm SS$	
Yok (n=56)	3,2± 6,42	Z=-1,36	44,38±7,52	Z=-1,89
Var (n=15)	5,13± 6,88	p= 0.173	50,33±12,88	p= 0.058

* $p<0,05$

Z: Mann Whitney U testi

Araştırmaya katılan bakım verenlerden fiziksel hastalığı olmayanların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 2.87±6.64, fiziksel hastalığı olan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 5.94±5.67'dir. Fiziksel hastalığı olan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması, fiziksel hastalığı olmayan bakım verenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Fiziksel hastalığı olmayan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 44.57±8.91, fiziksel hastalığı olan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 49±9.33 olarak bulunmuştur. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması ile fiziksel hastalık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Araştırmada, ailede hasta dışında bir psikiyatrik bozukluğu olan bireye sahip olmayan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 3.2±6.42, ailede hasta dışında bir psikiyatrik bozukluğu olan bireye sahip bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 5.13±6.88'dir. Ailede hasta dışında bir psikiyatrik bozukluğu olan bireye sahip olmayan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 44.38±7.52, ailede hasta dışında bir psikiyatrik bozukluğu olan bireye sahip bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 50.33±12.88 olarak bulunmuştur. Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamalarına ile aile bireylerinde

hastanın dışında psikiyatrik bozukluğun bulunma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 11. Bakım Verenlerin Bakım Verdikleri Hastalarına Ait Özelliklerine Göre Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hastalara Ait Özellikler	Beck Depresyon	Test	Zarit Bakıcı	Test
	Ölçeği	Değerleri	Yük Ölçeği	Değerleri
Hastasının Hastaneye Yatış Şekli	$\bar{x}\pm SS$		$\bar{x}\pm SS$	
Kendi İsteğiyle (n=20)	6,45±9,38	Z=-1,65	45,4±9,41	Z=-0,47
Yakının İsteğiyle/ Zorla (n=51)	2,49±4,64	p= 0.099	45,73±9,13	p= 0.613
Hastasının Özkıyım Girişimi	$\bar{x}\pm SS$		$\bar{x}\pm SS$	
Yok (n=59)	3,08±6,76	Z=-3,21	45,78±9,4	Z=-0,41
Var (n=12)	6,17±4,61	p= 0.001*	44,92±8,12	p= 0.684

* $p<0,05$

Z: Mann Whitney U testi

Araştırmaya katılan katılımcılardan kendi isteğiyle hastaneye yatan hastaların bakım verenlerinin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 6.45 ± 9.38 , yakının isteğiyle/zorla yatan hastaların bakım verenlerinin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 2.49 ± 4.64 'tür. Kendi isteğiyle hastaneye yatan hastaların bakım verenlerinin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 45.4 ± 9.41 , yakının isteğiyle/zorla yatan hastaların bakım verenlerinin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 45.73 ± 9.13 olarak bulunmuştur. Hastanın hastaneye yatış şekli durumu, bakım verenler ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan bakım verenlerden hastasının özkıyım girişimi olmayanların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 3.08 ± 6.76 , hastasının özkıyım girişimi olan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 6.17 ± 4.61 'dir. Özkıyım girişimi olan hastaların bakım verenleri ile Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması, hastasının özkıyım girişimi olmayan bakım verenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Hastasının özkıyım girişimi olmayan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 45.78 ± 9.4 , hastasının özkıyım girişimi olan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 44.92 ± 8.12 olarak bulunmuştur. Zarit Bakıcı Yük

Ölçeği puan ortalaması ile hastasının özkıyım girişimi faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 12. Bakım Verenlerin Yaş, Çocuk Sayısı, Hastasının Hastalık Süresi, Hastasının Hastaneye Yatış Sayısı ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Demografik Özellikler	Beck Depresyon Ölçeği		Zarit Bakıcı Yük Ölçeği	
	r	p	r	p
Yaş	0,14	0.239	0,19	0.121
Çocuk Sayısı	0,28	0.019*	0,11	0.366
Hastasının Hastalık Süresi	0,28	0.019*	0,11	0.366
Hastasının Hastaneye Yatış Sayısı	0,31	0.008*	0,18	0.133
Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları	0,26	0.029*	0,54	0.000*

* $p<0,05$

r: Pearson Korelasyon Testi

Araştırmada, bakım verenlerin yaşı ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Araştırmaya katılan bakım verenlerin çocuk sayısı, hastalarının hastalık süresi ve hastalarının yatış sayısı ile Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım verenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ile Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım verenlerin çocuk sayısı, hastalarının hastalık süresi ve hastalarının yatış sayısı ile Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Bakım verenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ile ile Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 13. Bakım Verenlerin Beck Depresyon Ölçeği ile Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Zarit Bakıcı Yük Ölçeği		
	r	p
Beck Depresyon Ölçeği	0,25	0.033*

*p<0,05

r: Pearson Korelasyon Testi

Araştırmaya katılan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği ile Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma bipolar bozukluğu olan hastaların yakınlarında bakım yükü, depresyon ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma Uygulama Merkezi Habip Kızıltaş Psikiyatri Hastanesi'nde yatarak tedavi gören hastaların bakım verenlerinde yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular, aşağıdaki başlıklar altında ele alınarak, mevcut literatür ışığında tartışılmıştır.

5.1. Bakım Verenlerin Demografik Özelliklerine Göre Depresyon ve Bakım Yükü Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada, bipolar bozukluğu olan hastaların bakım verenlerinin cinsiyet değişkeninin bakım verenlerin depresyon düzeyleri ve bakım yükü düzeylerine etki etmediği bulunmuştur. Literatür incelendiğinde bu çalışmanın sonuçlarına benzer ve farklı sonuçların olduğu çalışmalar görülmektedir. Barlas'ın (2011) ise hem şizofreni hem de bipolar bozukluğu olan hasta yakınlarıyla yaptığı, Arévalo-Flores ve arkadaşlarının (2012) Peru'nun Lima şehrinde, paranoid şizofreni hastalarının primer bakım verenleriyle yaptıkları, Tel ve Pınar'ın (2013) kronik ruhsal sorunlu hastaların primer bakım vericilerinde tükenmişlik ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarda kadın bakım verenlerin depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Foldemo ve arkadaşlarının (2005) ve Koukia ve Madianos'un (2005) şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yaptıkları çalışmada bakım yükü açısından cinsiyetler arasında farklılık olmadığını bildirmişlerdir. Chien ve arkadaşlarının (2007) şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yaptıkları çalışmada ve Perlick ve arkadaşlarının (2007) bipolar bozukluğu olan hastaların bakım verenleriyle yaptıkları çalışmada bakım verenlerin bakım yükü açısından cinsiyetler arasında farklılık olmadığını bildirmişlerdir. Cerqueira ve arkadaşlarının (2008) ise sadece obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların yakınlarıyla yaptıkları ve Kalra ve arkadaşlarının (2009) obsesif kompulsif bozukluğu ve şizofreni olan hastaların yakınları ile yaptığı çalışmalarda bakım verenlerin bakım yükü açısından cinsiyetler arasında farklılık olmadığını bildirmişlerdir. Barlas'ın (2011) ise hem şizofreni

hem de bipolar, Çiçek'in (2011) obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarının bakım verenlerinde yaptıkları çalışmada ise bakım yükü açısından cinsiyetler arasında farklılık olmadığını bildirmişlerdir. Ak ve arkadaşlarının (2012) kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların bakım verenleriyle yaptıkları çalışmada bakım yükü açısından cinsiyetler arasında farklılık olmadığını bildirmiştir. Çetin ve arkadaşlarının (2013), Kaya'nın (2013) şizofreni, Erten ve arkadaşlarının (2013) bipolar-1 bozukluğu olan ve Karaağaç ve Var'ın (2015), şizofreni hastaların yakınlarıyla yaptıkları çalışmalarda bakım yükü açısından cinsiyetler arasında farklılık olmadığını bildirmişlerdir. Görüldüğü üzere literatürde birçok çalışmada bakım verenlerin cinsiyet faktörünün depresyon ve bakım yükü düzeyini ile ruhsal hastalıklara ilişkin inançları etkilemediği bildirilmiştir. Fakat bunun yanında cinsiyet faktörünün yukarıda sayılan durumları etkilediği çalışmalar da bulunmaktadır. Gutiérrez-Maldonado ve arkadaşlarının (2005) şizofreni hastalarının ailesinde genel sağlık ve bakım yükünü inceledikleri, Caqueo-Urizar ve Gutiérrez-Maldonado'nun (2006) şizofreni hastaların ailelerinde bakım yükünü inceledikleri, Li ve arkadaşlarının (2007) Çin'de bulunan şizofreni hastaların ailelerinde bakım yükünü inceledikleri, Gülseren ve arkadaşlarının (2010) şizofreni hastalarının bakım verenlerine yaptıkları çalışmalarda kadın bakım verenlerin bakım yükünün daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçların yanı sıra erkek bakım verenlerin de istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek çıktığı bir çalışmada bulunmaktadır. Caqueo-Urizar ve arkadaşlarının (2011) orta gelirli ülkelerde yaşayan şizofreni hastalarının yakınlarında tutum ve yükünü inceledikleri çalışmada erkek bakım verenlerin bakım yükünün daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Bu çalışmada, bipolar hastaların bakım verenlerinin medeni durumu değişkeni ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları arasında karşılaştırma yapılmıştır. Medeni durumu bekar olan bakım verenlerin daha depresif olduğu bulunmuşken bakım verenlerin bakım yükü açısından medeni durumlar arasında farklılık olmadığı bulunmuştur. Literatür incelendiğinde bu çalışmaya benzer sonuçların olduğu çalışmalara ulaşılmıştır. Gutiérrez-Maldonado ve arkadaşlarının (2005) şizofreni hastalarının ailesinde genel sağlık ve bakım yükünü inceledikleri, Caqueo-Urizar ve Gutiérrez-Maldonado'nun (2006) şizofreni hastaların ailelerinde bakım yükünü inceledikleri, Aydın ve arkadaşlarının (2009) şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin, sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisini inceledikleri, Caqueo-Urizar ve arkadaşlarının (2011) orta gelirli ülkelerde yaşayan şizofreni hastalarının

yakınlarında tutum ve yükünü inceledikleri, Barlas'ın (2011) şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarına bakım verenlerin yük, depresyon ve anksiyete düzeylerinin sosyodemografik özellikler ve hastalık şiddeti yönünden karşılaştırdığı, Ak ve arkadaşlarının (2012) kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların bakım verenleriyle yaptıkları, Çetin ve arkadaşlarının (2013) şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışa vuran duygu durumu ilişkisini inceledikleri, Erten ve arkadaşlarının (2013) bipolar-1 bozukluğu olan hastaların yakınlarıyla yaptığı, Kaya'nın (2013) şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yaptığı çalışmalarda bakım verenlerin bakım yükü açısından medeni durumlar arasında farklılık olmadığını bildirmişlerdir.

Bu çalışmada, bipolar hastaların bakım verenlerinin eğitim durumu değişkeni ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları arasında karşılaştırma yapılmıştır. Bakım verenlerin eğitim düzeyi azaldıkça depresyon düzeyinin arttığı bulunmuştur. Bunun yanı sıra bakım verenlerin eğitim durumunun bakım yükünü etkilemediği bulunmuştur. Literatüre bakıldığında çalışmamıza benzer ve farklı sonuçların bulunduğu çalışmalar mevcuttur. Yen ve Lundeen (2006) ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım verenleriyle yaptıkları çalışmada bakım verenlerin eğitim seviyesi yükseldikçe depresyon düzeylerinin azaldığını bildirmişlerdir. Barlas'ın (2011) şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarına bakım verenlerin yük, depresyon ve anksiyete düzeylerinin sosyodemografik özellikler ve hastalık şiddeti yönünden karşılaştırdığı çalışmasında bipolar ve şizofreni hastaların bakım verenlerinde eğitim düzeyi düştükçe depresif düzeyin arttığını fakat bakım yükü açısından eğitim düzeyleri arasında farklılık bulunmadığını bildirmişlerdir. Tel ve Pınar'ın (2013) kronik ruhsal sorunlu hastaların primer bakım vericilerinde tükenmişlik ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada bakım verenlerin eğitim seviyesi yükseldikçe depresyon düzeylerinin azaldığını bildirmişlerdir. Koukia ve Madianos'un (2005) şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yaptıkları çalışma ile Chien ve arkadaşlarının (2007) Çinli şizofreni hastalarının bakım verenlerindeki bakım yükünü inceledikleri çalışmalarda bakım yükü açısından bakım verenlerin eğitim düzeyleri arasında farklılıklar bulunmadığını bildirmişlerdir. Çetin ve arkadaşlarının (2013) şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışa vuran duygu durumu ilişkisini inceledikleri, Erten ve arkadaşlarının (2013) bipolar-1 bozukluğu olan hastaların yakınlarıyla yaptığı, Kaya'nın (2013) şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yaptığı çalışmalarda bakım yükü açısından bakım verenlerin eğitim düzeyleri

arasında farklılık bulunmadığını bildirmişlerdir. Eğilli ve Sunal'ın (2017) demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve etmenlerini inceledikleri çalışmada bakım yükü açısından bakım verenlerin eğitim düzeyleri arasında farklılık bulunmadığını bildirmiştir. Gutiérrez-Maldonado ve arkadaşlarının (2005) şizofreni hastalarının ailesinde genel sağlık ve bakım yükünü inceledikleri, Caqueo-Urizar ve Gutiérrez-Maldonado'nun (2006) şizofreni hastaların ailelerinde bakım yükünü inceledikleri, Leal ve arkadaşlarının (2008) şizofreni hastalarının informal bakım verenlerinde psikoeğitim programının yük üzerindeki etkisini değerlendirdikleri, Aydın ve arkadaşlarının (2009) şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin, sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisini inceledikleri, Caqueo-Urizar ve arkadaşlarının (2011) orta gelirli ülkelerde yaşayan şizofreni hastalarının yakınlarında tutum ve yükünü inceledikleri, Ak ve arkadaşlarının (2012) kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların bakım verenleriyle yaptıkları, Karaağaç ve Var'ın (2015) şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yaptıkları çalışmalarda bakım verenlerin eğitim seviyesi yükseldikçe bakım yüklerinin azaldığını bildirmişlerdir. Buna karşın Ukpong'in (2006) serviste yatmış şizofreni hastalarının yakınlarındaki bakım yükünü incelediği çalışmasında ise bakım verenlerin eğitim yılı arttıkça bakım yükünün de arttığını bulmuştur.

Bu çalışmada, bipolar hastaların bakım verenlerinin çalışabilirlik durumu değişkeni ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları arasında karşılaştırma yapılmıştır. Bipolar hastaların bakım verenlerinin çalışabilirlik durumlarına bakıldığında çalışmayan bakım verenlerin depresyon düzeyleri yüksek bulunmuştur. Bunun yanı sıra çalışabilirlik değişkeninin bakım verenlerin bakım yükünü etkilemediği bulunmuştur. Literatür incelendiğinde bu çalışmaya benzer ve farklı sonuçların bulunduğu çalışmalar görülmüştür. Erten ve arkadaşlarının (2013) bipolar-1 bozukluğu olan hastaların yakınlarıyla yaptığı çalışmada bakım yükü açısından bakım verenlerin çalışma durumları arasında farklılıklar bulunmadığını bildirmişlerdir. Buna karşın, Chien ve arkadaşlarının (2007) Çinli şizofreni hastalarının bakım verenlerindeki bakım yükünü inceledikleri ve Çiçek'in (2011) obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların yakınlarıyla yaptığı çalışmalarda çalışmayan bakım verenlerde bakım yükünün yüksek olduğu bildirilmiştir. Kaya'nın (2013) şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yaptığı çalışmada ise emekli olan bakım verenlerde bakım yükünün düşük olduğu bildirilmiştir.

Bu çalışmada, bipolar hastaların bakım verenlerinin gelir durumu değişkeni ile

Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları arasında karşılaştırma yapılmıştır. Bipolar hastaların bakım verenlerinin gelir durumları bakım verenlerin depresyon ve bakım yükü düzeylerini etkilemediği bulunmuştur. Literatüre bakıldığında bu çalışmanın sonuçlarına benzer ve farklı çalışmalar bulunmaktadır. Ak ve arkadaşlarının (2012) kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların bakım verenleriyle yaptıkları, Eğilli ve Sunal'ın (2017) demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve etmenlerini inceledikleri çalışmalarda bakım yükü açısından bakım verenlerin gelir düzeyleri arasında farklılıkların bulunmadığını bildirmişlerdir. Gutiérrez-Maldonado ve arkadaşlarının (2005) şizofreni hastalarının ailesinde genel sağlık ve bakım yükünü inceledikleri, Gülseren ve arkadaşlarının (2010) ile Kaya'nın (2013) şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yaptığı çalışmalarda bakım verenlerin gelir düzeyleri düşükçe üzerlerindeki bakım yükü artmakta olduğu bildirilmiştir. Karaağaç ve Var'ın (2015) şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yaptıkları çalışmada bakım verenlerin gelir düzeyi düşükçe bakım yükünün arttığı bildirilmiştir.

Bu çalışmada, bipolar hastaların bakım verenlerinin sosyal güvencesi değişkeni ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları arasında karşılaştırma yapılmıştır. Bipolar hastaların bakım verenlerinin sosyal güvencesi bakıldığında sosyal güvence değişkeni bakım verenlerin depresyon düzeylerini etkilemediği bulunmuştur. Bunu yanı sıra sosyal güvencesi olmayan bakım verenlerin bakım yükleri yüksek bulunmuştur. Bu durum, tüm hastaların sosyal güvencesinin veya yeşilkartlı olmasıyla yatarak tedavi olurken hasta için harcama yapmamasından kaynaklanabilir. Fakat genel sağlık sigortası primini yatırmayan hastaların prim borcu nedeniyle özel hasta konumuna düşüp tedavi süreci boyunca bu hastalardan ücret alınmaktadır. Bu durum bakım verenlerde mutsuzluk, huzursuzluk, öfke gibi duygulara sebep olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada, bipolar hastaların bakım verenlerin yaşadıkları yer değişkeni ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları arasında karşılaştırma yapılmıştır. Bipolar hastaların bakım verenlerinin yaşadıkları yer değişkeni bakım verenlerin depresyon ve bakım yükü düzeylerini etkilememektedir. Bu durum başa etme stratejilerinin yaşanılan yere bağlı kalmaksızın uygulanabildiği ve hastanelere ulaşılabilirliğin daha kolay olmasıyla açıklanabilir.

5.2. Bakım Verenlerin Aile ve Yaşam Özelliklerine Göre Depresyon ve Bakım Yükü Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada, bipolar hastaların bakım verenlerin aile türü değişkeni ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları arasında karşılaştırma yapılmıştır. Bipolar hastaların bakım verenlerden aile türü geniş aile olanların depresyon düzeyleri yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca aile türünün, bipolar hastaların bakım verenlerinde bakım yükünü etkilemediği görülmektedir olduğu ve bunun da depresyon düzeylerini arttırabileceği şeklinde açıklanabilir. Literatüre bakıldığında Ata ve Doğan'ın (2018) şizofreni hastalarında bakım yükünü inceledikleri çalışmada bakım yükü açısından bakım verenlerin aile türleri arasında farklılıklar olmadığı bildirilmiştir.

Bu çalışmada, bipolar hastaların bakım verenlerin hastaya yakınlık derecesi değişkeni ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları arasında karşılaştırma yapılmıştır. Bipolar hastaların bakım verenlerinin hastaya yakınlık derecesine göre Beck Depresyon Ölçeğine bakıldığında yakınlık derecesi değişkeninin, bakım verenlerin depresyon düzeyini etkilemediği görülmektedir. Hastaya yakınlık derecesi eş, çocuğu ve kardeşi olan bakım verenlerin ise bakım yükünün yüksek olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde bu çalışmanın sonuçlarına benzer ve farklı çalışmalar olduğu görülmüştür. Tel ve Pınar'ın (2013) kronik ruhsal sorunlu hastaların primer bakım vericilerinde tükenmişlik ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada eşlerin depresif düzeyleri daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Lim ve Ahn'ın (2003) Kore'deki şizofreni hastalarının bakım verenlerindeki bakım yükünü inceledikleri çalışmada hastanın eşi, çocuğu ya da kardeşi olan bakım verenlerde bakım yükü yüksek çıkmıştır. Ak ve arkadaşlarının (2012) kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların bakım verenleriyle yaptıkları çalışmada hastaların eşlerindeki bakım yükünün daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Gutiérrez-Maldonado ve arkadaşlarının (2005) şizofreni hastalarının ailesinde genel sağlık ve bakım yükünü inceledikleri, Caqueo-Urizar ve Gutiérrez-Maldonado'nun (2006) şizofreni hastaların ailelerinde bakım yükünü inceledikleri, Li ve arkadaşlarının (2007) Çin'de bulunan şizofreni hastaların ailelerinde bakım yükünü inceledikleri, Gülseren ve arkadaşlarının (2010) şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenleri inceledikleri çalışmalarda anne olan bakım verenlerin daha çok bakım yükü hissettikleri bildirilmiştir. Chien ve arkadaşlarının (2007) şizofreni hastalarının bakım

verenleriyle yaptıkları, Çetin ve arkadaşlarının (2013) Şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışa vuran duygu durumu ilişkisini inceledikleri çalışmalarda bakım yükü açısından bakım verenlerin yakınlık düzeyleri arasında farklılık olmadığı bildirilmiştir.

Bu çalışmada, bipolar hastaların bakım verenlerinin hastası ile aynı evde kalma durumu değişkeni ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları arasında karşılaştırma yapılmıştır. Bipolar hastaların bakım verenlerinin hastası ile aynı evde kalma değişkeni bakım verenlerinin depresyon düzeyini etkilemediği görülmektedir. Hastası ile aynı evde kalmayan bakım verenlerin ise bakım yükü düzeyleri yüksek olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada, bipolar hastaların bakım verenlerin hastasının bakımında bakım vermede yardımcı bireye ihtiyaç duyma değişkeni ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları arasında karşılaştırma yapılmıştır. Bipolar hastaların bakım verenlerin hastasının bakımında bakım vermede yardımcı birey ihtiyacı olanların depresyon düzeyleri yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca hastasının bakımında bakım vermede yardımcı birey ihtiyacı olma değişkeninin bipolar hastalara bakım verenlerin bakım yükü düzeyini etkilemediği görülmektedir arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa neden olmadığı görülmektedir. Literatür incelendiğinde bu çalışmaya benzer ve farklı sonuçların bulunduğu çalışmalar görülmüştür. Aydın ve arkadaşlarının (2009) şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin, sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisini inceledikleri çalışmada depresyon ve bakım yükü açısından hastasının bakımında bakım vermede yardımcı birey varlığı durumları arasında farklılık olmadığı bildirilmiştir. Kaya'nın (2013) şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yaptığı çalışmalarda, bakım yükü açısından hastasının bakımında bakım vermede yardımcı birey varlığı durumları arasında farklılık olmadığı bildirilmiştir. Magliano ve arkadaşlarının (1998) şizofreni hastalarının ailelerinde yükü inceledikleri, Chien ve arkadaşlarının (2007) şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yaptıkları, Hanzawa ve arkadaşlarının (2008) Japonya'da şizofreni hastalarının annelerinde başa çıkma stratejileri ve yükü inceledikleri çalışmalarda, hastasının bakımında bakım vermede yardımcı bireye sahip olan bakım verenlerin hissettikleri bakım yükünün az olduğu bildirilmiştir.

5.3. Bakım Verenlerin Sigara ve Alkol Kullanımına Göre Depresyon ve Bakım Yükü Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada, bipolar hastaların bakım verenlerin sigara kullanımı değişkeni ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları arasında karşılaştırma yapılmıştır. Bipolar hastaların bakım verenlerinin sigara kullanma durumları, bakım verenlerin depresyon ve bakım yükü düzeylerini etkilemediği görülmektedir. Literatür incelendiğinde bu çalışmaya benzer sonuçların bulunduğu bir çalışma görülmüştür. Ak ve arkadaşlarının (2012) kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların bakım verenleriyle yaptıkları çalışmada bakım yükü açısından bakım verenlerin sigara kullanımı durumları arasında farklılık olmadığı bildirilmiştir.

Bu çalışmada, bipolar hastaların bakım verenlerin alkol kullanımı ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları arasında karşılaştırma yapılmıştır. Bipolar hastaların bakım verenlerinin alkol kullanım durumları, bakım verenlerin depresyon ve bakım yükü düzeylerini etkilemediği görülmektedir. Literatür incelendiğinde bu çalışmaya benzer sonuçların bulunduğu bir çalışma görülmüştür. Ak ve arkadaşlarının (2012) kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların bakım verenleriyle yaptıkları çalışmada bakım yükü açısından bakım verenlerin alkol kullanımı durumları arasında farklılık olmadığı bildirilmiştir.

5.4. Bakım Verenlerde Hastalık Durumlarına Göre Depresyon ve Bakım Yükü Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada, bipolar hastaların bakım verenlerin fiziksel hastalık öyküsü değişkeni ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları arasında karşılaştırma yapılmıştır. Bipolar hastaların bakım verenlerin fiziksel hastalık öyküsü olanların depresyon düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra fiziksel hastalık öyküsü olma değişkeninin, bakım verenlerin bakım yükünü etkilemediği görülmektedir. Literatür incelendiğinde bu çalışmaya benzer sonuçların bulunduğu bir çalışma görülmüştür. Ak ve arkadaşlarının (2012) kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan

hastaların bakım verenleriyle yaptıkları çalışmada bakım yükü açısından bakım verenlerin fiziksel hastalık öyküsü durumları arasında farklılık olmadığı bildirilmiştir.

Bu çalışmada, bipolar hastaların bakım verenlerin aile bireylerinde hastanın dışında psikiyatrik bozukluğa sahip birey varlığı değişkeni ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları arasında karşılaştırma yapılmıştır. Bipolar hastaların bakım verenlerin aile bireylerinde hastanın dışında psikiyatrik bozukluğa sahip bireye sahip olma durumlarına bakıldığında bu değişkenin bakım verenlerin depresyon ve bakım yükü düzeylerini etkilemediği görülmektedir. Literatür incelendiğinde bu çalışmaya benzer ve farklı sonuçların bulunduğu çalışmalar görülmüştür. Kaya'nın (2013) şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yaptığı çalışmada bakım yükü açısından bakım verenlerin yakınlarında başka bir psikiyatrik hastalığa sahip olup olmama durumları arasında farklılık olmadığı bildirilmiştir. Çiçek'in (2011) obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların yakınlarıyla yaptığı çalışmada bakım yükü açısından bakım verenlerin yakınlarında bir psikiyatrik rahatsızlık olanların bakım yükü daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ak ve arkadaşlarının (2012) kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların bakım verenleriyle yaptıkları çalışmada ailede psikiyatrik öyküsü olanların bakım yükü daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

5.5. Bakım Verenlerin Bakım Verdikleri Hastalarına Ait Özelliklerine Göre Depresyon ve Bakım Yükü Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada, bipolar hastaların bakım verenlerin hastasının hastaneye yatış şekli değişkeni ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları arasında karşılaştırma yapılmıştır. Bipolar hastaların bakım verenlerin hastasının hastaneye yatış şekli değişkeninin, bakım verenlerin depresyon ve bakım yükü düzeylerini etkilemediği görülmektedir. Bu sonuçların ortaya çıkmasında, bakım verenler için önemli olan, hastanın tedavi olup iyilik haline kavuşması düşüncesinin neden olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada, bipolar hastaların bakım verenlerin hastasının özkayım girişimi değişkeni ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları arasında karşılaştırma yapılmıştır. Bipolar hastaların bakım verenlerinden hastasının

özkıyım girişimi olanların depresyon düzeyleri yüksek olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra hastasının özkıyım girişimi olma değişkeninin, bipolar hastaların bakım verenlerinin bakım yükü düzeyini etkilemediği görülmektedir. Literatür incelendiğinde bu çalışmaya benzer sonuçların bulunduğu bir çalışma görülmüştür. Aydın ve arkadaşlarının (2009) şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin, sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisini inceledikleri çalışmada bakım yükü açısından bakım verenlerin hastasının özkıyım girişimi durumları arasında farklılık olmadığı bildirilmiştir.

5.6. Bakım Verenlerin Bakım Verdikleri Hastalarına Ait Özellikler ile Depresyon ve Bakım Yükü Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada, bakım verenlerin hastalarının hastalık süresi ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Bakım verenlerin hastalarının hastalık süresi arttıkça bakım verenlerinin depresyon düzeyinin de arttığı görülmektedir. Bunun yanı sıra bakım verenlerin bakım yükü açısından hastalarının hastalık süresi arasında farklılık bulunmadığı görülmektedir. Literatür incelendiğinde bu çalışmanın sonuçlarına benzer ve farklı sonuçların olduğu çalışmalar görülmektedir. Barlas'ın (2011) şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarına bakım verenlerin yük, depresyon ve anksiyete düzeylerinin sosyodemografik özellikler ve hastalık şiddeti yönünden karşılaştırdığı çalışmada bipolar ve şizofreni hastaların bakım verenlerinin depresyon düzeyleri açısından hastalarının hastalık süresi miktarı arasında farklılık olmadığı bildirilmiştir. Koukia ve Madianos'un (2005) şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yaptıkları, Chien ve arkadaşlarının (2007) şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yaptıkları, Kalra ve arkadaşlarının (2009) obsesif kompulsif bozukluğu ve şizofreni olan hastaların yakınlarıyla yaptıkları, Caqueo-Urizar ve arkadaşlarının (2011) orta gelirli ülkelerde yaşayan şizofreni hastalarının yakınlarında tutum ve yükünü inceledikleri, Barlas'ın (2011) şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarına bakım verenlerin yük, depresyon ve anksiyete düzeylerinin sosyodemografik özellikler ve hastalık şiddeti yönünden karşılaştırdığı, Kaya'nın (2013) şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yaptığı çalışmalarda bakım yükü açısından bakım verenlerin hastalarının hastalık süresi miktarları arasında farklılık olmadığı bildirilmiştir. Çiçek'in (2011) obsesif kompulsif bozukluğu olan

hastaların yakınlarıyla yaptığı çalışmada bakım verenlerin hastalarının hastalık süresinin artmasıyla bakım yükünün de arttığı bildirilmiştir.

Bu çalışmada, bakım verenlerin hastalarının hastalarının hastaneye yatış sayısı ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Bakım verenlerin hastalarının yatış sayısı arttıkça bakım verenlerinin depresyon düzeyinin de arttığı görülmektedir. Bunun yanı sıra bakım verenlerin bakım yükü açısından hastalarının yatış miktarları arasında farklılık bulunmadığı görülmektedir. Literatür incelendiğinde bu çalışmanın sonuçlarına benzer ve farklı sonuçların olduğu çalışmalar görülmektedir. Barlas'ın (2011) şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarına bakım verenlerin yük, depresyon ve anksiyete düzeylerinin sosyodemografik özellikler ve hastalık şiddeti yönünden karşılaştırdığı çalışmada depresyon düzeyleri açısından bakım verenlerin hastalarının hastaneye yatış sayısı miktarları arasında farklılık olmadığı bildirilmiştir. Koukia ve Madianos'un (2005) şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yaptıkları, Barlas'ın (2011) şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarına bakım verenlerin yük, depresyon ve anksiyete düzeylerinin sosyodemografik özellikler ve hastalık şiddeti yönünden karşılaştırdığı, Kaya'nın (2013) şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yaptığı çalışmalarda bakım yükü açısından bakım verenlerin hastalarının hastaneye yatış sayıları arasında farklılık olmadığı bildirilmiştir. Li ve arkadaşlarının (2007) Çin'de bulunan şizofreni hastaların ailelerinde bakım yükünü inceledikleri, Aydın ve arkadaşlarının (2009) şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin, sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisini inceledikleri, Çiçek'in (2011) obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların yakınlarıyla yaptığı çalışmalarda bakım verenlerin hastalarının hastaneye yatış sayısı arttıkça bakım yükünün arttığı bildirilmiştir.

5.7. Bakım Verenlerin Yaş, Çocuk Sayısı ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları ile Depresyon ve Bakım Yükü Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bu çalışmada, bakım verenlerin yaşı ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Bakım yükü ve depresyon düzeyi açısından bakım verenlerin yaş düzeyleri arasında farklılık olmadığı görülmektedir. Literatür incelendiğinde bu çalışmanın sonuçlarına benzer ve farklı sonuçların olduğu çalışmalar görülmektedir. Tel ve Pınar'ın (2013) kronik ruhsal sorunlu hastaların primer bakım vericilerinde tükenmişlik ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, bakım depresyon düzeyi açısından bakım verenlerin yaş düzeyleri arasında farklılık olmadığı bildirilmiştir. Gutiérrez-Maldonado ve arkadaşlarının (2005) şizofreni hastalarının ailesinde genel sağlık ve bakım yükünü inceledikleri, Aydın ve arkadaşlarının (2009) şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin, sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisini inceledikleri, Çiçek'in (2011) obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların yakınlarıyla yaptığı, Ak ve arkadaşlarının (2012) kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların bakım verenleriyle yaptıkları, Kaya'nın (2013) şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yaptığı, Karaağaç ve Var'ın (2015) şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yaptıkları, Eğilli ve Sunal'ın (2017) demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve etmenlerini inceledikleri çalışmalarda bakım yükü açısından bakım verenlerin yaş düzeyleri arasında farklılık olmadığı bildirilmiştir. Magliano ve arkadaşlarının (1998) şizofreni hastalarının ailelerinde yükü inceledikleri, Chien ve arkadaşlarının (2007) şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yaptıkları ve çalışmalarda bakım verenlerde yaşın artmasıyla bakım yükünün azaldığını bildirilmiştir. Caqueo-Urizar ve arkadaşlarının (2011) orta gelirli ülkelerde yaşayan şizofreni hastalarının yakınlarında tutum ve yükünü inceledikleri çalışmalarda bakım verenlerde yaşın artmasıyla bakım yükünün azaldığını bildirilmiştir. Li ve arkadaşlarının (2007) Çin'de bulunan şizofreni hastaların ailelerinde bakım yükünü inceledikleri çalışmada ise bakım verenlerde yaşın artmasıyla bakım yükünün de arttığı bildirilmiştir.

Bu çalışmada, bakım verenlerin çocuk sayısı ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Bakım verenlerin çocuk sayısı arttıkça depresyon düzeyinin de arttığı görülmektedir. Bunun yanı sıra bakım verenlerin bakım yükü açısından çocuk sayılarının arasında farklılık bulunmadığı

görülmektedir. Bu sonuç bakım verenin kendi özel yaşamı ve ebeveynlik rolü ile hastaya bakım verme rolü arasında kalarak stres, huzursuzluk, endişe ve yetersizlik gibi duygulara maruz kalmasıyla açıklanabilir.

Bu çalışmada bakım verenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmadan elde edilen verilere göre bakım verenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları olumsuz oldukça, depresyon ve bakım yükü düzeyleri arttığı bulunmuştur. Kabahasanoğlu'nun (2014) şizofreni hastalarına bakım verenlerin başa çıkma stratejileri ile ruhsal hastalığa yönelik inançlarının; bakım veren yükü, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile ilişkisini incelediği çalışmada bakım verenlerin ruhsal hastalığa yönelik inançları olumsuz oldukça, bakım yükünün ve depresyon düzeylerinin arttığı bildirilmiştir.

5.8. Bakım Verenlerin Beck Depresyon Ölçeği ile Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Puan Ortalamaları Dağılımının Tartışılması

Bu çalışmada bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamaları verilmiştir. Bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 3.61 ± 6.52 ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 45.63 ± 9.15 olarak bulunmuştur.

Aydın ve arkadaşlarının (2009) şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin, sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisini inceledikleri çalışmada bakım verenlerde Beck Depresyon Ölçeğinin puan ortalaması 12.16 ± 6.81 , Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin puan ortalaması 37.72 ± 16.52 olduğu bildirilmiştir. Arslantaş ve arkadaşlarının (2009) şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoeğitim hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerine olan etkisini incelediği çalışmada bakım verenlerde Beck Depresyon Ölçeğinin puan ortalaması 6.93 ± 7.23 olduğu bildirilmiştir. Gülseren ve arkadaşlarının (2010) şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenleri inceledikleri çalışmada bakım verenlerde Beck Depresyon Ölçeğinin puan ortalaması 9.7 ± 8.5 , Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin puan ortalaması 37.72 ± 16.52 olduğu

bildirilmiştir. Barlas'ın (2011) şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarına bakım verenlerin yük, depresyon ve anksiyete düzeylerinin sosyodemografik özellikler ve hastalık şiddeti yönünden karşılaştırdığı çalışmada şizofreni hastaların bakım verenlerinde Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 13.25 ± 7.74 , Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 65.28 ± 15.43 olduğu bildirilmiştir. Durmaz (2011) şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin öz-etkililik düzeylerinin bakım yüküne etkisini incelediği çalışmada bakım verenlerde Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 68.64 ± 18.60 olduğu bildirilmiştir. Kaya'nın (2013) şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yaptığı çalışmada bakım verenlerde Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 55.80 ± 15.90 olduğu bildirilmiştir. Kabahasanoğlu'nun (2014) şizofreni hastalarına bakım verenlerin başa çıkma stratejileri ile ruhsal hastalığa yönelik inançlarının; bakım veren yükü, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile ilişkisini incelediği çalışmada bakım verenlerde Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamasını 13.03 ± 10.36 , Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalaması 52.90 ± 16 olduğu bildirilmiştir.

5.9. Bakım Verenlerin Beck Depresyon Ölçeği ile Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bu çalışmada bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamalarının birbirleri ile ilişkisi incelenmiştir. Çalışmadan elde edilen verilere göre bakım verenlerin depresyon düzeyi arttıkça bakım yükü düzeyinin de arttığı bulunmuştur. Literatür incelendiğinde bu çalışmaya benzer sonuçların bulunduğu çalışmalar görülmektedir. Barlas'ın (2011) şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarına bakım verenlerin yük, depresyon ve anksiyete düzeylerinin sosyodemografik özellikler ve hastalık şiddeti yönünden karşılaştırdığı çalışmada şizofreni ve bipolar hastaların bakım verenlerinin bakım yükü arttıkça depresyon düzeylerinin de arttığı bildirilmiştir. Yazar ve arkadaşlarının (2017) erkek şizofreni hastalarında alkol ve madde kullanım bozukluğu varlığının bakım veren yükü, yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerine etkisini inceledikleri çalışmada bakım verenlerin bakım yükü arttıkça depresyon düzeylerinin de arttığı bildirilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bipolar bozukluğu olan hasta yakınlarında bakım yükü, depresyon ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Çalışmaya katılan bakım verenlerdeki cinsiyet değişkeni bakım verenlerin depresyon ve bakım yükü düzeylerini etkilememektedir.

- Bekar olan bakım verenlerin depresyon düzeyleri yüksektir.

- Bakım verenlerin eğitim durumları azaldıkça depresyon düzeyleri artmaktadır.

- Çalışmayan bakım verenlerin depresyon düzeyleri artmaktadır.

- Bakım verenlerin gelir durumları onların depresyon ve bakım yükü düzeylerini etkilememektedir.

- Bakım verenlerin neredeyse hepsinin sosyal güvencesi olmasına rağmen, sosyal güvencesi olmayanların depresyon düzeyleri ve bakım yükü yüksektir.

- Bakım verenlerin yaşadıkları yerler onların depresyon ve bakım yükü düzeylerini etkilememektedir.

- Bakım verenlerin çok azı geniş aile türünde yaşamalarına rağmen, depresyon düzeyleri yüksektir.

- Eş, çocuk ve kardeş konumundaki bakım verenlerin sayısı çok az olsa da, bakım yükleri yüksektir.

- Hastası ile aynı evde yaşamayan bakım verenlerin, bakım yükleri artmaktadır.

- Bipolar bozukluğu olan hastaların bakımında bakım vermede yardımcı bir bireye ihtiyacı olan bakım verenlerin depresyon düzeyleri yüksektir.

- Bakım verenlerin sigara ve alkol kullanımı onların depresyon ve bakım yükü düzeylerini etkilememektedir.

- Fiziksel bir hastalığı olan bakım verenlerin depresyon düzeyleri yüksektir.
- Aile içerisinde hastanın dışında bir psikiyatrik bozukluğa sahip birey bulunan bakım verenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları olumsuz olmaktadır.
- Hastaların geneli, hastaneye yakınının isteği veya zorla yatsa da bu durum bakım verenlerin depresyon ve bakım yükü düzeylerini etkilememektedir.
- Özkıyım girişimi az olan hastaların bakım verenlerinde depresyon düzeyi yüksektir.
- Bakım verenlerin yaş düzeyleri, depresyon ve bakım yükü düzeylerini etkilememektedir.
- Bakım verenlerin çocuk sayısı, hastalarının yatış sayısı arttıkça ve hastalarının hastalık süresi uzadıkça, depresyon düzeyleri artmaktadır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Eğitim durumu düşük olan, aile içinde hastadan başka bir psikiyatrik bozukluğa sahip bir bireyi olan bakım verenlere bipolar hastalığının belirti-bulguları, etkili baş etme yöntemleri, tedavi süreci ve taburculuk sonrası dönem için psikoeğitimler verilmesi ve bu eğitimlerin artırılması,
- Eş, çocuk veya kardeş yakınlık derecesi olan bakım verenlerin de tedavi sürecine dahil edilmesi ve faydalanabileceği kurumlar hakkında bilgilendirilmesi,
- Bekar, hastasının bakımında bakım vermede yardımcı bireye ihtiyacı olan ve geniş ailede yaşayan bakım verenlerin gündüz bakım evleri, toplum ruh sağlığı merkezleri hakkında bilgilendirilmesi ve bu merkezlere yönlendirilmesi,
- Çalışmayan bakım verenlere yönelik iş imkanlarının sağlanması için sosyal hizmet uzmanlarına yönlendirilmesi,
- Bipolar bozukluğu olan hastaların yakınlarındaki bakım yükü, depresyon ile ilgili daha büyük örneklem gruplarıyla araştırmalar yapılması önerilebilir.

Ayrıca;

- Hastaneden taburcu olduktan sonra hastaların toplumsal yaşamları ve hastalık ve tedavi uyumları bağlamında önemli etkiye sahip olan bakım verenlerle polikliniğe kontrole gelen hastaların bakım verenleri ile,

- Toplum Ruh sağlığı merkezlerine devam eden hastaların bakım verenleri ile, yaşadıkları sıkıntılara ilişkin derinlemesine bilgi edinebilmek için nitel araştırmaların yapılması önerilebilir.



KAYNAKLAR

Ak M, Yavuz KF, Lapsekili N, Türkçapar MH. Kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ve bakım verenlerinin bakım yükü açısından değerlendirilmesi, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2012, 25, 330-7.

Akbayrak N. Bakım Verenlerin Sorunları, I. Ulusal Geriatri Kongresi, Kongre Kitabı, 160-16 Toseland, RW., Smith, G. ve McCallion, P. (2001). Family caregivers of the frail elderly. Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations, (Gitterman, A. Editor), Second Edition, Columbia University Press 2002, 548-581.1.

Akın A, Demirel S. Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2003, 25(4), 73-82.

Akiskal HS. Duygudurum Bozuklukları: Klinik Özellikleri, In B. A. (çev eds) Sadock BJ, Sadock V (eds), Aydın H (Ed.), Kaplan & Sadock"s Comprehensive Textbook of Psychiatry (8th ed., pp. 1611–1652). Ankara Güneş Kitapevi 2007.

Akkaya C, Altın M, Bora K, Karamustafaloğlu N, Yağan A, Tomruk N, K. E. Türkiye'de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri-HOME Çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2012, 22(1), 31–42.

Addington D, Bouchard RH, Goldberg J, Malla A et al. Clinical Practice Guidelines Treatment of Schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2005, 50(1), 1-55.

Altınbaş K, Smith DJ, & Craddock N. Bipolar spektrumunun yeniden keşfi. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 2011, 48(3), 1–1.

Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *J Affect Disord* 2001, 67(1-3), 3-19

Arguvanlı S, Taşcı S. Bipolar Bozuklukda Bakım Verenlerin Sorunları. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2013, 1(1), 21-30.

Arnold LM, McElroy SL, Keck PE. The role of gender in mixed mania. *Compr Psychiatry* 2000, 41, 83–87.

Arpacı F, Arlı M. Aile Ortamında Demanslı Yaşlı Bakımında Karşılaşılan Sorunlar, 1. Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı 2001, 332-344.

Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011, 3, 251-77.

Ata EE, Doğan S. The Effect of a Brief Cognitive Behavioural Stress Management Programme on Mental Status, Coping with Stress Attitude and Caregiver Burden While Caring for Schizophrenic Patients, *Archives of Psychiatric Nursing* 32(2018), 112–119

Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011, 3(3), 513-552.

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

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

Ayuso-Gutiérrez JL, Ramos-Brieva JA. The course of manic-depressive illness. A comparative study of bipolar I and bipolar II patients. *Journal of Affective Disorders* 1982, 4(1), 9–14.

Bademli K, Duman ZÇ. Şizofreni Hastalarının Bakımverenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2013, 5(4), 461-478.

Barlas F. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Hastalarına Bakım Verenlerin Yük, Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Sosyodemografik Özellikler ve Hastalık Şiddeti Yönünden Karşılaştırılması, Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma, İstanbul 2011, 76-86.

Barrowclough C, Tarrier N. Families of schizophrenic patients. Cognitive behavioural intervention. London, Chapman & Hall 1992.

Bauer R, Koepke F, Sterzinger L, Spiessl H. Burden, rewards, and coping-the ups and downs of caregivers of people with mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2012, 200,11, 928-934.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry* 1961, 4, 561-571.

Berk L, Halam KT, Colom F, Vieta E, Hasty M, Macneil C, Berk M. Enhancing Medication Adherence İn Patients With Bipolar Disorder, *Human Psychopharmacol Clinical Exp* 2010, 25, 1–16.

Bernhard B, Schaub A, Kümmler P, Dittmann S, Severus E, Seemüller F et al. Impact of cognitive–psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives. *Eur Psychiatry* 2006, 21, 81-86.

Bilge A, Çam O. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008, 9, 91- 96.

Bilgili N. Yaşlı Bireye Bakım Veren Ailelerin Karşılaştıkları Sorunların Belirlenmesi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2000.

Bipolar disorder: The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care | Guidance and guidelines | NICE. (2006), (38).

Bora E, Vahip S, Akdeniz F. Bipolar bozuklukta bilimsel belirtileri doğası ve önemi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008, 19(1), 81-93.

Bowden CL. Klinik Psikofarmakolojinin Esasları, Schatzberg, AF, Charles B. Nemeroff CB. (Eds.) Çeviri: M. Emin Ceylan, Can Ger, Özden Arısoy, Esin Ofset Matbaa ve Reklamcılık A.Ş. , İstanbul 2005, 415.

Boye B, Bentsen H, Ulstein I, Notland TH., Lersbryggen A, Lingjaerde O Et al. Relatives' distress and patients' symptoms and behaviours: A prospective study of patients with schizophrenia and their relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001, 104, 42-50.

Calabrese JR, Shelton MD, Rapport DJ, Kujawa M, Kimmel SE, & Caban S. Current research on rapid cycling bipolar disorder and its treatment. *Journal of Affective Disorders* 2001, 67(1–3), 241–55.

Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J. Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res* 2006, 15, 719-724.

Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Palma-Faúndez C. Caregivers of patients with schizophrenia: how much they know and learn after a psychoeducational intervention? *Procedia –Socialand Behavioral Sciences* 2011, 30, 2468 – 2476.

Ceylan ME, Oral T. Duygudurum Bozuklukları, Nobel Tıp Kitapevi, BirinciBaskı, İstanbul 2001.

Chakrabarti S, Gill S. Coping and its correlates among caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar Disord* 2002, 4, 50-60.

Chakrabarti S, Kulhara P, Verma SK. Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1992, 86, 247–252.

Chan SW, Yip B, Tso S, Cheng B, Tam W. Evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. *Patient Education and Counseling* 2009, 75, 67–76.

Chien, WT, Norman I, Thompson DR. A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies* 2004, 41(6), 637–649.

Chien WT, Thompson DR and Norman I. Evaluation of peer-led mutual support group for Chinese families of people with schizophrenia. *Am J Community Psychol* 2008, 42, 122-34.

Chou K.R. Caregiver Burden, A Concept Analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 15 (6), 398-404
Arpacı, F. ve Arlı, M. (2001). Aile Ortamında Demanslı Yaşlı Bakımında Karşılaşılan Sorunlar, 1. Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı 2000, 332-344.7.

Colom F, Vieta E. Bipolar Bozuklukta Psikoeğitim el kitabı. (E. Tamam, L, Özalp, Ed.) (1st ed.). Ankara: Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd.Şti 2012.

Cook JA, Lefley HP, Pickett SA ve ark. Age and family burden among parents of offspring with severe mental illness. *Amer J Orthopsychiat* 1994, 64, 435-47.

Coryell W, Endicott J, Maser JD, Keller MB, Leon AC, & Akiskal HS. Long-term stability of polarity distinctions in the affective disorders. *The American Journal of Psychiatry* 1995, 152(3), 385–90.

Çakir S, & Özerdem A. Psychotherapeutic and psychosocial approaches in bipolar disorder: a systematic literature review. *Turkish Journal of Psychiatry* 2010, 21(2), 143–54.

Çetin N, Demiralp M, Oflaz F, Özşahin A. Şizofreni Hastalarının Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi ile Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Dışa Vuran Duygu Durumu İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2013, 14, 19-26.

Çetinkaya Duman Z, Bademli K. Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: sistematik bir inceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2013, 5, 78-94.

Çetinkaya Duman Z, Aştı N, Üçok A, Kuşcu MK. Şizofreni Hastalarına ve Ailelerine Bağımsız ve Sosyal Yaşam Becerileri Topluma Yeniden Katılım Programı Uygulaması, İzlenmesi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007, 8, 91-99.

Çiçek E. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hasta Yakınlarında Aile Yükü, Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Bozuklukların Değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Konya 2011, 44-52.

Darling CA, Olmstead SB, Lund EV, Fairclough JF. Bipolar Disorder: Medication Adherence and Life Contentment *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 22, No. 3 2008, 113–126.

Dickerson FB, Sommerville J, Origoni AE, Ringel NB, Parente F. Outpatients with schizophrenia and bipolar I disorder: Do they differ in their cognitive and social functioning? *Psychiatry Res* 2001, 10, 102(1), 21-7.

Doğan O, Doğan S, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Başeğmez DF. Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar: Aileler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002, 3, 133-139.

Durmaz H. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Öz Etkililik Düzeylerinin Bakım Yüküne Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum 2011, 28-34.

Eğilli SC, Sunal N. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi, *Jaren* 2017, 3(2), 88-91.

Eicher PS and Batshaw ML. Cerebral Palsy. *Pediatr Clin North Am* 1993, 40, 537-551.

Erdem M. Yaşlıya Bakım Verme. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005, 8(3), 101–106.

Erdemir F. Bakım Verici Rolünde Zorlanma. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri 2005, 39-44.

Eroğlu MZ, Özpoyraz N. Bipolar Bozuklukta Koruyucu Tedavi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010, 2/2, 206 - 236.

Erten E, Alpman N, Özdemir A, Fıstıkcı N. Bipolar I Bozuklukta Seyir ve Dönem Özelliklerinin Bakıcı Yüküne Etkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2013, 7-9.

Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *Br J Psychiatry* 1987, 150, 285-92.

Freeman, MP, Freeman, SA, McElroy S. The comorbidity of bipolar and anxiety disorders: prevalence, psychobiology, and treatment issues. *Journal of Affective Disorders* 2002, (68), 1-23.

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

Forty L, Smith D, Jones L, Jones I, Caesar S, Cooper C, Craddock N. Clinical differences between bipolar and unipolar depression. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 2008, 192(5), 388-9.

Grande I, Berk M, Birmaher B, & Vieta E. Bipolar disorder. *Lancet* (London, England) 2016, 387(10027), 1561-72.

Goodwin FK, Jamison K. Manic-depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression. New York: Oxford University Press 1990.

Gopinath PS, Chaturvedi SK. Distressing behaviour of schizophrenics at home. *Acta Psychiatrica Scand* 1992, 86, 185-188.

Gorman LM, Raines ML, Sultan DF. *Psychosocial nursing for general patient care* (2.Bs.), (s:292-300), USA, Philadelphia: F.A. Davis Company 2002.

Gönül AS, Oğuz A, Yabanoğlu I, Eşel E. Tedaviye Dirençli Bipolar Hastalarda Lamotrijin Kullanımı, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2000, 10, 171-175.

Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Kavanagh DJ. Burden Of Care and General Health İn Families Of Patients With Schizophrenia. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 2005, 40(11), 899-904.

Gülseren L. Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002, 13, 143-151.

Gülseren L, Cam B, Karakoç B, Yiğit T ve ark. The perceived burden of care and its correlates in schizophrenia. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010; 21: 203-12.

Gülseren L, Coşkun S, Gülseren Ş ve ark. Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı konan hastalar ile ailelerinde aile işlevleri üzerine karşılaştırmalı bir çalışma. *3P Dergisi* 1999, 7, 23-32.

Gümüş AB. şizofrenide hasta ve ailelerin yaşadığı güçlükler, psikoeğitim ve hemşirelik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2006, 1(2), 23-34.

Gümüş (Camuz) F.”Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalara Uygulanan Bireysel Psikoeğitimin Yineleme Hızı-İşlevsellik Ve Yaşam Kalitesine Etkisi”Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Psikgyatri Hemşireliği Programı, İstanbul 2013.

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

Hirai M, Clum GA. Development, Reliability, and Validity of the Beliefs Toward Mental Illness Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, Vol. 22, No. 3, 2000.

Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri için Geçerliliği, Güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989, 23, 3-13.

Holmes, A.M, Deb P. The effect of chronic illness on the psychological health of family members. *J Ment Health Policy Econ* 2003, 6, 13-22.

Hsai C, Sakamoto S, Sugiura T et al. Burden on family members of the mentally ill: a naturalistic study in Japan. *Comprehensive Psychiatry* 2002, 43(3), 219-222.

İşık E. Duygudurum Bozuklukları, Depresyon ve Mani. İstanbul: Boğaziçi Matbaası, 1991, 20-21.

İşık E. Duygu Durumu Bozuklukları Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, Görsel Sanatlar Matbaacılık, İstanbul 2003.

İşık E, Taner E, Umut I. Güncel Klinik Psikiyatri, Birinci Baskı, 2008, 146- 170.

İşık U. Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi, Sınıflandırılması ve prevalansı. In T. Y. . İşık E, İşık U (Ed.), Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar (pp. 3–11). Ankara: Rotatıp Kitapevi 2013.

İnci FH. Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Türkçe’ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenirliliği. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi 2006.

Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS, Maser J, Coryell W, Solomon D et al. Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders. *Int J Neuropsychopharmacol* 2003, 6, 127-137.

Kabahasanoğlu KÖ. Şizofreni Hastalarının Bakım Verenlerinin Başa Çıkma Stratejileri ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının; Bakım Yükü, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleriyle İlişkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma, İstanbul 2014, 64-84.

Kalra H, Nischal A, Trivedi JK, Dalal PK, Sinha PK. Extent and determinants of burden of care in Indian families: A comparison between obsessive-compulsive disorder and schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry* 2009, 55, 28–38.

Kaplan HI, Sadock B. Duygudurum bozuklukları. In Ercan Abay (Ed.), *Clinical Psychiatry* (pp. 172–188). Nobel Tıp Kitapevleri 2004.

Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, Tenth Edition 2007, 527-578.

Karaağaç H, Var ÇH. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Yüklerinin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi, *Klinik psikiyatri* 2019, 22, 20-24.

Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım, *Turkish Journal of Geriatrics* 2002, 5(4), 155-159.

Karancı N. Caregivers of Turkish schizophrenic patients: Casual attributions, burdens, and attitudes to help from the health professionals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995, 30, 261-268.

Karancı N. Şizofren hasta yakınlarının dünyası: nedensel atıflar, yükler ve umutlar. *3P Dergisi* 1997, 5(Ek 2), 42-45.

Kasuya RT, Polgar-Bailey P, Takeuchi R. Caregiver Burden and Burnout A Guide For Primary Care Physicians. *Postgraduate Medicine* 2000, 108 (7), 119-123.

Kaya Y. Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yükü, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2013, 64-78.

Keller MB, Lavori PW, Coryell W, Endicott J, & Mueller TI. Bipolar I: a five-year prospective follow-up. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1993, 181(4), 238–45.

Kessler RC, Walters EE, Forthofer MS. The social consequences of psychiatric disorders. III: Probability of marital stability. *Am J Psychiatry* 1998, 155, 1092-1096.

Kocakaya H. Bipolar Bozuklukta Metabolik Sendromun Yaşam Kalitesi Ve İşlevsellikle İlişkisi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Tokat 2016.

Koukia E, Madianos MG. Is psychosocial rehabilitation of schizophrenic patients preventing family burden? A comparative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005, 12(4), 415-22.

Köroğlu E. Bipolar Bozukluklar. In *Psikonozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri* (pp. 292–311). Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2004.

Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği (2000), Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-IV-TR) (4th ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2007.

Kuşçu MK. Rehabilitasyon Süreci ve Bakım Vericilik: Zedeleyen mi yoksa İyileyen mi? *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 2000, 8, 30-34.

Leal M, Sales R, Ibáñez E, Giner J, Leal C. Evaluation of the effect of a psychoeducational program on the burden in informal caregivers of patients with schizophrenia. *Actas Esp Psiquiatr* 2008, 36(2), 63-9.

Leibluft E. Women with bipolar illness: clinical and research issues. *The American Journal of Psychiatry* 1996, 153(2), 163–73.

Levene JE, Lancee WJ, Seeman MV. The perceived family burdenscale: measurement and validation. *Schizophr Res* 1996, 15, 151-157.

Levy B, & Manove E. Functional outcome in bipolar disorder: the big picture. *Depression Research and Treatment* 2012, 949248.

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

Liberman RP. Yetiyitiminden İyileşmeye. *Psikiyatrik İyileştirim El Kitabı*. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington DC, 2008. (Çev. ed.Yıldız, M.). Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği 2011, Ankara, 278-310.

Lidell E. Family Support-A Burden To Patient and Caregiver. *European Journal of Cardio-vascular Nursing* 2002, 1, 149-152.

Lim YM, Ahn YH. Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. *Applied Nursing Research* 2003,16, 2, 110-117.

- Lowyck B, De Hert M, Peeters E, Wampers M, Gilis P, Peuskens J.** A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. *Eur Psychiatry* 2004, 19 (7), 395-401.
- Magliano L, Marasco C, Fiorillo A, Malangone C, Guarneri M, Maj M et al.** The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatr Scand* 2002, 106, 291-298.
- Magliano L, Fadden G, Economou et al.** Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2000, 35, 109-115.
- Mahmood KT, Khalid N, Makhdam Z.** Adherence TO Drug Therapy In Psychiatric Patients, *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research* 2010, 2 /11, 700–703.
- Maj M, Magliano L, Pirozzi R, Marasco C, & Guarneri M.** Validity of rapid cycling as a course specifier for bipolar disorder. *The American Journal of Psychiatry* 1994, 151(7), 1015–9.
- Marneros A, Röttig S, Wenzel A, Blöink R, & Brieger P.** Affective and schizoaffective mixed states. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2004, 254(2), 76–81.
- Martire LM, Hinrichsen GA, Morse JQ, Reynolds CF 3rd, Gildengers AG, Mulsant BH et al.** The Mood Disorder Burden Index: A scale for assessing the burden of caregivers to adults with unipolar or bipolar disorder. *Psychiatry Res* 2009, 168, 67-77.
- Miasso AI, Monteschi M, Giacchero KG.** Bipolar Affective Disorder: Medication Adherence And Satisfaction With Treatment And Guidance By The Health Team In A Mental Health Service, *Rev Latino-Am Enfermagem* 2009, 17/4, 548–556.
- Miura Y, Mizuno M, Yamashita C et al.** Expressed emotion and social functioning in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2004, 45, 469-74.
- Möller-Leimkühler AM, Wiesheu A.** Caregiver burden in chronic mental illness: the role of patient and caregiver characteristics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc* 2012, 262, 157–166.
- Navidian A, Kerman Saravi F, Navabi Rigi S.** The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders. *BMC Res Notes* 2012, 5, 399.

Nivoli AM, Colom F, Murru A, Pacchiarotti I, Castro-Loli P, González-Pinto A, Vieta E. New treatment guidelines for acute bipolar depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 2011, 129(1–3), 14–26.

O'brien J. Caring for Caregivers. *American Family Physician* 2000, 62, 2584-5.

Ogilvie AD, Morant N, Goodwin GM. The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2005,7, 25-32.

Ohaeri JU. Caregiver burden and psychotic patients' perception of social support in Nigerian setting. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001, 36, 86-93.

Oral T. İki Uçlu Bozukluk, İstanbul: WPA Serisi, CSA Medikal Yayın Ajansı, 2002, 441 503.

Ostacher MJ, Nierenberg AA, Losifescu DV. Correlates of subjective and objective burden among caregivers of patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2008, 118, 49-56.

Östman M, Hansson L. Appraisal of caregiving, burden and psychological distress in relatives of psychiatric inpatients. *Eur Psychiatry* 2004, 19(7), 402-407.

Özerdem A. (2007). İki Uçlu Bozukluğun Etiyopatogenezinde Çağdaş Anlayışımız: Klinikten Moleküler Düzeye Sistematik Bir Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri*, 3(29), 11–18.

Özcan S, Abay E. Bipolar bozukluğun genetiği. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2004, (5), 163–178.

Özcan M, Kapucu SS. Demanslı Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımları, *Akad Geriatri* 2009, 1, 167-172.

Özlü A, Yıldız M, Aker T. Zarit bakıcı yük ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009, 46, 38-42.

Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği, 7.Basım, Ankara 1997, 223-260.

Öztürk MO, Uluşahin A. Duygudurum Bozuklukları. In Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (13. Baskı, pp. 261–335). Ankara: Tuna Matbaacılık San. ve Tic. A.ş. 2015.

Parks SM, Novielli KD. A Practical Guide to Caring for Caregivers, *American Family Physician* 2000, 62, 2613-22.

- Perlick D, Clarkin JF, Sirey J et al.** Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder. *Br J Psychiatry* 1999, 175, 56-62.
- Perlick DA, Rosenheck RR, Clarkin JF et al.** Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. *J Ner Ment Dis* 2001, 189, 31–7.
- Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF et al.** Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv* 2004, 55, 1029-35.
- Perlick DA, Hohenstein JM, Clarkin JF et al.** Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder, A preliminary study. *Bipolar Disord* 2005, 7, 126 –35.
- Perlick DA, Rosenheck R, Miklowitz DJ.** STEP-BD Family Experience Collaborative Study Group, Prevalence and Correlates of Burden among Caregivers of Patients with Bipolar Disorder Enrolled in The Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. *Bipolar Disord* 2007, 9, 262-73.
- Perlis RH, Ostacher MJ, Patel JK, Marangell LB, Zhang H, Wisniewski SR, Thase M E.** Predictors of Recurrence in Bipolar Disorder: Primary Outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *The American Journal of Psychiatry* 2006, 163(2), 217–24.
- Pickett-Schenk A, Lippincott RC, Bennett C, Steigman PJ.** Improving Knowledge About Mental Illness Through Family-ed Education: The Journey of Hope. *Psychiatr Serv* 2008, 59(1), 49-56.
- Pitschel-Walz G, Leucht S, Bauml J, Kissling W, Engel RR.** The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia, A metaanalysis. *Schizophr Bull* 2001, 27, 73-92.
- Platt S.** Measuring the burden of psychiatric illness on the family: An evaluation of some rating scales. *Psychological Medicine* 1985, 15, 385–394.
- Reinares M, Colom F, Martínez-Arán A, Benabarre A, Vieta E et al.** Therapeutic Interventions Focused on the Family of Bipolar Patients. *Psychother Psychosom* 2002; 71(2)-10.

- Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Torrent C, Comes M et al.** Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychother Psychosom* 2004, 73, 312-319.
- Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Torrent C, Comes M et al.** What Really Matters to Bipolar Patients' Caregivers: Sources of Family Burden. *J Affect Disord* 2006, 94, 157-163.
- Reine G, Lancon C, Simeoni MC, Duplan Sand Auquier P.** Caregiver Burden in Relatives of Persons with Schizophrenia: An Overview of Measure Instruments. *Encephale* 2003, 29, 137-147.
- Rihmer Z, Angst J.** Mood Disorders: Epidemiology. In P. R. B.J. Sadock, V.A. Sadock (Ed.), Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (8th ed., pp. 1645-53). Ankara: Wolters Klüver/Lippicott Williams&Wilkins 2009.
- Ruh Sağlığı Modülleri.** T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara: Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No:722, 2008.
- Romans SE, McPherson HM.** The Social Networks of Bipolar Affective Disorder Patients. *J Affect Disorders* 1992, 25, 221-228.
- Sadock BJ, Sadock VA.** Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi 2007.
- Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Tabares-Seisdedos R, Torrent C, Vieta E, Ayuso-Mateos JL.** Functioning and Disability in Bipolar Disorder: An Extensive Review. *Psychother Psychosom.* 2009, 78(5), 285-97.
- Sales E.** Family Burden and Quality of Life. *Qual Life Res* 2003, 12(Suppl 1), 33-41.
- Schene AH, Tessler RC, Gamache GM.** Instruments Measuring Family or Caregiver Burden in Severe Mental Illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994, 29, 228- 240.
- Schene AH, Van Wijngaarden B, Koeter MWJ.** Family Caregiving in Schizophrenia: Domains and Distress, *Schizophr Bull* 1998, 24, 609-618.
- Shives Rebreca L.** *Basic Conceptsof Psychiatric-Mental Health Nursing* (7. Bs.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2008.
- Schulz R, Sherwood, PR.** Physical and mental health effects of family caregiving, *American Journal of Nursing* 2008, 108 (9Suppl), 23-27.

Schumacher KL, Stewart BL, Archbold PG, Caparro M, Mutale F, Agrawal S. Effects of Caregiving Demand, Mutuality, and Preparedness on Family Caregiver Outcomes During Cancer Treatment, *Oncol Nurs Forum* 2008, 35(1), 49-56.

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

Stahl SM. Duygudurum Bozuklukları. In Oral T. (Ed.), *Depresyon ve Bipolar Bozukluk. Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi.* (3rd ed., pp. 1–58). Cambridge University Press 2010.

Steele A, Maruyama N, Galynker I. Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: a review. *J Affect Disord* 2010, 121, 10-21.

Stuart GW. Principles and Practice of Psychiatric Nursing, Emotional Responses and Mood disorders, Seventh Edition, St. Louis 2001, 364.

Talwar P, Matheiken ST. Caregivers in schizophrenia: A Cross Cultural. *Indian J Psychol Med.* 2010, 32,1, 29-33.

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

T.C. Sağlık Bakanlığı. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge 2011.

Tel H, Pınar EŞ. Kronik Ruhsal Sorunlu Hastaların Primer Bakım Vericilerinde Tükenmişlik ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Journal of Psychiatric Nursing* 2013, 4(3), 148-150.

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

Tohen M, Waternaux CM, Tsuang MT. Outcome in Mania. A 4-year prospective follow-up of 75 patients utilizing survival analysis, *Archives of General Psychiatry* 1990, 47(12), 1106–11.

Turhan N. Bipolar Bozukluk: Kesitsel Bir Değerlendirme, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana 2007.

Ukpong D. Şizofreni hastalarına bakım veren aile nijeryalılar arasında yük ve ruhsal sıkıntı: Pozitif ve negatif semptomların rolü, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2012, 23(1), 40-45.

Vahip S. Bipolar Depresyon, *Klinik Psikiyatri* 2004, 41–44.

Vedhara K, Shanks N, Anderson S, Lightman S. The Role of Stressors and Psychosocial Variables In The Stress Process: A Study of Chronic Caregiver Stress. *Psychosomatic Medicine* 2000, 62(3), 374-385.

Vieta E, & Valentí M. Mixed states in DSM-5: implications for clinical care, education, and research. *Journal of Affective Disorders* 2013, 148(1), 28–36.

Weimand BM, Hedelin B, Sällström C et al. Burden and health in relatives of persons with severe mental illness: a Norwegian cross-sectional study. *Issues Ment Health Nurs* 2010, 31, 804-815.

Wingo AP, Harvey PD, & Baldessarini RJ. Neurocognitive impairment in bipolar disorder patients: functional implications. *Bipolar Disorders* 2009, 11(2), 113–125.

Woods SW. The economic burden of bipolar disease. *J Clin Psychiatry* 2000, 61(13), 38–41.

Yan LJ, Hammen C, Cohen AN, Daley SE, Henry RM. Expressed emotion versus relationship quality variables in the prediction of recurrences in bipolar patients. *J Affect Disord* 2004, 86, 199-206.

Yen WJ, Lundeen S. The association between meaning of caregiving, perceived social support and level of depression of Taiwanese caregivers of mentally ill patients. *Int J Psychiatr Nurs Res* 2006, 12, 1378-92.

Yazar MS, Depçe AA, Balaban ÖD, İpekçioğlu D, Eradaımlar N. Erkek Şizofreni Hastalarında Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Varlığının Bakım Veren Yükü, Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Üzerine Etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2017, 18(1), 5-12

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

Yıldırım A, Buzlu S, Aşılar RH, Camcıoğlu TH, Erdiman S, Ekinci M. Şizofreni Hastalarının Ailelerine Uygulanan Aileden Aileye Destek Programının Hastalık Hakkında Bilgi, Aile Yükü ve Öz Yeterlilik Üzerine Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2014, 25(1), 31-37.

Yusuf AJ, Nuhu FT. Factors associated with emotional distress among caregivers of patients with schizophrenia in Katsina, Nigeria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011, 46, 11-6.

Yüksel N. Psikofarmakoloji, 2. Basım, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara 2003, 320–323.

Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly, correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980, 20, 649-655.



EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTA YAKINLARINDA BAKIM YÜKÜ, DEPRESYON VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Bu çalışma Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma Uygulama Merkezi Habip Kızıldaş Psikiyatri Hastanesi'nde bipolar bozukluğu olan hasta yakınlarında bakım yükü, depresyon ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmaktadır.

Anket formu ile elde edilecek olan veriler bilimsel amaçlar için kullanılacak, bunun dışında kişisel bilgileriniz hiçbir şekilde paylaşılmayacaktır. Lütfen hiçbir soruyu atlamamaya özen gösteriniz. Burada sorulan sorulara verilebilecek cevapların doğrusu veya yanlışı yoktur. Önemli olan size en uygun ve aklınıza ilk gelen cevabı vermeniz ve sizin duygu, düşünce ve tutumlarınızdır.

Araştırmaya katılmak serbesttir. Anketteki sorulara vereceğiniz cevaplar tamamen gizli kalacaktır. Anketteki sorulara vereceğiniz cevaplardan kim olduğunuzu kimse bilemeyecektir. Bu yüzden ad, adres veya telefon numarası vermeniz gerekmemektedir.

Yardım ve katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Halis YILMAZ

Tel No: 0553 048 99 58

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi

1.Yaşınız:.....

2.Cinsiyetiniz: 1. Kadın 2. Erkek

3. a)Kilonuz:..... **b)Boyunuz:**.....

4. Eğitim Durumunuz nedir?

1. Okur yazar değil 2. Okur yazar 3. İlkokul-ortaokul 4.Lise 5.Üniversite 6.Lisansüstü

5. Yakınlık Dereceniz nedir?

1. Anne-baba 2. Eş 3. Oğlu-kızı 4. Kardeşi 5. Diğer.....

6. Yaşadığınız yer aşağıdakilerden hangisidir?

1. Köy 2. İlçe 3. İl merkezi

7. Hastayla aynı evde mi kalıyorsunuz?

1. Evet 2. Hayır

8.Çalışabilirlik durumunuz?

1. Düzenli çalışıyorum 2.Düzensiz çalışıyorum 3.Çalışmıyorum 4.Emekliyim

9. Medeni durumunuz nedir?

1.Evli 2.Bekar 3.Dul/boşanmış/ayrı yaşıyor

10. Çocuk Sayısı.....

11.Gelir durumunuz ?

1.Gelir giderden az 2.Gelir gidere denk 3.Gelir giderden fazla

11. Sosyal güvenceniz ?

1.Var 2.Yok

12. Yaşanılan aile türü ?

1.Çekirdek aile 2.Geniş aile 3.yalnız

13.Ne sıklıkla sigara kullanıyorsunuz?

1.Hiçbir zaman 2.Nadiren 3.Bazen 4.Sık sık 5.Çok Sık

14.Ne sıklıkla alkol tüketirsiniz?

1.Hiçbir zaman 2.Nadiren 3.Bazen 4.Sık sık 5.Çok Sık

15.Daha önce hiç madde kullanımınız oldu mu?

1.Evet (evetse nedir?.....) 2.Yok

16.Uzun süreli bir fiziksel hastalığınız var mı?

1. Yok 2.Kalp hastalığı 3. Hiper tansiyon. 4. Diyabet(Şeker)

5. Romatizma 6. Osteoporoz 7. Diğer (Lütfen belirtiniz).....

17. Bir ruhsal hastalığınız var mı?

1. Yok 2. Depresyon 3. Anksiyete (Panik, OKB, Fobiler)
4. Bağımlılık Alkol –Madde 5. Diğer (Lütfen belirtiniz) ...

18.Hastanızın hastaneye yatış şekliniz?

1.Kendi isteğiyle 2.Yakınının isteğiyle/zorla 3.Resmi yazı ile 4.Adli vaka

19.Ailede başka psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?

1.Var 2.Yok

20. Hastanızın hastalığının başlangıç yılı:.....

21. Hastanızın hastalık süresi(yıl):.....

22. Hastanızın hastaneye yatış sayısı:.....

23.Hastanızın özkıyım girişimi

1.Var (sayısı.....) 2.Yok

24. Hastanızın bakım ve tedavisi için size yardımcı olan birileri var mı?

1. Yok 2. Var (Lütfen belirtiniz)

25. Hastanızla yaşarken size nasıl bir destek-Yardım verilse hayatınız daha kolay olurdu? Sizin gibi hastası olanlara yönelik nasıl bir destek_yardım yapılabilir?

Ek 2. Beck Depresyon Ölçeği

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÁHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eđer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleiniz.

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0.** Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0.** Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0.** Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- 0.** Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 0.** Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- 0.** Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.

3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13-** 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14-** 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15-** 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16-** 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17-** 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18-** 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
 2. İştahım çok azaldı.
 3. Artık hiç iştahım yok.
- 19-** 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Ek 3. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği

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

Asla Nadiren Arasına Oldukça Nerdeyse
Sık her zaman

1. Yakınınzla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
2. Yakınınzı bakma aileniz ya da işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan kendinizi sıkıntılı hissedersiniz mi?	1	2	3	4	5
3. Yakınınzla birlikteyken kızgınlık hissedersiniz mi?	1	2	3	4	5
4. Yakınınzın şu anda ailenin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
5. Yakınınzın geleceği ile ilgili korkularınız olur mu?	1	2	3	4	5
6. Yakınınzın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
7. Yakınınzla birlikteyken kısıtlanmış hissedersiniz mi?	1	2	3	4	5
8. Yakınınzla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hissedersiniz mi?	1	2	3	4	5
9. Yakınınz yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
10. Yakınınzı bakmanız nedeniyle					

sosyal hayatınızın bozulduğunu hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
11. Yakınınız nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?	1	2	3	4	5
12. Yakınınızın sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğini hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
13. Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınına bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
14. Yakınınız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
15. Yakınınızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?	1	2	3	4	5
16. Yakınınzla ilgili ne yapacağınız konusunda kararsızlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
17. Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
18. Yakınınızın bakımı ile ilgili olarak daha iyisini yapabilirdim diye düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
19. Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınızın bakımı ile ilgi kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?	1	2	3	4	5

Ek 4. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği

Aşağıdaki ifadeler, sizin ruhsal hastalığa yönelik inançlarınızı ölçmek için geliştirilmiştir. Bu ifadeleri dikkatlice inceleyerek en doğru şekilde yanıtlamanız oldukça önemlidir. Ankete vereceğiniz yanıtlar araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır. Aşağıdaki her bir maddenin yanına, ilgili madde için size göre uygun gelen sayıyı işaretleyiniz. Lütfen size uygun olan tek bir kutucuğa X işareti koyarak yanıtınızı belirtiniz.

0. Tamamen katılmıyorum	1. Çoğunlukla Katılmıyorum	2. Kısmen Katılmıyorum	3. Kısmen katılıyorum	4. Çoğunlukla Katılıyorum	5. Tamamen Katılıyorum
--------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------------------------------





0 1 2 3 4 5

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	0	1	2	3	4	5
1. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme Olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.						
2. Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.						
3. Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.						
4. “Ruhsal hastalık” ifadesi beni rahatsız eder.						
5. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.						
6. Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.						
7. Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.						
8. Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımla ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.						

9.Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.						
10.Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.						
11.Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.						
12.İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.						
13.Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.						
14.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne-baba olma olasılığı daha düşüktür.						
15.Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.						
16.Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.						
17.Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.						
18.Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.						
19.Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.						
20.Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.						
21.Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.						

Ek 5. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Yazılı İzin Belgesi

Evrek Tarih ve Sayısı: 19/10/2017-E.69967

 T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Psikiyatri Anabilim Dalı 

Sayı : -010.99/
Konu : Halis YILMAZ'ın Çalışması Hk.

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 12/10/2017 tarihli, 68347 sayılı yazı

İlgili yazı ile Anabilim Dalımızdan Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Halis YILMAZ'ın "Bipolar Bozukluğu Olan Hasta Yakınlarında Bakım Yüğü, Depresyon ve İlişkili Faktörler" konulu tez çalışmasını 01/09/2017-01/03/2018 tarihleri arasında bölümümüzde yapmasının uygun olup olmadığını dair bilgi istenmekte olup; söz konusu "Bipolar Bozukluğu Olan Hasta Yakınlarında Bakım Yüğü, Depresyon ve İlişkili Faktörler" çalışmanın Halis YILMAZ tarafından Anabilim Dalımızda 01/09/2017-01/03/2018 tarihleri arasında yapılması kliniğimizce uygundur.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Feride Figen ATEŞCI
Anabilim Dalı Başkanı

Ayrıntılı bilgi için irtibat : F.İnel SİMŞEK

Tel: 0 (258) 0
F-Posta:
Elektronik Adres: <http://www.psu.edu.tr/tp/>

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

Ek 6. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yazısı



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI GİRİŞİMSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 92340882-050.04.04
Konu : Kararlar hk.

Sayın Prof.Dr.Fatma DEMİRKIRAN

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 23.08.2017 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 2 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinizi sunarım.

Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM
Etik Kurul Başkanı

KARAR 2:

Protokol No : 2017/32

Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr.Fatma DEMİRKIRAN

ADÜ Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı

Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.Fatma DEMİRKIRAN'ın "**Bipolar Bozukluğu olan Hasta Yakınlarında Bakım Yükü Depresyon ve İlişkili Faktörler**" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve yapılan düzeltmeler uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.1'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadı yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)]lerin gönderilmesi gerekliliğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerekliliğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adnan Menderes Üniversitesi Merkez Kampüs
Sağlık Bilimleri Fakültesi Gençlik cad. No:7
Mevki 09106 Efeler/Aydın/Telefon No: 0256 212 83 66/106
Faks No: 0256 212 4279

Bilgi için: Neşe BAHTIYAR
Unvan: Bilgisayar İşletmeni

Ek 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (HASTA)

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?

Bu çalışma; **bipolar bozukluğu olan hasta yakınlarında bakım yükü, depresyon ve ilişkili faktörleri**” amacıyla planlanmıştır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için **“Bipolar Bozukluk (I, II) tanısı konulmuş hasta yakını olması, Araştırmaya katılmaya istekli olma, İşitme, anlama ve görme sorunları olmaması, 18 yaş ve üzeri olmanız”** gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Size herhangi bir girişimde bulunulmayacak yalnızca araştırmacı tarafından hazırlanan anket ve ölçekler doldurulacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

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

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 71’dir.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırma için öngörülen veri toplama süresi 6 aydır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR ?

Bu çalışmada anketlerin doldurulması için harcayacağınız süre 20-30 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmanın size doğrudan bir yararı olmayabilir. Ancak çalışma sonucunda çıkarılan sonuçlar; bipolar bozukluğu olan hasta yakınlarında bakım yükü, depresyon ve ilişkili faktörleri belirleyip hasta yakınlarının bakım yükü ve depresyon düzeylerini azaltmada hemşirelerin ne gibi girişimleri olabilir sorusuna yanıt bulmasına yardımcı olacaktır

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 BİLİLEN 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

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 araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0 553 048 99 58 no.lu telefondan Halis Yılmaz’a başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Çalışma kapsamında ödemeniz gereken herhangi bir gider olmayacaktır

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel

Araştırmalar Fonundan destek istenecektir.

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, sizinle ilgili anket verileri bilimsel amaçla kullanılmayacaktır. Sizin yapmanız gereken bir şey bulunmamaktadır. Bu durum sizin tedavinizi hiçbir şekilde etkilemeyecektir.

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

Çalışmaya Katılma Onayı:

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		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

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

Ek 8. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Kullanım İzni

İlt: Zarit bakıcı yük ölçeği



Gelen Kutusu



asly özlü 26.06.2018

Alıcılar: ben



Merhaba halis bey,
Çalışmanızda kolaylıklar, başarılar dilerim. Zarit ölçeğine ölçekler kitabından ulaşabilirsiniz.

İyi aksamlar

Ek 9. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği Kullanım İzni



aysegul bilge 23.07.2018

Alıcılar: ben ▾



Sevgili Halis,

Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğini, ölçeğin yayımlandığı makaleyi kaynak olarak kaynakçanızda yer vermeniz koşulu ile yüksek lisans tezinizde kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili bilgi ekte yer almaktadır.

Başarılar

Prof.Dr.Ayşegül BİLGE

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı : Yılmaz, Halis
Uyruk : T.C.
Doğum yeri ve tarihi : DENİZLİ 31.05.1993
Telefon : 0553 048 9958
E-mail : halisyilmaz93@gmail.com
Yabancı Dil : İngilizce

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Y. Lisans	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	2019
Lisans	Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü	2015

BURSLAR ve ÖDÜLLER:

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2015-.....	Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi- Psikiyatri Servisi / DENİZLİ	Hemşire

AKADEMİK YAYINLAR

1.MAKALELER

ROJELER

3. BİLDİRİLER

A) Uluslararası Kongrelerde Yapılan Bildiriler

B) Ulusal Kongrelerde Yapılan Bildiriler

