



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİ HASTALARININ İŞLEVSELLİKLERİ VE BAKIM
VERİCİLERİN BAKIM YÜKÜ, RUHSAL SAĞLIK DÜZEYLERİ,
STRESLE BAŞA ÇIKMA STİLLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ: BİR
YAPISAL EŞİTLİK MODELLEME ÇALIŞMASI**

Necla KUNDAKCI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Aysel KARACA

DÜZCE, 2020



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİ HASTALARININ İŞLEVSELLİKLERİ VE BAKIM
VERİCİLERİN BAKIM YÜKÜ, RUHSAL SAĞLIK DÜZEYLERİ,
STRESLE BAŞA ÇIKMA STİLLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ: BİR
YAPISAL EŞİTLİK MODELLEME ÇALIŞMASI**

Necla KUNDAKCI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Aysel KARACA

DÜZCE, 2020

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

14.09.2020

Necla KUNDAKCI



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince her türlü desteğini ve yardımını benden esirgemeyen, tecrübesi ve bilgisi ile bana daima yol gösterici olan, tez danışmanım olarak beni yönlendiren değerli hocam Doç. Dr. Aysel KARACA'ya, tezime katkılarından dolayı Dr. Öğr. Üyesi Nuriye YILDIRIM ŞIŞMAN hocama ve eğitimim süresince bana katkıları olan hemşirelik anabilim dalındaki tüm değerli hocamlarıma, Bartın Devlet Hastanesi Başhekimliğine ve Bartın Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanlarına teşekkür ederim.

Desteklerini benden esirgemeyen eşime, aileme ve arkadaşlarıma en içten dileklerle teşekkürlerimi sunuyorum.



İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	v
TABLolar DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
1.1.Amaç ve Kapsam.....	3
2. GENELBİLGİLER.....	5
2.1.Şizofreninin Tanımı.....	5
2.2.Şizofreninin Tarihçesi.....	5
2.3.Epidemiyolojisi.....	7
2.4.Risk Faktörleri.....	7
2.5.Tanı Ölçütleri.....	9
2.6.Klinik Belirtiler.....	11
2.7.Hastalığın Gidiş ve Sonlanımı.....	14
2.8.Tedavi.....	14
2.9.Şizofreni ve İşlevsellik.....	15
2.10.Şizofreni ve Aile.....	18
2.11.Bakım Vericiler ve Bakım Yüğü.....	19
2.12.Bakım Vericilerde Ruhsal Sağlık.....	23
2.13.Stresle Başa Çıkma.....	25
2.14. Ruh Sağlığı Hemşiresinin Rolü.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1.Araştırmanın Tipi.....	29
3.2.Araştırmanın Soruları.....	29
3.3.Evren ve Örneklem.....	29
3.4.Araştırma Yerinin Özellikleri.....	30
3.5.Veri Toplama Yöntemi.....	32
3.6.Veri Toplama Araçları.....	32
3.6.1.Kişisel bilgi formu.....	32
3.6.2.Zarit bakıcı yük ölçeği.....	32

3.6.3.Şizofreni hastalarında işlevsel iyileşme ölçeği (ŞİLO).....	33
3.6.4.Genel sağlık anketi (GSA 12).....	33
3.6.5.Stresle başa çıkma tarzları ölçeği.....	34
3.7.Ön Uygulama.....	35
3.8.Etik Yönü.....	35
3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	35
3.10.1.Yapısal eşitlik modellemesi.....	36
4. BULGULAR.....	38
4.1.Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin ve Hastaların Tanıtıcı Özellikleri.....	38
4.2.Yapısal Model Path Diagramı.....	41
4.3.Yapısal Model Testi Aracı Etkinin İncelenmesi.....	42
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	47
5.1.Şizofreni Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	47
5.2.Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	48
5.3.Bakım vericilerin Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	49
5.4.Değişkenlerin Yapısal Eşitleme Modeli Analizi Bulgularının Değerlendirilmesi.....	50
6. KAYNAKLAR.....	55
7. EKLER.....	70
EK- 1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	70
EK -2: ZARİT BAKICI YÜK ÖLÇEĞİ.....	72
EK -3: ŞİZOFRENİ HASTALARINDA İŞLEVSEL İYİLEŞME ÖLÇEĞİ (ŞİLÖ).....	74
EK -4: GENEL SAĞLIK ANKETİ (GSA-12).....	81
EK -5: STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ.....	83
EK -6: ETİK KURUL ONAYI.....	85
EK -7: KURUM ONAYI.....	87
EK -8: TABLOLAR.....	88
EK -9: ÖZGEÇMİŞ:.....	104

SİMGELER VE KISALTMALAR

APA: American Psychological Association (Amerkan Psikiyatri Birliği)

AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index

CFI: Comparative Fit Index

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

F: Tek Yönlü Varyans Analizi

GFI: Goodness of Fit index

GSA: Genel Sağlık Anketi

IFI: Incremental Fit Index

M: Aracı Değişken

Mak.:Maksimum

Min: Minimum

n : Olgu Sayısı

NNFI: Non-Normed Fit Index

Ort.: Ortalama

p : Anlamlılık Düzeyi

r: Korelasyon Katsayıları

sd: Serbestlik Derecesi

RMSEA: Root Mean Square of Error Approximation

SS: Standart Sapma

t: T Testi

TLI: Tucker- Lewis Index

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

x: Ortalama

X: Tahmin Edici Değişken

χ^2 : Ki kare testi

Y: Tahmin Edilen Değişken

YEM: Yapısal Eşitleme Modeli

α : Cronbach Alfa

% : Yüzde işareti

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Hasta Özelliklerine Göre Dağılım

Tablo 4.2. Bakım Veren Özelliklerine Göre Dağılımlar

Tablo 4.3. Ölçekler ve Alt Boyutlarla İlişkilerinin İncelenmesi

Tablo 4.4. Yapısal Modelin Uyum İndeks Değerleri ve İyi Uyum Değerleri

Tablo 4.5. Yapısal Modele İlişkin Yol Katsayılarının İncelenmesi

Tablo 4.6. Aracı Değişken ile Kurulan Model Sonuçları (Model 1)

Tablo 4.7. Aracı Değişken ile Kurulan Model Sonuçları (Model 2)



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. Yapısal Model Path Diagramı

Şekil 4.2: Yapısal Model Testi Aracı Etkinin İncelenmesi

Şekil 4.3. Model 1 Path Diagramı

Şekil 4.4. Model 2 Path Diagramı



ÖZET

ŞİZOFRENİ HASTALARININ İŞLEVSELLİKLERİ VE BAKIM VERİCİLERİN BAKIM YÜKÜ, RUHSAL SAĞLIK DÜZEYLERİ, STRESLE BAŞA ÇIKMA STİLLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ: BİR YAPISAL EŞİTLİK MODELLEME ÇALIŞMASI

Necla KUNDAKCI

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Aysel KARACA

Eylül 2020, 103 Sayfa

Bu çalışma, şizofreni hastalarının işlevsellikleri ve şizofreni hastalarına bakım verenlerin bakım yükü ruhsal sağlık, stresle başa çıkma stilleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla kesitsel ve ilişkisel tanımlayıcı araştırma olarak tasarlanmıştır. Araştırmanın evreni ve örneklemini, Bartın Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM)'ne 321 şizofreni tanısı ile kayıtlı hasta ve bakım vericilerin 186'sı oluşturmuştur. Araştırmanın verileri "Kişisel Bilgi Formu", "Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLO)" "Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği", "Genel Sağlık Anketi (GSA 12)", "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. İki bağımsız arasındaki farklılıklar Bağımsız Örneklem T Testi ile incelenmiştir. İki'den fazla bağımsız grup (örneğin yaş grupları) arasındaki farklılıklara ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile bakılmıştır. Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda farklılık çıkması durumunda ise farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için Tukey çoklu karşılaştırma testinden yararlanılmıştır. Karşılaştırma sonuçlarına bakılarak Yapısal Eşitleme Modeline karar verilmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda, şizofreni hastalarında işlevsel iyileşmeden genel sağlığa giden yolda bakıcı yükü eklendiğinde anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p>0.05$). Şizofreni hastalarında işlevsel iyileşmeden stresle başa çıkmaya giden yolda bakıcı yükü eklendiğinde anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Bu nedenle aracılık edecek bir aracı değişken incelemesi de yapılamamıştır. Bu çalışma sonucunda elde edilen model sonuçlarına göre bakım vericilerin stresle başa çıkma becerilerini geliştirici ve psikolojik iyilik halini artırıcı müdahale çalışmaları planlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: bakım verici, bakım yükü, işlevsellik, psikiyatri hemşiresi, ruhsal sağlık, stresle başa çıkma, şizofreni

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN FUNCTIONALITIES OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS AND CARE BURDEN OF CAREGIVERS, MENTAL HEALTH LEVELS, STRESS-COPING STYLES: A STRUCTURAL EQUALITY MODELING STUDY

Necla KUNDAKCI

Master of Science thesis, Department of Nursing

Supervisor: Associate Professor Aysel KARACA

September 2020, 103 Pages

This study was designed as cross-sectional and relational descriptive research to determine the relationship between the functionalities of schizophrenia patients and the burden of care of those who care for schizophrenia patients mental health, stress-coping styles. 186 of the patients and care donors registered with 321 schizophrenia diagnoses in the Bartın State Hospital Community Mental Health Center (TRSM) made up the universe and sample of the research. The data of the study were collected using "personal data form", "functional recovery scale in schizophrenia patients (Chile)", "Zarit caregiver burden scale", "General Health Questionnaire (GSA 12)", "stress coping styles scale". The differences between the two independents were examined by independent sample T Test. Differences between more than two independent groups (for example, age groups) were looked at using a one-way analysis of variance (ANOVA). If there is a difference as a result of one-way analysis of variance (ANOVA), the Tukey multiple comparison test was used to determine which group the difference is caused by. Based on the comparison results, the structural synchronization model was decided. As a result of the statistical evaluation, there was a significant difference in schizophrenia patients when caregiver load was added on the way from functional recovery to general health ($p>0.05$). It was found that there was no significant difference when caregiver load was added on the way from functional recovery to coping with stress in patients with chiosphrenia. For this reason, an intermediary variable review could not be performed. According to the model results obtained as a result of this study, it is recommended to plan intervention studies that improve the stress-coping skills of caregivers and increase psychological well-being.

Key Words: care giver, care burden, functionality, psychiatric nurse, mental health, coping with stress, schizophrenia

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Amaç ve Kapsam

Şizofreni, çoğunlukla gençlik döneminde ortaya çıkan, kişiler arası iletişimde, düşünce ve davranışlarda değişikliklere yol açan, iyileşme ve yinelemelerle devam eden, gerçeği yorumlamanın bozulduğu ruhsal bir hastalıktır¹. Şizofreni aynı zamanda bireyi alışlagelmiş düşünce, davranış ve duygulanımın dışına çıkararak, bulunduğu toplumun yapısına yabancılaştıran, kendini herkesten izole ederek yaşam kalitesini ve üretkenliğini düşüren bir hastalık olarak da tanımlanabilir². Hastalığın oluşmasında genetik faktörlerin olduğu düşünülse de hastalığın ortaya çıkmasında, seyrinde ve sonlanımda psikososyal etkenlerin varlığının da etkisi olduğu düşüncesi son yıllarda ağırlık kazanmıştır^{3,4}. Şizofreninin kaynağı ne olursa olsun, tedavi edilmesi gereken, belirtileri ile kişinin ve ailesinin hayatını zorlayan, kişinin davranışlarında ve düşüncelerinde gerilemelere sebep olan toplumsal bir sorundur⁵. Hasta bireyler günlük yaşam aktivitelerinde, özbakımlarını sürdürmede, sosyal ilişkilerinde ve para idaresini yürütmede başkalarına gereksinim duymaktadırlar.

Şizofreni hastalarının yaşadığı problemler aile bireylerin tümünü etkilemektedir. Hastalık sürecinde yaşanan olumsuzluklar, ailenin hem bakım yükünü hem de ruhsal sağlığını olumsuz etkilemekte ve aile bireyleri bu sorunlar ile baş etmede yetersiz kalabilmektedir^{6,7}. Ülkemizde hastaneden taburcu olan şizofreni hastaları daha çok aileleri ile yaşamaktadır⁸. Hasta ile birlikte yaşayan, en çok bakım veren ve onu destekleyen asıl kişi temel bakım verici olarak tanımlanmaktadır⁹. Şizofreni tanısı almış bireyin birincil olarak bakımından sorumlu aile bireylerinin birçok yönden yük ve stres altında oldukları bilinmektedir⁵. Şizofreni hastalığı, hasta aileleri için yabancı, karmaşık ve ürkütücü olarak algılanabilmektedir. Bakım verici karmaşık olan hastalık süreci ile nasıl baş edeceğini bilememekte ve kendisinin de yardım gereksinimi artmaktadır^{8,10,11}. Ayrıca bakım vericiler, bakım konusundaki deneyimsizlik, uzun süredir bakım verme ve tekrarlanan nöksler nedeniyle yüksek düzeyde stres yaşamaktadır¹². Uzun süre bu stres faktörlerine maruz kalan bakım vericilerde hem bedensel hem de ruhsal sağlık sorunları görülebilmektedir⁵. Ayrıca hastadaki negatif belirtiler arttıkça ve işlevselliği bozuldukça ailenin yaşadığı yük algısı artmaktadır^{13,14,5,15,16,17}. Bazı çalışmalarda bakım vericilerin stresle baş etme davranışlarının güçlendirilmesi ile bakım verici yükünün azaldığı bildirilmiştir^{18,6}.

Şizofreni, hem hasta bireyin işlevselliği hem de aile işlevleri üzerindeki olumsuz etkileri düşünüldüğünde, hasta ve ailesinin ruhsal sağlıklarını korumak, sosyal destek sistemlerini geliştirmek ve hastanın bakımına bakım vericilerin daha etkin katılımını sağlamak için hemşirelik müdahalelerinin bütüncül planlanması önemlidir. Ruh sağlığı hemşiresi bakım verenlerin büyük bir çoğunluğunun büyük bir risk altında olduğunun bilincinde olarak koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında aileleri ve bakım vericileri değerlendirmelidir. Literatürde bakım vericilerin bakım yükünü etkileyen faktörler ile ilgili çalışmalar bulunmasına rağmen (Yu and etc., 2019; Köroğlu ve Hoccoğlu, 2019; Wan and Wog,2019; Yazıcı ve ark., 2016; Harmancı ve Duman, 2016; Lasebikan and Ayinde, 2013; Hanzawa and etc., 2010) bu faktörlerin aralarındaki ilişkinin değerlendirildiği bir modelleme çalışmasına rastlanmamıştır^{19,13,20,21,22,23,24}. Bu çalışma ile kavramlar arasındaki ilişki değerlendirilerek kavramların birbirini nasıl etkilediği ortaya çıkartılacaktır. Böylece hastaların aileleriyle birlikte bütüncül olarak değerlendirilmesinde ve ortaya çıkan aksaklıkların ve bunlara çözüm yollarının belirlenmesinde yardımcı olacağı düşünülmektedir. Araştırmamız, şizofreni hastalarının işlevsellikleri ve şizofreni hastalarına bakım verenlerin ruhsal sağlık düzeyleri, stresle baş etme stilleri ve algıladıkları bakım yükü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmada ortaya çıkan modelin şizofreni hastalarına ve bakım vericilerin ruhsal sağlıklarına yönelik planlanacak müdahale çalışmaları için yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreninin Tanımı

Şizofreni, çoğunlukla gençlik döneminde ortaya çıkan, kişiler arası iletişimde, duyu, düşünce ve davranışlarda bozulmalara yol açan, iyileşme ve yinelemelerle devam eden, gerçeği yorumlamanın bozulduğu ruhsal bir hastalıktır¹. Hastalık bireyi alışlagelmiş düşünce, davranış ve duygulanımın dışına çıkararak, bulunduğu toplumun yapısına yabancılaştıran, kendini herkesten izole ederek iç dünyasına döndüren, yaşam kalitesini ve üretkenliğini düşüren bir hastalık olarak tanımlanabilir². Şizofreni genetik ve çevresel faktörlerin neden olduğu, nörolojik bozulmalarla bilişsel ve davranışsal bozulmaların eşlik ettiği psikopatolojik bir bozukluktur²⁵. Hastalık daha çok geç ergenlik ve erken yetişkinlik dönemlerinde başlar²⁶. Hastalık bazen o kadar yavaş gelişir ki uzun yıllar belirtileri fark edilemez²⁶. Şizofreni belirtilerinin çeşitlilik göstermesi hastalığın ortaya çıkması, prognozu, tedavisi ve sonlanımında da çeşitlilikler olmasına sebep olur³. APA'ya (Amerikan Psikiyatri Birliği) göre hezeyanlar ve sanrılar eşlik ederek düşünme, algılama, bellek ve hareketlerinde değişiklikler yapar ve kişinin kendi iç dünyasına kapanmasına, toplumdaki uzaklaşmasına, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesine sebep olmaktadır^{27,25}. Şizofreni yeti yitimine yol açarak işlevsellikte bozulmalara neden olabilmektedir²⁷. Şizofreni diğer ruhsal bozuklarına göre en çok ve en uzun hastane yatışlarına neden olan, aile içinde büyük değişikliklere yol açan, toplumu etkileyen ve en çok korku uyandıran bir hastalık olarak bilinmektedir²⁸.

2.2. Şizofreninin Tarihçesi

Şizofreni hastalığı yüzyıllardır tıp dünyasının ve düşünürlerin ilgisini çekmiştir. Şizofreni kelime olarak Yunancadan geçmiş ve "shizo" ve "phren" kelimelerinin birleşiminden oluşturulmuştur^{29,25}. Şimdiki dönemde şizofreni olarak bilenen hastalık, yüzyıllar öncesinde İ.Ö. 1400'lü senelerinde Hindu eserinde "obur, pis, çırlıçiplak gezen, belleğini yitirmiş ve tedirgin bir biçimde dolaşan" bir hastadan söz edilmiştir³⁰. Aretus ve Soranus tarafından şizofreni belirtilerini tarif edebilmişlerdir³⁰.

1800'lü yıllarda Fransız psikiyatrist Benedick Morel, hastalığı Demans Prekoks olarak tanımlamıştır^{31,32}. Yani bilişsel bozulma ve erken başlangıç kelimelerin birleşimi olarak

vurgulamıştır²⁹. Bu tanımını, hastalığı uzun zaman aralığında kötüleşen süreci vurgulamak için ifade etmiştir³⁰.

Alman psikiyatrist Kreapelin ile birlikte modern şizofreni kavramı şekillenmiştir³². Kreapelin şizofreninin %4' ünün tamamında sağaltım gösterdiği, %13' ünde ise hastalığın belirtilerinde azalmalar olduğunu düşünmüştür³⁰. Şizofreni sözcüğü ilk kez 1908'de İsviçreli psikiyatrist Eugen Bleuler tarafından kullanılmıştır²⁸. Bleuler, zihinsel bölünme/ zihinsel yarıma teorisinde birincil ve ikincil belirtileri tanımlamıştır²⁹. Assosiyasyon (düşünce akımı) bozukluğu, Autis (İçe çekilme), Ambivalans (ikilemeler), Affect (duygulanım) bozuklukları primer; sanrı, varsanı, katotoni ve motor bozuklukları da sekonder olarak sınıflandırmıştır³³. Primer belirtileri 4A olarak adlandırmıştır. Bleuler hastalığın herkeste "yıkım" a yol açmadığı, duygu düşünce ve davranışta bölünmeyi ifade etmiştir³⁰. 20.yy' da Kurd Schneider tarafından şizofreni belirtilerini ayrı ayrı kategorilendirerek şizofreniye yeni bir bakış açısı getirilmiştir³². Düşünce ve dikkat algısındaki psikiyatrik tanı kriterleri DSM-IV ve ICD-10'da kullanılan modern tanı sisteminde etkisi devam etmektedir³². Özellikle belirtilerin "düşünce çekilmesi, düşünce sokulması, düşünce yayılması, kişinin kendisi dışında emir veren ve yönlendiren seslerin işitilmesi, duygu, düşüncenin ve hareketin dışarıdan kontrol edilmesi" şeklinde ifade edilmesi tanılarının uygun sınıflandırılmasında etkili olmuştur²⁹. Şizofreninin pozitif ve negatif belirtileri, birincil ve ikincil tanımları daha önce olmasına karşın, Timoty Crow' un pozitif ve negatif belirtileri olmak üzere iki gruba ayrıldığı görüşü önem taşımaktadır²⁹. Sonrasında negatif belirtilerin şizofrenilerin topluma kazandırılmasında etkili olduğunun anlaşılması ile Bleuler' in sınıflandırması tekrar ön plana çıkmıştır³³. Sullivan, Meyer, Longfield ve Scheineler mental bozuklukların sebebini kişinin yaşadığı strese karşı gelişen bir reaksiyon olarak belirtmiştir. Ayrıca Sullivan ilk kez sosyal izolasyondan bahsetmiştir. Longfield şizofreni ile psikoz olarak ayrı kategoriye ayırmıştır³⁰.

Şizofreni tanımı bu dönemlerde tam olarak kesinleşmemiş olup Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından 1952 yılında yayınlanan DSM-I' de "şizofrenik reaksiyonlar" ifadesi kullanılmış, 1968 yılında yayınlanan DSM-II' de "latent şizofreni" ifadesine değinilmiştir³¹. 1980'de yayınlanan DSM-III' te ise ABD psikiyatrisi için bir dönüm noktası haline gelmiş ve Kraepelinian' ın yaklaşımını yeniden tanıtmıştır³¹. Ancak DSM-III' te şizofreni diyebilmek için bazı şartlar eklenmiştir. Bunlar; hastalığın başlangıç yaşınının 45' ten önce olması, hastalığın aktif dönemde olması, mental

retardasyonun ve duygudurum bozukluklarının elimine edilmesi ve hastalık belirtilerinin en az 6 ay süregelmesi olarak belirtilmiştir. 1987' de DSM-III revize edilmiş olup 45 yaş koşulu ve mental retardasyonun varlığı tanı ölçütlerinden sayılmamıştır. 1994 yılında yayınlanan DSM-IV 2000 yılında yeniden düzenlenmiş olup "şizofreni" ve "diğer psikotik bozukluklar" olarak ayırmıştır^{34,35}. World Health Organization(WHO)'a göre ise, ICD-10 kodunda şizofreni, şizotipal ve sanrılı bozukluklar olarak sınıflandırmıştır³⁶. Şu anda kullandığımız DSM-V ise 2013 yılında yayınlanmıştır. Burada özellikle katatoni varlığının sorgulanması, ilk dönem, çoğul dönem, akut dönem ve remisyona, gidiş belirleyicilerinden bahsedilmiştir³⁷.

2.3. Epidemiyolojisi

Şizofreni tüm kültürlerde ve tarihsel dönemlerde ortaya çıkmış, her ne kadar belirtileri zaman içerisinde değişim göstermiş olsa bile her yerde bulunan her toplumda ve kültürde görülen bir hastalıktır⁴. Toplumun bir kesimini doğrudan etkileyen, bir kesimini de dolaylı olarak olumsuz şekilde etkileyen, ama toplumdaki herkesi ilgilendiren, sağlık profesyonellerinin ele alması gereken bir hastalıktır². Şizofreninin sağlık hizmetleri sınıfında büyük bir yük oluşturmaktadır⁴. Şizofreninin birçok risk etmeni yapılan çalışmalarda belirtilmiş olsa dahi tam olarak nedeni açıklanmamıştır³⁸. Şizofreni üzerinde yapılan araştırmalarda elde edilen hastalığın tek bir nedene bağlı gelişmediğini, başka faktörlerin de etkili olduğu düşünülmektedir²⁹. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda Amerika'da genel popülasyonda bir yılda görülme sıklığı %1' dir. Yaşam boyu prevalansı ise %1.5'tir³⁹. Asya ve Avrupa'da görülme sıklığı %0.85' tir. Türkiye'de de yine görülme oranı %0.8'dir⁴⁰. Bazı kaynaklarda 400 bin şizofreni tanısı almış olan hasta olduğu belirtilmiştir². Türkiye'de engellilik teşkil eden şizofreni hastalıklarının listesinde erkeklerde 9, kadınlarda ise 11. sırada bulunmaktadır²⁷. Hastalığın gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının %1.5 ile %3'ünün oluşturduğu düşünülmektedir⁴.

2.4. Risk Faktörleri

Genetik Yatkınlık: Şizofreninin oluşmasında nörotransmitterlerin etkili olduğu çalışmalarda görülmüştür. Nörotransmitterlerin aktivitesi genler tarafından kontrol edildiğini gösteren çalışmalar mevcuttur²⁶. Aile araştırmalarında çıkan sonuca göre

sağlıklı ebeveyne sahip kişilerde şizofreni görülme olasılığı %1 iken, anne ya da babasından herhangi biri şizofreni olan kişilerde görülme oranı %35' lerede seyretmektedir. Birinci dereceden akrabalarda şizofreni olma oranı 10 kat arttığı bildirilmiştir³⁴. Kardeşi şizofreni olan kişilerin hastalığa yakalanma oranı %6.7- 8.2 olarak görülmüştür⁴¹. İkizlerde yapılan çalışmalarda hastalık riskinin artışı şizofrenide genetik bir yatkınlığın olduğunu göstermektedir³². Genetik çalışmalar incelendiğinde hastalığın oluşmasında 5., 6., 8., 10., 13., 15 veya 22. kromozomda bozukluğa bağlı olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur^{38,26}. Genetik faktörlerin etkisi %81 iken, çevresel faktörlerin %11 oranında olduğu düşünülmektedir⁴².

Yaş ve Cinsiyet: Şizofreni hastalığının başlangıç yaşı daha çok 25 yaşın bireyler oluşturmaktadır (%50). Bazı çalışmalar şizofreni hastalığı için cinsiyet tercihi olmadığını gösterse de kadın ve erkekte hastalığın başlangıcı ve seyri farklılık göstermektedir^{4,43}. Erkeklerde kadınlara göre daha erken başlar. Erkek/kadın oranı 1:4 olduğu bildirilmiştir²⁹. Olguların %98' inde hastalık 40 yaşından önce ortaya çıkmıştır⁴. Erkeklerde başlama yaşı 15- 25 olarak görülürken kadınlarda 25- 35 yaşları arasında görülmektedir³⁸. Şizofreni tanısı konulan kadın hastaların 1/3' ü, erkeklerin yarısından fazlası ilk kez 25 yaşın altında psikiyatri servisine yatışı yapılmıştır³⁸. 10 yaşından önce ve 60 yaştan sonra başlaması nadir olarak görülmektedir²⁹. Erkeklerde negatif belirtiler kadın hastalara göre daha fazla olduğu belirtilmiştir. Kadınların sosyal etkileşimi daha fazladır³⁰. Hastalığın başlarında kadınlar hastalığı daha hafif geçirirken, geç dönemde hastalığın şiddeti erkeklere oranla daha fazla görülmektedir²⁹.

Sosyoekonomik Durum: Yapılan araştırmalarda sosyoekonomik düzeyi düşük olan ailelerde şizofreni hastalığı görülme oranı 5 kat daha fazladır. Bunun nedeni gelir düzeyi düşük ailelerde enfeksiyonlar, hamilelik dönemindeki beslenme eksiklikleri, bakımsızlık olarak açıklamaya çalışan araştırmalar bulunmaktadır⁴⁴. Kentsel yaşamdaki sosyal dışlanma sebebiyle 13-14 yaşındaki adölesanlarda şizofreni riskini arttırmaktadır⁴⁵. Yapılan çalışmalarda göçmenliğin genetik yatkınlıktan sonra şizofreni görülme oranının artmasında en büyük etken olduğu belirtilmiştir⁴⁴. Göçmenlerin dışlanmış olması, ayrımcılık, olumsuz yaşam koşulları, kendi kültüründen uzaklaşma, eğitimden yoksun kalma, temiz gıdaya ve suya ulaşımında zorlanma, bulaşıcı hastalıklara yakalanma, topluluk halinde yaşama, aileden birinin kaybı gibi kişilerde zorlanma gibi nedenler şizofreni hastalığının oluşmasında tetikleyici sebepler olarak sayılabilir⁴⁴. Algılanan bu stresörler dopamin duyarsızlaşmasına neden olmakta ve mental

bozukluklara ve psicotik belirtilerin ortaya çıkmasına sebep olarak etkilediği düşünölmektedir⁴⁶. Sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerin gelir düzeyi yüksek ailelere göre tedaviye 8.5 yıl sonra başladıkları görölmüştür. Yaşamında şiddete maruz kalan bireylerde sanrı ve hallüsinasyonları arttırdığı düşünölmektedir. Kannabis ilaç kullanımı, çocukluk travmaları ile birlikte yaşanan şehir değışiklikleri bireylerde kalıcı ruhsal bozukluklara neden olabilmektedir. Erken çocukluk döneminde yalnız kalma, arkadaşı olmama, sosyal ilişkilerde huzursuz olma, büyük gruplara dahil olamama, sosyal uyum sorunları gibi nedenler şizofreninin oluşmasında zemin hazırladığı düşünölmektedir³⁸.

Coğrafi Özellikler: Kuzey yarım kürede ocak ve nisan aylarında, güney yarım kürede ise haziran eylöl aylarından birinde doğanlarda şizofreni daha sık göröldüğü araştırmaların sonucunda bildirilmiştir. Bunun nedeni gebeliğin ilk 3 ayındaki viral bulaşlar ve mevsimsel etkilerin, beslenme yetersizliklerine (D vitamini eksikliği, folik asit eksikliği, demir eksikliği) bağı olduğı düşünölmektedir^{45,30}. Ayrıca neonatal dönemde gerçekleşen hipoksi durumu ve obstetrik komplikasyonlar hastalığın görölme riskini arttırmaktadır⁴⁵. Bunun dışında kış mevsiminde ve bahar mevsiminde doğmuş olanlarda şizofreni görölme oranının daha fazla olduğunu gösterirken mevsimlerin etkilemediğini gösteren çalışmalar da görölmüştür⁴⁴. Çocukluk döneminde geçirilen menenjit, bronşit, pnömoni gibi hastalıklar ileriki dönemde şizofreniye yakalanma riskini arttırmaktadır. Yine şehir merkezinde doğan ve büyüyenlerde kırsala göre 2- 4 kat daha fazla hastalığa yakalanma riski olduğı bildirilmiştir²⁹. Türkiye' de bununla ilgili çalışmalara rastlanmamıştır⁴⁷. Almanya, Yunanistan, İtalya ve İspanya' da yapılan bir çalışmada düzenli ilaç kullanan hastaların 5 yıl içinde tekrarlama oranı %50 civarındadır⁴⁸.

İlaç Bağımlılığı: Alkol ya da madde bağımlılığının kendisi tek başına şizofreni nedeni olduğı düşünölmese de şizofreninin belirtilerini daha kötü yapabilir. Bazı ilaçlar (amfetamin veya fensiklidin) şizofreni belirtilerini arttırabilir²⁶.

2.5. Tanı Ölçütleri

2013 yılında yayınlanmış olan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM- 5' e göre DSM- 4 üzerinde değışiklikler yapılarak şizofreni tanı ölçütleri yeniden düzenlenmiştir. DSM- 4' e göre DSM-5' teki değışiklikler şu şekildedir³⁷.

A. Karakteristik belirtiler: Bir aylık bir dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması:

1. Hezeyanlar (sanrılar),
2. Halüsinasyonlar (varsanılar),
3. Dezorganize (karmakarışık) konuşma (örn. çağrışımlarda dağınıklık [sık sık konu dışı sapmalar gösterme] ya da enkoherans),
4. İleri derecede dezorganize ya da katatonik davranış,
5. Negatif belirtiler, yani duygulanım ifadesindeki donukluk (tekdüzelik), aloji (konuşamazlık) ya da avolasyon.

Hezeyanlar bizar ise ya da halüsinasyonlar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin birbiriyle konuşmasından oluşuyorsa “A Tanı Ölçütü” nden sadece bir belirtinin bulunması yeterlidir.

B. Toplumsal/ mesleki işlev bozukluğu: İş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır (başlangıcı çocukluk ya da ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişilerarası ilişkilerde, eğitimle ilgili ya da mesleki başarıda beklenen düzeye erişilememiştir).

C. Süre: Bu bozukluğun süregiden belirtileri en az 6 ay süreyle kalıcı olur. Bu 6 aylık süre, en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmiş ise daha kısa bir süre) A Tanı Ölçütünü karşılayan belirtileri kapsamalıdır; prodromal ya da rezidüel belirtilerin bulunduğu dönemleri kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal ya da rezidüel dönemlerde, sadece negatif belirtilerle ya da “A Tanı Ölçütü” nde sıralanan iki ya da daha fazla belirtinin daha hafif biçimleriyle (Örn. acayip inanışlar, olağan dışı algısal yaşantılar) kendilerini gösterebilir.

D. Şizoaffektif bozukluğun ve duygudurum bozukluğunun dışlanması: Şizoaffektif bozukluk ve psikotik özellikler gösteren duygudurum bozukluğu dışlanmıştır, çünkü ya aktif- evre belirtileri ile birlikte aynı zamanda majör depresif, manik ya da miks epizodlar ortaya çıkmamıştır ya da aktif-evre belirtileri sırasında duygudurum epizodları

ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.

E. Madde kullanımının/genel tıbbi durumun dışlanması: Bu bozukluk bir maddenin (Örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

F. Bir yaygın gelişimsel bozuklukla olan ilişkisi: Otistik bozukluk ya da diğer bir yaygın gelişimsel bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin hezeyan ya da halüsinasyonlar da varsa şizofreni ek tanısı konabilir³⁴.

Şizofreni tanısı konulabilmesi için DSM-5' te A tanı ölçütünün 1., 2. ve 3. maddelerinin en az birinin bulunması olarak değiştirilmiştir. DSM-4' te kullanılan 5 adet alt tip DSM 5' te kaldırılmıştır.

ICD-10' da, DSM' den biraz farklı olarak hastalık semptomlarının bir aydır devam ediyor olmasıdır. ICD-10' da işlevsellikteki bozukluklar hastalık için tanı kriteri sayılmamaktadır⁴⁹.

2.6. Klinik Belirtiler

Şizofrenide belirtilerin görülmesi farklı şekillerde görülmüştür. Belirtilerinin hızlı ilerlediği ve aniden ortaya çıktığı görülen hastalar olsa da bazen belirtiler sinsi ve yavaş ilerlemektedir³⁰. Hatta hastalık belirtiler ortaya çıkmadan önce şizoid ve şizotipal belirtiler görülebilir. Aileler belirtileri çok geç fark edebilirler. Bu da yaklaşık 18-25 yaş arasında belirtilerin daha da arttığı döneme denk gelmektedir⁵⁰. Yavaş gelişen belirtiler sosyal izolasyonla eşdeğer belirtiler olup çevredekiler tarafından fark edilmeyerek başka hastalıklarla karıştırılabilmektedir. Bu belirtiler özellikle içe kapanma, dine yönelme, platonik sevgi, öz bakımını sürdürememe, konsantrasyon güçlüğü gibi belirtilerdir³⁰. Bazı hastalarda da belirtiler aniden ortaya çıkabilir. Şizofreni belirtilerinin bu kadar çeşitlilik göstermesi, başlangıç nedenlerinin farklı şekillerde olması ve fark edilememesinden dolayı tanı konulabilmesi için belli bir zamana gereksinim duyulmaktadır⁵⁰. Hastalığın ortaya çıktığı dönemden itibaren 5 yıl içerisinde belirtiler daha belirgin olup zamanla hastalığın seyri daha stabil hale gelmektedir⁵¹. Şizofreni belirtileri pozitif ve negatif belirtiler olarak 2 temel başlık altında incelenmektedir⁴⁰.

Pozitif belirtiler daha çok gerçeği değerlendirmede bozuklukların, negatif belirtiler ise işlevsellikte bozulmalar ile ilgili ortaya çıkan belirtilerdir⁴⁰.

Pozitif Belirtiler: Genellikle hastalarda, sağlıklı kişilerde görülmeyen psikotik davranışlar bulunur³². Hareketlerde aşırılık ve taşkınlık görülmektedir. Sanrılar, çağrışımlar, halüsinasyonlar, katatoni, düşünce bozuklukları (alışılmadık veya işlevsel olmayan düşünme yolları), hareket bozuklukları görülebilir. Hastaların konuşma içeriği ve hızı artmıştır. Hastanın ne söylediği çoğu zaman anlaşılmaktadır²⁷. En sık karşılaşılan sanrılar perseküsyon sanrılarıdır. Bunlardan başka sırası ile referans sanrıları (alınanlık), grandiyözite sanrıları (büyüklük, üstünlük), jaluzik sanrıları (kıskançlık), somatik sanrılar, erotomanik sanrıları (birinin kendisine âşık olduğunu sanma), düşünce içeriğinde bozulmalar, kontrol edilme sanrıları görülebilmektedir. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde erkeklerde büyüklük ve dinsel sanrılar, kadınlarda ise kıskançlık sanrıları daha fazla görülmektedir⁴⁰. En sık görülen halüsinasyonlar işitsel, görsel, somatik, dokunsal, tat ve koku halüsinasyonları olarak sıralanabilir⁴⁰. Düşünce bozuklukları olarak da baskılı konuşma, enkoherans (fikir uçuşması), ekolali (yankılı konuşma), teğet geçme (dolaylı yanıtlar verme), bloklar, klang çağrışım (kafiyeli konuşma), perseverasyon (ısrarla yineleme) belirtileri görülebilmektedir⁴⁰.

Negatif Belirtiler: Hastalarda görülen normal duygu ve davranışlardaki aksaklıklar ile ilişkilidir. Daha çok içe kapanma ile ilgilidir. İsteksizlik, küntlük, sosyal çekilme, ilgisizlik, ilişki kuramama, duygusal tepki azlığı, faaliyete başlama ve sürdürme zorluğu, günlük yaşamda azaltılmış zevk duyguları, öz bakımı sürdürememe görülebilir²⁷. Negatif belirtiler ilaç tedavisine bağlı olarak sekonder de gelişebilir⁵².

Affektif Belirtiler: Anksiyete, disfori, suçluluk duygusu, suicidal girişimler, duygusal dalgalanmalardır.

Bilişsel Belirtiler: Odaklanmada güçlük, sözel ifadede bozulma şeklindedir²⁹.

Hastalık Öncesi Belirtiler: Şizofreni hastalığında tek bir belirti ile tanı konulamaz. Hareketlerin, davranışların dışında kişinin algılama şekli, duygularının kontrolü, düşünce yapısını etkilemektedir. Bellek, sosyalleşme, özbakımını sürdürme, öğrenme becerileri, günlük ritüelleri sürdürme becerilerinde yetersizliklere ve bozukluklara yol açmaktadır⁵³. Hastalığın başlangıcında hastalığın belirtileri fark edilememektedir. Özellikle kişi içe kapanık, sessiz, yalnız, çevresine güvensizdir. Çevresi ile ilişkileri ya çok sınırlıdır ya da hiç yoktur. Okul çağında ve adölesan dönemde arkadaşı yoktur.

Grup etkileşimi kurmaz ve sosyal etkileşimleri ya çok sınırlı ya da hiç yoktur. Bu belirtilerle tanı konulamamakta ancak tanı sonrası geriye dönük olarak değerlendirildiğine anlaşılabilmektedir⁵³.

Genel Görüntü ve Davranış Biçimi ve Hareket: Hastanın katatonik bakışı ve donuk yüz ifadesi vardır. Çevresine ilgisiz ve içe dönüklük görülmektedir. Göz ve yüz devinimleri, tekrarlayıcı el kol beden devinimleri, saçları dağınık ve vücudu kirli görünebilir. Kendi bakımını sürdüremez. Harekete başlamada güçlük gözlemlenir. Bazen de tam aksine taşkınlıklar ve saldırganlıklar görülebilir. Uygunsuz cinsel davranışlar, toplum içinde idrarını yapma, dışkı yeme, toplum içinde çıplak dolaşma gibi ilerlemiş belirtiler gözlemlenebilmektedir⁵³.

Konuşma: Konuşmada ve konuşma içeriğinde yoksullaşma, askılı konuşma, fikir uçuşması, teğet geçme görülür. Düşünce yapısındaki bozukluklar hastanın konuşma şeklini etkilemektedir. Enkoherans şeklinde konuşma vardır. Söylediği çoğu zaman anlaşılmaz. Konuşmada klang çağrışım görülebilir. Bazen konuşmanın akışı kesilir ve konuşmada bloklar görülebilir. Neolojizm, ekolali, perserverasyon, teğet geçme hastada gözlemlenebilir diğer konuşma sorunlarıdır. Bazen konuşma bozuklukları alınan psikotik ilacın yan etkisine bağlı olarak gelişebilmektedir⁵⁰.

Bilişsel Algılama ve Düşünce İçeriği: Düşüncede ve algıda bozukluk birçok hastada gözlemlenebilir. Kişi dikkatini yeteri kadar toplayamaz ve bellekte bozukluklar vardır. Bilinçle ilgili becerileri yerine getiremez. Halüsinasyonlar, sanrılar eşlik eder. Kendi düşüncelerini kulağına gelen ses olarak algılamaktadır. Gerçekte olmayan sesleri duyar, görüntüler görür. Hasta bu görüntü ve sesin gerçek olup olmadığını ayırt edemez. Çoğu zaman bu seslere cevap verir, görüntüleri takip eder ve dışarıdan bakıldığında kendi kendine konuştuğu gözlemlenir³⁰. Düşüncede yavaşlama, durma, bir düşünceden başka bir düşünceye kayma, düşüncede dağınıklık, düşünce basıncı, mantık dışı hale dönüşebilir³⁰.

Duygulanım: Kişinin duygulanımında azalma ve küntleşme görülmektedir. Olaylara ve durumlara karşı ilgisiz, vurdumduymaz olabilir. Donuk yüz ifadesi, göz teması kurmama, gülümseyememe belirtileri görülebilir. Hastalarda bazen anksiyete, panik hal, duygularda taşkınlık görülmektedir. Depresyon belirtileri gözlemlenebilir⁵³.

2.7. Hastalığın Gidiş ve Sonlanması

Hastalığın seyri hastadan hastaya farklı özellikler gösterebilir. Şizofreni kronik olup yeti yitimine yol açan bir hastalıktır. Başlangıçta sessiz ve yavaş ilerleyen hastalığa akut dönemler de eşlik etmektedir. İlaçlarla alevlenmeler kontrol altına alınabilmektedir. Ancak duygulanımdaki bozukluklarla birlikte görülen depresyon düzeyinde artma ile hastalarda suicidal girişimler olabilmekte ve bu durum erken ölüm riskinin artmasına yol açmaktadır²⁹. Tekrarlayan psikotik ataklar ile birlikte hastaların işlevsellikleri iyice bozulabilmektedir. Bu psikososyal yıkıma daha çok yol açmakta ve negatif belirtileri ön plana çıkartmaktadır²⁹. Antipsikotik kullanan hastaların prognozu daha iyimserdir.

2.8. Tedavi

Şizofreni hastalarında tedavi çoğunlukla sağlık personeli ve bakım verenleri tarafından hastaya dayatılarak sunulmaktadır. Hasta birey, hastalığın belirtilerine ve tedavisine tam olarak uyum sağlayamadığından tedaviyi reddetme, nükslerin tekrarlanması, hastalığın klinik seyrin kötüleşmesi gibi durumlar ortaya çıkabilir. Tedavi sürecine hastanın dahil edilerek etkileşim sağlamak hastanın tedaviye uyumunu kolaylaştıracaktır⁵².

Şizofreninin nedeni tam olarak açıklanamadığından tedavi daha çok belirtileri gidermeye yöneliktir. Tedaviler farmakolojik tedavi, elektrokonvülsif terapi ve psikososyal tedavileri içermektedir. Şizofreni tedavisinde hedefler arasında semptomların en aza indirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması, nüksün önlenmesi, işlevselliğin artırılması ve hastalığın zayıflatıcı etkilerinden kurtulmayı mümkün olan en üst düzeye çıkarmayı yer almaktadır. Hasta ile ilgili semptomlarda değişimler elde edildikçe hastanın teşhisi yeniden değerlendirilmeli ve gerekirse tedavi planı değiştirilmelidir^{43,27}. İlaç tedavisinin hızlı bir şekilde başlatılması, özellikle ilk akut ataktan sonraki beş yıl içinde hayati önem taşımaktadır. Akut bir psikotik atak durumunda, ilaç tedavisi derhal uygulanmalıdır. Özellikle hastanın zarar görmesi önlemek için ajitasyon, saldırganlık, negatif belirtiler ve duygusal belirtilerin kontrolü sağlanmalıdır⁵⁴. Akut dönem geçtikten sonra psikososyal müdahaleler farmakolojik tedaviye faydalı olabilecek yardımcı bir tedavi olarak kullanılabilir⁵⁴. Tedavinin ilk yedi günü boyunca amaç hospitalizasyonu azaltmak ve hastayı normal çalışmaya geri döndürmeye çalışmaktır. Yeni bir antipsikotik ajan başlatılmadan önce, hastanın eksiksiz ilaç öyküsü alınmalıdır. Hastaların %25 ile %30'u arası tedaviye direnç

göstermektedir. Hastanın önceki antipsikotik tedaviye olumlu ya da olumsuz bir tepki gösterip göstermediği, yeni bir ilacın seçiminde yol gösterici olacaktır⁴³.

Farmakolojik tedavide daha çok yeni kuşak atipik antipsikotik ilaçlar kullanılmaktadır. Atipik psikotiklerin ilaç yan etkileri daha az olduğu için ve hastalık belirtilerini yatıştırdığı için tercih edilmektedir³⁰. Farmakolojik tedavi hastalık belirtilerini azaltmada temel önem arz etse de psikososyal tedavi programlarıyla desteklenmedikçe yetersiz kalabilmektedir. Farmakoloji ile birlikte uygulanan psikososyal tedavi kombinasyonu umut verici sonuçlar ortaya çıkarıştır⁵⁷. Ancak hastadaki negatif belirtileri ortadan kaldırmakta farmakolojik tedavi tek aşına yeterli olamamaktadır³⁰. Elektrokonvulsif tedavi daha çok farmakolojik tedaviden yanıt alınamayan, ilaç kullanmayı bir şekilde bırakan, duygulanım belirtileri ön planda olan hastalarda kullanılmaktadır³⁰.

Psikososyal tedavilerde ise ilaç tedavisine destek olarak hastaların yaşam kalitesini arttırmak ve hastalığın nüksünü önlemek, hastaların işlevselliğini en üst düzeye çıkarmak, hastaların yeti yitimini azaltılması ve topluma uyumunu kolaylaştırmak için kullanılan yöntemlerdir^{30,27}; Patel KR, 2014). Aile terapileri, psikososyal beceri eğitimi ve bilişsel davranışçı terapiler hastaların psikososyal uyumunu kolaylaştırmak, özgüvenini yükseltmek, hastalığı ve yan etkilerini anlamasını sağlamak için kullanılan yöntemlerdir³⁰.

2.9. Şizofreni ve İşlevsellik

Hastaların işlevselliklerinin artırılması tedavinin temel amaçları arasındadır¹⁴. Kişinin kendi özbakımını kendi sağlayabilmesi, günlük aktiviteleri yapabilmesi ve devam ettirebilmesi, çevreyle ve toplumla uyum içerisinde olması için sosyal becerileri yerine getirebilmesi ve aile içi ve toplumsal rollerini yerine getirebilmesi işlevsellik olarak tanımlanır⁵⁶. Şizofreni hastalarının çoğunda işlevsellikte bozulma, direnç gösterme, özbakımda ve üretkenlikte normal ölçülerde sağlayamazlar⁵⁷. Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göre DSM-5'in tanı sisteminde tanı koyma kriterleri arasında yer almaktadır⁵⁸.

İşlevsellik hastalığın gidiş ve sonlanımını etkilemektedir⁵⁹. Hastalık belirtilerin devam etmesi ile hastaların işlevselliklerindeki bozulmalar da devam etmektedir⁵⁶. Hastaların işlevsellik düzeyi farklılıklar göstermektedir. Hatta aynı hastada bile farklı olabilir². Hastalığın negatif ve pozitif belirtileri, bilişsel bozuklukların olması, hastaların

duygudurumları, madde kullanımı, tekrarlayan yatışlar ve tekrarlayan ataklar işlevselliğin bozulmasına sebep olmaktadır⁶⁰. Özellikle hastalığa bağlı olarak gelişen nörobilişsel bozukluklar işlevselliği diğer etkenlerden daha fazla etkilemektedir⁶¹. Şizofrenide hastalığın seyri ve prognozunun değişken olması, alevlenmeler ve düzelmelerle seyrediyor olması, kullanılan ilaçların yan etkileri, yetilerde bozulmalar hastaların işlevselliğini bozabilmektedir. Şizofreni hastaları düzelmelerinde bile işlevselliklerini tam olarak sağlayamamıştır⁵⁹.

İşlevsellikte, hastaların aile ilişkilerini tam olarak sürdürebilmesi, aile içindeki rollerini yerine getirebilmesi, herhangi bir işte çalışabilmesi, eğitimini sürdürebilmesi gibi bozukluklar mesleki ve bilişsel işlevselliği etkilerken, hastanın günlük aktiviteleri yapabilmesi, sağlık durumunu ve özbakımını sürdürebilmesi, kendine yetebilmesi aile işlevselliğini etkilemektedir. Bunun dışında hastanın çevresindeki kişilerle etkileşim içinde olması ve kendisini ifade edebilmesi de sosyal işlevselliğini etkiler. Yapılan çalışmalarda belirtilerde iyileşme görüldüğünde hastanın işlevselliğinde de kısmi iyileştirme göstermiştir⁶². Bilişsel işlevlerin sosyal işlevsellikle arasında ilişki olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir⁶¹. Şizofreni hastalarının bilişsel işlevselliğinin diğer insanlardan daha düşük olduğu bildirilmiştir⁶³. Hastaların bellek, konuşma, işlem, hız, öğrenme, konsantrasyon, psikomotor beceri işlevsellikleri incelendiğinde hastalanmadan önceki döneme göre karşılaştırıldığında bozulmaların olduğu görülmektedir⁶⁴. Bilişsel bozulmalar hastalığın başlangıcından sonlanımına kadar değişik zamanlarda değişik düzeyde kendini gösterebilmektedir⁶⁴. Bilişsel yetilerde ve işlevsellikte ilk atakta, prepsikoz dönemde de arttığı görülmektedir⁶⁴. Bazı hastalarda negatif belirtilerin pozitif belirti gösteren hastalara oranla daha fazla işlev kaybı yaşadığı görülmüştür⁶⁴. Hastalığın erken yaşlarda başlamış olması bilişsel işlevselliği olumsuz yönde etkilediği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir⁶⁵. Yeni Zelanda'da yapılan bir çalışmada 1037 şizofreni hastasının çocukları 30 yıl boyunca izlenmiş ve 3 ile 32 yaş arasında bilişsel düzeyine bakılmıştır. Şizofreni gelişenler gelişmeyen bireylerle karşılaştırıldığında bilişsel işlevselliklerinde gerileme olduğu bildirilmiştir⁶⁶. Bilişsel işlevselliğin hastaların sosyal algıları üzerine etkisi olduğu düşünülmektedir⁶⁷. Özellikle de sosyal ilişkileri sağlayabilmek için sözel bellek, dikkat, yürütücü işlevler açısından bilişsel yetiye ihtiyaç vardır⁶⁷.

Hastaların sosyal işlevsellikleri değerlendirilirken mesleki beceri, kendine bakabilme ve kişilerarası ilişkileri sürdürebilme becerisi değerlendirilmelidir⁶⁷. Hastaların yarı

zamanlı da olsa düzenli olarak bir işte çalışabilmesi ve işe gidebilmesi hastalar için önemli bir işlevsellik göstergesidir¹⁴. Erkek hastalar için çalışabilme yetisini gösterememe aile içinde rollerinin bozulmasına sebep olmuştur. Ev hanımı olan kadınların da ev işlerine sürdürememe, başkasının desteğine ihtiyaç duymalarına ve stres yaşamalarına sebep olabilmektedir¹⁴. Çalışmalar hastaların herhangi bir işte çalışıyor olması hastanın sosyal işlevselliğini arttırdığını göstermiştir^{67,68,69}. Ev işlerini kendisi yapabilen şizofreni hastası ev hanımları ve öğrencilerdeki hastalığın negatif belirtilerinin daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır¹⁴. Bilişsel işlevleri gerileyen şizofreni hastaların kısa süreli belleğini iyi kullanamadıklarından sosyal işlevselliğini etkilediği görülmüştür^{61,70}. Sözel belleğin kaybı ile toplumda yaşama yetileri düşmekte, ergenlik dönemi ile başlayan hastalarda sosyal iletişimle ilişkili olduğu gösterilmiştir⁶¹. Kişilerarası ilişkilerde dinleme, sözcükleri yorumlama yetisi, davranışları algılaması, yorumlaması ve tepki verebilmesi hastanın sosyal işlevselliğini sağlamaktadır⁷¹. Hastaların işlevselliklerini arttırmak için bilişsel yetilerini ve işlevselliklerini anlamak önemlidir⁶¹.

Damgalanmanın şizofreni hastaların işlevselliklerine etkisi olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Yapılan çalışmalarda bireylerin 1/4' ünün şizofreni hastalığının tehlikeli bir hastalık olduğunu ve toplumda serbest bırakılmaması gerektiğini düşünmekte ve yarısına yakını ise de şizofreni hastaları ile çalışmayacağını ve bu hastalara evini kiralamayacaklarını ifade etmişleridir⁷². Damgalanma ile şizofreni hastasının statü kaybına ve toplumdan dışlanmasına sebep olacak olumsuz tutumlar hastaların kendilerini yetersiz ve aciz hissetmesine, benlik saygılarının düşmesine ve mesleki ve sosyal işlevselliklerinin azalmasına neden olmaktadır⁷³. Hastaların çevresi ile olan etkileşimini azaltarak kişilerarası ilişkilerde yeti yitimine ve daha çok toplumdan izole etmesine sebep olmaktadır⁷³.

Şizofreni hastalarının yaşadığı problemler aile içindeki bireylerin tümünü etkilemektedir. Hastanın kendisini yönetememesi, kendi bakımını sağlayamaması, aile içi sorumluluklarını yerine getirememesi nedeniyle bu sorumluluğu diğer aile üyeleri üstlenmektedir⁷⁴. İşlevsellikte bozulmalar ve gerilemeler ailedeki diğer üyelerin daha çok sorumluluk almalarına ve hasta ile daha çok vakit geçirmelerine sebep olabilmektedir. Bu durum da aile yükünün artmasına yol açmaktadır¹⁴. Yapılan çalışmalarda hastanın işlevselliği azaldıkça ailenin bakım yükünün arttığı

görülmüştür^{14,17,13,16}. Aile içinde olumsuz iletişimin hastanın sosyal işlevselliğini etkilediği belirtilmiştir⁷⁵.

2.10. Şizofreni ve Aile

Hastanelerin hem yatak sayısını hem de yatak günlerini azaltma eğilimi sonucu hastaların bakımı ve sorumluluğu ailelere kaydırılmış ve ailelerin sorumluluğu artmıştır⁷⁶. Hastaların %60'ından fazlası, hastalığın ilk epizodları ortaya çıkmasından sonra akrabalarıyla birlikte geri dönerken, bu tür hastaların %40-50'si birkaç sonraki yatıştan sonra geri döner⁷⁶. ABD'de hastaların %25-%40'ının ve Çin'de hastaların yarısından fazlasının ailelerinin desteği olduğunu göstermektedir⁷⁷. Bazı yazarlar, ciddi zihinsel hastalığı olanların %90'ının akrabalarıyla yaşadığını belirtmektedir⁷⁶. Bu sebeple kendi özbakımlarını (giyinme, beslenme, iletişim, hijyen, giyinme, barınma, uyuma, geçimini sürdürme) sürdüremeyen şizofreni hastalarının tüm ihtiyaçları aile bireyleri tarafından karşılanmak zorunda kalmıştır^{78,79}. Ruh sağlığı çalışanları aileyi hastalığın asıl nedeni olarak görmekte olup aile ile iletişim sorunları yaşanmasına sebep olmaktadır. İletişim sorunu yaşayan aile üyelerinde hastalık hakkındaki kaygılar artmakta, hastanın tedaviye uyumunu olumsuz etkilemektedir. Böylece ailenin bakımdaki yükü artmaktadır⁷⁷. Aile ortamı şizofreni veya diğer kronik akıl hastalığı olan bireylerin desteklenmesinde önemli bir role sahiptir⁷⁶. Aile yapısı içindeki etkileşimler oldukça önemlidir ve hem hastalığın daha iyi anlaşılmasına hem de etkili tedavi stratejilerine katkıda bulunur⁷⁶. Ayrıca hastalığın alevlenme dönemleri de göz önünde bulundurulduğunda aile bireyelerine önemli sorumluluklar düşmektedir^{15,80}. Aileler genellikle düzenli ilaç alımının denetimi gibi hasta üyelerinin bakımının tüm yönleriyle ilgilenirler. Ayrıca hastaların fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını da yerine getirirler. Her ailede, genellikle hasta için büyük sorumluluk alan bir anahtar kişi (ebeveyn, eş veya çocuk) vardır; bu kişiye birincil bakım veren (PCG) denir. Ailelerin hastalığa ve sakatlığa nasıl tepki verdiğini ve kendi yaşamlarının nasıl etkilendiğini anlamak önemlidir⁸¹.

Çoğu zaman aile üyeleri hastalıkla nasıl baş edeceğini bilemez. Hasta odaklı tedavi yaklaşım aile üyelerini çoğu zaman ihmal eder. Aileler içinde bulunduğu bu durum ile baş edemez ve ne yapacağını bilemez. Ayrıca hastalık hakkında bilgi sahibi olmaması, hastalıktan utanma, hastalıkla ilgili kendini ve çevresindekileri suçlama ve gelecekte

endişe duyma hasta yakınlarında strese neden olabilir. Hastayı ve hastalığı kendisi için bir yük olarak algılayabilir²⁷.

Aileler hastalığı kabul etmiş olsalar dahi, bunu başkaları ile konuşmakta, yakınlarını eve davet etme konusunda isteksiz olabilmektedirler. Bazen de rahatsız edici davranışlarından endişe duydukları için evde yalnız bırakma konusunda endişeli olabilirler⁸¹. Aileler uzun süreli bakım sağladıklarında hastasına vermiş oldukları bakımda engeller ya da güçlükler yaşamakta ve psikolojik olarak aşırı gerginlik hissedebilmektedir⁸². Stresli ve gerginlik yaşamasını bakım sağlayan bireylerin yaşına, cinsiyetine, mali durumuna, ailenin mevcut kaynaklarına, sosyal destek çevresine, baş etme mekanizmalarına ve aile içindeki rolüne bağlıdır⁸².

2.11. Bakım Vericiler ve Bakım Yüğü

Bakım verme kavramı, hastaların iyileşmesi ve iyi durumda kalmasını sağlamak için verilen çabadır. Kişinin özbakımlarının sağlanması için ihtiyaçlarının bir başkası tarafından karşılanmasıdır⁸³. Bakım verici hastayı aynı zamanda gözlemleyerek de hasta ile sürekli yakınlık kurmaktadır⁸³. Barer ve arkadaşlarının tanımlamasına göre ise, bir kez yapılan ya da sürekli olarak yapılan yardım etme sürecidir. Bu süreç sağlık personeli tarafından profesyonel desteği olarak da devam ettirilebilir⁸⁴.

Şizofreni, kendi başına bile hastaların bağımsız yaşamasını engellemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir. Kişide yeti yitimine sebep olduğundan en basit günlük işlerinde bile destek gerekebilmektedir. Hastaların çoğunluğu günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesi ve yaşamlarını devam ettirebilmesi için dışarıdan yardıma gereksinimleri vardır⁸⁵. Primer bakım verici hastanın tüm sorumluluğunu alarak tüm ihtiyaçlarının giderilmesini sağlayan kişidir⁸³. Birçok toplumda olduğu gibi ülkemizde de hastaların bakımından birinci derece sorumlu olarak tutulan aile üyeleridir¹⁸. Çeşitli sosyal, kültürel ve ekonomik koşullara olan sürekli ihtiyaçları nedeniyle sorunlarına doğrudan cevap verebilecek bakıcıların olması gerekir. Bu devam eden bakım, bakıcının sağlığını farklı boyutlarda da etkiler. Özellikle hasta ile ilgilenen tek bir bakıcı bulunur. Ancak aile içindeki herkes etkilendiği için bu durumla nasıl başa çıkacağını öğrenmelidir⁸⁶. Aile bakım vericilerinin en az üçte biri yakınlarına bakmakta güç ve zorluk yaşadıklarını dile getirmişlerdir⁸⁷. Bakım vermenin büyük çoğunluğu anneler üstlenmiştir. Ayrıca eşler (%12.8- %35), kardeşler (%18- %30) de bakım verme

rollerini üstlenmişlerdir. Bakımı sağlanan kişiler daha çok erkeklerdir (%54.1- %74.3 arasında). Bir şizofreni hastasının ebeveyni olmak kendi başına bakım yükünü oluşturmaktadır⁸⁶.

Bir ailede akıl hastası bir hastanın varlığı aile içindeki rolleri ve etkileşimi etkiler. Ailenin tümü için korku, hastalık belirtilerine bağlı utanç, hastalığın seyri hakkında belirsizlik, sosyal desteğin azlığı, stigma gibi birçok sorunla karşı karşıya kalırlar⁸⁸. Birçok çalışmada ciddi ruhsal hastalığı olan kişilerin aile bakıcıları önemli derecede stres ve yüksek bir yük seviyesine sahip oldukları bildirilmiştir⁸⁸. Özellikle fiziksel duygusal, sosyal ve finansal açıdan bakım verenlere stresli bir hayat yaşatır⁸⁹. Sosyal etkinliklerini kısıtlamak veya işlerinden ayrılmak zorunda kalırlar ve buna ek olarak tedavi maliyetlerini karşılamamanın yanında hasta kişinin bakım ihtiyaçlarını karşılamaktadırlar. Hasta bakımı sürekli stres yaratarak bakım vericilerin fiziksel ve zihinsel sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir. Bu, aileler üzerinde artan bir yük haline gelir ve bu da hem fiziksel hem de ruhsal olarak etkilenmelerine ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olur. Çalışmalar şizofreni hastalarının bakıcılarının duygusal yüklerini çok fazla algıladıklarını göstermiştir⁹⁰.

Akıl hastanelerin kapatılmasından itibaren aile üyeleri hastalarına hastane dışında bakmaya başladıktan sonra “Bakım yükü” terimi ortaya çıktı. Aileler hastalarının sorumluluğunu üstlenmeye başladı ve ev ortamında bakım hizmeti veren birinci basamak bakıcılar oldu²³. Ancak hastalığın aile üzerindeki etkisi göz ardı edilmiştir⁹¹. Bakım verenlerin yaşadıkları sorunlar aile içindeki işlevselliğini, başa çıkma stratejilerini etkilemekte ve aile yükünü arttırmaktadır⁹². Günümüzde geniş ailenin artık çekirdek aileye bırakılması ailelerin yükünü arttırdığı düşünülmektedir⁹¹. Hastaneden taburcu olduktan sonra hastanın evde bakım, tedavi ve rehabilitasyon yönünden desteklenmesi gerekmektedir⁷⁷. Oysaki ülkemizdeki sağlık sistemi hasta merkezli olup hasta yakınları taburculukta ne yapacağı, hangi kurumlardan destek alacağı, kriz durumları nasıl çözeceği anlatılmadan evine gönderilmektedir²⁷. Bu durum aralıksız bakım veren kişilerin zorlanmalarına neden olup ailenin yük duygusunun artmasına sebep olmaktadır⁷⁷.

Kişilerin bakım veren rolünde olması aniden ortaya çıkan ve öngörülmeleyen bir durumdur⁹². Hasta yakınları bakım rolünü hazırlıksız bir şekilde üstlenirler²⁷. Bakıcı yükü; kronik bir hastalığı olan kişinin bakımını sağlayan, sorumluluğunu üstlenen bakım verende ortaya çıkan ve günlük yaşam aktivitelerini zorlayan olumsuz

yanıttır^{89, 15}. Bakıcı yükü Avrupa, Afrika, Amerika, Orta Doğu ve Asya'da dahil olmak üzere dünyanın her yerinde bildirilen bir terimdir. Bakım verenlerin neredeyse %80' i yük yaşamaktadır⁹³. Bakım vericilerin hasta olan birinin tüm sorumluluğunu üstlenmesi ve hastalık belirtileri ile uğraşması, sonucu bakım vericilerde yük yaşamasına neden olmaktadır.

Bakıcı yükünün "öznel yük" ve "nesnel yük" olmak üzere iki boyutu vardır⁹⁴. Nesnel yük, hastanın ve hastalığın bakım kişinin hayatında neden olduğu mesleki kayıp, sosyal hayatın kaybı, günlük sorunlar gibi gözlemlenebilir somut aksaklıkları içermektedir⁹⁴. Öznel yük, ruhsal hastalığın keder ve endişe duyguları da dâhil olmak üzere aile üyeleri üzerindeki psikolojik ve duygusal etkisini içerir^{81,94}. Aile üyelerinin yaşadığı suçluluk, utanma, endişe, umutsuzluk gibi emosyonel durumlarıdır^{87,95}. Nesnel ve öznel yüklerin birbirleri üzerinde doğrudan etkisi vardır. Örneğin, hasta bir akrabaya bakmak için uzun saatler harcamak zorunda kalmanın bir sonucu olarak sosyal faaliyetlere katılımın azalması, artan depresif semptomlara yol açabilir⁹⁶. Hastalığın sosyal izolasyon ve hareketlerde yavaşlama gibi negatif belirtileri bakım vericilerin yükünde önemli olduğu, ancak saldırganlık gibi sosyal yönden utandırıcı pozitif belirtileri ise hastanın özbakımını sürdürmede ve sosyal ilişkilerinde yük oluşturduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir⁹⁷. Öznel yükte pozitif ve negatif belirtilerin ikisinin birden etkisi olmasına karşın, nesnel yükte daha çok negatif belirtilerin etkisi vardır. Yapılan çalışmalar bakım verenlerin en çok sosyal ilişkilerde yük olarak algıladıklarını göstermiştir. Sosyal işlevselliği düzelen hastanın bakım verenlerin yaşadığı yükü azaltmaktadır⁹⁷. Yine hastanın ya da bakım verenin çalışmaması, hastalık giderleri ailelerin finansal olarak yük yaşamasına neden olabilmektedir⁵. Hasta yakınları bakım ve tedaviye erişimde sorun yaşayabilmektedir. Finansal yük aile için de gelir kaybı olduğu için aileyi en çok etkileyen faktörlerden biridir⁸⁶.

Ailenin yaşadığı öznel ve nesnel yük, stres ve endişe ciddi aile sorunlar yaratabilir ve aile için huzursuzluğa neden olur. Şizofreni hastalarının çocukları da çeşitli alanlarda stres yaşarlar. Diğer çocukların sahip olduğu gibi bir ebeveyne sahip olamama, başkaları tarafından alay edilme gibi zorluklarla karşılaşır. Ayrıca hastalığın genetik olduğunu düşündüklerinde yüklerinin arttığı görülmüştür⁸¹.

Hastalık belirtilerindeki artış ve tekrarlamalar ile bakım yükü arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Son dönemlerde yapılan çalışmalarda hem pozitif hem negatif belirtilerin aile yükü üzerinde etkisi görülmüştür^{17,97}. Ayrıca bakım vericilerin hastalık algısı,

hastalığın şiddeti, tedaviye dirençli oluşu, sağlık personellerinin verdiği bilgi miktarının az oluşu, sağlık personelleri ile empatiden uzak bir iletişim kurulması, ailelerin başa çıkma stratejileri, hastalar ve bakıcılar arasındaki etkileşim deneyimleri bakım yükünü yoğunlaştırdığı düşünülmektedir⁸⁶. Özellikle paranoid düşünceler, dağınık konuşma, sanrılar ve saldırganlık endişesi gibi şizofreni belirtilerin varlığı bakım vericiler için zorlayıcı olabilmektedir. Bakım vericilerin günlük yaşam aktiviteleri, alışveriş, tıbbi tedavi için randevulara katılma, yemek, temizlik, gibi aktivitelerde zamanın birçoğunu harcarlar. Çalışmalar bakıcıların haftada 22-37 saat arasında hastaların bakımına katıldıklarını göstermektedir. Bu süre günün büyük bir kısmını kapsayacak şekilde ve aralıksız 7 gün 24 saat hizmet verme gereksinimini gösterir. Bakım rolünü üstlenen aile üyelerinin kendilerine hiç zaman ayıramamasına ve kendi ritüellerinin bozulmasına yol açar. Ülkemizde Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM)' de bakım vericilerin kadınlar olduğu, evli ve okuryazar oldukları bildirilmiştir⁹⁹. Çin'de yapılan bir çalışmada düşük eğitim düzeyine sahip bakım vericilerin ve psikiyatrik morbititeye sahip olanların daha çok yük yaşadıkları bildirilmiştir¹⁰⁰.

Hastalık belirtilerinin şiddeti ve hastanın işlevselliği bakım verenlerini yükünü etkilediği belirtilmiştir²¹. Yapılan çalışmalarda hastaların sosyal işlevselliği arttıkça bakım verenlerin yükünün azaldığı bildirilmiştir^{14, 17}. İşlevselliği bozulan hastaların günlük yaşam aktivitelerine katılmaması, sosyal iletişim becerilerini kullanamaması, ilaçlarını kullanamaması, özbakımlarını sürdürememesi nedeniyle bu işleri yerine getirmek daha çok aile üyelerinden oluşan bakım vericilere kalmaktadır. Böylece bakım vericilerin fazlasıyla sorumluluk üstlenmesine neden olmaktadır. İşlevselliği arttırmaya yönelik yapılan girişimlerin yapılması ile bakım vericilerin olumlu yönde etkilendiği görülmüştür¹⁷.

Bakıcı rolü genellikle zordur ve bakıcının kendi ruh sağlığı üzerinde önemli bir etki yapmaktadır⁸⁰. Başka bir çalışmada ailenin bakım verici yükü arttıkça ruhsal sorunların da arttığı saptanmıştır¹⁰¹. Bakım vericilerin başa çıkma stratejileri ile yük arasında bir ilişki vardır¹⁰². Şizofreni tanısı olan bir hastaya bakmanın sonuçları çoğunlukla olumsuz olarak değerlendirilse de bazı çalışmalarda bakıcıların üstlendiği bakım rolünün daha olumlu ve yararlı sonuçlar doğurduğu görülmüştür. Örneğin kişinin daha duyarlı, yararlı ve kendini daha güçlü hissetmelerini sağlayabilir. Aile deneyimleri bireysel ya da hasta sağlığı açısından değerlendirilmelidir. Bakım vermenin aileler üzerine etkisini değerlendirirken hastaların sağlığı için de önemli bir husustur. Daha fazla sosyal

desteğe sahip olmak, ev dışında bir işe sahip olmak ve aile dinamiklerini iyileştirmek gerekmektedir⁹⁰.

2.12. Bakım Vericilerde Ruhsal Sağlık

Şizofreni hastasına bakım veren bireylerin hastalık hakkında bilgilerin az olduğu ve profesyonel destek almadıkları için bakım vermede zorlandıkları bilinmektedir^{10,11}. Bakım verme sorumluluğuyla karşı karşıya kalan ve ne yapacağını bilmeyen bakım vericilerin etkili baş etmede yetersiz kaldıkları ve ruhsal olarak etkiledikleri belirlenmiştir^{10,11}. Tanı konulduktan bir süre sonra aile üyeleri birbirinden farklı olumsuz duygular yaşamaya başladıkları bildirilmiştir⁸⁷. Bazı aile üyeleri daha yoğun yaşarken bazıları bu durumdan daha düşük düzeyde etkilenmektedir. Bunun nedeni bireylerin hastalığa ilişkin bilişsel değerlendirmeleridir⁸⁷. Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalığının kendisi ailenin işlevini bozduğu ve bozulan aile işlevinin hastalığın prognozunu olumsuz etkilediği saptanmıştır⁹¹. Özellikle hastalar tedaviye uyum göstermediklerinde bakım vericilerin endişeleri artmakta, hastalıkla ilgili umutları azalmakta ve kendilerine ayırdıkları zaman azalmaktadır. Ayrıca bakım vericiler kendilerini sıkılmış, stresli ve sinirli hissedebilmektedir⁸⁶.

Şizofreni hastasına bakım veren bireylerde yapılan çalışmalar incelendiğinde %65' inde bakım vericilerin ruhsal sağlıklarının olumsuz etkilendiği görülmüştür¹⁰. Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin yarısı, özellikle tedaviye direnç gösteren hastaların bakım vericilerinde depresyon oranları yüksek bulunmuştur⁸⁶. Kadın bakım vericilerin ruhsal sağlıklarının daha çok bozulduğu bildirilmiştir¹⁰. Birinci derece akraba olan bakım vericilerde uzak akrabalarda veya akraba olmayan bakım vericilere göre daha çok depresyon olduğuna dair sonuçlar görülmüştür¹⁰³. Hastalığın nedenlerinin tam olarak bilinmemesi, semptomlarının yönetilememesi ve hastalık sürecinin aile üyeleri tarafından anlaşılabilmesi ve geleceğe dair bilinmezlik aile üyelerinde strese neden olmaktadır. Aile üyeleri, tedirginlik, öfke ve utanma duygusunu yaşamaktadır⁵.

Şizofreni hastalığında görülen düşünce içeriğindeki değişimler, duygulardaki ve davranışlardaki belirgin görülen bozulmalar tüm aile üyelerinin neredeyse tamamında hissedilebilmektedir. Hastalığın hangi aşamada olduğu aile bireylerinin üzerindeki etkisi açısından önemlidir. İlk epizotları yaşayan hastanın yakınları anksiyete ve şaşkınlık yaşanırken tekrarlı yatışlarda bıkkınlık hissedebilirler⁹⁷. Hastaların sosyal çevresi ile

olan iletişimindeki işlev bozuklukları aile içindeki rolleri ve ailelerin tutumunu etkilediği saptanmıştır⁷⁵. Ailelerin kullandıkları baş etme biçimleri ailelerin ruhsal sağlık düzeylerini etkilediği saptanmıştır⁶.

Şengün' ün 2007 yılında yaptığı bir çalışmada bakım vericilerin %65' inde ruhsal sağlık sorunları görüldüğü belirlenmiştir⁶. Ayrıca bakım vericilerin kadın olması, yaşın yüksek olması ve bakım süresinin uzun olması ruhsal sağlık sorunu bulunma riskinin daha fazla olduğunu göstermiştir⁶. Bakım verme sürecinde ailelerin suçluluk, utanç, öfke, umutsuzluk ve geleceğe yönelik kaygı yaşadığı görülmüştür^{104,105}. Hastanın zorla taburcu edilmesi, aileye baskıcı tutum sergilenmesi aile üyeleri arasında yıkıma ve öfkeye sebep olmaktadır⁹¹. Öfke kontrol edilemezse ailenin tüm üyelerini etkileyerek herkesin ruh sağlığını bozabilir ve duygusal sorunlar ortaya çıkabilir⁹¹. Çevrenin ve akrabalarının baskıcı tutum ve davranışları, hastalığa bakış açısı ile yaşanan toplumsal baskı ruhsal yönden aileyi olumsuz etkileyebilir¹⁰⁶.

Hastalık belirtilerinin evlilik ilişkilerinde de etkisi görünmektedir. Eşler arasında ilişkileri zorlaştırmakta, kişiler üzerinde baskı oluşturabilmektedir¹⁰⁷. Bir eş için bacaklık kişinin evlilik yeminlerinin bir parçası olarak kabul edilir ve bu durumla baş etmeyi kolaylaştırır¹⁰³. Sosyal desteğin bakım vericileri üzerinde tamponlama etkisi olabildiği bildirilmiştir. Yaşlı bir ebeveyn için bakım özellikle stresli olup hastalar üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir¹⁰³. Bakım vericilerin (yaş, medeni durum, yaşam düzenlemeleri, eğitim, istihdam, gelir ve sağlık durumu) ve hasta kişinin özellikleri incelendiğinde bakım vericiler üzerinde stres ve ruh sağlığını etkilediği gösterilmiştir¹⁰³. Yetişkin çocuk bakım vericilerin diğer aile üyelerine göre daha fazla yük yaşadıklarını bildirmiştir¹⁰³. Aynı zamanda daha fazla sosyal destek alan bakım vericiler daha az yük bildirmişlerdir¹⁰⁸.

Hasta ve yakınlarında ruhsal sağlığında bozulmaların olması; hastanın özbakımlarının tamamlanmasında, hastanın ve ailenin sosyal hayatının bozulmasında ve hastanın tedaviye uyumunun bozulmasında etkisinin olduğu görülmüştür. Ayrıca hasta yakınlarının hastalığın belirtilerinin arttığı dönemde nasıl bir tutum içerisinde olacağını bilememesine, hastanın kontrollerini aksatmalarına, aile içi baş etmelerinin yetersiz olmasına ve sosyal işlevselliğinin bozulmasına yol açmaktadır⁹¹.

2.13. Stresle Başa Çıkma

Stres, bireyin tehdit olarak algıladığı durumlarla karşılaştıkları zamanda bedende hissettikleri zorlanma ve gerilimdir¹⁰⁹. Bireyin zorlanma düzeyi strese verdiği tepki miktarını arttırmaktadır. Hastada görülen davranışsal bozukluklar, damgalanma, tekrarlayan alevlenmeler aile üzerindeki stres ve baskıyı arttırmaktadır¹⁰. Strese neden olan faktörler çoğu zaman ortadan kaldırılamayabilir¹⁰⁹. Özellikle hastalığın nüks ettiği durumlarda ve hastanın yeniden hastaneye yatması ya da hastaneden taburcu olması durumunda aile üyeleri olumsuz olarak etkilenmektedir. Hastanın isteksiz ve zorla yatırılması hasta yakınlarının yoğun duygular yaşamasına sebep olur⁹¹.

Bireyin stres karşısında verdiği tepkileri fark etmesi stresle etkin baş edebilmeyi sağlar¹⁰⁹. Stresle baş etmede birey stresi yönetme teknikleri kullanarak baş etme stratejileri geliştirebilir. Bu nedenle ailenin kullandığı baş etme tepkilerinin neler olduğunu saptamak gerekir¹⁰. Başa çıkma stratejileri, yaşamı tehdit eden durumların ya da travmatik yaşam olayların üstesinden gelme tepkilerine odaklanmıştır. Başa çıkma değerlendirme odaklı, problem odaklı ve duygu odaklı olarak 3 geniş tipte sınıflandırılmıştır. Değerlendirme odaklı başa çıkma stratejilerinde kişi kendi varsayımlarına meydan okuma olarak değerlendirilirken, problem odaklı başa çıkma stratejileri bir stresi veya sorunu azaltmaya veya ortadan kaldırmaya yöneliktir. Duygu odaklı başa çıkma stratejileri kişinin kendisinin duygusal tepkilerini değiştirmeye, kaçınma, inkar, kadercilik veya dine yöneliktir¹¹⁰.

Gelişmekte olan ülkelerde ailelerin şizofrenili tanılı bireyler bakarken nasıl başa çıktıkları hakkında çok az şey bilinmektedir. Hastalık hakkındaki bilgi eksikliği kişide endişelere neden olmaktadır. Olumsuz baş etme becerileri ve kaynak yetersizliği nedeniyle bakım vericinin yükü artmaktadır¹¹¹. Bakım vericilerin stresle başa çıkma stilleri, stres yönetimi, ailenin ve çevrenin sosyal destek ağlarının iyi olması bakım verenlerin daha az stres ve yük yaşamasını ve hastaların yaşam kalitesinin artmasını sağlar¹¹². Uzun süreli bakım verme aile üyelerini duygusal olarak tüketir ve bireyler kendini çaresiz ve güçsüz hissedebilir¹¹¹. Günlük yaşamı ve sosyal hayatı kısıtlanan aile bireyleri yaşadığı öfkeyi olumsuz şekilde hastasına yöneltebilir. Stresin oluşturduğu baskı aile üyelerinde ruhsal sorunlara sebep olur¹⁸. Chandrasekaran (2002)' in çalışmasına göre bakım vericilerin %71' inin boyun eğme en sık kullanılan başa çıkma stratejisi olduğu bildirilmiştir¹¹³. Bakım vericilerin %40' ı bilgi aramak, %37' sinin pozitif iletişim, %21' inin sosyal ilgi, %32' sinin zorlanma, %35' inin kaçınma ve %34'

ünün sosyal etkileşimden yararlanma gibi başa çıkma stratejilerini kullandıkları görülmüştür. İnkâr etme ebeveynler arasında en sık kullanılan başa çıkma stratejileri arasındadır. Başka bir çalışmada kadercilik, aşırı koruyuculuk ve problem çözmeye odaklı ya da dikkati başka yöne çekme stratejileri kullandıkları bildirilmiştir^{18, 110}.

Daha az duygu odaklı başa çıkma stratejilerini benimseyen, yani hastadan kaçma/kaçınmalarını azaltan ve daha az boyun eğme stratejileri kullanan akrabalar arasında zamanla aile yükünde azalma olduğunu bildirilmiştir. Kaçınma, boyun eğme, inkâr etme, zorlanma, sosyal etkileşimin azalması gibi verilen tepkiler bakım veren yükü ile ilişkilidir. Bazı kaynaklarda olumsuz bakım verici deneyimlerinin başa çıkma ile ilgili olmadığı gösterilmiştir¹¹⁰. Bakıcılarda psikolojik morbiditeyi değerlendiren çalışmalar, baskı, kaçınma, boyun eğme ve kendini suçlama başa çıkma stratejilerinin bakıcılarda anksiyete ve depresif semptomların ortaya çıkmasıyla önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermektedir. Maneviyatın kullanımı bakım vericilerde pozitif etki sağlamıştır¹¹⁰.

Hastalık hakkında bilgi sahibi olmama, hastanın sosyal katılımını, kişiler arası ilişkilerini olumsuz yönde etkileyen bir faktör olarak düşünülmektedir. Hastanın işlevselliğinin azalmasının ve hastanın klinik seyri hasta yakınlarının başa çıkma kalıpları üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. Nevrotik eğilimleri olan hasta yakınlarının başa çıkmada zorlandıkları bildirilmiştir¹¹⁰. Yine toplumsal olarak dışlanan, aşağılanan ailelerde olumsuz etkilere yol açar. Aileleri en çok endişelendiren şey toplum tarafından dışlanmış olduklarını düşünmeleridir⁹¹. Hastaların yakınlarında eleştirel, baskıcı, boyun eğici ve aşırı koruyuculuk tutum göstermeleri duygusal yükünün arttığı saptanmıştır. İçten bir tarzla benimseyen yakınlarının da yükünün azaldığı görülmüştür¹¹⁴.

Ailelerin stresle baş etme davranışları güçlendirilmesi ile ailenin yaşadığı yük azaltılabilir¹⁸. Özellikle şizofreni gibi ağır ruhsal bozukluğu olan bireyle yaşayan ailelerin, hastalıkla baş edebilmesi için bir profesyonel tarafından destek almaya ihtiyacı vardır. Ailelerle yapılan görüşmelerde, ailelerin tedaviyi yürüten sağlık profesyonelleri ile etkileşimlerinin yetersiz olduğu ve hastalık hakkında yeteri kadar bilgi alamadıklarını ifade etmişlerdir¹¹⁵. Şizofreni hastalarının bakım vericileri ile iletişim halinde olan sağlık profesyonelleri, bakım vericilerin başa çıkma mekanizmalarını sistematik olarak değerlendirmeli ve bakıcı ve hasta ile ilgili sonucu iyileştirmek için uyarlanabilir ve problem odaklı başa çıkma mekanizmasının kullanılmasını teşvik

etmelidir. Araştırma açısından, stigma ve aile uyumu gibi diğer birçok bakıcı değişkenle başa çıkma ilişkisini değerlendirmek önemlidir. Genel olarak, bakıcılar arasında din ve akıl hastalığı ile başa çıkma konusunda bir araştırma eksikliği vardır.

2.14. Ruh Sağlığı Hemşiresinin Rolü

Şizofreni hastalarının özbakımlarını yerine getirme ve sağlığını sürdürme davranışları yetersiz olduğundan hastalığın alevlenmesi ile birlikte tekrarlayan hastane yatışları görülebilmektedir^{116,117}. Hastaların kliniğe yatışından itibaren taburculuk süreçleri boyunca ruh sağlığı ekibi tarafından hasta ve ailesi desteklenmeli ve ihtiyacı olan her konuda bilgilendirilmelidir. Ruh sağlığı ekibinde hasta bakımına en aktif katılan ve hastalarla en uzun zaman geçiren ruh sağlığı hemşirelerine büyük sorumluluklar düşmektedir³⁰. Bunun için ruh sağlığı hemşiresi hastaya ve ailesine psikolojik, fiziksel ve sosyal desteği veren, rehberlik eden, bireysel ve grup danışmanlığı yapan, hastanın bakımını planlayan ve bakımına yardım eden, riskli davranışları gözlemleyen, terapötik iletişim tekniklerini kullanarak sürekli veri toplayan ve hastalarla ve aileleriyle etkili iletişim kurabilen, taburculuk sonrasında ev ortamına hazırlayan rolleri üstlenir³⁰.

Şizofreni hastası çoğunlukla sağlık merkezine ilk kez ailesi tarafından getirilir³⁰. Bazen toplum sağlığı taramalarında da anormal davranışları olan bireyler tespit edilerek ya da güvenlik güçleri tarafından sağlık kuruluşuna getirilebilir. Her iki durumda da ilk başvurudan itibaren ailenin kafası karışmış ve hastalık hakkında hiçbir şey bilmez haldedir³⁰. Zorla hastaneye getirilen hastalarla iletişim kurarken hemşire güvenini zedeleyici bir tutum içerisinde olmamalı, hasta ve ailesi için tedavi edici bir ilişki kurmalıdır³⁰. Hastalık belirtileriyle defalarca karşı karşıya kalan aile, hastası için çare arama içerisinde ve elinden gelen her şeyi yapmaya hazır haldedir¹¹⁷. Bazı aileler hastalık hakkında birçok bilgiye ulaşmış olabilir. Bu durumda ruh sağlığı hemşiresi bilgi gereksinimi olan aileye bilgi vermeli, yanlış bilgilerini düzeltmeli ve doğru bilgilerini de desteklemelidir. Hemşirenin hasta ile ve yakınlarıyla olan iletişimi oldukça önemlidir.

Ruh sağlığı hemşiresi hastanede ya da TRSM’ de bu hastaların gereksinimlerini önceden tespit etmeli ve ailelerin stresörlerini iyi tanımlayabilmelidir. Bunun için hemşire hastadan ve ailesinden en doğru veriyi toplamalıdır. Bunu hasta ve aile görüşmeleri yaparak, diğer sağlık ekibi ile işbirliği kurarak ve hastanın kayıtlarını

inceleyerek yapar¹¹⁹. Ruh sağlığı hemşiresi hastanın işlevselliği, psikososyal durumunu, bilişsel yönlerini, öz bakım aktivitelerini, hastanın ve ailesinin yaşadığı güçlükleri, ailenin stres düzeyini ve ailenin beklentilerini veri toplama araçları kullanır. Tedavi uygulamalarında hemşirenin tavırları çok önemlidir. Ruh sağlığı hemşiresinden beklenen hastanın özel durumu göz önüne alınarak sabırlı olması, hastanın terapötik ilişkinin kurulmasıdır^{120,30}.

Ruh sağlığı hemşiresi ailenin ve özellikle primer bakım vericilerin hastalıkla birlikte ortaya çıkan aile içindeki rol değişimlerini mutlaka değerlendirmelidir. Bununla birlikte yaşam şekli, rol değişimlerini yönetme ve sınırlılıklar ile baş etme konusunda olumlu stratejiler belirlenmesi için aile desteklenmelidir. Hastalığın aile üzerinde oluşturduğu stres ve ailenin baş etme stratejileri değerlendirilmeli ve aile işlevselliğini koruyacak müdahaleler geliştirilmelidir. Bakım vericinin destek gruplarına katılımının sağlanması, sosyal iletişim ağlarını sürdürebilmesi stresi yönetebilmesi açısından önemlidir. Ailenin psikoeğitim gruplarına katılmasını sağlayarak duygularını paylaşması desteklenmelidir. Aileye başa çıkma konusunda yapılacak uygun müdahaleler ailenin ruhsal sağlığını korumada yardımcı olacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, şizofreni hastalarının işlevsellikleri ve şizofreni hastalarına bakım verenlerin bakım yükü, ruhsal sağlık, stresle başa çıkma stilleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla kesitsel ve ilişkisel tanımlayıcı araştırma olarak tasarlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Soruları

1. Hastaların tanımlayıcı özellikleri nedir?
2. Bakım verenlerin tanımlayıcı özellikleri nedir?
3. Ölçek ve alt boyutlarının tanımlayıcı özellikleri nedir?
4. Şizofreni hastalarında işlevsel iyileşme ile Zarit Bakıcı Yükü arasında ilişki var mıdır?
5. Şizofreni hastalarında işlevsel iyileşme ile genel sağlık düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
6. Şizofreni hastalarında işlevsel iyileşme ile stresle başa çıkma tarzı arasında ilişki var mıdır?
7. Zarit bakıcı yükü ile genel sağlık düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
8. Zarit Bakıcı Yükü ile stresle başa çıkma tarzı arasında ilişki var mıdır?
9. Şizofreni hastalarında işlevsel iyileşme, zarit bakıcı yükü ile genel sağlık arasında ilişki var mıdır?
10. Şizofreni hastalarında işlevsel iyileşme, Zarit Bakıcı Yükü ile stresle başa çıkma tarzı arasında ilişki var mıdır?

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Bartın Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM)'ne kayıtlı şizofreni tanısı ile takip edilen 321 hasta ve araştırmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan bakım vericiler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini yapılan güç analizine göre %95 güven aralığında (1.tip hata payı $\alpha = 0,05$) ve %90 güç (2. tip

hata payı $\beta = 0,10$) olacak şekilde yapılan hesaplama göre, en az 176 kişiye ulaşılması gerekmektedir. Araştırmada Ocak-Nisan 2019 tarihleri arasında toplam 186 bakım vericiye ulaşılmıştır.

3.3.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

Hasta ve bakım vericiler;

- Hastanın şizofreni tanısıyla TRSM' ye kayıtlı olması,
- Hastaların ve yakınlarının mental retardasyonunun olmaması,
- Bakım vericinin 18 yaşından büyük olması,
- Bakım vericinin hastanın primer bakım verici olması,
- Bakım vericinin şizofreni hastası ile aynı evde birlikte yaşıyor olması,
- Hasta ve bakım vericinin Türkçe konuşuyor olması,
- Hasta ve bakım vericinin TC vatandaşı olması
- Araştırmaya gönüllü olarak katılması kriterlerine göre araştırmaya dâhil edilmiştir.

3.4. Araştırma Yerinin Özellikleri

Bartın Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) şehir merkezinde olup yürüyerek ulaşılabilecek mesafededir. Ancak köylerden ve ilçelerden ulaşım hastanın kendi imkânları ile sağlanabilmektedir. İlçelerden toplu taşıma araçları belirli saatlerde geldiklerinden hastaların TRSM' ye ulaşımını sınırlandırmaktadır.

TRSM binası bağlı olduğu devlet hastanesinden başka bir yerde konumlandırılmıştır. Merkez binası kendisine ait bahçe içinde 3 kattan oluşmaktadır. Bahçesinde hastaların vakit geçirebildiği kamelyası mevcuttur. TRSM'nin hemen karşısında hastaların ilaçlarını kolaylıkla alabilecekleri eczane bulunmaktadır. Binanın zemin katında mutfak ve yemek salonu vardır. Bazı hastaların sadece yemek için bile merkeze başvurdukları görülmüştür. Birinci katta hasta kayıt salonu, görüşme odası ve tedavi odası ve arşiv odası bulunmaktadır. İkinci katta poliklinik odası, görüşme odası, hobi odası, personel dinlenme odası vardır. 3. katta ise hobi salonu, toplantı salonu, internet salonu bulunmaktadır. Hobi salonunda müzik, resim, ahşap boyama, el işi örgü vb. alanlarda hastaların ilgilerine göre vakit geçirebilecekleri hizmetler verilmektedir.

TRSM 08.00-16.00 saatleri arasında hizmet vermektedir. Merkezde bir uzman psikiyatri hekimi, bir psikolog, bir sosyal çalışmacı, dört psikiyatri hemşiresi, bir iş uğraş terapisti, bir tıbbi sekreter, bir güvenlik personeli ve personel hizmet vermektedir. Ayrıca halk eğitim merkezinden gönderilen eğitmenler de bulunmaktadır. Merkezde hastaların muayeneleri, ilaç takip ve düzenlemeleri, hasta görüşmeleri uzman psikiyatri hekimi tarafından yapılmakta psikoterapileri psikologlar yürütmekte, hemşireler tarafından hastaların izlemi, hasta ve aile görüşmeleri, hastaların tedavileri yapılmaktadır. Uğraş ve hobi alanları ile sosyal aktiviteleri ve engelli KPSS eğitimleri iş uğraş terapisi ve eğitmenler tarafından yürütülmektedir.

TRSM'nin bağlı bulunduğu hastanede psikiyatri kliniği bulunmamakta ve tüm hastaların takibi TRSM'den yapılmaktadır. Hastaneden sadece poliklinik hizmeti alan hastalar için TRSM önemli bir yer tutmaktadır. Durumu kötüleşen hastalar evlerinde ya da TRSM merkezinde karar verilerek il dışına sevki yapılmaktadır.

Günde ortalama 30-40 hasta TRSM' ye aktif olarak katılım göstermektedir. Katılım tüm hastalara önerilmekte ancak hastalar, tercihen gelmektedirler. Diğer hastalar enjeksiyon tarihlerinde ya da herhangi bir sorun yaşadıklarında merkeze başvurmaktadır. Devamlı gelen hastalar aktivitelere katılmak için gelmektedirler. Merkezin ev ziyaretleri Çarşamba ve Cuma günleri belirli bir planla yürütülmektedir. Ev ziyaretleri 2 hemşire ve bir şoförle yapılmakta, ancak ihtiyaç halinde ev ziyaretlerine psikiyatri uzman hekimi, psikolog ya da sosyal çalışmacı da eşlik etmektedir. Hemşireler hastanın ve ailenin yaşadığı ortamı tespit etmek, tedaviye gelmeyen hastaların evinde enjeksiyonlarını yapmak, ailenin sosyal durumlarını belirlemek, TRSM'ye gelmeyen ailelerle görüşmeler yapmak amacıyla ev ziyaretleri düzenlemektedir. Bazen hiçbir neden olmasa da aileyi desteklemek ve yalnız olmadıklarını hissettirmek için de ev ziyaretleri yapılabilmektedir. Özellikle evinden çıkmak istemeyen, tedaviye uyumda zorluk yaşayan hastaları hekim evinde ziyaret etmektedir. Sosyoekonomik durumu düşük, bakıma muhtaç ve destek alması gereken hastalar için sosyal çalışmacılar ev ziyaretlerinde tespitler yaparak ailenin maddi açıdan desteklenmelerine yardımcı olmaktadır.

Ev ziyaretlerinden elde edilen verilerle hastanın tedaviye uyumu, aile içindeki rolleri, hastanın ve ailenin yaşadığı sorunlar yerinde tespit edilerek daha bütüncül bir bakım planı hazırlanmaktadır.

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmaya başlandığı dönemde tüm hastalar yakından takip edilmiş, ev ziyaretleri ile genel durumları değerlendirilmiştir. Hastaların işlevselliklerinin değerlendirilmesi amacıyla bir yıl öncesinden başhekimlikten görevlendirme yazısı alınmıştır. Araştırmanın verileri bakım vericiler ile yüz yüze görüşülerek ve hastaların işlevsellikleri göz önünde bulundurularak toplanmıştır. Araştırmacı anket/ölçek maddelerini tek tek okuyup bakım vericinin cevap vermesi beklenmiştir. Verilerin toplanması her bir bakım verici için yaklaşık 45 dakika sürmüştür. Bütün görüşmeler TRSM binasında görüşme odasında gerçekleştirilmiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri "Kişisel Bilgi Formu", "Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLO)" "Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeği", "Genel Sağlık Anketi (GSA 12)", "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. Kişisel bilgi formu

Literatür bilgisine (Kaya ve Öz, 2019; Wan and Wong, 2019; Penning and Wu, 2016; Yıldız M ve ark., 2012; Hanzawa etc., 2010; Esmek M, 2007) dayanılarak geliştirilen bilgi formu; hasta ve hasta yakınının yaşı, cinsiyeti, çalışma durumu, eğitim düzeyi, medeni durumu, ekonomik durumu, yerleşim alanı, aile tipi, ailede başka bir ruhsal sağlık öyküsü, hasta ile yakınlık derecesi gibi bilgileri içeren toplam 18 sorudan oluşmaktadır^{74,20,103, 121.25,109} (EK- 1).

3.6.2. Zarit bakıcı yük ölçeği

İnsanların bir başka insanın bakımını üstlendiğinde kendini nasıl hissedebildiğini yansıtan ifadelerden oluşan bir ölçektir. Ölçek, Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir¹²². Bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadığı sıkıntıyı değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirliliği Özlü ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılmıştır¹²³. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden

oluşmaktadır. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık ya da hemen her zaman şeklinde 1' den 5' e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, Ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir (EK - 2).

3.6.3.Şizofreni hastalarında işlevsel iyileşme ölçeği (ŞİLO)

Ölçek “Şizofreni’ de İşlevsel İyileşme Gözlem Grubu” nun uzmanları tarafından tasarlanmıştır. Ölçek, Llorca ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirilmiştir¹²⁴. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Emiroğlu ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılmıştır¹²⁵. Hastalığın belirtilerinden bağımsız olarak işlevsellikteki düzelmeleri inceleyen 19 maddeden oluşan 5’ li likert tipi bir ölçektir. Uygulamalar yarı yapılandırılmış görüşmeler şeklinde gerçekleştirilmektedir. Uygulama süresi yaklaşık 30 dakikadır. Değerlendirme, hem hastanın kendisinden hem de ailesinden alınan bilgiye dayanır. Değerlendirmede sorgulanacak olan zaman zarfı görüşmeden önceki son bir aydır. Her madde için 5 değerlendirme düzeyi bulunmaktadır. 1. Düzey (yok) en düşük düzeydeki iyileşmeyi belirtirken, 5. Düzey (mükemmel derecede var) “ideal” işlev düzeyine karşılık gelmektedir. 2. Düzey (kısmen var), 3. Düzey (yeterince var) ve 4. Düzey (neredeyse tamamen var)’den oluşmaktadır. İki düzey arasında kalındığında düşük olan düzey seçilmektedir. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 95, minimum puan ise 19’dur. Günlük yaşam becerileri, sosyal işlevsellik ile sağlık ve tedavi alt ölçeklerinden oluşan ölçek üç ayrı alanda işlevsel iyileşmeyi ölçmektedir (EK- 3).

3.6.4. Genel sağlık anketi (GSA 12)

Genel sağlık durumunun belirlenmesi için Genel sağlık anketi (GSA) kullanılmıştır. Genel sağlık anketi halk arasında ve psikiyatri dışındaki klinik ortamlardaki katılımcılar arasında ruhsal bozuklukları ortaya çıkarmayı amaçlayan kendi kendine uygulanabilen ve son bir haftaya ait ruhsal belirtileri sorgulayan bir ölçektir. Genel sağlık anketi, 1972 yılında David Goldberg tarafından geliştirilmiştir¹²⁶. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Kılıç tarafından 1996 yılında yapılmıştır. Genel sağlık anketinin 12, 28, 30, 60 soruluk biçimleri vardır¹²⁷. Anketin 12 soruluk biçimi, vakaları ayırmada yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahip olduğu ve çeşitli sosyokültürel ortamlarda kullanılabilmesi için yaygın olarak tercih edilmektedir. Yapılan bu çalışmada da 12 soruluk biçimi kullanılmıştır.

Her soru dört seçeneklidir (1. Hiç olmuyor, 2. Her zamanki kadar, 3. Her zamankinden sık, 4. Çok sık). Puanlamada Likert tipi kodlama yapılacağı gibi ilk iki seçeneğe “0”, son iki çeneğe “1” puan verilerek değerlendirilebilir. Bu çalışmada ikinci puanlama şekli kullanılmıştır. Alınabilecek en yüksek puan “12” ve en düşük puan “0” dır. Ölçekten 4 ve daha fazla puan alanlar “yüksek”, 2- 3 puan alanlar “orta”, 2’ den daha az puan alanlar ise “düşük” skor olarak değerlendirilmektedir. Genel sağlık anketi puanı 4 ve üzerinde olanlar “ruhsal hastalıklar yönünden riskli grup” olarak tanımlanmaktadır (EK- 4).

3.6.5. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği

Folkman ve Lazarus'un geliştirdiği, Şahin ve Durak'ın (1995) kısaltarak Türkçeye uyarladığı ölçek toplam 30 maddeden oluşmaktadır^{128,129}. Folkman ve Lazarus'un Stresle başa çıkma modelinde başa çıkma çabaları, problem odaklı ve duygu odaklı olmak üzere iki grup altında toplanmıştır. Problem odaklı başa çıkma, tehdit edici olanı ortadan kaldırmaya veya onun etkisini azaltmaya yönelik etkinlikleri içerir. Ölçekten alınan puanın yüksekliği, ölçekte yer alan başa çıkma yollarının yoğun olarak kullanıldığını yansıtmaktadır. Bu ölçeğin alt ölçekleri şunlardır; Kendine güvenli yaklaşım (8, 10, 14, 16, 20, 23, 26), Çaresiz yaklaşım (3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28), Boyun eğici yaklaşım (5, 13, 15, 17, 21, 24), İyimser yaklaşım (2, 4, 6, 12, 18), Sosyal destek arama yaklaşımı (1, 9, 29, 30).

Sosyal destek aramanın 1. ve 9. maddeleri hariç diğer maddeler için puanlama şu şekildedir: Hiç uygun değil “0”, uygun değil “1”, uygun “2”, tamamen uygun “3” puan olarak hesaplanmıştır. Sosyal destek arama boyutunun 1. ve 9. maddelerinde ise, hiç uygun değil “3”, uygun değil “2”, uygun “1”, tamamen uygun “0” puan olarak hesaplanmıştır¹³⁰. Her faktöre ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmakta, toplam puan ise hesaplanmamaktadır¹³⁰. Kendine güvenli yaklaşım toplam puanı 0-21 aralığında, çaresiz yaklaşım toplam puanı 0-24 aralığında, boyun eğici yaklaşım toplam puanı 0- 18 aralığında, iyimser yaklaşım toplam puanı 0- 15 aralığında, sosyal destek arama yaklaşımı toplam puanı 0-12 aralığında değişmektedir. Her yaklaşım için toplam puanın artışı bireyin o başa çıkma tarzını daha çok kullandığını şeklinde değerlendirilir¹³⁰ (EK- 5).

3.7. Ön Uygulama

Veri toplama araçlarının ön uygulaması 20.12.2018- 30.12.2018 tarihlerinde Bartın TRSM' de gerçekleştirilmiştir. Hastaları ile birlikte gelen 10 bakım vericiye araştırmada uygulanması planlanmış ölçekler araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Ön uygulamada ölçek maddelerinin bakım vericiler tarafından anlaşılabilirliği ve uygulama süresi test edilmiştir. Ön uygulama sonrası veri toplama araçlarında ya da uygulama şeklinde herhangi bir değişikliğe gidilmemiştir.

3.8. Etik Yönü

Araştırmanın uygulanması için Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulunun yazılı izin alınmıştır (Karar no:2018/239) (EK- 6). Araştırmanın yürütüleceği Bartın Devlet Hastanesi Başhekimliği' den uygulama izni alınmıştır. Araştırma öncesi bakım vericilere araştırma hakkında bilgi verilerek, bilgilendirme formu okunmuş ve bilgilendirilmiş onam formunu imzalamaları istenmiştir. Araştırmalarda insan olgusunun kullanımı bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden ilgili etik ilkeler olan “Bilgilendirilmiş Onam İlkesi”, “Gönüllülük İlkesi”, “Gizliliğin Korunması İlkesi” yerine getirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma süresince TRSM' ye başvuran hastaların primer bakım vericisi olan ve bakım vericisi ile iletişime geçilebilen ve TRSM binasına gelmeyi kabul eden bakım vericiler ile araştırma yürütülmüştür. Bu özelliklere sahip olmayan bakım vericilere ulaşılamamıştır. Bu durum araştırmanın sınırlılığı olarak kabul edilebilir.

3.10. İstatistiksel Analiz

Araştırma verileri 186 katılımcıdan toplanmıştır. Analizler IBM SPSS Statistics 23 paket programı üzerinden yapılmıştır¹³¹. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler (örneğin cinsiyet) için sıklıklar (sayı, yüzde), sayısal değişkenler (örneğin ölçek puanları) için ise tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) verilmiştir.

Sayısal değişkenlerin normallik varsayımları çarpıklık, basıklık katsayıları ile incelenmiş ve bu katsayıların ± 2 aralığında oldukları görülmüştür. Bu nedenle çalışmada parametrik olan istatistiksel yöntemlerden yararlanılmıştır.

İki bağımsız sayısal değişken arasındaki ilişki Pearson korelasyon katsayısı ile yorumlanmıştır. İki bağımsız grup (örneğin medeni durum) arasındaki farklılıklar Bağımsız Örneklem T Testi ile incelenmiştir. İki den fazla bağımsız grup (örneğin yaş grupları) arasındaki farklılıklara ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile bakılmıştır. Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda farklılık çıkması durumunda ise farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için Tukey çoklu karşılaştırma testinden yararlanılmıştır.

Karşılaştırma sonuçlarına bakılarak Yapısal Eşitleme Modeline karar verilmiştir.

3.10.1. Yapısal eşitlik modellemesi

Yapısal eşitlik modellemesi birçok gizil değişkenin birbirine etkisini tek bir analizde yapabilen üst düzey bir istatistik analizdir. Yapısal eşitlik modellemesinde ilk olarak uyum iyiliği değerleri incelenmelidir. Modelin veriye uyumunun değerlendirilmesinde en yaygın olarak ki- kare testi kullanılmaktadır. Ancak ki kare testinin örneklem büyüklüğüne duyarlı olması sebebiyle oluşan haklı endişeler mevcuttur. Örneklem büyüklüğü arttıkça ki kare testi modeli reddetmeye, düşük örneklem sayılarında da kabul etmeye eğilimli olmaktadır. Bu sebeple ki kareye alternatif birçok uyum iyiliği değeri geliştirilmiştir¹³².

İlk olarak GFI (Goodness of fit index)' ne dayanan uyum iyiliği değerleri incelenmelidir. GFI temel olarak sample kovaryanslar ile implied kovaryanslar arasındaki farkı yeniden ölçeklendirerek uyumsuz bir model için 0, mükemmel uyuma sahip model için 1 değerini üretir. Genel olarak 0.90 ve üzerinde GFI değerine sahip modeller kabul edilebilir uyum gösteren modeller olarak ifade edilebilirler. GFI, çalışmalarda sık rapor edilen bir uyum iyiliği ölçüsü olmasına rağmen örneklem büyüklüğü ve özellikle modelin karmaşıklığından etkilenmektedir. AGFI (Adjusted goodness of fit index) ise GFI değerinden türetilen düzeltilmiş uyum iyiliği değeridir. Aynı şekilde 0.90 ve üzerinde AGFI değerine sahip modeller kabul edilebilir uyum gösteren modellerdir.

İkinci olarak Baseline (sıfır ya da independence) Modele Dayanan Uyum İyiliği Değerleri incelenmelidir. Bu başlık altında incelenen uyum iyiliği değerlerinin temel mantığı, teori sonucu oluşturulan ve parametre değerleri üretilen modelin, baseline yani olabilecek en kötü modele kıyasla ne kadar iyi olduğudur. Bunlar, IFI (Incremental Fit Index), TLI (Tucker-Lewis Index) ve CFI (Comparative Fit Index) uyum iyiliği değerleridir. IFI değerinin bu gruptaki uyum iyiliği değerleri gibi 0.90' in üzerinde olması yeterli uyumun göstergesi olarak kabul edilebilir. Göreceli olarak örneklem büyüklüğüne karşı daha az duyarlı olduğu için bazı araştırmacılar tarafından daha çok tercih edilmektedir. TLI ya da diğer adıyla NNFI (Non-Normed Fit Index) değeri uyum iyiliği değerleri arasında örneklem büyüklüğünden en az etkilenen uyum iyiliği değerlerinden biridir. Bu sebeple çok sık raporlanır. Yine 0.95' in üzerindeki değerler modelin iyi uyumuna, 0.90' in üzerindeki değerler ise modelin kabul edilebilir uyumuna işaret etmektedir. Hatta bazı kaynaklarda yeterli uyumun derecesi 0.80' e kadar düşebilmektedir. CFI (Comparative Fit Index) değeri de örneklem büyüklüğünden en az etkilenen uyum iyiliği değerlerindedir. Ancak modelin karmaşıklığına duyarlıdır. Değerleri 1' in üzerine çıkabilmekte ya da 0' in altına inebilmektedir. Ancak böyle durumlarda o değerler 0 ya da 1' e sabitlenmektedir.

RMSEA (Root Mean Square of Error Approximation) değeri F_0 ' a dayanan bir uyumsuzluk ölçüsü olup $RMSEA = \sqrt{(F_0 / df)}$ olarak hesaplanabilir. Formülden de anlaşılacağı üzere bu uyumsuzluk aslında serbestlik derecesi başına hesaplanan bir uyumsuzluktur. Örneklem büyüklüğüne karşı en az duyarlı olan uyum iyiliği ölçütlerinden biri olması bu değeri çok sık raporlanan değerlerden biri yapmaktadır. Hesaplanması esnasında paydasında bulunan serbestlik derecesi yüzünden modelin karmaşıklığına karşı duyarlı olması tehlikesi olsa da sırf serbestlik derecesinin tam olarak modelin karmaşıklığının bir ölçüsü olmaması RMSEA değerini bir adım öne geçirmektedir. SRMR (Standardized RMR) değeri ise gözlenen ve tahmin edilen kovaryanslar arasındaki farkı ifade eder. RMSEA ve SRMR için 0.08' in altındaki değerler kabul edilebilir uyuma, 0.05' in altındaki değerler ise iyi uyuma işaret eder.

4. BULGULAR

4.1. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin ve Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 4.1. Hasta Özelliklerine Göre Dağılım

	(n=186)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş (Ort.=41,53 S.S.=11,643 Min.=19 Mak.=77)			
19-34 Yaş		58	31,2
35-50 Yaş		88	47,3
50 Yaş Üzeri		40	21,5
Cinsiyet			
Kadın		76	40,9
Erkek		110	59,1
Medeni Durum			
Evli		77	41,4
Bekar		109	58,6
Eğitim Düzeyi			
Okur Yazar Değil		13	7,0
İlkokul Mezunu		122	65,6
Ortaokul Mezunu		19	10,2
Lise Mezunu		30	16,1
Üniversite Mezunu		2	1,1
Sağlık Güvencesi			
Var (SGK)		178	95,7
Yok		8	4,3
Çalışma Durumu			
Çalışıyor		17	9,1
Çalışmıyor		138	74,2
Emekli		31	16,7
Hastalık Süresi (Ort.=10,95 S.S.=7,575 Min.=1 Mak.=40)			
1-5 Yıl		48	25,8
6-10 Yıl		66	35,5
11-15 Yıl		34	18,3
15 Yıl Üzeri		38	20,4
Hastane Yatış Durumu			
Evet		181	97,3
Hayır		5	2,7
Yatış Sayısı (n=181) (Ort.=2,59 S.S.=1,972 Min.=1 Mak.=20)			
1-2 Kez		107	59,1
3 Kez veya Daha Fazla		74	40,9
İlaç Kullanımı			
Evet		125	67,2
Hayır		61	32,8

Çalışmaya katılan hastaların %31.2' si 19-34 yaş grubunda iken %47.3' ü 35-50 ve %21.5' i ise 50 yaş üzeri grubundadır. Ayrıca yaş ortalaması 41.53' tür. %59.1' i erkektir. %58.6' sı evlidir. %65.6' sının eğitim düzeyi ilkokuldur. %95.7' sinin sağlık

güvencesi vardır. %9.1' i çalışmaktadır. %25.8' inin hastalık süresi 1-5 yıl iken %35.5' inin 6-10 yıl, %18.3' ünün 11-15 yıl ve %20.4' ünün ise 15 yıl üzeridir. Ayrıca hastalık süresi ortalaması 10.95 yıldır. %97.3' ü hastanede yatmıştır. Hastanede yatan hastaların %40.9' u 3 kez veya daha fazla yatmıştır. Hastanede yatış sayısı ortalaması ise 2.59' dur. %67' si ilaç kullanmaktadır (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Bakım Verici Özelliklerine Göre Dağılımlar

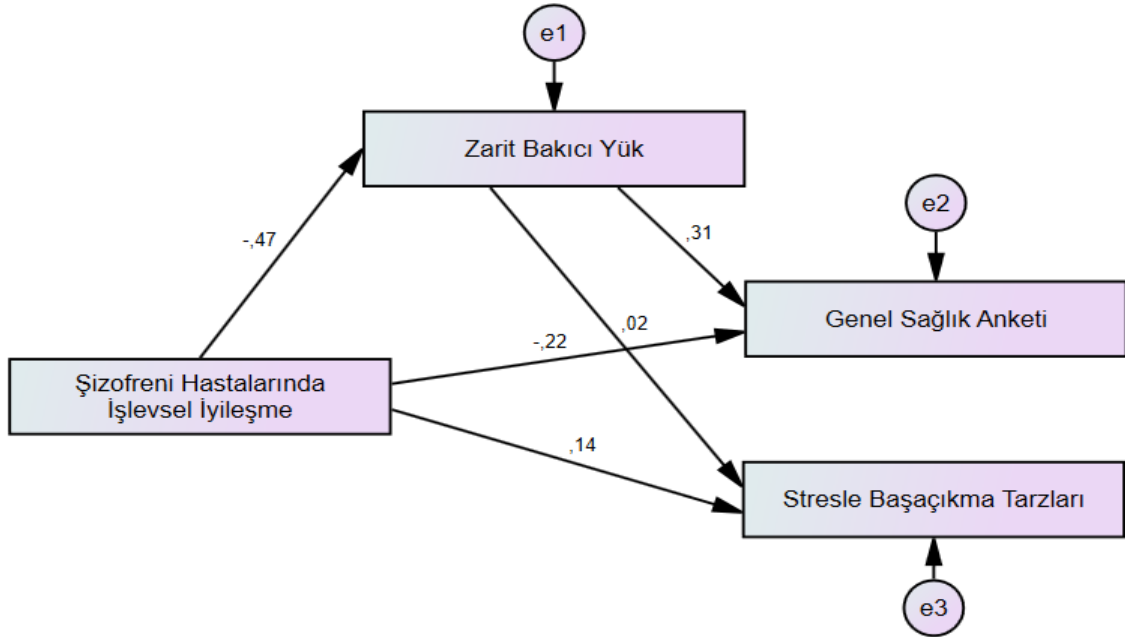
	(n=186)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş (Ort.=48,17 S.S.=12,050 Min.=20 Mak.=78)			
20-40 Yaş		54	29,0
41-59 Yaş		92	49,5
60Yaş ve Üzeri		40	21,5
Cinsiyet			
Kadın		93	50,0
Erkek		93	50,0
Medeni Durum			
Evli		149	80,1
Bekar		37	19,9
Eğitim Düzeyi			
Okur Yazar Değil		16	8,6
İlkokul Mezunu		128	68,8
Ortaokul Mezunu		15	8,1
Lise Mezunu		22	11,8
Üniversite Mezunu		5	2,7
Çalışma Durumu			
Çalışıyor		49	26,3
Çalışmıyor		137	73,7
Ekonomik Durum			
Gelir Giderden Az		84	45,2
Gelir Gidere Denk		96	51,6
Gelir Giderden Fazla		6	3,2
Yerleşim Yeri			
İl		76	40,9
Köy		102	54,8
İlçe		8	4,3
Hastaya Yakınlığı			
Anne		45	24,2
Baba		29	15,6
Eş		29	15,6
Kardeş		43	23,1
Çocuk		27	14,5
Diğer (Amca, Teyze, Yenge vb.)		13	7,0
Aile Öyküsü			
Var		47	25,3
Yok		139	74,7

Çalışmaya katılan hastalara bakım verenlerin %29' u 2-40 yaş grubunda iken %49.5' i 41-59 ve %21.5' i ise 60 yaş ve üzeri grubundadır. Yaş ortalaması 48.17' dir. %50' si kadındır. %80.1' i evlidir. %68.8' inin eğitim düzeyi ilkokuldur. %73.7' si çalışmamaktadır. %51.6' sının geliri giderine denktir. %54.8' i köyde yaşamaktadır. %23.1' inin hasta yakınlığı kardeştir. %74.7' sinde aile öyküsü yoktur (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Ölçekler ve Ölçek Alt Boyutlarının Özellikleri

	Ort.	S.S.	Medyan	Min.	Mak.	Cronbach Alfa
Zarit Bakıcı Yük Ölçeği	75,06	10,843	77,00	28,00	92,00	0,905
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	27,70	4,353	29,00	9,00	34,00	0,810
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	11,78	2,043	12,00	4,00	15,00	0,611
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	10,93	2,815	12,00	3,00	15,00	0,762
Ekonomik Yük	15,95	2,542	16,00	7,00	20,00	0,686
Bağımlılık	8,70	1,397	9,00	2,00	10,00	0,495
Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği	32,53	8,656	31,00	19,00	65,00	0,910
Sosyal İşlevsellik	11,82	3,516	11,00	7,00	25,00	0,830
Sağlık ve Tedavi	7,77	2,435	8,00	4,00	16,00	0,822
Günlük Yaşam Becerileri	10,16	3,113	10,00	6,00	20,00	0,770
Mesleki İşlevsellik	2,77	1,121	2,00	2,00	8,00	0,331
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	47,80	8,468	48,00	23,00	72,00	0,752
Güvenli Yaklaşım	9,50	3,887	10,00	0,00	21,00	0,793
Çaresiz Yaklaşım	15,23	3,402	15,50	3,00	24,00	0,542
Boyun Eğici Yaklaşım	8,89	2,859	9,00	2,00	18,00	0,516
İyimser Yaklaşım	7,02	2,954	7,00	0,00	15,00	0,746
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	7,16	2,017	7,00	2,00	12,00	0,410
Genel Sağlık Anketi	22,43	6,729	22,00	6,00	36,00	0,912

4.2. Yapısal Model Path Diagramı



Şekil 4.1. Yapısal Model Path Diagramı

Şizofreni hastalarında işlevsel iyileşmeden “Genel Sağlık” a giden yolda “Bakıcı Yükü” nün ve “İşlevsel İyileşme”den “Stresle Başa Çıkma” ya giden yolda “Bakıcı Yükü”nün aracı değişken olup olmadığını gösterir diagramdır. Modelin açıklaması ayrı ayrı verilmiştir.

Tablo 4.4. Yapısal Modelin Uyum İndeks Değerleri ve İyi Uyum Değerleri

	Uyum İndeks Değerleri	İyi Uyum Değerleri
$\chi^2:0,014$ sd:1 p:0,905		
χ^2/sd	0,014	≤ 3
GFI	1,000	$\geq 0,90$
AGFI	1,000	$\geq 0,90$
IFI	1,000	$\geq 0,95$
TLI (NNFI)	1,000	$\geq 0,95$
CFI	1,000	$\geq 0,95$
RMSEA	0,000	$\leq 0,05$
SRMR	0,000	$\leq 0,05$

Tablo 4.4'te oluşturulan yapısal model için uyum indeks değerleri yer almaktadır. İlk olarak en yaygın olarak kullanılan uyum indeksi ki-kare (χ^2) uyum iyiliği testi ve p değeri incelenmiş ve modelin anlamlı olduğu görülmüştür. Ancak ki-kare değeri örnek büyüklüğüne çok duyarlı olduğundan, model ile veri arasındaki uyumu değerlendirmede bu değer tek başına yeterli değildir. Bu nedenle diğer uyum değerlerine de bakılmıştır. Ölçüm modeli için elde edilen uyum indeks değerleri incelendiğinde, sonuçların modelde muhteşem uyum sağladığını görmekteyiz. χ^2/sd değeri 3'ün altında, GFI ve AGFI değerleri 0.90'ın üstünde, IFI, TLI ve CFI değerleri 0.95'in üstünde, RMSEA ve SRMR değerleri ise 0.05'in altındadır. Modelin veriye uyum sağlaması sonucunda modele ilişkin yollar aşağıda gösterilmiş ve yorumlanmıştır.

Tablo 4.5. Yapısal Modele İlişkin Yol Katsayılarının İncelenmesi

Bağımlı	Bağımsız	β	S.H.	St. β	t	p
Zarit Bakıcı Yük	Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme	-0,585	0,081	-0,467	-7,181	***
Genel Sağlık	Zarit Bakıcı Yük	0,190	0,046	0,307	4,145	***
Stresle Başa çıkma Tarzları	Zarit Bakıcı Yük	0,016	0,064	0,021	0,251	0,802
Genel Sağlık	Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme	-0,172	0,058	-0,222	-2,996	0,003*
Stresle Başa çıkma Tarzları	Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme	0,132	0,081	0,135	1,641	0,101

Tablo 4.5 incelendiğinde Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme skorları Zarit Bakıcı Yük skorlarını ve Genel Sağlık skorlarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde negatif yordamaktadır ($p < 0.05$). Zarit Bakıcı Yük skorları Genel Sağlık skorlarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde pozitif yordamaktadır ($p < 0.05$).

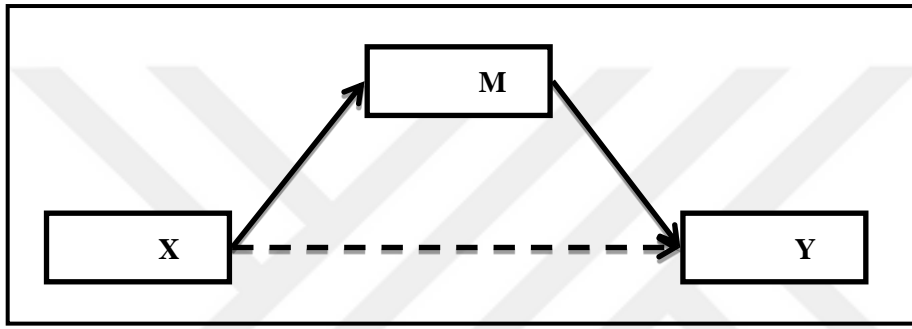
Buna göre Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme skorları 1 birim arttığında skorları Zarit Bakıcı Yük skorları 0.585 Genel Sağlık skorları ise 0.172 azalmaktadır. Zarit Bakıcı Yük skorları 1 birim arttığında, Genel Sağlık skorları 0.190 artmaktadır.

4.3. Yapısal Model Testi Aracı Etkinin İncelenmesi

Yapısal Eşitlik Modeli (YEM), gözlenebilen ve gözlenemeyen değişkenlerin nedensel ve ilişkisel olarak bir model içinde tanımlanmasına yarayan ve belli bir teoriye dayanan çok değişkenli istatistiksel yöntem olarak tanımlanmaktadır¹³³. Yapısal eşitlik

modellemesinde ve regresyon analizinde aracılık (mediation) kavramı, değişkenler arasındaki ardışık nedensel ilişkilerin tanımlanmasında kullanılır. Pratikte aracı bir değişken (mediator), bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki tek yönlü nedensel ilişkinin (direk etki, direct effect) daha ayrıntılı biçimde ortaya konmasını sağlar.

Klasik regresyon analizinde iki değişken arasındaki ilişkiye üçüncü bir değişkenin aracılık ettiğinin değerlendirilmesi en sık olarak Baron ve Kenny (1986) nin ortaya koyduğu dört koşullu bir sistem ile değerlendirilir¹³⁴.



Şekil 4.2: Yapısal Model Testi Aracı Etkinin İncelenmesi

Yukarıdaki şekilde de gösterildiği gibi X tahmin edici (bağımsız), Y tahmin edilen (bağımlı) ve M aracı (mediator) değişken olmak üzere;

1) Öncelikle X'ten Y'ye giden direk etki istatistiksel olarak anlamlı olmalıdır. Buradaki mantık şudur. X ile Y arasında bir ilişki yoksa zaten aracılık edilecek bir ilişki de yok demektir.

2) $X \rightarrow M$ ve $M \rightarrow Y$ etkisi istatistiksel olarak anlamlı olmalıdır ki M değişkeni aracı bir değişken olabilsin.

3) M değişkeninin etkisi kontrol edildiğinde $X \rightarrow Y$ etkisi ya anlamlı olarak azalır, ya da bu etki istatistiksel olarak anlamsız hale gelir.

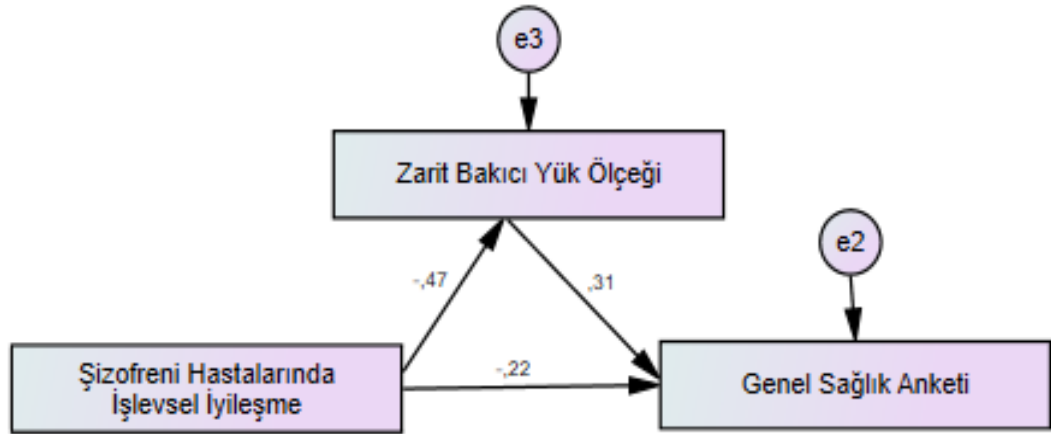
Bazı durumlarda Baron ve Kenny yaklaşımı yeterli olmamakta aracılığın katı ispatı için ek göstergeler gerekebilmektedir¹³⁴. Bu göstergelerin temel mantığı eğer Baron ve Kenny K yöntemi ile bir aracılık olduğu saptanmışsa bu aracılığın değerlendirilmesinin dolaylı etkilerin anlamlılığı üzerinden kontrol edilmesidir¹³⁴. Bunun için en bilinen test

SOBEL testidir. SOBEL testi temel olarak aracı değişken üzerinden giden dolaylı etkinin istatistiksel anlamlılığını değerlendirir.

Tablo 4.6. Aracı Değişken ile Kurulan Model Sonuçları (Model 1)

Aracılığa İlişkin Hipotezler	Aracı Değişken Yokken	Aracı Değişken Varken	Aracılığın Çeşidi
Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme -> Zarit Bakıcı Yük -> Genel Sağlık	-0,365 (0,000)***	-0,222 (0,003)*	Kısmi Aracılık

*: $p < 0,05$ ***: $p < 0,001$



Şekil 4.3. Model 1 Path Diagramı

Tablo 4.6 incelendiğinde, öncelikle modelde aracı değişken yokken olan direk etkinin anlamlılığı incelenmiştir. Aracı değişken olmadığı durumdaki sonuç ilk sütunda gösterilmiştir. Parantez dışındaki değerler standardize doğrudan etkiyi, parantez içindeki değer de bu doğrudan etkinin anlamlılığını göstermektedir. Etkinin istatistiksel olarak %5 yanılma ile anlamlı olduğunu söyleyebiliriz ($p < 0.001$).

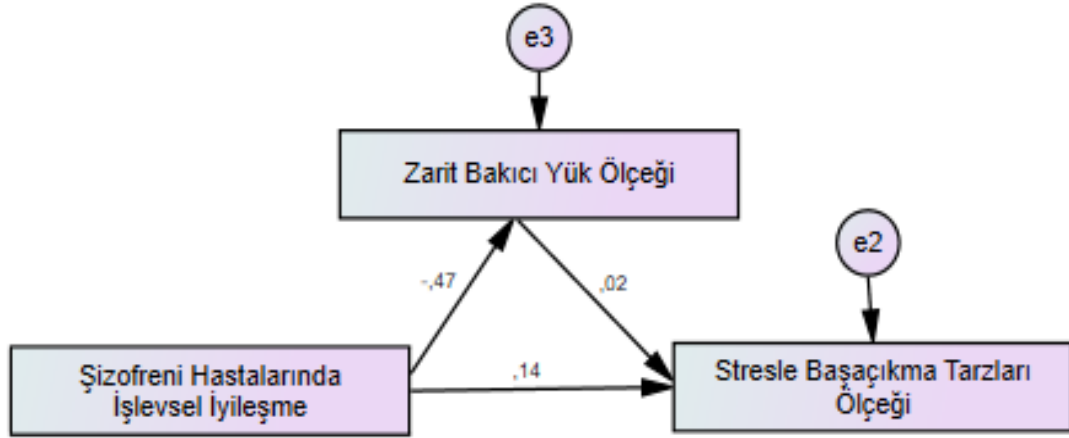
İkinci aşamada ise aracı değişkenin modelde olduğu duruma bakılmıştır. Buna göre “Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşmeden” “Genel Sağlığa” giden direk etki aracı

değişken (“Zarit Bakıcı Yük”) eklendiğinde de istatistiksel olarak anlamlıdır. Ancak standardize regresyon katsayıları incelendiğinde bu etkinin azaldığı dolayısıyla etkinin bir kısmının aracı değişken (“Zarit Bakıcı Yük”) üzerinden aktığı görülmüştür. Bu nedenle “Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşmeden” “Genel Sağlığa” giden etkiye “Zarit Bakıcı Yük” **Kısmi Aracılık** yapmaktadır.

Tablo 4.7. Aracı Değişken ile Kurulan Model Sonuçları (Model 2)

Aracılığa İlişkin Hipotezler	Aracı Değişken Yokken	Aracı Değişken Varken	Aracılığın Çeşidi
Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme -> Zarit Bakıcı Yük -> Stresle Başa Çıkma	0,126 (0,085)	-0,135 (0,101)	-

*: $p < 0,05$ ***: $p < 0,001$



Şekil 4.4. Model 2 Path numaraları Diagramı

Tablo 7 incelendiğinde, öncelikle modelde aracı değişken yokken olan direkt etkinin anlamlılığı incelenmiştir. Aracı değişken olmadığı durumdaki sonuç ilk sütunda gösterilmiştir. Parantez dışındaki değerler standardize doğrudan etkiyi, parantez içindeki değer de bu doğrudan etkinin anlamlılığını göstermektedir. Etkinin istatistiksel

olarak %5 yanılma ile anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$). Bu nedenle aracılık edecek bir aracı değişken incelemesi de yapılamamıştır.



5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Şizofreni hastalarının işlevsellikleri ile şizofreni hastalarına bakım verenlerin bakım yükü, ruhsal sağlık ve stresle başa çıkma stilleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Şizofreni Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Araştırmada, şizofreni hastalarının cinsiyetleri incelendiğinde %59.1' inin erkeklerden, %40.9' unun ise kadınlardan oluştuğu belirlenmiştir (Tablo 1). Karaağaç ve Var (2019)' in şizofreni hastaları ve aileleriyle yaptığı çalışmada hastaların %59.6' sının erkek olduğu belirlenmiştir⁸. Nergiz (2019)' in 178 hasta üzerinde yaptığı çalışmada %65.2' sinin erkeklerden oluştuğu, Özçelik ve Yıldırım (2018)' in yaptığı araştırmada, şizofreni hastalarının %70.6' sının erkek hastalardan oluştuğu saptanmıştır^{83,135}. Başka bir çalışmada şizofreni insidansı erkeklerde daha çok olduğu tespit edilmiştir¹³⁶. Kadınlarda şizofreni başlangıç yaşı erkeklere oranla daha yüksektir¹³⁷. Gülseren ve ark. (2010)' nın 239 şizofreni hastasıyla yaptığı bir çalışmada hastaların %54,8'i erkektir⁹⁸. Fransa, Almanya ve UK'de Carra ve ark. (2019) tarafından 1208 şizofreni hastasıyla yapılan bir çalışmada hastaların %62' si erkekti¹³⁸. Şizofreninin prevalansını gösteren çalışmalarda İtalya verilerine göre 100.000 nüfus başına düşen şizofreni hastalarının %28' i 36-45 yaş arasında olduğu görülmüştür⁴. Yapılan bazı çalışmalarda (Aydın E, 2016) şizofreni görülme sıklığı her iki cinsiyette de eşit olduğu görülmüştür ve bizim çalışmamızı destekler niteliktedir²⁹. Veriler değerlendirildiğinde çalışmamız sonuçları ile literatürdeki diğer çalışmalar benzer özellik göstermiştir.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 41.53 bulunmuştur (Tablo 1). Erol ve ark.(2009)'nın yaptığı bir çalışmada yaş ortalaması 35.9+9 sonucu çıkmıştır⁵⁸. Çabuk (2014)'ün çalışmasında hastaların yaş ortalaması 38.73±11.78 olarak, Karaağaç ve Var (2019)'ın araştırmasında 35.8±1.04 olarak bulunmuştur⁵³. Belene (2009)' nin 105 hasta üzerinde yapılan araştırmasında 34.50+7.84, Yıldız ve ark.(2011)' nin çalışmasında 33.74±10.51 olarak saptanmıştır^{139,64}. Araştırma sonuçları diğer yapılan çalışmalarla birbirine yakın değerler çıkmıştır.

Çalışmada şizofreni hastalarının %65' inin eğitim düzeyi ilkokul olarak belirlenmiştir (Tablo 1). Belene (2009) tarafından yapılan çalışmada şizofreni hastalarının eğitim durumunun % 43.8' inin ilköğrenim mezunu ya da ilköğrenimi tamamlayamadığı dikkat

çekmektedir¹³⁹. Yılmaz (2011)' in 140 şizofreni tanısı olan hasta ile yaptığı çalışmada hastaların %44.3' ünün eğitim düzeyinin lise olduğu saptanmıştır⁷⁷. Özçelik ve Yıldırım (2018)'ın yaptığı araştırmada, şizofreni hastalarının %25.5' inin okuryazar olmadığı sonucuna varılmıştır¹³⁵. Erol ve ark.(2009)'nın çalışmasında %34' ü ilkokul düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda ilkokul mezunu olan hastaların sayısı diğer araştırmalara oranla yüksek görünmektedir⁵⁸. Bunun nedeni olarak Bartın ilinin büyük bir alanının kırsal olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ruhsal hastalığa sahip olan bireyler hastalığından dolayı herhangi bir işte çalışmamaktadır¹⁴⁰. Daha önce çalışanlar da işten ayrılmakta veya malulen emekli olmaktadır. Oysa özellikle şizofreni hastalarının çalışıyor olması hastalığa uyumunu, topluma kazanımlarını kolaylaştırmakta ve hastalığın seyrinde iyileşme sağlamaktadır¹⁴⁰. Araştırmamızda şizofreni hastalarının sadece %9.1' i çalışmaktadır. Ancak % 95.7' sinin ailesine bağlı sağlık güvenceleri vardır (Tablo 1). Shamsaei ve ark. (2015)'nın %34.7' sinin işsiz olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Gülseren ve ark. (2010)'nın çalışmasında hastaların %76.3 herhangi bir işte çalışmamaktadır⁹⁸. Çin' de yapılan araştırma sonucunda hastaların %87' sinin işsiz olduğu görülmüştür¹⁹. Erol (2009)'un yaptığı çalışmada hastaların % 53'ü çalışmadığı görülmüştür⁵⁸. Almanya'da yapılan bir çalışmada hastalar çalışmak istediklerini ve desteğe ihtiyacı olduklarını sözel olarak ifade etmişlerdir¹⁴¹. Dezavantajlı gruplar arasında şizofreni hastaları işsizlik oranları en yüksek gruplardır¹⁴². Literatürdeki diğer çalışmalardan elde edilen veriler değerlendirildiğinde şizofreni hastaların yarısından fazlasının herhangi bir işte çalışmadığı sonucu diğer sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

5.2. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Hastaların hastaneye yatış süresi ve yatış sayısı bölgeden bölgeye ve hastanın tedaviye uyumuna göre değişkenlik göstermektedir. Hastalığın şiddeti, ailenin sosyal durumu bu süreyi etkilemektedir¹⁴³. Çalışmada şizofreni hastalığının ortalama süresi (psikotik belirtilerin ilk başladığı zamandan görüşme anına kadar geçen süre) incelendiğinde ortalama 10.95 yıl olduğu belirlenmiştir. Hastaların %97.3' ü hastanede yattığı ve hastanede yatan hastaların %40.9' u 3 kez veya daha fazla yattığı görülmektedir. Hastanede yatış sayısı ortalaması ise 2.59' dur ve hastaların %67' si ilaç kullanmaktadır (Tablo 1). Buoli ve ark. (2012)' nın yaptığı araştırma sonucunda hastalığın süresi 15.6

yıl ve hastaneye yatış sayısı ortalaması 5.55 olarak bulunmuştur¹⁴⁴. Yıldız (2010)' ın çalışmasında hastalığın süresi ortalama 11.5 yıl olarak ve bu sürede ortalama hastane yatış sayısı 4.3 bulunmuştur¹⁴³. Yılmaz (2011)' ın çalışmasında bu süre 11 yıl üzerinde bulunmuştur⁷⁷. Hastaların yarısında tekrarlı yatışa gereksinim duyulduğu sonucuna varılmıştır. Hastaların ilaç tedavisini düzenli kullanıp kullanmadıkları incelendiğinde şizofreni hastalarının yaklaşık %50' sinin ilaçlarını önerilen dozda kullanmadığı belirlenmiştir¹⁴⁵. Di Bonaventura ve ark. (2012) çalışmalarında şizofreni hastalarının %57.5' inin, Novick ve arkadaşları (2010) ise %28.8' inin ilaç kullanımında ve tedaviye uyumunda sorun yaşadığını belirtmişlerdir^{146,147}. Çalışmada hastaların hastalık süresi, hastaneye yatış ve ilaç kullanma durumları gibi özellikler literatürdeki diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

5.3. Bakım vericilerin Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Hastalar TRSM' ye çoğunlukla (%24.2) anneleri ile gelmişlerdir (Tablo 4.2.). Yapılan çalışmaların büyük çoğunluğu hastanın bakımıyla ilgilenen aile üyelerinin en başında anneler gelmektedir. Bunu kardeşler, babalar ve eşler takip etmektedir^{83,1,86}. Bakım vericilerin özellikleri incelendiğinde yaş ortalaması 48.17' dir. %50' si kadındır (Tablo 2). Esmek (2007)' nin çalışmasında şizofreni hastaların bakımında daha çok kadınlar (%68) sorumluluk almıştır¹⁰⁹. Kore' de ve Kanada' da şizofreni hastaların bakımında kadınların yaklaşık %64.9 bakım verici rolünü üstlendiği görülmüştür¹⁴⁸. Yıldız (2012)' ın çalışmasında hasta ile ilgilenen aile üyesinin yakınlık derecesi %46.7' si anne olduğu tespit edilmiştir¹²¹. Amerika' da yapılan toplum araştırmalarına göre 697 bakım verenin kapsandığı çalışmada bakım verenlerin %82' si kadın ve %90' ı annedir⁸⁷. Tel ve Pınar (2013)' in çalışmasında %60.2' sinin, Yıldırım ve ark. (2013)' nin çalışmasında bakım verme rolünü üstlenenlerin %79,4' ü, Yazıcı ve ark. (2016)' nin çalışmasında %64.8' inin kadın olduğu belirlenmiştir^{9,149,21}. Özçelik ve Yıldırım (2018)' in çalışmasında bakım veren aile bireylerinin %45.1' nin desteği olmadığı görülmüştür¹³⁵. Nijerya' da yapılan araştırma sonucunda literatürden farklı olarak erkeklerin hastanın bakımına daha çok katıldığı tespit edilmiştir¹⁵⁰.

Çalışmaya katılan bakım vericilerin yaş ortalaması 48.17' dir (Tablo 4.2.). Yıldız (2012) çalışmasında şizofreni hastalarının aile üyelerinin yaş ortalamasını 45 olarak bulmuştur¹²¹. Wai-chi (2015)' nin çalışmasında bakım vericilerin yaşları ile yük

algısının birbiri ile paralel olduğu ortaya çıkmıştır¹⁵¹. Shamsaei ve ark. (2015)' nin çalışmasında bakım vericilerin yaşları 21 ile 71 arasında değişkenlik gösterip yaş ortalaması 53.3 yıl olarak bulunmuştur⁸⁸. Penning ve Wu (2016)' nun çalışmasında bakım vericilerin yaş ortalaması 58.1 olarak belirlenmiştir¹⁰³. Çalışmada bakım vericilerin yaş özellikleri literatürdeki verilerle paralel özellik göstermektedir.

Çalışmada bakım vericilerin %68.8' inin eğitim düzeyi ilkokul ve %73.7' sinin herhangi bir işte çalışmadığı saptanmıştır. Bakım vericilerin %51.6' sının gelir düzeyi gelir gidere eşit olarak görülmektedir (Tablo 4.2.). Nergiz (2019)' in çalışmasında bakım verenlerin çoğunluğunun (%41) eğitim düzeyi ilkokul olduğu, %62.4' ünün çalışmadığı belirtilmiştir⁸³. İran'da bir hastanede primer bakım vericilerle yapılan çalışmada bakım vericilerin %45.3' ünün eğitim düzeyi lise olduğu sonucuna varılmıştır⁸⁸. Yu ve ark.(2017)' nin Çin' de 327 bakım verici üzerinde yaptığı araştırmada %47'sinin herhangi bir işte çalışmadığı görülmüştür¹⁹. Gülseren ve ark (2010)' nin çalışmasında %44.4' ü ilkokul ve %68.1'inin çalışmadığı görülmüştür⁹⁸. Tanrıverdi (2008)' nin yaptığı çalışmada bakım vericilerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde %80.6' sının çalışmadığı belirtilmiştir¹⁵². Türkiye ortalamasına bakıldığında şizofreni hastalarının gelir düzeyi oldukça düşüktür¹⁵³.

Şizofreni hastalarının ailelerinde ve akrabalarında şizofreni ve şizofrenik bozukluk görülme oranı yüksek olarak bulunmuştur. Birinci derecede akrabalarda %15, her iki ebeveynin hasta olması halinde çocuklarda görülme oranı %40'ın üzerindedir⁵⁰. Çalışmada şizofreni hastalarının aile üyelerinden birinde %25.3 oranında şizofreni hastası olduğu görülmüştür (Tablo 4.2.). Barrowclough ve Tarrier (2003)' in çalışmasında şizofreni hastasına bakım verenlerde ruhsal sağlık sorunu bulunma olasılığının %55 olduğu belirtilmektedir¹⁵⁴.

5.4. Değişkenlerin Yapısal Eşitleme Modeli Analizi Bulgularının Değerlendirilmesi

Tablo 4.7' de aracı değişkenin modeldeki durumuna bakılmıştır. Buna göre “Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşmeden” “Genel Sağlığa” giden direk etki aracı değişken “Zarit Bakıcı Yük” eklendiğinde istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur. Bu nedenle “Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşmeden” “Genel Sağlığa” giden etkiye “Zarit Bakıcı Yük” **Kısmi Aracılık** yapmaktadır.

Çalışmada şizofreni hastalarında işlevsel iyileşme skorları bakım verici yük skorlarını ve bakım vericilerin genel sağlık skorlarını istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0.05$) şekilde negatif yordamaktadır (Tablo 4.5). Aynı zamanda şizofreni hastalarının işlevselliği ve bakım verenlerinin yükü arasındaki aracı değişkenlerle kurulan model sonuçları incelendiğinde, hastaların işlevsellikleri arttıkça bakım vericilerin bakım yükünün azaldığı görülmüştür (Tablo 4.7). Bu bulgu ile şizofreni hastaların sosyal ve mesleki işlevsellikleri bozuldukça bakım yükünün arttığı sonucuna varılabilir. Bazı çalışmalarda hastaların sosyal işlevselliği ve bakım vericilerin bakım yükü karşılaştırılmış ve sosyal işlevsellikteki bozulmalar ile bakım yükü arasında ters bir ilişki olduğu bildirilmiştir^{14,27,155,101,156}. Hasta kendi günlük yaşam becerilerini kendisi karşıladığı, hastalığını ve belirtilerini bildiği ve tedavi sürecine uyum sağladığında bakım vericinin yük duygusunun azaldığı belirtilmiştir²⁷. Japonya’ da ve Kore’ de yapılan bir çalışmada sosyal işlevselliğin bakım vericilerde belirleyici bir rol oynadığı görülmüştür²⁴. Başka bir çalışmada hastanın sosyal işlevselliğinin aile üyelerindeki bakım yükü ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır^{98,157}. Şizofreni hastalarının işlevselliği azaldıkça ve hastada negatif belirtiler arttıkça bakım vericinin yaşadığı yükün arttığını gösteren çalışmalar da mevcuttur^{24,16}.

Çalışmada bakım verici yük skorları genel sağlık skorlarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde pozitif yordamaktadır ($p < 0.05$). Bu bulgu, bakım vericilerin bakım ile ilgili algıladığı yük arttıkça ruhsal sorun yaşama oranlarının da arttığını göstermektedir. Çalışmamızda bakım vericilerin yaşadığı bakım yükü belirlemede “Zarit Bakıcı Yük Ölçeği” kullanılmıştır. Bu ölçek ile bakım vericilerin ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, sinirlilik ve kısıtlanmışlık, toplumsal ilişkilerde bozulma, ekonomik yük ve bağımlılık yaşayıp yaşamadıkları ve bunların stresle başa çıkma stillerini ve ruhsal sağlıklarını nasıl etkilediğini değerlendirilmiştir. Ülkemizde Esmek ve ark. (2007)’ nin yaptığı çalışmada hasta yakınlarının %81.6’ sı hastaların hastalığından etkilendiği ve %37.9’ unun bir ruhsal hastalığa sahip olduğu gösterilmiştir¹⁰⁹. Yazarlar bu sonucun hasta yakınlarının yaşamış olduğu bakım yükü ile ilgili olduğu yorumunu yapmışlardır¹⁰⁹. Harmancı ve Duman (2016)’ nin çalışmasında da benzer şekilde bakım vericilerin ruhsal sağlık durumları ile yaşadıkları yük arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir²². Gutierrez-Maldonado ve ark.(2005)’nin çalışmasında bakım vericilerin %45’inin ileri düzeyde yük yaşadıkları ve bunun sonucunda da psikolojik iyilik halinin bozulduğu saptanmıştır¹⁰¹. Beş farklı Avrupa ülkesinde (İspanya, Avusturya, İrlanda,

İskoçya, İsveç) yapılan bir çalışmada bakım vericilerin %32.1 ile %53.5 oranında ruhsal hastalık yaşadığı görülmüştür¹⁵⁸. Bakım vericiler şizofreni hastalarına bakım vermenin zor olması nedeniyle işten ayrılmak zorunda kalmakta ya da sürekli izin alma ihtiyacı olmaktadır¹⁵⁹. İşsizliğin bakıcı yükünü arttırdığı ve yüksek gelir düzeyi ile hissedilen yükün negatif yönlü olduğu bildirilmiştir^{156,160}. Mangana ve ark.(2007)'nin bakım verici yükünün ruh sağlığı üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmasında, bakım yükünün ruh sağlığını etkilediğini ve Cheng ve ark.(2012)'nin çalışmasında bakım vericilerin %51'inin stres yaşadıkları ve ruhsal sağlıklarının bozulduğu bildirilmiştir^{161,162}. Bakım vericinin şizofreni hastasına yakınlık derecesi ile bakım vericinin ruh sağlığı arasında orantılı bir ilişki bulunduğu bildirilmektedir¹⁶³. Bakım vericilerin cinsiyetleri karşılaştırıldığında, kadınların ailede bakım verici rolünü daha çok üstlendiğini ve ağır gelen bu yükün kadın bakım vericileri daha olumsuz etkilediğini belirtilmiştir¹⁶⁴. Ancak Dökmen (2012)'nin çalışmasında ise bakım yükünün ruhsal sağlık ve cinsiyet açısından önemli bir fark yaratmadığı görülmüştür¹⁶⁵. Yapılan çalışmalarda bakım verme süresi ailenin bakım yükünü etkilemese de anksiyete ve depresyon yaşamalarına sebep olduğu bildirilmiştir^{166,98}.

Çalışmamızda aracı değişkenin modele olan etkisinde “Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşmeden” “Stresle Başa Çıkmaya” giden direk etki aracı değişken (Zarit Bakıcı Yük) eklendiğinde anlamlı olmadığı ($p>0.05$) görülmüştür (Tablo 4.7). Hastalığın bakım vericiler üzerinde oluşturduğu yük ile baş etmek zorunda kalan aile üyeleri zorluklar yaşamıştır¹⁶⁷. Şizofreni hastalarının bakımını üstlenen bazı bakım vericiler yaşadığı stresi, baskıyı ve krizi daha kolay atlatarak stresle baş etme yöntemleri geliştirirken, bazıları ise, stres durumuyla başa çıkamamaktadır¹⁵⁹. Bakım vericilere verilen sosyal desteğin ve geliştirdikleri baş etme stilleri ailenin yükünü azaltmakta etkilidir¹⁶⁸. Ganguly ve ark. (2010)'nin çalışmasında bakım vericiler acıma ve merhamet duygusu ile birlikte umut etme, dini uygulamalarda bulunma, aynı sorunu yaşayan hastalara ve ailelere yardım etme davranışlarında bulunarak baş edebilmişlerdir¹⁶⁹. Aile içindeki stresi arttıran sorunların en başında ailelerin gelecekle ilgili yaşadıkları anksiyete gelmektedir¹⁵⁹. Singapur'da şizofreni hastalarına bakım verenlerin stresle baş etme tekniklerini öğrenmeleri amacıyla yapılan bir çalışmada bakım vericilerin yaşadıkları bakım yükünün stresle başa çıkma stillerine önemli bir etkisi olduğunu belirlenmiştir. Bakım vericilerin hastalıkta kullandıkları olumsuz baş etme biçimleri hasta ile iletişimlerinin bozulmasına ve çatışmalara yol açmaktadır¹⁷⁰.

Lai ve ark.(2001) şizofreni tanısı almış hastaların bakım yükü ve stresle başa çıkma tarzlarını incelemiştir¹⁷¹. Çalışmaya göre baskıcı, boyun eğici tutum, aşırı koruyucu tutum, duygusal yönden aşırı müdahale eden ailelerin daha çok yük yaşadıkları görülmektedir¹⁷¹. Bakım yükü az olan bakım vericilerin daha içten ve sıcak bir tarzı benimsedikleri saptanmıştır¹⁷¹. Bizim çalışmamızda bakım yükünün stresle başa çıkma stillerini etkilemediği görülmüş olsa da literatürdeki çalışmalarda bakım yükünün ailenin stresle başa çıkma stillerini etkileyebileceği görülmüştür.

5.5.Sonuçlar:

Ailede şizofreni hastasının varlığı ailede yaşayan tüm bireyleri etkilemektedir. Şizofreni hastalarının işlevsellikleri ve şizofreni hastalarına bakım verenlerin ruhsal sağlık düzeyleri, stresle baş etme stilleri ve algıladıkları bakım yükü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmamızın bulguları doğrultusunda ulaşılan sonuçlar şu şekildedir:

- Araştırma kapsamına alınan şizofreni hastalarının %47.3' ü 35-50 yaşında, %65.6'sı ilkokul mezunu ve %9.1'i çalışmaktadır. Hastaların hastalık süreleri ortalama 10.95 yıldır, %97.3'ü hastaneye yatış öyküsü vardır ve %77'si ilaç kullanmaktadır (Tablo 4.1.).
- Bakım vericilerin %49.5'i 41-59 yaş arasında, %50'si kadın, %80.1'i evli, %68.8' i ilkokul mezunu, %73.7' si çalışmamaktadır (Tablo 4.2.).
- Yapısal eşitleme modeline göre; şizofreni hastalarında işlevsel iyileşme skorları zarit bakıcı yük skorlarını ve genel sağlık skorlarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde negatif yordamaktadır ($p < 0.05$). Zarit bakıcı yük skorları genel sağlık skorlarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde pozitif yordamaktadır ($p < 0.05$) (Tablo 4.5).
- Aracı değişken ile kurulan model sonuçlarına göre aracı değişken olmadığı durumdaki sonuç ile aracı değişken varlığındaki sonuç karşılaştırıldığında “Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşmeden” “Genel Sağlığa” giden direk etki aracı değişken (“Zarit Bakıcı Yük”) eklendiğinde de istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p > 0.05$) ve **Kısmi Aracılık** yaptığı sonucuna varılmıştır (Tablo 4.6 ve Şekil 4.3).
- Aracı değişken ile kurulan model sonuçlarına göre aracı değişken olmadığı durumdaki sonuç ile aracı değişken varlığındaki sonuç karşılaştırıldığında “Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşmeden” “Stresle Başa Çıkma Tarzlarına”

giden direk etki aracı değişken “Zarit Bakıcı Yük” eklendiğinde de istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu nedenle aracılık edecek bir aracı değişken incelemesi de yapılamamıştır (Tablo 4.7 ve Şekil 4.4)

5.6. Öneriler:

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde çalışan ruh sağlığı hemşirelerinin takip ettiği hastaları aileleriyle birlikte değerlendirmesi, ailelerin ve özellikle de bakım verenlerin yaşadıkları sorunları bakım planına dahil etmesi,
- Hastalara tanı konulduğu andan itibaren bakım verenlerin yaşadığı güçlüklerin, ruhsal sağlık durumlarının ve stresle baş etme tarzlarının değerlendirilmesi,
- Hastanın işlevselliğini arttırmaya yönelik psikososyal becerilerinin kazandırılması,
- Ailelere düzenli olarak psikoeğitim verilmesi ve ailenin bilinçlendirilmesi ve desteklenmesi,
- Ailelerin yaşam koşulları yerinde değerlendirilerek destek gurpları ile iletişime geçilmesi, ailelerin objektif yüklerinin azaltılmasına yönelik girişimler yapılması,
- Bu araştırma sonuçlarının TRSM’de planlanacak olan müdahale çalışmalarına yol gösterici olması,
- Bu çalışma sonucunda elde edilen model sonuçlarına göre bakım vericilerin stresle başa çıkma becerilerini geliştirici ve psikolojik iyilik halini arttırıcı müdahale çalışmaları planlanması önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

1. Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*.2011;3(2):251-277.
2. Yıldız M. Şizofreni Hastalığı anlamak ve Onunla Yaşamak. Kocaeli, Umuttepe Yayınları, 2018, p.68-70.
3. Algönül Ö. Şizofreni Tanılı Hastalara Birincil Bakım Veren Bireylerin Duygu Dışavurumu Açısından Değerlendirilmesi. 2017, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 72 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr.Feryal Çam Çelikel).
4. Almaturo C, Fagiolini A, Galderisi S, Rocca P, Rossi A. Schizophrenia today: epidemiology, diagnosis, course and models of care. *Journal of Psychopathology*.2014;20:223-243.
5. Bademli K, Duman ZÇ. Şizofreni hastalarının bakım verenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2013;5(4):461-478.
6. Şengün F. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Ruhsal Sağlık Durumlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. 2007, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 86 sayfa, İzmir, (Yrd. Doç. Dr. Zekiye Ç. Duman).
7. Ferriter M, Huband N. Experiences of parents with a son or daughter suffering from schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2003;10:552-560.
8. Karaağaç H, Var EÇ. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin bakım yüklerinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*. 2019;22:16-26.
9. Tel H, Pınar ŞE. Kronik ruhsal sorunlu hastaların primer bakım vericilerinde tükenmişlik ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2013;4(3):145-152146.
10. İnan FŞ, Duman ZÇ. Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruh sağlığını etkileyen faktörler: Sosyodemografik değişkenler ve stresle başa çıkma tarzları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013;16(4):205-211.
11. Haley C, O'Callaghan E, Hill S, Mannion N, Donnelly B, Kinsella A, Murgtagh A, Turner N. Telepsychiatry and carer education for schizophrenia. *European Psychiatry*.2011;26(5):302-304.
12. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(3):513-552.

13. Koroğlu A, Hocaoğlu Ç. Şizofrenide aile yükü, aile işlevleri ve başa çıkma tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ortadoğu Medical Journal*.2019;11(3)294-302.
14. Pazvantoğlu O, Sarısoy G, Böke Ö, Aker AA, Özturan DD, Ünverdi E. Şizofrenide bakım veren yükünün boyutları: Hastaların işlevselliğinin rolü. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2014;27:53-60.
15. Çetin N, Demiralp M, Oflaz F, ve Özşahin A. Şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışa vuran duygu durumu ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*.2013;14:19-26.
16. Hjarthag F, Heldin L, Karilampi U, Norlander T. İllness- related components for the family burden of relatives to patients with psychotic illness. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45: 275-283.
17. Magliano L, Marasco C, Fiorillo A, Malangone C, Guarneri M, Maj M. 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.
18. Koroğlu A, Hocaoğlu Ç. Şizofreninin aile üzerine olan etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*.2017;7(3):170-175.
19. Yu W, Chen J, Hu J, Hu J. Relationship between mental health and burden among primary caregivers of out patients with schizophrenia. *Family Process*. 2019;58:370-383.
20. Wan KF, Wong MMC. Stress and burden faced by family caregivers of people with schizophrenia and early psychosis in Hong Kong. *Internal Medicine Journal* .2019.;49 (Suppl. 1):9–15.
21. Yazıcı E, Karabulut Ü, Yıldız M, Tekeş SB, İnan E, Çakır U, Boşgelmez Ş, Turgut C. Şizofrenisi olan hastalara bakım verenlerin yükü ve ilişkili etmenler. *Archives Neuropsychiatry*.2016;53:96-101.
22. Harmancı P, Duman ZÇ. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin yükleri ve ruhsal sağlık durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2016;7(2):82-86.
23. Lasebikan VO, Ayinde OO. Family burden in caregivers of schizophrenia patients: prevalence and socio-demographic correlates. *the international journal of indian psychology*. 2013;35(1):60-66.
24. Hanzawa S, Bae JK, Tanaka H, Bae YJ, Tanaka G, Inadomi H, Nakane Y, Ohta Y. Caregiver burden and coping strategies for patients with schizophrenia:

- Comparison between Japan and Korea. Psychiatry and Clinical Neurosciences.2010;64:377–386.
25. Farah FH. Schizophrenia: An overview. Asian Journal of Pharmaceutics. 2018;12(2):77-87.
26. Schizophrenia Society of Canada, 2003. https://www.schizophrenia.ca/docs/Teachers_Manual.pdf , Erişim tarihi: 27 Mart 2019.
27. Kaya Y. Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yükü. 2013, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi,127 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Fatma Öz).
28. Townsend MC, Ruh sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları.6. Baskı, Özcan CT, Gürhan N. Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara, 2016: 335-377.
29. Aydın E. Vaka Yönetiminin Şizofreni Hastalarının Klinik Belirtileri, Sosyal İşlevselliği Ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkileri. 2016, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Tıpta uzmanlık tezi, 100 sayfa, İstanbul, (Uzm. Dr. Ünal Altınok).
30. Çam O, Engin E(Eds.).Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı, 1. Baskı. İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2014:411-446.
31. Lavretsky H. Clinical Handbook of Schizophrenia. Mueser KT, Dilip V. Jeste(Eds). London: Guilford Press;2008:p.3-13.
32. Obermeier MJ. The Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia: An Established Rating Instrument in Need of Clarification.2012, Ludwig-Maximilians Universität München, Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Doktora tezi, 41 sayfa, Almanya, (Prof. Dr. Hans-Jürgen Möller).
33. Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B. Current psikiyatri tanı ve tedavi. Birsöz S, Karaman T (Çeviri Ed.) Birinci Baskı, Ankara; Güneş Kitabevi, 2003; 260-277.
34. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Köroğlu E (Çeviri Ed.) 4. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007, 419-447.
35. American Psychiatric Association: DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition Cambridge, 1994.
36. World Health Organisation: The ICD- 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Geneva, 1992.

37. Amerikan Psikiyatri Birliği. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5. Baskı, 2013.
38. Summakoglu D, Ertugrul B. Şizofreni ve tedavisi. Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences. 2018;1(5):43-61.
39. Songur E. Çocukluk çağı başlangıçlı şizofreni (Seminer). Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat. 2015.
40. Kocal Y, Karakuş G, Sert D. Şizofreni: Etiyoloji, klinik özellikler ve tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2017;26(2):251-267.
41. şimşek D. Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. 2006, Süleyman Demirel Üniversitesi, Uzmanlık tezi,90 sayfa, (Yrd. Doç. Dr İbrahim EREN).
42. Acar C, Kartalcı ř. Şizofreninin etyopatogenezinde katekol-O-metiltransferaz (COMT) geninin rolü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014;6:217-226.
43. Patel KR, Cherlah J, Gohll K, Atkinson D. Schizophrenia: Overview and Treatment Options. Pharmacy and Therapeutics.2014;39(9):638-645.
44. Polat S. Şizofreni Hastaları ve Kardeşlerinde Düşünce Bozukluğu ve Aile İşlevleri ile İlişkileri. 2010, Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık tezi, 64 sayfa, İzmir, (Prof. Dr. Köksal Alptekin).
45. Brown AS. The environment and susceptibility to schizophrenia. Prog Neurobiol. 2011;93:23-58.
46. Selten JP, Cantor-Graae E. Social defeat: risk factor for schizophrenia. Br J Psychiatry. 2005;187:101-102.
47. Açık E, Barlas GÜ. Psikiyatri Hemşireleri İçin Bir Alan: Şizofrenide duygu tanıma ve sosyal işlevsellik. Jaren. 2016;2(2):92-96.
48. Sungur MZ, Yalnız Ö. Şizofreni tedavisinde bilişsel-davranışçı yaklaşımlar. Klinik Psikiyatri.1999;2:160-166.
49. Öztürk O, Uluğ B. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması Klinik Tanımlar ve Tanı Kılavuzları, Dünya Sağlık Örgütü, Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği, Ankara,1993,77-100.
50. Yavuz R. Şizofreni. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi. 2008:62;49-58.
51. Üçok A. Şizofreninin erken döneminde klinik özellikler ve tedavi ilkeleri. Klinik Psikiyatri.2008;11(Ek 1):3-8.

52. Sönmez S. Şizofreni Hastalarında Psikoeğitim Grup Çalışmasının Pozitif Ve Negatif Belirtiler, Sosyal İşlevsellik, Yeti Yitimi, İçgörü Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması. 2009, Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık tezi, 62 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Hayrettin Kara ve Dr. Şahap Erkoç).
53. Çabuk M. Psikoeğitimin Şizofreni Ailelerinin Yük Algılarına Olan Etkisi. 2014, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 115 sayfa, Aydın, (Doç. Dr. Hülya Arslantaş).
54. Lehman AF, Liberman JA, Dixon LS, McGlashan TH, Miller AL, Perkins DO, Kreyenbulh J. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. 2004. American Journal of Psychiatry. 2004;161(2 Suppl):1-56.
55. Delice MA. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Kılavuz, Nobel Tıp Kitabevi, 2017.
56. Yıldız M, Kiras F, İncedere A, Esen D, Gürcan MB, Abut B, İpçi K, Tural Ü. Şizofreni hastaları için toplumsal işlevselliği değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2019;20(Ek sayı.2):29-38.
57. Harvey PD, Heaton RB, Carpenter WT, Green MF, Gold JM, Schoenbaum M. Functional impairment in people with schizophrenia: focus on employability and eligibility for disability compensation. *Schizophrenia Research*. 2012;140(1-3):1-8.
58. Erol A, Ünal EK, Aydın ET, Mete L. Şizofrenide sosyal işlevselliği yordayan etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2009;20(4):313-321.
59. Aydemir Ö. Şizofrenide işlevsellik ve paliperidon: Bireysel ve toplumsal performans ölçeği ile yapılan çalışmaların gözden geçirilmesi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2009;19(Suppl. 2):S335-S340.
60. Ulusoy S, Delice MA. Şizofreni tanısı ile izlenen bir olgunun işlevselliğinin artırılmasında bireysel danışmanlığın rolü. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2015;28:162-166.
61. Çelikbaş Z, Ergün S. Şizofrenide nörobilişsel bozukluklar ve işlevsellikle ilgisi. *Journal of Contemporary Medicine*. 2018;8(2):183-187.
62. San L, Ciudad A, Alvarez E, Bobes J, Gilaberte I. Symptomatic remission and social/vocational functioning in outpatients with schizophrenia: prevalence and associations in a cross-sectional study. *Eur Psychiatry* 2007;22: 490-498.

63. Kahn RS, Keefe RS. Schizophrenia is a cognitive illness: Time for a change in focus. *JAMA Psychiatry*.2013;70(10):1107-1112.
64. Yıldız M, Kutlu H, Tural Ü. Şizofrenide bilişsel işlevler nufus ve klinik özelliklerden etkilenir mi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2011;21(2):131-8.
65. Rajji TK, Ismail Z, Mulsant BH: Age at onset and cognition in schizophrenia: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2009; 195:286–293.
66. Reichenberg A, Caspi A, Harrington H, Houts R, Keefe RS, Murray RM, Poulton R, Moffitt TE. Static and dynamic cognitive deficits in childhood preceding adult schizophrenia: A 30-year study. *Am J Psychiatry*. 2010; 167(2):160–169.
67. Almıla E, Ünal EK, Aydın ET, Mete L. Şizofrenide Sosyal İşlevselliği Yordayan Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2009; 20(4):313-321.
68. Angell B, Test MA. The relationship of clinical factors and environmental opportunities to social functioning in young adults with schizophrenia. *Schizophr Bull*.2002;28(2):259-271.
69. Mueser KT, Salyers MP, Mueser PR. A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophr Bull*,2001; 27(2): 281-296.
70. Woonings FM, Appelo MT, Kluiters H, Slooff CJ, van den Bosch RJ. Learning (potential) and social functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research*.2003;59:287–96.
71. Yıldırım E, Alptekin K. Şizofrenide öne çıkan yeni bir boyut: Sosyal biliş. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*.2012;25:368-375.
72. Aktaş M.A, Başer D., Kırhoğlu M. Sosyal hizmet mesleğinin bir uygulama alanı olarak toplum temelli ruh sağlığı sistemi ve güncel değişimler. *Toplum ve Sosyal Hizmet*.2013;24(2):179-192.
73. Büber B, Karas B, Gülsün M, Nergizci M. Şizofreniye yönelik damgalamanın önlenmesinde sosyal hizmet müdahaleleri bağlamında sosyal politika önerileri. *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*.2014;14/15(1):35-51.
74. Kaya Y, Öz F. Şizofreni hastalarının genel sosyal işlevsellik düzeyi ve hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2019;10(1):28-38.
75. Danacı AE, Karaca N, Deveci A. Şizofreni hastalarında aile işlevselliği ile sosyal işlevsellik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Türkiye de Psikiyatri* 2005;7:103-108.

76. Dedic Hero E, Ruzic K, Palijan TZ, Graovac M. Relation between the course of illness, family history of schizophrenia and family functioning in persons with schizophrenia. *Researchgate*.2013;1:47–55.
77. Yılmaz S. Şizofreni TANILI HASTA VE Ailelerinin Eğitim Gereksinimleri.2011, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 167 sayfa, İstanbul, (Prof Dr. Sevim BUZLU).
78. Demir M. Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. 2008, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, Edirne, (Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR).
79. Caqueo-Úrizar A, Gutiérrez-Maldonado J. Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res* 2006;15:719-24.
80. Özen EM, Orum MH, Kalenderoğlu A. The burden of schizophrenia on caregivers. *Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2018;8(3):1-6.
81. Harmalkar R. A Manual for Working with People with Schizophrenia and their Families. 2012, India,45-50
82. Kotrotsiou E, Kotrotsiou S. Papatthanasidou I.Schizophrenia and family. *Icus Nurse Web*. 2006;27:1-10.
83. Nergiz Z. Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerinin Aile Bütünlüğü Duygusu ve Bakım Yükünün Belirlenmesi.2019, Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 93 sayfa, Ordu, (Dr. Öğretim Üyesi Nevin GÜNAYDIN).
84. Cingil D. Aile İçi Bakım Vericileri Eğitimcinin Bağımlı Yaşlıların Evde Bakım Kalitesine Etkisi.2003, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, Konya.
85. Karayazgan S. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Aktivite, Aktivite Performansı Ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. 2013, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 101 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Mine Uyanık).
86. Kamil SH, Velligan DI. Caregivers of individuals with schizophrenia: who are they and what are their challenges? *Current Opinion in Psychiatry*.2019;32(3):157-163.
87. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmaco Economics*.2008;26(2):149–62.
88. Shamsaei F, Cheraghi F, Bashirian S. Burden on Family Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia. *Iran Journal Psychiatry*.2015;10(4):239-245.

89. Bharti J. Burden among caregivers of person with schizophrenia and schizoaffective disorder: A comparative study. *The International Journal of Indian Psychology*. 2015;2(4):136-147.
90. Caqueo-Urizar A, Fond G, Urzua A, Boyer L. Gender differences in schizophrenia: A multicentric study from three Latin-America countries. *Psychiatry Research*. 2018;266:65-71.
91. Özkan B. Şizofreni Hastası ve Bakım Vericisine Verilen Psikoeğitim ve Telepsikiyatrik İzlemin Hasta İşlevselliği ve İlaç Uyumu ile Aile Yüğü, Depresyon ve Duygu Dışavurumuna Etkisi. 2011, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi,158 sayfa, Kayseri,(Yrd. Doç. Dr. Emine ERDEM).
92. Arslantaş H. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinde etik konular, kodlar ve standartlar. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*.2015;6(1):47-56.
93. Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C, Malangone C, Maj M national mental health project working group. Family burden in long-term diseases: A comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Social Science Medicine*.2005;61:313–22
94. Ribe JM, Salamero M, Testor CP, Mercedal J, Aguilera C, Cleris M. Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: Caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*.2018;22(1):25-23.
95. Lauber C, Falcató L, Rössler W. Do people recognise mental illness? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*.2003; 253 :248–251.
96. Lippi G. Schizophrenia in a member of the family: Burden, expressed emotion and addressing the needs of the whole family. *South African Journal of Psychiatry*.2016; 22(1):1-7.
97. Gülseren L. Şizofreni ve aile: Güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13(2):143-151.
98. Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit, Danacı AE., Çubukçuoğlu Z, Taş C, Gülseren Ş, Mete L. Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*.2010;21(3):203-212.
99. Bademli K, Lök N, Kılıc, AK. The relationship between the burden of caregiving, submissive behaviors and depressive symptoms in primary caregivers of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatr Nursing*.2018;32:229–234.

- 100.Wang X, Chen Q, Yang M. Effect of caregivers' expressed emotion on the care burden and rehospitalization rate of schizophrenia. *Patient Preference Adherence*.2017;11:1505–1511.
- 101.Gutierrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Kavanagh DJ. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.2005;40: 899–904.
- 102.Ata EE, Selma D. 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*.2018;32:112–119.
- 103.Penning MJ, Wu Z. Caregiver stress and mental health: Impact of caregiving relationship and gender. *The Gerontologist*.2016;56(6):1102-1113.
- 104.Ceylan B. Şizofreni Ve Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri Ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Suçluluk Ve Utanç Düzeylerinin Karşılaştırılması.2007, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 93 sayfa, Konya(Doç. Dr. Ali Savaş ÇİLLİ).
- 105.Kuşçu MK, Duman ZÇ, Akman M, Üçok A. Şizofreni tanılı hastaların bakım vericilerinde duygu ifadesi düzeyleri, umut ve kendini suçlama ifadeleri arasındaki ilişki. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 2005;13:249-254.
- 106.Sağduyu A, Aker T, Özmen E ve ark. Şizofrenisi olan hastaların yakınlarının şizofreniye yönelik tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003;14(3):203-212.
- 107.Özütek ZS. Şizofrenide Aile Ve Hasta Arasındaki Etkileşimin Hastalık Belirtileri Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.2005, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 121 sayfa, İstanbul,(Prof. Dr. Alp ÜÇÖK, Yrd. Doç. Dr. Tefrika İKİZ).
- 108.Chang HY, Chiou CJ, Chen NS. Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers' physical health. *Archives of Gerontology and Geriatrics*.2010;50:267–271.
- 109.Esmek M. Psikiyatri Servisinde Yatan Şizofren Hastaların Yakınlarının Sosyal Destek ve Stresle Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi.2007,Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 86 sayfa, Konya(Yrd. Doç. Dr. Havva TEL).
- 110.Grover S, Pradyumna, Chakrabarti S. Coping among the caregivers of patients with schizophrenia. *Industrial Psychiatry Journal*.2015;24(1):5-11.

111. Batra BS, Ghildiyal R, Mathews M. Coping strategies among caregivers of patients with schizophrenia: A Descriptive Study. *Journal of Dental and Medical Sciences*.2015;14(2):20-29.
112. Chen L, Zhao Y, Tang J, Jin G, Liu Y, Zhao X, Chen C, Lu X. The burden, support and needs of primary family caregivers of people experiencing schizophrenia in Beijing communities: A qualitative study. *BMC Psychiatry*.2019;19:1-10.
113. Chandrasekaran R, Sivaprakash B, Jayestri SR. Coping strategies of the relatives of schizophrenic patients. *Indian Journal Psychiatry*.2002;44:9–13.
114. Cohan AN, Glynn SM, Mumay Swark AB, Barrio C, Fischer EP et al. The family faum: directions for the implementation of family psycho education for severe mental illness. *Psychiatr Services* 2008;59(1):40-48.
115. Ebrinç S, Çetin M, Seçil M. Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışavurumunun incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2: 5-14.
116. Taş S, Buldukoğlu K. Şizofreni hastalarının taburculuk sonrası erken dönemde öz-bakım gücü ve bakım gereksinimleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*.2018;9(1):11-22.
117. Çörçem P, Partlak Günüşen N. Şizofreni hastalarının öz-bakım gücü ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (24-26 Haziran 2010) Özet Kitabı, Samsun. 2010;176–77.
118. Karancı N. Şizofren hasta yakınlarının dünyası.: Nedensel atıflar, yükler, umutlar. Şizofreni yazıları.2000;(1)2:6-12.
119. Yıldırım S, Eren HK. Psikiyatrik Ruh Sağlığı Hemşireliğinde Hemşirelik Süreci.2018
.https://www.researchgate.net/publication/323485503_Psikiyatrik_Ruh_Sagligi_Hemshireliginde_Hemshirelik_Sureci Erişim Tarihi: 01.09.2020.
120. Schultz MS, Videback SL. *Psychiatric Nursing Care Plans (7th Edition)*. Lippicott Comp.: Philadelphia.2005.
121. Yıldız M, Özten E, Işık S, Özyıldırım İ, Karayün D, Cerit C, Üçok A. Şizofreni hastaları, hasta yakınları ve majör depresif bozukluk hastalarında kendini damgalama. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*.2012;13:1-7.
122. Zarit SH., Reeve KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*.1980;20(6): 649-655.

- 123.Özlü A, Yıldız M, Aker T. Zarit bakıcı yük ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2009;46(Özel Sayı):38-42.
- 124.Llorca PM, Lançon C, Loncrenon, S, Bayle, FJ, Caci H, Rouillon F, Gorwood P. The “Functional remission of general schizophrenia” (FROGS) scale: development and validation of a new questionnaire. *Schizophrenia Research*.2009;113(2):218-225.
- 125.Emiroğlu B, Karadayı G, Aydemir Ö, Üçok A. Şizofreni hastalarında işlevsel iyileşme ölçeğinin türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*.2009;46(Özel Sayı):15-24.
- 126.Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Medicine*.1972;9:139-145.
- 127.Kılıç C. Genel sağlık anketi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7(1): 3-9.
- 128.Folkman S, Lazarus RS. Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*.1988;54(3):466-475.
- 129.Şahin NH, Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*.1995;10(34):56-73.
- 130.Işıkhani V.Çalışma Hayatında Stres ve Başa Çıkma Yolları.1. baskı, Sandal Yayınları, Ankara, 2004.
- 131.SPSS, sürüm 23, 2018, SPSS Inc., Chicago, Illinois, ABD).
- 132.Bollen K. *Structural Equations with Latent Variables*. Wiley-Interscience.1989.
- 133.Byrne B. *Structural equation modeling with AMOS*, (2nd ed.). New York: Routledge, 2010.
- 134.Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*.1986;51:1173-1182.
- 135.Özçelik EA, Yıldırım A. Şizofreni hastalarında aile ortamı, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*.2018;9(2):80-87.
- 136.McGrath JJ. Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology-- the NAPE lecture 2004. *Acta Psychiatr Scand*.2005;111:4-11.
- 137.Eren K. Şizofreni ve Cinsiyet Farklılıkları.2006,Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi,4. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi,77 sayfa, İstanbul,(Doç. Dr. Medaim YANIK).

138. Carra G, Crocamo C, Angermeyer M, Brugha T, Toumi M, Bebbington P. Positive and negative symptoms in schizophrenia: A longitudinal analysis using latent variable structural equation modelling. *Schizophrenia Research*.2019;58–64.
139. Belene E. Şizofreni’de Anksiyete Belirtilerinin, Pozitif, Negatif ve Depresif Belirtiler, İntihar Düşüncesi, İçgörü ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi. 2009, Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 9. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi, 90 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Hüsnü EKMEK).
140. Öz YC, Barlas GÜ. The importance of employment in people with schizophrenia. *Jaren* 2017;3(Ek sayı):46-50.
141. Zaprutko T, Göder R, Kus K, Rakhman L, Bilobryvka R, Nowakoska E. The Cost of inpatient care of schizophrenia and treatment schedules used in German Academic Center: Kiel. *Psychiatry Q*. 2016;87:595-603.
142. Bouwmans C, Sonnevile C, Mulder CL, Roijen LH. Employment and the associated impact on quality of life in people diagnosed with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*.2015; 11: 2125-42.
143. Yıldız M, Yazıcı A, Çetinkaya Ö, Bilici R, Elçim R. Şizofreni hastalarının yakınlarının hastalıkla ilgili bilgi ve görüşleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*.2010;21(2):105-113.
144. Buoli M, Caldiroli A, Panza G, Almaturo AC. Prominent clinical dimension, duration of illness and treatment response in schizophrenia: A naturalistic study. *Psychiatry Investig*.2012;9:354-360.
145. Velligan, DI., Weiden, PJ., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R., Docherty, JP. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *Journal Clinic Psychiatry*.2009;70(4):1–46.
146. DiBonaventura M, Gabriel S, Dupclay L, Gupta S, Kim E. A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: Results of a cross-sectional nationwide survey of patients with schizophrenia. *Biomedcentral Psychiatry* 2012;12(20).1-7.
147. Novick D, Haro JM., Suarez D, Perez V, Dittmann RW, Haddad PM. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Research*.2010;176:109–113.

- 148.Lim YM, Ahn YH. Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. *Applied Nursing Research*. 203;16:110-117.
- 149.Yıldırım A, Buzlu S, Aşlar RA, Camcıoğlu TH, Erdiman S, Ekinçi M. Şizofreni hastalarının ailelerine uygulanan aileden aileye destek programının hastalık hakkında bilgi, aile yükü ve öz yeterlilik üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*.2013;24:1-7.
- 150.Ohaeri JU. Caregiver burden and psychotic patient's perception of social support in Nigerian setting. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiology*.2001;36:86-93.
- 151.Wai-chi Chan S. Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Archiment Psychiatry Nursing*.2011;25:339–349.
- 152.Tanrıverdi D.Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Verilen Psikoeğitimin Bakım Yüklerine Etkisi.2008, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Doktora Tezi, 75 sayfa, Erzurum, (Mine EKİNCİ).
- 153.Akbulut Ş. Şizofren Hasta Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları ve Hastanın Bakımında Yaşadıkları Zorluklar.2009, Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,66 Sayfa, Şanlıurfa,(Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN).
- 154.Barrowclough C, Tarrier N. The family questionnaire (FQ): A scale for measuring symptom appraisal in relatives of schizophrenic patients. *Acta Psychiatry Scandinavica* 2003;108:290-296.
- 155.Giron M, Fernandez-Yanez A, Molina-Habas A, Nolasco A, Gomez-Beneyto. Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: a 2-year randomized controlled study. *Psychological Medicine* 2010;40:73-84.
- 156.Ukpong D. Şizofreni hastalarına bakım veren Nijeryalılar arasında yük ve ruhsal sıkıntı: Pozitif ve negatif semptomların rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*.2012;23:1-6.
- 157.Magliano L, Fadden G, Economou M, Held T, Xavier M, Guarneri M, Malangone C, Maj M, Maj M. Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. *Social Psychiatry Epidemiol*.2000;35:109-115.
- 158.De Haan L, Beuk N, Hoogenboom B, Dingemans P, Linszen D. Obsessive-compulsive symptoms during treatment with olanzapine and risperidone: A prospective study of 113 patient with recent-onset schizophrenia or related disorders. *Journal Clinic Psychiatry*.2002;63:104-107.

- 159.Özlü A, Yıldız M, Aker T. Şizofreni bakımıyla ilgilenenlerde yük ve ilişkili özellikler. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*.2015;28:147-153.
- 160.Caqueo- Urizar A, Miranda- Castillo C, Giraldez LS, Maturana SL, Perez RM, Mascayano Tapia F. An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. *Psicothema*. 2014;26(2):235-243.
- 161.Magana SM, Ramirez Garcia JI, Hernandez MG, Cortez R. Psychological distress among Latinofamily caregivers of adults with schizophrenia: The roles of burden and stigma. *Psychiatric Services*.2007;58:378–384.
- 162.Cheng GF, Tag JY, Li FS, Lau EY, Lee TC. Schizophrenia and risk-taking: impaired reward but preserved punishment processing. *Schizophrenia Research*.2012;136:122-127.
- 163.Karlıkaya G, Yüksek G, Varlıbaş F, Tireli H. Caregiver Burden In Dementia: A Study In The Turkish Population.2005;4(2),1-5.
- 164.Harwood DG, Barker WW, Ownby RL, Bravo M, Aguero H, Duara R. Predictors of positive and negative appraisal among CUBAN American caregivers of alzheimer's disease patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*.2000;15: 481-487.
- 165.Dökmen ZY. Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*.2012;3(1):3-38.
- 166.Aydın A, Eker S, Cangür Ş, Sarandöl A, Kırılı S. Şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin, sosyo demografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*.2009;46(Özel Sayı):10-14.
- 167.Gök SE. Şizofreni Tanısının Hasta Yakınları için Duygusal Yükü: Endişe, Ruminasyon, Ümitsizlik. 2. Ruhsal İyileştirme Kongresi Özet Kitabı.2018.
- 168.Schulze B, Rössler W. Caregiver burden in mental illness: review of measurement, findings and interventions in 2004-2005. *Current Opinion Psychiatry*.2005;18:684-691.
- 169.Ganguly KK, Chadda RK, Singh TB. Caregiver burden and coping in schizophrenia and bipolar disorder: a qualitative study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*.2010;13:126-142.

170. Tan SCH, Yeoh AI, Choo IBK, Huang APH, Ong SH, Ismail H, Ang PP, Chan YH. Burden and coping strategies experienced by caregivers of persons with schizophrenia in the community. *Journal of Clinical Nursing*.2012;21:2410–2418.
171. Lai YM, Hong CPH, Chee CY. Stigma of mental illness. *Singapore Medicine Journal*.2001;42(3):111-114.



7. EKLER

EK- 1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Anket Numarası: [.....]

Tarih:

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma şizofreni hastalarının işlevsellikleri ile şizofreni hastalarına bakım verenlerin bakım yükü, ruhsal sağlık ve stresle başa çıkma stilleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmıştır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz cevaplar tarafımızca saklı tutulacak ve tamamen bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Çalışmaya katılım gönüllük esasına dayalıdır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ücret ödenmeyecektir. Çalışmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz. Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler yazılı olarak alınmıştır.

Anket sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için soruları samimi ve doğru olarak yanıtlamanız gerekmektedir. İlgi ve yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Hemşire Necla KUNDAKCI

Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

2.Cinsiyeti: (1) Kadın (2) Erkek

3. Medeni Durumu: (1) Evli (2) Bekar

4. Eğitim Düzeyi:

(1) Okur-yazar değil

(2) İlkokul mezunu

(3) Ortaokul mezunu

(4) Lise mezunu

(5) Üniversite mezunu

5. Sağlık güvencesi: (1) SGK (2) Özel Sigorta (3) Yok

6. Çalışma Durumu:

(1) Çalışıyor

(2) Çalışmıyor

(3) Emekli

7. Hastalık süresi:.....

8. Hastaneye yatış sayısı:.....

9. İlaçlarını düzenli kullanıyor mu? (1) Evet (2) Hayır, aksatıyor

Bakım Vericinin Özellikleri

10. Yaşınız:

11. Cinsiyetiniz (1) Kadın (2) Erkek

12. Medeni Durumunuz (1) Evli (2) Bekar

13. Eğitim Düzeyiniz:

(1) Okur-yazar değil

(2) İlkokul mezunu

(3) Ortaokul mezunu

(4) Lise mezunu

(5) Üniversite mezunu

14. Çalışma Durumunuz: (1) Çalışıyorum (belirtiniz).

(2) Çalışmıyorum

15. Ekonomik Durumunuz:

(1) Gelir giderden az

(2) Gelir gidere denk

(3) Gelir giderden fazla

16 .Yerleşim Yeriniz:

(1) İl

(2) Köy

(3) İlçe

(4) Diğer.....(belirtiniz).

17. Hastaya yakınlık dereceniz:.....(belirtiniz).

18. Ailede başka ruhsal hastalık öyküsü var mı?

(1) Var (2) Yok

EK -2: ZARİT BAKICI YÜK ÖLÇEĞİ

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	Ara Sıra	Oldukça Sık	Neredeyse Her zaman
1-Yakınınzla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
2- Yakınıza bakma ve aileniz ya da işiniz ile ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
3- Yakınınzla birlikteyken kızgınlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
4- Yakınınızın şu anda ailenizin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkilerinizi olumsuz şekilde etkilediğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
5- Yakınınızın geleceği ile ilgili korkularınız olur mu?	1	2	3	4	5
6- Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
7-Yakınınzla birlikteyken kısıtlanmışlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
8- Yakınınzla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
9- Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
10- Yakınıza bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın	1	2	3	4	5

bozulduğunu hisseder misiniz?					
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 yakınınıza bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
14- Yakınınız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
15- Yakınınızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?	1	2	3	4	5
16 -Yakınınızla 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 ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?	1	2	3	4	5

EK -3: ŞİZOFRENİ HASTALARINDA İŞLEVSEL İYİLEŞME ÖLÇEĞİ (ŞİLÖ)

1. Sosyal İşlevsellik

Sosyal ilişkilerde kendini ortaya koyabilme (Sosyal ortamlarda hastanın kendisini ortaya koyma, kendini ifade edebilme becerisi.)

1. Yok: Hasta kendini ortaya koyamaz. Hasta bazen etrafındakiler tarafından kötü muamele görmeye ses çıkarmaz.
2. Kısmen var: Hasta sosyal ortamlarda pasiftir ve sadece arkadaş canlısı ortamlarda kendini ortaya koyabilir.
3. Yeterince var: Hasta herhangi bir ortamda kendisini yalnızca kısmen ortaya koyabilir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta her ortamda kendisini ortaya koyabilir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta her ortamda kendisini ortaya koyabilir hatta etrafındakiler üstünde etki bırakabilir.

1 2 3 4 5

Sosyal hayata ve / veya bir derneğe katılım (Politik olaylardan haberdar olmak, oy kullanmak, derneklere üye olmak vb.)

1. Yok: Hasta sosyal veya politik olaylarla hiç ilgilenmez.
2. Kısmen var: Hastanın sosyal ya da politik olaylara ilgisi belli belirsizdir ve kişisel olarak bu olaylara dahil olmaz.
3. Yeterince var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ancak katılımı sınırlıdır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ve eğer katılması istenirse katılır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ve aktif olarak katılır; dernek etkinliklerine katılır.

1 2 3 4 5

Kişisel aktiviteler (Kişisel ilgi alanlarına zaman ayırma, boş zamanları değerlendirebilme becerisi, örneğin; sportif faaliyetler, kitap okuma, el becerilerini geliştirme gibi hobiler.)

1. Yok: Hastanın hiçbir kişisel ilgi alanı yoktur veya hobilerini sürdürmez. Hasta, boş zamanlarında hareketsizdir.
2. Kısmen var: Hastanın birkaç ilgi alanı vardır ve kişisel aktiviteleri sınırlı ya da basmakalıptır veya dışarıdan zorlamayla gerçekleşir.
3. Yeterince var: Hasta, boş zamanlardaki etkinliklere kendiliğinden katılma konusunda belirli bir isteksizlik gösterir. Bazı ilgi alanları vardır ama bunları sürdürmekte zorlanırlar.
4. Neredeyse tamamen var: hastanın kendiliğinden başlattığı ve zaman içinde sürdürebildiği kişisel ilgi alanları vardır. İlgi alanları görece sınırlıdır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta, farklı türlerde birkaç etkinliğe gönüllü olarak kendiliğinden ve düzenli olarak katılır.

1 2 3 4 5

İletişim ve bilgilenme (Yaygın bilgi kaynaklarının kullanımı. Örneğin; gazete, dergi, televizyon, radyo gibi ya da iletişim kaynaklarının kullanılması, telefon, posta, elektronik posta gibi.)

1. Yok: Hasta yaygın bilgi ve iletişim kaynaklarını kendi başına kesinlikle kullanamaz.
2. Kısmen var: Hasta sadece kesinlikle gerekli olduğu hallerde bilgi ve iletişim kaynaklarını kullanır.
3. Yeterince var: Hasta zaman zaman bazı iletişim ve bilgi kaynaklarını kullanır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta çoğu yaygın iletişim ve bilgi kaynaklarını kullanır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta erişiminin olduğu tüm iletişim ve bilgi kaynaklarını düzenli olarak kullanır.

1 2 3 4 5

Aile ve arkadaşlar (Aile bireyleri ve arkadaşlarla olan iletişim kalitesi, görüşme sıklığı)

1. Yok: Hastanın ailesiyle iletişimi yoktur ve arkadaşı yoktur.
2. Kısmen var: Hastanın ailesi ve arkadaşlarıyla nadir ve/veya pasif iletişimi vardır ve ilişkileri yüzeysel ve/veya düşük niteliklidir (agresif).
3. Yeterince var: Hastanın ailesi ve arkadaşlarıyla iletişimi vardır. İletişim düzensiz ve/veya seyrek. İyi nitelikli olabilen bazı ilişkilere kısmen dâhil olurlar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta aile üyeleri ve arkadaşlarıyla ilişkilerini sürdürür ve bu ilişkilerde bazen inisiyatif alır.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın aile üyeleri ve arkadaşlarıyla iyi nitelikli ilişkileri vardır. İletişim sıklıkla kurulur ve genellikle hasta iletişim kurma girişiminde bulunur.

1 2 3 4 5

Yaşam için gerekli olan sosyal çevre (mağazalar, hizmetler, komşular...): uyumlu sosyal entegrasyon için gerekli olan ilişkiler

1. Yok: Hastanın herhangi bir sosyal çevreyle hiçbir teması ya da etkileşimi yoktur.
2. Kısmen var: Hastanın komşularıyla olan etkileşimi çok azdır ve kesinlikle gerekli olan dışında çok nadiren temasta bulunur.
3. Yeterince var: Hastanın komşularıyla bazı etkileşimleri olur. Bu etkileşimler mesafelidir ve nadiren hasta tarafından başlatılır. Hasta hayatı için gerekli olan sosyal çevresini sadece kısmen kullanır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta sıklıkla komşularıyla etkileşim halindedir. Hasta, hayatı için gerekli olan sosyal çevresini düzenli olarak kullanır ancak kişisel ilişkiden kaçınır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta komşularıyla ve hayatı için gerekli olan sosyal çevresiyle kendisinin başlattığı düzenli ve neşeli etkileşimlerde bulunur.

1 2 3 4 5

Duygusal ve cinsel ilişkiler (Duygusal bir ilişki isteği ve bunu başarmak. Tatmin edici cinsel hayat)

1. Yok: Hastanın duygusal bir ilişkisi yoktur ve olması için aramaz. Hastanın ne fantezilerinde ne de gerçekte cinsel bir etkinliği yoktur.
2. Kısmen var: Hastanın duygusal bir ilişkisi yoktur ama olmasını ister. Cinsel etkinlik tatmin edici değildir ve nadirdir.
3. Yeterince var: Hastanın verimsiz ve düzensiz duygusal ilişkileri vardır. Cinsel hayatı aralıktır.
4. Neredeyse tamamen var: Hastanın yeterince istikrarlı duygusal bir ilişkisi vardır. Cinsel etkinlik her zaman tatmin edici değildir.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın, istekleri doğrultusunda, tatmin edici duygusal bir ilişkisi vardır. Cinsel hayatı tatmin edicidir.

1 2 3 4 5

2. Sağlık ve Tedavi

Hastalığın ve tedavinin idaresi (Hastalıklarını, belirtilerini, tedavi programlarını, nüksetme işaretlerini bilme ve tedaviye uyum.)

1. Yok: Hasta, hastalığının adını bilmez veya belirtilerini ve tedavisini anlamaz; tedavi programına uymaz.
2. Kısmen var: Hastanın, hastalığı ve sonuçları hakkında çok sınırlı bilgisi vardır. Belirtilerin bazılarının farkındadırlar ancak bu belirtileri hastalığıyla ilişkilendiremez. Tedaviyi yeterince kavramaz ve uyumun gerekli olduğunu düşünmez.
3. Yeterince var: Hasta ilaçlarının isimlerini söyleyebilir ancak onları kullanmanın önemini gerçekten kavramaz.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta hastalığını, temel belirtilerini ve sonuçlarını kavrar. İlaçlarının isimlerini söyleyebilir ve onları kullanmanın önemini anlar.
5. Mükemmel derecede var: Hasta, hastalığını, temel belirtilerini ve sonuçlarını kavrar. İlaçlarının isimlerini söyleyebilir ve tedavi programına tamamen uyar.

1 2 3 4 5

Sağlık idaresi (Sağlığını korumak için gerekli önlemleri almak.)

1. Yok: Hasta sağlığını ve kişisel temizliğini tamamen ihmal etmiştir.
2. Kısmen var: Hasta, yalnızca acı hissederse veya işlevsel bir bozulma yaşarsa sağlığıyla ilgilenir.
3. Yeterince var: Hasta, özellikle de acı hissederse veya işlevsel bir bozulma yaşarsa kendi sağlığıyla ilgilenir. Kişisel temizliğin asgari kurallarına uymaya çalışır.

4. Neredeyse tamamen var: Hasta kendi sağlığıyla ilgilidir. Genel olarak temizlik ve beslenmenin temel kurallarına uyarlar.

5. Mükemmel derecede var: Hasta kendi sağlığıyla ilgili olarak endişelidir ve aktif bir biçimde tedavi ve önleyici tedbirler alır. Hasta temizlik ve beslenme kurallarına tamamen uyar.

1 2 3 4 5

Empati ve başkalarına yardım

1. Yok: Hasta etrafındaki kişilere dikkat etmez ve başkalarıyla ilgilenmez.

2. Kısmen var: Hastanın etrafındaki kişilere karşı dikkati çok azdır ve hasta başkalarının sorunlarıyla ilgilenmez.

3. Yeterince var: Hasta etrafındaki kişilere ilgi gösterir ancak bu kişilerin sorunlarına karışmaz.

4. Neredeyse tamamen var: Hasta başkalarının sorunlarıyla aktif olarak ilgilenir ancak onlara yardım etmek için aldığı sorumluluk sınırlıdır.

5. Mükemmel derecede var: Hasta başka insanların sorunlarıyla kişisel olarak ilgilenir ve yardım etmekten memnuniyet duyar.

1 2 3 4 5

Tedavinin yan etkilerini idare etme (Tedavinin yan etkilerini bilme, tanıma ve bu etkilerle başa çıkma becerisi.)

1. Yok: Hasta, Tedavisinin yan etkileriyle tamamen ilgisiz görünür.

2. Kısmen var: Hasta tedavisinin yan etkileriyle yalnızca muğlak biçimde alakalıdır, yan etkileri tanımakta zorluk yaşar ve bunlarla baş etmek için yardım istemez.

3. Yeterince var: Hasta, tedavisinin yan etkileri konusunda yeterince alakalıdır. Yalnızca en rahatsız edici yan etkileri tanıyıp onlarla başa çıkabilir.

4. Neredeyse tamamen var: Hasta tedavisinin tüm yan etkileriyle alakalıdır. Neredeyse hepsini tanıyır ancak onlarla nasıl başa çıkacağını bilmesi şart değildir.

5. Mükemmel derecede var: Hasta tedavisinin olası tüm yan etkileriyle alakalıdır ve bu etkiler hakkında araştırma yapar. Tüm yan etkileri tanıyıp ve onlarla başa çıkabilir.

1 2 3 4 5

3. Günlük Yaşam Becerileri

Biyolojik ritimlere uyum (hastanın uyanma/uyku, yemek saatleri gibi biyolojik ritimlere uyumu)

1. Yok: Hastanın yaşamla ilgili alışkanlıkları kesinlikle düzensizdir.

2. Kısmen var: Hasta, yalnızca başkası tarafından açıkça istendiğinde biyolojik ritimlere uyar.

3. Yeterince var: Hasta biyolojik ritimlere kendiliğinden ancak düzensiz biçimde uyar.

4. Neredeyse tamamen var: Hasta biyolojik ritimlere genellikle uyar ancak temel değişikliklere uyum sağlamakta zorlanır.

5. Mükemmel derecede var: Hasta her alanda ve her durumda biyolojik ritimlere uyar.

1 2 3 4 5

Beslenme (Yemek hazırlığı yapma; alış-veriş, düzenleme ve/veya (ailenin veya yaşanılan yerin) yemek saatlerine uyma becerisi)

1. Yok: Hasta kendiliğinden tek başına alış-verişe çıkmaz ve yalnız yaşıyorsa kendi yemeğini hazırlamaz; ailesiyle ya da bir bakım evinde yaşıyorsa yemek saatlerine uymaz.

2. Kısmen var: Hasta nadiren yemek alış-verişine veya yemek hazırlığına dahil olur. Yalnızca, ondan uyulması istenirse yemek saatlerine uyar.

3. Yeterince var: Hasta kendi yemeğini öyle ya da böyle yeterli biçimde hazırlar ancak yemek kalitesi ve düzeni yetersizdir.

4. Neredeyse tamamen var: Hasta kendi yemeğini sağlamak konusunda görece kendine yeterlidir. Besin kalitesi ve yemek düzeni çoğu zaman yeterlidir.

5. Mükemmel derecede var: Hasta yemeğini hazırlamak konusunda kendine yeter. Besin kalitesi ve yemek düzeni yeterlidir.

1 2 3 4 5

İdari ve finansal yönetim (Olağan harcamaların idaresi, fatura ödemeleri, idari işler, sahip olduğu hakları bilme, mal varlığının idaresi)

1. Yok: Hasta olağan harcamalarını kontrol edemez ve tüm idari işlerde dışarıdan yardıma ihtiyaç duyar.

2. Kısmen var: Hasta günlük harcamalarını idare edebilir ama bütçe ve çoğu idari iş konusunda yardıma ihtiyaç duyar.

3. Yeterince var: Hasta kendi kişisel bütçesini ayarlayabilir. Tek başına faturalarını ödeyebilir ve harcamalarını ve giderlerini kontrol edebilir.

4. Neredeyse tamamen var: Hasta tüm faturaları ve idari işleri kendi başına halledebilir. Hasta tüm haklarından ve mal varlığından haberdar değildir.

5. Mükemmel derecede var: Hasta tüm faturalarını ve idari işlemleri kendi başına halledebilir. Hasta haklarından ve mal varlığından haberdardır.

1 2 3 4 5

Kişisel görünüm ve bakım (görünüş, kişisel hijyen, kıyafetlerin temizliği)

Daha önceki alışkanlıklar ve sosyal-kültürel ortamlarla kıyaslanarak değerlendirilecektir.

1. Yok: Hasta kirli ve dağınıktır, kokmaktadır. Görünüşünü ve bakımını ihmal eder. Birbirleriyle uyumsuz ve uygun olmayan kıyafetler giyer.

2. Kısmen var: Hastanın görünüşü ve/veya bakımı vasatın altındadır. Görünüşü oldukça ihmal edilmiştir ve kıyafetleri birbirleriyle uyumsuz olabilir veya uygun olmayabilir.
3. Yeterince var: Uygun bir bakım düzeyini sürdürmekte zorluk yaşıyor gibi görünmesine rağmen hastanın görünüşünde sadece hafifçe bir ihmal vardır.
4. Neredeyse tamamen var: Hastanın zaman zaman bakımla ilgili problemleri olur veya bazen görünüşünü ihmal eder. Bu çok nadiren olur ve önemli sonuçlar doğurmaz.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın iyi bir görünüşü vardır ve bakımlıdır; giyimine dikkat eder.

1 2 3 4 5

Agresif, saldırgan veya anti sosyal davranışın kontrolü (agresif davranış ve/veya kanunların ve toplum hayatının kurallarının hiçe sayılması)

1. Yok: Hasta agresif duygularına hakim olmaz. Kanunları sıklıkla ve/veya ciddi biçimde çiğner.
2. Kısmen var: Hasta agresif duygularına sadece kısmen hakim olur. Kanunlara veya toplum hayatının kurallarına her zaman uymaz.
3. Yeterince var: Hasta neredeyse her zaman agresif davranışına hakim olur. Kanunlara uyar ve toplum hayatının kurallarıyla ilgili nadiren sorun yaşar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta agresif duygularına hakim olur, bu duyguları sadece sözel olarak ifade eder. Kanunlara uyar ve genellikle toplum hayatının kurallarına da uyar.
5. Mükemmel derecede var: Hasta tüm agresif davranışlarına ve sözel agresyonuna hakim olur. Kanunlara ve toplum hayatının kurallarına harfi harfine uyar.

1 2 3 4 5

Strese ve beklenmeyen durumlara uyum sağlama (Uyabilme becerisi, duygusal kontrol, başa çıkma mekanizmaları)

1. Yok: Hasta, en ufak sıkıntıya uygunsuz biçimde tepki verir. Ortaya çıkabilecek beklenmedik herhangi bir problemle başa çıkmak için hazırlıklı değildir.
2. Kısmen var: Hasta bazı problemlerle başa çıkabilir ama hemen bunalır.
3. Yeterince var: Hasta stresle başa çıkabilir ancak sorunlar tekrarladığında ya da ciddi bir hal aldığı anda bunalır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta, günlük hayattaki stres ve sorunlarla iyi bir biçimde başa çıkar ancak büyük ve beklenmedik strese karşı oldukça hassastır.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın duygusal kontrolü iyidir ve her durumda etkili baş etme mekanizmaları kullanır.

1 2 3 4 5

4. Mesleki işlevsellik

Ev işi etkinlikleri (Ev idaresi ile ilgili işler; toplarlama, çamaşır, bulaşık, temizlik, çöpi dışarı çıkarma, genel bakım, mobilyanın durumu vb.)

1. Yok: Hasta evine hiç bakmaz (temizliği asla kendisi yapmaz, nevresimleri değıştirmez, çöpi dışarı çıkarmaz...).
2. Kısmen var: Hasta çok az ev işi yapar ve sadece mutlaka gerekli olan şeyleri yapar.
3. Yeterince var: Hasta, içinde bulunduğu çevrenin sosyal kurallarını yerine getirme imkânı veren minimum düzeydeki ev işlerini ve temizlik işlerini yapar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta çoğu ev işini yapar ancak bu bazen düzensiz ve eksik olur.
5. Mükemmel derecede var: Hasta ev işlerini düzenli olarak ve iyi bir biçimde yapar.

1 2 3 4 5

Çalışma veya eğitim (Okul veya üniversiteye devam etme ya da geri dönme, iş eğitimi alma ya da profesyonel yönelim. iş arama ya da işe geri dönme, profesyonel entegrasyon)

1. Yok: Hasta herhangi bir profesyonel etkinlik yürütemez ya da okulunu tamamlayamaz görünür. İş aramak veya okula geri dönmek için adım atmaz.
2. Kısmen var: Hasta iş aramak veya okula geri dönmek için adım atar. Şu anda iş ya da okulla ilgili olarak bir etkinlikte bulunmaz.
3. Yeterince var: Hastanın korunaklı bir ortamda düzensiz iş veya işleri vardır. Hasta aralıklı olarak okula gider.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta çalışır ya da okula gider. Entegrasyonu için çaba gerekir veya araya kısa aralıklar girer.
5. Mükemmel derecede var: Hasta düzenli bir biçimde çalışır veya (okuldaki) çalışmalarını gayretle sürdürür.

1 2 3 4 5

EK -4: GENEL SAĞLIK ANKETİ (GSA-12)

İsim:.....

Tarih:.....

Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz :

Son birkaç hafta içinde herhangi bir tıbbi şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. **Bütün soruları** size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayınız. Geçmişteki değil, **yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi** sorduğumuzu unutmayınız.

Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir. Teşekkür ederiz.

SON ZAMANLARDA

Endişeleriniz nedeni ile uykusuzluk çekiyor musunuz?	Hayır, hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?	Hayır, hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
Yaptığımız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?	Her zamankinden iyi	Her zamanki kadar	Her zamankinden kötü	Her zamankinden çok kötü
Çevrenizde yararlı bir rol oynadığınızı düşünüyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
Sorunlarınızla başa çıkabilmek için kendinizi yeterli görüyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?	Hayır, hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
Karşılaştığımız güçlüklerin üstesinden gelemediğinizi hissediyor musunuz?	Hayır, hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden

				çok daha az
Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
Kendinizi mutsuz ve çökkün hissediyor musunuz?	Hayır, hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
Kendinize güveninizde azalma var mı?	Hiç yok	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok fazla
Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	Hayır, hiç görmüyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık

EK -5: STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0' ın altına, çok uygunsa %100' ün altına işaret koyun.

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA.....	0	30	70	100
1. Kimsenin bilmesini istemem				
2. İyimser olmaya çalışırım				
3. Bir mucize olmasını beklerim				
4. Olayları büyütmeyp üzerinde durmaya çalışırım				
5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm				
6. Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmeye çalışırım				
7. Kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum				
8. Olayın/ olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım				
9.İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem				
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum				
11. Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam				
12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım				
13. İş olacağına varır diye düşünürüm				
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım				
15. Problemin çözümü için adak adarım				
16. Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				
17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım				
18. Olaydan/ olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım				
19. Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım				
20.Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım				
21. Mücadeleden vazgeçerim				
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm				

23. Hakkımı savunabileceğime inanırım				
24. Olayların karşısında "kaderim buymuş" derim				
25. "Keşke daha güçlü olsaydım" diye düşünürüm				
26. Bir kişi olarak daha iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim				
27. "Benim suçum ne" diye düşünürüm				
28. "Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm				
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım				
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır				



EK -6: ETİK KURUL ONAYI**DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Strofeni Hastalığının İşlevsel Böleri ve Bakım Vericilerin Bakım Yıkılı, Ruhsal Sağlık Düzeyleri, Stresle Başa Çıkma Stilleri Arasındaki İlişki: Bir Yapısal Etkilik Modelleme Çalışması (A structural equation modeling approach)	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ	Düzce Üniversitesi Tıp Fak. Morfoloji Binası 4. Kat Konyaaltı-Düzce
	TELEFON	0380 542 14 16
	FAKS	0380 542 13 02
	E-POSTA	duzceetik@duzce.edu.tr

BASVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADISOYADI	Dr.Öğr.Üyesi Aysel KARACA			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR UNVANI/ADISOYADI	Yüksek Lisans Öğrencisi Necla KUNDAKCI			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADISOYADI	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü			
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADISOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek almıyor ise)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Çiçeimsel İlaç Çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tam cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
Diger ise belirtiniz ****					
	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLEN DİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarîhi	Version Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diger <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diger <input type="checkbox"/>

Etik Kurulu Başkanı
Unvan
İmza:

Doç.Dr.Gülbin SEZEN

Not: Etik kurul belgesi, başvuru yer alındığı her sayfaya ilave edilmelidir.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Stroberi Hastalının İyileşim Zamanı ve Bakımı Vericilerinin Bakım Yüklü, Ruhsal Sağlık Düzeyleri, Stresle Başa Çıkma Stilleri Arasındaki İlişki: Bir Yapısal Eşitlik Modeline Çalışması (A structural equation modeling approach)		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU			
	OLGU RAPOR FORMU		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama	
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>	
	ELAN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BELDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BELDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
DİĞER:	<input type="checkbox"/>		
KARAR BELGELERİ	Karar No:2018028	Tarih: 07/01/2019	
	Yukarıda belirtilen sorulara doyan ve ilgili belgeler araştırma/çalışmanın gereği, amaç, yükümlen ve yöneticileri dâhil olmak üzere incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırma/çalışmanın başına doyanında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel niteliğe bakılmadığına saptanmış katılan etik kurul üye tarayışının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç.Dr.Gülbin SEZEN

Unvanı/Adı/Soyadı	Unvanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Hüseyin YÜCE	Tıbbi Genetik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Arifin Serin MAYDA	Halk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Ege GÖLÜC BALRAZ	Çocuk Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Mehmet Ali KAYIRCI	Üroloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Bağcı ÖNÜC	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Mehmet GAMSIZKAN	Psikiyatri	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi Nuri Cenk COŞKUN	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi Fikri SUZER ÖZKAN	Hematolojik Hastalılar	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi Önder KILIÇASLAN	Çocuk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi Abdülrahman DELADA	KIDB	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi Zeynep GAMSIZKAN	Tıp Eğitimi ve Bilişimi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Muratlı Selim EROL	Biyomedikal Uzmanı	Düzce Üniversitesi Sağlık Uyg.ve Araştırma Merkezi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kemal YAROL	Sivil Üye	Varellor Denta Çelik Ürünleri San.ve Tic.Ltd.Şti.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Merin POLAT	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunan

Etik Kurul Başkanı
Unvanı: **Dr. Doç.Dr.Gülbin SEZEN**
İmza:

Not: Etik kurul başkanının imzasıyla onaylanmalıdır.

EK -8: TABLOLAR



Tablo 8.1. Ölçeklere ve Alt Boyutlar Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1.Zarar Bakıcı Yük	r		,818**	,811**	,744**	,606**	,570**	-,306**	-,238**	-,271**	-,278**	-,213**	0,010	-,153*	,167*	0,029	-0,104	0,140	,298**
	p		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,003	0,893	0,037	0,023	0,690	0,159	0,056	0,000
2.Ruhsal Ger. ve Özel Yaş. Bozulması	r			,584**	,554**	,371**	,337**	-,323**	-,269**	-,214**	-,307**	-,256**	-0,007	-,162*	,176*	-0,004	-0,134	,147*	,335**
	p			0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,003	0,000	0,000	0,921	0,027	0,016	0,954	0,067	0,046	0,000
3.Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	r				,533**	,454**	,511**	-,236**	-,222**	-,223**	-,180*	-,152*	0,007	-,227**	,186*	0,073	-0,123	,225**	,289**
	p				0,000	0,000	0,000	0,001	0,002	0,002	0,014	0,039	0,929	0,002	0,011	0,324	0,095	0,002	0,000
4.Toplumsal İlişkilerde Bozulma	r					,204**	,336**	-,417**	-,393**	-,266**	-,371**	-,268**	-0,103	-0,102	0,066	-0,101	-0,140	0,104	,169*
	p					0,005	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,162	0,167	0,371	0,168	0,056	0,156	0,021
5.Ekonomik Yük	r						,438**	0,000	0,076	-,175*	0,024	-0,056	,229**	0,044	0,129	,272**	0,108	0,065	,219**
	p						0,000	0,996	0,305	0,017	0,740	0,449	0,002	0,547	0,080	0,000	0,143	0,378	0,003
6.Bağımlılık	r							-0,089	-0,008	-0,082	-0,123	-0,058	-0,121	-,293**	0,069	-0,007	-,185*	0,108	,254**
	p							0,225	0,919	0,268	0,093	0,430	0,099	0,000	0,348	0,927	0,012	0,143	0,000
7.İşlevsel İyileşme	r							,826**	,745**	,866**	,676**	,676**	0,071	,185**	-,228**	-0,002	,257**	-0,116	-,266**
	p							0,000	0,000	0,000	0,000	0,338	0,011	0,002	0,976	0,000	0,114	0,000	
8.Sosyal İşlevsellik	r								,502**	,577**	,442**	0,000	0,110	-,243**	-0,067	,202**	-0,097	-,196**	
	p								0,000	0,000	0,000	0,996	0,134	0,001	0,360	0,006	0,188	0,007	
9.Sağlık ve Tedavi	r								,531**	,419**	-0,110	0,023	-,246**	-,188*	0,109	-0,058	-0,143		
	p								0,000	0,000	0,133	0,753	0,001	0,010	0,138	0,433	0,051		
10.Günlük Yaşam Becerileri	r									,648**	,185*	,281**	-,170*	0,122	,302**	-0,124	-,314**		
	p									0,000	0,011	0,000	0,021	0,098	0,000	0,092	0,000		
11.Mesleki İşlevsellik	r												,233**	,294**	-0,109	0,089	,340**	-0,100	-,282**
	p												0,001	0,000	0,138	0,225	0,000	0,173	0,000
12.Stresle Başa Çıkma Tarzları	r												,677**	,504**	,709**	,621**	,212**	-0,057	
	p												0,000	0,000	0,000	0,000	0,004	0,442	
13.Güvenli Yaklaşım	r													-0,070	,233**	,732**	-,209**	-,472**	
	p													0,341	0,001	0,000	0,004	0,000	
14.Çaresiz Yaklaşım	r														,519**	-,147*	,266**	,344**	
	p														0,000	0,046	0,000	0,000	
15.Boyun Eğici Yaklaşım	r															,211**	0,125	,154*	
	p															0,004	0,089	0,035	
16.İyimser Yaklaşım	r																	-,206**	-,424**
	p																	0,005	0,000
17.Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	r																		,493**
	p																		0,000
18.Genel Sağlık Anketi	r																		
	p																		

	İlişki Düzeyi	İlişki Yönü
0,00	İlişki yok	
0,01 – 0,29	Düşük	
0,30 – 0,69	Orta	r= - ise negatif ilişki
0,70 – 0,99	Yüksek	r= + ise pozitif ilişki
1,00	Mükemmel ilişki	

Tablo 8.1 incelendiğinde “Zarit Bakıcı Yük” skorları ile “İşlevsel İyileşme”, “Sosyal İşlevsellik”, “Sağlık ve Tedavi”, “Günlük Yaşam Becerileri”, “Mesleki İşlevsellik” ve “Güvenli Yaklaşım” skorları arasında düşük düzeyde negatif yönlü ilişki bulunmakta iken “Çaresiz Yaklaşım” ve “Genel Sağlık Anketi” skorları arasında ise düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

“İşlevsel İyileşme” skorları ile “Çaresiz Yaklaşım” ve “Genel Sağlık Anketi” skorları arasında düşük düzeyde negatif yönlü ilişki bulunmakta iken “Güvenli Yaklaşım” ve “İyimser Yaklaşım” skorları arasında ise düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

Tablo 8.2. Hasta Yaş Grupları ile Ölçek ve Alt Boyut Farklılıklarının İncelenmesi

	1.19-34 Yaş (n=58)		2.35-50 Yaş (n=88)		3.50 Yaş Üzeri (n=40)		F	p	Fark (Tukey)
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.			
Zarit Bakıcı Yük Ölçeği	73,67	12,095	75,24	10,237	76,68	10,222	0,930	0,396	
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	27,16	5,019	27,86	4,055	28,15	3,958	0,728	0,484	
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	11,55	2,272	11,78	2,008	12,10	1,751	0,852	0,428	
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	10,36	3,013	11,00	2,754	11,60	2,540	2,375	0,096	
Ekonomik Yük	15,91	2,536	15,93	2,382	16,03	2,931	0,025	0,975	
Bağımlılık	8,69	1,558	8,66	1,212	8,80	1,556	0,140	0,869	
Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği	34,21	9,977	32,60	7,828	29,93	7,879	2,965	0,054	
Sosyal İşlevsellik	12,10	3,759	11,91	3,303	11,23	3,627	0,788	0,456	
Sağlık ve Tedavi	8,02	2,781	7,80	2,260	7,38	2,272	0,829	0,438	
Günlük Yaşam Becerileri	11,02	3,507	10,13	2,848	8,98	2,713	5,343	0,006*	1-3
Mesleki İşlevsellik	3,07	1,387	2,77	1,036	2,35	0,662	5,083	0,007*	1-3
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	49,14	9,741	47,14	8,169	47,30	6,973	1,065	0,347	
Güvenli Yaklaşım	9,71	3,429	9,64	4,355	8,90	3,418	0,610	0,544	
Çaresiz Yaklaşım	15,34	3,730	14,99	3,429	15,60	2,836	0,488	0,614	
Boyun Eğici Yaklaşım	9,60	3,100	8,28	2,771	9,18	2,438	4,114	0,018*	1-2
İyimser Yaklaşım	7,29	3,032	7,02	2,975	6,63	2,817	0,603	0,548	
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	7,19	1,995	7,20	1,883	7,00	2,353	0,152	0,859	
Genel Sağlık Anketi	22,72	6,529	21,73	6,848	23,55	6,733	1,091	0,338	

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) *p<0.05 (İstatistiksel olarak anlamlı)

Tablo 8.2 incelendiğinde hasta yaş grupları arasında “Günlük Yaşam Becerileri”, “Mesleki İşlevsellik” ve “Boyun Eğici Yaklaşım” skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). Buna göre 19-34 yaş grubundaki hastaların “Günlük Yaşam Becerileri” ve “Mesleki İşlevsellik” skorları 50 yaş ve üzeri hastalardan anlamlı derecede daha fazladır. 19-34 yaş grubundaki hastaların “Boyun Eğici Yaklaşım” skorları 35-50 yaş grubundaki hastalardan anlamlı derecede daha fazladır.

Tablo 8.3. Hasta Cinsiyeti ile Ölçek ve Alt Boyut Farklılıklarının İncelenmesi

	Kadın (n=76)		Erkek (n=110)		t	p
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Zarar Bakıcı Yük Ölçeği	74,91	11,943	75,16	10,068	-0,158	0,875
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	27,76	4,830	27,66	4,012	0,153	0,879
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	11,61	2,222	11,90	1,911	-0,967	0,335
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	11,03	3,015	10,86	2,680	0,387	0,700
Ekonomik Yük	15,75	2,649	16,08	2,469	-0,875	0,383
Bağımlılık	8,76	1,468	8,65	1,351	0,520	0,604
Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği	32,89	8,839	32,27	8,558	0,481	0,631
Sosyal İşlevsellik	11,93	3,500	11,75	3,541	0,359	0,720
Sağlık ve Tedavi	7,87	2,478	7,71	2,413	0,438	0,662
Günlük Yaşam Becerileri	10,36	3,265	10,02	3,011	0,725	0,469
Mesleki İşlevsellik	2,74	1,075	2,80	1,156	-0,377	0,707
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	47,50	8,933	48,00	8,166	-0,395	0,693
Güvenli Yaklaşım	9,30	4,224	9,64	3,649	-0,575	0,566
Çaresiz Yaklaşım	15,26	3,403	15,21	3,416	0,106	0,915
Boyun Eğici Yaklaşım	9,01	3,126	8,80	2,671	0,499	0,619
İyimser Yaklaşım	6,79	3,138	7,18	2,823	-0,890	0,375
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	7,13	2,022	7,17	2,022	-0,136	0,892
Genel Sağlık Anketi	22,34	7,447	22,49	6,219	-0,148	0,883

t:Bağımsız Örneklem T Testi

Tablo 8.3 incelendiğinde kadın ve erkek hastalar arasında ölçek ve alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Tablo 8.4. Hasta Medeni Durumu ile Ölçek ve Alt Boyut Farklılıklarının İncelenmesi

	Evli (n=77)		Bekar (n=109)		t	p
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Zarit Bakıcı Yük Ölçeği	76,86	7,708	73,79	12,476	2,069	0,040*
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	28,45	3,189	27,17	4,961	2,140	0,034*
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	12,09	1,656	11,56	2,258	1,851	0,066
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	11,52	2,409	10,51	3,011	2,526	0,012*
Ekonomik Yük	16,03	2,378	15,89	2,661	0,359	0,720
Bağımlılık	8,77	1,202	8,65	1,524	0,551	0,582
Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği	31,08	7,446	33,55	9,315	-1,933	0,055
Sosyal İşlevsellik	11,27	2,932	12,21	3,842	-1,803	0,073
Sağlık ve Tedavi	7,60	2,520	7,90	2,376	-0,832	0,407
Günlük Yaşam Becerileri	9,68	2,886	10,50	3,234	-1,780	0,077
Mesleki İşlevsellik	2,53	0,836	2,94	1,261	-2,681	0,008*
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	47,32	7,840	48,13	8,905	-0,637	0,525
Güvenli Yaklaşım	9,35	3,497	9,61	4,152	-0,440	0,661
Çaresiz Yaklaşım	15,18	2,766	15,27	3,800	-0,175	0,861
Boyun Eğici Yaklaşım	8,78	2,746	8,96	2,947	-0,431	0,667
İyimser Yaklaşım	6,83	2,677	7,16	3,139	-0,738	0,462
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	7,18	2,175	7,14	1,907	0,147	0,883
Genel Sağlık Anketi	22,52	6,413	22,37	6,972	0,152	0,879

t:Bağımsız Örneklem T Testi *p<0.05 (İstatistiksel olarak anlamlı)

Tablo 8.4 incelendiğinde evli ve bekar hastalar arasında “Zarit Bakıcı Yük”, “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması”, “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” ve “Mesleki İşlevsellik” skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0.05). Buna göre evli hastaların “Zarit Bakıcı Yük”, “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması”, “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” skorları bekarlardan anlamlı derecede daha fazla iken “Mesleki İşlevsellik” skorları ise anlamlı derecede daha azdır.

Tablo 8.5. Hasta Eğitim Durumu ile Ölçek ve Alt Boyut Farklılıklarının İncelenmesi

	İlkokul/Ortaokul (n=141)		Lise ve Üzeri (n=32)		t	p
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Zarit Bakıcı Yük Ölçeği	75,24	10,490	73,28	13,284	0,781	0,439
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	27,82	4,155	26,72	5,496	1,273	0,205
Sınırlılık ve Kısıtlanmışlık	11,88	2,058	11,28	2,203	1,465	0,145
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	10,94	2,539	10,91	3,467	0,046	0,963
Ekonomik Yük	15,88	2,614	15,97	2,403	-0,177	0,860
Bağımlılık	8,72	1,310	8,41	1,811	1,145	0,254
Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği	32,25	8,058	35,06	11,127	-1,353	0,184
Sosyal İşlevsellik	11,77	3,452	12,31	4,020	-0,773	0,440
Sağlık ve Tedavi	7,66	2,258	8,63	2,959	-2,054	0,041*
Günlük Yaşam Becerileri	10,11	2,921	10,84	4,057	-0,963	0,341
Mesleki İşlevsellik	2,70	1,012	3,28	1,486	-2,097	0,043*
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	47,74	8,701	47,72	7,270	0,011	0,991
Güvenli Yaklaşım	9,38	3,942	10,00	3,681	-0,818	0,414
Çaresiz Yaklaşım	15,25	3,542	14,94	3,015	0,460	0,646
Boyun Eğici Yaklaşım	8,99	3,017	8,50	2,436	0,850	0,397
İyimser Yaklaşım	6,99	2,954	7,19	3,207	-0,343	0,732
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	7,14	2,072	7,09	1,838	0,121	0,904
Genel Sağlık Anketi	22,67	6,770	20,88	6,791	1,351	0,179

t: Bağımsız Örneklem T Testi *p< 0.05 (İstatistiksel olarak anlamlı)

Tablo 8.5 incelendiğinde eğitim durumu ilkökul/ortaokul ve lise ve üzeri olan hastalar arasında “Sağlık ve Tedavi” ve “Mesleki İşlevsellik” skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p< 0.05). Buna göre eğitim durumu ilkökul/ortaokul olan hastaların “Sağlık ve Tedavi” ve “Mesleki İşlevsellik” skorları eğitim durumu lise ve üzeri olan hastalardan anlamlı derecede daha azdır.

Tablo 8.6. Hastalık Süresi Grupları ile Ölçek ve Alt Boyut Farklılıklarının İncelenmesi

	1.1-5 Yıl (n=58)		2.6-10 Yıl (n=66)		3.11-15 Yıl (n=34)		4.15 Yıl Üzeri (n=38)		F	p	Fark (Tukey)
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.			
Zarıt Bakııcı Yük Ölçeği	76,69	8,973	74,83	10,868	75,44	10,503	73,05	13,111	0,816	0,487	
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	28,29	3,764	27,39	4,268	28,35	4,375	26,92	5,101	1,066	0,365	
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	11,94	1,972	11,97	2,015	11,38	1,826	11,61	2,354	0,804	0,493	
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	11,04	2,713	10,73	2,788	11,06	3,035	11,03	2,880	0,175	0,913	
Ekonomik Yük Bağımlılık	16,56 8,85	2,031 1,337	16,03 8,71	2,287 1,356	15,82 8,82	2,928 1,290	15,13 8,37	3,006 1,618	2,342 0,998	0,075 0,395	
Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği	33,50	9,545	34,47	9,071	29,29	6,162	30,82	7,738	3,525	0,016*	2-3
Sosyal İşlevsellik	11,71	3,753	12,48	3,496	10,88	2,783	11,66	3,729	1,653	0,179	
Sağlık ve Tedavi	8,10	2,699	8,15	2,562	7,29	2,053	7,13	2,016	2,187	0,091	
Günlük Yaşam Becerileri	10,73	3,221	10,80	3,329	8,79	2,422	9,53	2,699	4,412	0,005*	3-1,2
Mesleki İşlevsellik	2,96	1,304	3,03	1,228	2,32	0,589	2,50	0,862	4,399	0,005*	3-1,2
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	49,44	9,732	48,24	7,678	45,21	8,994	47,26	7,221	1,796	0,150	
Güvenli Yaklaşım	9,71	3,649	10,23	3,961	8,29	4,232	9,05	3,541	2,113	0,100	
Çaresiz Yaklaşım	15,54	3,195	14,98	3,462	15,38	2,807	15,13	4,068	0,279	0,841	
Boyun Eğici Yaklaşım	9,35	3,252	8,56	2,735	8,71	3,070	9,03	2,319	0,787	0,503	
İyimser Yaklaşım	7,23	3,217	7,55	2,829	5,79	2,717	6,95	2,809	2,817	0,041*	2-3
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	7,60	1,943	6,92	1,948	7,03	1,883	7,11	2,311	1,136	0,336	
Genel Sağlık Anketi	22,94	5,980	21,11	6,904	24,56	7,153	22,18	6,625	2,133	0,098	

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) *p<0.05 (İstatistiksel olarak anlamlı)

Tablo 8.6 incelendiğinde hastalık süresi grupları arasında “Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme”, “Günlük Yaşam Becerileri”, “Mesleki İşlevsellik” ve “İyimser Yaklaşım” skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0.05). Buna göre hastalık süresi 6- 10 yıl grubunda olan hastaların “Şizofreni

Hastalarında İşlevsel İyileşme” ve “İyimser Yaklaşım” skorları hastalık süresi 11-15 yıl olan hastalardan anlamlı derecede daha fazladır. Hastalık süresi 11- 15 yıl olan hastaların “Günlük Yaşam Becerileri” ve “Mesleki İşlevsellik” skorları hastalık süresi 1- 5 yıl ve 6- 10 yıl olan hastalardan anlamlı derecede daha azdır.

Tablo 8.7. Hastane Yatış Sayısı ile Ölçek ve Alt Boyut Farklılıklarının İncelenmesi

	1-2 Kez (n=107)		3 ve Daha Fazla (n=74)		t	p
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Zarar Bakıcı Yük Ölçeği	75,79	9,634	75,20	10,662	0,383	0,702
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	28,02	3,779	27,77	4,321	0,410	0,682
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	11,93	1,892	11,78	1,939	0,489	0,625
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	10,96	2,719	11,08	2,739	-0,287	0,774
Ekonomik Yük	16,11	2,233	15,86	2,736	0,667	0,505
Bağımlılık	8,77	1,248	8,70	1,459	0,315	0,753
Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği	34,11	9,005	29,96	7,557	3,253	0,001*
Sosyal İşlevsellik	12,22	3,606	11,26	3,315	1,833	0,068
Sağlık ve Tedavi	8,28	2,449	7,04	2,236	3,469	0,001*
Günlük Yaşam Becerileri	10,70	3,118	9,15	2,851	3,409	0,001*
Mesleki İşlevsellik	2,91	1,209	2,51	0,895	2,511	0,013*
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	47,41	8,215	48,23	8,780	-0,641	0,523
Güvenli Yaklaşım	9,70	3,970	9,11	3,859	0,999	0,319
Çaresiz Yaklaşım	14,75	3,440	15,95	2,852	-2,467	0,015*
Boyun Eğici Yaklaşım	8,63	2,967	9,20	2,710	-1,331	0,185
İyimser Yaklaşım	7,19	3,050	6,70	2,808	1,084	0,280
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	7,15	2,036	7,27	1,947	-0,399	0,690
Genel Sağlık Anketi	21,77	7,088	23,66	6,035	-1,878	0,062

t:Bağımsız Örneklem T Testi *p<0.05 (İstatistiksel olarak anlamlı)

Tablo 8.7 incelendiğinde eğitim hastaneye yatış sayısı 1- 2 kez olan ve 3 ve daha fazla olan hastalar arasında “Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme”, “Sağlık ve Tedavi”, “Günlük Yaşam Becerileri”, “Mesleki İşlevsellik”, “Stresle Başa Çıkma Tarzları” ve “Çaresiz Yaklaşım” skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p< 0.05). Buna göre hastaneye yatış sayısı 1- 2 kez olan hastaların Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme”, “Sağlık ve Tedavi”, “Günlük Yaşam Becerileri”, “Mesleki İşlevsellik”, “Stresle Başa Çıkma Tarzları” 3 ve daha fazla kez yatan hastalardan anlamlı derecede daha fazla iken “Çaresiz Yaklaşım” skorları ise anlamlı derecede daha azdır.

Tablo 8.8. Bakıcı Yaş Grupları ile Ölçek ve Alt Boyut Farklılıklarının İncelenmesi

	1.20-40 Yaş (n=54)		2.41-59 Yaş (n=92)		3.60 Yaş Üzeri (n=40)		F	p
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Zarit Bakıcı Yük Ölçeği	73,98	11,774	75,92	9,504	74,53	12,445	0,605	0,547
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	26,98	4,512	28,04	4,000	27,90	4,882	1,065	0,347
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	11,81	1,991	11,89	2,078	11,48	2,050	0,588	0,557
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	10,98	2,878	10,77	2,852	11,23	2,684	0,371	0,690
Ekonomik Yük	15,65	2,686	16,37	2,300	15,38	2,761	2,706	0,069
Bağımlılık	8,56	1,712	8,85	1,204	8,55	1,339	1,034	0,358
Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği	34,57	11,014	31,52	7,104	32,08	8,024	2,214	0,112
Sosyal İşlevsellik	12,69	4,365	11,50	3,246	11,40	2,590	2,334	0,100
Sağlık ve Tedavi	8,19	2,972	7,54	2,135	7,75	2,262	1,187	0,307
Günlük Yaşam Becerileri	10,80	3,813	9,89	2,514	9,90	3,264	1,621	0,200
Mesleki İşlevsellik	2,91	1,336	2,59	0,951	3,03	1,121	2,715	0,069
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	48,41	8,141	47,74	8,749	47,10	8,390	0,276	0,759
Güvenli Yaklaşım	9,46	4,069	9,43	3,596	9,70	4,351	0,068	0,935
Çaresiz Yaklaşım	15,33	3,319	15,18	3,241	15,20	3,924	0,034	0,966
Boyun Eğici Yaklaşım	8,85	2,382	9,10	3,128	8,45	2,819	0,719	0,489
İyimser Yaklaşım	7,39	3,445	6,83	2,708	6,98	2,806	0,621	0,538
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	7,37	2,429	7,20	1,780	6,78	1,915	1,037	0,357
Genel Sağlık Anketi	21,30	6,981	23,16	5,929	22,28	7,965	1,328	0,268

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Tablo 8.8 incelendiğinde bakıcı yaş grupları arasında ölçek ve alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Tablo 8.9. Bakıcı Cinsiyeti ile Ölçek ve Alt Boyut Farklılıklarının İncelenmesi

	Kadın (n=93)		Erkek (n=93)		t	p
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Zarit Bakıcı Yük Ölçeği	77,31	8,149	72,81	12,639	2,889	0,004*
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	28,70	3,162	26,71	5,109	3,193	0,002*
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	12,14	1,827	11,42	2,189	2,437	0,016*
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	11,22	2,502	10,65	3,084	1,384	0,168
Ekonomik Yük	16,30	2,166	15,59	2,837	1,917	0,057
Bağımlılık	8,96	1,021	8,44	1,658	2,556	0,012*
Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği	31,24	7,353	33,82	9,655	-2,051	0,042*
Sosyal İşlevsellik	11,34	3,045	12,30	3,889	-1,868	0,063
Sağlık ve Tedavi	7,44	2,088	8,11	2,709	-1,880	0,062
Günlük Yaşam Becerileri	9,68	2,798	10,63	3,345	-2,116	0,036*
Mesleki İşlevsellik	2,77	1,033	2,77	1,208	0,000	0,999
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	47,77	7,701	47,82	9,212	-0,035	0,972
Güvenli Yaklaşım	9,15	3,659	9,85	4,091	-1,228	0,221
Çaresiz Yaklaşım	15,73	3,194	14,73	3,545	2,021	0,045*
Boyun Eğici Yaklaşım	9,06	2,828	8,71	2,895	0,846	0,399
İyimser Yaklaşım	6,83	2,681	7,22	3,206	-0,893	0,373
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	7,00	2,080	7,31	1,950	-1,055	0,293
Genel Sağlık Anketi	22,57	6,859	22,29	6,629	0,283	0,778

t:Bağımsız Örneklem T Testi *p<0.05 (İstatistiksel olarak anlamlı)

Tablo 8.9 incelendiğinde kadın ve erkek bakım verenler arasında “Zarit Bakıcı Yük”, “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması”, “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık”, “Bağımlılık”, “Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme”, “Günlük Yaşam Becerileri” ve “Çaresiz Yaklaşım” skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p< 0.05). Buna göre kadın bakım verenlerin “Zarit Bakıcı Yük”, “Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması”, “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık”, “Bağımlılık” skorları erkek bakım verenlerden anlamlı derecede daha fazla iken “Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme”, “Günlük Yaşam Becerileri” ve “Çaresiz Yaklaşım” skorları ise anlamlı derecede daha azdır.

Tablo 8.10. Bakıcı Medeni Durumu ile Ölçek ve Alt Boyut Farklılıklarının İncelenmesi

	Evli (n=149)		Bekar (n=37)		t	p
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Zarîf Bakıcı Yük Ölçeği	75,50	10,332	73,30	12,701	1,105	0,271
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamanın Bozulması	27,93	4,184	26,78	4,928	1,442	0,151
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	11,83	2,033	11,59	2,101	0,614	0,540
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	10,97	2,682	10,78	3,334	0,352	0,725
Ekonomik Yük	16,03	2,467	15,59	2,833	0,940	0,349
Bağımlılık	8,74	1,286	8,54	1,789	0,633	0,530
Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği	31,80	7,871	35,46	10,920	-1,919	0,061
Sosyal İşlevsellik	11,49	3,101	13,16	4,658	-2,073	0,044*
Sağlık ve Tedavi	7,60	2,316	8,46	2,795	-1,927	0,056
Günlük Yaşam Becerileri	9,95	2,938	11,00	3,659	-1,855	0,065
Mesleki İşlevsellik	2,76	1,107	2,84	1,191	-0,385	0,701
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	47,80	8,405	47,78	8,832	0,010	0,992
Güvenli Yaklaşım	9,56	3,706	9,24	4,591	0,448	0,655
Çaresiz Yaklaşım	15,29	3,319	15,00	3,756	0,461	0,645
Boyun Eğici Yaklaşım	8,96	2,878	8,59	2,803	0,694	0,488
İyimser Yaklaşım	6,91	2,787	7,46	3,556	-1,008	0,315
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	7,07	1,889	7,49	2,468	-0,950	0,347
Genel Sağlık Anketi	22,58	6,562	21,84	7,429	0,597	0,551

t:Bağımsız Örneklem T Testi *p<0.05 (İstatistiksel olarak anlamlı)

Tablo 8.10 incelendiğinde evli ve bekar bakım verenler arasında “Sosyal İşlevsellik” skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p< 0.05). Buna göre bekâr bakım verenlerin “Sosyal İşlevsellik” skorları erkeklerden anlamlı derecede daha fazladır.

Tablo 8.11. Bakıcı Çalışma Durumu ile Ölçek ve Alt Boyut Farklılıklarının İncelenmesi

	Çalışan (n=49)		Çalışmayan (n=137)		t	p
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Zarit Bakıcı Yük Ölçeği	73,53	11,763	75,61	10,486	-1,151	0,251
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	26,73	4,825	28,05	4,134	-1,828	0,069
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	11,61	2,110	11,84	2,023	-0,667	0,506
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	10,69	2,967	11,01	2,765	-0,683	0,495
Ekonomik Yük	16,00	2,638	15,93	2,517	0,172	0,864
Bağımlılık	8,49	1,685	8,77	1,278	-1,222	0,223
Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği	33,41	10,807	32,21	7,766	0,712	0,479
Sosyal İşlevsellik	12,37	4,246	11,63	3,211	1,266	0,207
Sağlık ve Tedavi	7,94	3,065	7,72	2,176	0,470	0,640
Günlük Yaşam Becerileri	10,37	3,650	10,08	2,908	0,553	0,581
Mesleki İşlevsellik	2,73	1,287	2,79	1,060	-0,287	0,775
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	49,16	8,849	47,31	8,305	1,320	0,188
Güvenli Yaklaşım	9,73	4,020	9,42	3,849	0,492	0,624
Çaresiz Yaklaşım	15,67	3,442	15,07	3,386	1,061	0,290
Boyun Eğici Yaklaşım	9,00	2,273	8,85	3,048	0,321	0,748
İyimser Yaklaşım	7,33	3,369	6,91	2,796	0,842	0,401
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	7,43	2,082	7,06	1,992	1,103	0,271
Genel Sağlık Anketi	22,04	6,567	22,57	6,804	-0,471	0,638

t:Bağımsız Örneklem T Testi *

Tablo 8.11 incelendiğinde bakıcı çalışma durumları arasında ölçek ve alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Tablo 8.12. Bakıcı Ekonomik Durumu ile Ölçek ve Alt Boyut Farklılıklarının İncelenmesi

	Gelir Giderden Az (n=84)		Gelir Gidere Denk (n=96)		t	p
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Zarit Bakıcı Yük Ölçeği	76,39	9,815	74,36	11,346	1,274	0,204
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	28,32	3,897	27,28	4,622	1,619	0,107
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	11,94	1,865	11,70	2,167	0,799	0,425
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	11,08	2,946	10,94	2,619	0,352	0,726
Ekonomik Yük	16,26	2,298	15,78	2,668	1,286	0,200
Bağımlılık	8,79	1,243	8,67	1,513	0,572	0,568
Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği	30,95	7,555	33,04	8,398	-1,745	0,083
Sosyal İşlevsellik	11,39	2,949	11,95	3,740	-1,095	0,275
Sağlık ve Tedavi	7,29	2,182	8,01	2,404	-2,106	0,037*
Günlük Yaşam Becerileri	9,65	2,927	10,31	2,960	-1,495	0,137
Mesleki İşlevsellik	2,62	0,917	2,77	1,061	-1,029	0,305
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	49,33	9,261	46,61	7,530	2,142	0,034*
Güvenli Yaklaşım	9,54	3,938	9,45	3,673	0,155	0,877
Çaresiz Yaklaşım	15,69	3,215	14,95	3,507	1,473	0,143
Boyun Eğici Yaklaşım	9,36	3,025	8,56	2,651	1,879	0,062
İyimser Yaklaşım	7,43	2,851	6,68	2,911	1,745	0,083
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	7,32	2,037	6,98	1,979	1,142	0,255
Genel Sağlık Anketi	23,06	6,729	22,02	6,320	1,067	0,287

t:Bağımsız Örneklem T Testi *p<0.05 (İstatistiksel olarak anlamlı)

Tablo 8.12 incelendiğinde ekonomik durumu gelir giderden az olan ve gelir giderden fazla olan bakım verenler arasında “Sağlık ve Tedavi” ve “Stresle Başa Çıkma Tarzları” skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p< 0.05). Buna göre ekonomik durumu gelir giderden az olan bakım verenlerin “Sağlık ve Tedavi” gelir gidere denk olan bakım verenlerden anlamlı derecede daha az iken “Stresle Başa Çıkma Tarzları” skorları ise anlamlı derecede daha fazladır.

Tablo 8.13. Bakıcı Yerleşim Yeri ile Ölçek ve Alt Boyut Farklılıklarının İncelenmesi

	İl (n=76)		Köy (n=102)		t	p
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Zarit Bakıcı Yük Ölçeği	72,76	11,509	77,15	9,152	-2,830	0,005*
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	27,12	4,457	28,33	3,826	-1,952	0,053
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	11,30	2,233	12,18	1,771	-2,911	0,004*
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	10,55	3,061	11,28	2,471	-1,763	0,080
Ekonomik Yük	15,38	2,723	16,36	2,272	-2,617	0,010*
Bağımlılık	8,41	1,425	8,99	1,223	-2,927	0,004*
Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği	33,29	10,453	31,79	7,279	1,069	0,287
Sosyal İşlevsellik	12,21	4,018	11,49	3,121	1,346	0,180
Sağlık ve Tedavi	8,12	2,723	7,51	2,215	1,643	0,102
Günlük Yaşam Becerileri	10,13	3,623	10,08	2,749	0,107	0,915
Mesleki İşlevsellik	2,83	1,320	2,72	0,958	0,663	0,508
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	47,53	8,495	47,91	8,579	-0,298	0,766
Güvenli Yaklaşım	9,51	4,254	9,37	3,523	0,234	0,815
Çaresiz Yaklaşım	14,97	2,948	15,39	3,632	-0,848	0,398
Boyun Eğici Yaklaşım	8,71	2,732	9,00	3,025	-0,658	0,511
İyimser Yaklaşım	6,88	3,225	7,09	2,740	-0,461	0,645
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	7,45	2,003	7,06	2,043	1,266	0,207
Genel Sağlık Anketi	22,43	7,489	22,45	6,277	-0,016	0,987

t:Bağımsız Örneklem T Testi *p<0.05 (İstatistiksel olarak anlamlı)

Tablo 8.13 incelendiğinde ilde ve köyde yaşayan bakım verenler arasında “Zarit Bakıcı Yük”, “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık”, Ekonomik Durum” ve “Bağımlılık” skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p< 0.05). Buna göre ilde yaşayan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük”, “Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık”, Ekonomik Durum” ve “Bağımlılık” skorları köyde yaşayanlardan anlamlı derecede daha azdır.

Tablo 8.14. Yakınlık ile Ölçek ve Alt Boyut Farklılıklarının İncelenmesi

	1.Anne/Baba (n=74)		2.Eş/Çocuk (n=56)		3.Kardeş (n=43)		F	p	Fark (Tukey)
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.			
Zarit Bakıcı Yük Ölçeği	75,45	11,854	76,23	9,951	73,00	10,983	1,106	0,333	
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	27,99	4,657	28,04	4,009	26,91	4,514	1,004	0,369	
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	11,78	2,153	12,18	1,889	11,28	1,992	2,385	0,095	
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	10,96	2,757	11,57	2,255	10,19	3,326	3,055	0,049 *	2-3
Ekonomik Yük	15,92	2,688	15,88	2,573	16,00	2,400	0,029	0,972	
Bağımlılık	8,80	1,375	8,57	1,536	8,63	1,328	0,446	0,641	
Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği	32,41	7,346	30,16	7,802	36,16	10,874	6,117	0,003 *	2-3
Sosyal İşlevsellik	11,55	2,901	11,00	3,214	13,37	4,310	6,344	0,002 *	1-3
Sağlık ve Tedavi	7,68	2,041	7,25	2,488	8,67	2,893	4,346	0,014 *	2-3
Günlük Yaşam Becerileri	10,20	2,928	9,43	3,002	11,23	3,545	4,080	0,019 *	2-3
Mesleki İşlevsellik	2,97	1,170	2,48	0,786	2,88	1,418	3,177	0,044 *	1-3
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	47,36	8,033	48,70	7,666	47,00	10,205	0,586	0,557	
Güvenli Yaklaşım	9,35	3,450	9,41	3,329	9,21	4,652	0,036	0,964	
Çaresiz Yaklaşım	15,26	3,573	15,84	2,661	14,60	4,030	1,576	0,210	
Boyun Eğici Yaklaşım	8,95	2,974	9,21	2,578	8,63	3,140	0,499	0,608	
İyimser Yaklaşım	6,82	2,635	7,07	2,840	7,02	3,495	0,129	0,879	
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	6,99	1,756	7,16	2,477	7,53	1,817	0,995	0,372	
Genel Sağlık Anketi	22,65	6,576	22,52	6,072	22,35	8,409	0,026	0,975	

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) *p<0.05 (İstatistiksel olarak anlamlı)

Tablo 8.14 incelendiğinde yakınlıklar arasında “Toplumsal İlişkilerde Bozulma”, “Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme”, “Sosyal İşlevsellik”, “Sağlık ve Tedavi”, “Günlük Yaşam Becerileri” ve “Mesleki İşlevsellik” skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p< 0.05). Buna göre yakınlığı eş/çocuk olan kişilerin “Toplumsal İlişkilerde Bozulma” skorları kardeş olanlardan anlamlı derecede daha fazladır. Yakınlığı eş/çocuk olan kişilerin “Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme”, “Sağlık ve Tedavi” ve “Günlük Yaşam Becerileri” skorları kardeş olanlardan anlamlı derecede daha azdır. Yakınlığı anne/baba olan kişilerin “Sosyal İşlevsellik” skorları kardeş olanlardan anlamlı derecede daha az iken “Mesleki İşlevsellik” skorları ise anlamlı derecede daha fazladır.

Tablo 8.15. Aile Öyküsü ile Ölçek ve Alt Boyut Farklılıklarının İncelenmesi

	Var (n=47)		Yok (n=139)		t	p
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Zarit Bakıcı Yük Ölçeği	74,11	11,627	75,38	10,589	-0,696	0,487
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	27,30	4,657	27,84	4,253	-0,740	0,460
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	11,68	2,107	11,81	2,027	-0,382	0,703
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	10,68	2,913	11,01	2,787	-0,701	0,484
Ekonomik Yük	15,94	2,785	15,95	2,465	-0,031	0,975
Bağımlılık	8,51	1,755	8,76	1,254	-0,909	0,367
Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği	32,53	8,384	32,53	8,775	0,005	0,996
Sosyal İşlevsellik	11,83	3,864	11,82	3,406	0,016	0,987
Sağlık ve Tedavi	7,85	2,322	7,75	2,479	0,250	0,803
Günlük Yaşam Becerileri	10,19	2,894	10,14	3,193	0,090	0,928
Mesleki İşlevsellik	2,66	0,891	2,81	1,189	-0,810	0,419
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	48,04	9,167	47,71	8,251	0,231	0,818
Güvenli Yaklaşım	9,06	4,056	9,65	3,831	-0,889	0,375
Çaresiz Yaklaşım	15,98	3,234	14,98	3,431	1,752	0,081
Boyun Eğici Yaklaşım	9,02	3,061	8,84	2,798	0,371	0,711
İyimser Yaklaşım	6,98	3,117	7,04	2,908	-0,115	0,909
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	7,00	2,106	7,21	1,991	-0,612	0,541
Genel Sağlık Anketi	22,68	7,093	22,35	6,625	0,295	0,768

t:Bağımsız Örneklem T Testi

Tablo 8.15 incelendiğinde aile öyküsü olan ve olmayanlar arasında ölçek ve alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

EK -9: ÖZGEÇMİŞ:

1988 Yılında Bartın'da dünyaya geldi. İlk ve Orta, Lise öğrenimini Bartın'da tamamladıktan sonra 2006 yılından itibaren Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda hemşirelik eğitimini aldı. 2011 yılından itibaren çalışmaya başlamış olduğu Bartın Devlet Hastanesi'nin çeşitli bölümlerinde görev yapmaktadır. Orta derecede İngilizce bilmektedir. Evli ve bir kız çocuk annesidir.

