

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
BAKIRKÖY BÖLGESİ İSTANBUL İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ  
GENEL SEKRETERLİĞİ BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH  
SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUĞU OLAN HASTALARA  
BAKIM VERENLERDE TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE  
İLİŞKİLİ ETMENLER**

**Dr. Ali Haydar KÜÇÜKTÜFEKÇİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Özlem Devrim BALABAN  
Uzm. Dr. Nezih ERADAMLAR

İSTANBUL - 2014



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
BAKIRKÖY BÖLGESİ İSTANBUL İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ  
GENEL SEKRETERLİĞİ BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH  
SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUĞU OLAN HASTALARA  
BAKIM VERENLERDE TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE  
İLİŞKİLİ ETMENLER**

**Dr. Ali Haydar KÜÇÜKTÜFEKÇİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Özlem Devrim BALABAN  
Uzm. Dr. Nezih ERADAMLAR

İSTANBUL - 2014

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Bakırköy Bölgesi İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**TEZ DEĞERLENDİRME FORMU**

ADI SOYADI: DR. ALİ HAYDAR KÜÇÜKTÜFEKÇİ

UZMANLIK DALI: RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

TEZİN ADI: BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUĞU OLAN HASTALARA BAKIM  
VERENLERDE TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE İLİŞKİLİ ETMENLER

|                                         |            |
|-----------------------------------------|------------|
| 1-Sayfa Sayısı:                         | : 100      |
| 2-Tablo Sayısı                          | : 18       |
| 3-Şekil Sayısı:                         | : 0        |
| 4-İstatistik Sayısı:                    | : 4        |
| 5-Literatür Sayısı ve Faydalanma Durumu | : 192      |
| 6-Yazı Tertibi                          | : BAŞARILI |
| 7-Konuyu Anlatma ve Konuya Hakimiyet    | : BAŞARILI |
| 8-İncelemenin Bilimsel Bakımdan Tutumu  | : BAŞARILI |
| 9-Orijinal Olup Olmadığı                | : ORJİNAL  |

SONUÇ: BAŞARILI

TEZ DEĞERLENDİRME JÜRİSİ

Üye

Uz. Dr. Nezi̇ ERADAMLAR  
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman  
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.  
Psikiyatri Kliniğı Koordinatörü Eğitim Görevlisi  
Sicil No: 18747

Üye

Uz. Dr. Nihat ALPAY  
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman  
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş.Hast.  
Psikiyatri Kliniğı Eğitim ve İdari Sor.  
Sicil No:1 7504

Üye

Doç. Dr. Ömer Akil ÖZER  
Şişli Hamidiye Etfal Eğt. ve Arş Hast.  
Psikiyatri Kliniğı Eğitim ve İdari Sor.  
Sicil No: 77122

ONAY

2014  
Doç. Dr. Murat ERKİRAN  
Başhekim



## I. ÖNSÖZ

*Birlikte çalışmış olmaktan her zaman mutluluk ve gurur duyduğum hastanemizin değerli Başhekimini Doç. Dr. Murat ERKIRANA'a,*

*Psikiyatri eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, desteğini her zaman fazlasıyla hissettiğim, her zaman saygı ve sevgiyle hatırlayacağım klinik şefim Uzm. Dr. Nezih ERADAMLAR'a,*

*İlk klinik şefim, mesleki eğitimimin temellerini attığım ilk yıllardan itibaren varlığı her zaman hissettiğim, şükranla andığım Uzm. Dr. Latif R. ALPKAN'a,*

*Eğitimim süresince birlikte çalışma fırsatı bulduğum Uzm. Dr. Nihat ALPAY, Doç. Dr. Nesrin TOMRUK, Doç. Dr. Cüneyt EVREN, Doç. Dr. Ejder A. YILDIRIM, Uzm. Dr. Ahmet TÜRKCAN başta olmak üzere tüm değerli eğitim sorumlularına,*

*Güler yüzü, iyi niyeti, özverisi ve çalışma disiplini ile mesleki hayatımda örnek teşkil eden tez danışmanım, değerli uzmanım Uzm. Dr. Özlem Devrim BALABAN'a,*

*Türkiye Psikiyatri Derneği İstanbul Şubesi yönetiminde birlikte çalıştığım, tecrübelerinden her zaman yararlandığım Prof. Dr. Doğan ŞAHİN'e,*

*Eğitimimi sürdürdüğüm 12. Psikiyatri birimi uzman ve asistan doktorları başta olmak üzere hastanede birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm değerli uzman ve asistan doktor arkadaşlarım ve hastane çalışanlarına,*

*Sevgili dostlarım Ferhat SARI, Emre ÇIRAKOĞLU, Murat Başar GÜRBÜZ, Alkin YILMAZ, Alaaddin BULUT ve Özge HISİM'a,*

*Eğitimime en değerli katkıyı sağlayan tüm hastalarım,*

*Bugünlere gelebilmem sağlayan ağabeyim, ablam, annem ve babama,*

*Varlığı ile mutlandığım, sevgisi ile canlandığım, her zaman yanımda olan ve hiçbir zaman desteğini esirgemeyen sevgili eşim Serap'a,*

*Hayatıma anlam katan kızım Ela'ya,*

*Sonsuz teşekkürlerimle...*

Dr. Ali Haydar KÜÇÜKTÜFEKÇİ

İstanbul 2014

## II. İÇİNDEKİLER

### Sayfa No

|                                                              |     |
|--------------------------------------------------------------|-----|
| I. ÖNSÖZ .....                                               | I   |
| II. İÇİNDEKİLER .....                                        | II  |
| III. ÖZET .....                                              | V   |
| IV. ABSTRACT .....                                           | VII |
| V. KISALTMALAR .....                                         | IX  |
| VI. TABLO LİSTESİ .....                                      | X   |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ .....                                       | 1   |
| 2. GENEL BİLGİLER .....                                      | 3   |
| 2.1. Bipolar Affektif Bozukluk .....                         | 3   |
| 2.1.1. Terminoloji ve Tanım .....                            | 3   |
| 2.1.2. Tarihçe .....                                         | 4   |
| 2.1.3. Epidemiyoloji .....                                   | 5   |
| 2.1.4. Gidişat ve Sonlanma .....                             | 6   |
| 2.1.5. Sınıflama .....                                       | 7   |
| 2.1.6. Etiyoloji .....                                       | 11  |
| 2.1.7. Tedavi .....                                          | 11  |
| 2.2. Bakım Veren Yükü .....                                  | 12  |
| 2.2.1. Bakım Verme ve Yük Kavramı .....                      | 12  |
| 2.2.2. Bipolar Affektif Bozuklukta Bakım Veren Yükü .....    | 16  |
| 2.3. Travma Sonrası Gelişim .....                            | 17  |
| 2.3.1. Travma Kavramı .....                                  | 17  |
| 2.3.2. Travmanın Etkileri .....                              | 20  |
| 2.3.3. Travma Sonrası Gelişimin Tanımı ve Tarihçesi .....    | 21  |
| 2.3.4. Travma Sonrası Gelişimin Türleri .....                | 23  |
| 2.3.4.1. Kendilik Algısında Yaşanan Değişim .....            | 23  |
| 2.3.4.2. Kişilerarası İlişkilerde Yaşanan Değişim .....      | 24  |
| 2.3.4.3. Yaşam Felsefesinde Yaşanan Değişim .....            | 25  |
| 2.3.5. Travma Sonrası Gelişim İle İlişkili Değişkenler ..... | 26  |

|                                                                                      |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.3.5.1. Yaş .....                                                                   | 26        |
| 2.3.5.2. Eğitim .....                                                                | 27        |
| 2.3.5.3. Cinsiyet .....                                                              | 28        |
| 2.3.5.4. Sosyoekonomik düzey .....                                                   | 28        |
| 2.3.5.5. Medeni durum .....                                                          | 29        |
| 2.3.5.6. Kişilik Özellikleri.....                                                    | 29        |
| 2.3.5.7. Baş etme yolları.....                                                       | 30        |
| 2.3.5.8. Dindarlık .....                                                             | 31        |
| 2.3.5.9. Sosyal Destek .....                                                         | 31        |
| 2.3.5.10. Depresyon ve Anksiyete .....                                               | 32        |
| 2.3.5.11. Yük.....                                                                   | 32        |
| 2.3.5.12. Hastalığın klinik özellikleri.....                                         | 33        |
| <b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>                                                      | <b>34</b> |
| <b>4. BULGULAR .....</b>                                                             | <b>39</b> |
| <b>5. TARTIŞMA.....</b>                                                              | <b>57</b> |
| 5.1. TSGÖ Toplam Puanının Literatürdeki Diğer Çalışmalar ile Karşılaştırılması ..... | 57        |
| 5.2. Sosyodemografik Özelliklerin TSG ile İlişkisi .....                             | 58        |
| 5.3. Hastalığın Klinik Özellikleri ile İlgili Değişkenlerin TSG İle İlişkisi.....    | 59        |
| 5.4. Bakım Veren Psikiyatrik Durumu ile TSG İlişkisi .....                           | 60        |
| 5.5. Kişilik Özellikleri ile TSG İlişkisi .....                                      | 61        |
| 5.6. Baş Etme Yolları ile TSG İlişkisi .....                                         | 62        |
| 5.7. Sosyal Destek ile TSG İlişkisi .....                                            | 62        |
| 5.8. Bakım Yüğü ile TSG İlişkisi.....                                                | 64        |
| 5.9. Dindarlık ile TSG İlişkisi .....                                                | 65        |
| <b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....</b>                                                  | <b>67</b> |
| <b>7. KAYNAKLAR.....</b>                                                             | <b>69</b> |
| <b>8. EKLER .....</b>                                                                | <b>85</b> |
| EK 1 - ETİK KURUL ONAYI.....                                                         | 85        |
| EK 2 – BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU .....                                             | 86        |
| EK 3 – BAKIM VEREN SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU .....                                  | 87        |
| EK 4 – HASTA SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU .....                              | 88        |
| EK 5 – BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ.....                                                    | 90        |
| EK 6 – BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ .....                                                   | 92        |
| EK 7 – TRAVMA SONRASI GELİŞİM ÖLÇEĞİ.....                                            | 93        |

|                                                              |            |
|--------------------------------------------------------------|------------|
| <b>EK 8 – BAŞ ETME YOLLAR ÖLÇEĞİ .....</b>                   | <b>94</b>  |
| <b>EK 9 – ALGILANAN ÇOK YÖNLÜ SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ .....</b> | <b>96</b>  |
| <b>EK 10 – ZARİT BAKICI YÜKÜ ÖLÇEĞİ .....</b>                | <b>97</b>  |
| <b>EK 11 – TEMEL KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ÖLÇEĞİ .....</b>        | <b>99</b>  |
| <b>EK 12 – DİNDARLIK ÖLÇEĞİ .....</b>                        | <b>100</b> |

### III. ÖZET

#### BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUĞU OLAN HASTALARA BAKIM VERENLERDE TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE İLİŞKİLİ ETMENLER

Dr. Ali Haydar KÜÇÜKTÜFEKÇİ

**AMAÇ:** Bu çalışmanın amacı bipolar affektif bozukluğu olan hastalara bakım verenlerde travma sonrası gelişimin (TSG) varlığını ve ilişkili olabileceği öngörülen etmenleri (hastanın ve bakım verenin sosyodemografik özellikleri, hastalığın klinik özellikleri, bakım veren yükü, bakım verenin kişilik özellikleri, depresyon ve anksiyete düzeyleri, problemle baş etme yolları, sosyal destek algısı ve dindarlık gibi) incelemektir.

**YÖNTEM:** Çalışmamıza DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I)'na göre bipolar affektif bozukluk tanısı almış 75 hasta ve bu hastalara primer bakım veren 75 yakını ardışık olarak dahil edilmiştir. Hastalara Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu uygulanmıştır. SCID-I ile değerlendirilen bakım verenlere Sosyodemografik Veri Formu, Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (TSGÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Baş Etme Yolları Ölçeği (BEYÖ), Algılanan Çok Yönlü Sosyal Destek Ölçeği (AÇYSDÖ), Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği (ZBYÖ), Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği (TKÖÖ) ve Dindarlık Ölçeği (DÖ) uygulanmıştır.

**BULGULAR:** Bakım verenlerde orta derecede TSG saptanmıştır. Hastaların cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, hastalık süresi, toplam atak sayısı, psikiyatrik yatış öyküsü ve intihar girişimi öyküsü gibi sosyodemografik özellikleri ve hastalığın klinik özellikleri ile TSG arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Saldırgan davranış öyküsü olan hastalara bakım verenlerde TSG düzeyi daha yüksek saptanmıştır. Bakım veren kadınlarda bakım veren erkeklere oranla daha yüksek düzeyde TSG saptanmıştır. Bakım verenlerin yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi ve bakım verme süresi ile TSG arasında ilişki saptanmamıştır. Başka bir kişiye daha bakım verenlerde TSG düzeyi düşük olarak saptanmıştır. Psikiyatrik bir bozukluğu olan bakım verenlerde TSG düzeyleri düşük olarak saptanmıştır. Depresyon düzeyi yüksek bakım verenlerde düşük düzeyde TSG saptanmıştır. Anksiyete düzeyi ile TSG arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bakım yükü ile TSG arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. Bazı kişilik özellikleri (geçimlilik ve gelişime açıklık) ile TSG arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Problem odaklı baş etme ile TSG arasında anlamlılığa yakın pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Sosyal destekleri yüksek bakım verenlerde TSG düzeyi yüksek

olarak saptanmıştır. İçsel dindarlığın TSG üzerinde pozitif yönde etkili olduğu saptanmıştır.

**SONUÇ:** Çalışmamızın sonuçları bipolar affektif bozukluğu olan kişilere bakım verenlerde orta derecede TSG izlendiğine işaret etmektedir. Kadın olmak, psikiyatrik bozukluğa sahip olmak, saldırgan davranış öyküsü olan hastaya bakım vermek, aynı zamanda başkalarına da bakım vermek, bazı kişilik özelliklerine (geçimlilik ve gelişime açıklık) sahip olmak, depresyon düzeyi, bakım yükü, sosyal destek ve içsel dindarlık TSG ile ilişki etmenler olarak değerlendirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Travma Sonrası Gelişim, Bipolar Affektif Bozukluk, Bakım Veren

**İletişim adresi:** alihaydark@gmail.com

## IV. ABSTRACT

### POSTTRAUMATIC GROWTH IN CAREGIVERS OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER PATIENTS AND RELATED FACTORS

Dr. Ali Haydar KÜÇÜKTÜFEKÇİ

**AIM:** The aim of the present study is to investigate the presence of Posttraumatic Growth (PTG) and the factors (socio-demographic characteristics of patients and caregivers, clinical features of illness, depression and anxiety levels, burden, personality traits, coping ways, social support and religiosity of caregivers) predicted to be related to PTG in caregivers of bipolar affective disorder patients.

**METHOD:** 75 patients diagnosed as bipolar affective disorder according to Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and 75 relatives who give primary care to the patients were consecutively enrolled in the study. A clinical and socio-demographic data form was administered to the patients. Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), Ways of Coping Inventory (WCI), Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Basic Personality Traits Inventory (BPTI) and Religiosity Scale (RS) were administered to the caregivers who were evaluated with SCID-I.

**RESULTS:** Moderate PTG was determined in caregivers. There was no relationship between PTG and socio-demographic and clinical features of the patients like gender, age, marital status, educational level, employment, duration of illness, number of episodes, the history of hospitalization and suicide. PTG levels of caregivers of patients with aggressive behavior were found to be higher. It was found that female caregivers have higher PTG levels than male caregivers. There was no relationship between PTG and socio-demographic features of caregivers like age, marital status, educational level, employment, income level and duration of caregiving. PTG levels of caregivers who took care of another person were found to be lower. PTG levels of caregivers who had psychiatric disorder were found to be lower. There was a negative correlation between PTG and depression levels of caregivers. There was no significant relationship between PTG and anxiety levels of caregivers. There was a negative correlation between PTG and caregiver burden. There was a significant positive correlation between PTG and some personality traits like agreeableness and openness to new experiences. The positive correlation between PTG and problem-solving coping was found to be close to being statistically significant. PTG levels of caregivers with higher social support were found to be higher. It was found that the intrinsic religiosity has positive effect on PTG.

**CONCLUSION:** The results of the current study indicate that moderate PTG develops in caregivers of bipolar affective disorder patients. Female gender, mental health status of caregiver, history of aggressive behavior, caregiving another person, some personality traits like agreeableness and openness to new experiences, depression level, caregiver burden, social support and intrinsic religiosity are considered to be related factors with PTG.

**Keywords :** Posttraumatic Growth, Bipolar Affective Disorder, Caregiver

**Correspondence :** alihaydark@gmail.com

## V. KISALTMALAR

|               |                                                                                 |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>AÇYSDÖ</b> | : Algılanan Çok Yönlü Sosyal Destek Ölçeği                                      |
| <b>AIDS</b>   | : Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu (Acquired Immune Deficiency Syndrome) |
| <b>BAB</b>    | : Bipolar Affektif Bozukluk                                                     |
| <b>BAÖ</b>    | : Beck Anksiyete Ölçeği                                                         |
| <b>BDÖ</b>    | : Beck Depresyon Ölçeği                                                         |
| <b>BEYÖ</b>   | : Baş Etme Yolları Ölçeği                                                       |
| <b>DÖ</b>     | : Dindarlık Ölçeği                                                              |
| <b>DSM</b>    | : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders                         |
| <b>HIV</b>    | : İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü (Human Immunodeficiency Virus )             |
| <b>mak</b>    | : Maksimum                                                                      |
| <b>med</b>    | : Medyan                                                                        |
| <b>min</b>    | : Minimum                                                                       |
| <b>ort.</b>   | : Ortalama                                                                      |
| <b>SCID-I</b> | : DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu         |
| <b>SPSS</b>   | : Statistical Program for Social Sciences                                       |
| <b>ss</b>     | : standart sapma                                                                |
| <b>TKÖÖ</b>   | : Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği                                              |
| <b>TSG</b>    | : Travma Sonrası Gelişimin                                                      |
| <b>TSGÖ</b>   | : Travma Sonrası Gelişim Ölçeği                                                 |
| <b>ZBYÖ</b>   | : Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeği                                                      |

## VI. TABLO LİSTESİ

### Sayfa No

|                                                                                                                                      |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 1:</b> Hastalara Ait Sosyodemografik ve Klinik Özellikler.....                                                              | 39 |
| <b>Tablo 2:</b> Bakım Verenlere Ait Sosyodemografik Özellikler .....                                                                 | 40 |
| <b>Tablo 3:</b> Bakım Verenlerin Ölçeklerden Aldıkları Puanlar .....                                                                 | 42 |
| <b>Tablo 4:</b> Hastaların ve Bakım Verenlerin Cinsiyetleri ile TSGÖ Puanları Arasındaki İlişki .....                                | 44 |
| <b>Tablo 5:</b> Hasta ve Bakım Verenlerin Bazı Klinik ve Sosyodemografik Verileri ile TSGÖ Puanları Arasındaki İlişki.....           | 45 |
| <b>Tablo 6:</b> Hasta ve Bakım Verenlerin Medeni Durumu ile TSGÖ Puanları Arasındaki İlişki .....                                    | 46 |
| <b>Tablo 7:</b> Bakım Verenlerin Gelir Düzeyi ile TSGÖ Puanları Arasındaki İlişki .....                                              | 47 |
| <b>Tablo 8:</b> Hastaların ve Bakım Verenlerin Çalışma Durumları ile TSGÖ Puanları Arasındaki İlişki .....                           | 48 |
| <b>Tablo 9:</b> Hastaların Psikiyatrik Yatış Öyküsü ile TSGÖ Puanları Arasındaki İlişki .....                                        | 49 |
| <b>Tablo 10:</b> Hastaların Saldırgan Davranış Öyküsü ile TSGÖ Puanları Arasındaki İlişki.....                                       | 50 |
| <b>Tablo 11:</b> Hastaların İntihar Girişimi Öyküsü ile TSGÖ Puanları Arasındaki İlişki .....                                        | 50 |
| <b>Tablo 12:</b> Bakım Verenlerin Başka Bakım Verdiği Kişi Varlığı ile TSGÖ Puanları Arasındaki İlişki .....                         | 51 |
| <b>Tablo 13:</b> Bakım Verenlerde SCID-I'e Göre Tanı Konulmuş Psikiyatrik Bozukluk Varlığı ile TSGÖ Puanları Arasındaki İlişki ..... | 52 |
| <b>Tablo 14:</b> Bakım Verenlerin BDÖ,BAÖ,ZBYÖ Puanları ile TSGÖ Puanları Arasındaki İlişki .....                                    | 53 |
| <b>Tablo 15:</b> Bakım Verenlerin TKÖÖ Puanları ile TSGÖ Puanları Arasındaki İlişki .....                                            | 54 |
| <b>Tablo 16:</b> Bakım Verenlerin BEYÖ Puanları ile TSGÖ Puanları Arasındaki İlişki .....                                            | 54 |
| <b>Tablo 17:</b> Bakım Verenlerin AÇYSDÖ Puanları ile TSGÖ Puanları Arasındaki İlişki .....                                          | 55 |
| <b>Tablo 18:</b> Bakım Verenlerin DÖ Puanları ile TSGÖ Puanları Arasındaki İlişki.....                                               | 56 |

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Doğal afetler, yas, kronik hastalıklar, bedensel engellilik halleri, kalp krizi, şiddet, tecavüz ya da cinsel kötüye kullanıma maruz kalma ve savaş gibi travmatik olaylar insanların hayatını çok farklı şekillerde etkileyebilmektedir. Travma literatüründe travmatik yaşantıların negatif etkilerine daha çok vurgu yapılmış olsa da travma sonrası bazı insanların pozitif deneyimler yaşaması mümkün görünmekte, bu kavram “Travma Sonrası Gelişim” adı altında literatürde kendine yer bulmaktadır (1). Calhoun ve Tedeschi (2) travma sonrası gelişimi (TSG) “zorlu hayat koşulları ya da travmatik olaylarla mücadele sonucu kişide şekillenen pozitif psikolojik değişiklikler” olarak tanımlamışlardır. Yaşanan travmatik olaylar kişinin hayata bakışıyla ilgili bilişsel şemaları değiştirebilir ve bununla ilintili olarak hayatın değerini anlama, kişilerarası ilişkilerin iyileşmesi, kendini daha güçlü hissetme, yaşama dair önceliklerin değişmesi ve ruhani yaşamın zenginleşmesi gibi sonuçlar oluşabilir (3).

Travmatik yaşantılara maruz kalanların zorluklarla mücadelelerinde kendilerinde bazı olumlu değişimler yaşadıklarını gösteren çalışmalara doğal, teknolojik afet ve terör saldırısı (4), savaş (5), yakınıni yitirme (6,7), AIDS (8-10), kalp krizi (11,12), kronik hastalık (13), kanser hastaları ve aileleri (14-18), omurilik hasarı olan hastalar (19), böbrek hastaları (20), cinsel taciz (21, 22), otizmli çocukların ebeveynleri (23), şizofreni hastalarına bakım verenler (24) alanlarında yapılan çalışmalar örnek olarak verilebilir.

Psikiyatrik hastalığı olan bir aile üyesine sahip olmak son derece travmatik ve stresli bir durumdur. Psikiyatrik hastalığa sahip kişilerin akraba ve kardeşleriyle yapılan çalışmalarda TSG’ye benzer şekilde pozitif gelişmeler bildirmiştir. Örneğin, Marsh ve arkadaşlarının (25) hasta yakınlarının birçoğunun negatif sonuçlar bildirirken, aynı zamanda bu deneyim sonrası kişisel güçlerinin arttığını da bildirdiklerini vurgulamışlardır. Hasta yakınlarından bazıları hastalıkla baş etmeye çalışmanın onları daha merhametli hale getirdiğini, yaşamın ve sağlıklı olmanın değerini daha iyi anladıklarını ve yaşamlarında yeni öncelikler keşfettiklerini ve yaşama bakış açılarının

değiştirdiğini bildirmişlerdir. Bir başka çalışmada da bir öncekine benzer şekilde kendine güven ve bağımsızlık duygusunda, empati becerisinde, esneklikte, maneviyatta, yaratıcılıkta artma ve hayata bakış açısında değişim gibi pozitif değişiklikler bildirilmiştir (26).

Başta şizofreni ve bipolar affektif bozukluk (BAB) olmak üzere psikiyatrik hastalığa sahip bir bireye bakım verme işi bakım veren yakını için zaman zaman oldukça fazla yük getiren bir durum haline gelebilmekte, bakım verene getirdiği yük konusunda da hatırı sayılır derecede literatür bulunmaktadır (27). Bakım verme işinin olumsuz anlamdaki sonuçlarıyla ilgili tatmin edici derecede çalışma olmasına rağmen psikiyatrik hastalığı olan bireye bakım vermenin olası olumlu sonuçları ile ilgili çalışmalar oldukça azdır.

BAB'nin hem atak hem de remisyon dönemlerinde aileye yük getirdiği, bakım verene negatif yönde etkilerinin olduğu bilinmektedir (28,29). BAB'nin aileye getirdiği yük ile ilgili çalışmalar olmasına rağmen, literatürde BAB ile ilgili TSG'yi inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmanın amacı bipolar affektif bozukluğu olan hastalara bakım verenlerde TSG'nin varlığını ve ilişkili olabileceği öngörülen etmenleri (hastalığın klinik özellikleri, bakım veren yükü, problemle baş etme yöntemleri, sosyal destek, bakım verenin kişilik özellikleri gibi) incelemektir. TSG ile ilişkili faktörler saptandığında, “Bakım verme gibi zor ve bakım verene oldukça fazla yük getiren bir durumdan nasıl pozitif sonuçlar çıkartabiliriz, buna yönelik nasıl psikososyal çalışmalar yapabiliriz?” gibi sorulara yanıt aranmaya, bu konudaki literatür boşluğu doldurulmaya çalışılacaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUK

#### 2.1.1. Terminoloji ve Tanım

Emosyon (duygu) Latince (emovere; e=dışarı, movore=hareket) kökenli bir kelime olup bireyi kaçma ve saldırma gibi bir eyleme iten, otonomik etkinlik artışı bulgularının eşlik ettiği, birtakım öznel değişikliklerin yaşandığı bir uyarılmışlık hali olarak tanımlanabilir. Duygulanım (affekt), emosyonel durumun gözlenebilir, dışa yansıyan veya nesnel görünümleridir (30). Neşe, öfke, üzüntü, nefret, sıkıntı örnek olarak verilebilir. Duygudurum (mood) ise bireyin bir süre, değişik derecelerde belirli bir duygulanım içinde bulunuşudur (31). Duygudurum bozukluğu kişinin genel duygudurumundaki bir bozulma, dış şartlara ve durumlara göre uygunsuz bir duygudurum içinde olması halidir (32).

Duygudurum bozukluğunu tanımlayabilmek için duygudurum ataklarının özelliğini belirlemek gerekir (32). Ataklar manik, hipomanik, depresif ve karma ataklar olarak tanımlanır. Depresif ataklar, üzüntü, elem ve hüznün duygusunun hakim olduğu çökkün duyguduruma eşlik eden düşünce, konuşma ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, isteksizlik, karamsarlık ve intihar düşüncelerinin bulunduğu bir dönemdir (31). Manik ataklar, çökkünlük durumunun tam tersi, aşırı neşeli, bazen öfkeli, coşkulu bir duyguduruma eşlik eden düşünce, konuşma ve devinimde hızlanma, azalmış uyku, aşırı hareketlilik, artmış benlik saygısı, aşırı güçlülük, taşkınlık ile giden büyüklük duyguları ve sanrıları gibi özelliklere sahip bir dönemdir (31).

Bipolar affektif bozukluk, belirli bir düzen olmaksızın tekrarlayan manik, depresif ya da her ikisini de kapsayan karma ataklarla giden ve bu ataklar arasında kişinin oldukça sağlıklı duygudurumuna (ötimi) dönebildiği, genellikle yaşam boyu süren, kronik seyirli bir hastalıktır (33).

### 2.1.2. Tarihçe

Bipolar affektif bozukluk, yaklaşık 2500 yıldan bu yana, insanlık tarihinin en sık görülen hastalıkları arasında tanımlanmıştır. Tarihte mani ile melankoli tanımları ilk kez eski Yunan ve Roma döneminde kullanılmıştır. Milattan önceki yıllarda Hipokrat, iştahsızlık, ümitsizlik, uykusuzluk, çabuk sinirlenme ve huzursuzluk şeklindeki klinik görünüm için “melankoli” tanımını kullanmıştır (34). Kapodokyalı Areatus, melankoli ile mani arasında bir bağlantı olduğunu, aynı hastaların bu iki rahatsızlığı farklı zamanlarda yaşadığını gözlemlemiştir (35). Orta çağda ruhsal çökkünlük üzerine ilginç olgu örnekleri vererek duygudurum bozukluklarını tanımlayanlardan biri de İbni Sina olmuştur (31). Kraepelin, diğer birçok ruhsal rahatsızlıkla ilgili sınıflandırma çalışmalarının yanı sıra psikozları, “erken bunama”(demantia praecox ya da şimdiki ismiyle şizofreni) ve “manik depresif delilik” olarak ayırmıştır. 1895 de ise manik depresif hastalığı tanımlayarak bu hastalık için üç önemli tanı ölçütünü öne sürmüştür: Depresyon ya da öfori tarzında yoğun emosyonel tonüs, daha önceki sağlıklı işlevselliğe geri dönebilme özelliği, hastanın yaşamı boyunca tekrarlayan ataklar yaşaması (35). Bleuler, affektif bozukluk terimi daha önce melankoli için ortaya atılmışken, “affektif bozukluklar” başlığı altında depresif ve manik sendromları bir araya toplamıştır (35). Leonard, Kraepelin’in manik depresif hastalık tanımını, manik ve depresif ataklarla giden “bipolar bozukluk” ve sadece depresif ya da sadece manik ataklarla giden “monopolar bozukluk” olmak üzere iki alt gruba bölmeyi önermiştir. Bu terimler kullanıma girdikten sonra bipolar bozukluk tanımı içine sadece manik ataklarla gidenler dahil edilirken, sadece depresif ataklarla giden hastalar “unipolar” olarak adlandırılmış ve bu şekilde kullanıma yerleşmiştir (35). 1970’lerde psikopatolojilerin sınıflandırılması ile ilgili önemli çalışmalar yapılmış ve bu hastaların tümü için “duygulanım bozukluğu” tanımı kabul görmüştür. BAB ve depresif bozukluk arasındaki bağlantıyı inceleyen birçok kuram ileri sürülmüşse de, bu iki durum ayrı bozukluklar olarak ele alınmaktadır (35). Angst ve Akiskal (36) hastalığın klasik mani ya da depresyon görünümleri dışında, çeşitli duygudurum dönemlerini de kapsayan karmaşık görünümlerden söz etmişlerdir: bipolar-I, bipolar-II, siklik bipolarite, bipolar-III, disforik mani, spontan mani, unipolar depresyon gibi. DSM III sınıflandırmasının kullanıma girmesi ile o günlerde üzerinde fikir birliği olan “affektif bozukluklar” tanımı kabul edilmiş ve affektif bozukluklar içinde temel ayrım, bipolar ile major depresyon arasında yapılmıştır (37). DSM III-R

sınıflandırması ile “duygudurum bozuklukları” tanımı tercih edilmiştir (38). DSM IV sınıflandırmasında dört tip BAB yer almıştır: BAB tip I, BAB tip II, siklotimi, başka türlü adlandırılmayan bozukluk. DSM IV antidepresan tedavinin yol açtığı manik atakları BAB tip I’in içine almayıp, “maddenin neden olduğu manik atak” tanımı altında ayrıca ele almıştır (39). DSM IV-TR sınıflandırması DSM IV’den farklı olmayıp burada yer alanlar: BAB tip I, BAB tip II, siklotimi, başka türlü adlandırılmayan bozukluk, ...’e bağlı duygudurum bozukluğu, madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu (40). DSM-V sınıflandırmasında DSM-IV-TR’den farklı olarak bipolar ve ilişkili bozukluklar terimi kullanılırken, “karma atak” yerini “karma özellikli mani/hipomani ya da depresif atak” tanımına bırakmıştır. Madde/ilaçla ortaya çıkan, diğer tıbbi durumlardan kaynaklanan, diğer belirlenmiş/belirlenmemiş bipolar ve ilişkili bozukluklar ayrı başlıklar altında yer almıştır (41).

### **2.1.3. Epidemiyoloji**

Duygudurum bozuklukları neredeyse 2500 yıldır insanlığın en sık görülen hastalıkları arasında tanımlanması rağmen ancak yakın zamanlarda önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmeye başlanmıştır (34). BAB’nin tanı ölçütlerindeki farklılıklar ve farklı ölçeklerin kullanılması, kültürel ve genetik etkenler yaygınlık oranlarında değişikliklere sebep olabilmektedir (42).

BAB tip I’in yaşam boyu yaygınlığı %0-2.4 arasında değişmektedir. BAB tip II’nin yaşam boyu yaygınlığı ise %0.3-4.8 ve siklotiminin yaşam boyu yaygınlığı ise %0.5-6.3 arasındadır. Tüm BAB spektrumu için verilen yaşam boyu yaygınlık oranının %2,6-7,8 arasında; nokta yaygınlık oranının ise %0.4-0.5 arasında olduğu belirtilmektedir (43).

Unipolar depresyonun aksine BAB’de prevalans veya insidans açısından cinsiyet farkı görülmemektedir. Bununla birlikte ataklar, cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Örneğin; erkeklerde ilk atak daha çok manik özellikte olup, sonrasında da manik ataklar kadınlara göre daha sıktır. Buna karşılık BAB tip II, karma/disforik mani, kış depresyonu, atipik özellikli bipolar depresyon ve hızlı döngülü BAB alt grupları kadınlarda daha sık izlenir (44).

BAB için başlangıç yaşı 18-44 yaşları arası (ort. 20 yaş civarı) olup, 50 yaşından sonra riskin azaldığı ileri sürülmüştür (35).

İrk veya etnik köken ile BAB arasındaki ilişki hakkındaki bulgular zayıf ve tutarsızdır (45). İkiz çalışmalarında monozigot ikizlerde eş hastalanma oranı 0,67-1.00 iken dizigot ikizlerdeki eş hastalanma oranı 0,20 olarak değerlendirilmiştir. Eş hastalanma oranlarındaki bu belirgin fark bipolar bozukluk üzerine genetik etkinin önemini vurgulamaktadır (46). Aile çalışmaları da hastalığın kalıtsal özelliğini kuvvetle desteklemektedir. Ebeveynlerinden birinde BAB tip I tanısı olan çocuklarda bir duygudurum bozukluğu gelişme olasılığı %25 iken, her iki ebeveyninde BAB tip I tanısı olan çocuklarda bir duygudurum bozukluğu gelişme olasılığı %50-75 arasındadır (47).

BAB hastalarında intihar girişimi %25-50, intihar girişimi sonucu ölüm oranları ise %10-15 olarak bildirilmiştir (34).

#### **2.1.4. Gidişat ve Sonlanma**

BAB ataklarla seyreder. Yineleyici bir gidiş gösterir. Tek bir atak görülme olasılığı düşüktür. Ataklar arasındaki süre, atak sayısı arttıkça kısalır (48). BAB, hastaların üçte ikisinde düzensiz bir mevsimsel gidiş göstermekle birlikte, manik atak yaz mevsiminde, depresif atak ise ilkbahar ve sonbaharda daha sık görülür. Mevsimsel seyir %20-25 oranında görülür (43). Uzun süreli izlemede BAB hastalarının yüzde 15'inin iyileştiği, %45'inin iyi olduğu ama birçok atak yaşadığı, %30'unun kısmen düzeldiği ve %10'unun kronikleştiği belirtilmiştir (43). Erken başlangıç, erkek olmak, düşük sosyoekonomik düzey, ailede BAB öyküsü varlığı, ayrılmış ya da hiç evlenmemiş olmak, alkol ve madde kullanımı olması, psikotik belirtilerin bulunması, atak sayısının çok olması, hızlı döngülü olması kötü prognoz göstergeleridir (35). Manik atağın kısa sürmesi, geç başlangıç, intihar düşüncelerinin olmaması veya az olması, eşlik eden psikiyatrik veya tıbbi hastalıkların az olması veya olmaması iyi prognoz göstergeleridir (43).

### 2.1.5. Sınıflama

#### **DSM-V'e Göre Bipolar ve İlişkili Bozukluklar Ölçütleri**

**Bipolar Affektif Bozukluk Tip I:** En az bir mani dönemi için tanı ölçütlerinin karşılanmış olması gerekir. Mani döneminin öncesinde ya da sonrasında hipomani ya da major depresyon dönemleri bulunabilir.

**Bipolar Affektif Bozukluk Tip II:** En az bir hipomani dönemi için ve en az bir major depresyon dönemi için tanı ölçütlerinin karşılanmış olması gerekir. Hiçbir zaman mani dönemi geçirmemiştir.

**Siklotimik Bozukluk:** En az iki yıl süreyle hipomani dönemi için tanı ölçütlerini karşılamayan hipomanik belirtilerin olduğu birçok dönemin ve bir majör depresyon dönemi için tanı ölçütlerini karşılamayan depresif belirtilerin olduğu birçok dönemin olmuştur. İki yıllık dönemin en az yarısında hipomani ve depresyon dönemleri olmuştur ve kişinin, bir kerede belirtisiz kaldığı iki aydan daha uzun bir süre olmamıştır. Major depresyon, mani ya da hipomani dönemi için tanı ölçütleri hiçbir zaman karşılanmamıştır.

**Maddenin/İlacın Yol Açtığı Bipolar ve İlişkili Bozukluk:** Klinik görünümü belirgin ve sürekli bir duygudurum bozukluğu egemendir ve bu klinik durum, çökkün duygudurum ile birlikte ya da olmadan, kabarmış taşkın ya da çabuk kızan bir duygudurum ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu ile belirlidir. Bu belirtiler, madde entoksikasyonu ya da yoksunluğu sırasında veya ertesinde, ya da ilaç alımına bağlı olarak gelişmiştir.

**Başka Bir Sağlık Duruma Bağlı Bipolar ve İlişkili Bozukluk:** Klinik görünümü egemen olan, kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve etkinlikte ve içsel güçte olağandışı ve sürekli bir artış durumunun olduğu belirgin bir dönemin olması. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularında bu bozukluğun başka bir sağlık durumunun, doğrudan patofizyolojisi ile ilgili, bir sonucu olduğuna ilişkin kanıtlar vardır.

**Diğer Tanımlanmış Bipolar ve İlişkili Bozukluk:** Kısa süren hipomani ve major depresyon dönemleri, yeterli belirti göstermeyen hipomani dönemlerinin yanı sıra

major depresyon dönemleri, daha önceden major depresyon dönemi olmadan hipomani dönemi ve kısa süren siklotimi bu alt başlıkta toplanmıştır.

**Tanımlanmamış Bipolar ve İlişkili Bozukluk:** Tanımlanan bozukluklardan herhangi biri için tanı ölçütlerinin tam karşılanmadığı veya klinisyen tarafınca karşılamamanın özel nedeni belirlenmek istenmediğinde ya da daha özgül tanı koymak için yeterli zaman olmadığında kullanılır.

### **Manik Atak için DSM-V Tanı Ölçütleri**

**A.** Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az bir hafta (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre) süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunması.

**B.** Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:

- (1) benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri
- (2) uyku gereksiniminde azalma
- (3) her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma
- (4) düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı
- (5) dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğunu bildirir ya da öyle olduğu gözlenir.
- (6) amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon
- (7) kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma

**C.** Duygudurum bozukluğu, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte, belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün

dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağırdır ya da psikotik özellikler gösterir.

**D.** Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

### **Hipomanik Atak DSM-V Tanı Ölçütleri**

**A.** Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az dört ardışık gün süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunması.

**B.** Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) sürmüştür, bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir ve belirgin derecede olmuştur:

- (1) benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri
- (2) uyku gereksiniminde azalma
- (3) her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma
- (4) düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı
- (5) dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağınır) olduğunu bildirir ya da öyle olduğu gözlenir.
- (6) amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon
- (7) kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma

**C.** Bu dönem, kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha değişik, işlevsellikte belirgin bir değişikliğin görüldüğü dönemdir.

**D.** Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarınca gözlenebilir.

E. Bu dönem, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte, belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağırdır. Psikotik özellikler varsa, söz konusu dönem, tanım olarak mani dönemidir.

F. Bu dönem, bir maddenin fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

### **Majör Depresif Atak için DSM-V Tanı Ölçütleri**

A. Aynı iki haftalık bir dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az birinin ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da artık zevk alamamadır.

- (1) çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir ya da bu durum başkalarınca gözlenir.
- (2) bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunur.
- (3) kilo vermeye çalışırken çok kilo verme ya da kilo alma ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma
- (4) neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma
- (5) neredeyse her gün, psikomotor ajitasyon ya da yavaşlama
- (6) neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması
- (7) neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları
- (8) neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama
- (9) yineleyici ölüm düşünceleri, özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama

**B.** Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte neden olur.

**C.** Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Ataklara ilişkin tanı ölçütlerinin yanı sıra mevcut duruma ait bazı belirleyiciler de DSM V’te ayrıca yer almıştır. Bu belirleyiciler bunaltılı sıkıntı, karma özellikler gösteren, hızlı döngülü, melankoli özellikleri gösteren, atipik özellikler gösteren, duygudurumla uyumlu psikoz özellikleri gösteren, duygudurumla uyumsuz psikoz özellikleri gösteren, katotoni ile giden, doğum zamanı başlayan, mevsimsel örüntü gösteren olarak betimlenmiştir (41).

#### **2.1.6. Etiyoloji**

Çok sayıda çalışma yapılmasına karşın BAB’nin etiyolojisi bugüne kadar kesin olarak gösterilebilmiş değildir. Biyolojik ve psikososyal etkenlerin etkileşimiyle ortaya çıkan duygudurum bozukluklarının biyolojik etkenleri arasında genetik etkenler, nöroendokrin etkenler ve nörotransmitter etkenler ana başlıklar altında incelenebilir (31).

#### **2.1.7. Tedavi**

Yaşam boyu tedaviyi ve tedavide biyopsikososyal yaklaşımı zorunlu kılan bu hastalığın tedavisinde sağaltımın bel kemiğini ilaçların oluşturmasının yanı sıra sadece hastalığı değil, hastayı ve yakınlarını da anlamamız gerekmektedir (49). Tedavi amaçları akut dönemde alevlenmeyi yatıştırmak, davranış kontrolü sağlamak, uykuyu düzenlemek, atağı sonlandırmak olarak; remisyon döneminde, relaps ve rekürrenslerin önlenmesi, sağlıklı ruhsal yaşamı sürdürmek, işlevsel yönden düzelme olarak sıralanabilir (35). Birkaç hedefe birden yönelik yapılan tedavide ilaçların tek başına yeterli olmadığı görüldükçe psikososyal girişimler giderek daha çok gündeme gelmektedir. Tedavi ekibinin en önemli yardımcı olan hasta yakınları, kronik hastalıkla baş ederken hasta kadar güçlükleri olabilir. Özellikle atak dönemlerinde aile üyelerinin yakınlarından yardım almalarını ve dinlenmelerini önermek yararlı olacaktır (49).

## **2.2. BAKIM VEREN YÜKÜ**

### **2.2.1. Bakım Verme ve Yük Kavramı**

Bakım veren kişi, hastanın bakımını yapmak ya da gözlemlemekten sorumlu olan kişi şeklinde tanımlanmıştır (50). Birinci derecede bakım veren kişi, hastanın günlük yaşantısının merkezindedir ve genellikle hastalıkla ilgili olarak hastanın sosyal ağıyla temas halindedir (51).

Bakım verenlerin yükü kavramı, ilk kez 1963 yılında Grad ve Saisbury tarafından ortaya atılmıştır. Bakım verme sürecinin, bakım veren kişiler üzerindeki olumsuz etkilerini ortaya koymaya çalışan araştırmacılar, “yük” kavramını tanımlamıştır. Bakım verme esnasında bakım verende oluşan bedensel ve duygusal etkiler, “yük” olarak tanımlanan durumun ortaya çıkmasına neden olmaktadır (52).

Bakım veren yükü, bakım sunarken yaşanabilen fiziksel, psikolojik, sosyal veya ekonomik stres etkenlerine verilen çok boyutlu bir yanıt olarak tanımlanmaktadır (53). Bakım verenlerin yaşamlarındaki aile hayatı, sosyal yaşam gibi diğer taleplerden kaynaklanan anlaşmazlıklar ile bakım vermenin kronik ve yoğun yapısı birleşince bakım veren yüküne yol açabilmektedir. Ailenin bakım verme sorumlulukları arttıkça, bakım sunma-bakım alma ilişkisinin, bakım verenin yaşamını sıkıntıya sokan tek yönlü, bağımlı, yoğun, uzun dönem zorunluluğa dönüşmesine neden olur (51). Bakım verenler ile ilgili olarak yapılmış araştırmalar, bakım vermenin, uzun süreli bakım gerektiren yakınlarına bakımdan birinci derecede sorumlu kişilerin üzerlerinde yoğun bir fiziksel ve duygusal yük hissetmelerine neden olduğunu göstermiştir (54).

Montgomery ve arkadaşları (55) bakım verme yükünü nesnel ve öznel yük olarak iki boyutlu bir fenomen şeklinde tanımlamışlardır.

Nesnel yük, ev halkının ve bakım verenin yaşamının çeşitli yönlerindeki değişiklikleri veya aksaklıkları içerir (55). Ailenin yaşantısında hastanın hastalığının, aktivite kısıtlılıklarının, yardım ve görev tiplerinde harcanan zamanın ve sarf edilen finansal kaynakların sebep olduğu aksaklıklarla ilgilidir (56). Bakım verme işinin bakım vericinin yaşamının üzerine etkisi çok yaygın ve zarar verici boyutta olmaktadır. Bu bakım verme işinin oluşturduğu gereksinimler, kişinin diğer rolleri ile bakım rolleri arasında bir çatışma oluşturmaktadır. Bunlar aile ilişkileri, aile rutinleri, eğlence,

çalışma, sosyal aktiviteler, sosyal ilişkilerde değişimler kadar hastalığın ekonomik etkilerini de içermektedir. Rollerdeki bu değişimler hastalığın nesnel yükü olarak görülmektedir (57,58).

Öznel yük, bakım verenin bakım sunma yaşantısına yönelik davranışını veya duygusal tepkisini içine almaktadır (55). Öznel yük, duygusal durum, fiziksel durum, finansal ve çalışma ortamları gibi alanlarda aile bireyinin yaşadığı hissedilen gerginliğin miktarıyla ilgilidir (56). Bazı araştırmacılar, öznel yükü, bakım vericinin içinde bulunduğu durum nedeniyle duygularında ortaya çıkan değişiklikler, bu duruma karşı tutumlar ve duygusal tepkileri olarak tanımlamışlardır (57).

Dunkin (59), bakım verme işinin belirgin bir şekilde psikolojik ve fizyolojik problemlerin gelişimi ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Uzun süreli bakım verme; sağlık, sosyo-ekonomik durum, psikolojik durum gibi yaşam kalitesinin göstergeleri olan alanları etkileyen bir süreçtir. Bakım verenin yaşadığı “yük” depresyon, anksiyete, tükenmişlik, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon, ekonomik güçlükler gibi yaşam değişiklikleri ortaya çıkarır.

Bazı çalışmalarda, bakım verenlerin, bakım verme işinden dolayı sağlıklarının bozulduğu vurgulanmıştır. Bakım verenleri risk altındaki topluluklar olarak bildirmişlerdir. Bakım verenlerin %60,6’sı bakım verme görevlerinden dolayı kendilerine ayıracak zamanları olmadığını, %78,8’unun kendilerini yorgun hissettiklerini, % 84,9’unun hasta ile iletişimde güçlükler yaşadıklarını, %56,9’unun ise ekonomik güçlükler yaşadıklarını ifade etmişlerdir (60,61).

Yapılan bir araştırmada, tüm bakım verenlerin %23’ünün kadın ve %13’ünün erkek eşler olduğu bildirilmiştir (50). Altun’un (62) yaptığı bir çalışmada ise bakım verenlerin %74’ünün kadın ve %34’ünün eşlerine bakmakta oldukları belirtilmiştir. Kadınların bakım vermeyi eski sorumluluklarının devamı olarak gördükleri, erkeklerin ise bakım verme gereksinimlerine daha uzak oldukları bildirilmiştir.

### **2.2.2. Psikiyatrik Bozukluklarda Bakım Veren Yükü**

Psikiyatride reform sayılabilecek deenstütializasyon hareketinin yaklaşık 50 yıl önce başlaması ile pek çok aile ciddi mental hastalığı olan hastaları ile ilgilenmek ve

onlara bakım vermek durumunda kalmışlardır. Bu hareket, hastaların topluma katılımı ve sosyal yaşama dönüşlerine imkan tanısa da ihtiyaç duyulan kaynağın büyük kısmı ailelerden sağlanmıştır. Hastanelerden çıkarılan hastaların büyük çoğunluğu aileleri ile yaşamaya başlamışlardır (63). Kronik ruhsal hastalığı bulunanların %50-90'ı, akut psikiyatrik tedavi sonrasında akrabalarıyla birlikte yaşamaktadır (64).

Ruhsal bozukluklarda tedavilerin toplum temelli olmaya başlaması, yataklı kurumlar dışında aile içinde geçirilen sürelerin uzamasına ve ailelerin hastaların bakımında daha aktif rol üstlenmelerine neden olmuştur. Bu nedenle hastalığın seyrinin bakım verenlerin davranışlarına ve bakım verenlerin davranışlarının hastalık seyrine etkisi üzerine olan ilgi artmıştır (65-67).

Ağır psikiyatrik hastalığı olan bir kişi ile yaşayan aile üyelerinin bakım verme sorumluluğu sonucunda sosyal, ekonomik, duygusal durumundan ve yaşadığı çevreden kaynaklanan sorunlar ailenin yükü olarak değerlendirilebilir (68).

Ev halkının hastalarını sürekli gözetim ve denetim altında tutması günlük yaşantılarının büyük bir bölümünü kapsadığı gibi, ailenin diğer üyeleri hastaların yerine getirmediği işlevleri de yüklenmek durumunda kalmaktadır. Bu durumda aile üyeleri, sevdikleri birinden bekledikleri ilişki, destek ve isteklerin yerine getirilmesinden yoksun kalmaktadır (69).

Ailenin maddi durumu bozulabilir, hastanın çalışma süreleri kısılabılır, hatta çalışamaz hale gelebilir. Hastanın yardım ve desteğe olan ihtiyacı nedeniyle yakını işini bırakmak zorunda kalabilir, ailenin ekonomik yükü artabilir. Özellikle evin geçimini sağlayan bireyin hastalanması aileyi çok zor durumda bırakabilir (69).

Toplumsal etkinlik ve ilişkilerde bozulma, ruhsal hastalığı olan bir bireyle yaşamının en olumsuz yönlerinden biridir. Ruhsal hastalığın çevre tarafından damgalanması ailelerin bu durumu yakınlarından gizlemesi, hatta hastayı gizlemesi gibi sonuçlar doğurabilir. Bu da toplumsal desteğin ve ilişkilerin kaybına, bu nedenle aile bireylerinin ruhsal hastalığa daha da duyarlı olmasına neden olabilmektedir (69).

Ruhsal hastalığı olan birine bakmak, aile yaşamında önemli bozulmalara yol açabilir ancak tüm aile üyeleri rollerini yük altında gibi hissetmezler. Cohen ve

arkadaşları (70), demans hastalarında yaptıkları bir çalışmada bakım vermenin olumlu yönlerinin, bakım vermenin olumsuz sonuçlarıyla (bakım verende depresyon, yük algısı ve sağlık durumu) olan ilişkisini araştırmışlardır. Bakım verenlerin %70'inden fazlasının bakım verme deneyiminin en az bir yönüne karşı olumlu hisler taşıdığını saptamışlardır. Bu olumlu yönler ayrıntılı sorulduğunda bakım verenlerin %22,5'u refakat/arkadaşlık etme, %21,8'i tatmin edici/yapmaya değer bulma, %12,8'i zevk alma, %10,4'ü ise görev/yükümlülük olarak tanımlamışlardır.

Çeşitli ruhsal hastalıklara sahip 20 hastanın (şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar affektif bozukluk, major depresyon) bakım verenlerine, bakım vermenin olumlu ve olumsuz yönlerinin sorulduğu yarı yapılandırılmış görüşmelerden oluşan bir çalışmada bakım vermenin, memnuniyet, sevgi ve gurur gibi olumlu etkilerinin de olduğu belirtilmiştir (71).

21 major depresyon, 17 BAB hastasının bakım verenlerinin, hastaların yatışında ve taburculuklarından 1 yıl sonra değerlendirildiği bir çalışmada; yatış döneminde BAB hastalarının yakınları daha fazla öznel yük, daha kötü aile içi işlevsellik ve daha az ödül hissi bildirmişlerdir. Taburculuktan 1 yıl sonra yapılan değerlendirmede ise BAB hastalarının yakınlarında zorlanmada ve hissedilen yükte azalma ifade edilirken, depresyon hastalarının yakınlarında anlamlı bir değişim bildirilmemiştir. Bakım verenler kazanç hislerini “ihtiyaç duyulma”, “birine yardım edebilme” ve “iyileşmekte olduklarını görme” şeklinde betimlemişlerdir (72).

Bakım vermenin olumlu ve olumsuz yönleri ile baş etme şekillerinin araştırıldığı başka bir çalışmada, bakım verenlerin yük algıları kadar, bakım vermenin tatmin edici yönüne yönelik algılarının da yüksek olduğu saptanmış, bu olumlu algıların belirlendiği cümleler 6 alt kategoride toplanmıştır: %30,3'ü “Sağladığı bakım nedeniyle hasta ve diğerleri tarafından takdir edilmek ve tatmin hissi”, %22,8'i “Kişilik ve yaşam deneyimi edinme”, %13,6'sı “Faydalı baş etme şekilleri edinme”, %13,1'i “Aile içi ilişkilerde ve bağlılıkta artış”, %12,1'i “Davranış ve düşüncelerde değişim”, %8,2'si, “Başkaları tarafından desteklenme deneyimi” yaşadıklarını belirtmişlerdir (73).

### 2.2.2. Bipolar Affektif Bozuklukta Bakım Veren Yüğü

BAB hastaların yakınlarının yaşadığı yük hissi yüksek oranda bildirilirken (74,75), bazı araştırmalar bakımının yükünün BAB'un klinik sonuçlarını etkileyebileceğini göstermektedir (76,77).

Literatür göz önüne alındığında, farklı psikiyatrik hastalıklara sahip bireylerin bakım verenlerinin yüklerinin karşılaştırılması, hastalık özelliklerinin de farklı olması nedeniyle zor olabilir. BAB doğası gereği dönemsel ve döngüseldir, bu nedenle bakıcı yükü zaman içinde şizofreniye veya demansa göre daha fazla değişiklik gösterebilir (76).

BAB, kişisel, tıbbi ve sosyoekonomik seviyede kayda değer derecede sıkıntıya sebep olmaktadır. Unipolar depresif bozukluk ve BAB birlikte, iskemik kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalıklara göre daha fazla yaşam kalitesi düşüklüğüne, verimlilik ve işlevsellik kaybına yol açmaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde duygudurum bozuklukları, yeti yitimine bağlı kayıp yaşam yılı ölçümünde en fazla yük getirici hastalıklardan biri olarak görülmüştür (78).

Geleneksel olarak BAB ile ilişkilendirilen kişisel seviyedeki zorluklar, hastaların kendileri için vurgulanır. Oysaki onları desteklemek ve onlara bakmak durumunda olan aileleri için de hastalığın sonuçları geniş kapsamlı olabildiğinden, evlilik ve uzun süreli ilişkilerde ayrılma oranının yüksek olduğu bildirilmektedir (79,80).

Perlick ve arkadaşları (28), bakım verenlerin % 93'ünün, hastanın yatarak veya ayaktan takip için bir sağlık kuruluşuna alınmasıyla ortalama veya yüksek seviyede bakım veren yükü yaşadıklarını ve %70'inde bu durumun 15 ay sonra da devam ettiğini bildirmişlerdir.

Reinares ve arkadaşlarının (29), en az üç aydır remisyonda olan 86 BAB tanısı almış hasta ve yakını ile yaptıkları çalışmada öznel yükle, hastanın zayıf sosyal ve mesleki işlevselliği, son iki yıl içinde geçirilmiş bir dönem varlığı, hızlı döngülülük öyküsü ve bakım verenin hastanın ilaç alımından sorumlu olması arasında anlamlı derecede ilişki bulunmuştur. Hastalık alt tipi, yaş, eğitim düzeyi, cinsiyet, hastalık süresi, geçirilmiş dönem sayısı ile öznel yük arasında ilişki saptanmamıştır. Geçirilmiş dönem sayısı ile öznel yük arasında bir ilişki olmamasına rağmen, önceki 2 yıl içinde

bir atak yaşamış BAB hastalarının bakım verenlerindeki yük seviyesi anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Bu bulgular yük seviyesinin yakın zamandaki ataklardan etkilenebileceğini göstermektedir (74). Sonuç olarak bakım veren yükü yalnızca ataklar sırasında değil, aynı zamanda ötimi dönemlerinde de hastalığın kliniğini etkileyebilecek bir etken olarak dikkat çekmektedir (29).

Bakıcı yükünün hastanın teşhisinden çok hastanın işlevselliği ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir (81). Judd ve arkadaşları (82), 20 yıllık izlem çalışmalarında hastaların manik/hipomanik belirtilerden daha uzun süreyle depresif belirtiler yaşadıklarını belirlemişlerdir. Toplam süre içinde daha kısa olmasına rağmen, manik ataklar genellikle bir süre hastanede yatmayı gerektirdiğinden kişisel ilişkiler, kariyer planları ve finansal bağımsızlık açısından yıkıcı olabilmekte ve bakım verenlerine ve hastanın kendisine karşı yüksek agresyon riski taşıyabilmektedir. Sosyal işlevselliğin azalması, bakım verenlerde büyük sorunlara yol açabilir ve hastanın iyilik halinin devamı bakımından olumsuz etki yaratabilir (29,74,75,83). Hastaların yaşamlarının büyük bir kısmının remisyon döneminde ve eşik altı belirtileri ile geçirmelerinin bakım veren yükünü etkileyebileceği dikkate alınmalıdır (82).

Ailenin başa çıkma şekilleri de yük ile ilişkili bulunmuştur (84). Yinelemeleri önleme, sonraki duygudurum dönemine dek geçen zamanın uzaması, dönemler arası işlevselliğin iyileştirilmesi, hastanın özerkliğini destekleme ve hastanın tedavisinde bakım verenin sorumluluk düzeyini azaltma BAB’de psikososyal girişimlerin kritik amacı olmalıdır. Bu girişimler hastalıkla ilgili bilgilenmenin artışı ile hasta ve hasta yakınlarının başa çıkma şekillerinin iyileştirilmesine katkıda bulunacağından (85), hastalık seyrini olumlu etkileyecek (86-90), bu durumda bakım verenin yük seviyesini de azaltacaktır (65,91,92).

## **2.3. TRAVMA SONRASI GELİŞİM**

### **2.3.1. Travma Kavramı**

Travmatik yaşantıların; “Bireyin, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşadığı, böyle bir olaya tanık olduğu ya da böyle bir olayla karşı karşıya geldiği durumlardır” şeklinde tanımlandığı görülmektedir (40). Bu tür olayların ardından ortaya

ıkan psikolojik tepkilere sınıflandırma sistemlerinde yer verilmesi çok eskilere dayanmamakla birlikte, yaşanan olayın istemsiz biçimde hatırlanması, uyku bozukluğu, kaçınma davranışları gibi travma sonrası tepkilerin bulunduğu olgulardan uzun yıllardır söz edilmektedir (93).

Travma kavramının tarihçesine bakıldığında; travmatik stres konusuna dair ilk göze çarpan tıbbi yaklaşımda, 19.yüzyılda travmatik yaşantılar sonucu erkek savaş gazileri ve kadınların alkol ve opiyat gibi maddeler ile yaşadıkları psikolojik sıkıntıları bastırmaya çalıştıkları belirtilmiştir. Büyük savaşlar sonucu travma konusunda bilgi ve deneyimler artarak devam etmiştir. I.Dünya Savaşında “Siper Soku” ve “Asker Kalbi”, II. Dünya Savaşında “Muharebe Yorgunluğu” ve “Savaş Nrozu” gibi kavramlar ortaya çıkmış ve bu tanımlamaları takiben Abraham Kardiner “Fizyonroz” kavramını travmatik yaşantılar sonucu oluşan semptomları (atipik rüyalar, kişilikte yaşanan değişimler, korku, irritabilite ve travmatik yaşantıyla uğraş hali içinde olma) ifade etmek için kullanmıştır. Benzer şekilde II. Dünya Savaşı’nda toplama kampındaki kişilerde de kaygı, motor huzursuzluk, uyku sorunları, yorgunluk, fobik tepkiler, aşırı endişeli olma hali ve şüphecilik gibi tepkilerin bulunduğunu belirterek bu duruma “Toplama Kampı Sendromu” adı verilmiştir. II. Dünya Savaşı ile 1941 yılında “Coconut Grove” gece kulübünde çıkan yangından sonra görülen tepkiler psikolojik bir travmaya bağlanarak tanı ltleri içerisinde yerini almıştır (94).

İlk olarak DSM I’de travmatik stres tepkisi farklı bir kategori olarak ele alınmış, sivil ve asker olmak üzere iki tipi olduğu belirtilmiştir. DSM II’de yetişkinlerde uyum bozukluğu başlığı altında ele alınmıştır (94. Psikolojik travma konusunda DSM-III ve DSM–III-R objektif anlamda bir stresörün olması gerektiğini öne sürmektedir. Yani bir olayı travma olarak nitelendirmek için gerçekte var olan olağan dışı bir olayın varlığı lazımdır. DSM-IV’de öznel tepki de devreye sokularak korku, çaresizlik, dehşete düşme gibi bireyin tepkilerinin de önemli olduğu ortaya konulmuştur. Başka bir açıdan psikolojik travma, tip 1 ve tip 2 olmak üzere iki bölüme ayrılabilir. Tip 1 travma denildiğinde; akut, genellikle yetişkin yaşta maruz kalınan doğal afet, trafik kazası, tecavüz, fiziksel saldırı, ciddi fiziksel hastalık gibi durumlar söz konusuyken, tip 2 travmada ise; dissosiyatif bozukluklar sebebiyle gelişimsel, tekrarlayıcı, çocukluk çağına dayanan istismar ve ihmal gibi durumların olduğu çoğul travmaları barındıran

karışık durumlardan bahsedilmektedir. DSM-IV’de öznel tepkiye yer verilmesiyle birlikte önceden var olan travma tanımının yumuşatılması sonucu bireylerin normal deneyimleri içinde olan pek çok olay travmatik olarak nitelendirilebilir hale gelmiştir. Trafik kazaları, insan eliyle ya da doğal olarak meydana gelen afetler, ölüm olayları, çocuğuna ölümcül hastalık tanısı konulması, önemli bir hastalık tanısı alma, iş yerinde taciz gibi örnekler bu kapsamda ele alınabilmektedir (95).

Stres yaratan bir olayın travmatik bir niteliğinin varlığına dair farklı görüşler vardır. Green (96), travmayı tanımlamak için üç elemanın olması gerektiğini öne sürmektedir. Bunlar; objektif olarak tanımlanan bir olay, bireyin bu olaya öznel olarak yorumu ve bireyin bu olaya duygusal reaksiyonudur. Ancak psikolojik travmaya dair tanımlamalarda farklılıklar da mevcuttur (97). Genel anlamda Tedeschi ve Calhoun bir olayı travmatik olarak nitelendirmek için şu kriterlerin olması gerektiğini ifade etmektedirler; olayın ani ve beklenmedik olması, kontrol edilebilirliğinin az olması, sıradan olmayışı, kalıcı-kronik sorunlar yaratma derecesi, olaya dair diğerlerini suçlamanın varlığı gibi (98).

Fenomonolojik açıdan travmanın tanımına yeniden bakıldığında; travma denildiğinde sadece yaşanan olay kastedilmez, ortaya çıkan durum ve bireyin bundan sonra içine girdiği psikolojik süreç de ifade edilmek istenir. Başka bir ifade ile travma denildiğinde sadece stres yaratan olay değil süreç de ifade edilmek istenmektedir (95).

Travma literatürünün tanımlarına bakıldığında, kanser gibi kronik hastalıklar psikolojik travma olarak kabul edilebilmektedir (99). Ayrıca kanser gibi kronik hastalıkların travma olarak ele alınmasının da ötesinde bireylerin maruz kaldığı tıbbi müdahaleler ve diğer süreçler de böyle bir hastalık tanısı almak kadar travmatik nitelikte olabilmektedir (95).

Psikiyatrik hastalığı olan bir aile üyesine sahip olmak son derece travmatik ve stresli bir durumdur. Bir aile üyesi bu deneyimini şu şekilde ifade etmektedir: “Bu berbat hastalık her şeyi değiştirdi ve biz aile olarak kaçamadık” (25). Bu travmatik yaşantının bazı negatif sonuçları, olumsuz duyguları içselleştirilmesi, sağlıklı kaçınma davranışlarının gelişmesi, self-izolasyon, üzüntü, öfke, suçluluk, utanç duygusu ve yas tutma olarak sayılabilir (26)

Araştırmacılar, yaşanan olumsuz duyguların karmaşıklığı, öznel ve nesnel yük ve şiddetli utanç duyguları birleştiğinde psikiyatrik hastalığı olan bir yakına sahip kişilerin özelleşmiş profesyonel yardıma ihtiyaç duyduklarını belirtmektedirler (100,101). Tüm bu bilgiler ışığında psikiyatrik hastalığa sahip bir bireyin yakını olma ve bunun ötesinde ona bakım verme süreci travmatik bir yaşantı olarak ele alınabilir.

### **2.3.2. Travmanın Etkileri**

Travma yaratan olaylar, yaşamı ve fiziksel bütünlüğü, kişinin dünyadaki yeri ile ilgili ve kendisi hakkındaki değerlerini tehdit eder. Bu çerçevede kendini değerli ve güvende hissetme, dünyayı anlamlı ve kabul edilebilir görme, diğer insanları iyi ve yardımsever bulma, kırılmazlık ve incinmezlik gibi duygular tehdit altında kalır. Bu tür olaylar, insanın gündelik deneyimlerinin dışında kalan, belirli bilişsel şemalara oturmayan ve dolayısıyla anlaşılmaz olan olaylardır (102-105).

Örseleyici olay, olağan insan yaşantılarının dışında bir deneyim olduğu için daima kişileri test eden bir doğaya sahiptir ve kişide mutlaka bir değişime neden olur. Bu tür olaylar sonrasında ortaya çıkan sıkıntı ve stres bir süreklilik kazanabilir ya da kişi için bir gelişme fırsatı olabilir. Ortaya çıkan ilk tepkiler bir hastalık belirtisi değil, doğal bir reaksiyon olarak kabul edilmelidir. Felaketin büyüklüğü ve toplumun kişisel destek hizmetlerinin yetersiz olması bir araya geldiğinde kişilerin felaket sonrasında kendini yenileme fırsatı yakalamaları ve uyum sağlamaları zorlaşır (102,106,107). Travmatik olayın inkar edilmesi, travma anılarının sık sık zorlayıcı düşünceler ve kabuslar biçiminde yeniden yaşanması, bazı araştırmacı ve yazarlarca bilişsel süreçleri yeniden düzenleme ve olaya anlam kazandırılması süreci olarak yorumlanmaktadır. Travmadan sonra ortaya çıkan zihinsel meşguliyetin, travma deneyiminin kabullenilmesine, iyileştirici ve düzeltici davranışların öğrenilmesine yardımcı olduğu, yaşananların kademeli olarak kabul edilmesine ve beklentilere yeniden adapte olunmasına yaradığı belirtilmektedir (103-106).

Travmanın bir başka etkisi de insanda var olan bazı temel varsayımların çığnıenmesidir. Bu varsayımlar kişinin dünyadaki yerini ve güven duygularını, benlik saygısını ilgilendirmektedir. Olağanüstü her olay, insanın kendine ve evrene duyduğu temel güven duygusunu sarsar. Bir felaket öncesinde kendini yeterli ve etkili hisseden bir insan felaket sonrası özsaygı ve güven duygularında ani bir aşınma yaşar. Bir travma

sonrasında birey dünyayı tehlikeli, kendisini de yetersiz olarak algılamaya başlarsa bu düşünce "kontrol kaybı" algısına neden olur. Kontrol kaybı da, bireyde çaresizlik ve umutsuzluğa neden olarak depresyon, anksiyete ve korku yaşanmasına ve tablonun kronikleşmesine neden olmaktadır (104-107).

### **2.3.3. Travma Sonrası Gelişimin Tanımı ve Tarihçesi**

Travmatik bir yaşantının sonrasında temel varsayımlarda ortaya çıkan değişim, travmaya maruz kalan kişide, travma sonrası stres tepkileri ve travmatik olaya bağlı bazı bozuklukların yanı sıra, travma sonrası gelişim kavramıyla ifade edilen bazı gelişmeleri de beraberinde getirebilir. TSG kavramı ciddi bir mücadeleyi gerektiren bir durumun ardından ortaya çıkan olumlu psikolojik değişimi ifade etmek için kullanılmaktadır (108).

Görece yeni bir araştırma alanı olduğundan, yazına bakıldığında travma sonrasında olumlu yönde değişmeyi tanımlamak için hangi terimin kullanılacağı hakkında bile henüz tam bir fikir birliğine varılmadığı söylenebilir. Bu olguyu tanımlamak için araştırmalarda bugüne dek, strese bağlı gelişim (stress-related growth), travma sonrası gelişim (posttraumatic growth), algılanan kazanç (perceived benefit), olumlu uyum (positive adjustment), iyiye gidiş (thriving) gibi terimlerin kullanıldığı görülmektedir (109). Türkiye’de yapılan çalışmalarda da TSG, travma sonrası büyüme, strese bağlı gelişim, ruhsal gelişim gibi ifadelerin ön plana çıktığı görülmektedir (24,110-114).

Tedeschi ve arkadaşları (115), bu olguyu tanımlamak için en uygun terimin TSG olduğunu önermektedirler. Onlara göre bu terim, travma sonrasında insanların, uyum düzeyi, psikolojik işlevsellik ya da yaşantı farkındalığı açılarından travma öncesine göre olumlu yönde değiştiğini/geliştiğini açık şekilde ifade etmektedir. Tedeschi (116), TSG’yi, bazı kişilerin kendilik algılarında, yaşam felsefelerinde ve başkalarıyla olan ilişkilerinde travmatik yaşantılardan sonra görülen “olumlu değişimler” olarak tanımlamıştır. Mevcut çalışmada da söz konusu olgu TSG olarak adlandırılacaktır.

Travmatik yaşantıların, kişilerin bireysel gelişimi için fırsatlar da sunabileceği aslında yüzyıllardır bilinen bir konudur. Din öğretilerinde ve felsefede, travmaların beraberinde getirdiği acı ve zorlukların, insanlar, hatta toplumlar için gelişim kaynağı

olabileceği sıklıkla vurgulanmaktadır. Örneğin, Budizm öğretisinin temelinde, Yunan tragedyaların temalarında, İslamiyet ve Hristiyanlığın bazı öğretilerinde acı çekmenin potansiyel dönüştürücü gücünden söz edilmektedir. Varoluşçu düşünürler, travma ve acı çekmenin gelişimdeki yönünü; travmayı, anlam ve cesaretin yaşantılandığı an şeklinde tanımlayarak vurgulamışlardır. Bu görüşler, acı çekmenin kişisel gelişimdeki rolünden söz eden Kierkegard ve Nietzsche'nin düşüncelerinin uzantısı olarak değerlendirilebilir (115). Yirminci yüzyılda da, yaşam krizlerinin, kişisel gelişim için itici bir güç olabileceğini çalışmalarında ön plana çıkaran ruh sağlığı alanındaki öncüler arasında Caplan, Maslow ve Yalom sayılabilir (108).

Görüldüğü gibi, TSG uzun zamandır bilinen bir olgu olmasına rağmen, son 20 yıl içerisinde sistematik olarak araştırmacıların dikkatini çekmiştir. Bu yıllara kadar bu olguyu özgül olarak araştıran çalışmalar olmasa da, bazı gelişmelerin bir araya gelmesinin bir kavramsal zemin oluşturduğu da söylenebilir (108). Finkel (117) tarafından yürütülen bir çalışmada önlemenin işlevselliğinden yola çıkılarak, travmanın çözümlenmesi ve güçlülük ile gelişime dönüşmesine dair bazı sorulara cevap aranmıştır. Kırk üniversite öğrencisinden kendileri için önemli olan olumlu ve olumsuz yaşantılarını detaylı aktarmaları istenmiştir. Sonuçta, pek çok katılımcı için travma yaşantısının güçlülüğe dönüştüğü ve travma çözümlenmesinin, öncelikle kişinin kendisinin yürüttüğü bilişsel bir süreç olduğu önerilmiştir. Schaefer ve Moos'un (120) 1992 yılında kriz ve gelişim üzerine yazdığı bir kitap bölümünün yanı sıra, 1995 yılında Tedeschi ve Calhoun da (98), bu olguyu sosyal ve davranış bilimleri bakış açısından ele alan ilk kitaplarını yayımlamışlardır. Ayrıca, yazarlar 1996 yılında ölçeklerini geliştirerek söz konusu olgunun nesnel olarak incelenebilmesine olanak sağlamışlardır (1). 1990'larının ortalarından sonra ise, TSG'nin ölçümü ve bu olgunun diğer değişkenlerle ilişkisini inceleyen araştırmalar hız kazanmıştır (108).

Travmatik yaşantılara maruz kalanların zorluklarla mücadelelerinde kendilerinde bazı olumlu değişimler yaşadıklarını gösteren çalışmalara doğal, teknolojik afet ve terör saldırısı (4), savaş (5), yakınıni yitirme (6,7), AIDS (8-10), kalp krizi (11,12), kronik hastalık (13), kanser hastaları ve aileleri (14-18), omurilik hasarı olan hastalar (19), böbrek hastaları (20), cinsel taciz (21,22), otizmlili çocukların ebeveynleri (23) ve

şizofreni hastalarına bakım verenler (24) alanında yapılan çalışmalar örnek olarak verilebilir.

Bir yakının ciddi bir hastalığı gibi, travmatik bir olayla dolaylı yoldan karşılaşan bireylerde de TSG gözlenebilir (16). Thornton ve Perez'in (119) prostat kanseri hastaları ve eşleri ile yaptıkları çalışmada eşlerin de hastalara benzer seviyelerde TSG gösterdiklerini belirtmişlerdir. Benzer şekilde meme kanseri hastalarının kocalarında da eşleri kadar yüksek düzeyde TSG göstermişlerdir (120). Benzer çalışmalar otizmlili çocukların ebeveynleri, şizofreni hastalarına bakım verenler, ebeveynleri kanser tanısı almış çocuklar ile de yapılmıştır (23, 24, 121).

Burada şunu vurgulamanın önemli olduğu düşünülmektedir. Travmalara maruz kalmış kişilerin pek çoğunun, olumsuz psikolojik ve fiziksel zorluklar yaşadığı yıllardır bilinmekte ve rapor edilmektedir. Gelişim olasılığına odaklanmak, sözü edilen olumsuzlukları reddetmek ya da bunların yerini olumlu değişimin aldığı kabulü anlamına gelmemelidir. Ayrıca, bugüne dek elde edilen bulgular, stres ve olumlu değişimin bazen bir arada görüldüğünü ortaya koymaktadır (108).

#### **2.3.4. Travma Sonrası Gelişimin Türleri**

Travma sonrası gelişimin yaşandığı farklı alanlar vardır ve bu alanlarda yaşanan gelişim farklı bireylerde farklı şekillerde ortaya çıkabilir. Başka bir ifadeyle, bir birey bir alanda olumlu değişim ifade ederken diğer alanlarda bu değişimi ifade etmeyebilir. Travma sonrası yaşanan gelişim bireyin kendilik algısında, ilişkilerinde ve yaşam felsefesinde olmak üzere üç ana grupta toplanır (98).

##### **2.3.4.1. Kendilik Algısında Yaşanan Değişim**

*Hayatta Kalana Karşı Kurban İfadesi:* Travma sonrası gelişim için en önemli adım bireylerin kendilerini travmanın kurbanı olarak değil de travma sonrasında hayatta kalan olarak görmelerinde yatmaktadır. Etiketlemenin önemi konusunda, psikotraumatojoloji alanında çalışanlar en az olumsuz şekilde etiketleme açısından bireyleri cesaretlendirmek gerektiğini belirtmektedirler. Hayatta kalan etiketi travmadan etkilenen kişilerin kendilerini özel bir konumda ve güçlü algılamaları ile başlamaktadır (115).

*Kendine Güvenmek:* Travmadan hayatta kalanların başka bir travma ile baş etme becerisini sadece başka bir travma test edebilir, ancak hayatta kalanların sıklıkla güçlü olduklarına ve başka zorluklarda hangi baş etme yöntemlerini kullanacaklarına dair hislerinin geliştiğine değinilmektedir. Bu konuda, yani sonradan ortaya çıkan başka travma yaşamaya dair vaka konusunda literatür sınırlıdır ancak muhtemelen bu bireyler olası bir yeni travmada daha az incinebilir olacak ve önceki deneyimden gelen TSG'yi doğrulayacaklar, gelişim düzeylerini yükselteceklerdir (115).

*Kolay İncinirlik, Hassasiyet:* Travma sonrası gelişim ifade eden bazı bireyler güçlerini tanıyan, incinebilirliklerine, ölümlülüklerine dair artmış farkındalık kazanmış ve yaşamın değerli, kırılgan ve hassas olduğunu anlamış bireylerdir. Travma sonrası gelişim gösteren bireylerdeki güçlenme hissi, sosyal desteğe ihtiyaç duymama ve başkasının incinebilirliğini tanıma ile karıştırılmamalıdır. Güçlülük hissi sosyal destek arama konusunda girişkenlik sağlar ve birey için daha az yararlı olanları da ret etmeye yardımcı olur (115).

#### **2.3.4.2. Kişilerarası İlişkilerde Yaşanan Değişim**

*Kendini Açma ve Duyguları İfade Etme:* Travmatik deneyimlere maruz kalan bazı bireyler duygularını açma ve kendilerini daha açıkça ifade etme konusunda gelişme göstermektedirler. Travmatik deneyim yaşayan bireylerin bildirdiklerine göre sosyal destek onlara fırsat, elverişli zaman sağlamakta ve belki kendilerini şimdiye kadar hiç yapmadıkları alanlarda açığa vurma imkanı bulmaktadırlar (115).Örneğin, kansere bağlı olarak bireylerin eşlerine daha bağlandığı, ilişkilerin güçlendiği ve eşlerde çift yönlü gelişim görüldüğü bulunmuştur (16). Güvenilir olan bireylere duygusal olarak yakın olma yeteneği gibi durumlar travmanın kötü sonucuna bağlı olarak öğrenilen durumlar olabilir. Ancak güvenilir bir bireyin kurbanı olmak, hastalıklar ya da felaketler sonucu olan TSGİ'den farklı olarak bu kişilerarası ilişkiler alanında daha değişik sonuçlara sebep olabilmektedir (122).

*Acıma/Şefkat ve Bu Duyguları Diğer Bireylere Aktarma:* Kişilerarası ilişkilerde hassasiyet/incinebilirlik, empati, şefkat ve acıma güçlenmektedir. Bireylerin kendi hassasiyetlerini fark etmeleri, tanımaları daha şefkatli olmalarını sağlayabilir ve bazı travmalar empati antrenmanı gibi de olabilmektedir. Travmanın kötü sonucu sonrasında oluşan bu acıma/şefkat ve yakınlık/dostluk dışında diğer bireylere yardım etme ihtiyacı

da ortaya çıkabilir. Travmanın hediyesi, diğer bireyler için değil ama hayatta kalanlar için etkili düzeyde olmaktadır. Bireylerde kendi durumlarındaki diğer bireylerle kendi deneyimlerini, bilgilerini paylaşma motivasyonu gelişir. Bu travmatik olayın üstünden belli bir zaman geçtikten sonra ancak zorluğa dayanmanın farkına varma ve hayatta kaldığını anlama gibi sürecin geçilmesinden sonra olabilmektedir. Zor durumda olan diğer bireylere yardım etmek daha fazla iyileşmeye izin vermekte ve hala mücadele edenlerle sosyal karşılaştırma yolu ile bireyin zorluğu hakkında farkındalık sağlanabilmektedir (115).

#### **2.3.4.3. Yaşam Felsefesinde Yaşanan Değişim**

*Yaşamın Değeri ve Öncelikleri:* Bireyin yaşamını tehdit eden bazı travmalar bireyin canının bağışlandığı düşüncesini ve bireye ikinci bir şans verildiği hissini verebilir. Bireyler her günün değerini bildiklerini ve küçük şeylerden daha çok zevk aldıklarını ve de yaşamı daha basit ele aldıklarını belirtmektedirler. Örneğin; major bir stresörün ortaya çıkması yakın ilişkilerde bireylerin daha fazla zaman ayırmaları gerekliliğini fark etmelerini sağlayabilir. Bireyler bu değişimlerin kendilerinin neyin önemli olduğu konusundaki hislerinde yüksek düzeyde olumlu değişim yarattığını bildirmektedirler. Travmanın daha yüksek düzeyde hassasiyet yarattığı ve yaşamının değerini arttırdığı bireyler önemsiz şeylere zamanlarını harcamaktan hoşlanmadıklarını ifade ettikleri belirtilmektedir (115). Bu konuda Yalom, “Varoluş ertelenemez. Kanser hastalarının çoğu şu anda daha dolu yaşadıklarını bilirler. Artık yaşamlarını gelecekteki bir döneme ertelememektedirler. Birey yalnızca şu anda yaşayabileceklerinin farkına varır.” der (123).

*Varoluşla İlgili Tema ve Anlam Arayışı:* John Fowles; “Ölüm daha çok ders veren bir öğretmen gibidir, ön sıraya gelene dek neler söylendiğini gerçekten duyamazsınız” der (123). Birçok travmatik olay yaşam hakkında birçok temel değere işaret etmektedir, bu temel değerler genelde hayatta kalanların eskiden yüzeysel olarak ele aldıkları değerlerdir. Sevilen bir bireyin kaybı, terminal hastalıkla yüz yüze gelmek ya da diğer krizlerle uğraşmak gibi durumlardaki bireylerin travmaya maruz kalmayanlara göre belki daha dürüst olmaları ve temel varoluşsal sorularla daha çok uğraşmaları gerekmektedir. Ancak, varoluşsal sorularla yüz yüze gelmek şüphesiz ki onları başarıyla çözmeye ve cevaplamaya eşit değildir (115).

*Ruhsal (Manevi-Tinsel) Gelişim:* Tedeschi ve arkadaşlarının (115) belirttiği gibi Tanrının varlığına ilişkin artmış his/inanç, cennete gitmek üzere gerekli olduğu düşünülen dini geleneklere artmış bağlılık ya da birinin dini inançlarını daha iyi anlamının gerçekleştiğini, bunun yanında travmanın kötü sonuçlarıyla mücadele etmek zorunda kalmış birçok bireyin dini bir değişim içine girdiklerini ifade etmektedir. Ayrıca dini değişime açıklığın da travmaya bağlı gelişimle ilişkili görüldüğüne değinmektedir.

*Bilgelik:* Psikolojik travmaya olumlu yönde uyum ve bilgelik, Avrupa edebiyatında ve felsefesinde zengin tarihi olan bir konudur. Bunun yanı sıra, olumlu yönde uyumun bir sonucu olan TSG’de bilgelik için bir olasılık olarak tanımlanmaktadır. Teorik bir çerçevede travma sonrası olumlu yönde uyumda rol oynayan bilgeliğin üç örüntüsü olduğu öne sürülmektedir. Bu örüntüler; belirsizliği tanıma ve yönetme, duygu ile bilişi birleştirme ve de birey olarak sınırlarını tanıyıp kabul etmedir. Travmatik uyumda bu örüntüler, bu süreçte ve sonuçlar itibariyle dikkate alınmaktadır (126). Yaşamın değerini ve yaşamda önemli olan öncelikleri anlama, nasıl başarılı ilişki kurulacağını ve zorluklarla nasıl baş edileceğini bilme v.s. gibi niteliklerin bilgelikle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Açıkça görülmektedir ki TSG ve bilgelik arasında sıkı ya da en azından bazı yönlerden ilişki vardır (115).

### **2.3.5. Travma Sonrası Gelişim İle İlişkili Değişkenler**

Travma sonrası gelişim sürecinin ve bu olguyla ilişkili değişkenlerin incelenmesi, travma sonrası tepkilerin bütüncül bir yaklaşımla anlaşılması açısından önem taşımaktadır. Bu nedenle, TSG ile ilişkili değişkenlerin açıkça belirlenmesi gerekir (109).

#### **2.3.5.1. Yaş**

Travma sonrası büyümenin yetişkinlere uyan bir yapı olduğu söylenebilir, çünkü bu olgu travmanın ardından şemalardaki değişim süreci ile ilişkilidir. Yine aynı nedenle, genç yetişkinlerin TSG yaşama olasılığı yaşlılara göre daha fazladır, çünkü gençler için öğrenmeye daha açık olma söz konusudur (3).

Gençlerde TSG’nin daha yüksek olduğunu gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (125). Polatinsky ve Esprey (7) çocuklarını kaybeden aileler ile

yaptıkları çalışmada genç kişilerin, travma sonrası gelişim ölçeğinden daha yüksek puanlar aldıklarını belirtmişlerdir. Danhauer ve arkadaşları (126) ve Lechner ve ark. (127), genç kanser hastalarında daha fazla oranda TSG belirlemiştir. Davis ve arkadaşları (6), kişinin kendi ölümüne zamansal yakınlığının, yaşlı insanların kendi ölümüne daha yakın oldukları düşüncesiyle daha çok endişe içinde olmaları nedeni ile, daha az TSG ile ilişkili olduğunu belirtmektedirler. Evers ve arkadaşları (128), kronik bir hastalıkla daha uzun zaman geçireceğini öngören genç kişilerin hastalıklarının iyi yönlerini bulma konusunda daha istekli olduklarını belirtmişlerdir. Milam ve arkadaşları (129), 435 adölesan katılımcı ile yaptıkları bir çalışmada yaş ile TSG arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmada yaş arttıkça TSG gelişimin daha fazla olduğu saptanmıştır. TSG gelişimi için belirli bir gelişimsel olgunluğun gerektiği söylenebilir (109).

Bununla birlikte yaş ile TSG arasında bir ilişki saptamayan araştırmalar da mevcuttur. Diyabet hastalarıyla yapılan çalışmada, yaşla TSG arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir (130). Benzer şekilde; Svetina ve Nastran'ın (131) meme kanseri hastalar ile yaptığı çalışmada ve Thornton ve Perez'in (119) prostat kanseri hastaları ve eşleri ile yaptıkları çalışmada TSG ile yaş arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

#### **2.3.5.2. Eğitim**

Yapılan çoğu çalışmada eğitim düzeyinin TSG ile ilişkisinin olmadığı belirtilmektedir (125). Svetina ve Nastran'ın (131) meme kanseri hastalar ile yaptığı çalışmada ve Güven'in (134) Marmara depremi sonrası yaptığı tez çalışmasında eğitim düzeyi ile TSG düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Yaş ile benzer şekilde eğitim düzeyi ve TSG ilişkisi ile ilgili de literatürde farklı sonuçlara rastlanmıştır. Fontana ve Rosenheck'in (5) Vietnam gazileri ile yaptıkları çalışmada ve Updegraff'ın (10) HIV enfeksiyonu olan kadınlar ile yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi ile TSG arasında pozitif yönde bir korelasyon saptanmıştır. Ancak literatürdeki bazı çalışmalar tam aksini iddia etmektedir. Örneğin Urcuyo ve arkadaşlarının (133) meme kanseri olan kadınlara ile yaptığı çalışmada eğitim düzeyi yüksek kişilerde daha az oranda TSG saptamışlardır. Tip 2 diyabet hastalarıyla yapılan çalışmada eğitim düzeyindeki artışın TSG ile negatif yönde ilişkili olduğu sonucuna

ulaşılmıştır (130). Benzer bulgular Widows ve arkadaşlarının (18) ve Tomich ve Helgeson (134) yaptıkları çalışmalarda da saptanmıştır.

#### **2.3.5.3. Cinsiyet**

Çalışmaların büyük çoğunluğunda erkeklere göre kadınların travma sonrası daha çok stres yaşadıkları belirtilmiştir. Benzer şekilde TSG kadınlarda daha fazla görülmüştür (115,135,136). Çocuklarını kaybeden anne babalar ile yapılan bir çalışmada cinsiyetler arası bir farklılık bulunmamış, örneklem sayısının düşük olduğu ve kadınlar lehine anlamlı olmayan bir eğilim olduğu belirtilmiştir (7,109). Güven'in (132) yaptığı çalışmada kadınların TSG düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Güneş (137), kadınlarda erkeklere oranla daha fazla TSG izlendiğini belirtmiştir. Bu bulgunun, kadınların aynı zamanda travmanın etkilerine daha açık olmaları ile açıklanabileceğini ifade etmiştir. Travmayla birlikte önceki inanç, hedef ve varsayımların gözden geçirilmesi, varsayımsal dünyanın travmayla bütünleşmiş bir şekilde yeniden inşa edilebilmesi için bu yaşantının bilişsel sarsılmaya neden olacak kadar şiddetli olması beklendiğinden, kadınların deneyimlediği travma şiddeti, erkeklere oranla daha yüksek olduğundan, bu durumun kadınlar için TSG sürecini de tetikleyebilir olabileceğini belirtmiştir.

Tip 2 diyabet hastalarıyla yapılan çalışmada, kadınlar ve erkekler arasında TSG açısından anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (130).

#### **2.3.5.4. Sosyoekonomik düzey**

Yapılan bir derlemede, birçok çalışmada gelir düzeyinin TSG ile ilişkisinin olmadığı ifade edilmektedir (125). Kanseri (18,127,138), multipl skleroz (142), HIV/AIDS (129,140,141) ile ilgili yapılan çalışmalar örnek olarak verilebilir.

Tip 2 diyabet hastalarıyla yapılan çalışmada gelir düzeyindeki artışın TSG ile negatif yönde ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (130). Benzer bulgular, Tomich ve Helgeson'ın (134) yaptıklarını çalışma ve Widows ve arkadaşlarının (18) yaptıkları çalışmada da saptanmıştır.

Cordova ve arkadaşlarının (14) çalışmasında gelir düzeyi yüksek olanlarda daha fazla TSG izlendiği saptanmıştır. Updegraff'ın (10) çalışmasında benzer bir ilişki gösterilse de bu çalışma, gelir düzeyi düşük katılımcılar ile yapılmıştır. Gelir düzeyi ile TSG ilişkisinin nedensel mekanizması açık değildir. Bu ilişki TSG ile teorik ilişkisi daha açık olan psikososyal değişkenler ile açıklanabilir (109).

#### **2.3.5.5. Medeni durum**

Diyabet hastalarıyla yapılan çalışmada medeni durumla TSG arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir. Fakat bu çalışmada katılımcıların %80'i gibi büyük bir kısmının evli olmasından dolayı bekar, dul ve boşanmış bireylerle aralarında yeterli bir karşılaştırmanın yapılamaması bir kısıtlılık olarak değerlendirilmiştir (130). Düzce depreminden sağ kurtulanlar ile yapılan çalışmada evli olma ile TSG arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (142). Güven'in (130) yaptığı çalışmada medeni durum ile TSG düzeyi arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

Bayraktar'ın (143), 78 kanser hastası ile yaptığı çalışmasında TSG toplam ve alt ölçek puanları ile ilişkili olan sosyodemografik özellik saptanmamıştır. Bu durumu örneklem sayısının düşüklüğünden ötürü sosyodemografik ve hastalığa ilişkin değişkenlerde hücreler içi homojen bir dağılım sağlanamamasına bağlamıştır. Loisel ve arkadaşlarının (144) bir yakınında ciddi hastalığı olan kişiler ile yaptığı çalışmada sosyodemografik değişkenler ile TSG arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Moore ve ark. (145) kanser hastaları ve bakım verenleri ile yaptığı çalışmada sosyodemografik özelliklerinin TSG ile ilişkili olmadığı belirtmişlerdir.

#### **2.3.5.6. Kişilik Özellikleri**

Tedeschi ve Calhoun'a (3) göre kişilik özellikleri TSG ile ilgili değişkenlerin önemli bir sınıfını oluşturur. Geçimlilik, gelişime açıklık, dışa dönüklük, sorumluluk gibi özelliklerin TSG ile olumlu yönde ilişkilendiği bulunmuştur (1). Ancak, bu araştırmada söz konusu değişkenler olay gerçekleşikten sonra incelendiği için ilişkinin yönünü göstermek mümkün değildir. Başka bir çalışmada da, hastalığı terminal döneminde olan kişilerin birinci derecede yakınları kayıp öncesi ve kayıptan 6, 12 ve 18 ay sonra değerlendirilmiştir. Kayıp sonrası dönemde TSG yaşayanların iyimserlik

düzeylerinde, kayıp öncesine göre anlamlı bir artış olduğu bulunmuştur (6). Evers ve arkadaşları (128) nevrotik kişilerde daha az oranda TSG izlendiğini belirtmişlerdir.

Sheikh'in (12) yaptığı çalışmada dışadönüklük ile TSG arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Garnefski ve arkadaşları (146) kalp krizi geçiren kişiler ile yaptıkları çalışmada dışadönüklük ve sorumluluk ile TSG arasında güçlü bir ilişki saptamışlardır. Wang ve arkadaşlarının (147) yaptığı çalışmada gelişime açıklık ile TSG arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Zoellner ve arkadaşları (148) motorlu araç kazası geçirenler ile yaptıkları çalışmada gelişime açıklık ile TSG arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ifade etmişlerdir. Karancı ve arkadaşlarının (149) yaptığı çalışmada geçimlilik TSG'nin tüm alt boyutları ile ilişki saptanmıştır. Aynı çalışmada gelişime açıklığın, TSG'nin yeni seçeneklerin fark edilmesi, kişilerarası ilişkilerde olumluluk ve kendilik algısında değişim alt boyutları ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Benlik saygısını değişken olarak ele alan çalışmaların ilkinde çocukluk döneminde cinsel tacize uğrayan kadınlara söz konusu travmatik yaşantıdan herhangi bir kazanımları olup olmadığı sorulmuştur. Kendilerini ve çocuklarını korumayı öğrenme ve daha güçlü bir kişi olma alanlarında kazanımı olduğu söyleyen kadınların benlik saygılarının da yüksek olduğu bulunmuştur (22). Kronik hastalığı olan Latin Amerikalı bir örneklem ile uzunlamasına yapılan diğer çalışmada da, öz-yeterlik ve benlik saygısının TSG ile pozitif yönde ilişkisi gösterilmiştir (13).

#### **2.3.5.7. Baş etme yolları**

Literatürde baş etme yollarının TSG ile ilişkisini inceleyen birçok çalışma bulunmaktadır. Problem çözme odaklı baş etmenin TSG ile pozitif ilişkili bir değişken olduğu belirtilmiştir (12,24,128,150-152).

Türkiye'de yapılan çalışmalarda literatüre benzer bulgular saptanmıştır. Diyabet hastaları ile yapılan çalışmada çaresiz, kaderci ve iyimser baş etme, kişilerarası ilişkiler alt boyutuyla, problem odaklı baş etme ise kendilik algılanması boyutuyla ilişkili olduğu bulunmuştur (130). Benzer ilişki Şakiroğlu'nun (142) Düzce depreminden ve Karancı ve Acartürk'ün (153) Marmara depreminden sağ kurtulmuş bireylerle yaptıkları çalışmalarda da gösterilmiştir. Kesimci ve arkadaşlarının (154) üniversite öğrencileriyle yaptıkları çalışmada da problem odaklı ve kaderci baş etmenin TSG ile ilişkili olduğu

belirtilmiştir. Dirik ve Karancı'nın (158) romatoid artrit hastalarıyla yaptıkları çalışmada problem odaklı baş etmenin, TSG'nin kendilik algısındaki değişim boyutuyla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Özlü ve arkadaşlarının (24) şizofreni hastalarına bakım verenler ile yaptığı çalışmada problem odaklı baş etme ile TSG arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu belirtilmiştir.

#### **2.3.5.8. Dindarlık**

Dini inançların TSG için yardımcı olduğu belirtilmektedir (125,156-160). HIV/AIDS'li hastalar ile yaşayanlarda yapılan çalışmada dindarlık ile TSG'nin pozitif yönlü ilişkisi olduğu belirtilmiştir (140). Benzer bulgular hastanede yatan yaşlı hastalar ile yapılan çalışmada da saptanmıştır (161).

Elçi (23), otizmi olan çocukların ailelerinde TSG'yi yordayan faktörler üzerine bir çalışma yapmışlardır. Örneklem 71'i kadın, 65'i erkek, toplam 136 otizmi olan anne ve babadan oluşmaktadır. Regresyon analizi sonuçları, dini bağlılığın TSG'yi yordayan önemli değişkenlerden biri olduğunu göstermiştir

Din, maneviyat ve TSG ile ilgili 11 deneysel çalışmanın incelendiği bir derleme yazısında dindarlık ve TSG ilişkisine yönelik 3 ana bulguya varılmıştır. Birincisi, din ve maneviyatın her zaman değil ama genellikle travmanın etkileri ile baş etmede kişilere yararlı olduğudur. İkincisi, travmatik yaşantılar dindarlık ve maneviyatın daha da artmasına neden olabilir. Üçüncüsü, dine açıklık, pozitif dindar baş etme, dine katılım ve içsel dindarlığın tipik olarak TSG ile ilişkili olduğudur (162).

#### **2.3.5.9. Sosyal Destek**

Sosyal destek, kişinin ruminasyonlarını ve baş etme yollarını etkilediği için önemlidir (115). Sosyal destek, travmatik olayı olumlu bir şekilde değerlendirmeye ve daha etkili baş etme yolları kullanılmasına yardımcı olur (163). Kılıç (112) ise, sosyal desteğin gelişmeyi hızlandığını ancak her tür sosyal desteğin aynı etkiyi yapmadığını, özellikle kişinin yaşadıklarını gelişmeye yol açabilecek bir olay olarak görmesini teşvik eden sosyal destek çevresinin gelişmeyi kolaylaştırdığını belirtmiştir.

Park ve arkadaşları. (135) yaptıkları çalışmada sosyal destek ile TSG arasında pozitif yönde ilişki saptamışlardır. Diyabet hastalarıyla yapılan çalışmada, sosyal

destekteki artış, TSG ve TSG'nin tüm alt boyutlarındaki artışla ilişkili bulunmuştur (130). Benzer şekilde Düzce depreminden sağ kurtulanlar ile yapılan çalışmada sosyal desteğin TSG ile anlamlı olarak ilişkili olduğu saptanmıştır (142). Güven'in (132) yaptığı çalışmada sosyal destek düzeyi azaldıkça TSG düzeyinin azaldığı saptanmıştır. Karancı ve Acartürk (153) ve Güneş (137) sosyal destek algısı ile TSG'nin pozitif yönde ilişkili olduğunu bildirmektedir. Romatoit artritli hastalar ile yapılan çalışmada sosyal destek algısındaki yüksek düzeylerin yüksek düzeyde TSG ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Sheikh'in (12) kalp hastaları ile yaptığı çalışmada sosyal destek ile TSG arasında pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Özlü ve arkadaşlarının (24) şizofreni hastalarına bakım verenler ile yaptığı çalışmada sosyal destek ile TSG arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Prati ve Pietrantonio'nun (164), 103 çalışmayı içeren meta analiz çalışmasında sosyal desteğin TSG'yi etkileyen faktörlerden biri olduğu belirtilmiştir.

#### **2.3.5.10. Depresyon ve Anksiyete**

Updegraff (10) yaptığı çalışmada TSG düzeyi yüksek olan kişilerin daha az depresyon ve anksiyete bulguları gösterdiğini belirtmiştir. Benzer şekilde Urcuyo ve arkadaşlarının (133) meme kanseri olan kadınlara ile yaptığı çalışmada ve Garnefski ve arkadaşlarının (146) kalp krizi geçiren kişiler ile yaptıkları çalışmada depresyon ile TSG arasında negatif yönlü bir ilişki saptamışlardır.

Fraizer ve arkadaşlarının (21) cinsel saldırı mağdurları ile saldırıdan sonra 2. hafta ve 12. aydaki durumlarının incelendiği bir yıllık bir çalışmada depresyon ile TSG arasında negatif yönlü bir ilişki gösterilmiştir. Aynı çalışmada 2. haftada TSG düzeyi yüksek olan kişilerin TSG düzeyi düşük olan kişilere oranla 12. ayda daha az depresif belirtiler gösterdiği saptanmıştır.

Teodorescu ve ark. (165) sosyodemografik özellikleri ile TSG arasında anlamlı bir ilişki saptamamış, depresif belirtiler ve düşük sosyal desteğin TSG ile negatif yönlü güçlü bir ilişkisi olduğunu ifade etmişlerdir.

#### **2.3.5.11. Yük**

Travma sonrası gelişimin olabilmesi için yaşanan olayın belli bir şiddetin üzerinde olması gerekir. İnançları sarsacak derecede şiddetli olmayan olaylarla, kişi var

olan becerilerini kullanarak başa çıkabilir ve eski sağığına kavuşabilir; bu nedenle de bir değışime gerek kalmaz. Travmanın çok şiddetli olduğı durumlarda ise gelişme, kişi tüm kaynaklarını kaybettiğı için gerçekleşemez (112). Karancı ve Acartürk (153) ise, yaşanan travmatik olayın şiddetinin travma sonrası gelişim ile ilgili değışkenlerden biri olduğunu belirtmiştir.

Özlü ve arkadaşlarının (24) şizofreni hastalarına bakım verenler ile yaptıkları çalışmada yük ile TSG arasında anlamlı olmayan pozitif yönlü ilişki saptanmıştır.

#### **2.3.5.12. Hastalığın klinik özellikleri**

Milam'ın (140) 412 HIV taşıyıcısında yaptığı çalışmada hastalığın klinik özellikleri ile TSG ilişkili bulunmamıştır. Moore ve arkadaşları (145) kanser hastaları ve bakım verenleri ile yaptığı çalışmada hastalığın klinik özelliklerinin TSG ile ilişkili olmadığı belirtmişlerdir. Weiss'in (16) meme kanseri hastalarının kocaları ile yaptığı çalışmada hastalık ile ilgili değışkenlerin TSG ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı belirtilmiştir. Loiselle ve arkadaşlarının (144) bir yakının ciddi hastalığı olan kişiler ile yaptığı çalışmada hastalığın klinik durumu ile TSG arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Özlü ve arkadaşlarının (24) şizofreni hastalarına bakım verenler ile yaptıkları çalışmada hastaneye yatış sayısı, hastalık süresi, intihar girişimi öyküsü, saldırgan davranış öyküsü, adli sorun varlığı gibi hastalığa ait klinik özelliklerin hiçbirinin TSG ile anlamlı bir ilişkisi saptanmamıştır.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamıza Ekim 2013-Ocak 2014 tarihleri arasında Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ayaktan Tedavi Ünitesi'nde takip ve tedavi edilen, DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I)'na göre bipolar affektif bozukluk tanısı almış, çalışmaya alınma kriterlerine uygun 75 hasta ve bu hastalara primer bakım veren 75 yakını ardışık olarak dahil edilmiştir. Hastalar çalışmaya alınmadan önce çalışmayla ilgili bilgilendirilmiş, katılmayı kabul eden hastaların ve bakım verenlerinin yazılı onayları alınmıştır.

Bu çalışma için Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 04.12.2012 tarihinde 243 protokol no ile etik kurul onayı alınmıştır.

#### İçerme Ölçütleri:

1. Hasta ile yaşıyor olmak,
2. 18-65 yaşları arasında olmak
3. Okuryazar olmak

#### Dışlama Ölçütleri:

1. Psikiyatrik görüşmenin yapılmasına engel olacak düzeyde eğitim ve dil sorununun bulunması
2. Okuma yazma bilmeme
3. Akut ve/veya ciddi derecede muhakeme yetersizliğinin olması,
4. Demans ve/veya diğer organik mental bozukluk olması, mental retardasyonu olma, görüşme sırasında alkol-madde etkisinde olma, yoksunluk ya da deliryum tremens döneminde bulunma

### **Veri Toplama Araçları:**

#### **Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu:**

Hastaların ve hasta yakınlarının demografik ve klinik özelliklerini değerlendirmek için çalışmacılar tarafından hazırlanmış bir formdur. Hasta yakınına yönelik hazırlanan form, hasta yakınının yaşını, cinsiyetini, medeni durumunu, eğitim durumunu, çalışma yaşantısını, ekonomik düzeyini, hasta ile yakınlık derecesi gibi bilgileri içermektedir. Hastanın demografik ve klinik özelliklerini içeren formda, hastanın yaşı, cinsiyeti, hastaneye yatış öyküsü, saldırgan davranışı, intihar davranışı, çalışma durumu, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü gibi bilgiler yer almıştır.

#### **DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I):**

First ve arkadaşları (166) tarafından DSM-IV tanı ölçütlerine göre geliştirilmiş, birinci eksen tanısı olup olmadığının araştırılmasını sağlayan yarı yapılandırılmış klinik görüşme formudur. Çorapçıoğlu ve arkadaşları (167) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve ülkemizdeki geçerlilik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, psikotik belirtiler, anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve diğer bozukluklar olmak üzere altı modülden oluşmaktadır. Her tanı için son dönemde ve geçmişte olup olmadığı araştırılır.

#### **Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ):**

Beck (168) tarafından geliştirilen, yaygın olarak kullanılan, öz-bildirime dayalı bir ölçektir. BDÖ, kısa, pek çok dilde kullanılan, birinci basamak sağlık hizmetleri için de kullanıma uygun versiyonları da bulunan bir ölçektir. Depresyonun şiddetini ölçmek, tedavi ile olan değişimleri izleyebilmek ve hastalığı tanımlayabilmek amacıyla oluşturulmuştur. Polikliniğe başvuran depresif bozukluğu olan bireyleri olmayanlardan ayırmada oldukça iyi psikometrik özellikleri olan bir ölçektir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Hisli (169) tarafından yapılan BDÖ karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum almama, suçluluk duyguları, huzursuzluk, yorgunluk, iştah azalması, kararsızlık, uyku bozukluğu, sosyal çekilme gibi depresif belirtilere ilişkin 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde depresyona özgü bir davranışı belirleyen dört dereceli kendini değerlendirme ifadesini içermektedir. Hastadan uygulama günü de dahil son bir hafta içinde kişinin kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi

istenir. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek oluşunu gösterir. On beş yaş üzerindeki kişilere uygulanabilir. BDÖ'nin Türkçe versiyonu geliştirilirken kesme noktaları incelenmiş, 17 ve üzerindeki puanların tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği görülmüştür.

#### **Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ):**

Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçen, 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçekte verilen belirtilerin son bir haftadır kişiyi ne kadar rahatsız ettiği sorgulanır. Toplam puanın yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Beck ve arkadaşları (170) tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları (171) tarafından yapılmıştır.

#### **Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (TSGÖ):**

Travma sonrası gelişim ölçeği, stres verici olayların sonrasında kişilerin hayatlarında meydana gelebilecek olumlu değişimleri incelemek amacıyla Tedeschi ve Calhoun (1) tarafından geliştirilmiştir. Tamamı 21 maddeden oluşan ve öz bildirime dayalı bu ölçek, “yeni seçeneklerin fark edilmesi”, “kişilerarası ilişkilerde olumluluk”, “kendilik algısında değişim”, “inançtaki değişim” ve “hayatın değerini anlama” olmak üzere 5 alt boyuta sahiptir ve 0 ile 5 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar, kişinin karşılaştığı travmatik deneyim sonrasında daha fazla gelişim gösterdiğine işaret etmektedir. Bu çalışmada ölçeğin Kılıç (112) tarafından yapılan Türkçe uyarlaması kullanılacaktır.

#### **Baş Etme Yolları Ölçeği (BEYÖ):**

Baş etme yolları ölçeği, Folkman ve Lazarus (172) tarafından geliştirilmiş ve revize edilerek problem odaklı ve duygu odaklı baş etme olmak üzere iki alt boyuttan oluşan 66 maddelik ölçek elde edilmiştir. Ölçek, 0 ile 3 arasında derecelendirilen 4'lü likert tipi bir ölçektir. Karancı ve ark. (173) ise; baş etme yolları ile psikolojik stres arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla depremzedelerle yaptıkları araştırmanın ön çalışmasında, baş etme yolları ölçeğinden bazı maddeleri çıkartmışlar ve 4'lü derecelendirme yerine 3'lü derecelendirmeli 61 maddelik bu yeni formunu

kullanmışlardır. Son olarak, Kesimci (110) ise kanser hastalarıyla yaptığı çalışmasında 42 maddelik son şeklini geliştirip kullanmıştır. Kesimci (110) bu ölçek için, kaderci baş etme, iyimser baş etme, problem odaklı baş etme ve çaresiz baş etmeden oluşan 4 faktörlü yapı belirlemiştir.

#### **Algılanan Çok Yönlü Sosyal Destek Ölçeği (AÇYSDÖ):**

Arkadaşlardan, aileden ve diğer insanlardan algılanan destek olmak üzere algılanan sosyal desteği üç boyutta değerlendiren ölçek Zimet ve arkadaşları (174) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 12 maddeden oluşmakta ve her madde 1 ile 7 arasında derecelendirilmektedir. Ölçek üç farklı kaynaktan (aile, arkadaş, özel biri) algılanan sosyal desteği değerlendirmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 84'tür ve ölçekten alınan yüksek puanlar sosyal destekteki artışa işaret etmektedir. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Türkçe uyarlama ve geçerlik, güvenirlik çalışmaları Eker (175) tarafından farklı örneklem grupları dahil edilerek yapılmıştır.

#### **Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği (ZBYÖ):**

Zarit (53) 1980'de hasta yakınlarının bakım yükünü ölçmek için, 29 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeği geliştirmiştir. 22 sorudan oluşmaktadır. Bu ölçek bakım vermenin fiziksel sağlık, akıl sağlığı, sosyal aktivite ve ekonomik kaynaklara negatif etkilerini içermektedir. 5'li Likert tipi bir ölçek olup 1 ile 5 arasında puanlanmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, bakıcı yükünün yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin kültürümüze uyarlanması amacıyla yapılan geçerlilik güvenirlik çalışması 2007'de Özlü (176) tarafından yapılmıştır.

#### **Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği (TKÖÖ):**

Gençöz ve Öncül (177) geliştirdikleri bu ölçekte literatürle uyumlu olarak 5 temel kişilik boyutunu yansıtan faktörlerin yanı sıra, yine literatürle uyumlu olarak olumsuz kişilik özelliklerinin yansıtıldığı bir faktör elde etmişlerdir. Elde edilen bu 6 faktörde, en yüksek faktör yükü ile yüklenen sıfatlar arasından seçilen 45 adet sıfat ile Türk Kültürü için 'Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği'ni oluşturmuşlardır. Ölçek, 1 ile 5 arasında derecelendirilen 5'lü likert tipi bir ölçektir. Dışadönüklük, sorumluluk, geçimlilik, duygusal tutarsızlık, gelişime açıklık, olumsuz değerlik olarak ayrılan

ölçeğin her alt faktörden alınan yüksek puanlar ilgili kişilik özelliğindeki belirginliğe işaret etmektedir.

### **Dindarlık Ölçeği (DÖ):**

Bu ölçek ilk kez Allport and Ross tarafından geliştirilmiştir (178). Ölçek içsel ve dışsal dindarlık olarak adlandırılan iki alt ölçeğe sahiptir. Ölçeğin 9 maddesi- 1, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 16, 19- içsel dindarlığı ölçerken, geri kalan 11 maddesi – 2, 3, 4, 8, 10, 13, 15, 17, 18, 20- dışsal dindarlığı ölçmektedir. Ölçek 5'li Likert tipi (1-Kesinlikle Geçersiz, 2-Geçersiz, 3-Emin değilim, 4-Geçerli, 5-Kesinlikle geçerli) bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçeğin içsel dindarlık alt ölçeğinden 9-45 arası, dışsal dindarlık alt ölçeğinden ise 11-55 arası puan alınmaktadır. Puanların yükselmesi dindarlık düzeyinin arttığını ifade etmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışması Sönmez tarafından 2012'de yapılmıştır (179).

### **İstatistiksel Yöntem**

Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan, minimum, oran ve frekans değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı kolmogorov simirnov testi ile kontrol edildi. Nicel verilerin analizinde Kruskal-wallis, mann-whitney u test kullanıldı. Korelasyon analizinde spearman korelasyon analizi kullanıldı. Analizlerde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır.

## 4. BULGULAR

Çalışmamıza katılan 75 hastanın yaş uzamı 17-60 arasında değişmektedir ve yaş ortalaması  $38,5 \pm 11,1$ 'dir. Hastaların 54 (%72,0)'ünün kadın, 21 (%28,0)'inin erkek olduğu görülmektedir. Hastaların 14 (%18,7)'ünün çalışıyor, 61 (%81,3)'inin çalışmıyor olduğu görülmektedir. Hastaların 19 (%25,3)'unun bekar, 44 (%58,7)'ünün evli, 1 (%1,3)'inin dul, 8 (%10,7)'inin boşanmış, 3 (%4,0)'ünün ayrı yaşıyor olduğu görülmektedir. Hastaların öğrenim süresi uzamı 0-17 yıl arasında değişmektedir ve ortalaması  $7,5 \pm 3,8$ 'dir. Hastalık süresi uzamı 1-37 yıl arasında değişmektedir ve ortalaması  $11,7 \pm 8,6$ 'dir. Hastaların 67 (%89,3)'sinin en az bir kez psikiyatri servisinde yatışı olmuştur. Hastaların 21 (%28,0)'inin en az bir kez saldırgan davranışta bulunduğu anlaşılmıştır. Hastaların 21 (%28,0)'inin en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu anlaşılmıştır. Hastaların toplam atak sayısı uzamı 1-30 arasında değişmektedir ve ortalaması  $7,6 \pm 6,3$ 'dir (Tablo 1).

**Tablo 1:** Hastalara Ait Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

|                            |            | Med | (Min) - (Mak) | Ort.±s.s./n-%   |       |
|----------------------------|------------|-----|---------------|-----------------|-------|
| Yaş                        |            | 40  | 17 - 60       | $38,5 \pm 11,1$ |       |
| Cinsiyet                   | Kadın      |     |               | 54              | 72,0% |
|                            | Erkek      |     |               | 21              | 28,0% |
| Çalışma Durumu             | Çalışıyor  |     |               | 14              | 18,7% |
|                            | Çalışmıyor |     |               | 61              | 81,3% |
| Medeni Durum               | Bekar      |     |               | 19              | 25,3% |
|                            | Evli       |     |               | 44              | 58,7% |
|                            | Dul        |     |               | 1               | 1,3%  |
|                            | Boşanmış   |     |               | 8               | 10,7% |
|                            | Ayrı       |     |               | 3               | 4,0%  |
| Öğrenim Süresi (Yıl)       |            | 5   | 0 - 17        | $7,5 \pm 3,8$   |       |
| Hastalık Süresi (Yıl)      |            | 11  | 1 - 37        | $11,7 \pm 8,6$  |       |
| Psikiyatrik Yatış Varlığı  |            |     |               | 67              | 89,3% |
| Saldırgan Davranış Varlığı |            |     |               | 21              | 28,0% |
| İntihar Girişimi Varlığı   |            |     |               | 21              | 28,0% |
| Toplam Atak Sayısı         |            | 5   | 1 - 30        | $7,6 \pm 6,3$   |       |

**Tablo 2:** Bakım Verenlere Ait Sosyodemografik Özellikler

|                                  |                                       | Med  | (Min) - (Mak) | Ort.±s.s./n-% |
|----------------------------------|---------------------------------------|------|---------------|---------------|
| Yaş                              |                                       | 41,0 | 20,0 - 66,0   | 41,4 ± 11,3   |
| Cinsiyet                         | Kadın                                 |      |               | 35 46,7%      |
|                                  | Erkek                                 |      |               | 40 53,3%      |
| Yakınlık                         | Anne                                  |      |               | 14 18,7%      |
|                                  | Baba                                  |      |               | 7 9,3%        |
|                                  | Eşi                                   |      |               | 31 41,3%      |
|                                  | Çocuğu                                |      |               | 13 17,3%      |
|                                  | Kardeşi                               |      |               | 8 10,7%       |
|                                  | Yakın akraba                          |      |               | 2 2,7%        |
| Medeni Durum                     | Bekar                                 |      |               | 14 18,7%      |
|                                  | Evli                                  |      |               | 54 72,0%      |
|                                  | Dul                                   |      |               | 1 1,3%        |
|                                  | Boşanmış                              |      |               | 6 8,0%        |
| Çalışma Durumu                   | Çalışıyor                             |      |               | 29 38,7%      |
|                                  | Çalışmıyor                            |      |               | 46 61,3%      |
| Öğrenim Süresi (Yıl)             |                                       | 8    | 0 - 18        | 8,4 ± 4,2     |
| Kişi Başına Düşen Aylık Gelir    | 300 TL'nin altı                       |      |               | 25 33,3%      |
|                                  | 300-600 TL arası                      |      |               | 28 37,3%      |
|                                  | 600 TL'nin üstü                       |      |               | 22 29,3%      |
| Bakım Verme Süresi               |                                       | 8    | 1 - 20        | 8,6 ± 5,3     |
| Başka Bakım Verdiği Kişi Varlığı |                                       |      |               | 13 17,3%      |
| Psikiyatrik Hastalık             |                                       |      |               | 22 29,3%      |
|                                  | <i>Uyum Bozukluğu</i>                 |      |               | 12 16,0%      |
|                                  | <i>Depresyon</i>                      |      |               | 4 5,3%        |
|                                  | <i>Yaygın Anksiyete Bozukluğu</i>     |      |               | 2 2,7%        |
|                                  | <i>Panik Bozukluğu</i>                |      |               | 1 1,3%        |
|                                  | <i>Somatizasyon Bozukluğu</i>         |      |               | 1 1,3%        |
|                                  | <i>Travma Sonrası Stres Bozukluğu</i> |      |               | 1 1,3%        |
|                                  | <i>Panik Bozukluğu + Depresyon</i>    |      |               | 1 1,3%        |

Çalışmamıza katılan 75 bakım veren kişinin yaş uzamı 20-65 arasında değişmektedir ve yaş ortalaması 41,4±11,3'dür. Bakım verenlerin 35 (%46,7)'inin kadın, 40 (%53,3)'inin erkek olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin, hastalarının 14 (%18,7)'ünün annesi, 7(%9,3)'sinin babası, 31 (%41,3)'inin eşi, 13 (%17,3)'ünün çocuğu, 8 (%10,7)'inin kardeşi, 2 (%2,7)'sinin yakın akrabası olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin 14 (%18,7)'ünün bekar, 54 (%72,0)'ünün evli, 1 (%1,3)'inin dul, 6 (%8,0)'sının boşanmış olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin 29 (%38,7)'unun çalışıyor, 46 (%61,3)'sının çalışmıyor olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin öğrenim süresi uzamı 0-18 yıl arasında değişmektedir ve ortalaması 8,4±4,2'dir. Bakım verenlerin kişi başına düşen aylık gelir miktarına bakıldığında 25 (%33,3)'inin 300 TL

altı, 28 (%37,3)'inin 300-600 TL arası, 22 (%29,3)'sinin 600 TL üstü seviyesinde olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin bakım verme süresi 1-20 yıl arasında değişmektedir ve ortalamasının  $8,6 \pm 5,3$  olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin 13 (%17,3)'ünün başka bir hastaya daha bakım verdiği anlaşılmaktadır. Bakım verenlerin 22 (%29,3)'sinin bir SCID-I'e göre psikiyatrik bozukluk tanısı aldığı görülmektedir ve bu kişilerin 1 (%1,3)'inin panik bozukluğu, 1 (%1,3)'inin somatizasyon bozukluğu, 2 (%2,7)'sinin yaygın anksiyete bozukluğu, 1 (%1,3)'inin travma sonrası stres bozukluğu, 4 (%5,3)'ünün depresyon, 12 (%16,0)'sinin uyum bozukluğu, 1 (%1,3)'inin hem panik bozukluğu hem depresyon tanısı olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Çalışmamıza katılan bakım verenlerin Beck depresyon ölçeğinden aldıkları toplam puan 0-32 arasında değişmektedir ve ortalaması  $12,7 \pm 8,5$ 'dir. Beck anksiyete ölçeğinden aldıkları toplam puan 0-38 arasında değişmektedir ve ortalaması  $9,4 \pm 8,5$ 'dir. Zarit bakıcı yükü ölçeğinden aldıkları toplam puan 26-93 arasında değişmektedir ve ortalaması  $54,3 \pm 14,8$ 'dir (Tablo 3).

Çalışmamıza katılan bakım verenlerin algılanan çok yönlü sosyal destek ölçeğinden aldıkları toplam puan 15-83 arasında değişmektedir ve ortalaması  $56,1 \pm 18,4$ 'dir. Algılanan çok yönlü sosyal destek ölçeğinin aile faktöründen aldığı puan 4-28 arasında değişmektedir ve ortalaması  $20,5 \pm 7,6$ 'dir. Algılanan çok yönlü sosyal destek ölçeğinin arkadaş faktöründen aldığı puan 4-28 arasında değişmektedir ve ortalaması  $16,8 \pm 7,2$ 'dir. Algılanan çok yönlü sosyal destek ölçeğinin özel biri faktöründen aldığı puan 4-28 arasında değişmektedir ve ortalaması  $18,7 \pm 7,8$ 'dir (Tablo 3).

Çalışmamıza katılan bakım verenlerin baş etme yolları ölçeğinin kaderci baş etme faktöründen aldığı puan 2,0-3,0 arasında değişmektedir ve ortalaması  $2,2 \pm 0,4$ 'dir. Baş etme yolları ölçeğinin iyimser baş etme faktöründen aldığı puan 1,7-2,8 arasında değişmektedir ve ortalaması  $2,4 \pm 0,3$ 'dir. Baş etme yolları ölçeğinin problem odaklı baş etme faktöründen aldığı puan 1,8-3,0 arasında değişmektedir ve ortalaması  $2,4 \pm 0,3$ 'dir. Baş etme yolları ölçeğinin çaresiz baş etme faktöründen aldığı puan 1,0-2,8 arasında değişmektedir ve ortalaması  $1,9 \pm 0,4$ 'dir (Tablo 3).

**Tablo 3:** Bakım Verenlerin Ölçeklerden Aldıkları Puanlar

|                                                 | Med | (Min) - (Mak) | Ort.±s.s./n-% |
|-------------------------------------------------|-----|---------------|---------------|
| <b>Beck Depresyon Ölçeği</b>                    | 11  | 0 - 32        | 12,7 ± 8,5    |
| <b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>                    | 7   | 0 - 38        | 9,4 ± 8,5     |
| <b>Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeği</b>                 | 54  | 26 - 93       | 54,3 ± 14,8   |
| <b>Algılanan Çok Yönlü Sosyal Destek Ölçeği</b> |     |               |               |
| Aile                                            | 24  | 4 - 28        | 20,5 ± 7,6    |
| Arkadaş                                         | 16  | 4 - 28        | 16,8 ± 7,2    |
| Özel Biri                                       | 18  | 4 - 28        | 18,7 ± 7,8    |
| Toplam                                          | 56  | 15 - 83       | 56,1 ± 18,4   |
| <b>Baş Etme Yolları Ölçeği</b>                  |     |               |               |
| Kaderci Baş Etme                                | 2,0 | 2,0 - 3,0     | 2,2 ± 0,4     |
| İyimser Baş Etme                                | 2,4 | 1,7 - 2,8     | 2,4 ± 0,3     |
| Problem Odaklı Baş Etme                         | 2,4 | 1,8 - 3,0     | 2,4 ± 0,3     |
| Çaresiz Baş Etme                                | 1,8 | 1,0 - 2,8     | 1,9 ± 0,4     |
| <b>Dindarlık Ölçeği</b>                         |     |               |               |
| Toplam                                          | 68  | 23 - 92       | 69,0 ± 12,8   |
| İçsel Dindarlık                                 | 35  | 9 - 45        | 34,3 ± 7,8    |
| Dışsal Dindarlık                                | 34  | 13 - 50       | 34,7 ± 7,0    |
| <b>Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği</b>         |     |               |               |
| Dışadönüklük                                    | 30  | 11 - 40       | 29,9 ± 5,7    |
| Sorumluluk                                      | 33  | 22 - 40       | 32,7 ± 4,3    |
| Geçimlilik                                      | 36  | 24 - 40       | 35,3 ± 4,2    |
| Duygusal Tutarsızlık                            | 21  | 10 - 43       | 22,4 ± 7,6    |
| Gelişime Açıklık                                | 24  | 14 - 30       | 23,3 ± 3,8    |
| Olumsuz Değerlik                                | 9   | 6 - 21        | 9,3 ± 3,1     |
| <b>Travma Sonrası Gelişim Ölçeği</b>            |     |               |               |
| Toplam                                          | 63  | 10 - 103      | 59,5 ± 20,7   |
| Kişilerarası İlişkilerde Olumluluk              | 19  | 0 - 35        | 17,7 ± 8,2    |
| Yeni Seçeneklerin Fark Edilmesi                 | 13  | 0 - 23        | 12,8 ± 6,0    |
| Kendilik Algısında Değişim                      | 14  | 0 - 20        | 13,3 ± 4,5    |
| İnançtaki Değişim                               | 8   | 0 - 10        | 6,9 ± 2,6     |
| Hayatın Değerini Anlama                         | 9   | 0 - 15        | 8,8 ± 3,9     |

Çalışmamıza katılan bakım verenlerin dindarlık ölçeğinden aldıkları toplam puan 23-92 arasında değişmektedir ve ortalaması 69,0±12,8'dir. Dindarlık ölçeğinin içsel dindarlık alt ölçeğinden aldığı puan 9-45 arasında değişmektedir ve ortalaması 34,3±7,8'dir. Dindarlık ölçeğinin dışsal dindarlık alt ölçeğinden aldığı puan 13-50 arasında değişmektedir ve ortalaması 34,7±7,0'dir (Tablo 3).

Çalışmamıza katılan bakım verenlerin temel kişilik özellikleri ölçeğinin dışadönüklük faktöründen aldığı puan 11-40 arasında değişmektedir ve ortalaması 29,9±5,7'dir. Temel kişilik özellikleri ölçeğinin sorumluluk faktöründen aldığı puan 22-

40 arasında değişmektedir ve ortalaması  $32,7 \pm 4,3$ 'dir. Temel kişilik özellikleri ölçeğinin geçimlilik faktöründen aldığı puan 24-40 arasında değişmektedir ve ortalaması  $35,3 \pm 4,2$ 'dir. Temel kişilik özellikleri ölçeğinin duygusal tutarsızlık faktöründen aldığı puan 10-43 arasında değişmektedir ve ortalaması  $22,4 \pm 7,6$ 'dir. Temel kişilik özellikleri ölçeğinin gelişime açıklık faktöründen aldığı puan 14-30 arasında değişmektedir ve ortalaması  $23,3 \pm 3,8$ 'dir. Temel kişilik özellikleri ölçeğinin olumsuz değerlilik faktöründen aldığı puan 6-21 arasında değişmektedir ve ortalaması  $9,3 \pm 3,1$ 'dir (Tablo 3).

Çalışmamıza katılan bakım verenlerin TSGÖ'den aldıkları toplam puan 10-103 arasında değişmektedir ve ortalaması  $59,5 \pm 20,7$ 'dir. TSGÖ'nün kişilerarası ilişkilerde olumluluk boyutundan aldığı puan 0-35 arasında değişmektedir ve ortalaması  $17,7 \pm 8,2$ 'dir. TSGÖ'nün yeni seçeneklerin fark edilmesi boyutundan aldığı puan 0-23 arasında değişmektedir ve ortalaması  $12,8 \pm 6,0$ 'dir. TSGÖ'nün kendilik algısında değişim boyutundan aldığı puan 0-20 arasında değişmektedir ve ortalaması  $13,3 \pm 4,5$ 'dir. TSGÖ'nün inançtaki değişim boyutundan aldığı puan 0-10 arasında değişmektedir ve ortalaması  $6,9 \pm 2,6$ 'dir. TSGÖ'nün hayatın değerini anlama boyutundan aldığı puan 0-15 arasında değişmektedir ve ortalaması  $8,8 \pm 3,9$ 'dir (Tablo 3).

Hastaların cinsiyetine TSGÖ toplam ve alt faktör puanları anlamlı ( $p > 0,05$ ) farklılık göstermemiştir. Bakım verenlerin cinsiyetine göre TSGÖ toplam, kişilerarası ilişkilerde olumluluk, yeni seçeneklerin fark edilmesi, inançtaki değişim, hayatın değerini anlama faktörleri puanları anlamlı ( $p > 0,05$ ) farklılık göstermemiştir. **Bakım veren kadınların TSGÖ kendilik algısında değişim faktörü puanı erkeklerden anlamlı ( $p < 0,05$ ) olarak daha yüksekti** (Tablo 4).

**Tablo 4:** Hastaların ve Bakım Verenlerin Cinsiyetleri ile TSGÖ Puanları Arasındaki İlişki

| Hastanın Cinsiyeti                    |             |              |              |             |              |              |       |              |
|---------------------------------------|-------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|-------|--------------|
| Travma Sonrası<br>Gelişim Ölçeği      | Kadın       |              |              | Erkek       |              |              | Z     | p            |
|                                       | Ort.±s.s.   | Med(Min-Mak) |              | Ort.±s.s.   | Med(Min-Mak) |              |       |              |
| Toplam                                | 61,5 ± 21,0 | 64,5         | 10,0 - 103,0 | 54,1 ± 19,4 | 53,0         | 17,0 - 82,0  | -1,51 | 0,131        |
| Kişilerarası<br>İlişkilerde Olumluluk | 18,2 ± 8,3  | 19,5         | 0,0 - 35,0   | 16,3 ± 8,1  | 18,0         | 0,0 - 27,0   | -0,70 | 0,482        |
| Yeni Seçeneklerin<br>Fark Edilmesi    | 13,2 ± 6,1  | 14,0         | 0,0 - 23,0   | 11,9 ± 5,7  | 11,0         | 0,0 - 22,0   | -0,96 | 0,335        |
| Kendilik Algısında<br>Değişim         | 13,7 ± 4,5  | 15,0         | 0,0 - 20,0   | 12,0 ± 4,3  | 13,0         | 3,0 - 18,0   | -1,48 | 0,140        |
| İnançtaki Değişim                     | 7,1 ± 2,6   | 8,0          | 0,0 - 10,0   | 6,5 ± 2,7   | 7,0          | 0,0 - 10,0   | -0,90 | 0,366        |
| Hayatın Değerini<br>Anlama            | 9,3 ± 3,8   | 9,5          | 0,0 - 15,0   | 7,4 ± 4,1   | 7,0          | 0,0 - 13,0   | -1,65 | 0,098        |
| Bakım Verenin Cinsiyeti               |             |              |              |             |              |              |       |              |
| Travma Sonrası<br>Gelişim Ölçeği      | Kadın       |              |              | Erkek       |              |              | Z     | p            |
|                                       | Ort.±s.s.   | Med(Min-Mak) |              | Ort.±s.s.   | Med(Min-Mak) |              |       |              |
| Toplam                                | 62,9 ± 16,1 | 69,0         | 33,0 - 84,0  | 56,4 ± 23,8 | 58,0         | 10,0 - 103,0 | -0,99 | 0,323        |
| Kişilerarası<br>İlişkilerde Olumluluk | 17,6 ± 7,6  | 20,0         | 0,0 - 29,0   | 17,8 ± 8,9  | 17,5         | 0,0 - 35,0   | -0,08 | 0,936        |
| Yeni Seçeneklerin<br>Fark Edilmesi    | 14,1 ± 4,5  | 14,0         | 4,0 - 22,0   | 11,7 ± 6,9  | 12,0         | 0,0 - 23,0   | -1,61 | 0,108        |
| Kendilik Algısında<br>Değişim         | 14,4 ± 3,5  | 15,0         | 7,0 - 19,0   | 12,3 ± 5,1  | 13,5         | 0,0 - 20,0   | -1,98 | <b>0,048</b> |
| İnançtaki Değişim                     | 7,2 ± 2,6   | 8,0          | 0,0 - 10,0   | 6,7 ± 2,7   | 7,0          | 1,0 - 10,0   | -1,02 | 0,308        |
| Hayatın Değerini<br>Anlama            | 9,6 ± 3,4   | 11,0         | 3,0 - 15,0   | 8,0 ± 4,2   | 8,0          | 0,0 - 15,0   | -1,68 | 0,093        |

Mann-whitney u test

Hastaların yaşı ile TSGÖ toplam ve alt faktör puanları arasında anlamlı ( $p > 0,05$ ) korelasyon yoktu. Hastaların öğrenim süresi ile TSGÖ toplam ve alt faktör puanları arasında anlamlı ( $p > 0,05$ ) korelasyon yoktu. Hastalık süresi ile TSGÖ toplam ve alt faktör puanları arasında anlamlı ( $p > 0,05$ ) korelasyon yoktu. Toplam atak sayısı ile TSGÖ toplam ve alt faktör puanları arasında anlamlı ( $p > 0,05$ ) korelasyon yoktu (Tablo 5).

Bakım verenlerin yaşı ile TSGÖ toplam ve alt faktör puanları arasında anlamlı ( $p > 0,05$ ) korelasyon yoktu. Bakım verenlerin bakım verme süresi ile TSGÖ toplam ve alt faktör puanları arasında anlamlı ( $p > 0,05$ ) korelasyon yoktu. Bakım verenlerin

öğrenim süresi ile TSGÖ toplam ve alt faktör puanları arasında anlamlı ( $p > 0,05$ ) korelasyon yoktu. (Tablo 5)

**Tablo 5:** Hasta ve Bakım Verenlerin Bazı Klinik ve Sosyodemografik Verileri ile TSGÖ Puanları Arasındaki İlişki

| Travma Sonrası Gelişim Ölçeği |   |        |                                    |                                 |                            |                   |                         |
|-------------------------------|---|--------|------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------|-------------------------|
|                               |   | Toplam | Kişilerarası İlişkilerde Olumluluk | Yeni Seçeneklerin Fark Edilmesi | Kendilik Algısında Değişim | İnançtaki Değişim | Hayatın Değerini Anlama |
| Hasta                         |   |        |                                    |                                 |                            |                   |                         |
| Yaş                           | r | -0,024 | -0,024                             | -0,050                          | -0,072                     | 0,020             | -0,124                  |
|                               | p | 0,840  | 0,836                              | 0,668                           | 0,537                      | 0,865             | 0,290                   |
| Öğrenim Süresi (yıl)          | r | -0,037 | -0,145                             | -0,006                          | 0,065                      | 0,047             | 0,129                   |
|                               | p | 0,755  | 0,214                              | 0,957                           | 0,579                      | 0,687             | 0,270                   |
| Hastalık Süresi (yıl)         | r | -0,065 | -0,060                             | -0,070                          | -0,025                     | 0,005             | -0,096                  |
|                               | p | 0,582  | 0,610                              | 0,553                           | 0,834                      | 0,967             | 0,414                   |
| Toplam Atak Sayısı            | r | 0,002  | 0,066                              | -0,004                          | 0,002                      | -0,064            | -0,078                  |
|                               | p | 0,988  | 0,574                              | 0,971                           | 0,983                      | 0,586             | 0,504                   |
| Bakım Veren                   |   |        |                                    |                                 |                            |                   |                         |
| Yaş                           | r | -0,038 | -0,107                             | -0,116                          | 0,043                      | 0,061             | 0,131                   |
|                               | p | 0,747  | 0,359                              | 0,323                           | 0,714                      | 0,605             | 0,264                   |
| Bakım Verme Süresi(yıl)       | r | -0,186 | -0,183                             | -0,199                          | -0,089                     | -0,072            | -0,131                  |
|                               | p | 0,109  | 0,116                              | 0,087                           | 0,446                      | 0,542             | 0,264                   |
| Öğrenim Süresi (yıl)          | r | -0,024 | -0,022                             | 0,069                           | -0,031                     | -0,012            | -0,134                  |
|                               | p | 0,838  | 0,854                              | 0,554                           | 0,789                      | 0,916             | 0,251                   |

Spearman Korelasyon

Hastaların medeni durumuna göre TSGÖ toplam ve alt faktör puanları anlamlı ( $p > 0,05$ ) farklılık göstermemiştir. Bakım verenlerin medeni durumuna göre TSGÖ toplam, kişilerarası ilişkilerde olumluluk, yeni seçeneklerin fark edilmesi, kendilik algısında değişim, inançtaki değişim, hayatın değerini anlama puanları anlamlı ( $p > 0,05$ ) farklılık göstermemiştir (Tablo 6).

**Tablo 6:** Hasta ve Bakım Verenlerin Medeni Durumu ile TSGÖ Puanları Arasındaki İlişki

| Travma Sonrası Gelişim Ölçeği      |              | Hastanın Medeni Durumu |  |                 |  |                |  | X <sup>2</sup> | p     |
|------------------------------------|--------------|------------------------|--|-----------------|--|----------------|--|----------------|-------|
|                                    |              | Bekar                  |  | Evli            |  | Dul /Boşanmış  |  |                |       |
| Toplam                             | Ort.±s.s.    | 57,1 ± 21,2            |  | 60,0 ± 20,9     |  | 61,2 ± 20,6    |  | 0,327          | 0,849 |
|                                    | Med(Min-Mak) | 65 17,0 - 84,0         |  | 61 15,0 - 103,0 |  | 66 10,0 - 83,0 |  |                |       |
| Kişilerarası İlişkilerde Olumluluk | Ort.±s.s.    | 15,9 ± 9,8             |  | 18,1 ± 8,0      |  | 18,9 ± 6,4     |  | 0,48           | 0,787 |
|                                    | Med(Min-Mak) | 19 0,0 - 29,0          |  | 19 3,0 - 35,0   |  | 20 7,0 - 28,0  |  |                |       |
| Yeni Seçeneklerin Fark Edilmesi    | Ort.±s.s.    | 12,9 ± 6,8             |  | 12,8 ± 5,7      |  | 13,0 ± 6,1     |  | 0,044          | 0,978 |
|                                    | Med(Min-Mak) | 14 0,0 - 23,0          |  | 13 0,0 - 23,0   |  | 13 0,0 - 23,0  |  |                |       |
| Kendilik Algısında Değişim         | Ort.±s.s.    | 13,5 ± 4,1             |  | 13,1 ± 4,6      |  | 13,4 ± 5,2     |  | 0,313          | 0,855 |
|                                    | Med(Min-Mak) | 15 3,0 - 18,0          |  | 14 4,0 - 20,0   |  | 15 0,0 - 20,0  |  |                |       |
| İnançtaki Değişim                  | Ort.±s.s.    | 6,3 ± 3,4              |  | 7,2 ± 2,4       |  | 7,0 ± 2,2      |  | 0,378          | 0,828 |
|                                    | Med(Min-Mak) | 8 0,0 - 10,0           |  | 7 1,0 - 10,0    |  | 8 3,0 - 10,0   |  |                |       |
| Hayatın Değerini Anlama            | Ort.±s.s.    | 8,5 ± 4,8              |  | 8,8 ± 3,6       |  | 8,8 ± 4,0      |  | 0,026          | 0,987 |
|                                    | Med(Min-Mak) | 10 0,0 - 15,0          |  | 9 1,0 - 15,0    |  | 9 0,0 - 15,0   |  |                |       |

| Travma Sonrası Gelişim Ölçeği      |              | Bakım Verenin Medeni Durumu |  |                 |  |                |  | X <sup>2</sup> | p     |
|------------------------------------|--------------|-----------------------------|--|-----------------|--|----------------|--|----------------|-------|
|                                    |              | Bekar                       |  | Evli            |  | Dul /Boşanmış  |  |                |       |
| Toplam                             | Ort.±s.s.    | 56,0 ± 22,3                 |  | 59,6 ± 20,8     |  | 65,1 ± 18,2    |  | 0,532          | 0,766 |
|                                    | Med(Min-Mak) | 58 10,0 - 83,0              |  | 63 15,0 - 103,0 |  | 71 34,0 - 84,0 |  |                |       |
| Kişilerarası İlişkilerde Olumluluk | Ort.±s.s.    | 17,1 ± 6,3                  |  | 18,1 ± 8,3      |  | 15,7 ± 11,5    |  | 0,270          | 0,874 |
|                                    | Med(Min-Mak) | 18 7,0 - 26,0               |  | 20 0,0 - 35,0   |  | 20 0,0 - 29,0  |  |                |       |
| Yeni Seçeneklerin Fark Edilmesi    | Ort.±s.s.    | 12,9 ± 6,4                  |  | 12,5 ± 6,1      |  | 15,0 ± 4,3     |  | 1,388          | 0,499 |
|                                    | Med(Min-Mak) | 13 0,0 - 23,0               |  | 13 0,0 - 23,0   |  | 16 6,0 - 19,0  |  |                |       |
| Kendilik Algısında Değişim         | Ort.±s.s.    | 12,2 ± 6,1                  |  | 13,1 ± 4,2      |  | 16,3 ± 1,3     |  | 4,105          | 0,128 |
|                                    | Med(Min-Mak) | 12 0,0 - 20,0               |  | 14 4,0 - 20,0   |  | 17 15,0 - 18,0 |  |                |       |
| İnançtaki Değişim                  | Ort.±s.s.    | 6,6 ± 2,2                   |  | 7,0 ± 2,6       |  | 7,1 ± 3,6      |  | 0,890          | 0,641 |
|                                    | Med(Min-Mak) | 8 3,0 - 10,0                |  | 8 0,0 - 10,0    |  | 8 0,0 - 10,0   |  |                |       |
| Hayatın Değerini Anlama            | Ort.±s.s.    | 7,1 ± 4,7                   |  | 8,9 ± 3,7       |  | 11,0 ± 3,3     |  | 4,486          | 0,106 |
|                                    | Med(Min-Mak) | 8 0,0 - 15,0                |  | 9 0,0 - 15,0    |  | 13 5,0 - 14,0  |  |                |       |

Kruskal-Wallis

Bakım verenin gelir durumuna göre TSGÖ toplam ve alt faktör puanları anlamlı ( $p > 0,05$ ) farklılık göstermemiştir (Tablo 7).

**Tablo 7:**Bakım Verenlerin Gelir Düzeyi ile TSGÖ Puanları Arasındaki İlişki

| <i>Travma Sonrası Gelişim Ölçeği</i> |              | <i>Kişi Başına Düşen Aylık Gelir</i> |                  |                | $\chi^2$ | p     |
|--------------------------------------|--------------|--------------------------------------|------------------|----------------|----------|-------|
|                                      |              | 300 TL altı                          | 300-600 TL arası | 600 TL üstü    |          |       |
| Toplam                               | Ort.±s.s.    | 62,5 ± 20,1                          | 60,9 ± 20,9      | 54,1 ± 21,2    | 2,048    | 0,359 |
|                                      | Med(Min-Mak) | 72 16,0 - 103,0                      | 64 15,0 - 90,0   | 58 10,0 - 87,0 |          |       |
| Kişilerarası İlişkilerde Olumluluk   | Ort.±s.s.    | 20,2 ± 7,5                           | 17,3 ± 9,0       | 15,2 ± 7,5     | 4,167    | 0,124 |
|                                      | Med(Min-Mak) | 21 4,0 - 35,0                        | 20 0,0 - 33,0    | 16 0,0 - 27,0  |          |       |
| Yeni Seçeneklerin Fark Edilmesi      | Ort.±s.s.    | 12,9 ± 6,1                           | 13,0 ± 5,4       | 12,5 ± 6,7     | 0,053    | 0,974 |
|                                      | Med(Min-Mak) | 12 2,0 - 23,0                        | 14 0,0 - 21,0    | 13 0,0 - 23,0  |          |       |
| Kendilik Algısında Değişim           | Ort.±s.s.    | 13,1 ± 4,5                           | 13,9 ± 4,0       | 12,6 ± 5,1     | 0,830    | 0,660 |
|                                      | Med(Min-Mak) | 15 4,0 - 20,0                        | 15 6,0 - 20,0    | 14 0,0 - 20,0  |          |       |
| İnançtaki Değişim                    | Ort.±s.s.    | 7,4 ± 2,3                            | 6,9 ± 2,7        | 6,4 ± 2,8      | 1,394    | 0,498 |
|                                      | Med(Min-Mak) | 8 1,0 - 10,0                         | 8 0,0 - 10,0     | 8 0,0 - 10,0   |          |       |
| Hayatın Değerini Anlama              | Ort.±s.s.    | 8,8 ± 3,4                            | 9,7 ± 3,6        | 7,5 ± 4,7      | 3,036    | 0,219 |
|                                      | Med(Min-Mak) | 8 3,0 - 15,0                         | 11 3,0 - 15,0    | 9 0,0 - 14,0   |          |       |

Kruskal-Wallis

Hastaların çalışıp çalışmamasına göre TSGÖ toplam ve alt faktör puanları anlamlı ( $p > 0,05$ ) farklılık göstermemiştir. Bakım verenlerin çalışıp çalışmamasına göre TSGÖ toplam ve alt faktör puanları anlamlı ( $p > 0,05$ ) farklılık göstermemiştir (Tablo 8).

**Tablo 8:** Hastaların ve Bakım Verenlerin Çalışma Durumları ile TSGÖ Puanları Arasındaki İlişki

| Hastanın Çalışma Durumu               |             |              |              |             |              |              |       |       |
|---------------------------------------|-------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|-------|-------|
| Travma Sonrası<br>Gelişim Ölçeği      | Çalışıyor   |              |              | Çalışmıyor  |              |              | Z     | p     |
|                                       | Ort.±s.s.   | Med(Min-Mak) |              | Ort.±s.s.   | Med(Min-Mak) |              |       |       |
| Toplam                                | 53,0 ± 22,0 | 53,5         | 17,0 - 83,0  | 60,9 ± 20,3 | 64,0         | 10,0 - 103,0 | -1,24 | 0,213 |
| Kişilerarası<br>İlişkilerde Olumluluk | 15,6 ± 9,4  | 18,0         | 0,0 - 28,0   | 18,1 ± 7,9  | 19,0         | 0,0 - 35,0   | -0,79 | 0,430 |
| Yeni Seçeneklerin<br>Fark Edilmesi    | 11,9 ± 6,7  | 13,0         | 0,0 - 23,0   | 13,0 ± 5,8  | 13,0         | 0,0 - 23,0   | -0,50 | 0,614 |
| Kendilik Algısında<br>Değişim         | 12,4 ± 4,6  | 13,5         | 3,0 - 18,0   | 13,5 ± 4,5  | 14,0         | 0,0 - 20,0   | -0,67 | 0,503 |
| İnançtaki Değişim                     | 5,6 ± 3,0   | 6,0          | 0,0 - 10,0   | 7,2 ± 2,5   | 8,0          | 0,0 - 10,0   | -1,93 | 0,054 |
| Hayatın Değerini<br>Anlama            | 7,6 ± 5,1   | 11,0         | 0,0 - 13,0   | 9,0 ± 3,6   | 9,0          | 0,0 - 15,0   | -0,70 | 0,486 |
| Bakım Vereninin Çalışma Durumu        |             |              |              |             |              |              |       |       |
| Travma Sonrası<br>Gelişim Ölçeği      | Çalışıyor   |              |              | Çalışmıyor  |              |              | Z     | p     |
|                                       | Ort.±s.s.   | Med(Min-Mak) |              | Ort.±s.s.   | Med(Min-Mak) |              |       |       |
| Toplam                                | 57,7 ± 23,8 | 58,0         | 10,0 - 103,0 | 60,5 ± 18,7 | 64,5         | 17,0 - 90,0  | -0,29 | 0,769 |
| Kişilerarası<br>İlişkilerde Olumluluk | 17,7 ± 8,3  | 18,0         | 3,0 - 35,0   | 17,6 ± 8,2  | 20,0         | 0,0 - 33,0   | -0,16 | 0,875 |
| Yeni Seçeneklerin<br>Fark Edilmesi    | 12,1 ± 7,1  | 12,0         | 0,0 - 23,0   | 13,3 ± 5,2  | 13,5         | 0,0 - 21,0   | -0,78 | 0,436 |
| Kendilik Algısında<br>Değişim         | 12,8 ± 5,3  | 14,0         | 0,0 - 20,0   | 13,6 ± 4,0  | 15,0         | 3,0 - 19,0   | -0,62 | 0,537 |
| İnançtaki Değişim                     | 6,6 ± 2,9   | 7,0          | 1,0 - 10,0   | 7,2 ± 2,5   | 8,0          | 0,0 - 10,0   | -0,73 | 0,463 |
| Hayatın Değerini<br>Anlama            | 8,6 ± 4,2   | 9,0          | 0,0 - 15,0   | 8,9 ± 3,8   | 9,0          | 0,0 - 15,0   | -0,22 | 0,823 |

Mann-whitney u test

Hastalarda psikiyatrik yatış olan ve olmayanlarda TSGÖ toplam ve alt faktör puanları anlamlı ( $p > 0,05$ ) farklılık göstermemiştir (Tablo 9).

**Tablo 9:** Hastaların Psikiyatrik Yatış Öyküsü ile TSGÖ Puanları Arasındaki İlişki

| Travma Sonrası<br>Gelişim Ölçeği      | Psikiyatrik Yatış |              |              |             |              |             | Z     | p     |
|---------------------------------------|-------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-------------|-------|-------|
|                                       | Var               |              |              | Yok         |              |             |       |       |
|                                       | Ort.±s.s.         | Med(Min-Mak) |              | Ort.±s.s.   | Med(Min-Mak) |             |       |       |
| Toplam                                | 59,9 ± 19,9       | 62,0         | 10,0 - 103,0 | 55,6 ± 28,1 | 67,0         | 15,0 - 87,0 | -0,26 | 0,797 |
| Kişilerarası<br>İlişkilerde Olumluluk | 17,7 ± 8,1        | 19,0         | 0,0 - 35,0   | 17,0 ± 9,4  | 21,5         | 3,0 - 27,0  | -0,02 | 0,986 |
| Yeni Seçeneklerin<br>Fark Edilmesi    | 13,1 ± 5,8        | 13,0         | 0,0 - 23,0   | 10,8 ± 7,3  | 13,0         | 0,0 - 20,0  | -0,75 | 0,454 |
| Kendilik Algısında<br>Değişim         | 13,4 ± 4,4        | 15,0         | 0,0 - 20,0   | 12,0 ± 5,4  | 13,0         | 4,0 - 18,0  | -0,70 | 0,485 |
| İnançtaki Değişim                     | 6,9 ± 2,6         | 8,0          | 0,0 - 10,0   | 6,9 ± 3,2   | 8,0          | 1,0 - 10,0  | -0,19 | 0,848 |
| Hayatın Değerini<br>Anlama            | 8,7 ± 4,0         | 9,0          | 0,0 - 15,0   | 9,0 ± 3,8   | 9,0          | 3,0 - 14,0  | -0,14 | 0,890 |

Mann-whitney u test

Hastalarda saldırgan davranış öyküsü olan ve olmayanlarda TSGÖ toplam, kişilerarası ilişkilerde olumluluk, yeni seçeneklerin fark edilmesi, kendilik algısında değişim, inançtaki değişim faktörleri puanları anlamlı ( $p > 0,05$ ) farklılık göstermemiştir. **Saldırgan davranış öyküsü olanlarda TSGÖ yaşamın değeri faktörü puanı saldırgan davranış öyküsü olmayanlardan anlamlı ( $p < 0,05$ ) olarak daha yüksekti (Tablo 10).**

**Tablo 10:** Hastaların Saldırgan Davranış Öyküsü ile TSGÖ Puanları Arasındaki İlişki

| Travma Sonrası<br>Gelişim Ölçeği      | Saldırgan Davranış |              |             |             |              |              | Z     | p            |
|---------------------------------------|--------------------|--------------|-------------|-------------|--------------|--------------|-------|--------------|
|                                       | Var                |              |             | Yok         |              |              |       |              |
|                                       | Ort.±s.s.          | Med(Min-Mak) |             | Ort.±s.s.   | Med(Min-Mak) |              |       |              |
| Toplam                                | 65,2 ± 17,2        | 71,0         | 33,0 - 88,0 | 57,2 ± 21,7 | 58,0         | 10,0 - 103,0 | -1,40 | 0,162        |
| Kişilerarası<br>İlişkilerde Olumluluk | 18,4 ± 7,3         | 20,0         | 0,0 - 30,0  | 17,4 ± 8,6  | 19,0         | 0,0 - 35,0   | -0,53 | 0,595        |
| Yeni Seçeneklerin<br>Fark Edilmesi    | 14,6 ± 5,6         | 15,0         | 4,0 - 23,0  | 12,1 ± 6,0  | 13,0         | 0,0 - 23,0   | -1,58 | 0,115        |
| Kendilik Algısında<br>Değişim         | 14,6 ± 4,1         | 16,0         | 7,0 - 20,0  | 12,7 ± 4,6  | 14,0         | 0,0 - 20,0   | -1,81 | 0,070        |
| İnançtaki Değişim                     | 7,0 ± 2,4          | 7,0          | 0,0 - 10,0  | 6,9 ± 2,7   | 8,0          | 0,0 - 10,0   | -0,23 | 0,820        |
| Hayatın Değerini<br>Anlama            | 10,7 ± 3,4         | 12,0         | 3,0 - 15,0  | 8,0 ± 3,9   | 8,0          | 0,0 - 15,0   | -2,86 | <b>0,004</b> |

Mann-whitney u test

Hastalarda intihar girişimi öyküsü olan ve olmayanlarda TSGÖ toplam ve alt faktör puanları anlamlı ( $p > 0,05$ ) farklılık göstermemiştir (Tablo 11).

**Tablo 11:** Hastaların İntihar Girişimi Öyküsü ile TSGÖ Puanları Arasındaki İlişki

| Travma Sonrası<br>Gelişim Ölçeği      | İntihar Girişimi |              |             |             |              |              | Z     | p     |
|---------------------------------------|------------------|--------------|-------------|-------------|--------------|--------------|-------|-------|
|                                       | Var              |              |             | Yok         |              |              |       |       |
|                                       | Ort.±s.s.        | Med(Min-Mak) |             | Ort.±s.s.   | Med(Min-Mak) |              |       |       |
| Toplam                                | 59,5 ± 17,8      | 64,0         | 20,0 - 83,0 | 59,4 ± 21,9 | 62,5         | 10,0 - 103,0 | -0,17 | 0,869 |
| Kişilerarası<br>İlişkilerde Olumluluk | 17,3 ± 7,7       | 20,0         | 0,0 - 28,0  | 17,8 ± 8,5  | 18,5         | 0,0 - 35,0   | -0,15 | 0,833 |
| Yeni Seçeneklerin<br>Fark Edilmesi    | 12,1 ± 5,5       | 13,0         | 0,0 - 21,0  | 13,1 ± 6,2  | 13,0         | 0,0 - 23,0   | -0,67 | 0,504 |
| Kendilik Algısında<br>Değişim         | 13,4 ± 3,6       | 13,0         | 7,0 - 20,0  | 13,2 ± 4,8  | 15,0         | 0,0 - 20,0   | -0,43 | 0,670 |
| İnançtaki Değişim                     | 7,7 ± 2,4        | 8,0          | 0,0 - 10,0  | 6,6 ± 2,7   | 7,0          | 0,0 - 10,0   | -1,67 | 0,096 |
| Hayatın Değerini<br>Anlama            | 9,0 ± 3,3        | 9,0          | 0,0 - 15,0  | 8,7 ± 4,2   | 9,0          | 0,0 - 15,0   | -0,19 | 0,850 |

Mann-whitney u test

Aynı zamanda başkalarına da bakım verenlerde TSGÖ toplam ve alt faktör puanları başkasına bakım vermeyenlerden anlamlı ( $p < 0,05$ ) olarak daha düşüktü (Tablo 12).

**Tablo 12:** Bakım Verenlerin Başka Bakım Verdiği Kişi Varlığı ile TSGÖ Puanları Arasındaki İlişki

| Travma Sonrası<br>Gelişim Ölçeği      | Başka Bakım Verdiği Kişi |              |             |             |              |              | Z     | p            |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------|-------------|-------------|--------------|--------------|-------|--------------|
|                                       | Var                      |              |             | Yok         |              |              |       |              |
|                                       | Ort.±s.s.                | Med(Min-Mak) |             | Ort.±s.s.   | Med(Min-Mak) |              |       |              |
| Toplam                                | 43,9 ± 21,7              | 47,0         | 10,0 - 90,0 | 62,7 ± 19,1 | 69,0         | 16,0 - 103,0 | -2,70 | <b>0,007</b> |
| Kişilerarası<br>İlişkilerde Olumluluk | 13,2 ± 7,4               | 13,0         | 3,0 - 33,0  | 18,6 ± 8,1  | 21,0         | 0,0 - 35,0   | -2,57 | <b>0,010</b> |
| Yeni Seçeneklerin<br>Fark Edilmesi    | 9,4 ± 7,4                | 8,0          | 0,0 - 23,0  | 13,5 ± 5,4  | 14,0         | 0,0 - 23,0   | -1,98 | <b>0,047</b> |
| Kendilik Algısında<br>Değişim         | 10,2 ± 4,9               | 12,0         | 0,0 - 15,0  | 13,9 ± 4,2  | 15,0         | 4,0 - 20,0   | -2,75 | <b>0,006</b> |
| İnançtaki Değişim                     | 5,7 ± 2,7                | 6,0          | 1,0 - 10,0  | 7,2 ± 2,6   | 8,0          | 0,0 - 10,0   | -1,96 | <b>0,040</b> |
| Hayatın Değerini<br>Anlama            | 5,5 ± 4,1                | 6,0          | 0,0 - 12,0  | 9,4 ± 3,6   | 9,5          | 0,0 - 15,0   | -2,97 | <b>0,003</b> |

Mann-whitney u test

Psikiyatrik hastalığı olan bakım verenlerde TSGÖ toplam ve hayatın değerini anlama faktörü puanları psikiyatrik hastalığı olmayanlardan anlamlı ( $p < 0,05$ ) olarak daha düşüktü. Psikiyatrik hastalığı olan ve olmayanlarda TSGÖ kişilerarası ilişkilerde olumluluk, yeni seçeneklerin fark edilmesi, kendilik algısında değişim, inançtaki değişim faktörleri puanları anlamlı ( $p > 0,05$ ) farklılık göstermemiştir (Tablo 13).

**Tablo 13:** Bakım Verenlerde SCID-I'e Göre Tanı Konulmuş Psikiyatrik Bozukluk Varlığı ile TSGÖ Puanları Arasındaki İlişki

| Travma Sonrası<br>Gelişim Ölçeği      | Psikiyatrik Bozukluğu |              |             |             |              |              | Z     | p            |
|---------------------------------------|-----------------------|--------------|-------------|-------------|--------------|--------------|-------|--------------|
|                                       | Var                   |              |             | Yok         |              |              |       |              |
|                                       | Ort.±s.s.             | Med(Min-Mak) |             | Ort.±s.s.   | Med(Min-Mak) |              |       |              |
| Toplam                                | 55,6 ± 16,2           | 55,5         | 17,0 - 80,0 | 61,0 ± 22,3 | 69,0         | 10,0 - 103,0 | -1,37 | <b>0,017</b> |
| Kişilerarası<br>İlişkilerde Olumluluk | 17,2 ± 7,1            | 17,0         | 0,0 - 31,0  | 17,9 ± 8,7  | 21,0         | 0,0 - 35,0   | -0,56 | 0,576        |
| Yeni Seçeneklerin<br>Fark Edilmesi    | 11,5 ± 5,4            | 11,0         | 2,0 - 23,0  | 13,4 ± 6,2  | 14,0         | 0,0 - 23,0   | -1,55 | 0,121        |
| Kendilik Algısında<br>Değişim         | 12,6 ± 3,5            | 13,0         | 3,0 - 17,0  | 13,5 ± 4,9  | 15,0         | 0,0 - 20,0   | -1,39 | 0,164        |
| İnançtaki Değişim                     | 6,7 ± 2,6             | 7,0          | 0,0 - 10,0  | 7,0 ± 2,6   | 8,0          | 0,0 - 10,0   | -0,56 | 0,575        |
| Hayatın Değerini<br>Anlama            | 7,6 ± 3,0             | 8,0          | 0,0 - 12,0  | 9,2 ± 4,2   | 10,0         | 0,0 - 15,0   | -1,96 | <b>0,040</b> |

Mann-whitney u test

Beck depresyon ölçeği ile TSGÖ kendilik algısında değişim, inançtaki değişim, hayatın değerini anlama faktörleri puanları arasında anlamlı ( $p < 0,05$ ) negatif korelasyon mevcuttu. Beck depresyon ölçeği ile TSGÖ toplam, yeni seçeneklerin fark edilmesi, kişilerarası ilişkilerde olumluluk faktörleri puanı arasında anlamlı ( $p > 0,05$ ) korelasyon yoktu. Beck anksiyete puanı ile TSGÖ toplam ve alt faktör puanları arasında anlamlı ( $p > 0,05$ ) korelasyon yoktu (Tablo 14).

Zarit bakıcı yükü ölçeği ile TSGÖ toplam, kişilerarası ilişkilerde olumluluk, yeni seçeneklerin fark edilmesi, inançtaki değişim faktörleri puanları arasında anlamlı ( $p > 0,05$ ) korelasyon yoktu. Zarit bakıcı yükü ölçeği ile TSGÖ kendilik algısında değişim, yaşamın değeri faktörleri puanı arasında anlamlı ( $p < 0,05$ ) negatif korelasyon mevcuttu (Tablo 14).

**Tablo 14:** Bakım Verenlerin BDÖ,BAÖ,ZBYÖ Puanları ile TSGÖ Puanları Arasındaki İlişki

|                             |   | <i>Travma Sonrası Gelişim Ölçeği</i> |                                          |                                       |                                  |                      |                               |
|-----------------------------|---|--------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|----------------------|-------------------------------|
|                             |   | Toplam                               | Kişilerarası<br>İlişkilerde<br>Olumluluk | Yeni<br>Seçeneklerin<br>Fark Edilmesi | Kendilik<br>Algısında<br>Değişim | İnançtaki<br>Değişim | Hayatın<br>Değerini<br>Anlama |
| Beck Depresyon<br>Ölçeği    | r | -0,208                               | -0,088                                   | -0,130                                | -0,274                           | -0,282               | -0,238                        |
|                             | p | 0,073                                | 0,453                                    | 0,266                                 | <b>0,017</b>                     | <b>0,014</b>         | <b>0,040</b>                  |
| Beck Anksiyete<br>Ölçeği    | r | -0,051                               | -0,050                                   | -0,088                                | 0,013                            | 0,008                | -0,067                        |
|                             | p | 0,662                                | 0,671                                    | 0,453                                 | 0,909                            | 0,946                | 0,567                         |
| Zarit Bakıcı Yüğü<br>Ölçeği | r | -0,164                               | -0,022                                   | -0,076                                | -0,238                           | -0,181               | -0,377                        |
|                             | p | 0,159                                | 0,852                                    | 0,516                                 | <b>0,039</b>                     | 0,120                | <b>0,001</b>                  |

Spearman Korelasyon

Temel kişilik özellikleri ölçeği dışadönüklük faktörü puanı ile TSGÖ toplam ve alt faktör puanları arasında anlamlı ( $p > 0,05$ ) korelasyon yoktu. Temel kişilik özellikleri ölçeği sorumluluk faktörü puanı ile TSGÖ toplam ve alt faktör puanları arasında anlamlı ( $p > 0,05$ ) korelasyon yoktu. Temel kişilik özellikleri ölçeği geçimlilik faktörü puanı ile TSGÖ toplam, kişilerarası ilişkilerde olumluluk, yeni seçeneklerin fark edilmesi, kendilik algısında değişim, hayatın değerini anlama faktörleri puanları arasında anlamlı ( $p > 0,05$ ) korelasyon yoktu. **Temel kişilik özellikleri ölçeği geçimlilik faktörü puanı ile TSGÖ inançtaki değişim faktörü puanı arasında anlamlı ( $p < 0,05$ ) pozitif korelasyon mevcuttur.** Temel kişilik özellikleri ölçeği duygusal tutarsızlık faktörü puanı ile TSGÖ toplam ve alt faktör puanları arasında anlamlı ( $p > 0,05$ ) korelasyon yoktu. Temel kişilik özellikleri ölçeği gelişime açıklık faktörü puanı ile TSGÖ toplam, kişilerarası ilişkilerde olumluluk, yeni seçeneklerin fark edilmesi, inançtaki değişim faktörleri puanları arasında anlamlı ( $p > 0,05$ ) korelasyon yoktu. **Temel kişilik özellikleri ölçeği gelişime açıklık faktörü puanı ile TSGÖ kendilik algısında değişim, yaşamın değeri faktörü puanı arasında anlamlı ( $p < 0,05$ ) pozitif korelasyon mevcuttur.** Temel kişilik özellikleri ölçeği olumsuz değerlilik faktörü puanı ile TSGÖ toplam ve alt faktör puanları arasında anlamlı ( $p > 0,05$ ) korelasyon yoktu (Tablo 15).

**Tablo 15:** Bakım Verenlerin TKÖÖ Puanları ile TSGÖ Puanları Arasındaki İlişki

| <i>Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği</i> | <i>Travma Sonrası Gelişim Ölçeği</i> |                                    |                                 |                            |                   |                         |
|-----------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------|-------------------------|
|                                         | Toplam                               | Kişilerarası İlişkilerde Olumluluk | Yeni Seçeneklerin Fark Edilmesi | Kendilik Algısında Değişim | İnançtaki Değişim | Hayatın Değerini Anlama |
| Dışadönüklük                            | r                                    | 0,056                              | -0,012                          | 0,049                      | 0,078             | 0,053                   |
|                                         | p                                    | 0,630                              | 0,918                           | 0,678                      | 0,507             | 0,653                   |
| Sorumluluk                              | r                                    | 0,044                              | -0,044                          | 0,083                      | 0,156             | 0,072                   |
|                                         | p                                    | 0,707                              | 0,711                           | 0,479                      | 0,182             | 0,537                   |
| Geçimlilik                              | r                                    | 0,157                              | 0,062                           | 0,043                      | 0,197             | 0,266                   |
|                                         | p                                    | 0,180                              | 0,597                           | 0,713                      | 0,091             | <b>0,021</b>            |
| Duygusal Tutarsızlık                    | r                                    | -0,015                             | -0,019                          | 0,005                      | 0,002             | 0,145                   |
|                                         | p                                    | 0,901                              | 0,870                           | 0,964                      | 0,985             | 0,215                   |
| Gelişime Açıklık                        | r                                    | 0,223                              | 0,029                           | 0,217                      | 0,399             | 0,134                   |
|                                         | p                                    | 0,055                              | 0,804                           | 0,061                      | <b>0,000</b>      | 0,252                   |
| Olumsuz Değerlik                        | r                                    | 0,052                              | 0,100                           | 0,101                      | 0,018             | 0,092                   |
|                                         | p                                    | 0,658                              | 0,391                           | 0,388                      | 0,875             | 0,430                   |

Spearman Korelasyon

Baş etme yolları kaderci alan puanı ile TSGÖ toplam ve alt faktör puanları arasında anlamlı ( $p > 0,05$ ) korelasyon yoktu. Baş etme yolları iyimser alan puanı ile TSGÖ toplam ve alt faktör puanları arasında anlamlı ( $p > 0,05$ ) korelasyon yoktu. Baş etme yolları problem odaklı alan puanı ile TSGÖ toplam ve alt faktör puanları arasında anlamlı ( $p > 0,05$ ) korelasyon yoktu. Baş etme yolları çaresiz alan puanı ile TSGÖ toplam ve alt faktör puanları arasında anlamlı ( $p > 0,05$ ) korelasyon yoktu. (Tablo 16)

**Tablo 16:** Bakım Verenlerin BEYÖ Puanları ile TSGÖ Puanları Arasındaki ilişki

| <i>Baş Etme Yolları</i> | <i>Travma Sonrası Gelişim Ölçeği</i> |                                    |                                 |                            |                   |                         |
|-------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------|-------------------------|
|                         | Toplam                               | Kişilerarası İlişkilerde Olumluluk | Yeni Seçeneklerin Fark Edilmesi | Kendilik Algısında Değişim | İnançtaki Değişim | Hayatın Değerini Anlama |
| Kaderci Baş Etme        | r                                    | 0,148                              | -0,014                          | 0,134                      | 0,199             | 0,118                   |
|                         | p                                    | 0,205                              | 0,908                           | 0,252                      | 0,088             | 0,312                   |
| İyimser Baş Etme        | r                                    | 0,185                              | 0,079                           | 0,182                      | 0,224             | 0,191                   |
|                         | p                                    | 0,111                              | 0,500                           | 0,118                      | 0,053             | 0,100                   |
| Problem Odaklı Baş Etme | r                                    | 0,173                              | 0,009                           | 0,212                      | 0,228             | 0,168                   |
|                         | p                                    | 0,137                              | 0,939                           | 0,068                      | 0,051             | 0,149                   |
| Çaresiz Baş Etme        | r                                    | 0,011                              | -0,044                          | 0,098                      | 0,016             | -0,119                  |
|                         | p                                    | 0,923                              | 0,709                           | 0,403                      | 0,891             | 0,309                   |

Spearman Korelasyon

Algılanan çok yönlü sosyal destek ölçeği aile alan puanı ile TSGÖ kişilerarası ilişkilerde olumluluk, yeni seçeneklerin fark edilmesi, inançtaki değişim faktörleri puanları arasında anlamlı ( $p > 0,05$ ) korelasyon yoktu. **Algılanan çok yönlü sosyal destek ölçeği aile alan puanı ile TSGÖ toplam, kendilik algısında değişim, yaşamın değeri faktörleri puanı arasında anlamlı ( $p < 0,05$ ) pozitif korelasyon mevcuttu.** Algılanan çok yönlü sosyal destek ölçeği arkadaş alan puanı ile TSGÖ toplam ve alt faktör puanları arasında anlamlı ( $p > 0,05$ ) korelasyon yoktu. Algılanan çok yönlü sosyal destek ölçeği özel biri alan puanı ile TSGÖ inançtaki değişim faktörü puanı arasında anlamlı ( $p > 0,05$ ) korelasyon yoktu. **Algılanan çok yönlü sosyal destek ölçeği özel biri alan puanı ile TSGÖ toplam, kişilerarası ilişkilerde olumluluk, yeni seçeneklerin fark edilmesi, kendilik algısında değişim, yaşamın değeri faktörleri puanları arasında anlamlı ( $p < 0,05$ ) pozitif korelasyon mevcuttu.** Algılanan çok yönlü sosyal destek ölçeği toplam puanı ile TSGÖ kişilerarası ilişkilerde olumluluk, inançtaki değişim faktörleri puanları arasında anlamlı ( $p > 0,05$ ) korelasyon yoktu. **Algılanan çok yönlü sosyal destek ölçeği toplam puanı ile TSGÖ toplam, yeni seçeneklerin fark edilmesi, kendilik algısında değişim, yaşamın değeri faktörleri puanları arasında anlamlı ( $p < 0,05$ ) pozitif korelasyon mevcuttu.** (Tablo 17)

**Tablo 17:** Bakım Verenlerin AÇYSDÖ Puanları ile TSGÖ Puanları Arasındaki İlişki

| <b>Algılanan Çok Yönlü Sosyal Destek Ölçeği</b> | <b>Travma Sonrası Gelişim Ölçeği</b> |                                    |                                 |                            |                   |                         |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------|-------------------------|
|                                                 | Toplam                               | Kişilerarası İlişkilerde Olumluluk | Yeni Seçeneklerin Fark Edilmesi | Kendilik Algısında Değişim | İnançtaki Değişim | Hayatın Değerini Anlama |
| Aile                                            | r                                    | 0,231                              | 0,120                           | 0,179                      | 0,233             | 0,160                   |
|                                                 | p                                    | <b>0,046</b>                       | 0,306                           | 0,125                      | <b>0,044</b>      | 0,171                   |
| Arkadaş                                         | r                                    | 0,146                              | 0,088                           | 0,158                      | 0,008             | 0,110                   |
|                                                 | p                                    | 0,213                              | 0,450                           | 0,177                      | 0,946             | 0,346                   |
| Özel Biri                                       | r                                    | 0,365                              | 0,251                           | 0,365                      | 0,382             | 0,166                   |
|                                                 | p                                    | <b>0,001</b>                       | <b>0,030</b>                    | <b>0,001</b>               | <b>0,001</b>      | 0,154                   |
| Toplam                                          | r                                    | 0,300                              | 0,197                           | 0,270                      | 0,236             | 0,187                   |
|                                                 | p                                    | <b>0,009</b>                       | 0,090                           | <b>0,019</b>               | <b>0,042</b>      | 0,107                   |

Spearman Korelasyon

Dindarlık ölçeği toplam puanı ile TSGÖ toplam ve alt faktör puanları arasında anlamlı ( $p > 0,05$ ) korelasyon yoktu. Dindarlık ölçeği içsel dindarlık alt ölçek puanı ile TSGÖ toplam, kişilerarası ilişkilerde olumluluk, yeni seçeneklerin fark edilmesi, kendilik algısında değişim, hayatın değerini anlama faktörleri puanları arasında anlamlı ( $p > 0,05$ ) korelasyon yoktu. **Dindarlık ölçeği içsel dindarlık alt ölçeği puanı ile**

**TSGÖ inançtaki değişim faktörü puanı arasında anlamlı ( $p > 0,05$ ) pozitif korelasyon mevcuttu.** Dindarlık ölçeği dışsal dindarlık alt ölçeği puanı ile TSGÖ toplam ve alt faktör puanları arasında anlamlı ( $p > 0,05$ ) korelasyon yoktu. (Tablo 18)

**Tablo 18:** Bakım Verenlerin DÖ Puanları ile TSGÖ Puanları Arasındaki İlişki

| <i><b>Dindarlık<br/>Ölçeği</b></i> | <i><b>Travma Sonrası Gelişim Ölçeği</b></i> |        |                                          |                                       |                                  |                      |                               |
|------------------------------------|---------------------------------------------|--------|------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|----------------------|-------------------------------|
|                                    |                                             | Toplam | Kişilerarası<br>İlişkilerde<br>Olumluluk | Yeni<br>Seçeneklerin<br>Fark Edilmesi | Kendilik<br>Algısında<br>Değişim | İnançtaki<br>Değişim | Hayatın<br>Değerini<br>Anlama |
| Toplam                             | r                                           | 0,128  | 0,155                                    | 0,100                                 | 0,048                            | 0,141                | 0,082                         |
|                                    | p                                           | 0,273  | 0,184                                    | 0,393                                 | 0,680                            | 0,229                | 0,486                         |
| İçsel Dindarlık                    | r                                           | 0,126  | 0,119                                    | 0,103                                 | 0,100                            | 0,250                | 0,098                         |
|                                    | p                                           | 0,281  | 0,308                                    | 0,381                                 | 0,395                            | <b>0,030</b>         | 0,403                         |
| Dışsal Dindarlık                   | r                                           | 0,077  | 0,103                                    | 0,084                                 | 0,019                            | -0,005               | 0,024                         |
|                                    | p                                           | 0,512  | 0,379                                    | 0,472                                 | 0,871                            | 0,963                | 0,837                         |

Spearman Korelasyon

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı, giriş bölümünde de ifade edildiği gibi bipolar affektif bozukluğu olan hastalara bakım verenlerde TSG'nin varlığını ve ilişkili olabileceği öngörülen etmenleri (hastalığın klinik özellikleri, bakım veren yükü, problemle baş etme yöntemleri, sosyal destek algısı, bakım verenin kişilik özellikleri gibi) incelemektir. Bu amaçla BAB olan hastalara bakım verenlerin TSGÖ'den aldıkları puanlar ile hastaların ve bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri, hastalığa ait klinik özellikler, bakım verenlerin depresyon ve anksiyete düzeyleri, temel kişilik özellikleri, baş etme yöntemleri, yük algısı, sosyal destek algısı ve dindarlık düzeyi arasındaki ilişki araştırılmıştır. Çalışmamızın bu bölümünde analizlerden elde edilen bulgular, ilgili literatür çerçevesinde tartışılacaktır.

Psikiyatri hastalarına bakım verme süreci son derece travmatik ve stresli bir durumdur (25). Literatürde psikiyatrik hastalıklara bakım verenlerde TSG olgusunu inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bipolar affektif bozukluğu olan hastalara bakım verenlerde TSG'nin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Travma sonrası gelişimin yaşandığı farklı alanlar vardır ve bu alanlarda yaşanan gelişim farklı bireylerde farklı şekillerde ortaya çıkabilir. Başka bir ifadeyle, bir birey bir alanda olumlu değişim ifade ederken diğer alanlarda bu değişimi ifade etmeyebilir (98). Bu bağlamda, değişkenleri ile hem TSGÖ toplam puanı hem de TSGÖ alt faktör puanları arasındaki ilişki değerlendirilecektir.

### 5.1. TSGÖ TOPLAM PUANININ LİTERATÜRDEKİ DİĞER ÇALIŞMALAR İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamıza katılan bakım verenlerin TSGÖ'den aldıkları toplam puan 10-103 arasında değişmektedir ve ortalaması  $59,5 \pm 20,7$ 'dir. Thornton ve arkadaşları (180) akciğer kanseri hastaları ile yaptıkları çalışmada  $55,30 \pm 28,22$ ; Dirik ve Karancı (155), romatoid artritli hastaları ile yaptıkları çalışmada  $51,86 \pm 25,91$ ; Weiss (16), meme kanseri hastaları ve eşleri ile yaptığı çalışmada hastalar için  $58,4 \pm 24,3$ , eşleri için

47,0±22,9; Özlü ve arkadaşları (24) şizofreni hastalarına bakım verenler ile yaptıkları çalışmada 55,35±19,70 olarak saptamışlardır. Linley ve Joseph'in (109) derlemesinde çalışmalarda 46,00±22,83 ile 83,47±20,21 arasında TSGÖ toplam puanı saptandığı belirtilmiştir. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında çalışmamıza katılan bakım verenlerde orta derecede TSG izlendiği söylenebilir.

## 5.2. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN TSG İLE İLİŞKİSİ

Barskova ve Oesterreich'in (125) yayınladıkları derlemde, çalışmaların büyük çoğunluğunda, genç yaş ve kadın cinsiyet ile yüksek düzeyde TSG arasında anlamlı bir ilişki saptandığı, eğitim düzeyi ve gelir durumu ile TSG arasında bir ilişki saptanmadığı belirtilmektedir.

Çalışmamızda kadın bakım verenlerin TSGÖ “kendilik algısında değişim” alt faktör puanı erkeklerden anlamlı ( $p < 0,05$ ) olarak daha yüksek saptanmıştır. Bu bulgu literatürdeki bulgular ile tutarlıdır. Çalışmaların büyük çoğunluğunda erkeklere göre kadınların travma sonrası daha çok stres yaşadığı ve TSG'nin kadınlarda daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (115,135,136). Güneş (137), kadınlarda daha fazla TSG izlenmesinin, kadınların travmanın etkilerine daha açık olmaları ile açıklanabileceğini ifade etmiştir. Travmayla birlikte önceki inanç, hedef ve varsayımların gözden geçirilmesi, varsayımsal dünyanın travmayla bütünleşmiş bir şekilde yeniden inşa edilebilmesi için bu yaşantının bilişsel sarsılmaya neden olacak kadar şiddetli olması beklendiğinden, kadınların deneyimlediği travma şiddeti, erkeklere oranla daha yüksek olduğundan, bu durumun kadınlar için TSG sürecini de tetikliyor olabileceğini söylenebilir.

Çalışmamızda hastaların ve bakım verenlerin yaşları ile TSG arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Literatüre bakıldığında genç kişilerin yüksek düzeyde TSG gösterdiğine dair yayınlar çoğunluktadır (125). Bununla birlikte yaş ile TSG arasında bir ilişki saptamayan araştırmalar da mevcuttur. Diyabet hastalarıyla yapılan çalışmada, yaşla TSG arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir (130). Benzer şekilde; Svetina ve Nastran'ın (131) meme kanseri hastalar ile yaptığı çalışmada ve Thornton ve Perez'in (119) prostat kanseri hastaları ve eşleri ile yaptıkları çalışmada TSG ile yaş arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Genç kişilerde TSG'nin daha yüksek olduğunu saptayan çalışmalar bunu genç olmanın gelişimi kolaylaştırdığı, kişinin kendi

ölümüne olan uzaklık algısının geleceğe ait umudunda artışa neden olacağı, kronik niteliği olan bir hastalıkla uzun süre baş etme durumunda kalmanın hastalığın iyi yönlerini bulmada kişileri motive edeceği gibi etmenlere bağlamışlarsa da (6, 24, 128), diğer ilişki saptamayan çalışmalarda (119,130,131) olduğu gibi bizim örneklemimizde yaş ile TSG arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda hastaların ve bakım verenlerin medeni durumları ile TSG arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu literatür ile uyumludur. Diyabet hastalarıyla yapılan çalışmada medeni durumla TSG arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir (130). Güven'in (132) yaptığı çalışmada medeni durum ile TSG düzeyi arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Şizofreni hastalarına bakım verenler ile yapılan çalışmada medeni durum ile TSG arasında ilişki saptanmamıştır (24).

Çalışmamızda hastaların ve bakım verenlerin çalışma durumları ile TSG arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu çalışma durumu ile TSG ilişkisini nadir olarak ele alan literatür ile uyumludur. Özlü ve arkadaşları (24), şizofreni hastalarına bakım verenler ile yaptıkları çalışmada çalışmayanlarla ve çalışanlar arasında TSG açısından anlamlı bir ilişki saptanmadığını belirtmiştir.

Çalışmamızda hastaların ve bakım verenlerin öğrenim süreleri ile TSG arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu literatür ile uyumludur. Svetina ve Nastran'ın (131) meme kanseri hastalar ile yaptığı çalışmada ve Güven'in (132) Marmara depremi sonrası yaptığı tez çalışmasında eğitim düzeyi ile TSG düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda bakım verenlerin gelir durumu ile TSG arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu literatür ile uyumludur. Diyabet hastalarıyla yapılan çalışmada medeni durumla TSG arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir (130). Güven'in (132) yaptığı çalışmada medeni durum ile TSG düzeyi arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

### **5.3. HASTALIĞIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLERİN TSG İLE İLİŞKİSİ**

Çalışmamızda hastalık süresi, toplam atak sayısı, psikiyatrik yatış öyküsü, intihar girişimi öyküsü gibi hastalığın klinik özelliklerini betimleyen değişkenler ile

TSG arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Benzer şekilde bakım verenlerin bakım verme süresi ile TSG arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bununla birlikte saldırgan davranış öyküsü olanlarda TSGÖ yaşamın değeri faktörü puanı saldırgan davranış öyküsü olmayanlardan anlamlı ( $p < 0,05$ ) olarak daha yüksek olarak saptanmıştır. Barskova ve Oesterreich (125), hastalık süresinin ve hastalık şiddetinin en çok çalışılan iki konu olduğunu ifade ettikleri derlemede, hastalık süresi ile ilgili bilgilerin tutarlı olmadığını, çoğu çalışmada ise hastalık şiddeti ile TSG arasında ilişki saptanmadığını belirtmiştir. Lechner ve arkadaşları (127), orta şiddette bir hastalığın kişinin uzun zamandır var olan inanışlarını yeniden değerlendirmeye teşvik edebileceğini ifade etmiştir. Bu durumun tam aksine yüksek şiddette bir hastalığın bilişsel “kapanma”ya yol açabileceği, kişilerin hastalığın sonuçlarını düşünemeyecek kadar tehdit altında hissetmelerine neden olacağı bundan dolayı kişisel gelişim sürecinin desteklenemeyeceğini belirtmiştir.

Genel literatürü destekler nitelikte çalışmamızda hastalığa ait klinik özelliklerin, saldırgan davranış öyküsü dışında TSG ile ilişkili olmadığı saptanmıştır. Örneklemimizde bakım verdiği hastada saldırgan davranış öyküsü olanlarda TSG ‘nin “hayatın değerini anlama” alt boyutu olmayanlara kıyasla daha yüksek saptanmıştır. Literatürde psikiyatrik bozukluğu olan yakınına bakım verenlerde TSG ve saldırgan davranış ilişkisini inceleyen, bizim rastladığımız tek araştırmada saldırgan davranış ve TSG arasında ilişkiye rastlanmamıştır (24). Bu farklılık iki araştırmanın örneklem farklılığından kaynaklanabilir. Özlü ve arkadaşlarının (24) çalışmasında şizofreni hastalarına bakım verenler incelenmiştir. Şizofreni bilindiği üzere BAB’a kıyasla stigmatizasyonu daha yüksek bir hastalık olup (181) daha tanı koyulduğu aşamada daha çok travma etkisi yaratması beklenen bir durumdur. BAB ise şizofreniye kıyasla daha az yeti yitimi ile giden bir hastalık olup (182) atak dönemlerinde yaşanan saldırgan davranışlar travmanın etkisini TSG oluşturacak nitelikte artırıyor olabilir. Ayrıca hastaların saldırgan davranışlarının yol açtığı travmatik yaşantıların bakım verenlerde yaşamın değerini yeniden sorgulamalarına yol açabileceği söylenebilir.

#### **5.4. BAKIM VERENİN PSİKİYATRİK DURUMU İLE TSG İLİŞKİSİ**

Çalışmamızda BDÖ ile TSGÖ’nün kendilik algısında değişim, inançtaki değişim, hayatın değerini anlama alt boyut puanları arasında anlamlı ( $p < 0,05$ ) negatif yönde korelasyon saptanmıştır. Çalışmamızdaki saptadığımız depresyon düzeyi ile TSG

arasındaki negatif ilişkiye benzer bir bulgu, Urcuyo ve arkadaşlarının (133) meme kanseri olan kadınlar ile yaptıkları çalışmada saptanmıştır. Bu çalışmada depresyon düzeyi ile TSG arasında ters yönlü bir ilişki saptanmış, aynı araştırmada vaka grubu depresyon düzeyini değerlendirmek için kullanılan ölçeğin kesme puanına göre ikiye ayrıldığında depresyon düzeyi kesme puanı üstünde olan grupta TSG anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Garnefski ve arkadaşlarının (146) kalp krizi geçiren kişiler ile yaptıkları çalışmadaki bulgular da bu veriyi destekler niteliktedir. Depresyon mu TSG'yi engelliyor, yoksa TSG'si düşük olanlarda mı daha çok depresyon gelişiyor sorusunun cevabını araştıran bir yıllık izlem çalışmasında Fraizer ve arkadaşları (21) cinsel saldırı mağdurlarında travma sonrası 2. haftada TSG düzeyi yüksek olan kişilerin TSG düzeyi düşük olan kişilere oranla 12. ayda daha az depresif belirtiler gösterdiğini saptamışlardır. Literatür ışığında bulgularımız gözden geçirildiğinde TSG'nin depresyondan koruyucu bir etkisinin olabileceği söylenebilir.

Ayrıca çalışmamızda SCID-I'e göre psikiyatrik bozukluğu olan bakım verenlerde TSGÖ toplam ve hayatın değerini anlama alt faktörü puanları psikiyatrik bozukluğu olmayanlardan anlamlı ( $p < 0,05$ ) olarak daha düşük saptanmıştır. Literatürde bakım verenlerde SCID-I'e göre psikiyatrik bozukluk araştıran başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu sonuç TSG'si düşük olan bakım verenlerde psikiyatrik bozukluk gelişme riskinin daha fazla olduğu ya da bakım verende psikiyatrik bir bozukluk olmasının TSG'yi engellediği şeklinde yorumlanabilir. Uzunlamasına çalışmalar ile bu konudaki sebep sonuç ilişkisi açıklık kazanacaktır.

## **5.5. KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ İLE TSG İLİŞKİSİ**

Çalışmamızda dışadönüklük, sorumluluk, duygusal tutarsızlık ve olumsuz değerlik ile TSG arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamakla beraber TSGÖ'nün yaşamın değeri alt faktörü ile dışadönüklük arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan ancak anlamlılığa yakın pozitif yönde bir ilişki ( $p= 0.055$ ), duygusal tutarsızlıkla ise negatif yönde bir ilişki ( $p=0.061$ ) saptanmıştır. Geçimlilik ile TSGÖ'nün inançtaki değişim alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgu Karancı ve arkadaşlarının (149) yaptığı çalışmadaki bulgular ile örtüşmektedir. Gelişime açıklık ile kendilik algısında değişim ve yaşamın değeri alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Benzer bulgular Wang ve arkadaşlarının (147) ve Zoellner ve arkadaşlarının (148) yaptığı çalışmalarda da

saptanmıştır. Kişilik özellikleri kişinin travmatik olaylara cevabını şekillendirmede oldukça önemlidir (1). Geçimlilik, gelişime açıklık ve dışadönüklük gibi kişilik özellikleri daha çok sosyal destek arayışına yönelme, daha çok sosyal destek bulma ve TSG için gerekli olan kognitif yeniden yapılanmaya daha yatkın olma ile ilişkilidir (183, 184). Bu nedenle bu kişilik özelliklerine sahip kişilerde daha çok TSG izlenmesi şaşırtıcı değildir. Çalışmamızda da literatür ile uyumlu sonuçlara ulaşılmış olmakla beraber muhtemel örneklem sayısının kısıtlılığı ile ilgili özellikle dışadönüklük ile TSG arasında ancak istatistiksel olarak anlamlılığa yakın bir ilişki saptanmıştır.

## **5.6. BAŞ ETME YOLLARI İLE TSG İLİŞKİSİ**

Çalışmamızda BEYÖ alt faktörleri ile TSG arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu baş etme yolları ile PTG ilişkisini inceleyen çalışmalar ile uyumlu değildir. Literatüre bakıldığında ağırlıklı olarak baş etme yollarından özellikle problem odaklı baş etme yolu alt faktörünün PTG ile ilişkili olduğu yönünde çalışmalara rastlanmaktadır (12,24,128,130,142,150-155). Çalışmamızda özellikle problem odaklı baş etme yolu ile PTG arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca ulaşamamamız beklemediğimiz bir sonuç olarak karşımıza çıkmıştır. Ancak istatistikler incelendiğinde BEYÖ'nün sadece problem odaklı alt faktöründe TSGÖ'nün yeni seçenekler ve kendilik algısı alt faktörleri ile istatistiksel olarak anlamlılığa yakın pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır ( sırasıyla  $p=0.068$  ve  $p=0.051$ ). Bu sonuç yine örneklem grubunun sayısındaki kısıtlılıkla ilişkili olabileceği gibi BAB'nin doğası gereği ataklar ve remisyon dönemleri ile seyrediyor olması nedeniyle bakım verenlerin kalıcı problem çözme yöntemleri geliştirmemelerinden kaynaklanabileceği şeklinde yorumlanabilir.

## **5.7. SOSYAL DESTEK İLE TSG İLİŞKİSİ**

Çalışmamızda AÇYSD ölçeğinin toplam puanı ile TSGÖ toplam puanı, yeni seçeneklerin fark edilmesi, kendilik algısında değişim ve hayatın değerini anlama alt boyutlarındaki puanlar arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. AÇYSD ölçeğinin aile alanı puanı ile TSGÖ toplam puanı, yeni seçeneklerin fark edilmesi, kendilik algısında değişim ve hayatın değerini anlama alt boyutlarındaki puanlar arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. AÇYSD ölçeğinin özel biri alan puanı ile TSGÖ toplam puanı, kişiler arası ilişkilerde olumluk, yeni seçeneklerin fark edilmesi, kendilik algısında değişim ve

hayatın değerini anlama alt boyutlarındaki puanlar arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. AÇYSD leğinin arkadaş alanı puanı ile TSG arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızın bu bulguları, algılanan sosyal destek ile TSG arasındaki pozitif ilişkiye dair tekrarlayan nitelikte sonuçlara sıkça rastladığımız literatürle uyumludur (12,24,111,130,132,135,137,164). Sosyal destek, kişinin ruminasyonlarını ve baş etme yollarını etkilediği için önemlidir (115). Sosyal destek, travmatik olayı olumlu bir şekilde değerlendirmeye ve daha etkili baş etme yolları kullanılmasına yardımcı olur (163). Ayrıca diğer kişilerden sosyal destek almak, yaşanan travma sonrası kişinin yaşamında meydana gelen değişiklikleri hikayeletirerek anlatma yolu sağladığı ve zihninde yeniden bir kognitif yapılanma meydana gelebilmesi için gerekli olan yeni bakış açılarına olanak sağladığı için TSG’ye aracılık etmektedir (3). Aile bireyleri ve arkadaşlar kişinin kendi hayatında neyin daha önemli olduğu konusunda yeniden değerlendirme yapmasına ve travmatik yaşantının zihinsel olarak yeniden işlenmesi sürecine yardımcı olabilirler. Ayrıca aile bireyleri ve özellikle eşler çoğunlukla travmatik olay sürecine katılım gösteren kişilerdir ve travmatik olayı yaşayan kişi ile birlikte ilişkilerinin yeni yönlerini keşfetmeye çalışabilirler. Tüm bu süreç ve çabaların sonucu olarak kişiler arası ilişkiler güçlenir ve büyüme gelişir (125).

Çalışmamızda arkadaşlardan gelen sosyal desteğin TSG ile ilişki olmadığı görülmüştür. Kılıç (112), sosyal desteğin gelişmeyi hızlandırdığını ancak her tür sosyal desteğin aynı etkiyi yapmadığını, özellikle kişinin yaşadıklarını gelişmeye yol açabilecek bir olay olarak görmesini teşvik eden sosyal destek çevresinin gelişmeyi kolaylaştırdığını belirtmiştir. Ülkemizde psikiyatrik bozukluklarla ilgili stigmatizasyonun etkisi (181) ve “Kol kırılır yen içinde kalır” şeklinde kültürümüze ait bakış açısı göz önüne alındığında çalışmamızın sonuçlarında da saptandığı üzere sosyal destek arayışı arkadaşlardan daha çok aile yeleri ve özel bir kategoriinde değerlendirilebilecek eş gibi bireylerden beklenmekte, dolayısıyla talep edilmekte ve algılanmaktadır.

Sosyal desteğin tanımı ve işleyişi konusunda görüş ayrılıkları olmakla birlikte genel olarak bireye çevresindeki insanlar tarafından yapılan yardım olarak tanımlanır. Kriz ve emosyonel gerginlik durumlarında bireyler, doğal yardımcı olarak görülen aile üyelerine dayanma gereksinimindedir. Bu formel olmayan yardımcıların oluşturduğu

destek ağı bireyin uyum süreci ve sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (185). 1970'li yılların sonunda stresin zararlı etkilerinden korunmada sosyal bağların rolü vurgulanmış, sosyal destek, ruhsal ve bedensel sağlık ilişkisini inceleyen çalışmalar hızla artmıştır (174,186). Coyne ve Downey (187) de yakın zamanda sosyal destek konusunda yapılan çalışmalarda ilginin çevreden alınan desteğin nasıl algılandığına yöneldiğini belirtmiştir (175,185). Doğal destek sistemlerinin psikolojik sorunların çözümlerini kolaylaştırma veya zorlaştırmada önemli rol oynadıkları bilinmektedir. Araştırmacılar desteğe ihtiyacı olan kişilere bakmanın bakan kişiler üzerinde yaratabileceği yük ve strese de dikkat çekmektedirler. Cochrane ve arkadaşları (188), uzun süre destek verenin (eş gibi), duygusal açıdan tükenebileceğini belirtmişlerdir. Cook ve arkadaşları (189), akıl hastası aileleri ile yapılan çalışmaları tartışırken, yalnızca bakımla yakından ilgilenenlerin değil, çok geniş ölçekteki kişilerinde etkilendiğini bildirilmişlerdir. Hastalar ve desteğe ihtiyacı olanlar kadar, desteği verenlerin kendilerinin de sosyal desteğe ihtiyaç duydukları açıktır ve bu da sosyal destek kavramının önemini arttırmaktadır.

## **5.8. BAKIM YÜKÜ İLE TSG İLİŞKİSİ**

Çalışmamızda Zarit bakıcı yükü ölçeği ile TSGÖ kendilik algısında değişim, yaşamın değeri faktörleri puanı arasında anlamlı ( $p < 0,05$ ) negatif korelasyon saptanmıştır. Benzer şekilde aynı zamanda başkalarına da bakım verenlerde TSGÖ toplam ve alt faktör puanları başkasına bakım vermeyenlerden anlamlı ( $p < 0,05$ ) olarak daha düşük olarak saptanmıştır.

Literatür incelendiğinde yük ile TSG ilişkisini psikiyatrik bozukluğu olan bakım verenlerde inceleyen bir tez çalışmasına rastlanmış, bu araştırmada yük ve TSG arasında pozitif yönde ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır (190). Aynı çalışmada yük ölçeği alt boyutlarına ayrılarak ele alınmış, alt ölçeklerden biri olan maddi güçlükler ve gelecek kaygıları ve yük ölçeğinin diğer alt ölçeği olan bakım verene bağımlılık ile TSG arasında pozitif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Çalışmamızın bulguları şizofreni hastası bakım verenleri ile yapılan bu tez çalışmasının bulguları ile uyumluluk göstermemektedir. Bizim çalışmamızda yük ile TSG'nin bazı alt boyutları arasında negatif yönde korelasyon saptanırken Özlü'nün (190) tez çalışmasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Bu farklılık her iki gruptaki bakım verilen örneklem grubunun farklılığından ya da bakım veren gruptaki

yük derecesindeki farklılıktan kaynaklanabilir. Başka bir neden de TSG ile yük arasında depresyon ve TSG ilişkisine benzer bir ilişki olma olasılığıdır. Özlü'nün (190) tez çalışmasına bakıldığında örneklemin TSG ve Zarit Bakıcı Yüğü Ölçek puanları ortalaması sırası ile 55.35 ve 60.45; çalışmamızda ise 59.5 ve 54.3'tür. Bu açıdan bakıldığında TSG'si düşük olan olgularda yük algısının daha fazla olabileceği düşünülebilir. Bu konuda yapılacak olan uzunlamasına desenli çalışmalar ile daha anlamlı sonuçlara varılabilir.

Çalışmamızda başka birine daha bakım verenlerde vermeyenlere kıyasla TSG anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. Birden fazla kişiye bakım veriyor olmak bakım verme yükün daha da artacağı anlamına gelmekte olup (191) bu bulgu da TSG ile yük arasındaki negatif yöndeki korelasyon ilişkisini destekler niteliktedir.

## **5.9. DİNDARLIK İLE TSG İLİŞKİSİ**

Alloport ve Ross'a göre (192) dindarlık içsel ve dışsal dindarlık olarak incelenebilir. Bu ayrıma göre içsel dindar kişilerin temel güdülerinin dinin kendisidir yani kısaca dinlerini yaşarlar. İhtiyaçlarının dini inanç ve emirlerin uyumuyla birlikte sağlandığına inanırlar. Bu kişilere göre din hayatlarının her alanını kapsar. Düşünce ve davranışlarının geri planındaki referans noktası dini inançlarıdır. Bu nedenle yaşamlarının her alanında din baskın faktör olarak öne çıkmaktadır.

Dışsal dindar tanımı ise dini daha çok bireysel amaçlarına ulaşmak amacıyla kullanan kişiler için kullanılmaktadır. Alloport dışsal dindarlık için “ kesinlikle faydacı, bağışlanmanın gerçekleşmesi, sosyal itibarın sağlanması için kişiler tarafından yararlı bulunan” şeklinde tanımlamalar getirmiştir. Yani, dindarlığı bu şekilde yaşayan kişilerin diğer amaçlarına ulaşmak için dindarlığı araç olarak kullandıkları söylenebilir (178).

Çalışmamızda Dindarlık ölçeğinin içsel dindarlık alt ölçeği puanı ile TSGÖ inançtaki değişim faktörü puanı arasında anlamlı ( $p < 0,05$ ) pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Bu bulgu dini inançların TSG için yardımcı olduğu ifade eden literatürle uyumludur (125,156-160). HIV/AIDS'li hastalar ile yaşayanlarda yapılan çalışmada dindarlık ile TSG'nin pozitif yönlü ilişkisi olduğu belirtilmiştir (140). Benzer bulgular hastanede yatan yaşlı hastalar ile yapılan çalışmada da saptanmıştır (161)

Din, maneviyat ve TSG ile ilgili 11 deneysel çalışmanın incelendiği bir derleme yazısında dindarlık ve TSG ilişkisine yönelik 3 ana bulguya varılmıştır. Birincisi, din ve maneviyatın her zaman değil ama genellikle travmanın etkileri ile baş etmede kişilere yararlı olduğudur. İkincisi, travmatik yaşantılar dindarlık ve maneviyatın daha da artmasına neden olabilir. Üçüncüsü, dine açıklık, pozitif dindar baş etme, dine katılım ve içsel dindarlığın tipik olarak TSG ile ilişkili olduğudur (162).

Literatürdeki bulgular ışığında çalışmamızın dindarlık ve TSG ilişkisi ile ilgili bulgusu değerlendirildiğinde içsel dindarlığın TSG 'in özellikle inanç sisteminde gelişim alt boyutunda etkili olduğu söylenebilir.

Çalışmamızın literatür taramamızda rastlayabildiğimiz kadarıyla bipolar affektif bozukluğu olan hastaların bakım verenlerinde travma sonrası gelişimi ve ilişkili etmenleri inceleyen tek çalışma olması özgün tarafını oluşturmakla birlikte bazı kısıtlılıkları da mevcuttur.

Çalışmamızın örneklem grubunu oluşturan bakım verenlerin sayısı 75 olduğu ve ayrıca örneklemimizi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran hastaların bakım verenleri oluşturduğu için bulguların tüm bipolar affektif bozukluk hastalarına bakım verenlere genellenmesinde bir sınırlılık oluşturmaktadır. Çalışmamızda kullanılan ölçeklerin tümü öz bildirim ölçekleri olup katılımcıların öznel değerlendirmelerini içermesi ve katılımcıların genel beğeniye uygun yanıtlar verme ihtimali diğer sınırlılıklar kapsamında ele alınabilir.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Araştırmada saptanan bulgular şu şekilde özetlenebilir;

1. Çalışmamızın örneklemini oluşturan bipolar affektif bozukluğu oluşturan hastalara bakım verenlerde orta derecede TSG saptanmıştır.
2. Hastaların cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu ve hastalık süresi, toplam atak sayısı, psikiyatrik yatış öyküsü, intihar girişimi öyküsü gibi hastalığın klinik özellikleri ile TSG arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
3. Saldırgan davranış öyküsü olan hastalara bakım verenlerde TSG düzeyi anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.
4. Bakım veren kadınlarda bakım veren erkeklere oranla anlamlı olarak daha yüksek düzeyde TSG saptanmıştır.
5. Bakım verenlerin yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi ve bakım verme süresi ile TSG arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
6. Başka bir kişiye daha bakım verenlerde TSG düzeyi anlamlı olarak daha düşük olarak saptanmıştır.
7. Psikiyatrik bir bozukluğu olan bakım verenlerde TSG düzeyleri anlamlı olarak daha düşük olarak saptanmıştır.
8. Depresyon düzeyi ile TSG arasında anlamlı negatif bir korelasyon ilişkisi saptanmıştır.
9. Anksiyete düzeyi ile TSG arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
10. Bakım yükü ile TSG arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

11. Bazı kişilik özellikleri (geçimlilik ve gelişime açıklık) ile TSG arasında anlamlı bir pozitif korelasyon ilişkisi saptanmıştır.
12. Problem odaklı baş etme ile TSG arasında anlamlılığa yakın pozitif yönde bir korelasyon ilişkisi saptanmıştır
13. Sosyal destek algısı yüksek bakım verenlerde TSG düzeyi anlamlı olarak daha yüksek olarak saptanmıştır.
14. İçsel dindarlığın TSG üzerinde pozitif yönde etkili olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızın sonuçları, bipolar affektif bozukluğu olan kişilere bakım verenlerde kadın olma, psikiyatrik bozukluğa sahip olma, aynı zamanda başkasına bakım verme, bazı kişilik özelliklerine (geçimlilik ve gelişime açıklık) sahip olma, depresyon düzeyi, bakım yükü, sosyal destek ve içsel dindarlık gibi özellikler ile ilişkili olduğu düşünülen orta derecede TSG varlığına işaret etmektedir.

Bipolar affektif bozukluk gibi kronik seyir izleyen psikiyatrik bozuklukların sağaltımında hastanın özellikle primer bakım vereni olan yakını ile işbirliği içinde olmak ve beraber çalışmak hastalık seyri açısından önem arz etmektedir. Bu bulgular klinisyenlerin hastaların bakım verenleri ile olan iletişimde sadece stres belirtilerine odaklanmamaları gerektiğine, hasta yakınlarının travmatik etkisi olan bu hastalık sonucunda deneyimleyebilecekleri bazı olumlu değişimlere de duyarlı olmaları gerektiğine işaret etmektedir. Psikiyatrik tedavilerin özellikle toplum temelli yöne evrilmeye başladığı bu dönemde, bu evrilmenin ana rotasını belirleyen toplum ruh sağlığı merkezleri ve hastane birimlerinde ailelerdeki bu gelişimi destekleyecek nitelikte destek, psikoeğitim ve etkileşim grupları oluşturulmalıdır. Travma sonrası gelişimle negatif yönde ilişkisi olan faktörlere sahip hasta yakınları belirlenerek ilgili faktörlerle ilişkin müdahalelerde bulunmak faydalı olacaktır.

Bu konuda bakım veren popülasyonuna yönelik daha genellenebilir verilere ulaşmak için örneklem sayısının daha fazla olduğu, farklı hasta gruplarına bakım verenlerini de birbiriyle kıyaslayan çalışmalara ihtiyaç vardır.

## 7. KAYNAKLAR

1. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, 1996, 9.3: 455-471.
2. Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide. Mahwah, NJ: Erlbaum. 1999
3. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological inquiry*, 2004, 15.1: 1-18.
4. McMillen, J. C., Smith, E. M., & Fisher, R. H. Perceived benefit and mental health after three types of disaster. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1997, 65.5: 733.
5. Fontana, A., & Rosenheck, R. Psychological benefits and liabilities of traumatic exposure in the war zone. *Journal of Traumatic Stress*, 1998, 11.3: 485-503.
6. Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J.. Making sense of loss and benefiting from the experience: two construals of meaning. *Journal of personality and social psychology*, 1998, 75.2: 561.
7. Polatinsky, S., & Esprey, Y. Making sense of loss and benefiting from the experience: two construals of meaning. *Journal of personality and social psychology*, 1998, 75.2: 561.
8. Schwartzberg, S. S. Vitality and growth in HIV-infected gay men. *Social Science & Medicine*, 1994, 38.4: 593-602.
9. Siegel, K., & Schrimshaw, E. W. Perceiving benefits in adversity: Stress-related growth in women living with HIV/AIDS. *Social Science & Medicine*, 2000, 51.10: 1543-1554.
10. Updegraff, J. A., Taylor, S. E., Kemeny, M. E., & Wyatt, G. E. Positive and negative effects of HIV infection in women with low socioeconomic resources. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2002, 28.3: 382-394.
11. Affleck, G., Tennen, H., Croog, S., & Levine, S. Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: an 8-year study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1987, 55.1: 29.

12. Sheikh, A. I. Posttraumatic growth in the context of heart disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2004, 11.4: 265-273.
13. Abraído - Lanza, A. F., Guier, C., & Colón, R. M. Psychological thriving among Latinas with chronic illness. *Journal of Social Issues*, 1998, 54.2: 405-424.
14. Cordova, M. J., Cunningham, L. L., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology*, 2001, 20.3: 176.
15. Ho, S. M., Chan, C. L., & Ho, R. T. Posttraumatic growth in Chinese cancer survivors. *Psycho - Oncology*, 2004, 13.6: 377-389.
16. Weiss, T. Correlates of posttraumatic growth in husbands of breast cancer survivors. *Psycho - Oncology*, 2004, 13.4: 260-268.
17. Weiss, T. Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2004, 23.5: 733-746.
18. Widows, M. R., Jacobsen, P. B., Booth-Jones, M., & Fields, K. K. Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychology*, 2005, 24.3: 266.
19. McMillen, J. C., & Cook, C. L. The positive by-products of spinal cord injury and their correlates. *Rehabilitation Psychology*, 2003, 48.2: 77.
20. Yılmaz, B. ve Hisli Sahin, N. Arama-Kurtarma Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyüme. *Türk Psikoloji Dergisi*, 2007, 22 (59), 119-133.
21. Frazier, P., Conlon, A., & Glaser, T. Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2001, 69.6: 1048.
22. McMillen, C., Zuravin, S., & Rideout, G. Perceived benefit from child sexual abuse. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1995, 63.6: 1037.
23. Elçi, Ö. Predictive values of social support, coping styles and stress level in posttraumatic growth and burnout levels among the parents of children with autism. PhD Thesis. Middle East Technical University. 2004.
24. Özlü, A., Yıldız, M., & Aker, T. Şizofreni hastalarına bakım verenlerde travma sonrası gelişim ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2010, 11: 89-94.

25. Marsh, D. T., Lefley, H. P., Evans-Rhodes, D., Ansell, V. I., Doerzbacher, B. M., LaBarbera, L., & Paluzzi, J. E. The family experience of mental illness: Evidence for resilience. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1996, 20.2: 3.
26. Kinsella, K. B., Anderson, R. A., & Anderson, W. T. Coping skills, strengths, and needs as perceived by adult offspring and siblings of people with mental illness: A retrospective study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1996, 20.2: 24-32.
27. Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M., & Özpolat, A. Y. Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yüğü Caregiver Burden in Chronic Diseases. 2011.
28. Perlick, D. A., Hohenstein, J. M., Clarkin, J. F., Kaczynski, R., & Rosenheck, R. A. Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar Disorders*, 2005, 7.2: 126-135.
29. Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martinez-Aran, A., Torrent, C., Comes, M., ... & Sánchez-Moreno, J. What really matters to bipolar patients' caregivers: sources of family burden. *Journal of affective disorders*, 2006, 94.1: 157-163.
30. Kırkpınar İ., Psikiyatrik Semiyoloji, Ankara: HYB Yayıncılık, 2008, 85-94
31. Öztürk O., Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. Basım, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2008, 337-428
32. Yazıcı O., İkiüçlü Duygudurum Bozuklukları ve Diğer Duygudurum Bozuklukları, Köroğlu E. Güleç C.(Ed). Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara. Hekimler Yayın Birliği. 1997; Cilt 1, 429-449
33. Akiskal H. İki Uçlu Bozuklukların Sınıflandırılması, Tanısı ve Sınırları: Gözden Geçirme: Maj M, Akiskal HS, Lopez Ibor JJ, Sartorius N (editörler). İki Uçlu Bozukluk. Oral T (Çeviri Ed.) İstanbul: İyışler Basımevi, 2003, 5-40
34. Goodwin FK, Jamison Hagop S., Akiskal, Duygudurum bozuklukları: Tarihsel gelişimi ve Kavramın tanıtımı. BJ Sadock, VA Sadock(eds) Comprehesnive textbook of Psychiatry, H. Aydın, A. Bozkurt(Çev Eds), sekizinci baskı. Ankara, Güneş Kitabevi, 2007, 1559-1574.
35. Işık E., Işık U. Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar, Ziraat Gurup matbaacılık, 2013; 327-389
36. Akiskal, H. S., Bourgeois, M. L., Angst, J., Post, R., Möller, H. J., & Hirschfeld, R. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal of affective disorders*, 2000, 59: 5-30.

37. Diagnostic and statistical manual of mental disorders:, 3rd ed.: DSM-III. American Psychiatric Association, 1978.
38. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,3rd ed., revised: DSM-III-R., American Psychiatric Association, 1987.
39. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,4rd ed.: DSM-IV. American Psychiatric Association, 1994.
40. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4rd ed., text revision: DSM-IV-TR: American Psychiatric Association, 2000.
41. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5rd ed: DSM-V: American Psychiatric Association, 2013.
42. Doğan O. Psikiyatrik Epidemiyoloji, ESFORM Ofset, Sivas, 2011, 253-260
43. Rihmer Z., Angst J. Duygudurum bozuklukları: Epidemiyoloji. BJ Sadock, VA Sadock(eds) Comprehesnive textbook of Psychiatry, H. Aydın, A. Bozkurt(Çev Eds), sekizinci baskı.Ankara, Güneş Kitabevi, 2007, s1575-1582.
44. Joska JA, Stein DJ. Mood disorders. RE Hales, SC Yudofsky, GO Gabbard (Eds.), Textbook of Psychiatry, Fifth ed., Washington DC, American Psychiatric Publishing, 2008, 457-505
45. Stein JD, Kupfer JD, Schatzberg FA. Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı. Oral T (Çeviri Ed.), İstanbul: Sigma Yayıncılık, 2007.
46. Dubovsky SL, Davies R, Dubovsky AN. Mood Disorders: In Hales RE, Yudofsky SC (editors). Essentials of Clinical Psychiatry. Arlington: American Psychiatric Publishing Inc., 2004, 243-337
47. Köroğlu E. Psikozoloji. Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Hekimler Yayınlar Birliği Yayıncılık, Ankara, 2004.
48. Jefforson JW, Greist JH. Mood disorders. RE Hales, SC Yudofsky, GO Gabbard (Eds.) Synopsis of Psychiatry, Washington, American Psychiatric Press, 1996, 439-468
49. Aydemir Ö., Uluşahin A., Akdeniz, F., İki Uçlu Bozukluk Sağaltım Kılavuzu, Ankara: TPD Yayınları, 2010,13-25
50. Stone, R., Cafferata, G. L., & Sangl, J. Caregivers of the frail elderly: A national profile. The Gerontologist, 1987, 27.5: 616-626.

51. Silver, H. J., & Wellman, N. S. Family caregiver training is needed to improve outcomes for older adults using home care technologies. *Journal of the American Dietetic Association*, 2002, 102.6: 831-836.
52. Baird, S. B., McCorkle, R., & Grant, M. M. *Cancer nursing: A comprehensive textbook*. WB Saunders, 1991.
53. Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The gerontologist*, 1980, 20.6: 649-655.
54. Mignor, D. Effectiveness of use of home health nurses to decrease burden & depression of elderly caregivers. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 2000, 38.7: 34-41.
55. Montgomery, R. J., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family relations*, 1985, 19-26.
56. Wicks, M. N., Milstead, E. J., Hathaway, D. K., & Cetingok, M. Subjective burden and quality of life in family caregivers of patients with end stage renal disease. *ANNA journal/American Nephrology Nurses' Association*, 1997, 24.5: 527-8, 531-8; discussion 539-40.
57. Sales, E. Family burden and quality of life. *Quality of life research*, 2003, 12.1: 33-41.
58. Webb, C., Pfeiffer, M., Mueser, K. T., Gladis, M., Mensch, E., DeGirolamo, J., & Levinson, D. F. Burden and well-being of caregivers for the severely mentally ill: The role of coping style and social support. *Schizophrenia research*, 1998.
59. Dunkin, J. J., & Anderson-Hanley, C. Dementia caregiver burden A review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology*, 1998, 51.1 Suppl 1: S53-S60.
60. Larsen, L. S. Effectiveness of a counseling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 1998, 36.8: 26-32.
61. Bonnel, W. B. Not gone and not forgotten: a spouse's experience of late-stage Alzheimer's disease. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 1996, 34.8: 23-27.
62. Altun, İ. Hasta yakınlarının bakım verme rolünde zorlanma durumları, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi, 1998, 24-26.
63. Aviram, U. Community care of the seriously mentally ill: Continuing problems and current issues. *Community Mental Health Journal*, 1990, 26.1: 69-88.

64. Lauber, C., Eichenberger, A., Luginbühl, P., Keller, C., & Rössler, W. Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *European Psychiatry*, 2003, 18.6: 285-289.
65. Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martinez-Aran, A., Torrent, C., Comes, M., ... & Sanchez-Moreno, J. Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2004, 73.5: 312-319.
66. Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Nuechterlein, K. H., Snyder, K. S., & Mintz, J. Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 1988, 45.3: 225-231.
67. Yan, L. J., Hammen, C., Cohen, A. N., Daley, S. E., & Henry, R. M. Expressed emotion versus relationship quality variables in the prediction of recurrence in bipolar patients. *Journal of Affective Disorders*, 2004, 83.2: 199-206.
68. Jacqueline, M. A., & Denise, A. C. *Families Coping with Schizophrenia*. Chicester, England. 1995.
69. Schene, A. H. Objective and subjective dimensions of family burden. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1990, 25.6: 289-297.
70. Cohen, C. A., Colantonio, A., & Vernich, L. Positive aspects of caregiving: rounding out the caregiver experience. *International journal of geriatric psychiatry*, 2002, 17.2: 184-188.
71. Veltman, A., Cameron, J. I., & Stewart, D. E. The experience of providing care to relatives with chronic mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2002, 190.2: 108-114.
72. Heru, A. M., & E Ryan, C. Burden, reward and family functioning of caregivers for relatives with mood disorders: 1-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 2004, 83.2: 221-225.
73. Schmid, R., Sterzinger, L., Koepke, F., Cording, C., & Spiessl, H. Not only burden-but also reward! The far side of being a caregiver of a psychiatric inpatient. *European Psychiatry*, 2008, 23: S349.
74. Perlick, D., Clarkin, J. F., Sirey, J., Raue, P., Greenfield, S., Struening, E., & Rosenheck, R. Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 1999, 175.1: 56-62.
75. Chakrabarti S., Kulhara P., Verma S.K. Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 86:247-252

76. Perlick, D. A., Rosenheck, R. R., Clarkin, J. F., Raue, P., & Sirey, J. Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 2001, 189.1: 31-37.
77. Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Maciejewski, P. K., Sirey, J., Struening, E., & Link, B. G. Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder. *Psychiatric Services*, 2004, 55.9: 1029-1035.
78. Woods, S. W. The economic burden of bipolar disease. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2000. 61(Suppl. 13):38-41.
79. Romans, S. E., & McPherson, H. M. The social networks of bipolar affective disorder patients. *Journal of affective disorders*, 1992, 25.4: 221-228.
80. Kessler, R. C., Walters, E. E., & Forthofer, M. S. The social consequences of psychiatric disorders, III: probability of marital stability. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155.8: 1092-1096.
81. Hasui, C., Sakamoto, S., Sugiura, T., Miyata, R., Fujii, Y., Koshiishi, F., & Kitamura, T. Burden on family members of the mentally ill: a naturalistic study in Japan. *Comprehensive psychiatry*, 2002, 43.3: 219-222.
82. Judd, L. L., Schettler, P. J., Akiskal, H. S., Maser, J., Coryell, W., Solomon, D., ... & Keller, M. Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 2003, 6.02: 127-137.
83. McPherson, H. M., Dore, G. M., Loan, P. A., & Romans, S. E. Socioeconomic characteristics of a Dunedin sample of bipolar patients. *The New Zealand medical journal*, 1992, 105.933: 161-162.
84. Chakrabarti, S., & Gill, S. Coping and its correlates among caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar Disorders*, 2002, 4.1: 50-60.
85. Reinares, M., Colom, F., Martinez-Aran, A., Benabarre, A., & Vieta, E. Therapeutic interventions focused on the family of bipolar patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 2001, 71.1: 2-10.
86. Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E., & Limb, K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *Bmj*, 1999, 318.7177: 149-153.

87. Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., ... & Corominas, J. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 2003, 60.4: 402-407.
88. Miklowitz, D. J., George, E. L., Richards, J. A., Simoneau, T. L., & Suddath, R. L. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 2003, 60.9: 904-912.
89. Rea, M. M., Tompson, M. C., Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Hwang, S., & Mintz, J. Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2003, 71.3: 482.
90. Lam, D. H., Hayward, P., Watkins, E. R., Wright, K., & Sham, P. Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years. *American Journal of Psychiatry*, 2005, 162.2: 324-329.
91. Clarkin, J. F., Glick, I. D., Haas, G. L., Spencer, J. H., Lewis, A. B., Peyser, J., ... & Lestelle, V. A randomized clinical trial of inpatient family intervention V. Results for affective disorders. *Journal of Affective disorders*, 1990, 18.1: 17-28.
92. Bernhard, B., Schaub, A., Kümmler, P., Dittmann, S., Severus, E., Seemüller, F., ... & Grunze, H. Impact of cognitive-psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives. *European Psychiatry*, 2006, 21.2: 81-86.
93. Foy, D.W., Donahoe, C.P., Carroll, E.M., Gallers, J. & Reno, R. (). Posttraumatic stress disorder. L. Michelson & L.M. Ascher (Eds.), *Anxiety and Stress Disorders*. NewYork: The Guilford Press. 1987 pp. 361-378
94. Battal, S. ve Özmenler, N. Posttravmatik Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu. içinde C. Güleç ve E. Köroğlu (Ed.), *Psikiyatri Temel Kitabı*. (Cilt 1). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1997, 505-516.
95. Şar, V. Psiko-Travmatoloji ve Psikoterapi: KLP Perspektifinden Bakış. S.Özkan (Düzenleyen ve Ed., M. Özkan ve N.Kocaman Ed.Yard.) *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Psikiyatrik Tıp 2002-2004*. İstanbul: Kavuk Gazetecilik ve Matbaacılık; 2005,454-468.
96. Green, B.L. Defining Trauma: Terminology and Generic Stressor Dimensions1. *Journal of Applied Social Psychology*, 1990, 20.20: 1632-1642.
97. McNally, R. *Remembering Trauma*. USA: Harvard University Press, 2003 78-79

98. Tedeschi, Richard, Richard G. Tedeschi, and Lawrence G. Calhoun. Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering. Sage Publications, 1995. S: 16-41
99. Özkan, S. Psiko-Onkoloji. Z. Armay (Yrd.Yazar). İstanbul: Novartis Oncology, 2007
100. Barak, D., & Solomon, Z. Zahava. In the shadow of schizophrenia: A study of siblings' perceptions. Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 2005, 42.4: 234.
101. Lukens, E. P., Thorning, H., & Lohrer, S. P. How siblings of those with severe mental illness perceive services and support. Journal of Psychiatric Practice®, 2002, 8.6: 354-364.
102. Aker, A. T. Temel Sağlık Hizmetlerinde Psikososyal Travmaya Yaklaşım. İstanbul, Mutludoğan Ofset U. V. Lak Tesisleri. 2000, 15-16
103. Barash, D. The San Francisco Earthquake: Then and Now. Perspectives in Psychiatric Care. 1990, Vol. 26, No. 1. s: 34
104. Epstein, R. Posttraumatic Stress Disorder: A Review of Diagnostic and Treatment Issues. Psychiatric Annals. , 1989, Vol. 19, No. 10. s: 557
105. Sungur, M. İkincil Travma ve Sosyal Destek. Klinik Psikiyatri. 1999. Vol.2.
106. Çervatoğlu-Geyran, P. Psikolojik Travma ve Sonuçları: Tarihsel Arka Plan ve Güncel Kavramlar Üzerine Gözden Geçirme. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 2000, 8.
107. Jaffe, D. T. (1985). Self-Renewal Personal Transformation Following Extreme Trauma. Journal of Humanistic Psychology, 1985, 25.4: 99-124.
108. Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. Handbook of posttraumatic growth: Research & practice. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2006.
109. Linley, P. A., & Joseph, S. Positive change following trauma and adversity: A review. Journal of traumatic stress, 2004, 17.1: 11-21.
110. Kesimci A, Perceived Social Support, Coping Strategies And Stres-Related Growthas Predictors Of Depression And Hopelessness İn Breast Cancer Patients, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2003.

111. Karancı, N. Travmanın Farklı Bir Boyutu: Travma Sonrası Büyüme – Travma Sonrası Gelism ve Yordayıcı Faktörler. Uluslararası Ruhsal Travma Toplantıları IV Özet Kitabı. 1-4 Aralık 2005, İstanbul; 121-122.
112. Kılıç, C. Travmanın Farklı Bir Boyutu: Travma Sonrası Büyüme-Depremzedelerde Travma Sonrası Büyümenin Yordayıcıları. Uluslararası Ruhsal Travma Toplantıları IV Özet Kitabı. 1-4 Aralık 2005, İstanbul; 123-125.
113. Dirik, G. Posttraumatic Growth and Psychological Distress Among Rheumatoid Arthritis Patients: An Evalution within the Conservation of Resources Theory. Middle East Technical University, The Gradudate School of Social Sciences, Department of Psychology, Thesis of Doctoral Degree, Ankara, 2006.
114. Tokgöz, G., Yaluğ, İ., & Özdemir, S. Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanserli hastalarda travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı ve ruhsal gelişim. In: Yeni Symposium. 2008. p. 51-61.
115. Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (Eds.).Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis. Routledge, 1998.
116. Tedeschi, R. G. Violence transformed: Posttraumatic growth in survivors and their societies. Aggression and Violent Behavior, 1999, 4.3: 319-341.
117. Finkel, N. J. Strens, traumas, and trauma resolution. American Journal of Community Psychology, 1975, 3.2: 173-178.
118. Schaefer, J. A., & Moos, R. H. Life crises and personal growth. 1992.
119. Thornton, A. A., & Perez, M. A. Posttraumatic growth in prostate cancer survivors and their partners. Psycho - Oncology, 2006, 15.4: 285-296.
120. Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., & Grana, G. Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, partner, and couple perspectives. Psychosomatic Medicine, 2004, 66.3: 442-454.
121. Wong, M. L., Cavanaugh, C. E., MacLeamy, J. B., Sojourner-Nelson, A., & Koopman, C. Posttraumatic growth and adverse long-term effects of parental cancer in children. Families, Systems, & Health, 2009, 27.1: 53.
122. Yalom, I.D. Grup Psikoterapisinin Teori ve Pratigi. A.Tangör ve Ö. Karaçam (Çev.) İstanbul: Kabalcı Yayınevi, 2002
123. Yalom, I.D. Varoluşçu Psikoterapi. A.Tangör ve Z. İyidogan Babayigit (Çev.) İstanbul: Kabalcı Yayınevi, 2001,263-290

124. Linley, P. A. Positive adaptation to trauma: Wisdom as both process and outcome. *Journal of traumatic stress*, 2003, 16.6: 601-610.
125. Barskova, T., & Oesterreich, R. Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: a systematic review. *Disability & Rehabilitation*, 2009, 31.21: 1709-1733.
126. Danhauer, S. C., Russell, G. B., Tedeschi, R. G., Jesse, M. T., Vishnevsky, T., Daley, K., ... & Powell, B. L.. A longitudinal investigation of posttraumatic growth in adult patients undergoing treatment for acute leukemia. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 2013, 20.1: 13-24.
127. Lechner, S. C., Zakowski, S. G., Antoni, M. H., Greenhawt, M., Block, K., & Block, P. Do sociodemographic and disease - related variables influence benefit - finding in cancer patients?. *Psycho - Oncology*, 2003, 12.5: 491-499.
128. Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., van Lankveld, W., Jongen, P. J., Jacobs, J. W., & Bijlsma, J. W. Beyond unfavorable thinking: the illness cognition questionnaire for chronic diseases. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2001, 69.6: 1026.
129. Milam, J. E., Ritt-Olson, A., & Unger, J. B. Posttraumatic growth among adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 2004, 19.2: 192-204.
130. Göcek E. Diyabet hastalarının psikolojik sıkıntı ve travma sonrası gelişimlerinin kaynakların korunması kuramı kapsamında incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Bursa 2012
131. Svetina, M., & Nastran, K. Family relationships and post-traumatic growth in breast cancer patients. *Psychiatria Danubina*, 2012, 24.3.: 298-306.
132. Güven K. Marmara depremini yaşayan yetişkinlerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile travma sonrası gelişim ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı İstanbul 2010
133. Urcuyo, K. R., Boyers, A. E., Carver, C. S., & Antoni, M. H. Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology & Health*, 2005, 20.2: 175-192.
134. Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 2004, 23.1: 16.

135. Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. L. Assessment and prediction of stress - related growth. *Journal of personality*, 1996, 64.1: 71-105.
136. Weiss, T. Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study. *Journal of psychosocial Oncology*, 2002, 20.2: 65-80.
137. Güneş, Hatice. Gender differences in distress levels, coping strategies, stress related growth and factors associated with psychological distress and perceived growth following the 1999 Marmara earthquake. Diss. 2001.
138. Barakat L.P., Adlerfer M.A., Kazak A.E. Post-traumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. *J Pediatr Psychol* 2006; 1:413–419.
139. Pakenham, K. I. Benefit finding in multiple sclerosis and associations with positive and negative outcomes. *Health Psychology*, 2005, 24.2: 123.
140. Milam, J. Posttraumatic growth and HIV disease progression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2006, 74.5: 817.
141. Siegel, K., & Schrimshaw, E. W. The stress moderating role of benefit finding on psychological distress and well-being among women living with HIV/AIDS. *AIDS and Behavior*, 2007, 11.3: 421-433.
142. Şakiroğlu, M. Positive outcomes among the 1999 Düzce earthquake survivors (Doctoral Dissertation, Middle East Technical University, 2011
143. Bayraktar S. Kanser hastalarında travma sonrası gelişim olgusunun ve etkileyen faktörlerin incelenmesi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi İstanbul 2008
144. Loiselle, K. A., Devine, K. A., Reed-Knight, B., & Blount, R. L. Posttraumatic growth associated with a relative's serious illness. *Families, Systems, & Health*, 2011, 29.1: 64.
145. Moore, A. M., Gamblin, T. C., Geller, D. A., Youssef, M. N., Hoffman, K. E., Gemmell, L., ... & Steel, J. L.. A prospective study of posttraumatic growth as assessed by self - report and family caregiver in the context of advanced cancer. *Psycho - Oncology*, 2011, 20.5: 479-487.
146. Garnefski, N., Kraaij, V., Schroevers, M. J., & Somsen, G. A. Post-traumatic growth after a myocardial infarction: a matter of personality, psychological health, or cognitive coping?. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2008, 15.4: 270-277.

147. Wang, Y., Wang, H., Wang, J., Wu, J., & Liu, X. Prevalence and predictors of posttraumatic growth in accidentally injured patients. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 2013, 20.1: 3-12.
148. Zoellner, T., Rabe, S., Karl, A., & Maercker, A. Posttraumatic growth in accident survivors: Openness and optimism as predictors of its constructive or illusory sides. *Journal of clinical Psychology*, 2008, 64.3: 245-263.
149. Karancı, A. N., Işıklı, S., Aker, A. T., Gül, E. İ., Erkan, B. B., Özkol, H., & Güzel, H. Y. Personality, posttraumatic stress and trauma type: factors contributing to posttraumatic growth and its domains in a Turkish community sample. *European journal of psychotraumatology*, 2012, 3.
150. Maercker, A., & Langner, R. Posttraumatic personal growth: Validation of German versions of two questionnaires. *Diagnostica*, 2001, 47.3: 153-162.
151. Armeli, S., Gunthert, K. C., & Cohen, L. H. Stressor appraisals, coping, and post-event outcomes: The dimensionality and antecedents of stress-related growth. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2001, 20.3: 366-395.
152. Koenig, H. G., Pargament, K. I., & Nielsen, J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *The Journal of nervous and mental disease*, 1998, 186.9: 513-521.
153. Karancı, N. A., & Acarturk, C. Post-traumatic growth among Marmara earthquake survivors involved in disaster preparedness as volunteers. *Traumatology: An International Journal*, 2005, 11.4: 307-323.
154. Kesimci, A., Göral, F. S., & Gençöz, T. Determinants of stress-related growth: Gender, stressfulness of the event, and coping strategies. *Current Psychology*, 2005, 24.1: 68-75.
155. Dirik, G., & Karancı, A. N. Variables related to posttraumatic growth in Turkish rheumatoid arthritis patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2008, 15.3: 193-203.
156. Maercker, A., & Herrle, J. Long - term effects of the Dresden bombing: Relationships to control beliefs, religious belief, and personal growth. *Journal of Traumatic Stress*, 2003, 16.6: 579-587.
157. Laufer, A., & Solomon, Z. Posttraumatic symptoms and posttraumatic growth among Israeli youth exposed to terror incidents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2006, 25.4: 429-447.

158. Park, C. L., & Helgeson, V. S. Introduction to the special section: growth following highly stressful life events--current status and future directions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2006, 74.5: 791.
159. Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of traumatic stress*, 2000, 13.3: 521-527.
160. Yanez, B., Edmondson, D., Stanton, A. L., Park, C. L., Kwan, L., Ganz, P. A., & Blank, T. O. Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer: relative contributions of having faith and finding meaning. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2009, 77.4: 730.
161. Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of clinical psychology*, 2000, 56.4: 519-543.
162. Shaw, A., Joseph, S., & Linley, P. A. Religion, spirituality, and posttraumatic growth: A systematic review. *Mental Health, Religion & Culture*, 2005, 8.1: 1-11.
163. Schaefer, J. A., & Moos, R. H. The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*, 1998, 99-125.
164. Prati, G., & Pietrantonio, L. Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 2009, 14.5: 364-388.
165. Teodorescu, D. S., Siqveland, J., Heir, T., Hauff, E., Wentzel-Larsen, T., & Lien, L. Posttraumatic growth, depressive symptoms, posttraumatic stress symptoms, post-migration stressors and quality of life in multi-traumatized psychiatric outpatients with a refugee background in Norway. *Health Qual Life Outcomes*, 2012, 10: 84.
166. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM IV Axis Disorders (SCID-I) Clinical Version. Washington D.C and London: American Psychiatric Press, 1997.
167. Çorapçıoğlu, A., Aydemir, Ö., Yıldız, M., Esen, A., & Köroğlu, E. DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için yapılandırılmış klinik görüşme, klinik versiyon. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1999.
168. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. K. An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 1961, 4.6: 561-571.

169. Hisli, N. Beck Depresyon Ölçeği'nin bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği. Psikoloji Dergisi, 1988, 6: 118-122.
170. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Journal of consulting and clinical psychology, 1988, 56.6: 893.
171. Ulusoy, M., Sahin, N. H., & Erkmen, H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. Journal of Cognitive Psychotherapy, 1998, 12: 163-172.
172. Lazarus, R. S., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures. 1985.
173. Karanci, N. A., Alkan, N., Aksit, B., Sucuoglu, H., & Balta, E. Gender differences in psychological distress, coping, social support and related variables following the 1995 Dinal (Turkey) earthquake. North American Journal of Psychology, 1999.
174. Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. The multidimensional scale of perceived social support. Journal of personality assessment, 1988, 52.1: 30-41.
175. Eker, D., Arkar, H., & Yaldız, H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 2001, 12.1: 17-25.
176. Özlü, A., Yıldız, M., & Aker, T. Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni Hasta Yakınlarında Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi, 2009, 46.
177. Gençöz, T., & Öncül, Ö. Examination of Personality Characteristics in a Turkish Sample: Development of Basic Personality Traits Inventory. The Journal of general psychology, 2012, 139.3: 194-216.
178. Allport, G. W., & Ross, J. M. Personal religious orientation and prejudice. Journal of personality and social psychology, 1967, 5.4: 432.
179. Sönmez, Ö. A. Religiosity, self-monitoring and political participation: a research on university students, Doctoral dissertation, Middle East Technical University. 2012.
180. Thornton, A. A., Owen, J. E., Kernstine, K., Koczywas, M., Grannis, F., Cristea, M., ... & Stanton, A. L. Predictors of finding benefit after lung cancer diagnosis. Psycho - Oncology, 2012, 21.4: 365-373.

181. Bilge, A. Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2010, 9.1: 71-78.
182. Krabbendam, L., Arts, B., van Os, J., & Aleman, A. Cognitive functioning in patients with schizophrenia and bipolar disorder: a quantitative review. Schizophrenia research, 2005, 80.2: 137-149.
183. Connor-Smith, J. K., & Flachsbart, C. Relations between personality and coping: a meta-analysis. Journal of personality and social psychology, 2007, 93.6: 1080.
184. Tong, E. M., Bishop, G. D., Diong, S. M., Enkelmann, H. C., Why, Y. P., Ang, J., & Khader, M. Social support and personality among male police officers in Singapore. Personality and Individual Differences, 2004, 36.1: 109-123.
185. Çakır, Y., & Palabıykoğlu, R. Gençlerde sosyal destek-çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenirlik ve geçerlik çalışması. Kriz Dergisi, 1997, 5.1: 15-24.
186. Kessler, R. C., Price, R. H., & Wortman, C. B.. Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping processes. Annual review of psychology, 1985, 36.1: 531-572.
187. Coyne, J. C., & Downey, G. Social factors and psychopathology: Stress, social support, and coping processes. Annual review of psychology, 1991, 42.1: 401-425.
188. Cochrane, J. J., Goering, P. N., & Rogers, J. M. The mental health of informal caregivers in Ontario: an epidemiological survey. American Journal of Public Health, 1997, 87.12: 2002-2007.
189. Cook, J. A., Hoffschmidt, S., Cohler, B. J., & Pickett, S. Marital satisfaction among parents of the severely mentally ill living in the community. American Journal of Orthopsychiatry, 1992, 62.4: 552-563.
190. Özlü A. Şizofreni hastalarına bakım verenlerde yük ve travma sonrası gelişim ile ilgili özellikler. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli 2007
191. Öztop, H., Şener, A., & Güven, S. Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. Yaşlı sorunları araştırma dergisi, 2008, 1: 39-49.
192. Allport, G. W. The religious context of prejudice. Journal for the scientific study of religion, 1966, 447-457.

## 8. EKLER

### EK 1 - ETİK KURUL ONAYI



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SAYI : B.10.1.TKH.4.34.R.AT.0.01/51553-243  
KONU: Etik Kurul Başvurusu Hakkında

04.12.2012

#### KARAR

Sayın Asist. Dr. Ali Haydar KÜÇÜKTÜFEKÇİ,

İlgi: 29.11.2012 tarih ve 51553 sayılı Etik Kurul başvuru dilekçeniz,

İlgi yazınızda belirttiğiniz “Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastalara Bakım Verenlerde Travma Sonrası Gelişim ve İlişkili Etmenler” konulu tez protokolünüz, 04.12.2012 tarihinde hastanemiz Etik Kurul’una sunulmuş makale ve ekleri, Hasta Hakları Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi kurallarına göre incelenmiş ve tez protokolünüzün sonuçlarının yayın yapılması Etik Kurulumuz tarafından uygun görülmüştür.

| <i>Etik Kurul Üyeleri</i>                                                                     | <i>Katılım Durumu</i> | <i>Onay</i> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------|
| <b><u>BAŞKAN</u></b><br>Doç. Dr. Baki ARPACI<br>Nöroloji Kliniği Eğitim ve<br>İdari Sorumlusu |                       |             |
| Doç. Dr. M. Cem İLNEM<br>Psikiyatri Kliniği 7. Ünite<br>Koordinatörü                          |                       |             |
| Doç. Dr. Erhan EMEL<br>Nöroşirürji Kliniği<br>Eğitim ve İdari Sorumlusu                       |                       |             |
| Uz. Dr. Nihat ALPAY<br>Psikiyatri Kliniği 1. Ünite<br>Koordinatörü                            |                       |             |
| Uz. Dr. Şahap N. ERKOÇ<br>Psikiyatri Kliniği 2. Ünite<br>Koordinatörü                         |                       |             |
| Uz. Dr. Ramazan<br>KONKAN                                                                     |                       |             |

## EK 2 – BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

**Çalışma adı:** Bipolar affektif bozukluğu olan hastalara bakım verenlerde travma sonrası gelişim ve ilişkili etmenler,

Bu çalışmada bipolar bozukluk tanısıyla izlenen hastalara bakımverenlerde travma sonrası gelişim düzeyi ve ilişkili etmenler araştırılacaktır.

Çalışma sırasında sizden kişisel öykünüz ve hastalığınızla ilgili sorulardan oluşan formları yanıtlamanız istenecektir. Çalışma sonucunda elde edilecek bulgular isteğiniz olursa yalnızca size bildirilecektir. Bu çalışma sadece bilimsel amaçlı yapılmaktadır. Size ait bilgilerin bilimsel amaç dışında başkasına aktarılması söz konusu değildir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Araştırmaya katılmak tamamen isteğinize bağlıdır. Katılmayı reddettiğiniz durumda size uygulanan tedavide bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında olurunuzdan vazgeçmek hakkına sahipsiniz.

Uygulanacak çalışmanın yapısı, amacı, olası riskleri ve yararları Dr. Ali Haydar Küçüktüfekçi tarafından hasta ..... ve birincil bakımvereni olan ..... anlatılmıştır.

**Doktorun İmzası :**

**Hastanın**

**Hastanın Birincil Bakımvereni**

**Yakınlık Derecesi**

**Adı-Soyadı'nın Baş harfleri**

**Adı-Soyadı'nın Baş harfleri**

**Tarih**

**Tarih**

**İmza**

**İmza**

### EK 3 – BAKIM VEREN SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Adı-Soyadı: Dosya Tarihi:  
Adres: Prot. No.:  
Tel: Görüşmecisi:
2. Cinsiyet: 1.Kadın 2. Erkek
3. Doğum Tarihi (GG/AA/YY) ...../...../..... Doğum Yeri:
4. Hasta ile yakınlığı: 1. Anne 2. Baba 3. Eşi 4.Çocuğu 5. Kardeşi 6.Yakın akraba  
7.Diğer.....
5. Hasta dışında bakım verilen kişi varlığı: 1. Var 2. Yok
6. Bakım verme süresi: .....
7. Öğrenim düzeyi: 1. Yok 2. Okur-Yazar 3. İlköğretim 4. Lise 5.Yüksekokul  
6. Üniversite 7.Master/Doktora
8. Toplam Öğrenim Yılı: .....
9. Meslek: 1. İşçi 2. Memur 3. Serbest/Ticaret 4. Öğrenci 5. Diğer
10. Çalışabilirlik: 1. Çalışıyor 2.Çalışmıyor 3.İşsiz 4.Çalışmıyor ( Hastalığından dolayı) 5.  
Çalışmıyor (başka nedenle.....) 6. Emekli
11. Toplam aylık ortalama gelir : ..... (Gelir/Birlikte yaşanan kişi sayısı) 1. Gelir yok  
2. Açlık sınırı 3.Asgari ücret 4.Yoksulluk sınırı 5 Yoksulluk sınırı üstü
12. Sosyal güvence: 1. Var(türü) 2.Yok
13. Yaşadığı Yer: 1. Köy 2. Kasaba 3. İlçe 4. Şehir merkezi
14. Medeni Durum: 1. Bekar 2. Evli 3. Dul 4. Boşanmış 5. Ayrı 6.Birlikte yaşıyor
15. Çocuk Sayısı: .....
16. Birlikte yaşadığı kişi(ler): 1. Anne-Baba 2. Eş-Çocuk 3. Kardeş 4. Akraba 5.Arkadaş  
6.Partner 7. Tek 8. Geniş Aile
17. Birlikte yaşanan kişi sayısı: .....
18. Kardeş Sayısı: .....
19. Psikiyatrik hastalık öyküsü: 1.Var(.....)2.Yok
20. Ek tıbbi hastalık öyküsü: 1.Var(.....)2.Yok
21. Alışkanlıklar 1)Sigara(.....adet/gün) .....yıldır/aydır 2) Alkol (...../gün).....yıldır/aydır  
3) Diğer PAM(.....) 4) Yok 5)Belirlenemedi
22. Adli öykü 1. Var 2. Yok

## EK 4 – HASTA SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU

|                                                                                                                                                   |                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Adı-Soyadı:                                                                                                                                    | Dosya Tarihi:                                                                                                                     |
| Adres:                                                                                                                                            | Prot. No.:                                                                                                                        |
| Tel:                                                                                                                                              | Görüşmecisi:                                                                                                                      |
| 2. Cinsiyet:                                                                                                                                      | 1. Kadın 2. Erkek                                                                                                                 |
| 3. Doğum Tarihi (GG/AA/YY)                                                                                                                        | Doğum Yeri:                                                                                                                       |
| 4. Öğrenim düzeyi:                                                                                                                                | 1. Yok 2. Okur-Yazar 3. İlköğretim 4. Lise 5. Yüksekokul<br>6. Üniversite 7. Master/Doktora                                       |
| 5. Toplam Öğrenim Yılı:                                                                                                                           |                                                                                                                                   |
| 6. Meslek:                                                                                                                                        | 1. İşçi 2. Memur 3. Serbest/Ticaret 4. Öğrenci 5. Diğer                                                                           |
| 7. Çalışabilirlik:                                                                                                                                | 1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor 3. İşsiz 4. Çalışmıyor (Hastalığından dolayı) 5. Çalışmıyor (başka nedenle.....) 6. Emekli             |
| 8. Toplam aylık ortalama gelir :                                                                                                                  | (Gelir/Birlikte yaşanan kişi sayısı) 1. Gelir yok<br>2. Açlık sınırı 3. Asgari ücret 4. Yoksulluk sınırı 5. Yoksulluk sınırı üstü |
| 9. Sosyal güvence:                                                                                                                                | 1. Var(türü) 2. Yok                                                                                                               |
| 10. Yaşadığı Yer:                                                                                                                                 | 1. Köy 2. Kasaba 3. İlçe 4. Şehir merkezi                                                                                         |
| 11. Medeni Durum:                                                                                                                                 | 1. Bekar 2. Evli 3. Dul 4. Boşanmış 5. Ayrı 6. Birlikte yaşıyor                                                                   |
| 12. Çocuk Sayısı:                                                                                                                                 |                                                                                                                                   |
| 13. Birlikte yaşadığı kişi(ler):                                                                                                                  | 1. Anne-Baba 2. Eş-Çocuk 3. Kardeş 4. Akraba 5. Arkadaş<br>6. Partner 7. Tek 8. Geniş Aile                                        |
| 14. Birlikte yaşanan kişi sayısı:                                                                                                                 |                                                                                                                                   |
| 15. Kardeş Sayısı:                                                                                                                                |                                                                                                                                   |
| 16. Hastanın Askerlik Durumu :                                                                                                                    | 1. Tecilli 2. Hastalık nedeniyle muaf 3. Yapmış                                                                                   |
| 17. Psikiyatri Servisine Yatış:                                                                                                                   | 1. Var 2. Yok                                                                                                                     |
| 18. Somatik Tedavi Öyküsü:                                                                                                                        | 1. EKT 2. Yok                                                                                                                     |
| 19. Geçmişte ek psikiyatrik hastalık öyküsü:                                                                                                      | 1. Var (.....) 2. Yok                                                                                                             |
| 20. Alışkanlıklar 1) Sigara(.....adet/gün) .....yıldır/aydır 2) Alkol (...../gün).....yıldır/aydır<br>3) Diğer PAM(.....) 4) Yok 5) Belirlenemedi |                                                                                                                                   |
| 21. Ek tıbbi hastalık öyküsü:                                                                                                                     | 1. Var..... 2. Yok                                                                                                                |
| 22. Ailede duygudurum bozukluğu öyküsü:                                                                                                           | 1. Var 2. Yok                                                                                                                     |
| 23. Ailede başka psikiyatrik hastalık öyküsü:                                                                                                     | 1. Var 2. Yok                                                                                                                     |

24. Adli öykü 1. Var 2. Yok

25. Homosidal davranış öyküsü 1. Kişiye zarar verme 2. Mala zarar verme 3. Cinsel saldırı/taciz 4. Yangın çıkarma 5. Diğer (.....) 6. Yok

#### DUYGUDURUM BOZUKLUĞU ÖZELLİKLERİ

Başlangıç yılı:

Başlangıç yaşı:

Hasta olarak geçirilen süre:

Bugüne dek geçirilen toplam epizot sayısı:

Bugüne dek geçirilen toplam mani sayısı:

Bugüne dek geçirilen toplam hipomani sayısı:

Bugüne dek geçirilen toplam depresyon sayısı:

Bugüne dek geçirilen toplam karma epizot sayısı:

#### Geçmiş epizotlarda

Psikotik özellik: 1.Var (Psikotik özellikli epizod/toplam epizot sayısı):.....  
2.Yok 3. Yetersiz bilgi

Postpartum özellik: 1.Var(Postpartum özellikli epizod/toplam epizot sayısı) :.....  
2.Yok 3. Yetersiz bilgi

Katatonik özellik: 1.Var (Katatonik özellikli epizod/toplam epizot sayısı) :.....  
2. Yok 3. Yetersiz bilgi

Atipik özellik: 1. Var (Atipik özellikli epizod/toplam epizot sayısı) :.....  
2. Yok 3. Yetersiz bilgi

Hastaneye yatış: 1. Var (Toplam sayı / süreleri/ DD kullanıyor mu) :.....  
2. Yok 3. Yetersiz bilgi

Kayma varlığı: 1. Var (Hangi ilaç(lar)la) :.....  
2. Yok 3. Yetersiz bilgi

Suisid girişimi 1. Var(Hangi epizotlarda/DD kullanırken?)  
2. Yok 3. Yetersiz bilgi

#### Su anda kullanmakta olduğu ilaçlar, dozlar ve serum düzeyleri

Lityum karbonat .....mg/gün; .....mmol/L Kullanım süresi:.....(gün, hafta, ay)

Sodyum valproat .....mg/gün; .....mmol/L Kullanım süresi:.....(gün, hafta, ay)

.....mg/gün; .....mmol/L Kullanım süresi:.....(gün, hafta, ay)

.....mg/gün; .....mmol/L Kullanım süresi:.....(gün, hafta, ay)

.....mg/gün; .....mmol/L Kullanım süresi:.....(gün, hafta, ay)

## EK 5 – BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **bugün dahil geçen hafta** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

- 1) (0) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.  
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.  
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.  
(3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2) (0) Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.  
(1) Gelecek hakkında karamsarım.  
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
(3) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3) (0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.  
(1) Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.  
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.  
(3) Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4) (0) Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.  
(1) Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.  
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.  
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
- 5) (0) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.  
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.  
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.  
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6) (0) Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.  
(1) Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.  
(2) Cezalandırılmayı bekliyorum.  
(3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7) (0) Kendimden memnunum.  
(1) Kendi kendimden pek memnun değilim.  
(2) Kendime çok kızıyorum.  
(3) Kendimden nefret ediyorum.
- 8) (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.  
(1) Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.  
(2) Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.  
(3) Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9) (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.  
(1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.  
(2) Kendimi öldürmek isterdim.  
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10) (0) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.  
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.  
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.  
(3) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

- 11) (0) Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.  
(1) eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.  
(2) Şimdi hep sinirliyim.  
(3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12) (0) Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.  
(1) Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.  
(2) Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.  
(3) Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13) (0) Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.  
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.  
(2) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.  
(3) Artık hiç karar veremiyorum.
- 14) (0) Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.  
(1) Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.  
(2) Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.  
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15) (0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.  
(1) Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.  
(2) Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.  
(3) Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16) (0) Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.  
(1) Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.  
(2) Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.  
(3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17) (0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.  
(1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.  
(2) Yaptığım her şey beni yoruyor.  
(3) Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18) (0) İştahım her zamanki gibi.  
(1) İştahım her zamanki kadar iyi değil.  
(2) İştahım çok azaldı.  
(3) Artık hiç iştahım yok.
- 19) (0) Son zamanlarda kilo vermedim.  
(1) İki kilodan fazla kilo verdim.  
(2) Dört kilodan fazla kilo verdim.  
(3) Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20) (0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.  
(1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.  
(2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.  
(3) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21) (0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.  
(1) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.  
(2) Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.  
(3) Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

## EK 6 – BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğim yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

|                                                              | Hiç | Hafif<br>Düzeyde<br>Beni pek<br>Etkilemedi | Orta<br>Düzeyde<br>Hoş değildi<br>ama<br>katlanabildim | Ciddi<br>Düzeyde<br>Dayanmakta<br>çok zorlandım |
|--------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma |     |                                            |                                                        |                                                 |
| 2. Sıcak/ateş basmaları                                      |     |                                            |                                                        |                                                 |
| 3. Bacaklarda halsizlik, titreme                             |     |                                            |                                                        |                                                 |
| 4. Gevşeyememe                                               |     |                                            |                                                        |                                                 |
| 5. Çok kötü şeyler olacak korkusu                            |     |                                            |                                                        |                                                 |
| 6. Baş dönmesi veya sersemlik                                |     |                                            |                                                        |                                                 |
| 7. Kalp çarpıntısı                                           |     |                                            |                                                        |                                                 |
| 8. Dengeyi kaybetme duygusu                                  |     |                                            |                                                        |                                                 |
| 9. Dehşete kapılma                                           |     |                                            |                                                        |                                                 |
| 10. Sinirlilik                                               |     |                                            |                                                        |                                                 |
| 11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu                           |     |                                            |                                                        |                                                 |
| 12. Ellerde titreme                                          |     |                                            |                                                        |                                                 |
| 13. Titreklik                                                |     |                                            |                                                        |                                                 |
| 14. Kontrolü kaybetme korkusu                                |     |                                            |                                                        |                                                 |
| 15. Nefes almada güçlük                                      |     |                                            |                                                        |                                                 |
| 16. Ölüm korkusu                                             |     |                                            |                                                        |                                                 |
| 17. Korkuya kapılma                                          |     |                                            |                                                        |                                                 |
| 18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi               |     |                                            |                                                        |                                                 |
| 19. Baygınlık                                                |     |                                            |                                                        |                                                 |
| 20. Yüzün kızarması                                          |     |                                            |                                                        |                                                 |
| 21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)                        |     |                                            |                                                        |                                                 |

## EK 7 – TRAVMA SONRASI GELİŞİM ÖLÇEĞİ

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

0= Yakınının hastalığından dolayı böyle bir değişiklik yaşamadım.

1= Yakınının hastalığından dolayı bu değişikliği çok az derecede yaşadım.

2= Yakınının hastalığından dolayı bu değişikliği az derecede yaşadım.

3= Yakınının hastalığından dolayı bu değişikliği orta derecede yaşadım.

4= Yakınının hastalığından dolayı bu değişikliği oldukça fazla derecede yaşadım.

5= Yakınının hastalığından dolayı bu değişikliği aşırı derecede yaşadım.

|                                                                                      | Hiç | Çok az | Az | Orta | Oldukça fazla | Aşırı derecede |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|----|------|---------------|----------------|
| 1. Hayatıma verdiğim değer arttı.                                                    | 0   | 1      | 2  | 3    | 4             | 5              |
| 2. Hayatımın kıymetini anladım.                                                      | 0   | 1      | 2  | 3    | 4             | 5              |
| 3. Yeni ilgi alanları geliştirdim.                                                   | 0   | 1      | 2  | 3    | 4             | 5              |
| 4. Kendime güvenim arttı.                                                            | 0   | 1      | 2  | 3    | 4             | 5              |
| 5. Manevi konuları daha iyi anladım.                                                 | 0   | 1      | 2  | 3    | 4             | 5              |
| 6. Zor zamanlarda başkalarına güvenebileceğimi anladım.                              | 0   | 1      | 2  | 3    | 4             | 5              |
| 7. Hayatıma yeni bir yön verdim.                                                     | 0   | 1      | 2  | 3    | 4             | 5              |
| 8. Kendimi diğer insanlara daha yakın hissetmeye başladım.                           | 0   | 1      | 2  | 3    | 4             | 5              |
| 9. Duygularımı ifade etme isteğim arttı.                                             | 0   | 1      | 2  | 3    | 4             | 5              |
| 10. Zorluklarla başa çıkabileceğimi anladım.                                         | 0   | 1      | 2  | 3    | 4             | 5              |
| 11. Hayatımı daha iyi şeyler yaparak geçirebileceğimi anladım.                       | 0   | 1      | 2  | 3    | 4             | 5              |
| 12. Olayları olduğu gibi kabullenmeyi öğrendim                                       | 0   | 1      | 2  | 3    | 4             | 5              |
| 13. Yaşadığım her güne değer vermeyi öğrendim                                        | 0   | 1      | 2  | 3    | 4             | 5              |
| 14. Önüme daha önce karşılamadığım fırsatlar çıktı                                   | 0   | 1      | 2  | 3    | 4             | 5              |
| 15. Başkalarına karşı şefkatli olmayı öğrendim                                       | 0   | 1      | 2  | 3    | 4             | 5              |
| 16. İlişkilerimde gayret göstermeyi öğrendim                                         | 0   | 1      | 2  | 3    | 4             | 5              |
| 17. Değiştirilmesi gerekenleri değiştirmek için daha çok gayret göstermeyi öğrendim. | 0   | 1      | 2  | 3    | 4             | 5              |
| 18. Dini inancım daha güçlendi.                                                      | 0   | 1      | 2  | 3    | 4             | 5              |
| 19. Zannettiğimden daha güçlü olduğumu fark ettim.                                   | 0   | 1      | 2  | 3    | 4             | 5              |
| 20. İnsanların ne kadar iyi olduklarını öğrendim.                                    | 0   | 1      | 2  | 3    | 4             | 5              |
| 21. Başkalarına ihtiyacım olduğunu kabul ettim.                                      | 0   | 1      | 2  | 3    | 4             | 5              |

## EK 8 – BAŞ ETME YOLLAR ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların sıkıntılarını gidermek için kullanabilecekleri bazı yollar belirtilmektedir. Cümlelerin her birini dikkatlice okuduktan sonra, kendi sıkıntılarınızı düşünerek, bu yolları hiç kullanmıyorsanız **hiçbir zaman**, kimi zaman kullanıyorsanız **bazen**, çok sık kullanıyorsanız **her zaman** seçeneğini belirtiniz. Verilen maddeleri aşağıdaki ölçeği kullanarak değerlendiriniz.

|                                                                                   | Hiçbir zaman | Bazen | Her zaman |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|-----------|
| 1. Aklımı kurcalayan şeylerden kurtulmak için değişik işlerle uğraştım.           |              |       |           |
| 2. Bir mucize olmasını bekledim.                                                  |              |       |           |
| 3. İyimser olmaya çalıştım.                                                       |              |       |           |
| 4. Çevremdeki insanlardan sorunlarımı çözmemde bana yardımcı olmalarını bekledim. |              |       |           |
| 5. Bazı şeyleri büyütmeyp üzerinde durmamaya çalıştım.                            |              |       |           |
| 6. Sakin kafayla düşünmeye ve öfkelenmemeye çalıştım.                             |              |       |           |
| 7. Durumun değerlendirilmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalıştım.            |              |       |           |
| 8. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde hissedirim.           |              |       |           |
| 9. Olanları unutmaya çalıştım.                                                    |              |       |           |
| 10. Başa gelen çekilir diye düşündüm.                                             |              |       |           |
| 11. Durumun ciddiyetini anlamaya çalıştım.                                        |              |       |           |
| 12. Kendimi kapana sıkışmış hissedirim                                            |              |       |           |
| 13. Duygularımı paylaştığım kişilerin bana hak vermesini istedim.                 |              |       |           |
| 14. “Her işte bir hayır var” diye düşünürüm.                                      |              |       |           |
| 15. Dua ederek Allah’tan yardım diledim.                                          |              |       |           |
| 16. Elimde olanlarla yetinmeye çalıştım.                                          |              |       |           |
| 17. Olanları kafama takıp sürekli düşünmekten kendimi alamadım.                   |              |       |           |
| 18. Sıkıntılarımı içimde tutmaktansa paylaşmayı tercih ederim.                    |              |       |           |
| 19. Mutlaka bir çözüm yolu bulabileceğime inanıp bu yolda uğraştım.               |              |       |           |

|                                                                            |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 20. “İş olacağına varır” diye düşündüm.                                    |  |  |  |
| 21. Ne yapacağıma karar vermeden önce arkadaşlarımdan fikrini aldım.       |  |  |  |
| 22. Kendimde her şeye yeniden başlayacak gücü buldum.                      |  |  |  |
| 23. Olanlardan olumlu bir şeyler çıkarmaya çalıştım.                       |  |  |  |
| 24. Bunun alın yazım olduğunu ve değişmeyeceğini düşündüm.                 |  |  |  |
| 25. Sorunlarıma farklı çözüm yolları aradım.                               |  |  |  |
| 26. “Olanları keşke değiştirebilseydim” diye düşündüm.                     |  |  |  |
| 27. Hayatla ilgili yeni bir bakış açısı geliştirmeye çalıştım.             |  |  |  |
| 28. Sorunlarımı adım adım çözmeye çalıştım.                                |  |  |  |
| 29. Her şeyin istediğim gibi olmayacağını düşünüyorum.                     |  |  |  |
| 30. Dertlerimden kurtulayım diye fakir fukaraya sadaka verdim.             |  |  |  |
| 31. Ne yapacağımı planlayıp ona göre davrandım.                            |  |  |  |
| 32. Mücadele etmekten vazgeçtim.                                           |  |  |  |
| 33. Sıkıntılarımdan kendimden kaynaklandığını düşündüm.                    |  |  |  |
| 34. Olanlar karşısında “Kaderim buymuş” dedim.                             |  |  |  |
| 35. “Keşke daha güçlü bir insan olsaydım” diye düşündüm.                   |  |  |  |
| 36. “Benim suçum ne” diye düşündüm.                                        |  |  |  |
| 37. “Allah’ın takdiri buymuş deyip” kendi kendimi teselli etmeye çalıştım. |  |  |  |
| 38. Temkinli olmaya ve yanlış yapmamaya çalıştım.                          |  |  |  |
| 39. Çözüm için kendim bir şeyler yapmak istedim.                           |  |  |  |
| 40. Hep benim yüzümden oldu diye düşündüm.                                 |  |  |  |
| 41. Hakkımı savunmaya çalıştım.                                            |  |  |  |
| 42. Bir kişi olarak olgunlaştığımı ve iyi yönde geliştiğimi hissettim.     |  |  |  |

## EK 9 – ALGILANAN ÇOK YÖNLÜ SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için **1’den 7’ye kadar** rakamlar verilmiştir. Her cümlede söyleneni sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki **rakamlardan yalnız bir tanesini** daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birinde bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

1. İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.

|                  |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|
| Kesinlikle Hayır | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Kesinlikle Evet |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|

2. Sevinç ve kederimi paylaşabileceğim özel bir insan var.

|                  |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|
| Kesinlikle Hayır | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Kesinlikle Evet |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|

3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

|                  |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|
| Kesinlikle Hayır | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Kesinlikle Evet |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.

|                  |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|
| Kesinlikle Hayır | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Kesinlikle Evet |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|

5. Beni gerçekten rahatlatan bir insan var.

|                  |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|
| Kesinlikle Hayır | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Kesinlikle Evet |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

|                  |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|
| Kesinlikle Hayır | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Kesinlikle Evet |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

|                  |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|
| Kesinlikle Hayır | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Kesinlikle Evet |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|

8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.

|                  |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|
| Kesinlikle Hayır | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Kesinlikle Evet |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

|                  |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|
| Kesinlikle Hayır | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Kesinlikle Evet |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|

10. Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.

|                  |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|
| Kesinlikle Hayır | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Kesinlikle Evet |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|

11. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.

|                  |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|
| Kesinlikle Hayır | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Kesinlikle Evet |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

|                  |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|
| Kesinlikle Hayır | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Kesinlikle Evet |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|

## EK 10 – ZARİT BAKICI YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Hastalığı olan yakınınızın bakımıyla ilgilenmenin sizi ne kadar etkilediğini ya da sizin üzerinizde ne kadar yük oluşturduğunu anlamak için aşağıdaki sorulara kendi düşünce ve hislerinize en uygun olan yanıtı veriniz. Şiddet derecesi 1-5 arasında değişmektedir.

- 1- Hiç** - Yakınının hastalığı beni hiç etkilemedi, hiç sıkıntı ve yük hissetmedim.  
**2- Biraz** - Yakınının hastalığı beni hafif derecede etkiledi, biraz sıkıntı ve yük hissettim.  
**3- Orta derece** - Yakınının hastalığı beni orta derecede etkiledi, orta derecede sıkıntı ve yük hissettim.  
**4- Çok** - Yakınının hastalığı beni oldukça fazla derecede etkiledi, epeyce sıkıntı ve yük hissettim.  
**5- Aşırı derece** - Yakınının hastalığı beni aşırı derecede etkiledi, aşırı derecede sıkıntı ve yük hissettim.

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

1. Yakınınızın ihtiyacı olandan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?

1. Asla                      2. Nadiren                      3. Ara sıra                      4. Oldukça sık                      5. Neredeyse her zaman

2. Yakınınızla geçirdiğiniz zaman nedeniyle kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını hisseder misiniz?

1. Asla                      2. Nadiren                      3. Ara sıra                      4. Oldukça sık                      5. Neredeyse her zaman

3. Yakınıza bakma ve aileniz ya da işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz?

1. Asla                      2. Nadiren                      3. Ara sıra                      4. Oldukça sık                      5. Neredeyse her zaman

4. Yakınınızın davranışlarından utanır mısınız?

1. Asla                      2. Nadiren                      3. Ara sıra                      4. Oldukça sık                      5. Neredeyse her zaman

5. Yakınınızla birlikteyken kızgınlık hisseder misiniz?

1. Asla                      2. Nadiren                      3. Ara sıra                      4. Oldukça sık                      5. Neredeyse her zaman

6. Yakınınızın şu anda ailenizin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini hissediyor musunuz?

1. Asla                      2. Nadiren                      3. Ara sıra                      4. Oldukça sık                      5. Neredeyse her zaman

7. Yakınınızın geleceğiyle ilgili korkuyor musunuz?

1. Asla                      2. Nadiren                      3. Ara sıra                      4. Oldukça sık                      5. Neredeyse her zaman

8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?

1. Asla                      2. Nadiren                      3. Ara sıra                      4. Oldukça sık                      5. Neredeyse her zaman

9. Yakınınızla birlikteyken kısıtlanmış hisseder misiniz?

1. Asla                      2. Nadiren                      3. Ara sıra                      4. Oldukça sık                      5. Neredeyse her zaman

10. Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?

1. Asla                      2. Nadiren                      3. Ara sıra                      4. Oldukça sık                      5. Neredeyse her zaman

11. Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

12. Yakınınza bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

13. Yakınınız yüzünden arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

14. Yakınınızın, sanki sırtınızı dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğini düşünür müsünüz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

15. Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınıza bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

16. Yakınınza artık daha fazla bakamayacağınızı hissediyor musunuz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

17. Yakınınızın hastalığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hissediyor musunuz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

18. Yakınınızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

19. Yakınınızla ilgili ne yapacağımız konusunda kararsız hisseder mısınız?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

20. Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünür müsünüz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

21. Yakınınızın bakımıyla ilgili daha iyisini yapabiliydim diye düşünür müsünüz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

22. Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınızın bakımıyla ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Oldukça sık 5. Neredeyse her zaman

## EK 11 – TEMEL KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda size uyan ya da uymayan pek çok kişilik özelliği bulunmaktadır. Bu özelliklerden her birinin sizin için ne kadar uygun olduğunu ilgili rakamı daire içine alarak belirtiniz.

Kendimi ..... biri olarak görüyorum.

Hiç uygun değil

1

Uygun değil

2

Kararsızım

3

Uygun

4

Çok uygun

5

|                        | Hiç uygun değil | Uygun değil | Kararsızım | Uygun | Çok uygun |
|------------------------|-----------------|-------------|------------|-------|-----------|
| 1. Aceleci             | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 2. Yapmacık            | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 3. Duyarlı             | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 4. Konuşkan            | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 5. Kendine güvenen     | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 6. Soğuk               | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 7. Utangaç             | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 8. Paylaşımçı          | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 9. Geniş / rahat       | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 10. Cesur              | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 11. Agresif(Saldırgan) | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 12. Çalışkan           | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 13. İçten pazarlıklı   | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 14. Girişken           | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 15. İyi niyetli        | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 16. İçten              | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 17. Kendinden emin     | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 18. Huysuz             | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 19. Yardımsever        | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 20. Kabiliyetli        | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 21. Üşengeç            | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 22. Sorumsuz           | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 23. Sevecen            | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |

|                        | Hiç uygun değil | Uygun değil | Kararsızım | Uygun | Çok uygun |
|------------------------|-----------------|-------------|------------|-------|-----------|
| 24. Pasif              | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 25. Disiplinli         | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 26. Açgözlü            | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 27. Sinirli            | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 28. Canayakın          | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 29. Kızgın             | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 30. Sabit fikirli      | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 31. Görgüsüz           | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 32. Durgun             | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 33. Kaygılı            | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 34. Terbiyesiz         | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 35. Sabırsız           | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 36. Yaratıcı (Üretken) | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 37. Kaprisli           | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 38. İçine kapanık      | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 39. Çekingen           | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 40. Alıngan            | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 41. Hoşgörülü          | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 42. Düzenli            | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 43. Titiz              | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 44. Tedbirli           | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |
| 45. Azimli             | 1               | 2           | 3          | 4     | 5         |

## EK 12 – DİNDARLIK ÖLÇEĞİ

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                            |                 |                |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------|----------------|---------------------------|
| <p>Lütfen aşağıdaki soruları dikkatlice okuyup, belirtilen durumların sizin için <b>geçerli</b> olup olmadığını belirtiniz ve <b>boş bırakmayınız.</b></p> <p>Cevaplar, <b><u>Kesinlikle GeçersİZ</u></b>, <b><u>GeçerSİZ</u></b>, <b><u>GeçerLİ</u></b> ve <b><u>Kesinlikle GeçerLİ</u></b> sırası ile yer almaktadır.</p> | <b>Kesinlikle GeçerSİZ</b> | <b>GeçerSİZ</b> | <b>GeçerLİ</b> | <b>Kesinlikle GeçerLİ</b> |
| 1. Başkalarının davranışlarını taklit etmekte zorlanırım                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |                 |                |                           |
| 2. Sosyal toplantılarda başkalarının hoşuna gidecek şeyler söylemeye ve yapmaya çalışmam.                                                                                                                                                                                                                                   |                            |                 |                |                           |
| 3. Sadece inandığım fikirler hakkında tartışabilirim.                                                                                                                                                                                                                                                                       |                            |                 |                |                           |
| 4. Neredeyse hiçbir bilgiye sahip olmadığım konularda bile hazırlıksız olarak konuşmalar yapabilirim.                                                                                                                                                                                                                       |                            |                 |                |                           |
| 5. İnsanları etkileyen veya eğlendirebilen biriyim.                                                                                                                                                                                                                                                                         |                            |                 |                |                           |
| 6. Muhtemelen iyi bir aktör/aktris olabileceğimi düşünüyorum.                                                                                                                                                                                                                                                               |                            |                 |                |                           |
| 7. Bir topluluk içinde nadiren ilgi odağı olurum.                                                                                                                                                                                                                                                                           |                            |                 |                |                           |
| 8. Farklı durumlarda ve farklı kişilerle beraberken, çoğu kez ortamına göre farklı biri gibi davranırım.                                                                                                                                                                                                                    |                            |                 |                |                           |
| 9. Başkalarına kendimi sevdirmede pek başarılı değilimdir.                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |                 |                |                           |
| 10. Her zaman görüldüğüm kişi olmayabilirim.                                                                                                                                                                                                                                                                                |                            |                 |                |                           |
| 11. Birisini memnun etmek veya onların onayını almak amacıyla düşüncelerimi (veya davranış tarzımı) değiştirmem.                                                                                                                                                                                                            |                            |                 |                |                           |
| 12. Eğlenceli biri olduğum düşünülür.                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                            |                 |                |                           |
| 13. Sessiz sinema veya doğaçlama gerektiren oyunlarda hiçbir zaman başarılı olamam.                                                                                                                                                                                                                                         |                            |                 |                |                           |
| 14. Davranışlarımı farklı kişiler ve koşullara uyacak şekilde değiştirmekte zorlanırım.                                                                                                                                                                                                                                     |                            |                 |                |                           |
| 15. Sosyal ortamlarda hikâye, fıkra vb. anlatmayı ve şaka yapmayı başkalarına bırakırım.                                                                                                                                                                                                                                    |                            |                 |                |                           |
| 16. Sosyal ortamlarda kendimi mahcup ve sıkılgan hissedirim ve kendimi yeterince iyi ifade edemem.                                                                                                                                                                                                                          |                            |                 |                |                           |
| 17. Eğer doğru bir amaç içinse birinin yüzüne karşı gözlerinin içine bakarak yalan söyleyebilirim. (beyaz yalan gibi)                                                                                                                                                                                                       |                            |                 |                |                           |
| 18. Hoşlanmadığım insanlara bile arkadaşça davranabilir ve onları bir konuda ikna edebilirim.                                                                                                                                                                                                                               |                            |                 |                |                           |