



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKIYATRI HASTALARININ YAKINLARININ  
DUYGU KONTROL DURUMLARI VE  
YAŞAM DOYUMLARI**

HATİCE OKSAL  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR

İSTANBUL- 2009

### TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans ( X )                      Doktora ( )

Anabilim Dalı : Hemşirelik Esasları

Tez Sahibi : Hatice OKSAL (AYDEMİR)

Tez Başlığı : Psikiyatri Hastalarının Yakınlarının Duygu Kontrol Durumları Ve Yaşam Doyumları

Sınav Yeri : Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Sınav Tarihi : 24.03.2009

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

**Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)**

Prof.Dr.Şule ECEVİT ALPAR

**Kurumu**

Marmara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Başkanı

**İmza**



**Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)**

Prof.Dr.Necmiye SABUNCU

Haliç Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Öğretim Üyesi



**Yard.Doç.Dr. Gül ÜNSAL  
BARLAS**

Marmara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim

Dalı Başkanı



Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 16./04./2009 tarih ve 23 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof.Dr.Nimet GENÇOĞLU

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü**

## **BEYAN**

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

14.04.2009

Hatice OKSAL

- I) TEŞEKKÜR
- II) İÇİNDEKİLER
- III) ŞEKİL ve TABLOLARIN LİSTESİ

- 1. ÖZET
- 2. SUMMARY
- 3. GİRİŞ ve AMAÇ
- 4. GENEL BİLGİLER
- 5. GEREÇ ve YÖNTEM
- 6. BULGULAR
- 7. TARTIŞMA
- 8. SONUÇ ve ÖNERİLER
- 9. KAYNAKLAR
- 10. EKLER
- 11. ÖZGEÇMİŞ

## I) TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmamda beni destekleyen, bilgilerinden ve deneyimlerinden yararlandığım, çalışmam sırasında her zaman yol gösteren danışman hocam, Sayın Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR'a,

Çalışmam esnasında fikirlerinden yararlandığım Sayın Yard. Doç. Dr. Gül ÜNSAL BARLAS'a,

Çalışmam esnasında beni destekleyen ve her konuda yardımcı olan Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Elemanı Sayın Yard. Doç. Dr. Gülgün DURAT'a,

Çalışmam esnasında Courtauld Duygu Kontrol Ölçeği'ni kullanmam için izin veren ve kaynaklara ulaşmamda yardımcı olan , Sayın Doç. Dr. Ülgen H. OKYAYÜZ'e,

Çalışmam esnasında yardım ve desteğini esirgemeyen sevgili dostum Sayın Evrim ŞAHİN'e

Her zaman yanımda olup, beni her yönde destekleyen eşime,

TEŞEKKÜR EDERİM.

HATİCE OKSAL

## II. İÇİNDEKİLER

|                                                                           |           |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. ÖZET.....</b>                                                       | <b>1</b>  |
| <b>2. SUMMARY.....</b>                                                    | <b>2</b>  |
| <b>3. GİRİŞ ve AMAÇ.....</b>                                              | <b>3</b>  |
| <b>4. GENEL BİLGİLER.....</b>                                             | <b>5</b>  |
| 4.1. Ruhsal Hastalığın Tanımı.....                                        | 5         |
| 4.2. Kronik Ruhsal Hastalıkta Ailenin Önemi ve Aile Fonksiyonları.....    | 7         |
| 4.3. Ruhsal Bozukluklarda Toplumun Tutumu.....                            | 8         |
| 4.4. Ruhsal Bozuklukların Aile Üzerindeki Etkileri.....                   | 12        |
| 4.4.1. Hastaların Evde Tedavisi.....                                      | 12        |
| 4.4.2. Ailenin Karşılaştığı Güçlükler .....                               | 14        |
| 4.4.3. Ailenin Duygusu.....                                               | 16        |
| 4.5. Öfke Kavramı.....                                                    | 18        |
| 4.6. Kaygı.....                                                           | 19        |
| 4.7. Umut Kavramı.....                                                    | 20        |
| 4.8. Yaşam Doyumu.....                                                    | 21        |
| 4.9. Ruhsal Hastalıklarda Hemşirenin Rolü.....                            | 21        |
| 4.10. Türkiye’de Yaşam Doyumu ile İlgili Yapılmış Çalışmalar.....         | 23        |
| 4.11. Türkiye’de Duygu Kontrol Durumu ile İlgili Yapılmış Çalışmalar..... | 24        |
| <b>5. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>                                            | <b>25</b> |
| 5.1. Araştırmanın Şekli .....                                             | 25        |
| 5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....                             | 25        |
| 5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....                                | 26        |
| 5.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....                                     | 27        |
| 5.5. Verilerin Toplanması.....                                            | 27        |
| 5.5.1. Anket Formu .....                                                  | 28        |
| 5.5.2. Courtauld Duygu Control Ölçeği (CDKÖ).....                         | 28        |

|                                                                                                                               |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 5.5.3. Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ).....                                                                                         | 29        |
| 5.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....                                                                                         | 29        |
| 5.7. Araştırmanın Etik Yönü.....                                                                                              | 29        |
| <b>6. BULGULAR .....</b>                                                                                                      | <b>30</b> |
| 6.1. Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı .....                                                                      | 31        |
| 6.2. Hasta Ailelerinin Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....                                                                | 33        |
| 6.3. Hasta Ailelerinin Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumlarının Hastaların Demografik Özellikleriyle Karşılaştırılması..... | 40        |
| 6.4. Hasta Ailelerinin Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumlarının Demografik Özellikleriyle Karşılaştırılması.....            | 47        |
| <b>7. TARTIŞMA.....</b>                                                                                                       | <b>58</b> |
| 7.1. Hastaların Demografik Özelliklerinin Tartışılması.....                                                                   | 59        |
| 7.2. Hasta Ailelerinin Demografik Özelliklerinin Tartışılması .....                                                           | 60        |
| 7.3. Hasta Ailelerinin Yaşam Doyumları ve Duygu Kontrol Durumlarının Hastaların Demografik Özellikleriyle Tartışılması.....   | 63        |
| 7.4. Hasta Ailelerinin Demografik Özelliklerinin Yaşam Doyumları ve Duygu Kontrol Durumlarıyla Tartışılması.....              | 71        |
| <b>8. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>                                                                                              | <b>75</b> |
| 8.1.Sonuçlar.....                                                                                                             | 75        |
| 8.2.Öneriler.....                                                                                                             | 79        |
| <b>9. KAYNAKLAR.....</b>                                                                                                      | <b>80</b> |
| <b>10. EKLER.....</b>                                                                                                         | <b>87</b> |
| EK-I: Yaşam Doyumu Ölçeği.....                                                                                                | 87        |
| EK-II: Courtauld Duygu Kontrol Durumu Ölçeği.....                                                                             | 88        |
| EK-III: Anket Formu.....                                                                                                      | 89        |
| EK-IV: Kurum İzin Yazıları.....                                                                                               | 91        |

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| <b>11. ÖZGEÇMİŞ.....</b> | <b>92</b> |
|--------------------------|-----------|



### III. ŞEKİLLER VE TABLOLAR LİSTESİ

|                                                                                                                                                         |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Şekil 1.</b> Olguların Hastası İçin Sağlık Hizmetinden Yararlandığı Durumların Dağılım Grafiği.....                                                  | 35 |
| <b>Şekil 2.</b> Olguların Ailede En Fazla Destek Aldığı Kişiye Göre Dağılım Grafiği.....                                                                | 36 |
| <b>Şekil 3.</b> Olguların Sağlık Elemanından Beklentisinin Dağılım Grafiği .....                                                                        | 37 |
| <b>Şekil 4.</b> Olguların Duygularını Nasıl Paylaştıklarına İlişkin Cevapların Dağılım Grafiği.....                                                     | 38 |
| <br>                                                                                                                                                    |    |
| <b>Tablo 1.</b> Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı .....                                                                               | 31 |
| <b>Tablo 2.</b> Hasta Ailelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı .....                                                                        | 33 |
| <b>Tablo 3.</b> Olguların Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumu Puanlarına İlişkin Merkezi ve Yaygınlık Ölçütleri .....                                  | 39 |
| <b>Tablo 4.</b> Olguların Yaşam Doyumu ile Duygu Kontrol Durumu Korelasyonu.....                                                                        | 39 |
| <b>Tablo 5.</b> Olguların Hastalık Tanısına Göre Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması.....                                         | 40 |
| <b>Tablo 6.</b> Hastanın Hastalık Süresinin Ortalaması ile Olguların Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Korelasyonu .....                          | 41 |
| <b>Tablo 7.</b> Hastanın Medeni Durumuna Göre Olguların Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması.....                                  | 42 |
| <b>Tablo 8.</b> Hastanın Daha Önce Klinikte Yatarak Tedavi Görme Durumuna Göre Olguların Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması..... | 43 |
| <b>Tablo 9.</b> Hastanın Hastanede Yatış Sayısına Göre Olguların Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması.....                         | 44 |
| <b>Tablo 10.</b> Hastanın Yıllık Yatış Sayısına Göre Olguların Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması.....                           | 45 |
| <b>Tablo 11.</b> Hastanın Çalışma Durumuna Göre Olguların Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması.....                                | 46 |
| <b>Tablo 12.</b> Olguların Yakınlık Derecesine Göre Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması.....                                      | 47 |
| <b>Tablo 13.</b> Olguların İkamet Ettiği Yere Göre Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması.....                                       | 48 |

|                                                                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 14.</b> Olguların Hasta Dışında Ailede Bakımından Sorumlu Olduğu Birey Sayısına Göre Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması..... | 49 |
| <b>Tablo 15.</b> Olguların Mesleğine Göre Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması.....                                                     | 50 |
| <b>Tablo 16.</b> Olguların Gelir Düzeyine Göre Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması.....                                                | 51 |
| <b>Tablo 17.</b> Hastalığın Maddi Yönden Etkileme Durumuna Göre Olguların Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması.....                     | 52 |
| <b>Tablo 18.</b> Olguların Hastası İçin Sağlık Hizmetini Kullanma Sıklığına Göre Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması.....              | 53 |
| <b>Tablo 19.</b> Olguların Ailede Başka Psikiyatrik Tedavi Gören Olma Durumuna Göre Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması .....          | 54 |
| <b>Tablo 20.</b> Olguların Ailede Destek Aldığı Kişiye Göre Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması.....                                   | 55 |
| <b>Tablo 21.</b> Olguların Hastanın İyileşebileceğini Düşünme Durumuna Göre Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması.....                   | 56 |
| <b>Tablo 22.</b> Olguların Başka Kurumdan Destek Alma Durumuna Göre Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması.....                           | 57 |

## 1. ÖZET

Bu araştırma Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran ve psikiyatri kliniğinde yatan Şizofreni ve Bipolar bozukluğu olan hastaların ailelerinin duygu kontrol durumlarını ve yaşam doyumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini, Ağustos 2007- Mart 2008 tarihleri arasında Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniği ve psikiyatri kliniğine başvuran 70 Şizofreni ve 70 Bipolar bozukluğu olan hastaların aileleri oluşturdu. Verilerin toplanmasında Yaşam Doyumu Ölçeği, Courtauld Duygu Kontrol Ölçeği ve araştırmacı tarafından literatür taraması sonucu hazırlanan anket formu kullanıldı. Veriler birinci dereceden hasta yakını ile yüz yüze görüşülerek elde edildi. Toplanan veriler SPSS 11.5 istatistik paket programında değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde sıklık dağılımları, merkezi ve yaygınlık ölçütleri ile parametrik testlerden olan bağımsız gruplarda t, tek yönlü varyans analizi ile Pearson korelasyon testi kullanıldı. Araştırmada ailelerin duygularını yalnızca yakınıyla paylaştığı (%93.6), aile içinde en fazla desteği eşinden aldığı (%37.1) saptandı. Hasta yakınının hastalık tanısına göre yaşam doyumu ve duygu kontrol durumu anlamlı çıktı. Şizofreni hastası olan bireye sahip ailelerin yaşam doyumlarının düşük olduğu ve duygularını ifade etmekten çekinmedikleri belirlendi ( $p<0.05$ ). Hastaların hastalık süresi arttıkça, hasta daha önce klinikte yatarak tedavi görmüş ise, hasta çalışmıyorsa ailelerin yaşam doyumunun düşük olduğu ve duygularını ifade etmekten çekinmedikleri bulundu ( $p<0.05$ ). Hastasından maddi olarak etkilenen ve hastasının iyileşebileceğini düşünmeyen ailelerin duygularını bilinçli olarak bastırmadıkları ve yaşam doyumlarının düşük olduğu belirlendi. Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda; ailelere duygusal destek sağlanmasına yönelik önerilerde bulunulabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Duygu kontrol durumu, Hasta yakını, Ruhsal hastalık, Yaşam doyumu.

## **2. SUMMARY**

### **Emotion Control Status and Life Satisfaction of Relative of Psychiatry Patient**

This study was carried out as a descriptive study to determine emotional control status and life satisfaction of relatives (families) of schizophrenia and bipolar anomaly patients consulted to psychiatry polyclinic and couchant in psychiatry clinic at Sakarya Education and Research Hospital. Sampling of the study was consisted of relatives (families) of 70 schizophrenia and 70 bipolar disorder patients consulted to psychiatry polyclinic and clinic of Sakarya Education and Research Hospital between August 2007 and March 2008. Life Satisfaction Scale, Courtauld Emotional Control Scale and Survey Form prepared by this study's researcher according to result of published literature was used for data collection. Data were obtained from first degree relatives of patients by interview face to face. Obtained data were evaluated by SPSS 11.5 statistic package program. At the evaluation of data, frequency distributions, central and currency criteria, with at the free groups as parametric test t, Pearson correlation test with one way variance analysis was used.

In this study, it was determined that families share their emotion with only their own relatives (93.6 %) and take the most of the support from their spouses in the family (37.1%). According to disease diagnosis of patient relatives, life satisfaction and emotional control status were found to be meaningful. It was determined that, life satisfaction of families that have an individual schizophrenia patient was low and they don't hesitate to declare their emotions ( $p<0.05$ ). It was found that life satisfaction of families (relatives) are low and they don't hesitate to express their emotion if period of disease of patient increases, patient was hospitalized before in clinic and has not a job ( $p<0.05$ ). It was found that, if families affected as financial from their patient and don't think their patient can not get better, they don't depress consciously their emotion and their life satisfactions are low. According to the results obtained from this study, some suggestions can be given to provide emotional support for families.

**Key words:** emotional control, patient's relative, mental illness, life satisfaction.

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlıklı olmak, sadece herhangi bir fiziksel hastalık belirtisi olmaması anlamına gelmeyip, fiziksel sağlık, ruh sağlığı, toplumsal iyilik, genel sağlık algısı gibi birbiriyle ilişkili kavramlarla tanımlanmaktadır (2,62). Hastalık bireyin çevresi ile uyumunu, etkileşimini, üretkenliğini, verimliliğini, kendi içindeki denge durumlarını bozar ve bireyin yaşam dengelerini tümü ile değiştirebilir (5).

Ruhsal hastalıklar, bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarında bozukluk, kişiler arası ilişkilerinde uyumsuzluk yaratır. Bu durum hasta bireyin, aile üyeleri ile ilişkilerinde, bakımında, onun aile içi kabulünde zorluk oluşturmaktadır (16).

Hastanede kalış süresinin kısalıp sağaltımın artık daha çok kurumlar dışında sürdürülmeye başlanması ruhsal hastalığı olan birçok hasta için ailelerin birincil bakım verici konumuna gelmelerini sağlamıştır. Bu durum bir dizi sorunu beraberinde getirmiştir. Ancak çoğu kez hastalığın aile üzerindeki etkisi göz ardı edilmektedir. Oysa ki hasta için akrabalarıyla birlikte hastane dışında yaşamayı olanaklı kılan bir denge aynı zamanda ailenin yaşamını da sınırlar (22).

Ciddi bir hastalıkla ailenin başa çıkma ve uyum gösterme çabalarını tanımlarken ilk adım, sadece hasta üzerine odaklanmak yerine hastalıktan psikososyal olarak etkilenen herkesi içeren bir model oluşturmaktır. Yaşamın hangi noktasında olursa olsun, kronik bir hastalıkla karşılaşmak zorlayıcıdır (72).

Psikiyatrik hastalıklarda hastanın işlevselliğindeki bozulma ile birlikte, aile işlevlerinin de bozulduğu ve aile işlevlerindeki bozulmanın hastalığın klinik gidişini etkilediğini destekleyen çalışmalar vardır (10,17).

Psikiyatrik hastalarla birlikte yaşam çok zorlayıcıdır. Pek çok çalışma ruh hastalarının iki cinsten de yüksek boşanma oranına sahip olduğunu göstermiştir. 35 yaş civarına rastlayan bu durum ülkemizde biraz farklılık gösterir. Kadın hastalar eşleri tarafından daha sıklıkla bırakılırken, erkek hastaların eşlerinin daha sabırlı ve aile bütünlüğünü korumaya daha yatkın oldukları dikkati çeker. Kadın hastaları anne babalar sahiplenirken erkek hastaların bakımlarının çoğu zaman eşleri tarafından üstlenildiği görülür (62).

Aile bireylerinden birine ruhsal hastalık tanısı konan aile öncelikle ruhsal hastalığa karşı gerek toplumun ön yargısı gerekse daha önceki deneyimlerden kaynaklanan

tutumlardan dolayı hastalığın kabulünde zorluk yaşayarak ilk aşamada hastalığı reddeder. Daha sonraki devrede hastaya ve aileye çevrenin önyargılı ve haksız tutumu sonucu ailede bu tutumlara karşı baş etmek için çaba sarf eder.

Aile ruh hastalıklarının önceden kestirilemeyen tekrarlama özelliğine bağlı emosyonel tepkiler gösterebilir. Bunun sonucunda aile bireyleri kaygı, duygusal acı ve rahatsızlık hissi yaşar. Son aşamada ruhsal hastalıkla yüzleşerek hastalığı kabullenir. Aile, bireye karşı davranışlarında ve duygusal olarak tepkilerinde uyum yolları arar. Bu aşamada aile bilgilendirilmeye ve duygusal desteğe ihtiyaç duyar. Bir sağlık profesyoneli olarak hemşire danışmanlık ve eğitici rolünü kullanarak aileye gereksinim duyduğu alanlarda yardımcı olabilir.

Yaşam doyumu kavramının bir parçası olan doyum, beklentilerin, gereksinimlerin, istek ve dileklerin karşılanmasıdır. Yaşam doyumu; mutluluk, moral gibi değişik açılardan iyi olma halini ifade eder ve günlük ilişkiler içinde olumlu duygunun olumsuz duyguya egemen olmasıdır (3).

Ruhsal hastalığı olan bireye sahip ailedeki bireylerin beklenti ve istekleri yeni duruma uyum sağlamak için değişecektir. Bunun sonucu olarak yaşam doyumları da dolaylı olarak etkilenecektir.

Bu doğrultuda araştırmamızın amacı şizofreni veya bipolar bozukluk tanısı konmuş bireye sahip ailelerin duygu kontrol durumlarını ve yaşam doyumlarını belirlemektir.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. Ruhsal Hastalığın Tanımı

Sağlık kavramı evrensel olmasına rağmen, anlamı kişiden kişiye ve toplumlar arasında farklılık göstermektedir (4,62).

Birey fizyolojik fonksiyonlarını sürdürebiliyorsa sosyal yaşantısı düzenli, üretken, duygu ve düşüncelerinin farkında olan ve ifade edebilen, entelektüel becerilere sahip ise sağlıklıdır (4).

Biyopsikososyal bir varlık olan insanın, yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi için bu üç ögenin etkileşmesi bir denge içerisinde olmalıdır. Normal ve normal dışı davranışların ayrımını yapmak mümkün olmadığından, ruh sağlığının tanımını yapmak da oldukça güçtür. Ruh sağlığı tanımlarından biri ise; bireyin kendisi ve çevresi ile uyum içinde bulunması ve herhangi bir durum ya da olayın bu uyumu bozmasına karşı gerekli çabayı gösterebilmesidir (5,57,70).

Ruhsal hastalık beyinde işleyen patolojik süreçler sonucunda ruhsal dengenin bozulmasına yol açan belirtilerin ortaya çıktığı klinik bir durumdur. Ruhsal bozulma ya da hastalık bireyin toplumsal, mesleki ve akademik işlevselliğini de bozar, kişiye ve çevresine sıkıntı verir. Kişinin ruhsal yapısını oluşturan biyolojik, psikolojik ve toplumsal boyutların hastalığın ortaya çıkmasında da sonuçlarının şekillenmesinde de önemli etkileri vardır (62).

Ocaktan ve arkadaşlarının belirttiğine göre; 1990 yılında İngiltere'de yapılan bir çalışmada, hastalık nedeni ile işe gidilemeyen günlerin % 17'sinin ruhsal nedenlerden kaynaklandığı saptanmıştır (46).

Ruh hastası kavramı, çeşitli faktörlerin etkileşimi sonucu değişiklik göstermektedir. Bireyin içinde yaşadığı çevre ve o çevrenin kültürü, teknolojisi ve kişilerin kendi aralarındaki ilişkilerin özellikleri bunlar arasındadır (69).

Ruh sağlığı sorunları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, her sosyoekonomik katmanda, her ırkta ve her kültürel grupta görülebilir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, her dört kişiden biri ruhsal ya da nörolojik hastalık geçirme riski ile karşı karşıyadır. Ruhsal bozuklukların toplumda yaygın olarak görülmesi, kronikleşme eğilimi göstermeleri, en az diyabet, hipertansiyon gibi bedensel hastalıklar kadar yeti kaybı ile sonuçlanabilmeleri ve kişide iş ve işgücü kayıplarına neden olduğu için

öncelikle ele alınması zorunlu hastalıklardır. Ayrıca dünyada en çok sakatlığa neden olan on hastalıktan beşinin ruhsal kaynaklı olduğu saptanmıştır. Birleşmiş Milletler Raporları'na göre, yeryüzünde 450 milyon kişi halen bir ruhsal veya nörolojik hastalıkla mücadele etmektedir. Bu nedenle tüm ülkelerde ruh sağlığı sorunları, bir toplum sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (46,57).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere ruhsal bozukluk dağılımı birçok değişkene göre farklılık göstermektedir. Yapılan çoğu araştırmalarda düşük sosyo ekonomik düzeylerde ruhsal bozukluk yaygınlığının üst düzeyde olan sosyoekonomik kesimlere kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir (56).

Cinsiyet, eğitim ve medeni durum gibi değişkenlerde ruhsal hastalık yaygınlığını etkilemektedir. Yapılan araştırmalarda kadınlarda pek çok ruhsal sorun erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur. Depresyon, anksiyete bozuklukları, intihar girişimleri kadınlarda erkeklere göre daha yüksek oranda görülebilmektedir. Eğitim düzeyinin ruhsal hastalıkla ters orantılı olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyi yükseldikçe ruhsal hastalık oranı azalmaktadır (57,62).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili sonuçlarına göre, ruhsal hastalıklar toplumun %17.2'sinde görülmektedir. Yine aynı çalışmada son bir yılda ruh sağlığı hizmeti almak için başvuru nedenlerine bakıldığında (ICD-10 tanılama sistemine göre) %34.5 panik bozukluğu, %32.4 obsesif kompulsif bozukluğu, %31.3 somatizasyon bozukluğu, %28.9 distimi, %27.4 depresif nöbet ve %26 ile yaygın anksiyete bozukluğunun ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir (1,5,34).

ABD'de, çocukların %12'sinin, erişkinlerin %15'inin bir ya da birden çok psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Polikliniklere başvuran hastaların %20-40'ı ruhsal sorunlar taşımaktadır (57).



#### 4.2. Kronik Ruhsal Hastalıklarda Ailenin Önemi ve Aile Fonksiyonları

Aile, kan bağılılığı, evlilik ve diğer yasal yollardan aralarında akrabalık ilişkisi bulunan ve çoğunlukla aynı evde yaşayan bireylerden oluşan, bireylerin cinsel ihtiyaçlarının belli bir biçimde karşılandığı, anne ve baba ve çocuklar ile arasında içten sıcak ve güven verici ilişkilerin kurulduğu, topluma uyum ve katılmalarının sağlandığı, içinde bulunan toplumsal düzene göre ekonomik etkinliklerin gerçekleştirildiği sosyal bir kurumdur (5,19,69,70).

Toplumun en küçük birimi olan aile insanın sosyal ve tarihsel gelişim sürecinde oluşmuş ve kişinin, kişiliğinin gelişmesine katkısı olan bir uzlaşma kurumudur (19).

Çocuğun doğumuyla birlikte ilk karşılaştığı ve ilk sosyal ilişkilerini kurduğu toplumsal kurum ailesidir. Aile, çocuğun beslenme, barınma, korunma gibi temel fizyolojik ihtiyaçlarını karşılar bunun yanında, sevmeye, sevilme ve güven duygusu gibi psikolojik ihtiyaçlarını da karşılamaktadır (16).

Aile bütün toplumlarda ortak olan sosyal bir kurumdur. Sosyal yapının en küçük birimidir. Bu nedenle toplumda diğer kurumların düzenli işleyebilmesi için daima katkısına ihtiyaç duyulur. Aile üyelerinin topluma katılımı ve uyumunda üyelerinin büyüme ve olgunlaşmasında büyük rolü vardır (5,19).

Aile sağlığı, aileyi oluşturan üyelerin birbirleriyle ve toplumla ilişkilerinin bütünlüğünü ve birlikte yaşadıkları toplumun içindeki yerini kapsayan bir kavramdır. Aile üyelerinin arasındaki etkileşim, aile ortamının yapısı ve niteliği ile üyelerinin tek tek fiziksel ya da ruhsal sağlıklarına etki ettiği gibi, bir üyenin sağlıksız olması da tüm ailenin yapısına etki etmektedir (16,69,70).

Aile sağlığının bütünlüğü için gerekli olan ailedeki özellikler baktığımızda ilk sırayı aile bireyleri arasındaki iletişim süreci almaktadır. Sağlıklı bir ailede bireyler duygularını, fikirlerini, başkalarıyla ilgili düşüncelerini karşılıklı olarak paylaşırlar. Her bir aile ferdi gelişmeye açıktır. Ve bu konuda birbirlerine destek olurlar. Değişen gereksinimleri karşılamak için yeni görev ve rollere uyarlar. Problemlerle birlikte başa çıkarlar ve sağlıklı bir ev alanı ve yaşam biçimi sergilerler. İçinde bulundukları toplumla düzenli bağ kurarlar ve kurdukları bağları devam ettirirler (70).

Sağlıklı aileler toplumun sağlığını olumlu olarak etkilediği gibi düşük düzeyde bir sağlık durumuna sahip ailelerinde toplum sağlığı üzerinde olumsuz bir etkisi vardır (70).

Sağlıksız ya da kapalı aile sisteminde ise, aile üyeleri katı ve değişmez kurallar ve roller içindedir ve gelişime açık değildirler. Bu ailelerde bireylerin kişilikleri gelişmemiştir. Aile kuralları katı olduğu kadar gizli, örtük ve tartışmaya kapalıdır. Bir aile üyesi ruhsal olarak hastalandığında, bu durum ailenin ruhsal durumunun kötü bir göstergesi olarak düşünülür

Aile yaşamı bireyin ruhsal sağlığının korunmasında etkili olduğu kadar, psikiyatrik hastalıkların oluşumuna da yol açabilmektedir (5,19).

Ailedeki bir üyenin akut veya kronik ruhsal hastalığı aile içindeki iletişimi ve rolleri değiştirebilmektedir. Ailenin bir üyesinde ciddi bir hastalık olduğunda, ailenin homeostatik dengesinde bir değişim olur. Böyle bir dengesizlik durumunda sistem yeni duruma uyum sağlama eğilimine girer. Bu durum çoğu zaman ailenin işlevinde ve hastanın sağlığında olumsuz etkiye yol açar (5,19,71).

Kronik ruhsal hastalıklar ailenin tüm yaşantısını etkileyerek stres yaşantısına neden olduğundan, aile bireylerinin bireye yardım çabasını sınırlamakta ve aile sağlığını etkilemekte, bunun sonucu olarak aile üyeleri hem hastaya yeterince yardım edememekte hem de kendilerinin yardım gereksinimleri artmaktadır (68).

Sağlık ekibinin ayrılmaz bir parçası olan hemşireler, hasta ve hasta yakınları ile daha uzun süre bir arada bulunurlar. Hemşireler, hastaların ve hasta yakınlarının gereksinimlerini değerlendirmede ve bu gereksinimlere yönelik girişimde bulunmada daha uygun bir konuma sahiptirler (23,45).

#### **4.3. Ruhsal Bozukluklarda Toplumun Tutumu**

Tutum; bir bireye atfedilen ve onun bir ruhsal nesne ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan eğilimdir. Bir tutum, bireyin düşünce, duygu ve davranışlarını birbiriyle uyumlu kılarak etkiler (35).

İnsanlar tutumlara sahip olarak doğmayıp, tutumları sonradan öğrenmektedir. Hayatın bir döneminde oluşmuş fikir, tutum ve inançlar daha sonraki dönemlerde de devam eder ve etkili olur. Önceki kuşakça benimsenen fikirler, bu fikri oluşturan durumlarla dolaylı ve dolaysız olarak karşılaşılmasa bile, sonraki kuşakları etkilemektedir (69).

Tutumlar kişiliği oluşturan özellikler arasında önemli bir yere sahiptir ve dış dünyaya karşı davranış ve tepkilerimizi belirler. Çünkü bir insanın tutumlarının

bilinmesi ile bireylerin gelecek davranışlarının öngörülmesini sağlar. Bir toplumda sıklıkla görülen tutumlar ise toplumun yapısını belirlemede de yol gösterici bir rol oynamaktadır (16,69).

Günümüzde toplumsal psikiyatrinin gelişmesiyle birlikte, ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakımı mümkün olduğunca toplumda aile ortamı içinde gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Bu değişimin başarılı olabilmesi için toplumun ve bakım sağlayan kişilerin tutumlarını dikkate almak önemlidir (35,69).

Sağlık İnançları Modeli'ne göre, hasta bireylerin tıbbi tedaviye uyumlarında hastalığa ilişkin algı ve inançların belirleyici rolü vardır. Bu bakış açısından ruhsal hastalıklar ele alınacak olursa, ruhsal bozuklukların tanımı, etyolojisi ve tedavisi hakkında, hastaların yakınlarının ve toplumun görüş ve yargıları birçok açıdan önemlidir (60,69).

Ruh sağlığında belirgin bozuklukları olan insanlar, toplum içerisinde çoğunluktan farklı olduklarını, konuşma ve hareketleri ile ortaya koyarken, bu farklılık toplumda onlarla ilgili bazı yargıların oluşmasına neden olmuştur (6).

İlk çağlarda ruh hastalıkları şeytanlar, efsaneler yoluyla yorumlanmış ve büyücülük tapınaklarında uyuma korkuların bir takım yöntemlerle kovulması şeklinde tedavi edilmeye çalışılmıştır. 17. yy. da ruh hastalıkları toplumu rahatsız edici, bulaşıcı ve uzaklaştırılması gereken unsurlar olarak algılanmıştır. Böylece bu kişiler ceza evlerine, fakirhanelere, tımarhanelere kapatılarak çok kötü koşullarda yaşamaya zorlanmışlardır ve toplumdan izole edilmişlerdir (35,56). 18. yy. da yapılan yeniliklerle birlikte ruh hastaları da toplumda ve tıpta sorumluluk konusu olarak tanınmaya başlamıştır. Böylece ruh hastalıklarına tepki ve tutumlarda buna paralel olarak değişmiştir (35,56).

Türklerde ve Müslüman toplumda eski çağlardan beri ruhsal bozukluklara ve ruh hastalarına karşı toplumda olumlu bir yer tanınmıştır. Bu hastalar özellikle korunmuş, kollanmış ve onlara acınmış, hoş görülmesi bir tutum ile yaklaşmıştır. Selçuklular ve Osmanlılar döneminde yapılan kurum ve kuruluşlar ruh sağlığı hizmetlerinin bugünkü anlamda yararlı nitelik taşıdıklarını gösteren verilerdir (35,56).

Genel olarak akıl hastalığı tanısının hastaneye başvurmadan önce ve konuda uzman olmayan kişilerce (aile, arkadaşlar, iş yerindekiler, v.b.) konduğunu ileri sürmektedirler. Diğer bazı durumlarda ise kişinin kendisi de bu tanımlamayı yapmaktadır. Yani ilk önce problemi tanıyan veya problem olarak tanımlayan kişinin kendisi veya toplum içindeki kişilerce olmaktadır. Bu basamaktan sonra ise tıp dışı olan yöntemlerle kişi tedavi edilmeye çalışılır. Toplumumuzda ruhsal sorunlarda bilimsel dayanağı olmayan alternatif yöntemlere (okuyup-üfleme, geleneksel yöntemler, yatırımlar vb) başvuru fazla olduğu görülmektedir (18,60,69).

Sağduyu ve arkadaşlarının 98 şizofreni hastası yakını ile yaptıkları çalışmada, hasta yakınlarının tamamına yakını şizofreninin tedavisi için tıbbi tedaviyi, doktorlar içinde de psikiyatristleri tercih etmektedir (61).

Toplum, ruhsal hastalığı olan kişileri saldırgan ve etrafa zarar verebilecek potansiyeldeki kişiler olarak düşünüyor ve böyle değerlendiriyorsa, ruhsal rahatsızlığı olan kişiler toplumdan tecrit edilmiş bir yaşam süreceklerdir. Bu durum tedavi için gelinen yöntem doğru bile olsa, hastalığa bakış açısı ve tutumlar doğrudan tedaviye yanıtı ve hastalığın gidişini etkileyecektir (60,69).

Ruh hastalarına karşı toplumun sergilediği tutuma ek olarak dışlanma ve utançta eklenirse sorunlar gizlenerek tanı ve tedaviden yararlanamayan hastalar kronikleşerek ve hastalığın ağır evrelerinde ortaya çıkmaktadırlar. Bu durum gereksiz sayıda hizmet kullanımı, işgücü kaybı gibi nedenlerle topluma büyük yük getirmektedir (6,46).

Gümüş tarafından belirtildiğine göre, 1989'da yapılan bir çalışmada, ruh hastalığı damgasının hastalar üzerindeki etkileri konusunda en çok belirtilen noktalar; benlik saygısının zedelenmesi, arkadaş edinme ve arkadaşlığı sürdürme güçlükleri, iş bulma güçlüğü ve ruh hastalığını kabul etmede isteksizlik olmuştur (23).

Birçok çalışma aile ve toplumun olumsuz tutumlarının, hastadaki atakların artmasına neden olduğunu göstermektedir. Eğitim ve ekonomik düzeyi düşük olan kesimler ruh hastalarına karşı olumsuz tutum içindedir. Bu karşılıklı etkileşim bireyin tedavisini hem olumsuz etkilemekte hem de bireyin tek başına ele alınarak tedavi edilmesinin mümkün olmadığını göstermektedir (15,17,67).

Ebrinç ve arkadaşlarının belirttiğine göre, bir grup çalışmada, içinde ruh hastası olan ve olmayan ailelerin ruh hastasına ve hastalıklarına yönelik tutumları ele alınmıştır. Bir çalışmada içinde ruh hastası olan ve olmayan ailelerin ruh hastası ve hastalıklarına karşı tutumları değerlendirilmiştir. Psikotik üyesi bulunan ailelerde koruyucu kollayıcı ve dolayısıyla kısıtlayıcı tutumların belirgin düzeyde daha fazla olduğu ve bunun eğitim düzeyi artışıyla paralellik gösterdiği, gelir düzeyinin ise eğitime bağlı olarak dolaylı bir rol oynadığı, erkeklerin otoriter tutumlara daha çok sahip oldukları, kadınların ise hasta ve hastalık konusunda daha bilgili ve bilinçli olduğu saptanmıştır. Diğer bir çalışmada ise ailesinde ruh hastası bulunmayanların ailesinde ruh hastası bulunanlara göre ruh hastalarını daha fazla reddedebildikleri, toplumun bu reddedici yaklaşımı karşısında hasta ailelerinin olumsuz yönde etkilendikleri, ayrıca psikotik bozukluğu olan hastaların nevrotik bozukluğu olanlara göre daha fazla reddedildikleri ileri sürülmüştür (17).

Kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumlarını öğrenmek Taşkın ve arkadaşları tarafından 2002 yılında Manisa ilinin bir köyünde gerçekleştirilen bir çalışmada; halkın %61.5'i şizofreni hastası bir komşusunun olmasından rahatsızlık duyacağını, %61.1'i bir şizofreni hastasıyla birlikte çalışmak istemediğini, %85.6'sı da bir şizofreni hastası ile evlenmeyeceğini belirtmişlerdir (67).

Sağduyu ve arkadaşlarının belirttiğine göre ABD halkının %61'i şizofren hastaları etrafı için, %87'si kendileri için tehlikeli bulmakta, %63'ü şizofreni hastalarıyla aralarında belli bir sosyal mesafe olmasını istemektedir. İngiltere'de ise halkın, %71'i şizofren hastaları tehlikeli bulduğunu belirtmiştir (60).

Ruh sağlığı bozukluğu olanların damgalanması ve toplumdan yalıtımı, izole edilerek bakılmalarına veya sokaklara terk edilmelerine neden olmaktadır. Ruh sağlığı sorunu ile bir ailenin karşılaşmama olasılığı yok denecek kadar az olmasına rağmen, utanç ve korkunun yaygın olması profesyonel yardım almayı engellemektedir. Oysa çoğunlukla tedavi edilebilir hastalıklardır ve kişiler sağlıklı, topluma yararlı bireyler olarak yaşayabilirler. Dolayısıyla normal bir sağlık sorunu olarak kabul görmesi için toplumun eğitimi gerekmektedir. Bu yolla, çok sık karşılaşıldığı halde geri plana atılan bu sorunlar için yardım arayışı artacak, gizli tutmaya yönelten baskıların ortadan kalkması ile zamanında tanı ve tedavi olma şansı

artacaktır (46).

Hastanede tedavisi bittikten sonra toplum hayatına geri dönen bu insanlar dışlanmayacakları bir ortamda yaşarlarsa, kendilerine korkuyla, potansiyel tehlike olarak bakmayan, anlamaya, yardımcı olmaya çalışan insanların arasında sosyal uyum sağlayarak ve üretkenliklerini sürdürerek, çevrelerine ve topluma yük olmadan yaşayabilirler (6).

Fikir, tutum ve inançlar birbiri ile uyum halindeyse, tutumların değişmesi güçleşmektedir. Kişi tutumları konusunda kendine güveniyorsa ve bu konudaki görüşleri gayet açık ise ve bireyin tutum konusu olan kişi, grup veya nesneyle birebir yaşantısı varsa tutumların değişmesi güçtür (69).

Tutumlar, ancak güçlü bir ikna edici iletişimle değişebilir. Bu nedenle konuşan kişinin konuştuğu konuda uzman olması, bu konuda herhangi bir kişisel çıkarının olmaması gerekmektedir. Yine konuşulan konunun içeriğinin dinleyiciye ne yapması gerektiği konusunda yol gösterici olması, tartışılan konunun hem lehinde, hem aleyhinde bilgi içermesi ve belli aralıklarla tekrar edilmesi tutumların değiştirilebilmesinde önemlidir (69).

Toplumun ruhsal hastalıklara yönelik tutumları, ruhsal hastalıkların önlenmesi, erken tanınması ve sağaltımında doğrudan etkilidir (67).

#### **4.4. Ruhsal Bozuklukların Aile Üzerindeki Etkileri**

##### **4.4.1.Hastaların Evde Tedavisi**

Evde ailesi tarafından bakım gerektiren değişik hasta ve hastalık grupları vardır. Psikiyatrik bozukluklar da bu gruplardan biridir (14).

Günümüzde sağlık hizmetlerinin salt sağlık kurumlarında verilmesi, hastaların tüm yaşamları göz önüne alındığında yeterli olmamaktadır. Psikiyatrik bozukluklarla ilgili bilgiler arttıkça, bu hastaların ele alınmalarında bütüncül yaklaşımın önemi anlaşılmaktadır. Hastaların sınırlayıcı bir ortam olarak değerlendirilen hastaneler yerine daha az sınırlayıcı bir ortam olan yaşadıkları yerlerde ele alınmaları önem kazanmaktadır (14,69).

Toplumumuzda şizofreni tanılı hastaların çoğunluğu ailesi ile birlikte yaşamaktadır, Danacı ve ark. tarafından belirtildiğine göre 2005'te yapılan bir

araştırmada hastaların %67'sinin hiç evlenmemiş olduğu ve aileleriyle yaşadığı belirtilmiştir (10).

Taburculuk sonrasında toplum içinde yaşamaya hazırlanmayan hastalarda tedaviye uyumun azaldığı ve yeniden hastaneye yatışın gerektiği gözlenmekte, hasta ve ailesinin evde ve toplum yaşamında karşılaştıkları güçlüklerle yeterince baş edemedikleri saptanmaktadır (14,73,79).

Ailenin hastaların taburculuğu sonrası en fazla gereksindikleri yardımın; hastaya nasıl davranmaları gerektiği, ilaç ve tedavisinin sürdürülmesi, hastanın bundan sonraki iş ve sosyal yaşamı sürdürmesi alanlarında bilgi ve destek sağlanması olduğunu çalışmalar göstermektedir (16).

Ailelere gereksindikleri bu yardımın verilmesi hastanın iyileşme ve uyum sürecini de etkilemektedir.Yalnızca buradan bakıldığında bile ailenin tedavi ekibi içine dahil edilmesinin ne kadar vazgeçilmez olduğunu görebilmek mümkündür (14,73).

Kronik ruhsal hastalıklarda gerek tedavi edici gerekse koruyucu ruh sağlığı açısından hastanın yakın çevresi ve ailesi içindeki kişilerle ilişki ve etkileşiminin tanınıp düzeltilmesinin tedavide sağlanacak başarının başlıca koşullarından birisi olduğu kabul edilmektedir (10).

Dündar'ın belirttiğine göre Bulut ve Karamanoğlu'nun (1985) psikiyatri kliniğinde tedavi görmüş hastaların sosyal uyumları ile ailelerin beklenti ve sorunlarına yönelik yaptıkları araştırmalarında; hasta yakınlarının 1/3'ine yakını (%30.7) tedavi kurumlarında verilen hizmetlerin hastaların iyileşmesine pek de yardımcı olmadığı kanısı ortaya çıkmıştır. Ruh hastalarına tedavi veren kuruluşlarda hizmetlerin yeterli olduğunu belirten %11'lik grubun dışında kalanlar, hizmetlerin daha etkili olabilmesi için bazı öneriler ileri sürmektedir. Bu neriler içinde diğerlerine kıyasla en sıklıkla tekrarlananı, tedavi ekibinin hastalarla daha çok ve daha yakından ilgilenmesi ve taburcu olduktan sonra takiplerinin sağlanmasıdır (%48.8). Ailelerin hastaya yardımcı olmak amacıyla hastane dışında istedikleri hizmetler arasında ilk sırayı tedavi ekibinin ev ziyareti yapması ve hastayı takip etmesidir (16).

#### 4.4.2. Ailenin Karşılaştığı Güçlükler

Toplumda biyolojik ve psikososyal nedenlerle ruh sağlığı bozulan bireyler, yaşamlarının önemli bir bölümünü mutsuz, huzursuz, yaratıcılık ve üretkenlikten yoksun bir biçimde geçirdikleri için bu sorunlar nedeniyle, kendilerine zarar vermelerinin yanı sıra ailelerine ve topluma da yük olmakta ya da en azından yararlı olamamaktadırlar (23).

Ruh sağlığı bozuk bireyle birlikte yaşamak bakım veren kişinin ve diğer aile üyelerinin deneyimlerine dayanarak aileye iki şekilde yük getirmektedir. Nesnel yük; gelir kaybı, sosyal etkinliklerin kısıtlanması, performansın düşmesine bağlı sosyal çekilme, ev ortamındaki gerginlik gibi problemlerin ortaya çıkmasını; öznel yük ise; hastanın rahatsızlık verici davranışları ve ailenin bunlara nasıl müdahale edeceklerini bilememeleriyle ilgili duygusal sıkıntı, suçluluk, utanma, aşırı duygu dışı vurumu, stres, gücenme, umutsuzluk, depresyon ve anksiyeteyi içermektedir (5,25).

Nesnel yük ev halkı ve bakım verenlerin yaşamlarındaki değişimleri kapsamaktadır. Öznel yük ise bakım verme deneyimlerinde emosyonel reaksiyonları tanımlamaktadır (44).

Ruhsal hastalıklarda bakım verenlerde nesnel yükten çok öznel yük saptanmıştır. Duygu durum bozukluğu olan hastaya bakım verenlerde yüksek seviyede yük saptanmıştır. Diğer psikiyatrik hastalığı olan hasta yakınlarında az yük ve daha az psikosomatik belirtiler görülmüştür (8,25).

Bakım verenin yükü depresyonla bağlantılı olup yaşanan çevredeki strese eklendiğinde hastada iyileşme oranı da etkilenmektedir. Yapılan araştırmalarda bipolar bozukluğu olan hastalara bakım verenlerde depresif yük tek yönlü depresyondaki seviyeden daha yüksek bulunmuştur (48).

Aile ortamında kişiler arası iletişim becerileri geliştirilirse, kişinin hastalıktan dolayı değişmesine uyum sağlanırsa ve karşılıklı hastalığın kabullenilmesiyle birlikte aile fonksiyonları güçlenir. Bu güç aile fonksiyonu alanlarında güçlükler ve ailenin iyi olma duygusuna katkıda bulunabilir (25).

Ruhsal hastalığı olan bireyle uğraşmak hasta ailelerinin yaşamlarına bazı sınırlılıklar getirmekte, hastalık süreci ailenin bugününe ve yarınlarına büyük darbe indirmektedir. Gelecekte sağlıklı ve başarılı biri olmasını bekledikleri çocuklarının sosyal açıdan başarısız birine dönüşmesinin yarattığı hayal kırıklığı ile baş etmek



ebeveynler için hayli güç olmaktadır (74).

Şizofreni hastalarının aileleri çeşitli güçlükler yaşar. Bu güçlükler iki grupta toplanabilir: Birinci gruptaki güçlükler hastaların sosyal çekilmesiyle, ilgilerinde de azalmayla, kişiler arası ilişkilerinin sınırlılığıyla ilgilidir. İkinci gruptaki güçlükler hastaların bozuk ve kontrol edilemeyen davranışlarıyla ilgilidir (15).

Ciddi boyutlarda ekonomik sorunlar ortaya çıkabilir. Hasta üyenin çalışamaz duruma gelmesine bağlı gelir kaybı ve sağaltım masrafları nedeniyle güçlükler yaşanabilir (22).

Yurt'un belirttiğine göre, Bridges ve ark. (1994) kronik ruhsal hastalığın maliyetini şu şekilde belirtmişlerdir:

- Hastalığın yarattığı sıkıntılar
- Sosyal becerilerin kaybı
- Fiziksel hastalık riskinin artması
- Hastalığa karşı diğer insanların tepkilerinin yarattığı sıkıntılar
- Ekonomik güçlükler (iş kaybı vb. nedenlerle)
- Bireysel güçlerini kullanma ve kendini geliştirme şansının/fırsatlarının azalması
- Kötü yaşam koşulları
- Aile, arkadaş gibi birincil derecede sosyal destek sıkıntısı çekme (79).

Sağlık personeli hasta ile daha çok hastalığın akut döneminde sınırlı süre birlikteyken aile tüm günlerini hasta ile geçirmekte, hastanın bakım sorumluluğunu gönüllü veya zorunlu olarak yürütmekte, bunu gerçekleştirirken de hastalık süreci, hastaya yaklaşım konularında bilgi, beceri, duygusal ve sosyal desteğe gereksinim duymaktadır (68).

İlaç kullanmasına karşın sağaltıma yanıt vermeyen ya da ilaç almayı reddeden hastaların yakınları çaresizlik yaşarlar. Psikotik hastalara karşı toplumun reddedici tutum içinde olması hasta yakınlarının yaşadığı bir başka güçlüktür (22).

Ebrinç ve ark. tarafından belirtildiğine göre bazı çalışmalarda ruh hastalığının aile işlevlerine etkisi araştırılmıştır. Bulut ruh hastası bulunan ailelerde, aile işlevlerinde en fazla bozulmanın “rol” işlevinde olduğunu, bunu “davranış kontrolü” ve “problem çözme” işlevlerindeki bozulmaların takip ettiğini, eğitim düzeyindeki düşmenin aile işlevlerini olumsuz yönde etkilediğini saptamıştır. Bulut ve Kahramanoğlu'nun bir çalışmasında hasta ailesinin özelliklerinin ve hastaya davranış

biçiminin hastanın sosyal uyumunu etkilediği; sıcak ve ilgili bir aile ortamının hastanın arkadaş edinmesini, günlük aktivite ve işlerini yapabilmesini, tekrar hastaneye yatış sıklığının azalmasını sağladığı ileri sürülmüştür (17).

Aile fonksiyonu aile üyeleri ve hastalar tarafından hastalıklarının özelliğine bağlı olarak farklı algılanmaktadır. Psikotik hastalar ailelerinin problem çözme fonksiyonlarını negatif algılamaktadır. Bununla beraber depresif hastalar ise ailelerinin problem çözme becerilerini şizofren hastaların aile üyelerinden daha fazla pozitif olarak algılamaktadır. Bu durum hastaların aile üyelerini değerlendirirken hastanın teşhisinin de beraber önemsenmesi gerektiğini vurgulamaktadır (36).

#### **4.4. 3. Ailenin Duygusu**

Genel olarak aile üyelerinden birinin akıl hastası olması, kişinin başına gelebilecek üzücü bir olaydır. Aile bireyleri bunu kabul etmek istemezler. Bireye ruh hastalığı tanısı konduktan sonra aile içinde bildirilen duygular şunlardır: yadsıma, yas/üzüntü, suçluluk, etiketlenme korkusu, şaşkınlık, başarısızlık, utanç/rezil olma, öfke ve rahatlama (23,35).

Yadsıma kabullenmeye doğru ilerledikçe , üzüntü ve yas ortaya çıkar. Ana babalar, hasta olan çocuklarıyla ilgili umutlarını ve beklentilerini yitirerek bunun yasını tutarlar. Bu adeta “bitmeyen yas” sürecidir. Aile üyeleri hastayı, birbirlerini ve kendilerini suçlayabilirler. Ailenin başka bir tepkisi utanç duymadır. Aile, çevrenin bu durumu öğrenince dedikodu yapacağından çekinmekte, hastadan utanmaktadır. Bu duygu aileyi, hastalığı ve hastayı gizleme davranışına ya da hastayı reddetmeye götürebilir. Utanç, öfke ve kızgınlıkta doğurabilir. Ailenin toplumsal, ekonomik durumu, planları ve olağan gidişi sarsılır, gereksinimlerini karşılamakta güçlük çeker (22,23,35,74).

Gülseren’in (2002) şizofren hastasının ailesine yönelik yaptığı bir çalışmada aile üyelerinin sıklıkla utanç, suçluluk, korku, çaresizlik, gelecek kaygısı ve öfke yaşadıklarını buna bağlı olarak anksiyete ve depresyonun ortaya çıkabildiğini belirtmiştir. Bununla beraber yeterli sosyal desteği olmayan ailelerin yükünün daha fazla olduğunu bildirmiştir (22).

Aile üyelerinin öfke ve kızgınlık duygusu içinde olmalarının en önemli nedeni çaresizlik hissetmeleridir. Aile şu soruyu sorar: Neden biz? Günlük yaşamı

kısıtlanan, sosyal aktiviteleri azalan ile öfkesini hastaya yöneltebilir. Kızgınlığın veya öfkenin açıkça belirtilip belirtilmemesi bir ikilem konusudur. Kimi akrabalar hastayı kırmamak için ya da ona zarar verecekleri endişesiyle öfkelerini bastırır ve kendilerine yöneltirler. Kimileri ise, kızar, bağırır hatta müdahale eder veya suçlarlar. Bu atmosfer içinde aile üyelerinde anksiyete, depresyon gibi ruhsal sorunlar ortaya çıkabilir (23).

Üyelerinden birinde kronik ruhsal hastalık olan ailenin diğer üyeleri bu durumdan etkilenmekte, bazı güçlükler yaşamaktadırlar. Bu etkilenme ve güçlükler hastanın toplumsal çekilmesiyle, düşünme ve davranış bozukluğuyla, aile işlevlerinde bozuklukla ilişkili olabileceği gibi; aile üyelerinin suçluluk ve utanma duygularıyla, ekonomik sorunlarla, aşırı duygu dışavurumuyla, sıkıntı ve depresif belirtilerle de kendini gösterebilir (15).

Aile üyelerinin hastalığın yarattığı stresle başa çıkma çabası içinde gösterdikleri kişiler arası davranışlar duygu dışavurumu olarak tanımlanmaktadır. Aile ortamındaki yüksek duygu dışavurumu hastalığın yinelemesi ile ilişkili görülürken duygusal sıcaklığın fazlalığı ve duygu dışavurumunun düşüklüğü hastalık sürecinde daha olumlu bir prognozla ilişkili görülmektedir (73,74).

Yüksek duygu dışavurumu; hastaya karşı yüksek şiddette eleştiri, düşmanlık ya da duygusal aşırı ilgilenmeyi kapsamaktadır. Yüksek duygu dışavurumu olan aileleriyle birlikte yaşayan şizofreni hastalarında, nükslerin ve tekrar hastaneye yatış oranlarının belirgin oranda arttığı gösterilmiştir (17,72).

Ruhsal hastalığı olan kişiler genellikle içinde bulundukları çevrenin kurallarına bağlı kalmazlar bazen hasta olduklarını inkar ederler ve ailelerine minnettarlık yerine düşmanlık sergileyebilirler (31).

Tel ve Terakye'nin belirttiğine göre, King ve Nazareth şizofren hastaların yakınları ile yaptıkları bir çalışmada, hasta yakınlarının hastaya bakım verirken duygusal ve davranışsal güçlükler yaşadıklarını, hastanın davranışlarını önceden tahmin edemediklerinden hastanın kontrolsüz davranışları karşısında nasıl tepki vereceklerini ve beklenti koyacaklarını bilemediklerini, bu nedenle endişe yaşadıklarını genellikle de hastayı kendi haline bıraktıklarını saptamıştır. Buldukoğlu ve Tel şizofrenik hasta aileleri ile yaptıkları çalışmada hastanın kontrolsüz davranışları olduğunda hasta ailelerinin % 47'sinin hiçbir şey yapmadıklarını ve

hastayı kendi haline bıraktıklarını, % 17'sinin hastaya engel koyduklarını belirlemişlerdir (68).

Şizofreni aileyi en çok etkileyen hastalıklardan birisidir, hasta ailesi karmaşık duygular içinde ve ne yapacağını bilemez durumdadır. Nasıl bir süreç yaşayacaklarını bilmeyen ve hastalarındaki değişimi şaşkınlıkla izleyen aile üyeleri tedirginlik/gerginlik, suçluluk ve kimi zaman utanç duygusu yaşarlar. Kendi yaşamındaki derin sarsıntının etkisinde ve şaşkınlık içinde olan hasta ise ailenin bu duygusal atmosferi içinde daha kötü olabilir (10,65).

İlk psikotik atağını geçiren bir hastanın ailesi şaşkınlık ve endişe içindeyken, kronik bir gidişte tükenmiş ve öfkeli olabilir. Utanç ve suçlama, maddi zorluklar, âile yaşamının hastalık etrafında dönmesi, iletişim bozuklukları, evlilik sorunları, kardeşler arasında suçluluk ve haset gibi olumsuz etkiler görülebilir (22,72).

Bazen aile ve hekim bu duyguları hastayı bir kişi olarak değil bir hastalık olarak görerek uzaklaştırabilir. Hasta kişi de kızgınlık gibi duyguları paranoya olarak çevresine yansıtabilir. İnkâr da tedaviye uyumsuzlukla kendini gösterir (72).

Ailelere bu süreçte çeşitli yardımların sağlanması, destek programların oluşturulması, bilgi ve eğitimlerin planlanması ve yasal düzenlemelerin yapılması onların uyum süreçlerini kolaylaştıracaktır. Ancak bu yardım düzenlemelerin yapılması için ailelerin duygusal gereksinimlerinin ve onları etkileyen etmenlerin iyi bilinmesi gerekir (35).

#### **4.5. Öfke Kavramı**

Genel olarak öfke doyurulmamış isteklere, istenmeyen sonuçlara ve karşılanmayan beklentilere karşı kişinin gösterdiği duygusal tepkidir (66,77).

Öfke diğer duygular gibi son derece doğal, evrensel ve sağlıklı olarak ifade edildiğinde yapıcı ve kişiler arası iletişimi düzeltici olabilen bir duygudur. Ancak öfke kontrol edilemeyen ve yıkıcı bir biçimde davranışlara yansiyarak saldırgan ve son derece tahrip edici tepkilere dönüşme potansiyeline sahiptir (66).

Öfke bir objeye ilişkin ortaya çıkabilir. Ya da öfkenin kaynağı bireyin kendisi veya çevresi olabilir. Kişi öfkesini değişik biçimlerde ifade etmeye çalışır. Fiziksel olarak saldırganlık biçiminde yansıtabilir. Veya birey tepkisini çevresindeki eşyalara

yönelterek gösterebilir. Örneğin, kapıyı yumruklama, eşyaları kırma gibi. O andaki tepkisini yansıtamayan kişi bunu zamana bırakır. Buna gizli veya saklanmış öfkede diyebiliriz. Bu tepki daha sonra hınç duyma, kıskançlık ve nefret etme biçimlerine dönüşebilir (66,77).

Bir çok çalışmada sağlıklı biçimde ifade edilemeyen ve bastırılmaya çalışılan öfkenin ise kronik kalp damar hastalıklarına, baş ağrısına, yüksek tansiyona ve mide hastalıklarına yol açarak kişinin fiziksel sağlığı için ciddi tehditler oluşturduğu tanımlanmaktadır (66).

Sağlıklı bir biçimde ifade edilemeyen öfke, kişiler arası sorunlu ilişkilere, boşanmaya, çalışma yaşamında üretkenliğin ve işlevselliğin bozulmasına, fiziksel ve ruhsal sağlıkta önemli sorunlara neden olabilmektedir. Bu durum kişinin hem kendisi hem de çevresi için zararlı olma potansiyeli taşımaktadır.

#### **4.6. Kaygı**

Bilinmeyen olaylar, tahmin edilemeyen bulgular, bilgi eksikliği, anlaşılır olmayan açıklamalar, yaşama kontrol koyamama, süre giden durumdaki farklılıklar, tedavi etkinliğinin ve hastalık prognozunun belli olmaması hastanın ve ailenin yaşantısında belirsizliklerin ortaya çıkmasına neden olur (54).

Hastalığındaki belirsizlik kaygıyı artırabilir ya da kaygının yüksek olması belirsizliği olumsuz etkileyebilir. Hastanın yapması gereken konularda karar vermesini de güçleştirebilir. Karar vermesi zorlaşan ya da karar veremeyen birey kaygı, korku, öfke, çaresizlik, gerginlik-sinirlilik ve depresyon gibi olumsuz duygular yaşar. Belirsizliğin daha çok algılanması ise bireyin evde bakımının daha stresli algılanmasına yol açabilir ve uyumunu zorlaştırabilir (54).

Kronik psikiyatrik hastalıklarda aile üyeleri hastalığın tekrarlamasında kaygıya kapılmakta bilinçsiz olarak hastalığı pekiştirecek tepkiler göstererek hastalığın kronikleşmesine neden olabilmektedirler. Bu durum birey ve ailenin sorunla baş edemediğinin, duruma uyum yapamadığının bir göstergesi olabilir (35,68).

Ailenin hastalıkla baş etmek için hangi bilgi, beceri ve kaynaklara gereksinim duyduğunun, kimlerden yardım aldığının, hastalıkla birlikte yaşamlarını daha kaliteli sürdürebilmeleri için neler yapılabileceğinin araştırılması, ailenin hastalıkla baş

etmesine katkı sağlayabilir (68).

#### 4.7. Umut Kavramı

Umut ümitle aynı anlamda kullanılmaktadır. Umut genel olarak, istenilen arzu edilen herhangi bir şeyin gerçekleşmesini beklemektir (55,77).

Ümit güçlüklerle baş etmede bir çıkış yoludur. Bireyin karşı karşıya geldiği güçlüklerin başında sağlığın bozulması gelmektedir. Ümit bireyin hastalık durumlarında , umutsuzluk ve karamsarlığa düşmesini engeller ve çaresizlik duygularını önler (55,77).

Ümit, bir şeyi isteme, olmasını arzu etmeyi belirten bir duygu olduğundan her zaman arzu ya da istek sözcükleri ile birlikte kullanılır (55,77).

Öz (2004) belirttiğine göre; Holdcroft ve Williamson psikiyatrik ve madde bağımlısı hastalar arasındaki umut seviyesini karşılaştırmış, psikiyatrik hastaların umut seviyelerinin önemli ölçüde düşük olduğunu saptamışlardır. Bu durumda hastalar yardım için dışa yönelirler. Onlarla ilgilenen aile bireylerinden ve sağlık profesyonellerinden yardım beklerler (55).

Ümit bireyin olduğu kadar ailenin de psikolojik ve fizyolojik savunmalarını güçlendiren hayati bir kavramdır.Ümitsizlik, esnek olmayan katı eylem, düşünce ve duygunun yapısından kaynaklanmaktadır.ümitsizlik olanaksızlık gibi güçlü bir duygu içerir. Yıkıcı olamasa bile yapıcı değildir. Ümitsizlikte yoğun bir pasiflik, iyi duygulardan yoksun olma, karamsarlık ve mutsuzluk duyguları baskındır (55,77).

Ümitsizliğe neden olan sebeplerin başında sosyal desteğin yetersizliği gelmektedir. Bireyin fonksiyonel yeteneğinin bozulması, fiziksel ve ekonomik yetersizlikler, geçmişte yaşanan olumsuz deneyimler ve çevrenin tutumu ümitsizliğin diğer nedenleri arasında sayılabilir (55,77).

Literatürde hastalığın ve yaşamın getirdiği belirsizlikle baş etmek için maneviyat ve manevi huzur, değer ve inançlar, algılanan yaşam kalitesi, benlik saygısı, aile beraberliği ve sosyal destek, kişisel özgürlük ve yaşanan ümidin doğru orantılı olduğu belirtilmektedir (55).

#### **4.8.Yaşam Doyumu**

İnsanın iyilik durumunu karşılayan çok sayıda sözcüğün ve kavramın olduğu bilinmektedir. Mutluluk, haz, doyum, refah, toplumsal iyi olma hali, yaşam kalitesi, öznel iyilik hali bunlar içerisinde öne çıkanlardır. Öznel iyi olma bireyin bakış açısından yaşamını değerlendirmesidir (7,37).

Öznel iyilik kavramı, olumlu ve olumsuz duygulanım ile yaşam doyumu kavramlarını kapsamaktadır. Olumlu duygulanım, kişinin mutluluk eğlence gibi yaşantılarının düzeyi olarak tanımlanırken, olumsuz duygulanım ise herhangi bir durumla ilgili hoş olmayan, kötü ve acı verici duyguları içerir (11,12, 37).

Öznel iyilik hali endüstriyel ülkelerde kişilerin hoşlandığı etki ve hoşnut olmadığı etkilerinden yaşam doyumu farklılık görülmesine rağmen ortalama pozitifdir (12).

Yaşam doyumu; bir insanın beklentileri ile elde edilen durum ya da sonuçtur ve kişinin hayatına yönelik amaçlarına erişmesindeki bilişsel değerlendirmelerdir (7,37).

Yaşam doyumu genellikle yaşam boyu sabit kalan bir özelliğe sahiptir. Aynı zamanda bireyin yaşam kalitesi algısını değerlendirmede de çok kullanılan bir bağımlı değişkendir. İyilik halinin tüm alanlarıyla ilgilendiğimizde, yaşam kalitesinin artışı etkileyen faktörleri de elde ederiz (12, 63).

Deiner, Emmons, Larsen ve Griffin'in (1985) geliştirdikleri ve bu araştırmada da kullanılan yaşam doyumu ölçeği, tüm maddelerin tek bir faktörde toplandığı bir araçtır ve bireyin yaşamından aldığı genel doyumunu ölçmektedir (11).

#### **4.9. Ruhsal Hastalıklarda Hemşirenin Rolü**

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin artık daha çok toplum içinde tedavi edilmesi, bireyin toplumdan soyutlanması ve toplum içinde eski rol ve fonksiyonlarını yerine getirememesi birey, aile ve bu alanda hizmet veren sağlık personeli için önemli bir sorundur (23,69).

Aile birey için birincil sosyal destek kaynağıdır. Ancak ailenin bu rolünü yerine getirebilmesi için, hastayla birlikte yaşamaya ve beraberinde getireceği sorunlara hazırlanmış olması gerekir.

Yurt'un belirttiğine göre, Solomon (1988), ailelerin çoğu zaman hastalarının sorumluluğunu alma ve paylaşma konusunda istekli olduğunu, ancak birçok güçlükleri de olduğunu belirtmiştir. Solomon'un çalışmasında, hastaların taburcu olmasından etkilenmeyen ailelerin oranı % 19'ken, ailelerin % 44'ü çok fazla, % 31'i de biraz etkilendiklerini belirtmişlerdir. Bu çalışmada ailelerin belirttikleri güçlükler hastanın nerede yaşayacağı, yirmi dört saatlik denetiminin nasıl sağlanacağı ve hastanın kabul edilemez davranışlarının fazlalığıdır. Yapılan birçok araştırmada da ailelerin en büyük güçlüklerinin taburculuk sonrası ortaya çıkabilecek problemlerle ilgili olduğu, özellikle hastanın davranışlarını nasıl kontrol altında tutabilecekleriyle ilgili olduğu belirtilmektedir (79).

Aileye ve bireye gerekli olan desteğin sağlanması da ekip çalışmasını gerektirmekte ve bu ekibin bir üyesi olarak hemşirenin bakım, eğitmenlik ve danışmanlık rollerinin önemini arttırmaktadır (2,42,69).

Son yıllarda yapılan çalışmalar, ailedeki bakım sağlayıcıların desteklendiği durumlarda, hastaların yarattığı ya da yarattıkları düşünülen sorunlarla daha kolay baş edebildiklerini göstermektedir. Doğan ve ark. yaptıkları çalışmada ev ziyaretleri ve psiko eğitimler sonucunda bakım verenlerin, aile ilişkilerinin olumlu yönde etkilendiğini, yaşadıkları güçlüklerin azaldığını, yaşam kalitelerinin arttığını, toplumsal ilişkilerinin daha iyiye gittiğini göstermektedir (5,15).

Hemşire aileye sorunlarını tanımlamada ve sorunla baş edebilmelerinde yardımcı olabilir. Yardım kaynaklarını bulmada danışmanlık yapabilir. Hemşire, hasta bireyin yapmakta zorlandığı eski aktiviteleri (kişisel hijyen, yemek pişirme, alış-veriş yapma, ulaşım araçlarını kullanma vb.) geliştirmeye yönelik uygun beceri eğitimi planlayarak ailenin fiziksel yükünü azaltabilir. Hastanın kullandığı ilaçların etkisi, yan etkisi, doğru kullanma ilkeleri hakkında aileye bilgi vererek, hastaneye tekrarlı yatışları önleyebilir ve bu da ailenin ekonomik yükünü azaltabilir. Hastanın toplumsal yaşama uyumunu arttırmak amacıyla yaşadığı toplumdaki lider kişileri bilgilendirmek, hasta bireylerin toplumdan soyutlanmasını engellemek, hastalara karşı toplumda gerçekçi tutum ve inançların oluşması için, topluma yönelik grup eğitimleri yaparak ailenin sosyal yükünü azaltabilir. Hemşirenin vereceği eğitimler hastaların ve ailelerinin toplumda kabul görmesini sağlamada etkili olacaktır (32,69,79).



#### 4.10. Türkiye’de Yaşam Doyumu ile İlgili Yapılmış Çalışmalar

Türkiye’de yaşam doyumuyla ilgili sınırlı sayıdaki araştırmaların daha çok yaşlılarda (Çimen, 1996; Dikmen, 1995; Karataş,1988; Karataş, Karataş ve Şenol, 1989; Kılıç, 1995; yapıldığını görmekteyiz. Diğer çalışmalar ise ;askerlerle (Demiröz, 2001), araştırma görevlileriyle (Selçukoglu, 2001), yoğun bakım hemşireleriyle (Vara, 1999) ve islahesinde bulunan gençlerle (1993), sorunlu gençlerle (Köker,1991), kanser hastası olan yetişkinlerle (Uğur, 2000) yapılmıştır. Karataş (1988) ve Karataş, Karataş ve Şenol (1989) etkinlik düzeylerinin, kurum içi ve dışı yakın arkadaşlıkların ve akrabalık ilişkilerinin ve kurumda bulunmaktan dolayı hoşnut olup olmamanın huzurevindeki yaşlıların yaşam doyumlarını etkileyen önemli değişkenler olduğunu, yaşam doyumunu ile ölümden korkma arasında ilişki olmadığını ; Köker (1991) yaşa ve cinsiyete göre yaşam doyumunda fark olmadığını, normallerin sorunlu ve nevrotik bireylere göre yaşamlarından daha doyumlu olduklarını, normal kızların normal erkeklerden ve sorunlu kızların ise sorunlu erkeklerden, nevrotik erkeklerin nevrotik belirtileri olan kızlardan daha doyumlu olduklarını bulmuştur. Uğur (2000) ise yaşam doyumunu yüksek olanların yaşam yönelimlerinin ve iyimserliklerinin de yüksek olduğunu, yaşam doyumunu yüksek olanların yatarak ya da ayaktan tedavi olan kanser hastalarına göre daha iyimser olduklarını, stresin ayaktan tedavi gören hastaların iyileşmelerini etkilediğini bildirmiştir. Arslan ve arkadaşlarının (2001) araştırmaları ise ülkemizde engelli çocuğu olan anne ve babaların yaşam doyumlarını inceleyen ilk araştırmadır. Araştırmacılar, anne ve babaların yaşam doyumlarının çocuklarının cinsiyetlerinden etkilenmediğini ve işitme engelli çocuğu olan anne ve babaların yaşam doyumlarının dil ve konuşma bozukluğu, zihinsel engelli ve ortopedik engelli olanlara göre daha düşük olduğunu bulmuşlardır (30).

#### **4.11.Türkiye’de Duygu Kontrol Durumu ile İlgili Yapılmış Çalışmalar**

Ruhsal bozukluğu olan hastaların aileleriyle ilgili yapılan literatür taramasında duygu kontrolüyle ilgili çalışmalarla karşılaşılmamıştır. Bu yüzden bizim kullanmış olduğumuz ölçekle ilgili yapılan çalışmalara değinilmiştir.

Okyayüz (2004) Kanser ve behçet hastalarının ailelerinin duygudurum ve aile işlevleri açısından incelemiş kanserli hastaların yakınlarının, behçetli hasta aileleri ve karşılaştırma gruplarına göre daha kaygılı ve depresif olduklarını ve duygularını bilinçli olarak daha çok bastırdıklarını bulmuştur (52).

Okanlı ve Ekinci’nin (2008) Meme kanserli hasta ve ailelerinin yaşam doyumları duygu kontrol düzeyleri ve evlilik uyumlarının mastektomi öncesi ve sonrası karşılaştırılmasında; hasta ve eşlerinin mastektomi öncesi ve sonrası yaşam doyumu ve evlilik uyumu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı, duygu kontrol düzeyi toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (49).

Okanlı ark’nın (2008) Hemodiyaliz hastalarında duygu kontrolü ve etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmalarında; hastaların cinsiyeti, eğitim düzeyi ve mesleki öfke kontrolü, kaygı kontrolü, mutsuzluk kontrolü ve toplam puan üzerinden istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmuştur (50).

Öncü ve Çevğin (1999) Somatoform bozukluk tanısı alan hastalarda depresyon, anksiyete, yaşam doyumu, evlilik uyumları, duygu kontrol düzeyleri ve olumsuz yaşam olaylarının etkisini belirledikleri çalışmalarında; somatoform bozukluk grubunun depresyon ve anksiyete düzeyleri sağlıklı bireylerden oluşan karşılaştırma grubuna göre yüksek, yaşam doyum düzeyleri düşük bulunmuştur. Evlilik uyumu, duygu kontrol düzeyleri ve yaşam olayları açısından iki grup arasında fark bulunamamıştır (53).

## **5.GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın Şekli**

Araştırma; şizofreni veya bipolar bozukluk tanısı konmuş olan bireylere sahip ailelerin duygu kontrol durumlarını ve yaşam doyumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

#### **Araştırmanın hipotezleri;**

- Şizofreni hastasına sahip hasta yakınlarının yaşam doyumu bipolar bozukluk tanılı hastası olan hasta yakınlarından daha düşüktür.
- Şizofreni hastasına sahip hasta yakınları yaşam doyumları düşük olacağı için bipolar bozukluk tanılı hastası olan hasta yakınlarına göre duygularını kontrol edemeyebilirler.
- Kronik psikiyatrik hastalıklarda hastalık süresi arttıkça hasta yakınlarının yaşam doyumları düşer ve duygularını kontrol edemeyebilirler.
- Psikiyatri kliniğine daha önce ve hali hazırda yatarak tedavi gören şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastaların ailelerinin kliniğe hiç yatmayan hastaların ailelerine göre yaşam doyumları düşüktür ve duygularını kontrol edemeyebilirler.

### **5.2. Araştırmanın Yapıldığı Zaman ve Yer**

Araştırmanın verileri, Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sakarya merkezinde bulunan Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin psikiyatri polikliniği ve psikiyatri kliniğinde 1 Ağustos 2007-1 Mart 2008 tarihleri arasında toplandı.

Psikiyatri genel polikliniği 3 uzman hekim ve 2 tıbbi sekreter ile hizmet vermektedir. Polikliniğe hastalar ayaktan tedavi olmak amacıyla randevulu ya da randevusuz olarak kabul edilmektedir.

Psikiyatri kliniği 2005 yılında kurulmuş olup, 3 uzman hekim ve 7 hemşire ile hizmet vermektedir. Servis hastanenin zemin katında ve 21 yataklıdır. Servisin girişine yerleştirilen güvenlik kamerasıyla giriş ve çıkışlar kontrollü yapılmakta,

kapılar ve pencereler kilitli tutulmaktadır. Servis içerisinde bir hemşire odası, bir uzman hekim odası, altı hasta odası, bir mutfak, bir TV odası, hastalar için bir faaliyet odası, üç hasta odasında tuvalet ve banyo, servis girişinde de hasta ziyaret odası bulunmaktadır.

Hemşireler nöbet sistemine göre çalışmakta, gündüz beş kişi çalışırken gece iki kişi nöbet usulü çalışmaktadır. Gecede tek hemşire nöbet tutmaktadır.klinikte hemşireler daha çok ilaç ve enjeksiyon uygulaması, hastalara sosyal faaliyetler yaptırılması, hastanın kontrol altında tutulması gibi işlemlerin ağırlıkta olduğu iş merkezli bir çalışma sergilemektedirler.

Servise yatırılan hastaların tanıları çoğunlukla psikotik bozukluk, bipolar bozukluk, depresyon, şizofreni, obsesif kompulsif bozukluk, konversiyon, alkol bağımlılığı ve kişilik bozukluklarıdır.

Hasta ziyaretleri, Perşembe günü hariç saat 14-15 arası bir saattir. Ziyaret saatlerinde hastanın sadece 15 yaş üstü birinci derece yakınları alınmaktadır. Ziyaretçiler giriş ve çıkışlarında serviste bulunan güvenlik tarafından kontrol edilmektedir. Kontrollerde hastaya zarar verebileceği düşünülen delici kesici aletler, çakmak, içecekler ve ilaç gibi maddelere dikkat edilmektedir.

### **5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi Seçimi**

Araştırmanın evrenini; 1 Ağustos 2007-1 Mart 2008 döneminde Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin psikiyatri polikliniği ve psikiyatri kliniğine yatan şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı konmuş hastaların aileleri oluşturdu. Bu 8 aylık dönemde Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin psikiyatri polikliniği ve psikiyatri kliniğine başvuran şizofren ve bipolar bozukluk tanısı konulan hastaların sayısı 500 olarak tespit edildi.

Örneklemi ise; 8 aylık dönemde Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin psikiyatri polikliniğine başvuran ve psikiyatri kliniğine yatan şizofreni bozukluğu olan bireylere sahip 70 hasta yakını ve bipolar bozukluk tanısı alan hastaların 70 hasta yakını olmak üzere örneklem seçimindeki kriterler de dikkate alınarak yapılan istatistiki hesaplamalar sonucu bulunan toplam 140 aile bireyi oluşturmuştur.

Örneklem grubunun seçiminde aşağıda yer alan kriterler dikkate alındı;

Hastalara ilişkin kriterler:

- DSM IV tanı kriterlerine göre bipolar ve şizofren tanısı almış olması

Hasta ailesine ilişkin kriterler:

- İletişim problemi olmaması, Türkçe konuşabilmesi, söyleneni anlayabilmesi,
- Psikiyatri hastasının evdeki bakımı ile ilgilenen birinci derece yakını (anne,baba,kardeş,eş,çocuk) olması
- Araştırmaya katılmayı kabul etmesi,
- Hastasının hastalığı kronikleşmiş en az 1 yıl önce tanısı konmuş olan hasta yakını olması.

#### **5.4. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Gerek ziyaret saatinde gerekse hastanın muayenesi esnasında zamanın kısıtlı olması ve aile üyeleri ile bu süre içerisinde görüşülmesi nedeniyle zaman sıkıntısı yaşanmıştır.

Aileler çoğu kez hastalarıyla ilgili bilgi vermeye ve ankete katılmaya tam gönüllü olmamışlardır. Özellikle şizofreni tanısı konmuş olan hastaların aileleri daha çekimser davranmışlardır.

#### **5.5. Verilerin Toplanması**

Veriler, “Courtauld Duygu Kontrol Ölçeği”, “Yaşam Doyumu Ölçeği ” ve araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen demografik özellikleri içeren “Anket Formu” aracılığıyla toplandı.

Veriler araştırmacı tarafından poliklinikte sekreter odasında, klinikte ise hasta görüşme odasında yüz yüze görüşülerek toplandı.

Çalışmamız 140(yüz kırk) kişilik bir grupla tamamlandı.

### 5.5.1. Anket Formu

Verileri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından konuyla ilgili kaynaklardan yararlanılarak geliştirilmiş anket formu hastadan ayrı olarak yüz yüze görüşülerek uygulanmış ve demografik bilgilerin (yaş, cinsiyet, sağlık güvencesi, gelir durumu gibi faktörler) yanı sıra hastanın bakımında en fazla yaşadıkları sorunların neler olduğu sorularak veriler kaydedildi.

### 5.5.2. Courtauld Duygu Control Ölçeği (CDKÖ)

Ölçeğin özgün adı Courtauld Emotional Control Scale (CESC)'dir. Bireyin belli alanlardaki tepkilerini bilinçli olarak ne ölçüde kontrol ettiğini ölçmeyi amaçlayan bu ölçek, başlangıçta meme kanserli hastalarda anormal duygusal davranış örüntülerini, özellikle öfkenin aşırı biçimde bilinçli olarak bastırılmasını incelemek üzere yapılan çalışmalara dayanmaktadır. Ölçek daha sonradan diğer klinik gruplar için de kullanılmıştır (80).

CDKÖ'nün Öfke, Kaygı ve Mutsuzluk gibi üç alt ölçeği vardır. Test puanları bu üç alt test için ayrı ayrı ve bunların toplamı bir değer olarak hesaplanmaktadır. Bu ölçeklerin her biri yedi madde içermektedir ve hemen hiçbir zaman / bazen / çoğu zaman / hemen her zaman gibi dört seçeneğe göre yanıtlanmaktadır. CDKÖ bireyin öfke, kaygı ve mutsuzluk gibi duygularını hangi ölçüde yansıttığını ya da bastırdığını değil, tepkilerini hangi ölçüde denetlediğini saptayabilmek amacıyla hazırlanmıştır. Bu ölçekle normal olarak kabul edilen 40 kişilik bir örneklemle 3-4 hafta ara ile hesaplanan test - tekrar test güvenirlik katsayısının Öfke alt ölçeği için .86, Kaygı alt ölçeği için .84 ve Mutsuzluk alt ölçeği için .89 ve ölçeğin bütünü için de, .95 olduğu bildirilmektedir (51,52).

Ülkemizde Okyayüz tarafından bu ölçeğin kullanılabilirlik koşullarını irdeleyen ve üniversite öğrencileriyle (n = 120) yapılan bir çalışmada ise Cronbach Alfa İç Tutarlık Katsayısı (CDKÖ toplam için .87, Öfke; .78, Kaygı; .83, Mutsuzluk; .77) olarak saptanmıştır. Aynı araştırmada CDKÖ toplam test-tekrar test güvenirlik katsayısı .51 (Öfke; .42, Kaygı; .70, Mutsuzluk; .51) olarak bulunmuştur (51).

Bizim çalışmamız için kullanılan duygu kontrol ölçeği cronbach alfa değeri ise CDKÖ genel toplam; .98, Öfke; .97, Kaygı; .95, Mutsuzluk; .97 olarak saptandı.

### **5.5.3. Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ)**

Araştırmada, bireylerin yaşam doyumlarını ölçmek amacıyla, Diener ve arkadaşları tarafından 1985 yılında geliştirilen yaşam doyumu ölçeği; The Satisfaction with Life Scale (SWLS) kullanılmıştır. Yaşam doyumu ölçeği, bireylerin yaşamlarından aldıkları doyumu belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, likert tarzı 7 dereceli (1: kesinlikle katılmıyorum – 7 : Kesinlikle katılıyorum) 5 maddeden oluşmaktadır. Türkçeye çevrilmesi ve uyarlanması Köker (1991), tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik çalışmaları sonucunda; test-tekrar test güvenirliği  $r=.85$ , madde-test korelasyonları ise .71 ile .80 arasında hesaplanmıştır (33,37).

Bizim çalışmamız için yaşam doyumu ölçeğine ilişkin cronbach alfa değeri 0,93 olarak bulunmuştur.

### **5.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen veriler elektronik ortama aktarılarak SPSS 11.5 istatistik paket programında analiz edilmiştir analiz ve değerlendirmelerde sıklık dağılımları, merkezi ve yaygınlık ölçütleri ile parametrik testlerden olan bağımsız gruplarda t, tek yönlü varyans analizi ile Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak 0,05 alınmıştır.

### **5.7.Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın yapıldığı Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden yazılı izin alındı. Kurumun yetkili kişileri ile görüşülüp sözlü olarak da izin alındı.

Araştırma kriterlerine uyan hasta yakınlarına araştırmanın amacı açıklanarak sözlü izin alındı.

## 6. BULGULAR

Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı konmuş hastaların ailelerinin yaşam doyumlarını ve duygu kontrol durumlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada bulgular 4 başlık altında ele alındı:

- ❑ Hastaların demografik özelliklerinin dağılımı
- ❑ Hasta ailelerinin demografik özelliklerinin dağılımı
- ❑ Hasta ailelerinin yaşam doyumları ve duygu kontrol durumlarının hastaların demografik özellikleriyle karşılaştırılması
- ❑ Hasta ailelerinin yaşam doyumları ve duygu kontrol durumlarının demografik özellikleriyle karşılaştırılması.



### 6.1. Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı

**Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=140)**

| Sosyodemografik Özellik      | Kategoriler      | n     | %    |
|------------------------------|------------------|-------|------|
| Cinsiyet                     | Kadın            | 65    | 46.4 |
|                              | Erkek            | 75    | 53.6 |
| Medeni durum                 | Evli             | 62    | 44.3 |
|                              | Bekar            | 53    | 37.9 |
|                              | Boşanmış         | 16    | 11.4 |
| Çocuk durumu                 | Eşini kaybetmiş  | 9     | 6.4  |
|                              | Yok              | 62    | 44.3 |
|                              | Var              | 78    | 55.7 |
| Çocuk sayısı                 | Yok              | 62    | 44.3 |
|                              | 1                | 16    | 11.4 |
|                              | 2                | 23    | 16.4 |
|                              | 3                | 19    | 13.6 |
| Sosyal güvencesi             | 4 ve üzeri       | 20    | 14.3 |
|                              | Var              | 136   | 97.1 |
|                              | Yok              | 4     | 2.9  |
| Yaşadığı kişi                | Anne,baba,kardeş | 62    | 44.3 |
|                              | Eş               | 10    | 7.1  |
|                              | Eş ve çocuklar   | 47    | 33.6 |
|                              | Geniş aile       | 21    | 15.0 |
| Öğrenim düzeyi               | Okur-yazar       | 13    | 9.3  |
|                              | İlköğretim       | 94    | 67.1 |
|                              | Lise             | 31    | 22.1 |
|                              | Üniversite       | 2     | 1.4  |
| Yatarak tedavi görme durumu  | Hayır            | 30    | 21.4 |
|                              | Evet             | 110   | 78.6 |
|                              | Yok              | 30    | 21.4 |
| Toplam gördüğü tedavi sayısı | 1                | 26    | 18.6 |
|                              | 2                | 18    | 12.9 |
|                              | 3 ve üzeri       | 66    | 47.1 |
|                              | Yok              | 30    | 21.4 |
| Yıllık tedavi sayısı         | 1                | 42    | 30.0 |
|                              | 2                | 13    | 9.3  |
|                              | 3 ve üzeri       | 1     | 0.7  |
|                              | Gerek halinde    | 54    | 38.6 |
| Daha önce çalışma Durumu     | Hayır            | 90    | 64.3 |
|                              | Evet             | 50    | 35.7 |
| Şu an çalışma durumu         | Hayır            | 127   | 90.7 |
|                              | Evet             | 13    | 9.3  |
| Yaş                          | ORT              | SD    | Min  |
|                              | 39.27            | 14.45 | 15   |
|                              | 11.24            | 9.61  | 1    |
| Hastalık süresi (yıl)        |                  |       | 46   |

Çalışma kapsamına alınan hastaların demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de yer almaktadır.

Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları incelendiği zaman %53.6’sının (n=75) erkek, %46.4’ünün (n=65) kadın olduğu görüldü.

Medeni durumlarına göre bakıldığında %44.3’ünün (n=62) evli, %37.9’unun (n=53) bekar olduğu, %11.4’ünün (n=16) boşanmış olduğu ve %6.4’ünün (n=9) eşini kaybetmiş olduğu görüldü.

Hastalar %55.7’sinin (n=78) çocuğunun olduğu, %44.3’ünün (n=62) çocuğunun olmadığı görülmüştür. Çocuk sayısına göre dağılımlarına bakıldığında; %16.4’ünü (n=23) 2 çocuk sahibi olanların oluşturduğu görüldü.

Hastaların sosyal güvencesinin varlığına göre incelendiğinde %97.1’inin (n=136) sosyal güvencesinin olduğu saptandı.

Hastaların %44.3’ünün (n=62) anne, baba, kardeş ile yaşadığı saptandı.

Hastaların eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %67.1’inin (n=94) ilköğretim mezunu, %22.1’inin (n=31) orta öğretim mezunu, %9.3’ünün (n=13) okur-yazar olduğu ve %1.4’ünün (n=2) üniversite mezunu olduğu görüldü.

Hastaların %78.6’sının daha önce tedavi görmüş olduğu, %47.1’inin 3 ve üzeri toplam tedavi gördüğü, %38.6’sının ise gerek duyulması halinde tedavi gördüğü belirlendi.

Hastaların hastalanmadan önce çalışma durumuna göre dağılımları incelendiğinde %64.3’ünün (n=90) çalışmadığı saptandı.

Hastaların şu andaki çalışma durumlarına göre dağılımlarında ise % 90.7’sinin (n=127) çalışmadığı saptandı.

Hastaların yaş ortalaması  $39.72 \pm (14.45)$ ’tir ve yaşlar 15 ile 76 arasında değiştiği saptandı.

Hastaların hastalık süresi ortalaması ise  $11.24 \pm (9.61)$  yıl olduğu belirlendi. Hastalık süresi 1 ile 46 yıl arasında değişmektedir.

Araştırmadaki hastaların %50’sinde şizofreni, %50’sinde ise bipolar bozukluk tanısı olduğu belirlendi.

## 6.2. Hasta Ailelerinin Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 2. Hasta Ailelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=140)

| Özellikler                                       | Kategoriler      | n   | %    |
|--------------------------------------------------|------------------|-----|------|
| Cinsiyet                                         | Kadın            | 72  | 51.4 |
|                                                  | Erkek            | 68  | 48.6 |
| Yaş                                              | 20-30            | 16  | 11.4 |
|                                                  | 31-40            | 21  | 15.0 |
|                                                  | 41-50            | 45  | 32.1 |
|                                                  | 51-60            | 38  | 27.1 |
|                                                  | 61 ve üstü       | 20  | 14.3 |
|                                                  | Evli             | 116 | 82.9 |
| Medeni durum                                     | Bekar            | 12  | 8.6  |
|                                                  | Boşanmış         | 2   | 1.4  |
|                                                  | Eşini kaybetmiş  | 10  | 7.1  |
| Öğrenim düzeyi                                   | Okur-yazar       | 12  | 8.6  |
|                                                  | İlköğretim       | 107 | 76.4 |
|                                                  | Lise             | 14  | 10.0 |
|                                                  | Üniversite       | 7   | 5.0  |
| Gelir düzeyi                                     | Kötü             | 52  | 37.1 |
|                                                  | Orta             | 81  | 57.9 |
|                                                  | İyi              | 7   | 5.0  |
| Oturduğu yer                                     | Kentsel          | 102 | 72.9 |
|                                                  | Kırsal           | 38  | 27.1 |
| Meslek                                           | İşsiz            | 9   | 6.4  |
|                                                  | Memur            | 5   | 3.6  |
|                                                  | İşçi             | 27  | 19.3 |
|                                                  | Esnaf            | 3   | 2.1  |
|                                                  | Ev hanımı        | 64  | 45.7 |
|                                                  | Çiftçi           | 12  | 8.6  |
|                                                  | Emekli           | 20  | 14.3 |
|                                                  | Anne             | 31  | 22.1 |
|                                                  | Baba             | 20  | 14.3 |
|                                                  | Eş               | 50  | 35.7 |
| Yakınlık durumu                                  | Kardeş           | 24  | 17.1 |
|                                                  | Çocuk            | 15  | 10.7 |
|                                                  | Yok              | 20  | 14.3 |
|                                                  | Eş               | 19  | 13.6 |
| Hasta dışında sorumluluğunu taşıdığı kişiler     | Eş ve çocuk      | 38  | 27.1 |
|                                                  | Çocuk            | 44  | 31.4 |
|                                                  | Anne,baba,kardeş | 19  | 13.6 |
|                                                  | Etkilenmedi      | 37  | 26.4 |
| Maddi etkilenme durumu                           | Etkilendi        | 103 | 73.6 |
| Hasta için sağlık hizmetinden yararlanma sıklığı | Ayda bir kez     | 124 | 88.6 |
|                                                  | İki ayda bir     | 4   | 2.9  |
|                                                  | Gerek halinde    | 12  | 8.6  |
| Ailede başka tedavi gören                        | Hayır            | 98  | 70.0 |
|                                                  | Evet             | 42  | 30.0 |
| Hastalık hakkında bilgi durumu                   | Hayır            | 55  | 39.3 |
|                                                  | Evet             | 85  | 60.7 |

Tablo 2’de hasta ailelerinin demografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; araştırmadaki hasta yakınlarının %51.4’ünün (n=72)kadın, %32.1’inin (n=45) 41-50 yaş grubunda, %82.9’unun (n=116)evli, %76.4’ünün (n=107)ilköğretim mezunu, %57.9’unun (n=81) gelir düzeyi orta, %72.9’unun (n=102) kentte yaşadığı, %45.7’sinin (n=64) ise ev hanımı olduğu saptandı.

Araştırmaya alınan hasta yakınların yakınlık durumu incelendiğinde, %35.7’sinin (n=50) eş, %22.1’inin (n=31)anne, %17.1’inin (n=24) ise kardeş olduğu belirlendi.

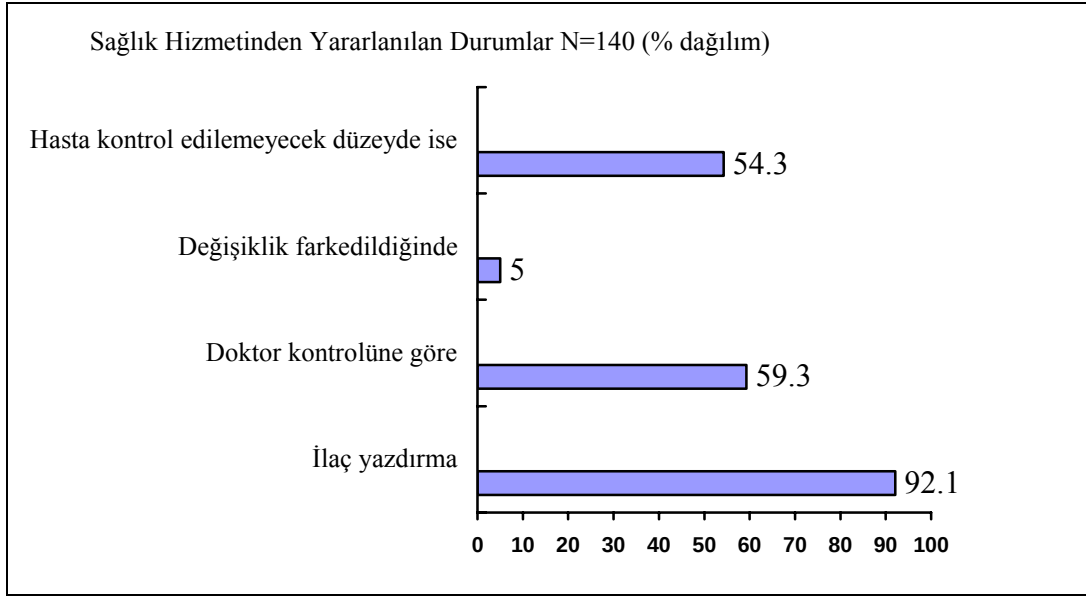
Hasta yakınlarının hasta dışında %31.4’ünün (n=44) çocuğunun, %27.1’inin (n=38) ise eş ve çocuğunun sorumluluğunu taşıdığı saptandı.

Hasta yakınlarının %73.6’sının (n=103) hastanın rahatsızlığı nedeniyle maddi olarak olumsuz etkilendiğini ifade ettiği görüldü.

Hasta yakınlarının %88.6’sının (n=124) ayda bir kez, %8.6’sının (n=12) gerek halinde, %2.9’unun (n=4) ise iki ayda bir hastası için sağlık hizmetinden yararlandığı saptandı.

Hasta yakınlarının %30’u (n=42) ailede başka psikiyatri tedavisi gören hasta olduğunu ifade etti.

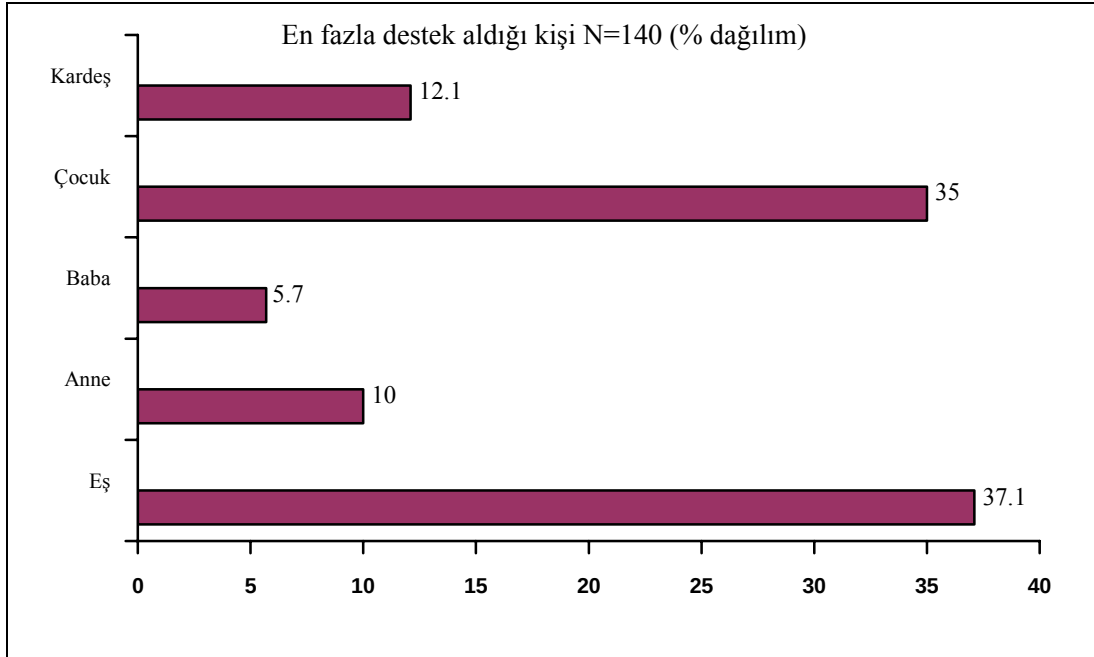
Hasta yakınlarının %60.7’si (n=85)hastalık hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade etti.



\* Birden fazla yanıt alınmıştır.

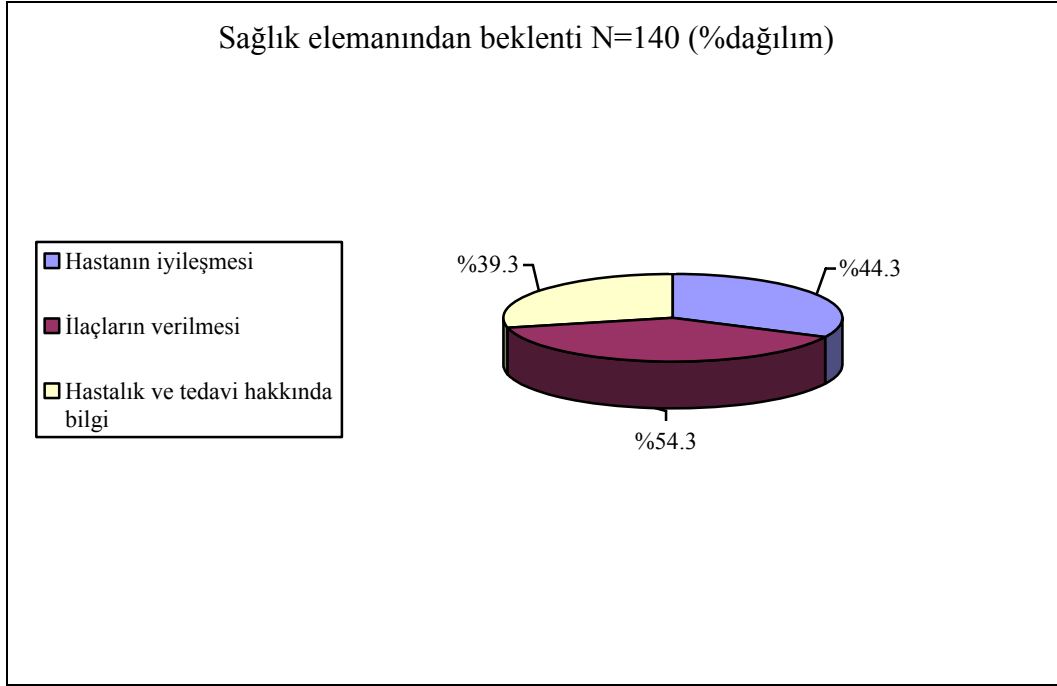
**Şekil 1. Olguların Hastası İçin Sağlık Hizmetinden Yararlandığı Durumların Dağılım Grafiği (N=140)**

Olguların hastası için sağlık hizmetinden yararlandığı durumların dağılımı Şekil 1’de görüldüğü gibidir. %92.1’inin (n=129) ilaç yazdırma, %59.3’ünün (n=83) doktor kontrolü nedeniyle, %54.3’ünün (n=76) hastanın kontrol edilemediği durumlarda, %5’inin (n=7) ise hastasında değişiklik fark edildiğinde sağlık hizmetinden yararlandığı belirlendi.



**Şekil 2. Olguların Ailede En Fazla Destek Aldığı Kişiye Göre Dağılım Grafiği (N=140)**

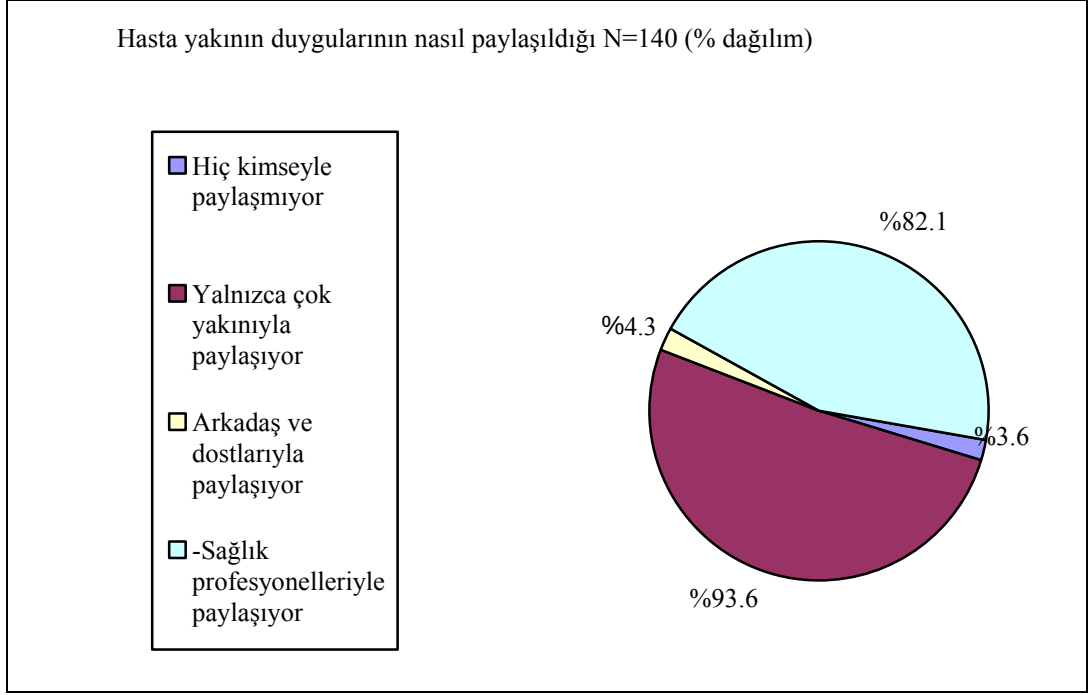
Şekil 2’de olguların en fazla destek aldığı kişiye göre dağılım grafiği verilmektedir. Sırasıyla en fazla %37.1 (n=52) oranıyla eş, %35.0 (n=49) oranıyla çocuk, %12.1 (n=17) oranıyla kardeş, %10.0 (n=14) oranıyla ise anneden destek aldığı saptandı.



\* Birden fazla yanıt alınmıştır.

**Şekil 3. Olguların Sağlık Elemanından Beklentisinin Dağılım Grafiği (N=140)**

Şekil 3'te olguların sağlık elemanından beklentisinin dağılım grafiği verilmektedir. Hasta yakınlarının %54.3'ünün (n=76) ilaçların verilmesi, %44.3'ünün (n=62) hastanın iyileşmesi, %39.3'ünün (n=55) ise hastalık ve tedavi hakkında bilgi beklentisinin olduğu belirlendi.



\* Birden fazla yanıt alınmıştır.

**Şekil 4. Olguların Duygularını Nasıl Paylaştıklarına İlişkin Cevapların Dağılım Grafiği (N=140)**

Olguların duygularını nasıl paylaştıklarına ilişkin cevapların dağılımı şekil 4’de görüldüğü gibidir. %93.6’sının (n=131) duygularını çok yakınlarıyla paylaştığını, %82.1’inin (n=115) sağlık elemanı ile paylaştığını, %4.3’ünün (n=6) arkadaş ve dostlarıyla paylaştığını, %3.6’sının (n=5) ise hiç kimseyle paylaşmadığını belirttiği saptandı.



**Tablo 3. Olguların Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumu Puanlarına İlişkin Merkezi ve Yaygınlık Ölçütleri (N=140)**

|                     | Ortalama | Ortanca | St.sapma | Min-Maks   |
|---------------------|----------|---------|----------|------------|
| Yaşam doyumu        | 15.02    | 14.00   | 6.26     | 5.00-30.00 |
| Öfke                | 16.63    | 14.00   | 6.08     | 7.00-28.00 |
| Kaygı               | 16.02    | 14.00   | 4.99     | 8.00-28.00 |
| Mutsuzluk           | 17.23    | 14.00   | 4.95     | 3.00-28.00 |
| Genel duygu kontrol | 49.90    | 44.00   | 14.80    | 2.00-84.00 |

Olguların yaşam doyumu puan ortalaması 15.02, öfke puanı ortalaması 16.63, kaygı puanı ortalaması 16.02, mutsuzluk puanı ortalaması 17.23, genel duygu kontrol ortalaması ise 49.90 olarak saptandı.

**Tablo 4. Olguların Yaşam Doyumu ile Duygu Kontrol Durumu Korelasyonu (N=140)**

| Yaşam Doyumu        | İstatistik Anlamlılık |      |
|---------------------|-----------------------|------|
|                     | r                     | p    |
| Öfke                | .253                  | .003 |
| Kaygı               | .252                  | .003 |
| Mutsuzluk           | .244                  | .004 |
| Genel duygu kontrol | .270                  | .001 |

(Pearson Korelasyon Testi )

Olguların yaşam doyumu puanı ile duygu kontrol durumu puanları korelasyonları incelendiğinde, yaşam doyumu puanının öfke, kaygı, mutsuzluk ve genel duygu kontrol puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki gösterdiği saptandı ( $p<0.05$ ).

### 6.3. Hasta Ailelerinin Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumlarının Hastaların Demografik Özellikleri ile Karşılaştırılması

**Tablo 5. Olguların Hastalık Tanısına Göre Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması (N=140)**

|                     | HASTALIK |       |                  |       | İstatistik Anlamlılık |        |
|---------------------|----------|-------|------------------|-------|-----------------------|--------|
|                     | Şizofren |       | Bipolar bozukluk |       |                       |        |
|                     | (n=70)   |       | (n=70)           |       |                       |        |
|                     | Ort      | SD    | Ort              | SD    | t                     | P      |
| Yaşam doyumu        | 13.32    | 6.01  | 16.71            | 6.09  | 3.309                 | <0.001 |
| Öfke                | 15.35    | 5.81  | 17.91            | 6.11  | 2.536                 | <0.012 |
| Kaygı               | 14.91    | 5.05  | 17.14            | 4.69  | 2.701                 | <0.008 |
| Mutsuzluk           | 16.38    | 5.07  | 18.08            | 4.70  | 2.055                 | <0.042 |
| Genel duygu kontrol | 46.65    | 14.80 | 53.14            | 14.17 | 2.647                 | <0.009 |

(Bağımsız Gruplarda t Testi )

Olguların hastalık tanısına göre yaşam doyumu ve duygu kontrol durumu faktörleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ( $p<0.05$ ). Bipolar bozukluk tanısı konan hastaların yakınlarının yaşam doyumunun daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı ( $p<0.001$ ) olduğu ve şizofreni tanısı konmuş hastaların yakınlarına göre duygularını bastırdıkları görüldü.

**Tablo 6. Hastanın Hastalık Süresinin Ortalaması ile Olguların Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumu Korelasyonu (N=140)**

| Hastalık Süresi     | İstatistik Anlamlılık |       |
|---------------------|-----------------------|-------|
|                     | r                     | p     |
| Yaşam doyumu        | -.181                 | <.033 |
| Öfke                | -.157                 | .065  |
| Kaygı               | -.220                 | <.009 |
| Mutsuzluk           | -.173                 | <.041 |
| Genel duygu kontrol | -.196                 | <.020 |

(Pearson Korelasyon Testi )

Hastanın hastalık süresinin ortalaması ile olguların yaşam doyumu ve duygu kontrol durumu faktörleri korelasyonu incelendiğinde, hastalık süresinin yaşam doyumu, kaygı, mutsuzluk ve genel duygu kontrol puanları ile negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı, zayıf düzeyde ilişki gösterdiği saptandı. ( $p<0.05$ ) Hastaların hastalık süresi arttıkça olguların yaşam doyumlarının düştüğü ve duygularını ifade etmekten çekinmedikleri belirlendi.

**Tablo 7. Hastanın Medeni Durumuna Göre Olguların Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması (N=140)**

|                            | MEDENİ DURUM |       |        |       |          |       |                 |       |         |       | İstatistik   |                 |
|----------------------------|--------------|-------|--------|-------|----------|-------|-----------------|-------|---------|-------|--------------|-----------------|
|                            | Evli         |       | Bekar  |       | Boşanmış |       | Eşini kaybetmiş |       | Toplam  |       | Anlamlılık   |                 |
|                            | (n=62)       |       | (n=53) |       | (n=16)   |       | (n=9)           |       | (N=140) |       | F            | P               |
|                            | Ort          | SD    | Ort    | SD    | Ort      | SD    | Ort             | SD    | Ort     | SD    |              |                 |
| <b>Yaşam doyumu</b>        | 15.00        | 6.20  | 15.09  | 6.59  | 15.93    | 6.87  | 13.11           | 3.33  | 15.02   | 6.26  | .390         | .760            |
| <b>Öfke</b>                | 17.96        | 6.49  | 16.43  | 5.91  | 13.62    | 4.34  | 14.00           | 4.21  | 16.63   | 6.08  | <b>3.008</b> | <b>&lt;.033</b> |
| <b>Kaygı</b>               | 16.70        | 5.12  | 16.20  | 5.21  | 14.06    | 3.75  | 13.77           | 3.41  | 16.02   | 4.99  | 1.881        | .136            |
| <b>Mutsuzluk</b>           | 18.29        | 5.38  | 17.18  | 4.29  | 14.50    | 4.88  | 15.11           | 3.40  | 17.23   | 4.95  | <b>3.273</b> | <b>&lt;.023</b> |
| <b>Genel duygu kontrol</b> | 52.96        | 15.67 | 49.83  | 14.27 | 42.18    | 11.54 | 42.88           | 10.67 | 49.90   | 14.80 | <b>3.146</b> | <b>&lt;.027</b> |

(Tek Yönlü Varyans Analizi )

Hastanın medeni durumuna göre olguların yaşam doyumu ve duygu kontrol durumu puanları, öfke, mutsuzluk ve genel duygu puanları açısından istatistiksel farklılık gösterdiği belirlendi ( $p<0.05$ ). Yapılan post-hoc Tukey testi sonucunda ise öfke, mutsuzluk ve genel duygu puanlarındaki istatistiksel farkın evli ve boşanmışlar arasındaki farktan kaynaklandığı saptandı. Boşanmış olan hasta bireylere sahip hasta yakınlarının öfkelerini ( $p<.033$ ), mutsuzluklarını ( $p<.023$ ) ve genel duygu durumlarını ( $p<.027$ ) kontrol edemedikleri görüldü.

**Tablo 8. Hastanın Daha Önce Klinikte Yatarak Tedavi Görme Durumuna Göre Olguların Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması (N=140)**

|                     | YATMA DURUMU      |       |                  |       | İstatistik Anlamlılık |       |
|---------------------|-------------------|-------|------------------|-------|-----------------------|-------|
|                     | Yatmadı<br>(n=30) |       | Yattı<br>(n=110) |       |                       |       |
|                     | Ort               | SD    | Ort              | SD    | t                     | P     |
| Yaşam doyumu        | 18.26             | 5.55  | 14.13            | 6.17  | 3.313                 | <.001 |
| Öfke                | 18.86             | 5.64  | 16.02            | 6.07  | 2.302                 | <.023 |
| Kaygı               | 17.46             | 5.28  | 15.63            | 4.85  | 1.795                 | .075  |
| Mutsuzluk           | 18.76             | 4.59  | 16.81            | 4.98  | 1.929                 | .056  |
| Genel duygu kontrol | 55.10             | 14.37 | 48.48            | 14.66 | 2.200                 | <.029 |

(Bağımsız Gruplarda t Testi )

Hastanın daha önce klinikte yatarak tedavi görme durumuna göre olguların yaşam doyumu, öfke ve genel duygu kontrol puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ( $p<0.05$ ). Hastası kliniğe yatan hasta yakınlarının yaşam doyumunun düşük ( $p<0.001$ ) olduğu, öfkelerini kontrol edemedikleri ( $p<0.023$ ) görüldü.

**Tablo 9. Hastanın Hastanede Yatış Sayısına Göre Olguların Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması (N=140)**

|                            | TOPLAM YATIŞ SAYISI |       |        |       |        |       |            |       |         |       | İstatistik   |                 |
|----------------------------|---------------------|-------|--------|-------|--------|-------|------------|-------|---------|-------|--------------|-----------------|
|                            | Yatmayan            |       | 1      |       | 2      |       | 3 ve üzeri |       | Toplam  |       | Anlamlılık   |                 |
|                            | (n=30)              |       | (n=26) |       | (n=18) |       | (n= 66)    |       | (N=140) |       | F            | P               |
|                            | Ort                 | SD    | Ort    | SD    | Ort    | SD    | Ort        | SD    | Ort     | SD    |              |                 |
| <b>Yaşam doyumu</b>        | 18.26               | 5.55  | 15.80  | 6.72  | 15.16  | 7.54  | 13.19      | 5.42  | 15.02   | 6.26  | <b>5.101</b> | <b>&lt;.002</b> |
| <b>Öfke</b>                | 18.86               | 5.64  | 17.92  | 6.39  | 15.88  | 5.65  | 15.31      | 5.98  | 16.63   | 6.08  | <b>2.981</b> | <b>&lt;.034</b> |
| <b>Kaygı</b>               | 17.46               | 5.28  | 16.84  | 5.24  | 14.88  | 3.93  | 15.36      | 4.91  | 16.02   | 4.99  | 1.797        | .151            |
| <b>Mutsuzluk</b>           | 18.76               | 4.59  | 18.07  | 5.70  | 16.11  | 5.40  | 16.51      | 4.54  | 17.23   | 4.95  | 2.026        | .113            |
| <b>Genel duygu kontrol</b> | 55.10               | 14.37 | 52.84  | 16.26 | 46.88  | 12.80 | 47.19      | 14.35 | 49.90   | 14.80 | 2.649        | .051            |

(Tek Yönlü Varyans Analizi )

Hastanın hastanede yatış sayısına göre olguların yaşam doyumu ve öfke puanının anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ( $p<0.05$ ). Post-hoc Tukey testi sonucunda ise hem yaşam doyumunun hem de öfke puanının yatmayanlar ile 3 ve daha fazla yatanlar arasında farklılaştığı saptandı.

**Tablo 10. Hastanın Yıllık Yatış Sayısına Göre Olguların Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması (N=140)**

|                            | YILLIK YATIŞ SAYISI |       |        |       |        |       |              |       |         |       | İstatistik   |              |
|----------------------------|---------------------|-------|--------|-------|--------|-------|--------------|-------|---------|-------|--------------|--------------|
|                            | Yatmayan            |       | 1      |       | 2      |       | Gerektiğinde |       | Toplam  |       | Anlamlılık   |              |
|                            | (n=30)              |       | (n=42) |       | (n=14) |       | (n=54)       |       | (N=140) |       |              |              |
|                            | Ort                 | SD    | Ort    | SD    | Ort    | SD    | Ort          | SD    | Ort     | SD    | F            | P            |
| <b>Yaşam doyumu</b>        | 18.26               | 5.55  | 13.85  | 6.72  | 14.53  | 5.81  | 14.11        | 5.88  | 14.97   | 6.26  | <b>3.791</b> | <b>.012</b>  |
| <b>Öfke</b>                | 18.86               | 5.64  | 15.64  | 5.86  | 18.23  | 6.05  | 15.79        | 6.29  | 16.64   | 6.10  | 2.416        | .069         |
| <b>Kaygı</b>               | 17.46               | 5.28  | 15.38  | 4.94  | 19.07  | 4.71  | 14.98        | 4.59  | 16.02   | 5.00  | <b>3.650</b> | <b>.014</b>  |
| <b>Mutsuzluk</b>           | 18.76               | 4.59  | 16.88  | 4.34  | 18.76  | 4.76  | 16.27        | 5.48  | 17.23   | 4.96  | 2.156        | .096         |
| <b>Genel duygu kontrol</b> | 55.11               | 14.37 | 47.90  | 14.47 | 56.07  | 13.87 | 47.05        | 14.83 | 49.89   | 14.86 | <b>3.011</b> | <b>.032*</b> |

(Tek Yönlü Varyans Analizi )

Hastanın yıllık yatış sayısına göre olguların yaşam doyumu puanı, kaygı puanı ve genel duygu kontrol puanının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi ( $p<0.05$ ). Yapılan post-hoc Tukey testi sonucunda yaşam doyumunun yatmayan ile 1 kez ve gerektiğinde ile; kaygı puanının 2 kez ile gerektiğinde yatanlar arasında anlamlı farklılaştığı saptandı.

\* Varyans analizi sonucunda genel duygu kontrol puanının hastanın yılda yatış sayısı ile anlamlı farklılaştığı saptanmış, ancak yapılan Post-Hoc test sonucunda grup içi farklılaşma saptanmamıştır. Bu sebepten genel duygu kontrole ilişkin farklılık durumu metinde yer almamıştır.

**Tablo 11. Hastanın Çalışma Durumuna Göre Olguların Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması (N=140)**

|                            | ÇALIŞMA DURUMU  |       |                |       | İstatistik Anlamlılık |                 |
|----------------------------|-----------------|-------|----------------|-------|-----------------------|-----------------|
|                            | Hayır<br>(n=90) |       | Evet<br>(n=50) |       | t                     | P               |
|                            | Ort             | SD    | Ort            | SD    |                       |                 |
| <b>Yaşam doyumu</b>        | 14.92           | 6.21  | 16.00          | 6.98  | .590                  | .556            |
| <b>Öfke</b>                | 16.32           | 5.93  | 19.69          | 6.87  | 1.921                 | .057            |
| <b>Kaygı</b>               | 15.77           | 4.92  | 18.53          | 5.17  | 1.845                 | .086            |
| <b>Mutsuzluk</b>           | 16.89           | 4.79  | 20.53          | 5.44  | <b>2.322</b>          | <b>&lt;.036</b> |
| <b>Genel duygu kontrol</b> | 48.99           | 14.39 | 58.76          | 16.45 | 2.063                 | .058            |

(Bağımsız Gruplarda t Testi kullanılmıştır).

Hastanın çalışma durumuna göre mutsuzluk puanının istatistiksel farklılık gösterdiği saptandı( $p<0.05$ ). Hasta çalışmıyor ise olguların mutsuz olduğu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görüldü ( $p<0.036$ ).

Hastanın daha önce çalışma durumu ile ise yaşam doyumu ve duygu kontrol durumu faktörleri arasında istatistiksel farklılık saptanmadı ( $p>0.05$ ).



#### 6.4. Hasta Ailelerinin Yaşam Doyumları ve Duygu Kontrol Durumlarının Demografik Özellikleriyle Karşılaştırılması

**Tablo 12. Olguların Yakınlık Derecesine Göre Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması (N=140)**

|                           | YAKINLIK DERECEŚİ |       |                |       |              |       |                  |       |                 |       |                          |      |
|---------------------------|-------------------|-------|----------------|-------|--------------|-------|------------------|-------|-----------------|-------|--------------------------|------|
|                           | Anne<br>(n=31)    |       | Baba<br>(n=20) |       | Eş<br>(n=50) |       | Kardeş<br>(n=24) |       | Çocuk<br>(n=15) |       | İstatistik<br>Anlamlılık |      |
|                           | Ort.              | SS    | Ort.           | SS    | Ort.         | SS    | Ort.             | SS    | Ort.            | SS    | F                        | P    |
| Yaşam<br>doyumu           | 14.16             | 5.67  | 15.20          | 7.67  | 15.24        | 6.26  | 16.92            | 6.53  | 12.80           | 4.54  | 1.192                    | .317 |
| Öfke                      | 17.29             | 5.81  | 16.15          | 6.22  | 17.42        | 6.29  | 15.67            | 6.37  | 14.87           | 5.34  | .795                     | .530 |
| Kaygı                     | 16.97             | 4.95  | 15.40          | 5.53  | 16.06        | 4.87  | 15.92            | 5.42  | 15.00           | 4.29  | .509                     | .729 |
| Mutsuzluk                 | 18.16             | 4.91  | 16.25          | 4.24  | 17.74        | 4.90  | 16.88            | 6.02  | 15.53           | 4.03  | 1.076                    | .371 |
| Genel<br>duygu<br>kontrol | 52.42             | 14.13 | 47.80          | 14.97 | 51.22        | 14.78 | 48.46            | 16.91 | 45.40           | 12.59 | .823                     | .513 |

(Tek Yönlü Varyans Analizi )

Olguların yakınlık derecesine göre yaşam doyumu ve duygu kontrol durumu puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görüldü ( $p>0.05$ ).

**Tablo 13. Olguların İkamet Ettiği Yere Göre Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması (N=140)**

|                            | İKAMET ETTİĞİ YER |       |                        |       | İstatistik Anlamlılık |      |
|----------------------------|-------------------|-------|------------------------|-------|-----------------------|------|
|                            | Kent<br>(n=102)   |       | Kırsal Bölge<br>(n=38) |       | t                     | P    |
|                            | Ort               | SD    | Ort                    | SD    |                       |      |
| <b>Yaşam doyumu</b>        | 15.33             | 6.22  | 14.18                  | 6.37  | .965                  | .336 |
| <b>Öfke</b>                | 16.56             | 6.00  | 16.81                  | 6.34  | .213                  | .832 |
| <b>Kaygı</b>               | 16.03             | 4.92  | 16.00                  | 5.21  | .041                  | .967 |
| <b>Mutsuzluk</b>           | 17.21             | 4.94  | 17.28                  | 5.04  | .078                  | .938 |
| <b>Genel duygu kontrol</b> | 49.82             | 14.52 | 50.10                  | 15.73 | .100                  | .921 |

(Bağımsız Gruplarda t Testi kullanılmıştır)

Olguların ikamet ettiği yere göre yaşam doyumu ve duygu kontrol durumu puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı ( $p>0.05$ ).

**Tablo 14. Olguların Hasta Dışında Ailede Bakımından Sorumlu Olduğu Birey Sayısına Göre Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması (N=140)**

|                           | SORUMLULUĞUNU TAŞIDIĞI KİŞİ |       |              |       |                       |       |                 |       |                              |       |                          |      |
|---------------------------|-----------------------------|-------|--------------|-------|-----------------------|-------|-----------------|-------|------------------------------|-------|--------------------------|------|
|                           | Yok<br>(n=20)               |       | Eş<br>(n=19) |       | Eş ve Çocuk<br>(n=38) |       | Çocuk<br>(n=44) |       | Anne, Baba,<br>Kardeş (n=19) |       | İstatistik<br>Anlamlılık |      |
|                           | Ort.                        | SS    | Ort.         | SS    | Ort.                  | SS    | Ort.            | SS    | Ort.                         | SS    | F                        | P    |
| Yaşam<br>doyumu           | 15.70                       | 5.64  | 15.89        | 5.71  | 15.11                 | 6.25  | 15.82           | 6.89  | 11.42                        | 5.18  | 1.950                    | .106 |
| Öfke                      | 15.70                       | 5.35  | 17.89        | 6.43  | 16.26                 | 6.47  | 17.52           | 5.92  | 15.05                        | 6.05  | .912                     | .459 |
| Kaygı                     | 15.40                       | 3.94  | 15.89        | 5.61  | 16.05                 | 5.44  | 16.57           | 4.56  | 15.53                        | 5.71  | .254                     | .907 |
| Mutsuzluk                 | 16.35                       | 4.60  | 17.21        | 4.97  | 17.58                 | 5.03  | 17.95           | 5.31  | 15.84                        | 4.29  | .810                     | .521 |
| Genel<br>duygu<br>kontrol | 47.45                       | 11.51 | 51.00        | 15.93 | 49.89                 | 15.72 | 52.05           | 14.58 | 46.42                        | 15.86 | .650                     | .628 |

(Tek Yönlü Varyans Analizi )

Olguların hasta dışında ailede bakımından sorumlu olduğu birey sayısına göre yaşam doyumu ve duygu kontrol durumu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı ( $p>0.05$ ).

**Tablo 15. Olguların Mesleğine Göre Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması (N=140)**

|                     | MESLEK                    |      |                           |       |                           |       |             |       |       |       |                       |       |       |       |       |      |
|---------------------|---------------------------|------|---------------------------|-------|---------------------------|-------|-------------|-------|-------|-------|-----------------------|-------|-------|-------|-------|------|
|                     | İşsiz Hanımı (n=9) (n=64) |      | Memur Çiftçi (n=5) (n=12) |       | İşçi Emekli (n=27) (n=20) |       | Esnaf (n=3) |       | Ev    |       | İstatistik Anlamlılık |       |       |       |       |      |
|                     | Or t.                     | SS   | Or t.                     | SS    | Or t.                     | SS    | Or t.       | SS    | Or t. | SS    | Or t.                 | SS    | Or t. | SS    | F     | P    |
| Yaşam doyumu        | 11.11                     | 4.78 | 16.60                     | 6.15  | 14.56                     | 5.87  | 10.67       | 6.66  | 14.83 | 6.21  | 15.17                 | 5.80  | 18.20 | 6.96  | 1.836 | .097 |
| Öfke                | 13.89                     | 4.70 | 17.80                     | 6.06  | 15.48                     | 5.65  | 20.67       | 6.51  | 17.70 | 6.29  | 14.17                 | 6.60  | 16.60 | 5.73  | 1.401 | .219 |
| Kaygı               | 14.44                     | 2.88 | 15.80                     | 3.03  | 15.15                     | 4.83  | 20.00       | 4.00  | 17.16 | 5.30  | 14.17                 | 5.70  | 14.90 | 4.33  | 1.648 | .139 |
| Mutsuzluk           | 16.00                     | 3.32 | 15.60                     | 5.50  | 16.52                     | 4.23  | 17.67       | 2.89  | 18.16 | 5.52  | 14.92                 | 4.42  | 17.55 | 4.72  | 1.109 | .361 |
| Genel duygu kontrol | 44.33                     | 9.50 | 49.20                     | 12.32 | 47.15                     | 13.92 | 58.33       | 10.97 | 53.02 | 15.77 | 43.25                 | 16.33 | 49.05 | 13.38 | 1.445 | .202 |

(Tek Yönlü Varyans Analizi)

Olguların mesleğe göre yaşam doyumu ve duygu kontrol durumu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görüldü ( $p>0.05$ ).

**Tablo 16. Olguların Gelir Düzeyine Göre Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması (N=140)**

|                     | GELİR DÜZEYİ |       |        |       |       |       |         |       |            |       |
|---------------------|--------------|-------|--------|-------|-------|-------|---------|-------|------------|-------|
|                     | Kötü         |       | Orta   |       | İyi   |       | Toplam  |       | İstatistik |       |
|                     | (n=52)       |       | (n=81) |       | (n=7) |       | (N=140) |       | Anlamlılık |       |
|                     | Ort.         | SS    | Ort.   | SS    | Ort.  | SS    | Ort.    | SS    | F          | P     |
| Yaşam doyumu        | 11.28        | 4,59  | 16.71  | 5.96  | 23.14 | 4.45  | 15.02   | 6.26  | 24.059     | <.000 |
| Öfke                | 15.90        | 5,72  | 16.95  | 6.23  | 18.42 | 7.04  | 16.63   | 6.08  | .787       | .457  |
| Kaygı               | 15.46        | 4,93  | 16.20  | 4.94  | 18.14 | 6.01  | 16.02   | 4.99  | 1.018      | .364  |
| Mutsuzluk           | 16.48        | 4,38  | 17.59  | 4.95  | 18.71 | 8.19  | 17.23   | 4.95  | 1.129      | .326  |
| Genel duygu kontrol | 47.84        | 13,99 | 50.75  | 14.91 | 55.28 | 19.17 | 49.90   | 14.80 | 1.099      | .336  |

(Tek Yönlü Varyans Analizi)

Olguların gelir düzeyine göre yaşam doyumu puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı( $p<0.05$ ). Yapılan post hoc Tukey testi sonucunda, gelir düzeyi kötü ile orta ve iyi; orta ile ise iyi gelir düzeyi anlamlı farklılaştığı görüldü. Gelir durumu kötü olan olguların yaşam doyumlarının daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı ( $p<0.00$ ) olduğu saptandı.

**Tablo 17. Hastalığın Maddi Yönden Etkileme Durumuna Göre Olguların Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması (N=140)**

|                     | MADDİ OLARAK ETKİLENME |       |          |       | İstatistik Anlamlılık |       |
|---------------------|------------------------|-------|----------|-------|-----------------------|-------|
|                     | Etkilemedi             |       | Etkiledi |       |                       |       |
|                     | (n=37)                 |       | (n=103)  |       |                       |       |
|                     | Ort                    | SD    | Ort      | SD    | t                     | P     |
| Yaşam doyumu        | 19.67                  | 5.98  | 13.34    | 5.49  | 5.866                 | <.000 |
| Öfke                | 18.00                  | 5.74  | 16.14    | 6.14  | 1.600                 | .112  |
| Kaygı               | 17.72                  | 4.86  | 15.41    | 4.91  | 2.461                 | <.015 |
| Mutsuzluk           | 17.94                  | 5.40  | 16.98    | 4.78  | 1.017                 | .311  |
| Genel duygu kontrol | 53.67                  | 14.65 | 48.54    | 14.69 | 1.823                 | .070  |

(Bağımsız Gruplarda t Testi kullanılmıştır)

Hastalığın maddi yönden etkileme durumuna göre olguların yaşam doyumu ve kaygı puanının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ( $p<0.05$ ). Hastasından maddi olarak etkilenen olguların yaşam doyumlarının daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı ( $p<0.00$ ) olduğu ayrıca hastasından maddi olarak etkilenen olguların kaygılarını kontrol edemedikleri ( $p<0.015$ ) saptandı.

**Tablo 18. Olguların Hastası İçin Sağlık Hizmetini Kullanma Sıklığına Göre Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması (N=140)**

|                     | SAĞLIK HİZMETİNİ KULLANMA SIKLIĞI |       |              |      |              |       |         |       |            |       |
|---------------------|-----------------------------------|-------|--------------|------|--------------|-------|---------|-------|------------|-------|
|                     | Ayda bir kez                      |       | İki ayda bir |      | Gerektiğinde |       | Toplam  |       | İstatistik |       |
|                     | (n=124)                           |       | (n=4)        |      | (n=12)       |       | (N=140) |       | Anlamlılık |       |
|                     | Ort.                              | SD    | Ort.         | SD   | Ort.         | SD    | Ort.    | SD    | F          | P     |
| Yaşam doyumu        | 14.81                             | 6.00  | 13.00        | 9.55 | 17.83        | 7.56  | 15.02   | 6.26  | 1.494      | .228  |
| Öfke                | 16.64                             | 5.95  | 9.00         | 3.36 | 19.08        | 6.27  | 16.63   | 6.08  | 4.324      | <.015 |
| Kaygı               | 15.91                             | 4.83  | 11.75        | 2.62 | 18.58        | 6.14  | 16.02   | 4.99  | 3.168      | <.045 |
| Mutsuzluk           | 17.42                             | 4.76  | 13.75        | 1.89 | 16.41        | 7.05  | 17.23   | 4.95  | 1.253      | .289  |
| Genel duygu kontrol | 49.99                             | 14.36 | 34.50        | 6.55 | 54.08        | 18.60 | 49.90   | 14.80 | 2.710      | .070  |

(Tek Yönlü Varyans Analizi)

Olguların hastası için sağlık hizmeti kullanma sıklığına göre öfke ve kaygı puanının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi ( $p<0.05$ ). Sağlık hizmetini iki ayda bir kullanan olguların öfkelerini kontrol edemedikleri ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ( $p<0.015$ ), sağlık hizmetini iki ayda bir kullanan olguların kaygılarının da kontrol edemedikleri ( $p<0.045$ ) görüldü. Yapılan post hoc Tukey testi sonucunda, öfke puanı ayda bir kez ile iki ayda bir ve iki ayda bir kez ile ise gerektiği durumda arasında; kaygı puanı ise iki ayda bir ve gerektiği zaman arasında farklılaştığı saptandı.

**Tablo 19. Olguların Ailede Başka Psikiyatrik Tedavi Gören Olma Durumuna Göre Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması (N=140)**

|                     | PSİKİYATRİK TEDAVİ GÖRME |       |               |       | İstatistik Anlamlılık |      |
|---------------------|--------------------------|-------|---------------|-------|-----------------------|------|
|                     | Yok<br>(n=98)            |       | Var<br>(n=42) |       |                       |      |
|                     | Ort                      | SD    | Ort           | SD    | t                     | P    |
| Yaşam doyumu        | 15.50                    | 6.09  | 13.90         | 6.59  | 1.385                 | .168 |
| Öfke                | 16.88                    | 5.81  | 16.04         | 6.69  | .748                  | .456 |
| Kaygı               | 16.46                    | 4.98  | 15.00         | 4.90  | 1.606                 | .111 |
| Mutsuzluk           | 17.45                    | 4.90  | 16.71         | 5.08  | .815                  | .417 |
| Genel duygu kontrol | 50.81                    | 14.66 | 47.76         | 15.08 | 1.119                 | .265 |

(Bağımsız Gruplarda t Testi kullanılmıştır)

Olguların ailede başka psikiyatrik tedavi gören olma durumuna göre yaşam doyumu ve duygu kontrol durumu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı ( $p>0.05$ ).



**Tablo 20. Olguların Ailede Destek Aldığı Kişiye Göre Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması (N=140)**

|                            | Destek aldığı kişi |          |           | İstatistik Anlamlılık |       |
|----------------------------|--------------------|----------|-----------|-----------------------|-------|
|                            |                    | Ortalama | St. Sapma | F                     | P     |
| <b>Yaşam doyumu</b>        | Eş                 | 15.53    | 6.55      | .420                  | .794  |
|                            | Anne               | 15.28    | 6.83      |                       |       |
|                            | Baba               | 12.62    | 4.92      |                       |       |
|                            | Çocuk              | 15.00    | 6.22      |                       |       |
|                            | Kardeş             | 14.41    | 5.93      |                       |       |
|                            | Toplam             | 15.02    | 6.26      |                       |       |
| <b>Öfke</b>                | Eş                 | 16.48    | 6.14      | .888                  | .473  |
|                            | Anne               | 14.14    | 4.03      |                       |       |
|                            | Baba               | 16.00    | 5.42      |                       |       |
|                            | Çocuk              | 17.53    | 6.29      |                       |       |
|                            | Kardeş             | 16.88    | 6.91      |                       |       |
|                            | Toplam             | 16.63    | 6.08      |                       |       |
| <b>Kaygı</b>               | Eş                 | 15.76    | 5.42      | .459                  | .765  |
|                            | Anne               | 14.64    | 4.10      |                       |       |
|                            | Baba               | 16.12    | 5.33      |                       |       |
|                            | Çocuk              | 16.46    | 4.70      |                       |       |
|                            | Kardeş             | 16.64    | 5.21      |                       |       |
|                            | Toplam             | 16.02    | 4.99      |                       |       |
| <b>Mutsuzluk</b>           | Eş                 | 17.03    | 4.73      | 2.785                 | <.029 |
|                            | Anne               | 13.57    | 4.48      |                       |       |
|                            | Baba               | 16.75    | 4.80      |                       |       |
|                            | Çocuk              | 18.10    | 4.90      |                       |       |
|                            | Kardeş             | 18.58    | 5.17      |                       |       |
|                            | Toplam             | 17.23    | 4.95      |                       |       |
| <b>Genel duygu kontrol</b> | Eş                 | 49.28    | 15.51     | 1.318                 | .266  |
|                            | Anne               | 42.35    | 11.12     |                       |       |
|                            | Baba               | 48.87    | 14.46     |                       |       |
|                            | Çocuk              | 52.10    | 14.31     |                       |       |
|                            | Kardeş             | 52.11    | 16.11     |                       |       |

(Tek Yönlü Varyans Analizi )

Olguların ailede destek aldığı kişiye göre mutsuzluk puanının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı( $p<0.05$ ). Annesinden destek alan olguların mutsuzluklarını dile getirdikleri ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ( $p<0.29$ ) görüldü.Yapılan post hoc Tukey testi sonucunda, mutsuzluk puanının anne ile çocuk ve kardeş arasında farklılaştığı görüldü.

**Tablo 21. Olguların Hastanın İyileşebileceğini Düşünme Durumuna Göre Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması (N=140)**

|                     | İYİLEŞME DÜŞÜNCESİ |       |                |       | İstatistik Anlamlılık |       |
|---------------------|--------------------|-------|----------------|-------|-----------------------|-------|
|                     | Hayır<br>(n=78)    |       | Evet<br>(n=62) |       |                       |       |
|                     | Ort                | SD    | Ort            | SD    | t                     | P     |
| Yaşam doyumu        | 13.12              | 5.06  | 17.40          | 6.84  | 4.107                 | <.000 |
| Öfke                | 15.61              | 6.24  | 17.91          | 5.66  | 2.260                 | <.025 |
| Kaygı               | 14.80              | 4.75  | 17.56          | 4.89  | 3.365                 | <.001 |
| Mutsuzluk           | 16.74              | 5.11  | 17.85          | 4.70  | 1.323                 | .188  |
| Genel duygu kontrol | 47.16              | 14.88 | 53.33          | 14.08 | 2.495                 | <.014 |

(Bağımsız Gruplarda t Testi kullanılmıştır).

Olguların hastanın iyileşebileceğini düşünme durumuna göre yaşam doyumu, öfke, kaygı ve duygu kontrol puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görüldü ( $p<0.05$ ). Hastasının iyileşmeyeceğini düşünen olguların yaşam doyumlarının daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ( $p<0.00$ ) görüldü. Hastasının iyileşmeyeceğini düşünen olguların öfkelerini ve kaygılarını kontrol edemedikleri saptandı.

**Tablo 22. Olguların Başka Kurumdan Destek Alma Durumuna Göre Yaşam Doyumu ve Duygu Kontrol Durumunun Karşılaştırılması (N=140)**

|                            | DESTEK ALMA |       |       |      | İstatistik Anlamlılık |                 |
|----------------------------|-------------|-------|-------|------|-----------------------|-----------------|
|                            | Hayır       |       | Evet  |      | t                     | P               |
|                            | Ort         | SD    | Ort   | SD   |                       |                 |
| <b>Yaşam doyumu</b>        | 15.44       | 6.28  | 10.92 | 4.49 | <b>3.305</b>          | <b>&lt;.004</b> |
| <b>Öfke</b>                | 17.05       | 6.15  | 12.53 | 3.12 | <b>4.407</b>          | <b>&lt;.000</b> |
| <b>Kaygı</b>               | 16.29       | 5.06  | 13.38 | 3.25 | <b>2.891</b>          | <b>&lt;.010</b> |
| <b>Mutsuzluk</b>           | 17.48       | 5.04  | 14.84 | 3.15 | <b>2.678</b>          | <b>&lt;.015</b> |
| <b>Genel duygu kontrol</b> | 50.83       | 15.02 | 40.76 | 8.43 | <b>3.737</b>          | <b>&lt;.001</b> |

(Bağımsız Gruplarda t Testi kullanılmıştır).

Olguların başka kurumdan destek alma durumuna göre yaşam doyumu ve duygu kontrol durumu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görüldü ( $p<0.05$ ). Başka kurumdan destek alan olguların yaşam doyumlarının daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ( $p<0.004$ ) görüldü. Başka kurumdan destek alan olguların genel duygu durumlarını da kontrol edemedikleri ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ( $p<0.001$ ) saptandı.

Hastanın; cinsiyetine, hastalık süresine, sosyal güvencesine, çocuğu olup olmasına ve çocuk sayısına, eğitim durumuna, birlikte yaşadığı kişilere göre olguların yaşam doyumu ve duygu kontrol durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı.

Olguların ; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim ve hastalık hakkında bilgi durumuna göre yaşam doyumu ve duygu kontrol durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı.

## 7. TARTIŞMA

Çalışma şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastaların ailelerinin yaşam doyumları ve duygu kontrol durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

Ruhsal hastalıklarda bireylerin genellikle duygu, düşünce ve davranışlarında, değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik özellikleri taşır. Ruhsal hastalıklar her toplumda ve her türlü sosyoekonomik ortamda görülebilen, toplumsal, ekonomik ve duygusal maliyeti çok ağır olan bozukluklardır. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakımı süreklilik gerektirmektedir. Bu durum sadece birey için değil aynı zamanda aile, akrabalar ve içinde bulunulan toplum için kaygı verici bir yaşam şekli oluşturmaktadır. Hastaların çoğunluğu aileleri ile birlikte yaşamakta bu durum aile bireylerinde yoğun duyguların yaşanmasına neden olabilmektedir.

Elde edilen veriler, bu bölümde literatür bilgileri ışığında değerlendirilerek 4 bölümde tartışılmıştır.

1. Hastaların demografik özelliklerinin tartışılması,
2. Hasta ailelerinin demografik özelliklerinin tartışılması,
3. Hasta ailelerinin yaşam doyumları ve duygu kontrol durumlarının hastaların demografik özellikleriyle tartışılması.
4. Hasta ailelerinin demografik özelliklerinin yaşam doyumları ve duygu kontrol durumlarıyla tartışılması.

### 7.1 Hastaların Demografik Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmamızda hastaların demografik özellikleri incelendiğinde; yaşları 15 ile 76 arasında olduğu ve yaş ortalaması  $39.72 \pm (14.45)$  olarak bulundu. Hastaların , %53.6'sının (n=75) erkek, %67.1'inin (n=94) ilköğretim mezunu, %44.3'ünün (n=62) evli ve %55.7'sinin (n=78) çocuğunun olduğu görüldü (Tablo 1).

Koyama ve arkadaşlarının (2004) şizofreni, major depresyon ve bipolar bozukluk tanısı almış olan hastalarla yapmış olduğu çalışmalarında araştırmaya katılan hastaların %55.7'sinin (n=39) erkek olduğu ve Dündar'ın (1999) duygudurum bozukluğu ve şizofreni hastalarının aileleriyle yapmış olduğu çalışmasında hastaların %53.3'ünün (n=16) erkek olduğu belirlenmiştir (16,36).

Avcı'nın (2001) şizofreni hastalarının aileleriyle yaptığı çalışmasında hastaların %58.4'ü bekar olduğu görülmüştür (2). Dündar'ın (1999) duygudurum bozukluğu ve şizofreni hastalarının aileleriyle yapmış olduğu çalışmasında hastaların %46.7'sinin (n=14) bekar olduğu görülmüştür (16).

Şizofreni ve bipolar bozukluk kronik hastalıklardır. Bu durum hastaların tüm yaşamını etkilemekte ve bu kişilerin aile kurmakta güçlük çekmelerine ya da kısa sürede boşanmalarına neden olmaktadır. Elde ettiğimiz bulgular hastaların bekar olmaları ve çoğunluğunun çocuk sahibi olmalarıyla uyumludur.

Hastaların büyük çoğunluğunun sosyal güvencesinin olduğu (%97.1) Sosyal güvencesi olmayanların %%2.9'luk bir grubu oluşturduğu saptandı. Sağlık hizmetlerinin mali yükünün güvence altında olması sosyal devlet politikalarının gereklerinden biridir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin pahalılığı düşünüldüğünde araştırmaya alınan hastaların bu kadar yüksek düzeyde sağlık güvencelerine sahip olmaları sevindirici bir durumdur.

## 7.2. Hasta Ailelerinin Demografik Özelliklerinin Tartışılması

Çalışma kapsamına alınan hasta ailelerinin %51.4'ünün (n=72) kadın ve %45.7'sinin (n=64) ev hanımı olduğu bulundu. Ve aile üyelerinin yaşları %32.1'inin(n=45) 41-50 yaş grubunda olduğu görüldü (Tablo 2).

Hasta bakımı çok eski dönemlerde ailenin kadınları tarafından karşılanmaktaydı. Bu sonuç halen hastanın bakım ve sorumluluğunun daha çok kadınlar tarafından üstlenildiğini göstermektedir. Başbüyük'ün (2004) belirttiğine göre; Kuşçu'nun çalışmasında hastanın evde bakım sorumluluğunun daha çok kadınlar (% 85.) tarafından üstlenildiği, bu grubun önemli bir kısmını da annelerin (%65.) oluşturduğu ve bunların genellikle 50 yaş üzeri kadınlar olduğu belirtilmektedir (5). Avcı'nın (2001) şizofreni bozukluğu olan hastaların yakınlarıyla yapmış olduğu çalışmasında hasta yakınlarının %67.5'inin kadın ve %46.8'inin annelerden oluştuğu belirlenmiştir (2).

Bu sonuçlar araştırmamızdaki sonuçlar ile paralellik göstermektedir.

Araştırmaya alınan hasta yakınlarının yakınlık durumu incelendiğinde, %35,7'sinin (n=50)eş, %22,1'inin (n=31)anne, %17,1'inin (n=24) ise kardeş olduğu saptandı (Tablo 2). Bu durum hastayla ilgilenenlerin başında ilk sırayı aile bireylerinin almakta olduğunu göstermektedir. Hastayla ilgilenen ve idare eden kimsenin bilinmesi hastalık sürecinin yönetiminde önemlidir. Aile üyeleri hastaların tedaviye uyum ve uyumsuzluklarında rol oynayabilirler. Bu yüzden hemşire profesyonel bir destek sağlamak ve hastaya çevresiyle birlikte bütüncü bir yaklaşımla değerlendirmek için hastayı, ailesini, sağlık ekibini ve hastanın ilişki alanı içine giren ve hasta için önemli olan kişileri katmalıdır. Çünkü bu kişiler, hastanın hastane ortamından sosyal çevreye geçişinde yardımcı olacak insanlardır (16).

Hasta yakınlarının %73,6'sının (n=103) hastanın rahatsızlığı nedeniyle maddi olarak olumsuz etkilendiği saptandı (Tablo 2). Bu durum hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun kötü ve orta ekonomik düzeye sahip olduğunu gösterebilir. Literatürde kronik psikiyatrik hastalıklar sürekli tedavi ve bakım gerektirdiği için ailelerin hastanın bakımında birinci derecede sorumlu olduğu , hastalığın aileye maddi ve manevi yük getirdiği belirtilmektedir (25,44,48).

Literatür bulguları çalışmamızın sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda hasta yakınlarının hastası için %88,6'sının ayda bir kez, %8,6'sının gerektiğinde, %2,9'unun ise iki ayda bir sağlık hizmetinden yararlandığını belirttiği saptandı (Tablo 2). Hasta yakınlarının %92,1'inin ilaç yazdırma, %59,3'ünün doktor kontrolü nedeniyle, %54,3'ünün ise hastanın kontrol edilemediği durumlarda sağlık hizmetinden yararlandığını belirttiği görüldü (Şekil 1).

Bu elde ettiğimiz bulgular hasta yakınının büyük bir bölümünün ilaç yazdırmak için ayda bir kez sağlık hizmetinden faydalandığını göstermektedir. Ülkemizde şu andaki mali politikalara göre, raporlu ilaçların çoğunluğu yalnızca bir aylık yazdırılabilmektedir. Onun için hasta yakınlarının ayda bir ilaç yazdırmak için sağlık hizmetinden faydalanan olmaları doğal bir sonuçtur. Çalışmamızda çoğunlukla hasta yakınının hastayı sorun çıkarmadığı sürece hastaneye getirmediği gözlemlendi.

Araştırmamızda hasta yakınlarının sağlık elemanından beklentisine bakıldığında; hasta yakınlarının %54.3'ünün (n=76) ilaçların verilmesi, %44.3'ünün (n=62) hastanın iyileşmesi, %39.3'ünün (n=55) ise hastalık ve tedavi hakkında bilgi beklentisinin olduğu belirlendi (Şekil 3).

Dündar'ın (1999) duygu durum bozukluğu ve psikotik bozukluk hastalarındaki çalışmasında hastaların hastaneye yeniden yatış nedenleri arasında; düzensiz ilaç kullanma (%30), hastalığa ilişkin yetersiz bilgi (%20), aile desteği yetersizliği (%20), ilaç kullanmayı reddetmeyi (%20) sebep olarak belirtilmiştir (16).

Kronik ruhsal hastalıklarda ailelerin sorunlarının başında düzensiz ilaç kullanımı gelmektedir. Bunun nedenlerinin arasında hastanın kendini iyi hissetmesi ve ilaç kullanmayı reddetmesi gelmektedir. Belirli bir süre sonra hastalık belirtilerinin şiddeti arttığında ailenin hastayı ilaç içme konusunda ikna edememesi ve sonuçta tekrar tedavide aynı aşamaların yaşanmasına neden olduğu düşünülmektedir. Ve sağlık personelinin beklentilerin de bu doğrultuda olduğu görülmektedir.

Hasta yakınlarının %93,6'sının duygularını çok yakınlarıyla paylaştığını, %82,1'inin sağlık elemanı ile paylaştığını, %4,3'ünün arkadaş ve dostlarıyla paylaştığını ifade ederken %3,6'sının ise hiç kimseyle paylaşmadığını belirttiği saptandı.

Dündar'ın belirttiğine göre Tessler, Gamache ve Fisher taburcu olmuş psikiyatri hastasının yakın arkadaşları (n=168) ve akrabaları ile (n=274) görüşmüşler, akrabaların sağlık profesyonellerine güvendiklerini ve hastalarının hastalığından utanmadıklarını saptamışlardır. Aileler hastaların bakımında kendilerine en yakın kişi olarak ilk sırada hemşireleri, daha sonra vaka yöneticisi, sosyal hizmet uzmanı, psikiyatrist ve en son olarak psikologları görmüşlerdir (16).

Dünya üzerinde ruhsal hastalıklara yönelik inançlar genellikle olumsuzdur. Bu nedenle hastayla birlikte yaşayan aile hastalığı saklama çabası içindedir (9). Bunun sonucunda aile duygusunu yalnızca yakınıyla paylaşmaktadır.

Kadri ve ark.(2004) şizofreni hastalarının aileleriyle yapmış olduğu çalışmasında, aileler birçok olayda zarar gördüklerini ve kendilerine karşı güvensizlik (% 15), alay (% 29) ve kötü muamele gibi tavırlar ortaya konulduğunu belirtmişlerdir. Aileler ayrıca özellikle komşuları ve akrabaları tarafından ihmal edildiklerini hissettiklerini (% 34) ve insanların kendilerinden korktuklarını hissettiklerini (% 29) de belirtmişlerdir. Aile üyelerinin toplam olarak % 7'si boşanmış; aile üyelerinin % 2'si kirada oturdukları evlerden çıkarılmış; ve babaların % 6'sı ailesini terk ederek anneyi hastanın bakımında tek başına bıraktığı belirtilmiştir (29).

Ruhsal bozukluğu olanlara karşı olumsuz tutumların azalması, bu hastaların ve ailelerin acı ve kayıplarının azaltılarak onların toplumla bütünleşme çabalarına olumlu katkı sağlayabilecektir.



### **7.3.Hasta Ailelerinin Yaşam Doyumları ve Duygu Kontrol Durumlarının Hastaların Demografik Özellikleriyle Tartışılması**

Araştırma kapsamına alınan hastaların yakınlarının hastalık tanısına göre yaşam doyumu ve duygu kontrol durumu faktörleri incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görüldü. Şizofreni tanısı almış hastaların ailelerinin yaşam doyumlarının düşük düzeyde olduğu saptandı ( $p=0.05$ ). Bu sonuç şizofrenili hastası olan hasta yakınlarının yaşam doyumunun bipolar bozukluğa sahip hastası olan hasta yakınlarından daha düşük olduğu hipotezimizi desteklemektedir. Duygu kontrol durumlarına baktığımızda ise şizofreni tanısı almış hastaların aileleri bipolar bozukluğu olan hasta ailelerine göre duygularını ifade etmekten çekinmedikleri belirlendi (Tablo 5). Bu sonuç şizofreni hastasına sahip hasta yakınlarının yaşam doyumları düşük olacağı için bipolar bozukluk tanılı hastası olan hasta yakınlarına göre duygularını kontrol edemeyebilirler hipotezimizi desteklemektedir.

Hamada ve arkadaşlarının (2003) şizofreni hastalarının aileleriyle yapmış oldukları çalışmalarında; ailelerin % 80'inin çalışma yaşamlarında zorluklar hissettikleri ve günlük yaşamlarında da 'kendi zamanlarına sahip olamamak' ve 'hastayı evde yalnız bırakarak dışarıya çıkamamak' gibi sıkıntılar yaşadıkları belirtilmektedir. Aynı araştırmada duygudaşlık derecesi ile ilgili olarak, ailelerin yaklaşık % 70'inin 'hastaya bakmaya devam edecekleri' ve % 90'dan fazlası da 'ailenin çabalarının ve desteğinin hastalığın seyrini olumlu yönde etkilediğini' ifade ettikleri saptanmıştır. Bununla birlikte, ailelerin % 70'inin kendilerini 'feda ettikleri' hissine sahip oldukları ve % 60'ının da hastanın mevcut motivasyonu ya da rolleri konusunda tatmin olmamış durumda oldukları belirtilmektedir (24).

Gümüş (2002) çalışmasında hasta yakınlarının %88.8'inin yaşamında değişiklik olduğunu ifade ettiğini; bunun nedenlerinin başında %31.9 ile üzüntü, korku, huzursuzluk hissi duyulmasının geldiğini belirtmiştir(23). Aynı araştırmada yaşadıkları güçlüklerle baş etme durumlarına bakıldığında ise %43.7'sinin biraz baş edebildiği, büyük çoğunluğun yaşadığı güçlüklerle baş edemediği sonucu çıkmıştır (23).

Kadri ve arkadaşlarının (2004) şizofreni hastalarının aileleriyle yapmış oldukları çalışmalarında; aile üyelerinin toplam olarak % 86,7'si, söz konusu hastalık yüzünden zor bir yaşam sürdürdüklerini ve % 72'si de psikolojik sorunlar, uyku ve ilişki bozuklukları ve düşük kaliteli bir hayat yaşadıklarını ifade etmişlerdir (29).

Bipolar bozukluk yinelemelerle giden, ancak ara dönemlerde hastanın genel işlevselliğinin normale yakın bir duruma dönmesine izin veren bir hastalıktır. Şizofreni ise yinelemelerde şiddeti artan bir seyir gösterebilir ve işlevsellikte giderek artan bir yıkım oluşturur. Bipolar bozuklukta ara dönemlerdeki iyilik hallerinin olması ailenin hastalığa karşı uyumunda olumlu bir etki sağlayabileceğini düşündürmektedir (75).

Ruhsal hastalığı olan kişilerin büyük çoğunluğu aileleriyle birlikte yaşamaktadır. Bireyin sağlığının bozulması aile içinde rollerin ve işlevlerin değişmesine neden olabilmektedir. İki uçlu duygu durum bozukluğunda aile işlevlerinin önemli derecede bozulmadığına dair yayınlar bulunmaktadır (75). Danacı ve ark.'nın(2002) şizofreni hastalarıyla yapmış oldukları çalışmada hastaların aile işlevlerinde yaygın olarak bozukluk saptanmıştır (10).

Literatürde aile işlevlerinde bipolar bozukluğun şizofreniye göre daha az değişikliğe yol açtığı bildirilmiştir. Şizofrenili üyesi olan aileler kronik hastalığın yarattığı sorunlarla başa çıkmada ve iletişim kurmada güçlük yaşamaktadırlar. Şizofreni hastalarının ailelerinin sözel iletişim tarzının daha olumsuz ve içe dönük olduğu, daha az destekleyici ve daha fazla inkar eden ifadeler içerdiği belirtilmektedir (75).

Ünal ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmalarında (2004) şizofreni grubu aile yakınları duygusal tepkiyi en fazla gösteren grup olarak bulunmuştur (75).

Şizofreni hastalarının ailelerinde işlevlerin fazla bozulmasının aile bireylerinin duygusal tepkilerinin artmasına neden olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum hem aile bireylerini hem de onlarla birlikte yaşayan hastanın da sağlığını etkilemektedir. Bu duruma yapılacak müdahaleler hastalığın iyi seyir göstermesini sağlayacak, hastanın ailesinin yaşam kalitesini ve yaşam doyumunu arttıracaktır (73).

Şizofreni ya da depresyonda yük ve yükün belirtileri ile ilgili olarak yakın zamanda Almanya'da gerçekleştirilen beş yıllık bir izleme çalışmasında, ifade edilen duyguları yüksek düzeyde olan akrabaların yaşamdan duydukları tatminin daha düşük düzeyde

olmasının yanı sıra kayda değer derecede daha fazla nesnel ve öznel yük altına da girdikleri sonucu bulunmuştur. Bu sonuç bizim bulgularımızı desteklemektedir (39).

Dienner ve arkadaşları (1985) olumlu aile ilişkilerinin yaşam doyumunun en önemli belirleyicisi olduğunu ifade etmişlerdir (11).

Çalışma kapsamındaki hastaların hastalık süresine göre hasta yakınının yaşam doyumu ve duygu kontrol durumu faktörleri korelasyonu incelendiğinde, hastalık süresinin yaşam doyumu, kaygı, mutsuzluk ve genel duygu kontrol puanları ile negatif yönde, istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki gösterdiği saptandı ( $p<0.05$ ) (Tablo 6). Hastaların hastalık süresi arttıkça hasta ailelerinin yaşam doyumları düşmekte ve duygularını ifade etmekten çekinmemektedirler. Kaygılarını, mutsuzluklarını ve öfkelerini daha kolay ifade edebilmektedirler. Bu sonuç kronik psikiyatrik hastalıklarda hastalık süresi arttıkça hasta yakınlarının yaşam doyumları düşer ve duygularını kontrol edemeyebilirler hipotezimizi desteklemektedir.

Hastalığın akut döneminde hasta yakınları hastalarına daha fazla sahip çıkarlar, onları desteklerler, onlara karşı daha sevgi ile yaklaşır. Fakat hastalık kronikleştikçe hastalık düzeyinin ilerlemesi, bakımın güçleşmesi, hastanın daha zor kontrol altına alınması, aileye maddi manevi daha fazla yük getirir hale gelmesi, böyle bir gerçeğe yaşama zorluğu gibi nedenlerle aile bıkkınlık, çaresizlik, mutsuzluk, başa çıkamama gibi olumsuz durumlar yaşayabilir. Böyle düşünüldüğünde hastalık süresi arttıkça, hasta yakınlarının yaşam doyumunun azalmasının beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir.

Avcı'nın (2001) çalışmasında hasta ailelerinin duygusal yükü %67.5 oranında yaşadığı bulunmuştur (2).

Ailenin bir üyesi hastalandığında aile ve hekim hastaya odaklanmaktadır. Bu durumda ailenin ihtiyaçları ikinci önemdedir. Eğer hastalık kronik hale gelirse, tekrarlayıcı karakterde ise ve kötü prognoza sahip olduğuna inanılırsa ailenin rolü ön plana geçmekte ve özel öneme sahip olmaktadır (16).

Bu hastalarla birlikte yaşamak oldukça güçtür ve büyük fedakarlıklar ister. Ailenin hastanın bakım ve tedavisindeki rolü yadsınamaz. Aile ise bu işlevi, toplumdaki destek sistemlerini kullanabildiği ve kendini güçlü hissettiği ölçüde yerine getirebilecektir (28).

Ruhsal hastalığı olan kişilerin ailesi için sağlık profesyonelleri tarafından işbirliğine dayalı tedavi ve yönetim yoluyla hasta için mümkün olan en iyi sonuçları elde etmek ve aile üyelerini sevdikleri insanların iyileşmesine yardım etmeye yönelik çabalarında destekleyerek onların acılarını azaltacak girişimler planlanmalıdır (13).

Araştırmamızda hastanın medeni durumuna göre hasta yakınlarının yaşam doyumu ve duygu kontrol durumu puanı, öfke, mutsuzluk ve genel duygu puanları açısından istatistiksel farklılık gösterdiği saptandı ( $p<0.05$ ) (Tablo 7). Hasta yakınları hasta boşanmış ise duygularını ifade etmekten çekinmediği görüldü. Eğer hasta evli ise hasta yakınlarının duygularını ifade etmekten çekinmedikleri saptandı

Literatür taramaları çalışmamızın sonucunu desteklemektedir.

Kronik psikiyatrik hastalıklarda hastaların büyük çoğunluğu aileleriyle birlikte yaşamaktadır. Çoğu hasta ailelerinin duygusal ve finansal desteğine bağımlı kalmıştır. Tipik olarak, ebeveyn-çocuk ilişkisi yeniden yoğunlaşmış ve hasta çoğunlukla aile dışıyla sosyal temaslarını da kaybetmiştir. Kronik psikiyatrik hastalıklar aileler için ebeveynlik sorumluluğunu kalıcı hâle getirmektedir. Bu durum ömür boyu devam edeceği için ailenin devamlı desteğini gerekli kılmakta ve sıklıkla aile için problemlere yol açmaktadır. Birçok ebeveyn gerek hasta çocuklarının gelişimi ile ilgili beklentilerini gerekse de kendi kişisel planlarını yeniden gözden geçirmek zorunda kalmaktadır (28).

Çalışma kapsamına alınan hastaların daha önce klinikte yatarak tedavi görme durumuna göre hasta yakınlarının yaşam doyumu, öfke ve genel duygu kontrol puanının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görüldü ( $p<0.05$ ) (Tablo 8). Hastanın daha önce klinikte yatma durumuna göre hasta yakınının yaşam doyumunun düşük çıktığı saptandı. Hasta yakınının hasta daha önce kliniğe yatmışsa öfkesini kontrol edemediği belirlendi. Genel duygu kontrol durumları incelendiğinde ise hasta yakınlarının duygularını ifade etmekten çekinmedikleri görüldü. Bu sonuç psikiyatri kliniğine daha önce ve hali hazırda yatarak tedavi gören şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastaların ailelerinin kliniğe hiç yatmayan hastaların ailelerine göre yaşam doyumları düşüktür ve duygularını kontrol edemeyebilirler hipotezimizi desteklemektedir.

Psikiyatrik hastalıkların ilk atak evresinde, başlangıçta aile hastalığın neden olduğu ya da yinelediği ,gelecekte ne olacağı ve neler yapılabileceği gibi sorulara yanıt

aramaktadır. Hastalıkların seyriyle birlikte ailelerin bu yaklaşımları işbirliği de sağlanmazsa yadsımaya, yansıtmaya, misilleme yapmaya ya da ortadan kaybolarak kendini korumaya dönüşebilir. Hasta yakınları hastaneye yatışlar yinelerse açıklanmayan yineleyici yatışların neden olduğu kederle daha fazla başa çıkamayacağından hastayı öfkeyle reddetme yoluna gidebilirler (22).

Literatürde ailede aşırı duygu dışavurumunun olmasının relaps oranlarını artırdığı gösterilmiştir (15,43).

Gümüş'ün (2002) şizofreni hastaları ve aileleriyle yaptığı çalışmasında hastaların %82.5'inin hastaneye yattığı bulunmuştur. Ülkemizde, hastaların ayaktan izlendiği tedavi kurumlarının yeterince yaygın olmaması, bu hastaların hastaneye yatma gereksinimini artırdığı belirtilmiştir (23).

Başbüyük'ün (2004) psikiyatri hastalarının aileleriyle yaptığı çalışmasında hastanın daha önce hastanede yatıp yatmamasına göre bıkkınlık ifade eden aile üyelerinin yatanlarda %36.8'i daha önce yatmayanlarda ise %12.5'i bıkkınlık ifade ettiği belirtilmiştir (5).

Hastaneden taburcu olan hastaların büyük çoğunluğu yaşadığı çevreye ve aile ortamına dönmektedir. Birey içinde bulunduğu ortamda zaman zaman uyum sağlamakta güçlük yaşamakta bu durum tekrar hastaneye yatışları doğurmaktadır. Hastaneye yeniden yatış toplum içinde bireyin iyi uyum yapamadığının ve karşılaştığı sorunlarla baş edemediğinin göstergesidir. Bu durum hastayla aynı ortamı paylaşan aile bireylerini de etkilemektedir (16).

Psikiyatri hastasının aile ortamında tedavisinin devamının sağlanması onlarla birlikte yaşayan aile bireylerine büyük bir bakım yükü getirmektedir. Literatürde kronik psikiyatrik hastalıklarda hastaların topluluk temelli bakım tedavisinin hastalar ve bakım sağlayıcılar için yeterli olmadığı belirlenmiştir. Bu yükün hafifletilebilmesi için ailenin psikolojik olarak desteklenmesi gerekmektedir (41).

Psikoeğitimsel yaklaşım uygulanarak taburculuğa iyi hazırlanan ailenin kendine güveninin arttığı, hastayı daha iyi kabullendiği, hastaya sosyal destek sağladığı, uyumunu desteklediği ve bunun sonucunda hastanın hastaneye tekrarlı yatış sıklık ve süresinin azaldığı belirtilmiştir (15,20,21,47,68).

Çalışmamızda hastanın hastanede yatış sayısına göre hasta yakınlarının yaşam doyumu ve öfke puanının anlamlı farklılık gösterdiği saptandı( $p<0.05$ ) (Tablo 9). Hem yaşam doyumunun hem de öfke puanının yatmayanlar ile 3 ve daha fazla yatanlar arasında farklılaştığı görüldü. Hastada kliniğe yatış sayısı arttıkça hasta yakınının duygusunu ifade etmekten çekinmediği belirlendi.

Gümüş'ün (2002) şizofreni hastaları ve aileleriyle yaptığı çalışmasında hastaların ortalama yatış sayısı  $2.91 \pm 6.23$  olduğu saptanmıştır (23).

Dündar'ın (1999) yaptığı çalışmasında hastaların hastaneye toplam yatış sayısının 2-4 arasında olduğu ( $n=11$ , %36.7) belirtilmiştir (16). Hamada ve arkadaşları (2003) şizofreni hastalarının aileleriyle yapmış olduğu çalışmalarında hastaların ortalama üç kez hastaneye yattığını saptamışlardır (24).

Topaç'ın (2004) çalışmasında psikotik hastaların hastaneye yatma durumları ve yatış sayıları fazla bulunmuştur (69).

Dündar'ın belirttiğine göre Brown, Birly ve Wing; taburcu olduktan sonra 9 ay içerisinde yeniden hastaneye yatan hastaların akrabalarının dışı vurulan duygulanım üzerine yaptıkları araştırmalarında; yüksek emosyon gösteren ve düşük emosyon gösteren aileler karşılaştırılmış ve relaps oranları yüksek emosyon gösteren ailelere sahip hastalarda %79, düşük emosyon gösteren ailelerin hastalarında %12 bulunmuştur (16).

Literatürde ailenin yeterli bilgisinin olmaması , sosyal desteğinin yetersiz olması , kriz durumlarıyla nasıl baş edeceklerini bilmemeleri gibi nedenlerle yatış oranlarının yüksek olduğu belirtilmektedir (23).

Avcı'nın (2001) çalışmasına göre hastaneye hiç yatmayan hasta ailelerinin %93.3'ünde , 8 kez ve daha fazla yatanların %50'sinde duygusal yük ara sıra yaşanmaktadır. Hastaların yatış sayısı arttıkça duygusal yükün azaldığı bulunmuştur (2). Bu durum hastaneye yatan hastaların aile bireylerindeki bakım yükünün azalmasına neden olmakta ve ailelerin günlük rutinlerine tekrar devam edebilmesi duygusal yükünün hafiflemesine neden olduğunu düşündürmektedir. Fakat hastanın taburculuk sonrası tekrarlayan sorunların yaşanması ailede duygusal tepkilerin artmasına neden olacak ve hastanın bulunduğu çevreye uyumunu zorlaştırarak tekrarlayan yatışları artıracaktır

düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yıllık yatış sayısına göre hasta yakınlarının yaşam doyumu, kaygı puanı ve genel duygu kontrol puanının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi. ( $p < 0.05$ ) (Tablo 10). Yaşam doyumunun hastaneye yatmayan ile 1 kez ve gerektiğinde yatan ile; kaygı puanının 2 kez yatan ile gerektiğinde yatan ile anlamlı farklılaştığı saptandı. Hiç yatış olmayan hastanın ailesinin yaşam doyumu daha yüksek bulundu. Gerektiğinde hastasını kliniğe yatıran hastanın ailesinin kaygısını daha çok ifade ettiği, yılda iki kez yatışı olan hastanın ailesinin kaygısını daha çok bastırdığı saptandı.

Hastanın kliniğe yatmaması ailenin hastanın semptomlarıyla baş edebildiğinin göstergesi olabilir. Hastanın kliniğe ilk kez yatışında ise ailenin baş edemediği bir problemle karşılaştığı için kaygısını dile getirdiğini düşündürmektedir. Birden fazla yatışlarda ise aile bireyleri hastasının semptomlarıyla baş edemediği için yaşantısına kısıtlamalar getirerek yaşam doyumunun düşmesine neden olabilir.

Kronik psikiyatrik hastalıklarda hastalar tedaviyi eksiksiz uygulasalar bile yaklaşık %40'ı hastaneden çıktıktan sonraki ilk bir yıl içinde yeni bir psikotik alevlenme göstermektedir.

Hastanın hastaneye yattığı dönemde kurulacak terapötik ilişkiye özen göstermek, ruhsal eğitim uygulamak, düzenli poliklinik takibi için randevu sistemi geliştirmek, doktoruna ulaşabileceği bir telefon numarasının verilmesi gibi birkaç önlemle, hastaların tedavi ekibine düzenli ulaşmaları, ilaçlarını düzenli kullanmaları sağlanabilir. Hastanın ve ailesinin hastalık süreci, belirtileri ve tedavisi konusunda bilgilendirilmesi, çevredeki klinikler ve sağlık ocakları ile işbirliği, randevularını aksatan hastaların telefonla aranılması, tedaviye devam etme oranını artıracak önlemler arasındadır (76).

Psikiyatrik hastalarda, profesyonel yaklaşım hem ailenin, hem de hastanın ihtiyaç, ilgi ve isteklerine göre düzenlenmelidir. İlk aşamada hastaya destek olan aile ortamının düzenlenmesi ve kontrolü önemlidir (16).

Hastanın çalışma durumuna göre mutsuzluk puanının anlamlı çıktığı saptandı ( $p < 0.05$ ) (Tablo 11). Hasta çalışmıyorsa hasta yakınının duygusunu ifade etmekten çekinmediği ve mutsuzluğunu ifade ettiği görüldü.

Gümüş'ün (2002) çalışmasında şizofreni hastalarının %60'ının çalışmadığı bulunmuştur (23). Ünal ve arkadaşlarının çalışmasında (2004) şizofren hastaların (n=14) %56'sı, bipolar bozukluk tanısı almış olan hastaların (n=8) %32'sinin çalışmadığı saptanmıştır (75). Yıldız ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2003) şizofreni hastalarının (n=9) %64.3 ü işsiz olduğu belirtilmiştir. (78).

Ruhsal hastalıklar bireyde yeti yitimine ve fonksiyon kayıplarına neden olduğu için hastanın işsiz kalmasına neden veya iş bulmasına engel olabilmektedir. Hasta hastalığın getirmiş olduğu kayıplardan dolayı aileye maddi yük getirmektedir. Çoğunluğu orta düzeyde gelir durumuna sahip olan aile bireyleri hastanın sürekli işsiz olması ve hastalığından dolayı harcamalarının artması sonucu mutsuz olabileceği düşünülmektedir.



#### **7.4. Hasta Ailelerinin Demografik Özelliklerinin Yaşam Doyumları ve Duygu Kontrol Durumlarıyla Tartışılması**

Hasta yakınlarının yaşa, cinsiyete, medeni duruma, yakınlık derecesine göre yaşam doyumları ve duygu kontrol durumlarında farklılıklar istatistik açıdan anlamlılık göstermedi.

Bu durum hastayla ilgilenen kişilerin kadın olması, çoğunluğunun hastaların annelerinin olması ve ev hanımı rolünde olmasıyla uyumludur.

Hasta ya da engelli çocuğuna bakım sağlayan annelerin de sıklıkla eşit derecede zorlu bir rol üstlenmelerine rağmen, bir eşe ya da partnere bakım sağlamak, hem kadınlar hem de erkekler için en yoğun bakım ilişkisidir. Arkadaşlara ya da komşulara destek sağlamak ise tipik olarak harcanan saatler açısından en az zorlayıcı bakım durumlarını oluşturmaktadır (27).

Araştırmamızda hasta yakınının gelir düzeyine göre yaşam doyumu puanının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı( $p<0.05$ ). Yapılan post hoc Tukey testi sonucunda, gelir düzeyi kötü ile orta ve iyi; orta ile ise iyi gelir düzeyi anlamlı farklılaştığı görüldü (Tablo 16).

Gelir düzeyi düştükçe hasta yakınlarının yaşam doyumlarının düştüğü ve duygularını ifade etmekten kaçınmadıkları görüldü.

Aileler hastasının gerek çalışmamasından gerekse tedavi giderlerinden dolayı maddi olarak etkilenmektedir. Hasta yakınlarının yaşamdan beklentileri de bu durumdan etkilenmektedir.

Çalışmamızda hasta yakını hastalığın maddi yönden etkileme durumuna göre hasta yakınlarının yaşam doyumu ve kaygı puanının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ( $p<0.05$ ) (Tablo 17). Hasta yakını maddi olarak hastasından etkilenmiş işe yaşam doyumu düşmekte ve kaygılarını ifade etmektedirler.

Kronik ruhsal bozuklukların tedavisinin uzun sürmesi, tam olarak tedavi edilememesi, hastaların büyük çoğunluğunun ekonomik ve sosyal nedenlerle yeterli destek görmemeleri, hastaların bu dönemde çalışmamlarından dolayı topluma ve aileye maliyeti çok pahalıya gelmektedir (2).

Avcı'nın belirttiğine göre Avustralya toplumunda şizofreni ile aynı yaygınlıkta görülen miyokard enfarktüsü harcamaları karşılaştırılmış, her iki hastalıkta da yaygınlık aynı olmasına karşın şizofrenideki hastaneye yatış ve bakıma yapılan yıllık harcamaların miyokard enfarktüsündeki harcamaların iki katı olduğu saptanmıştır. Ailelerin aylık geliri arttıkça duygusal yüklerinin azaldığı bulunmuştur (2).

Hasta yakınının hastası için sağlık hizmeti kullanma sıklığına göre öfke ve kaygı puanının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi ( $p<0.05$ ). Yapılan post hoc Tukey testi sonucunda, öfke puanının ayda bir kez ile iki ayda bir ve iki ayda bir kez ile ise gerektiği durum arasında; kaygı puanının ise iki ayda bir ve gerektiği durumda sağlık hizmetinden yararlanma arasında farklılaştığı saptandı (Tablo 18).

Avcı'nın çalışmasında düzenli olarak hekim kontrolüne giden hasta ailelerin %23.1'inde duygusal yükün çok az olduğu saptanmış, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hastalığın aile için bir yük oluştururken doktora gitmenin bu yükün algılanmasını azaltabileceği savunulmuştur (2). Bu kişilerin bakımını yapanlar bazen, özellikle de profesyoneller tarafından yeterince desteklendikleri durumlarda, yaptıkları işten haz, sevgi ve gurur duyduklarını ifade etmektedirler (39).

Perlick ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2005) ruh sağlığı bozukluğu olan bireylere bakım veren kişilerde yükteki her bir birimlik artışta bakım sağlayıcının ruh sağlığı hizmetlerini kullanma eğiliminin yaklaşık 10 kat arttığı saptanmıştır (59).

Hasta yakınının ailede başka psikiyatrik tedavi gören olma durumuna göre yaşam doyumu ve duygu kontrol durumu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı ( $p>0.05$ ) (Tablo 19).

Ünal ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmalarında (2004) şizofreni grubunun ( $n=12$ ) %48'i, bipolar bozuklukta ( $n=13$ ) %52'si ailede psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı belirlenmiştir (75).

Avcı'nın (2001) belirttiğine göre Amerika'da ruhsal sorunu olan bireylerin aileleri ile yapılan çalışmalarda, bu ailelerin ruhsal ve fiziksel sağlıklarının etkilendiği, bireysel üretkenliklerinin azaldığı, yaşam düzeninin bozulduğu ve yoğun anksiyete yaşadıkları saptanmıştır (2).

Wijngaarden ve ark (2004) çalışmalarında bakım sağlayıcıların yaklaşık % 80'i sıkıntı hissettiklerini rapor etmişlerdir. Çoğunlukla çabuk öfkelenme, gerginlik, aşırı yorgunluk, uykusuzluk ve kendini depresyonda hissetme gibi duygular hissettiklerini belirtmişlerdir. Bu bakım sağlayıcıların yaklaşık dörtte biri bir tür tedavi görmüş ve / veya bu şikâyetleri nedeniyle reçeteli ilaç kullanmışlardı. Yine aynı şekilde, çocuklar da bu durumdan etkilenmişler; bakım sağlayıcılar çocuklarda yüksek düzeyde zor davranışlar, iştah kaybı, uykusuzluk, daha az oyun oynama ve okulda dikkat seviyesinde düşüş olduğunu ifade etmişlerdir (81).

Buna karşılık olarak, sağlık profesyonellerinin yüksek seviyede yük altındaki bakım sağlayıcıların depresif semptomlar geliştirme riskiyle karşı karşıya olabilecekleri ve tıbbî ve psikolojik müdahaleye ihtiyaç duyabilecekleri gerçeğinin farkında olmaları gerekir (64).

Hasta yakınının ailede destek aldığı kişiye göre mutsuzluk puanının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı( $p<0.05$ ). Yapılan post hoc Tukey testi sonucunda, mutsuzluk puanının anne ile çocuk ve kardeş arasında farklılaştığı ortaya çıktığı görüldü (Tablo 20). Annenin mutsuzluk duygusunu bastırmadığı belirlendi. Bu durum hastayla daha çok evde annenin ilgilenmesi, mesleğinin olmaması ve yeterli destek sistemlerinin olmamasıyla yani ülkemize ilişkin özelliklerle uyumludur.

Heru ve arkadaşlarının çalışmasında (2004) bakım sağlayıcıların yalnızca ( $n=12$ ) % 28'i diğer aile üyelerinden destek aldıklarını belirtmişlerdir (26).

Hasta yakınının hastanın iyileşebileceğini düşünme durumuna göre yaşam doyumu, öfke, kaygı ve duygu kontrol puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görüldü ( $p<0.05$ )(Tablo 21). Hastasının iyileşmeyeceğini düşünenlerin yaşam doyumlarının düşük olduğu ve duygularını kontrol edemedikleri belirlendi.

Kronik ruhsal hastalıklarda hastaların büyük bölümünün işsiz olması ailesine yaşamı boyunca maddi olarak bağımlı kalması sonucunu doğurmaktadır. Bu durum hem kendisine maddi olarak yetemeyen hem de kendi ihtiyaçlarını karşılamayacak durumda olan hastanın aile üzerinde duygusal bir baskı oluşturduğunu düşündürmektedir.

Literatürde bipolar bozukluğu olan hastaların bakım sağlayıcıları yüksek düzeyde yük altına girdiklerinde, hasta sonuçlarının da bundan olumsuz bir biçimde

etkilendiği bulunmuştur. Bu durumda hastalar aileden, aileler hastadan duygusal olarak etkilenmektedir (58).

Hasta yakınının başka kurumdan destek alma durumuna göre yaşam doyumu ve duygu kontrol durumu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görüldü ( $p<0.05$ ) (Tablo 22). Başka kurumdan destek alanların yaşam doyumlarının düşük olduğu ve duygularını kontrol edemedikleri görüldü. Yapılan çalışmada aileleri destekleyen sosyal bir desteğin olmadığı sadece maddi olarak yardım aldıkları belirlendi. Ailenin maddi olarak desteklenmesinin ailelerin gelir düzeyinin yetersizliğini gösterdiği düşünülmektedir. Bu durumda aileler ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekmekte ve ek olarak hastasının maddi olarak onlara yük getirmesi sonucunda duygularını ifade etmekten çekinmemekte ve yaşamdan beklentilerinin de düştüğü düşünülmektedir.

Ünal ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmalarında (2004) ) şizofreni grubunun ( $n=22$ ) %88i, bipolar bozuklukta ( $n=25$ ) %100'ü sosyal destek varlığı belirtmişlerdir (75).

Magliano ve arkadaşlarının(2005) şizofreni ve fiziksel bozukluğu olan hastaların aileleriyle yaptığı çalışmalarında; şizofreni hastalarının akrabaları tarafından hastayla ilgili acil durumlarda sağlanan sosyal destek ve yardım, fiziksel hastalığı olan hastaların yakınlarının sağladığı sosyal destek ve yardıma kıyasla çarpıcı bir biçimde düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Şizofreni grubunda, bu hastaların sosyal ağlarından ve profesyonellerden aldıkları desteğin daha düşük olduğunu ifade eden akrabalarının hem objektif hem de subjektif yükleri kayda değer derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (40).

Kronik ruhsal hastalığı olan kişilerin ailelerine hastanın hastalığına gösterdikleri psikolojik tepkilerin yönetimi, hastanın hastalığının doğası, seyri ve sonuçları ile ilgili bilgilerin sağlanması, hastanın semptomlarının yönetimi konusunda akrabalara eğitim sağlanması; ve özellikle şizofreni vakalarında akrabaların sosyal ağlarının desteklenmesi konularında destekleyici müdahaleler yapılabilir (38,40).

## 8. SONUÇ ve ÖNERİLER

### 8.1. Sonuç

Bu araştırma Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde psikiyatri kliniği ve polikliniğine başvuran 70 şizofreni ve 70 bipolar bozukluğu olan hastaların toplam 140 yakınıyla yapıldı.

Hasta yakınlarının yaşam doyumları ve duygu kontrol durumlarıyla hastaların demografik özellikleri arasındaki ilişki , hasta yakınlarının yaşam doyumları ve duygu kontrol durumlarıyla demografik özellikleri arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik planlanan ve gerçekleştirilen çalışmada elde edilen sonuçlar şöyle sıralanabilir:

♦ Çalışmaya katılan hastaların (N=140) sosyo demografik verilerine göre ;

- Yaşa göre dağılımda araştırmaya katılanların yaş ortalaması  $39.72 \pm (14.45)$  ve yaşlar 15 ile 76 arası idi.
- Cinsiyete göre dağılımda araştırmaya katılanların %53.6'sı (n=75)erkekti.
- Medeni hale göre dağılımda %44,3'ü(n=62) evli idi.
- Araştırmaya katılan hastaların %67,1'i (n=94) ilköğretim mezunu idi.
- Sağlık güvencesine göre %97.1'inin (n=136) sağlık güvencesi var idi.
- Araştırmaya katılan hastaların %44,3'ü (n=62) anne, baba, kardeş ile yaşamakta idi.
- Araştırmaya katılan hastaların %78,6'sı (n=110) daha önce tedavi gördüğü belirlendi.

♦ Çalışmaya katılan hasta ailelerinin (N=140) demografik verilerine göre ;

- Yaşa göre dağılımda araştırmaya katılan hasta yakınlarının yaş ortalaması  $32,1$ 'i (n=45) 41-50 yaş grubunda idi.
- Cinsiyete göre dağılımda araştırmaya katılanların %51,4'ü (n=72)kadın idi.
- Medeni hale göre dağılımda %82,9'u (n=116)evli idi.
- Araştırmaya katılan yakınların %76,4'ü (n=107) ilköğretim mezunu idi.
- Araştırmaya katılan yakınların %72,9'u (n=102) yaşamını kentte geçirmişti.
- Gelir düzeyine göre dağılıma bakıldığında hasta yakınlarının%57,9'unun (n=81)

gelir düzeyi orta idi.

- Araştırmaya katılanların yakınlık durumu incelendiğinde, %35,7'si (n=50) eş idi.
- Araştırmaya katılanların maddi olarak etkilenme durumuna bakıldığında %73,6'sı (n=103) hastanın rahatsızlığı nedeniyle olumsuz etkilendiğini ifade ettiği belirlenmişti.
  - ◆ Hasta ailelerinin yaşam doyumu ve duygu kontrol durumlarının hastaların demografik özelliklerinin sonuçlarına göre;
- Olguların hastalık tanısına göre yaşam doyumu ve duygu kontrol durumu faktörleri istatistiksel olarak anlamlıydı. Şizofreni hastasına sahip ailelerin yaşam doyumu düşük olduğu ve duygularını ifade etmekten çekinmedikleri belirlenmişti (p<0.05).
- Hastanın hastalık süresine göre olguların yaşam doyumu ve duygu kontrol durumu faktörleri korelasyonu incelendiğinde, hastalık süresinin yaşam doyumu, kaygı, mutsuzluk ve genel duygu kontrol puanları ile negatif yönde, istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki gösterdiği saptandı. Hastalık süresi arttıkça hasta yakınının yaşam doyumu, kaygı, mutsuzluk ve genel duygu kontrol durumu azalmaktaydı.(p<0,05).
- Hastanın medeni durumuna göre olguların yaşam doyumu ve duygu kontrol durumu faktörleri, öfke, mutsuzluk ve genel duygu puanları açısından istatistiksel farklılık gösterdiği saptandı. Hasta yakınları hasta boşanmış ise duygularını ifade etmekten çekinmediği görüldü. Eğer hasta evli ise hasta yakınlarının duygularını kontrol edemediği saptanmıştı. (p<0.05).
- Hastanın daha önce klinikte yatarak tedavi görme durumuna göre olguların yaşam doyumu, öfke ve genel duygu kontrol puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı. Hastanın daha önce klinikte yatma durumuna göre hasta yakınının yaşam doyumunun düşük çıktığı saptandı. Hasta yakınının hasta daha önce kliniğe yatmışsa öfkesini bastırmadığı belirlendi. Genel duygu kontrol durumları ise hasta yakınlarının duygularını ifade etmekten çekinmedikleri görüldü.(p<0.05).
- Hastanın hastanede yatış sayısına göre olguların yaşam doyumu ve öfke puanının

anlamli farklılık gösterdiği saptandı. Hastada kliniğe yatış sayısı arttıkça hasta yakınının duygusunu ifade etmekten çekinmediği belirlendi. ( $p<0.05$ ).

- Hastanın yıllık yatış sayısına göre olguların yaşam doyumu, kaygı ve genel duygu kontrol puanları istatistiksel olarak anlamli farklılık göstermişti. Hiç yatış olmayan hastanın ailesinin yaşam doyumu daha yüksek çıkmıştı. Gerektiğinde hastasını kliniğe yatıran hastanın ailesi kaygısını daha çok ifade ediyordu. Yılda iki kez yatışı olan hastanın ailesi kaygısını daha çok bastırıyordu ( $p<0.05$ )
- Hastanın çalışma durumuna göre mutsuzluk faktörünün anlamli çıktığı saptandı ( $p<0.05$ ). Hasta çalışmıyorsa olguların duygusunu kontrol edemediği görüldü. Mutsuzluğunu ifade ediyordu.

◆ Hasta ailelerinin demografik özelliklerine göre yaşam doyumu ve duygu kontrol durumu sonuçları:

- Olguların yaşa, cinsiyete, medeni duruma, yakınlık derecesine göre anlamli çıkmamıştır.
- Olguların gelir düzeyine göre yaşam doyumu puanı istatistiksel olarak anlamli farklılık gösterdiği saptandı( $p<0.05$ ). Yapılan post hoc Tukey testi sonucunda, gelir düzeyi kötü ile orta ve iyi; orta ile ise iyi gelir düzeyi anlamli farklılaştığı görüldü .
- Olguların hastalığın maddi yönden etkileme durumuna göre yaşam doyumu ve kaygı puanının istatistiksel olarak anlamli farklılık gösterdiği saptandı ( $p<0.05$ ).
- Olguların hastası için sağlık hizmeti kullanma sıklığına göre öfke ve kaygı puanlarının istatistiksel olarak anlamli farklılık gösterdiği belirlendi ( $p<0.05$ ). Yapılan post hoc Tukey testi sonucunda, öfke puanı ayda bir kez ile iki ayda bir ve iki ayda bir kez ile ise gerektiği durumda arasında; kaygı puanı ise iki ayda bir ve gerektiği durum arasında farklılaştığı saptandı.
- Olguların hastanın iyileşebileceğini düşünme durumuna göre yaşam doyumu, öfke, kaygı ve duygu kontrol puanları istatistiksel olarak anlamli farklılık gösterdiği görüldü ( $p<0.05$ ). Hastasının iyileşmeyeceğini düşünenlerin yaşam doyumları düşük ve duygularını kontrol edemedikleri belirlenmiştir.

- Olguların başka kurumdan destek alma durumuna göre yaşam doyumu ve duygu kontrol durumu faktör puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görüldü ( $p<0.05$ ).



## 8.2. Öneriler

Çalışma sonuçları doğrultusunda;

- Hastaneye yatan hastaların hastaneye kabulünden itibaren hasta ile ilgili ailesinin yaşadığı duygusal güçlüklerin saptanarak aileye psikolojik desteğin sağlanması,
- Taburculuk sürecinde aileyi taburculuk sonrası hasta ve hastalıkla yaşamaya hazırlamak için hasta yakınları ile bireysel veya grup görüşmeleri yapılması ve gerektiğinde görüşmelerin sürdürülmesi.
- Ayaktan tedavi edilen hastaların ailelerine hastanın hastalığı ile ilgili yaşadıkları güçlüklerin toplum sağlığı hemşiresi tarafından tespit edilerek ilgili sosyal desteğin sağlanması, düzenli ev ziyaretlerinin yapılması ve hastanın hastalığıyla ilgili yaşanan güçlüklerin erken safhada tespit edilerek ilgili kurumlara yönlendirilmesi,
- Hastalık sürecinde ailenin dayanma gücünü desteklemek ve geliştirmek için onların yararlanabilecekleri kaynak ve kurumların tanıtılması ve bunlarla iletişim kurmalarının sağlanması.
- Toplumun ruhsal sorunlarının önemi konusunda bilinçlendirilerek hizmete katılımının sağlanması,
- Ruh sağlığı ile ilgili örgütlenmede yer alan birimlerin (Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı ve Ruh Sağlığı Şube Müdürlükleri) güçlendirilmesi,
- Kronik ruhsal bozukluğu olan hastaların aile ortamları birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından düzenli ziyaret yapılarak, ailelerinin duygu durumunun saptanarak psikoeğitsel programlar oluşturulması.
- Hastaneye sık yatışı olan hastaların aile ortamlarının incelenmesi ve soruna yönelik çözümlerin belirlenmesi önerilebilir.

## 9. KAYNAKLAR

1. Aksaray G. (1999). Koruyucu ruh sağlığı. *Yeni Symposium Dergisi*, 37(3):55-59.
2. Avcı A. (2001). Şizofren Hasta Ailelerinin Aile Yükünün Belirlenmesi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç.Dr. N Bayraktar).
3. Avşaroğlu S., Deniz ME., Kahraman A. (2005). Teknik öğretmenlerde yaşam doyumu iş doyumu ve mesleki tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. *S.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14:115-129.
4. Ay FA.(2007). Mesleki temel kavramlar. İçinde: *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. Ed: FA Akça, İstanbul Medical Yayıncılık.
5. Başbüyük Ş. (2004). Psikiyatri Servisinde Yatan Hastaların Ailelerinin Hastanın Bakımıyla İlgili Yaşadıkları Güçlükler ve Stresle Başa Çıkma Stratejileri. M. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, (Danışman: Pof. Dr. A Özcan).
6. Bilgili M. (1995) Psikiyatrik olgularda toplumsal yargı, *Kriz Dergisi*, 3(1-2): 175-178.
7. Binay BA. (2005). Sosyal Destek, Sosyal Ağ, Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu: Duygu-Durum ve Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Kişiler ve Düzenli Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastalar Açısından Bir Karşılaştırma. M.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, (Danışman: Prof. Dr. Ü Yetim).
8. Cuijpers P, Stam H. (2000). Burnout among relatives of psychiatric patients attending psychoeducational support groups. *Psychiatric Services*, 51(3):375-379.
9. Çam O, Bilge A. (2007). Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8:215-223.
10. Danacı AE, Karaca N, Deveci A. (2005). Şizofreni hastalarında aile işlevselliği ile sosyal işlevsellik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Türkiye'de Psikiyatri*, 7(3):103-108.
11. Diener E, Larsen G. (1985). The satisfaction with life scale, *Journal of Personality Assessment*, 49(1):71-75.
12. Diener E, Sapyta JJ, Suh E. (1998). Subjective well-being is essential to well-being, *Psychological Inquiry*, 9(1):33-37.
13. Dixon L, McFarlane RW, Lefley H, Lucksted A, Cohen M, Falloon I, Mueser K, Miklowitz D, Solomon P, Sondheim D. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 52(7):903-910.

14. Doğan O. (2001). Şizofreni hastalarının evde bakımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(1):41-46.
15. Doğan O, Doğan S, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Doğan FB. (2002). Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Aileler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3:133-139.
16. Dündar D. (1999). Duygu Durum Bozukluğu ve Psikotik Hastalarda Aile Ortamı ve Bu Ortamın Hastaneye Yatış Sıklığına Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. N Aştı).
17. Ebrinç S, Çetin M, Başoğlu C, Ağargün MY, Seçil M, Can S, Çobanoğlu N. (2001). Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışavurumunun incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(1):5-14.
18. Eker D. (1991). Ailenin ve toplumun akıl hastalıkları ile ilgili tutumları. *Aile ve Toplum Dergisi*, 1(2):72-80.
19. Ermiş Y. (1998). Türk Aile Yapısında Tartışma ve Duygusal Gereksinimlerin Araştırılması, GATA Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara.
20. Glynn SM, Cohen AN, Dixon LB, Niv N. (2006). The potential impact of the recovery movement on family interventions for schizophrenia: Opportunities and obstacles. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3):451-463.
21. Greenberg JS, Knudsen KJ, Aschbrenner KA. (2006). Prosocial family processes and the quality of life of persons with schizophrenia, *Psychiatric Services*, 57:1771-1777.
22. Gülseren L. (2002). Şizofreni ve aile: Güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2):143-151.
23. Gümüş AB. (2002). Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin ve Yakınlarının Sağlık Eğitimi Gereksinimlerinin İncelenmesi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A Karaaslan).
24. Hamada Y, Ohta Y, Nakane Y. (2003). Factors affecting the family support system of patients with schizophrenia: A survey in the remote island of Tsushima. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57:161-168.
25. Heru MA, Ryan EC. (2004). Burden, reward and family functioning of caregivers for relatives with mood disorders: 1-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 83: 221-225.

26. Heru MA, Ryan CE, Vlastos K. (2004). Quality of life and family functioning in caregivers of relatives with mood disorders. *Psychiatry Rehabilitasyon J*, 28:67-71.
27. Hirst M. (2005). Carer distress: A prospective, population-based study. *Social Science & Medicine*, 61: 697–708.
28. Jungbauer J, Stelling K, Dietrich S, Angermeyer MC. (2004). Schizophrenia: problems of separation in families. *Journal of Advanced Nursing*, 47(6):605–613.
29. Kadri N, Manoudi F, Berrada S, Moussaoui D. (2004). Stigma impact on Moroccan families of patients with schizophrenia. *Can J Psychiatry*, 49(9):625-629.
30. Kaner S. (2004). Engelli çocukları olan ana babaların algıladıkları stres, sosyal destek ve yaşam doyumlarının incelenmesi. AÜ. Bilimsel araştırma projeleri. Ankara.
31. Karp DA, Tanarugsachock V. (2000). Mental illness, caregiving, and emotion management, *Qual Health Res*, 10(1):6-25.
32. Keady J. (2007). The role of the community psychiatric nurse, Old age psychiatric services. *Psychiatry*, 7:2.
33. Keser A. (2005). İş doyum ve yaşam doyum ilişkisi: Otomotiv sektöründe bir uygulama. *Çalışma ve Toplum*, 4:77-95.
34. Kılıç C. (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları.
35. Kıran F. (2002). Kronik psikiyatrik hasta yakınlarının yas tepkileri ve hastaya dönük tutumlarının değerlendirilmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd.Doç.Dr. A Dinç).
36. Koyama A, Aliyama T, Miyake Y, Kurita H. (2004). Family functioning perceived by patients and their family members in three diagnostic and statistical manual-IV diagnostic groups. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58:495–500.
37. Köker S. (1991). Normal ve Sorunlu Ergenlerin Yaşam Doyumu Düzeyinin Karşılaştırılması. A.Ü. Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. B Onur).
38. Lauber C, Eichenberger A, Luginbuhl P, Keller C, Rössler W. (2003). Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *European Psychiatry*, 18:285–289.

39. Magliano L. Families of people with severe mental disorders: difficulties and resources, Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Italy ,WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health
40. Magliano L, Fiorillo A, Rosa DC, Malangone C, Maj M. (2005). Family burden in long-term diseases: A comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Social Science & Medicine*, 61: 313–322.
41. Madianos M, Economou M, Dafni O, Koukia E, Palli A, Rogakou E. (2004). Family disruption, economic hardship and psychological distress in schizophrenia: can they be measured?. *European Psychiatry*, 19:408–414.
42. Marland GR, Sharkey V. (1999). Depot neuroleptics, schizophrenia and the role of the nurse: Is practice evidence based? A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 30(6):1255-1262.
43. Miklowitz JD, Wisniewski RS, Miyahara S, Otto WM, Sachs SG. (2005). Perceived criticism from family members as a predictor of the one-year course of bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 136 :101–111.
44. Montgomery RJV, Gonyea JG, Hooyman NR. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden, family relations, *The Family and Health Care*, 34(1):19-26.
45. Nolan P, Murray E, Dallender J. (1999). Practice nurses' perceptions of services for clients with psychological problems in primary care. *International Journal of Nursing Studies*, 36:97-104.
46. Ocaktan ME, Özdemir O, Akdur R. (2004) Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri. *Kriz Dergisi*, 12(2): 63-73.
47. Oflaz F. (2006). Psikiyatri kliniğinde tedavi edici ortam kavramı ve hemşirenin sorumlulukları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:55-61.
48. Ogilvie AD, Morant N, Goodwin GM. (2005). The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 7(Suppl. 1): 25–32.
49. Okanlı A, Ekin M. (2008). Meme kanserli hasta ve eşlerinin yaşam doyumları, duygu kontrol düzeyleri ve evlilik uyumlarının mastektomi öncesi ve sonrası karşılaştırılması. *Yeni Symposium Journal*, 46(1)=9-14.
50. Okanlı A, Erdem N, Karabulutlu YE. (2008). Hemodiyaliz hastalarında duygu kontrolü ve etkileyen faktörler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9:156-161.

51. Okyayuz ÜH. (1993). Toronto aleksitimi ölçeği ile Courtauld duygu kontrol ölçeğinin bir türk örnekleminde kullanılabilirlik koşullarının araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 4(1):18-23.
52. Okyayuz ÜH. (2004). Kanser ve behçet hastalarının ailelerinin duygudurum ve aile işlevleri açısından incelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 19(53):87-103.
53. Öncü B, Çevik A. (1999). Somatoform bozukluk tanısı alan hastalar: depresyon, anksiyete, yaşam doyumu, evlilik uyumları, duygu kontrol düzeyleri ve olumsuz yaşam olaylarının etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal Psychiatry*, 1:84-89.
54. Öz F. (2001). Hastalık yaşantısında belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1):61-68.
55. Öz F. (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar, İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ., Ankara.
56. Öztürk O. (1997). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 7. Baskı, Medikomat Basım Yayın, Ankara.
57. Pektaş İ, Bilge A, Ersoy MA. (2006). Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde epidemiyolojik çalışmalar ve toplum ruh sağlığı hemşireliğinin rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:43-48.
58. Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin J.F, Maciejewski PK, Sirey J, Struening E, Link BG. (2004). Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder. *Psychiatric Services*, 55(9):1029-1035.
59. Perlick DA, Hohenstein JM, Clarkin JF, Kaczynski R, Rosenheck RA. (2005). Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: A preliminary study, *Bipolar Disorders*, 7:126-135.
60. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Ögel K, Tamar D. (2001). Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(2):99-110.
61. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Uğuz Ş, Ögel K, Tamar D. (2003). Şizofrenisi olan hastaların yakınlarının şizofreniye yönelik tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(3):203-212.
62. Sayıl I. (Ed), (2004). Bireyden Topluma Ruh Sağlığı. Erler Matbaacılık, İstanbul.
63. Schalock RL. (2000). Three decades of quality of life. Focus on autism and other developmental disabilities. 15 (2):116-128.
64. Sherwood PR, Given CW, Given BA, Eye AV. (2005). Caregiver burden and depressive symptoms: Analysis of common outcomes in caregivers of elderly patients. *J Aging Health*, 17:125.

65. Soygür H. (1999). Şizofreni tedavisine genel bir bakış. *Psikiyatri Dünyası*, 3:83-90.
66. Soykan Ç. (2003). Öfke ve öfke yönetimi. *Kriz Dergisi*, 11(2):19-27.
67. Taşkın O., Şen SF, Aydemir Ö, Demet MM, Özmen E, İçelli İ. (2002). Türkiye’de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(3):205-214.
68. Tel H, Terakye G. (2000). Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoeğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(3):133-142.
69. Topaç E. (2004). Aile Bireylerinin Ruhsal Hastalıklara İlişkin Tutumları. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
70. Tuncel N, Şanlı T, Perk M. (1993). Halk Sağlığı Hemşireliği. Anadolu Üniversitesi Yayını, Wep ofset, Eskişehir.
71. Tüzer V. (2001). Kronik hastalıklar ve yeti yitiminde sistemik aile yaklaşımı. *Klinik Psikiyatri*, 4:193-201.
72. Tüzer V, Göka E. (2002). Aile terapisinin klinik psikiyatriye katkısı psikiyatrik hastalarda aileye yaklaşım ve uygulama. *Yeni Symposium*. 40 (3):111-117.
73. Tüzer V, Zincir S, Başterzi AD, Aydemir Ç, Kısa C, Göka E. (2003). Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duygu durumunun değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 6:198-203.
74. Ünal S. (2000). Şizofrenide öznel yaşantılar ve duyguların ifadesi. *Klinik Psikiyatri*, 3:131-136.
75. Ünal S, Kaya B, Çekem B, Özışık HI, Çakıl G, Kaya M. (2004). Şizofreni, iki uçlu duygudurum bozukluğu ve epilepsi hastalarında aile işlevlerinin karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4):291-299.
76. Ünal S, Çakıl G, Elyas Z. (2006). Taburculuk sonrası tedaviye gelmeyen psikotik hastaların özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:69-75.
77. Velioğlu P, Pektekin Ç, Şanlı T. (1997). Hemşirelikte Kişiler arası İlişkiler. Anadolu Üniversitesi Yayını, 5. Baskı, Wep ofset, Eskişehir.
78. Yıldız M, Gülşah AY, Erol A. (2005). Şizofrenide ruhsal ve toplumsal beceri eğitimi uygulaması grup eğitimi deneyimleri. *Türkiye’de Psikiyatri*, 7(1):25-32
79. Yurt V. (1996). Psikiyatride rehabilitasyon. İçinde: *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*. Ed: N. Kum, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 13:254-265.
80. Watson M, Greer S. (1983b). Development Of A Questionnaire Measure Of Emotional Control. *Journal Psychosom Res*, 27(4):299-305.

81. Wijngaarden BV, Schene AH, Koeter MWJ. (2004). Family caregiving in depression: Impact on caregivers' daily life, distress, and help seeking. *Journal of Affective Disorders*, 81:211– 222.



## 10. EKLER

### EK I:

| <b>Yaşam Doyumu Ölçeği</b> |                                                                         | Kesinlikle Katılmıyorum | Katılmıyorum | Kısmen Katılıyorum | Kararsızım | Kısmen Katılıyorum | Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|--------------------|------------|--------------------|-------------|------------------------|
| 1                          | Hayatım bir çok yönden idealimdekine yakın.                             |                         |              |                    |            |                    |             |                        |
| 2                          | Hayat şartlarım mükemmel.                                               |                         |              |                    |            |                    |             |                        |
| 3                          | Hayatımdan memnunum.                                                    |                         |              |                    |            |                    |             |                        |
| 4                          | Hayattan şimdiye kadar istediğim önemli şeyleri elde ettim.             |                         |              |                    |            |                    |             |                        |
| 5                          | Eğer hayata yeniden başlasaydım hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim. |                         |              |                    |            |                    |             |                        |

**EK II:****C.E.C.S**

İnsanların belirli duygular karşısındaki tutumlarından bazıları aşağıda sıralanmıştır. Bu tutumlardan her birinin içine ne sıklıkla girdiğinizi, karşısına X işareti koyarak belirtiniz. Lütfen A'dan U'ya kadar her bir tutum için, tek bir işaret koyun ve bu işlemi çok düşünmeden yapın.

| <b>ÖFKELİ OLDUĞUM ZAMAN</b>                  | <b>HEMEN<br/>HİÇ BİR<br/>ZAMAN</b> | <b>BAZEN</b> | <b>ÇOĞU<br/>ZAMAN</b> | <b>HEMEN<br/>HER<br/>ZAMAN</b> |
|----------------------------------------------|------------------------------------|--------------|-----------------------|--------------------------------|
| A-Sessiz kalırım                             |                                    |              |                       |                                |
| B-Konuşmak yada tartışmak istemem            |                                    |              |                       |                                |
| C-İçime atarım                               |                                    |              |                       |                                |
| D-Hissettiğim neyse söylerim                 |                                    |              |                       |                                |
| E-Olay çıkarmaktan kaçınırım                 |                                    |              |                       |                                |
| F-Duygularımı bastırırım                     |                                    |              |                       |                                |
| G-Kızgınlığımı gizlerim                      |                                    |              |                       |                                |
| <b>KAYGILI VE ENDİŞELİ<br/>OLDUĞUM ZAMAN</b> | <b>HEMEN<br/>HİÇ BİR<br/>ZAMAN</b> | <b>BAZEN</b> | <b>ÇOĞU<br/>ZAMAN</b> | <b>HEMEN<br/>HER<br/>ZAMAN</b> |
| H-Duygularımı belli ederim.                  |                                    |              |                       |                                |
| I-Sessiz kalırım                             |                                    |              |                       |                                |
| J-Bu konuda tek söz etmem                    |                                    |              |                       |                                |
| K-Başkalarına içimi dökerim                  |                                    |              |                       |                                |
| L-Hissettiğim neyse söylerim                 |                                    |              |                       |                                |
| M-İçime atarım                               |                                    |              |                       |                                |
| N-Duygularımı bastırırım                     |                                    |              |                       |                                |
| <b>MUTSUZ VE KEDERLİ<br/>OLDUĞUM ZAMAN</b>   | <b>HEMEN<br/>HİÇ BİR<br/>ZAMAN</b> | <b>BAZEN</b> | <b>ÇOĞU<br/>ZAMAN</b> | <b>HEMEN<br/>HER<br/>ZAMAN</b> |
| O-Bu konuda tek söz söylemem                 |                                    |              |                       |                                |
| P-Mutsuzluğumu gizlerim                      |                                    |              |                       |                                |
| Q-Yılgın görünmem                            |                                    |              |                       |                                |
| R-Sessiz kalırım                             |                                    |              |                       |                                |
| S-Duygularımı belli ederim                   |                                    |              |                       |                                |
| T-Duygularımı bastırırım                     |                                    |              |                       |                                |
| U-İçime atarım                               |                                    |              |                       |                                |

### EK III:

#### HASTA YAKINI İÇİN ANKET FORMU

Bu anket formu “**Psikiyatri Hastalarının Yakınlarının Duygu Kontrol Durumları ve Yaşam Doyumları**” isimli tez çalışması için hazırlanmıştır. Aşağıda belirtilen soruları dikkatli bir şekilde okuyarak cevaplamanız rica olunur. Bilgileriniz saklı kalacaktır.

M.Ü.H.Y.O Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Öğrencisi  
Hatice AYDEMİR

Anketin uygulandığı tarih.....

#### HASTANIZIN;

1. Klinik teşhisi nedir?.....
  2. Sağlık güvencesi nedir?  
a) Var b)Yok
  3. Hastanız ne kadar süredir rahatsız?.....
  4. Yaşı?.....
  5. Cinsiyeti?  
a) Kadın b)Erkek
  6. Medeni Durumunu nedir?  
a)Evli b)Bekar c)Boşanmış d)Eşini kaybetmiş
  7. Eğer evli ise çocuğu var mı?  
a)Evet b)Hayır
  8. Cevabınız evet ise kaç tane çocuğu var?  
a)1 b)2 c)3 d)4 ve üzeri
  9. Eğitim durumu nedir?  
a)Okuryazar Değil b)Okuryazar c)İlkokul d)Ortaokul e)Lise  
f)Diğer(.....)
  10. Şu anda kimlerle birlikte yaşıyor?  
.....
  11. Daha önce klinikte yatarak tedavi gördü mü?  
a)Evet b)Hayır
  12. Cevabınız evet ise şimdiye kadar toplam kaç kez yatarak tedavi gördü?  
a)1kez b)2 kez c)3kez d)4 e)Diğer(.....)
  13. Yılda kaç kez klinikte yatarak tedavi gördü?  
a)1kez b)2 kez c)3kez d)4 ve üzeri
- #### HASTA YAKINI İÇİN TANITICI BİLGİ FORMU;
1. Yaşınız?  
a)20-30 b)31-40 c)41-50 d)51-60 d)61 ve üstü
  2. Cinsiyetiniz nedir?  
a) Kadın b)Erkek
  3. Medeni Durumunuz nedir?  
a)Evli b)Bekar c)Boşanmış d)Eşini kaybetmiş
  4. Hastanıza yakınlık dereceniz nedir?.....

5. Eğitim durumunuz nedir?  
a)Okuryazar Değil b)Okuryazar c)İlkokul d)Ortaokul e)Lise  
f)Diğer(.....)
6. Nerede oturuyorsunuz?  
a)Şehir merkezi b)İlçe c)Kasaba d)köy
7. Hastanızın dışında sorumluluğunu taşıdığınız kişi ya da kişiler var mı?  
a)Eş b)Çocuk c) Yaşlı anne d)Yaşlı baba e)Kardeş  
f)Diğer(.....)
8. Mesleğiniz Nedir?  
a) Memur(devlet/özel) b)İşçi c)Esnaf d)Hiçbir yerde çalışmıyor  
e)Ev hanımı f)Çiftçi g)Diğer(.....)
9. Size göre gelir düzeyiniz nasıl?  
a)Kötü b) Orta c)İyi d)Çok iyi
10. Hastanızın rahatsızlığı sizi maddi olarak etkiledi mi?  
a)Hayır b)Evet  
(belirtiniz.....)
- 11 Ne kadar sıklıkla sağlık hizmetinden yararlanıyorsunuz?  
.....
12. Hangi durumlarda sağlık hizmetinden yararlanıyorsunuz?  
a)İlaç yazdırmak için  
b)Doktorun düzenlediği kontrollere göre gelirim  
c)Hastamda hemen değişiklik fark ettiğimde gelirim  
d)Hastam kontrol edilemeyecek düzeydeyse gelirim  
e)Diğer.....
13. Ailenizde başka psikiyatrik tedavi gören var mı?  
a)Evet(Belirtiniz.....) b)Hayır
14. Sizin kronik bir rahatsızlığınız var mı?  
a)Evet (Belirtiniz.....) b)Hayır
15. Ailenizde en çok destek aldığınız kişi kim?  
a)Eş b)Anne c)Baba d)Çocuk e)Kardeş f)Diğer.....
16. Hastanızın iyileşebileceğini düşünüyor musunuz?  
a) Evet b)Hayır(Nedeni.....)
17. Hastanızın hastalığı hakkında bilgi sahibi misiniz?  
a)Evet b)Hayır
18. Sağlık personelinde hastanız hakkında ne tür bir beklentiniz var?  
.....
19. Duygularınızı nasıl yaşarsınız?  
a)Hiç kimse ile paylaşmam  
b)Yalnızca çok yakınım ile paylaşırım.  
c)Arkadaş dost toplantılarında paylaşırım.  
d)Sağlık profesyonelleri ile paylaşırım.
20. Hastane dışında hastanızın bakımı ve tedavisi ile ilgili sosyal destek aldığınız kurumlar var mı?  
.....
21. Hastanın çalışma durumu.....

**EK IV:**

**T.C  
SAĞLIK BAKANLIĞI**

**Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği**

Sayı: B-10-4-ISM-4-54-00-13/  
3496

25/06/2007

Kısım:Özlük

Konu: Hatice AYDEMİR

**İLGİLİ MAKAMA**

İlgi: 25.06.2007 tarih ve bila sayılı yazınız.

Hemşire Hatice AYDEMİR' in Hastanemiz Başhekimliğine vermiş olduğu 25.06.2007 tarih ve 1914 sayılı yazısı incelenmiş olup; Psikiyatri Hastalarının Yakınlarının Duygu Kontrol Durumları ve Yaşam Doyumları konulu Yüksek lisans tez çalışması anketini hastanemiz Psikiyatri Kliniği ve Polikliniğinde yapması uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz ve rica ederim.

**T.C.  
Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Başhekimliği  
Op.Dr. Mustafa HARBABAŞ  
Doç. Dr. Oğuz B. Şenel  
Dip. Test No**

./06/2007 Mem.A.ARI

./06/2007 Müd.Yar.L.CUMHUR /'

./06/2007 Müd.A.KEMİKSİZOĞLU



## 11. ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

|            |                             |              |             |
|------------|-----------------------------|--------------|-------------|
| Adı        | Hatice                      | Soyadı       | OKSAL       |
| Doğum Yeri | Bolvadin                    | Doğum Tarihi | 20.05.1980  |
| Uyruğu     | TC.                         | TC Kimlik No |             |
| E-mail     | Haticeaydemir2003@yahoo.com | Tel          | 05055034409 |

### Eğitim Düzeyi

|        |                                          |                |
|--------|------------------------------------------|----------------|
|        | Mezun Olduğu Kurumun Adı                 | Mezuniyet Yılı |
| Lisans | Sakaraya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu | 2005           |
| Lise   | Çay Sağlık Meslek Lisesi                 | 1998           |

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

|    | Görevi                          | Kurum                                 | Süre (Yıl - Yıl) |
|----|---------------------------------|---------------------------------------|------------------|
| 1. | İntaniye Servis Hemşireliği     | Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 1999/2000        |
| 2. | Dahiliye Servis Hemşireliği     | Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 2000/2001        |
| 3. | Genel Yoğun Bakım Hemşireliği   | Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 2001/2003        |
| 4. | Koroner Yoğun Bakım Hemşireliği | Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 2003/2006        |
| 5. | Psikiyatri Servis Hemşireliği   | Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 2006/.....       |

|                 |                   |          |        |
|-----------------|-------------------|----------|--------|
| Yabancı Dilleri | Okuduğunu Anlama* | Konuşma* | Yazma* |
| İngilizce       | Orta              | Zayıf    | Orta   |

### Bilgisayar Bilgisi

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| Program              | Kullanma becerisi |
| Microsoft Word       | Çok iyi           |
| Microsoft Powerpoint | Çok iyi           |
| Microsoft Excel      | Orta              |

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

### Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Sertifika/Ödülleri/Diğer

|               |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Program       | Kullanma becerisi                                                                                                                                                                                                                                 |
| İZMİR,2005    | II . ULUSAL YOĞUNBAKIM HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ (2005) Poster Sunumu ( Sakarya Devlet Hastanesi Koroner yoğun bakımda yatan hastaların hemşirelik bakımına yönelik memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi)                                         |
| İSTANBUL,2007 | 6. ULUSAL HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİ KONGRESİ ‘Uluslararası Katılımlı’ (26-29 Haziran 2007) Poster Sunumu (Bir Kamu Kuruluşunda Acil, Diyaliz ve Yoğun Bakım Klinik Hemşirelerinin Katıldıkları Mezuniyet Sonrası Eğitim Programlarının Belirlenmesi) |

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ANTALYA,2007  | Poster Sunumu (Sakarya Merkez Sağlık Kurumlarında Hemşire ve Ebelerin Kan Transfüzyonuna İlişkin Uygulamaların İncelenmesi )                                                                                                                                                                   |
| İSTANBUL,2008 | II. ULUSAL PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ GÜNLERİ<br>Poster Sunumu(1. İntihar Girişimi ile Acil Servise Başvuran Olguların Sosyodemografik Özellikler ve Depresyon Belirtileri Yönünden İncelenmesi. 2. Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinin İlk Üç Yılıının Değerlendirilmesi. |