

BEGÜM ÇAMLI

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2019



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**BİPOLAR BOZUKLUK TANISI ALAN HASTALARIN BİRİNCİL
BAKIM VERİCİLERİNİN ALGILADIĞI BAKIM YÜKÜ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

BEGÜM ÇAMLI

**DANIŞMAN
DR. ÖĞRETİM ÜYESİ SEVİL YILMAZ**

**RUH SAĞLIĞI VE PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

İSTANBUL-2019



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



YÜKSEK LİSANS TEZİ

**BİPOLAR BOZUKLUK TANISI ALAN HASTALARIN BİRİNCİL BAKIM
VERİCİLERİNİN ALGILADIĞI BAKIM YÜKÜ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

BEGÜM ÇAMLI

**DANIŞMAN
DR. ÖĞRETİM ÜYESİ SEVİL YILMAZ**

**RUH SAĞLIĞI VE PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

İSTANBUL-2019

Bu çalışma 11.07.2019 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ruh sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Dr.Öğr.Üyesi Sevil YILMAZ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

~~Prof. Dr. Sevinç BUZLU~~
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Dr.Öğr.Üyesi Gül DİKEÇ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Hamidiye Hemşirelik Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda 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.

BEGÜM ÇAMLI (İmza)



İTHAF

“Bu tezi; elimi ve yüreğimi ölene dek hiç bırakmayan, sevgisi hayat yolumu aydınlatmaya her zaman devam eden rahmetli babam Faruk ÇAMLI'ya ve hayatımın en önemli varlıkları olan canım aileme ithaf ediyorum.”

TEŞEKKÜR

Araştırmamın her aşamasında, zorlandığım her noktada ilgisi, sabrı ve tecrübesi ile desteğini hissettiren, değerli bilgilerini paylaşarak bana rehberlik eden tez danışmanım Sayın Dr. Öğretim Üyesi Sevil Yılmaz'a;

Benim uzmanlık alanımın psikiyatri hemşireliği olması gerektiğini farketmemi sağlayan çok değerli hocam Sayın Prof. Dr. Sevim Buzlu'ya;

Yüksek Lisans eğitimim süresince bana çok önemli katkıları olan değerli hocalarım Sayın Prof.Dr. Yasemin Kutlu'ya, Prof.Dr.Leyla Küçük'e, Doç.Dr.Hülya Bilgin'e ve Dr. Öğretim Üyesi Özge Sükut'a;

Çalışmamı sürdürmemde yardımlarını ve desteğini esirgemeyen İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Anabilim Dalı asistan doktorlarından Eser Aydın'a ve tüm hemşirelerine, asistanlarına, personeline,

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve zamanını benimle paylaşan değerli bakım vericilere,

Hayatımın her döneminde benimle birlikte yol alan, yorulduğumda manevi desteğiyle beni her defasında motive eden canım annem Emine ÇAMLI'ya ve canım ağabeyim Semih ÇAMLI'ya,

Ve ismini sayamadığım katkıda bulunan herkese gönülden teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİ
ÖZET	Xİİ
ABSTRACT.....	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Bipolar Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar	4
2.1.1. Etiyoloji	4
2.1.2. Epidemiyoloji	7
2.1.3. Eş Tanı.....	9
2.1.4. Tanı.....	10
2.1.5. Tedavi	11
2.2. Bakım Verme ve Bakım Yüğü	16
2.2.1. Bakım Verme ve Bakım Veren/ Verici	16
2.2.2. Bakım Yüğü.....	20
2.3. Bakım Verenlerin Yaşadığı Bakım Yüğü Azaltmada Hemşirenin Rolü.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Amacı ve Deseni	27
3.2. Araştırmanın Değişkenleri	27
3.3. Araştırma Soruları	27
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	27
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	27
3.6. Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçları.....	28
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu	28
3.6.2. Bakım Verenlerin Yüğü Envanteri.....	28

3.7. Araştırma Süreci.....	29
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	29
3.9. Araştırmanın Analizi	30
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	30
4. BULGULAR.....	31
4.1. Bakım Verici ve Bakıma İlişkin Özelliklere Yönelik Bulgular	31
4.2. Bipolar Hastaların Bakım Verenlerinin Algıladığı Bakım Yükü.....	34
4.3. Bakım Verici ve Bakıma İlişkin Özellikler İle Bakım Verenlerin Yükü Envanterinin Karşılaştırılması	34
4.4. Hasta ve Bakım Verenlere Ait Değişkenler ile Bakım Yükü Arasındaki İlişki	56
5. TARTIŞMA.....	57
5.1. Bakım Veren ve Bakım Verilen Birey ile Bakıma İlişkin Özelliklerin Tartışılması	57
5.1.1. Bakım Verene Ait Demografik Özellikler	57
5.1.2. Bakım Vermeye İlişkin Özellikler.....	60
5.1.3. Bakım Verilen Hastaya Ait Özellikler	63
5.2. Bakım Vericiler ve Bakım Verilen Bireye Ait Özelliklere Göre Bakım Yükünün Karşılaştırılması	66
6. SONUÇLAR.....	73
7. ÖNERİLER.....	76
8. KAYNAKLAR.....	77
9. FORMLAR.....	95
10. ETİK KURUL KARARI.....	104
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	112
ÖZGEÇMİŞ.....	113

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Bakım Vericiye Ait Demografik Özelliklerin Dağılımı	31
Tablo 2: Hastanın Bakımına İlişkin Özelliklerin Dağılımı	32
Tablo 3 : Hasta Bakım Süresine Ait Özellikler	33
Tablo 4 : Bakım Verilen Hastaya Ait Özelliklerin Dağılımı	33
Tablo 5 : Bakım Verenlerin Yükü Envanterinin Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular	34
Tablo 6 : Bakım Verenin Cinsiyeti ile Bakım Veren Yükü Envanterinin Karşılaştırılması	35
Tablo 7 : Bakım Verenin Medeni Durumu ile Bakım Veren Yükü Envanterinin Karşılaştırılması	36
Tablo 8: Bakım Verenin Eğitim Durumu ile Bakım Veren Yükü Envanterinin Karşılaştırılması	37
Tablo 9: Bakım Verenin Çalışma Durumu ile Bakım Veren Yükü Envanterinin Karşılaştırılması	38
Tablo 10 : Bakım Verenin Gelir Durumu ile Bakım Veren Yükü Envanterinin Karşılaştırılması	39
Tablo 11: Bakım Verenin Yakınlık Derecesi ile Bakım Veren Yükü Envanterinin Karşılaştırılması	40
Tablo 12 : Bakım Verenin Fiziksel Bir Hastalığa Sahip Olma Durumu ile Bakım Veren Yükü Envanterinin Karşılaştırılması	41
Tablo 13 : Bakım Verilen Hastayla Aynı Evde Yaşama Durumu ile Bakım Veren Yükü Envanterinin Karşılaştırılması	42
Tablo 14 : Bakım Verenin Bakım Vermeyi Gönüllü Kabul Etme Durumu ile Bakım Veren Yükü Envanterinin Karşılaştırılması	43
Tablo 15: Bakım Verenin Hastadan Başka Bir Başkaya Bakım Verme Tecrübesi ile Bakım Veren Yükü Envanterinin Karşılaştırılması	44
Tablo 16 : Bakım Verenin Manevi Durumunu (Dini inanç ve uygulamalar) Değerlendirmesi ile Bakım Veren Yükü Envanterinin Karşılaştırılması	45
Tablo 17 : Bakım Verenin Manevi Durumunun Rahatlatması ile Bakım Veren Yükü Envanterinin Karşılaştırılması	46
Tablo 18 : Bakım Verenin Rollerini Yerine Getirmede Güçlük Yaşama Durumu ile Bakım Veren Yükü Envanterinin Karşılaştırılması	47

Tablo 19 : Bakım Verenin Bakım Verirken Başka Birinden Destek Alma Durumu ile Bakım Veren Yüğü Envanterinin Karşılaştırılması	48
Tablo 20 : Bakım Verenin Hastanın Tedavisiyle Başa Çıkmada Eğitim Alma Durumu ile Bakım Veren Yüğü Envanterinin Karşılaştırılması	49
Tablo 21 : Bakım Verenin Bakımda Başka Birinin Yardımına İhtiyaç Duyma Sıklığı ile Bakım Veren Yüğü Envanterinin Karşılaştırılması	50
Tablo 22 : Hastanın Eşlik Eden Başka Ruhsal/Fiziksel Hastalığa Sahip Olma Durumu ile Bakım Veren Yüğü Envanterinin Karşılaştırılması	51
Tablo 23 : Hastada Belirtilerin Görölme Sıklığı ile Bakım Veren Yüğü Envanterinin Karşılaştırılması	52
Tablo 24 : Hastaların Bakım Verene Şiddet Uygulama Sıklığı Bakım Verenin Bakımda Başka Birinin Yardımına İhtiyaç Duyma Sıklığı ile Bakım Veren Yüğü Envanterinin Karşılaştırılması	53
Tablo 25 : Hastaların Kontrole Düzenli Gelme Durumu ile Bakım Veren Yüğü Envanterinin Karşılaştırılması	54
Tablo 26 : Hastaların İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumu ile Bakım Veren Yüğü Envanterinin Karşılaştırılması	55
Tablo 27 : Hastalara ve Bakım Verenlere Ait Değişkenler ile Bakım Verenlerin Yüğü Envanteri Alt boyutları Arasındaki İlişki	56

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Bipolar ve İlişkili Bozuklukların Sınıflandırılması	11
--	----



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ – Dünya Sağlık Örgütü

BB – Bipolar Bozukluk

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

BVYE – Bakım Verenlerin Yükü Envanteri

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

Vb - Ve Benzeri



ÖZET

Çamlı, B. (2019). Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Hastaların Birincil Bakım Vericilerinin Algıladığı Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu araştırma, bipolar bozukluk tanısı konmuş hastaların birincil bakım vericilerinin algıladığı bakım yükü ve etkileyen faktörleri belirlemek amaçlı, tanımlayıcı desende gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini İstanbul'da bir üniversite hastanesinin Psikiyatri Anabilim dalına bağlı tüm poliklinikler ve yatan hasta servislerindeki bipolar tanımlı hastaların çalışmaya katılmayı kabul eden bakım vericileri oluşturdu. Veriler Kişisel Bilgi Formu ve Bakım Verenlerin Yükü Envanteri ile Mart - Eylül 2018 tarihleri arasında toplandı. Veriler ortalama on beş dakika içerisinde yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Verilerin analizinde, Kolmogorov Smirnov testi, Mann Whitney U testi, Bağımsız Örneklem T testi, Kruskal Wallis H testi, One-Way Anova, LSD ve Dunn's testleri, Spearman ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Bakım vericilerin yaş ortalamasının $38,36 \pm 11,69$ yıl olduğu ve %60,4'ünü kadınların oluşturduğu bulundu. Bakım Yükü Envanteri puan ortalaması $41,99 \pm 19,90$ olup yük derecesinin orta olduğu, alt boyut puan ortalamasından alınan en yüksek puanın gelişimsel yük alt boyutunda ($12,35 \pm 5,25$) olduğu görüldü. Bipolar hastaların bakım veren çocukları ile zaman bağımlılık yükü alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p < 0,05$). Hastaya haftada bakım verme günü ile zaman-bağımlılık yükü alt boyutu arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulundu ($p < 0,001$). Bakım verdiği hasta ile aynı evde yaşayan bakım vericilerin zaman bağımlılık alt boyundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı bulundu ($p < 0,05$). Manevi durumunu zayıf olarak değerlendirenler, rollerini yerine getirmede genellikle güçlük yaşayanlar, bakımda başka birinin yardımına sıklıkla ihtiyaç duyanlar ile hastaları tarafından şiddete uğrayan bakım vericilerin envanterin alt boyutlarından ve toplam puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı görüldü. Bunun yanısıra, bakım vericilerin sosyodemografik özellikleri ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bakım verenlerin farklı sosyoekonomik düzeylerde ve kurumlardan olduğu daha büyük bir örneklem grubuyla bakım yükünü inceleyen karşılaştırmalı araştırmaların yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: bakım veren, bakım yükü, bipolar bozukluk, psikiyatri hemşireliği

ABSTRACT

Çamlı, B. (2019). Perceived Care Burden and Related Factors in Primary Caregivers of Patients Diagnosed with Bipolar Disorder. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing. Master Thesis. İstanbul.

This study was carried out in a descriptive design in order to determine perceived care burden primary caregivers and the related factors. The sample of the study consisted of caregivers who accepted to participate in the study of patient with bipolar disorder in all outpatient clinics and inpatient clinics of a university hospital in İstanbul. Data were collected by Personal Information Form and Carergivers' Burden Inventory between March - September 2018 via face-to-face survey technique within an average of fifteen minutes. Kolmogorov Smirnov test, Mann Whitney U test, Independent Sample t test, Kruskal Wallis H test, One-Way ANova, LSD and Dunn's tests, Spearman and Pearson correlation analysis were used for data analysis.

This research indicated that 60.4% of the caregivers were women and the average age was $38.36 \pm 11,69$ years. The average inventory score was $41.99 \pm 19,90$ and the burden level was moderate. The highest subscale score was observed in the developmental burden subscale as 12.35 ± 5.25 . A statistically significant difference was found between the caregiving children of patient with bipolar disorder and the time-addiction burden subscale ($p < 0.05$). A statistically significant positive correlation was found between the number of days to give care to the patient and the time-addiction burden subscale ($p < 0,001$). It was found that the caregivers living in the same home with the patient their cared, had a significantly higher score than the time-addiction burden subscale ($p < 0,05$). Those caregivers who evaluate their spiritual status as weak, who often have difficulty in performing their role, who often need help from someone else in care, and those who were subjected to violence by their patients; were scored as statistically significant and higher compared to others in the total score of inventory and the most of burden subscales. In addition, no significant relationship was found between sociodemographic characteristics of caregivers and care burden. It might be recommended to conduct comparative studies on the care burden with a larger sample of caregivers from different socioeconomic levels and institutions.

Key Words: caregiver, care burden, bipolar disorder, psychiatric nursing

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar Bozukluk, toplumda yaygınlığı %1 olarak görülen (Arısoy ve Oral 2009), genellikle adölesan dönemde başlayan, tekrarlayan şekilde mani, hipomani, depresyon ya da karma belirtilerin görüldüğü duygudurum dönemleri ile özelleşmiş, bu dönemler arasında belirtilerin yatıştığı bir duygudurum bozukluğudur (Eroğlu Zengin ve Özpoyraz 2010; Beentjes ve ark. 2012; Yeloğlu ve Hoccoğlu 2017). Dünyada fiziksel ve psikiyatrik hastalıklar arasında yeti kaybına (disability) neden olan altı hastalıktan biri olduğu belirtilmektedir (Reinares ve ark. 2006).

Ogilvie ve arkadaşlarının (2005) makalesinde, bipolar bozukluğun iskemik kalp rahatsızlıkları ve kardiyovasküler hastalığa göre daha düşük yaşam kalitesine ve daha fazla üretkenlik kaybına neden olduğu bildirilmiştir. Aynı makalede; bipolar bozukluk Amerikalılarda en külfetli hastalık olarak, Avrupalılarda ise en külfetli üçüncü hastalık olarak bildirilmektedir (Ogilvie ve ark. 2005).

Psikososyal sorunlar, çalışma ile ilgili ve ekonomik problemler, evlenememe, madde kullanımı, nöropsikolojik yetersizlikler ve özkıyım hastalığının oluşturduğu sonuçlardan bazılarıdır (Reinares ve ark. 2006). Ganguly ve arkadaşlarının (2010) yaptığı bir çalışmada, mani dönemindeki hastaların sosyal işlev bozuklukları nedeniyle rollerini ve sorumluluklarını yerine getiremedikleri bildirilmiştir. Bu nedenle bipolar bozukluk hem hasta bireyde ve bakım vericide hem de toplumsal düzeyde fiziksel, psikososyal ve ekonomik sorunlara neden olan önemli bir bozukluktur (Ogilvie ve ark. 2005; Perlick ve ark. 2008).

Hastalık bireyi olduğu kadar ailedeki tüm üyeleri etkileyen ve yeni uyum yapmasını gerektiren bir durumdur (Dökmen 2012). Bipolar bozukluk yalnızca hasta bireyi etkilemekle kalmaz; aile ve bakım vericilerinin yaşam kalitesini de derinden etkiler (Pompili ve ark. 2014). Hastanın taburcu olup ailenin yanına dönmesiyle bakım verme rolü aileye geçmektedir. Toplumsal veya sağlık sistemindeki değişikliklere rağmen aileler, hala hastanın bakımında en önemli rolü üstlenmektedir (Gülseren 2010; Çetinkaya Duman ve Bademli 2013).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleri karmaşık ve güç duygusal tepkiler yaşarlar. Yapılan çalışmalarda; ailelerin stres, anksiyete, depresyon, utanç, suçluluk,

korku, çaresizlik, öfke, endişe, umutsuzluk gibi duygular yaşadıkları belirtilmektedir (Gülseren 2010; Çetinkaya Duman ve Bademli 2013).

Bipolar bozuklukta bakım verenlerde zorlanma yaratan durumlar daha çok hastalığın epizodik doğasıyla ilişkilidir (Ogilvie ve ark. 2005). Taburculuk sonrası hastanın belirtilerinde iyileşme gözlenirken, işlevselliğin geri kazanılması daha zor ve yavaş olabilmektedir. Her bir epizod hasta ailesi için stres yaratan bir durumdur; hasta iyi olsa bile yeni bir atak geçirecek korkusu ailede sıkıntı yaratmaktadır (Reinares ve ark. 2006). Nitekim hastaların önemli bir kısmında remisyon sırasında dahi rezidüel belirtiler görülmeye devam edebilmektedir.

Hastanın işlevselliğindeki bozulmalar aileye yeni rol ve sorumluluklar yüklemektedir. Bakım verenlerin aile, iş ve sosyal yaşamlarındaki sorumluluklara ilave ettikleri bu yeni sorumluluk, bakım veren yüküne sebep olabilmektedir (Atagün ve ark. 2011). Zarit ve ark. (1980), bakım yükünü, “*bakım verme esnasında karşılaşılan fiziksel, psikolojik, sosyal veya finansal tepkiler olarak*” olarak tanımlamıştır (Kaynak: Atagün ve ark. 2011 p. 515). En geniş şekilde bakım veren yükü, bakım rolünü üstlenme ile beraber oluşan ruhsal ve fiziksel sağlık alanında ortaya çıkan sorunlar, sosyal yaşamla ilgili ve ekonomik sıkıntılar, aile içindeki etkileşim sorunları ve kontrolünü kaybetme endişesi gibi subjektif ve objektif olarak ortaya çıkan sonuçlar diye tanımlanabilir (Orak ve Sezgin 2015). Reinares ve arkadaşlarının (2006) yaptığı bir çalışmada, en az üç aydır remisyonunda olan 86 Bipolar (I ve II) bozukluğu olan hasta ve yakını ile görüşülmüş; bakım verenin algıladığı öznel yük ile hastanın zayıf sosyal ve mesleki işlevselliği, son iki yıl içinde geçirilmiş bir atak varlığı, hızlı döngülülük öyküsü ve bakım verenin hastanın ilaç alımından sorumlu olması arasında anlamlı derecede ilişki bulunmuştur.

Bakım verenlerin hasta bireyin bakımını üstlenmesi ile ilişkinin niteliği de değişmekte ve hasta-bakım veren ilişkisine dönüşmektedir. Literatüre bakıldığında, Bauer ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, kadın bakım vericilerin daha çok ilişki kalitesinde sorun yaşadıkları, erkek bakım vericilerin ise otonomi sınırlanmasından, hastanın muhakeme yetisinin bozulmasından, hastalık semptomlarının belirsizliğinden sorun yaşadıkları bildirilmiştir.

Yapılan başka bir çalışmada ise, bipolar bozukluk tanılı bir üyesi bulunan aile üyelerinin üzerindeki yükün, sağlık hizmetlerinin kullanımını arttırdığı ve psikososyal girişimlerle azaltılabileceği bildirilmiştir (Perlick ve ark. 2005). Literatürde bakım

verenlerin özellikleri ve sorunları-yüklerinin tanınması ile ruhsal yönden risk grubundaki bu kişilerin saptanması, gereksinimlerine uygun desteğin ve sağlık hizmetinin verilmesinin sağlanabileceği belirtilmektedir (Sezgin ve Orak 2005).

Bipolar bozukluğun çeşitli etkilerine rağmen; şizofreni, demans, unipolar depresif bozukluk gibi diğer psikiyatrik hastalıklarla yapılan çalışmalarla kıyaslandığında, literatürde bipolar bozuklukta bakım yükünü inceleyen çalışma sayısı görece olarak azdır (Ogilvie ve ark. 2005). Aynı zamanda bipolar bozukluğun döngülü doğası gereği, diğer psikiyatrik hastalıklara bağlı yaşanan bakım yüküne göre değişiklik gösterebileceği belirtilmektedir (Ogilvie ve ark. 2005; Atagün ve ark 2011).

Ülkemizde söz konusu alanda yeterince çalışma olmadığı düşüncesinden yola çıkılarak bu çalışmada, bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin ailelerinde bakım veren üyelerin algıladıkları yük ve etkileyen faktörleri belirlemek amaçlandı. Bu konunun ele alınması, bipolar bozukluk tanılı hasta ve bakım vericileriyle çalışan psikiyatri hemşirelerinin ve sağlık alanındaki diğer profesyonellerin, bu grubun yaşadığı zorlukları ve etkileyen faktörleri tanınması, uygun girişimleri planlayıp uygulayabilmesi açısından önemlidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bipolar Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar

Bipolar bozukluk (BB) en geniş tanımı ile, yineleyen duygudurum değişiklikleri (mani-depresyon) dönemleri ile karakterize, dönemler arası tamamen sağlıklı bir duygudurum haline dönülen ya da minimal belirtilerle süren; genellikle kronik seyreden, mesleki, ailesel ve sosyal alanlarda işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açan ve yüksek mortalite, morbidite oranlarına sahip bir duygudurum bozukluğudur (Maj ve ark.2003; Eroğlu Zengin ve Özpoyraz 2010; Yeloğlu ve Hocaoğlu 2017). Bipolar bozukluk; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün bildirdiğine göre, tıbbi rahatsızlıkların tamamı değerlendirildiğinde altıncı sırada yeti yitimine neden olduğu için ciddi bir öneme sahiptir (Demirel ve ark.2012). Türkiye'nin hastalık yükünü belirlemede kullanılan temel ölçüt olan Yetiyitimine Ayarlanmış Yaşam Yılıının (DALY- Disability adjusted life years) ilk sırasını kardiyovasküler hastalıklar oluşturmakta; ardından nöropsikiyatrik hastalıklar gelmektedir. Türkiye Ulusal düzeyde hastalık yükü oluşturan hastalıkların yetiyitimi ile geçirilen yıllar (YLD)'ye neden olan İlk 20 hastalığın dağılımına bakıldığında bipolar bozukluk %1,3 ile 19. sırada yer almaktadır (Sayfa 311- (UHY-ME Çalışması, 2000, Türkiye,

https://www.toraks.org.tr/userfiles/file/ulusal_hastalik_yuku_hastalikyukuTR.pdf,17.06.2019.

2.1.1. Etiyoloji

Bugünkü ulaşılan bilgiler bipolar bozukluğun etiyojisini açıklamakta yetersiz kalmaktadır. Ancak; hastalığın ortaya çıkışında ve gidişinde genetik, çevresel, nöroendokrin, nörobilişsel etkenlerin ve beyindeki değişikliklerin önemli etkiye sahip olduğu düşünülmekte ve araştırmalar yapılmaktadır (Baytunca ve ark. 2014; Özdemir ve ark.2016).

Genetik Etkenler:

1960'larda başlayan moleküler genetik çalışmalar 2000'lerde hız kazanmış ve bipolar bozuklukla ilişkili bir çok kromozomal bölge bulunmuştur. Ancak bozukluğa tek başına neden olan gen henüz saptanamadığı için BB'nin genetik etkenleri halen tam olarak aydınlatılamamıştır (Arısoy ve Oral 2009 ; Özdemir ve ark. 2017). Mitchell (1993) BB ile ilgili derlemesinde ilk defa Kraepelin'in BB'ta genetik faktörlerin başrol

oynadığından söz ettiğini ve hastaların %80'nin ailesinde duygudurum bozukluğu tespit edildiğini ifade etmiştir. Derlemede daha sonra yapılan aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarının BB'ta yüksek düzeyde genetik yatkınlığın önemine işaret ettiği vurgulanmaktadır (Kaynak: Arısoy ve Oral 2009 p. 293; Özdemir ve ark.2017 p.53).

Yapılan ikiz çalışmalarında monozigotlardaki konkordans oranının %40-70 olduğu, birinci derece yakınlarda yaşam boyu hastalanma riskinin ise %5-10 arasında olduğu ve genel topluma göre 7 kat daha fazla olduğu (Baytunca ve ark. 2014; Rowland ve Marwaha 2018); evlat edinme araştırmalarında ise evlatlık verilen çocuğun biyolojik ebeveynlerinde hastalığın görülme oranı evlat edinen ebeveynlere göre 3 kat daha fazla bulunmuştur (Yeloğlu ve Hoccoğlu 2017).

Bağlantı ve ilişkilendirme çalışmalarında bipolar bozukluk etiopatofizyolojisinde dopamin taşıyıcı gen (DAT1), DAT1 67T allelindeki homozigosite ise sadece erkek bipolar olgularda hastalığa yatkınlık yaratan etkenlerden biri olarak saptanmıştır (Arısoy ve Oral 2009; Yeloğlu ve Hoccoğlu 2017).

Bununla birlikte; Baytunca ve arkadaşlarının (2014) derlemesinde bildirdiğine göre; bu alandaki araştırmalarda önceleri limbik sistem ile ilgili SLC6A4, 5HTT, HTR2A, DRD2 gibi genler üzerinde durulurken, son yıllarda ise nörondaki kalsiyum kanal sistemi üzerinde çalışıldığı bildirilmektedir.

Biyolojik Etkenler:

Biyokimyasal Etkenler: Bipolar bozukluğun etyolojisinde daha sık olarak araştırılan biyokimyasal nedenlerin başında monoaminlerjik sistem (serotonin, noradrenalin ve daha az oranda dopamin) gelmektedir. Rol oynadığı düşünülen diğer nörotransmitterler ise asetilkolin, glutamat ve GABA'dır. Depresyonun monoaminlerdeki azalma ile; maninin ise monoaminlerdeki artışa bağlı olarak ortaya çıktığı belirtilmektedir. Literatürde mani oluşumuna noradrenerjik aktivasyon, "Noradrenerjik-kolinerjik" sistemlerdeki değişiklik özellikle de kolinerjik sistemin bozulmasının etki ettiği bildirilmektedir (Sayar ve ark. 2014; Yeloğlu ve Hoccoğlu 2017).

Literatürde; depresyonda plazma ve beyin omurilik sıvısında GABA (Gamma aminobütirik asit) ile dopamin düzeylerinde düşme olduğu belirtilirken; manide dopaminin yükseldiği belirtilmektedir (Nedim 2007; Sayar ve ark. 2014).

Nörobiyolojik Etkenler: Bipolar bozukluğun patofizyolojisi tam olarak aydınlatılmamış olsa da hastalığın nörobiyolojik temelleri ile ilgili yapılan çalışmalar giderek artmaktadır. nörobiyolojik değişiklikler ile hastalığın hem akut hem de remisyon döneminde karşılaşılmaktadır. Görüntüleme yöntemleri kullanılarak yapılan çalışmalarda Bipolar bozuklukta işlevsel ve yapısal beyin anormallikleri, özellikle nörobilişsel ve duygusal alanlarda bozulmalar olduğu tespit edilmiştir. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) ve İşlevsel MRG (fMRG) çalışmaları sonucunda bu kişilerin beyinlerinde ventral-limbik yolakta aşırı uyarılma, kortikal bilişsel yolakta ise uyarılma azlığı olduğu görülmüştür. Bu iki yolaktaki aşırı uyarılma- uyarılma azlığı şeklinde ortaya çıkan dengesizlik duygusal reaktivasyon ve duyguların düzenlenmesindeki bozulmanın sorumlusu olarak görülmektedir. Bipolar bozuklukta subkortikal yapıların (dorsolateral prefrontal korteks, anterior singulat korteks, limbik yapılar vb. ağlar) duygudurumu düzenlemede ve duyguların kontrolünü sağlamada yetersiz kaldığı ileri sürülmektedir (Kara ve ark. 2013).

Bipolar hastalarda beyin kan akımını incelemek için yapılan araştırmalarda tek foton emisyon bilgisayarlı tomografi (SPECT) yöntemi kullanılmış; depresif ataktaki hastalarda frontal lobda kan akımında artış, manik dönemdeki hastalarda ise subkortikal yapılarda kan akımında azalma tespit edilmiştir (Kara ve ark. 2013).

Yapılan Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) araştırmalarında manik hastalarda özellikle sağ frontal, temporal, pariyetal ve oksipital kortikal bölgelerde serotonin (5-HT₂) reseptör bağlama kapasitesinde artış olduğu başka bir deyişle manik hastalarda beyin 5-HT₂ reseptörlerde azalma; bipolar depresif hastalarda ise serotonin azalmasından sorumlu tutulan yüksek 5-HT_{1A} bağlama potansiyelinde ve postsinaptik 5-HT_{1A} reseptör sayısında artma tespit edilmiştir (Kara ve ark. 2013).

Dikkat çeken başka bir nokta bipolar hastalarda beyaz cevher anormalliklerinin sık görülmesi ve duygu düzenleme ve işlemede etkin rol oynayan gri madde hacmindeki azalmadır. Lityum tedavisinin gri madde hacmini (özellikle amygdala, hipokampus ve SSK'te) normalleştirdiğinin veya arttırdığının belirlenmesi bozuklukta gri cevherin rolüne işaret etmektedir (Kara ve ark. 2013). Ön orta orbital prefrontal korteks gri madde hacmi azalırken amigdala gri madde hacmindeki artış bipolar bozukluk olgularında duygusal düzensizlikten sorumlu bölgesel anormalliklerdir (Kara ve ark. 2013).

Çevresel Etkenler:

Çevresel etkenlerin bipolar bozukluk patofizyolojisinde ve duygudurum değişikliklerinde nasıl bir rolü olduğu tam olarak aydınlatılmış değildir. Psikososyal ile genetik faktörlerin birlikte etki ettiği düşünülmektedir. (Kesebir ve ark. 2013). Literatürde bipolar bozukluğun etyolojisinde rol oynayan iki çevresel etken üzerinde daha fazla durulmaktadır. Bunlardan ilki erken dönem yaşam olayları ve sosyal destektir. Sosyal destek içinde ele alınan yüksek duygu dışavurumu hastalığın seyrini kötüleştirirken çevreden olumlu desteğin olması ise hastalığın seyrinde olumlu gidiş ile ilişkilidir. Bipolar hastalarında hastalık öncesi erken yaşam olaylarına kontrol grubuna göre daha sık rastlanmaktadır (Alloy ve ark. 2005; Turhan 2007). Önemli ve olumsuz yaşam olaylarının unipolar depresyonun başlangıcı ve yinelenmesinde rolü varken, bipolar bozuklukta daha az belirleyici bir rolü bulunduğu belirtilmiştir (Turhan 2007; Kesebir ve ark. 2013). Düşük sosyoekonomik durum ve olumsuz yaşam olaylarına maruz kalma ve yüksek duygu dışavurumun kötü prognozla ilişkili olduğu belirtilmektedir. Çocukluk çağı travmaları da erken başlangıç ve daha fazla eşanı ile ilişkili bulunmuştur.

Rowland ve Marwaha (2018)'nin bipolar bozuklukta risk faktörlerine yönelik yapılan çalışmaları derlemedikleri araştırmada ise; ilişkili bulunan risk faktörleri, enfeksiyon (özellikle T. Gondii, Herpes Simplex, varicella zoster virus, sitomegalovirüs), çocukluk çağı travmaları (duygusal, cinsel kötüye kullanım öyküsü), madde kullanımı özellikle kanabis kullanımı bir risk etkeni olarak belirtilmiştir. Bu hastalarda hastalığın erken başlaması, mani, depresyon ve psikozun daha şiddetli seyretmesi, atakların hızlı döngülü olması ve suisid ile ilişkili bulunmuş. Diğer risk etkenleri; gebelik veya obstetrik komplikasyonlar, kış-bahar mevsiminde doğmuş olmak, travmatik beyin yaralanması, multiple sklerozdur. Güneş ışığına maruziyetin arttığı mevsim dönemleri mani dönemi ya da eşik altı belirtilerin ortaya çıkışıyla bağlantılıdır (Kessler ve ark. 2005).

2.1.2. Epidemiyoloji

Bipolar Bozukluk, çocukluktan itibaren her yaşta, nadir olarak da yaşlılıkta başlayabilen bir rahatsızlık olup, toplumun yaklaşık % 1'inde görülmektedir (Arısoy ve Oral 2009). Ancak yeni yayınlara göre, bipolar spektrumdaki hastalıklar da dahil edildiğinde bu oran % 6.4'e kadar çıkmaktadır (Cederlöf ve ark. 2016). Araştırmalarda (Benazzi ve ark. 2006; Brand ve ark. 2010) tüm toplumlarda bipolar bozukluk tip I yaygınlığı kadın ve erkekte benzer oranda görülmekte iken (Begeley ve ark. 2001;

Merikangas ve ark. 2011; Gültekin ve ark. 2014), bipolar bozukluk tip II, kadınlarda daha yaygın olarak görülmektedir. Bipolar bozukluk tip II'nin toplumsal yaygınlık oranı % 0.5 ile 1.9 arasındadır (Kesebir ve ark. 2013).

Bipolar bozukluğun ve maninin başlangıç yaşı cinsiyetler arasında farklılık göstermektedir. Bunun nedeni, kadınların hastalık belirtilerini erken fark edip hekime başvurmada erkeklerden daha duyarlı davranması ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (Viguera ve ark. 2001).

Bipolar bozukluk; 16 ile 25 yaş aralığında erkeklerde görülme sıklığının en yüksek olduğu dönem iken, erişkinlik döneminde kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir.

Bipolar hastalar arasında evli olma oranları kadınlarda; çalışma hayatına katılım ise erkeklerde daha yüksektir. Depresif atak geçirme sayısı ve depresyon şiddeti evli bipolar kadınlarda evli olmayanlara göre daha düşüktür. Evli olmayan bipolar erkeklerde hastalığın başlangıç yaşı daha erkendir (Yazla ve ark. 2012; Kesebir ve ark. 2013).

Bipolar bozukluğun insidansı ile sosyoekonomik düzey arasında pozitif yönde ilişki olup, görülme sıklığı ırka göre değişmemektedir (Yazla ve ark. 2012; Kesebir ve ark. 2013).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda (Aydemir ve ark. 2007; Gültekin ve ark. 2008; Bilici 2010; Kesebir ve ark. 2012) bipolar olgularda hastalığın başlangıç yaşı ortalaması 23.8 ile 27.7 yıl arasında değişmekte; boşanmış ve bekar olan kişilerde daha yaygındır.

Depresyonun görülme sıklığı şehirlerde köylere göre daha yüksektir.

Siklotimik bozukluğun görülme sıklığı ise, tüm psikiyatrik bozukluklar içinde %5 civarında olup kadınların erkeklere oranı yaklaşık 3/2'dir. Başlangıç yaşı hastaların %50-75'inde 15-25 arasında, sınır kişilik bozukluğu ve madde kullanımı da sıklıkla tanıya eşlik etmektedir (Ertan 2008 pp.25-30).

Bunun yanısıra, hastalığın özellikleri incelendiğinde kadınlar ve erkekler arasında bazı alanlarda belirgin farklılıklar görülmektedir. Örneğin; karma dönemlerin, antidepresanlarla tetiklenen manik kaymanın, hızlı döngülülüğün, ek tıbbi problemlerin, madde kötüye kullanımının erkeklere oranla kadınlarda daha fazla görüldüğü ve kadınlarda psikotik özelliklerin daha sık görüldüğü ve yaş ilerledikçe depresif dönemlerin sıklığının arttığı bildirilmiştir (Begeley ve ark. 2001; Merikangas ve ark. 2011). Manik

epizodların görülme sıklığı erkeklerde, depresif epizodların ise kadınlarda daha siktir (Turhan 2007; Ertan 2008 pp.25-30).

Bipolar bozuklukta artan özkıyım girişimleri ve tanıya medikal sorunların eşlik etmesi nedeniyle erken ölüm oranı yüksek olup (Dutta ve ark. 2007; Annagür ve ark. 2013), %10-20 oranında özkıyım girişimi nedeniyle ölüm görülmektedir (Yeloğlu ve ark. 2017).

2.1.3. Eş Tanı

Bipolar bozuklukta yüksek oranda eşlik eden (komorbid) ruhsal hastalıklar hastalığın hem tanısını hem de tedavisini güçleştirmektedir. McElroy ve ark. (2001) 288 bipolar hastasında eşlik eden psikiyatrik bozuklukları araştırdıkları çalışmasında hastaların % 65'inin yaşam boyu en az bir Eksen I psikiyatrik bozukluk tanısı aldığını belirtmiştir. Yaşam boyu en sık eşlik eden bozukluklar %42'lik oranla anksiyete bozukluklarıdır. Anksiyete bozukluklarının sırasıyla; panik bozukluk/agorafobi %20, sosyal fobi %16, basit fobi %10 ve obsesif kompulsif bozukluk %9 oranında görüldüğü bildirilmiştir. En sık eşlik eden diğer bozukluk ise yaşam boyu görülme oranı %42 olan madde kullanım bozukluğudur. Yeme bozuklukları da eşlik eden diğer bir bozukluktur. (McElroy ve ark. 2001; Manning 2005). McElroy ve ark. (2011) yaptıkları bir başka çalışmada; yaşam boyu en az bir yeme bozukluğu eşlik etme oranını %14.3 olarak saptamışlardır.

Akkaya ve ark. (2012) Türkiyenin 7 bölgesinde 53 merkezde 584 bipolar hasta ile yaptıkları bir çalışmada eşlik eden psikiyatrik bozukluk oranı %17,8 olarak bulunmuş; hastaların %33,7'sinde yaygın anksiyete bozukluğu, %18,3'ünde panik bozukluğu, %16,3'ünde OKB, %14,4 dikkat eksikliği, %10,6'sında yeme bozukluğunun olduğu bildirilmiştir. Yine ülkemizde, bipolar bozuklukta eşlik eden dikkat eksikliği aşırı hareketlilik bozukluğu sıklığı %16.3 ile %23.3 arasında olduğu, OKB oranlarının ise %12.8 ile %20 arasında olduğu bildirilmiştir (Gültekin ve ark. 2014).

Eştanısı olan bipolar hastaların eştanı almayan hastalara göre hastanede yatma süreleri daha uzun olduğu, taburculuk sırasında iyileşme oranlarının daha düşük olduğu ve somatik tedavilere yanıtların daha kötü olduğu saptanmıştır (Akkaya ve ark. 2012).

2.1.4. Tanı

Bipolar bozukluk, özkiyim girişiminin yüksek olması gibi önemli patolojik davranışlardan dolayı acil tanı konmayı gerektirir. Ancak, çoğunlukla hastalığa eşlik eden başka tanılarının da olması tanı koymayı zorlaştıran en önemli etmenlerden biridir. Tanı konulmasının yaklaşık olarak 10 yıl sürdüğü, kadınların % 75’inde, erkeklerin % 67’sinde depresyon atağı ile kendini gösterdiği, bu hastaların % 5-10 ‘u nun daha sonraki 10 yıl içinde manik atak yaşadığı belirtilmiştir (Begeley ve ark. 2001). Her atak, hastalığın yıkıcı etkilerini daha belirgin hale getirir. Bu durum hastanın; iş, aile ve sosyal yaşamında ciddi sorunlara neden olabilir

Ruhsal Bozuklukların tanı ve sınıflandırılmasında Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından geliştirilen Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) kullanılmaktadır.

DSM’nin beşinci versiyonu 2013 yılında yayımlanmış; DSM-4’ten farklı olarak Bipolar Bozukluk, “İki uçlu (Bipolar Bozukluk) ve İlişkili Bozukluklar ” başlığı ile ele alınmış, karma epizod yerini “karma özellikli mani/hipomani veya depresif epizod”a bırakmıştır. “Depresif Bozukluklar” ayrı bir tanı grubu olarak ele alınmıştır. DSM-4 TR’deki Diğer Duygudurum Bozuklukları çıkarılmış, başka bir tıbbi duruma ya da ilaç veya madde kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan klinik tablolar her iki tanı grubunun alt grupları olarak belirtilmiştir. Başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk (BTA), diğer tanımlanmamış bipolar ve ilişkili bozukluk olarak iki alt grupta incelenmiştir.

Diğer farklılık ise; dönem belirleyicilerine bunaltılı sıkıntı eklenmesi, postpartum dönem belirleyicisi peripartum olarak değiştirilmesidir. Manik ve hipomanik dönemlerin A tanı ölçütüne kabarmış duygudurumun yanında amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte artış eklenmesi bir diğer farklılıktır. Bunun yanısıra, majör depresif döneme ait tanı ölçütlerinde bir değişiklik yapılmamıştır (DSM-5, Çev. Köroğlu 2013).

DSM-5 tanı kriterlerine göre Bipolar ve ilişkili bozuklukların sınıflaması Şekil 1’de görülmektedir.

1. İkiuçlu (Bipolar I) Bozukluğu:	Kişinin yaşamı boyunca en az bir kez mani dönemi geçirmiş olması gerekir. Mani döneminin öncesinde veya sonrasında majör depresyon veya hipomani dönemi de geçirilebilir.
2. İkiuçlu (Bipolar II) Bozukluğu:	Kişinin en az bir kez geçirmiş olduğu hipomani ve depresyon atağı olmalıdır. Bu ataklar arasında gidip gelmeler olabilir. Ancak hiçbir zaman mani dönemi geçirilmemiştir.

3. Siklotimik Bozukluk:	Kişi en az iki yıl süreyle, hipomani ve majör depresyon tanı ölçütlerine uymayan, hipomani belirtilerinin ve depresyon belirtilerinin olduğu birçok dönem geçirmiştir.
4. Maddenin / İlacın Yol Açtığı İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk:	Kişinin bir maddeyi veya ilacı, kötüye kullanması veya madde/ilacı yoksunluğu sırasında veya az bir zaman sonrasında ortaya çıkan fizyolojik bir durumdur.
5. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk:	Kişinin öykü, muayene veya laboratuvar bulgularında, bu bozukluğun ortaya çıkmasına sebep olabilecek patofizyolojik bulgular vardır. Bu patofizyolojinin sonucunda kişide; aşırı hareketlilik, taşkın, kabarmış ya da çabuksinirlenen, etkinlikte ve içsel güçte olağandışı artışın olduğu bir dönem görülür.
Manik Dönem Belirtileri: Bu dönem belirtileri, kişide taşkın duygulanım, çabuk sinirlenme, içsel güçte artış, azalmış uyku ihtiyacı, grandiyözite, dikkat dağınıklığı, fikir uçuşması, amaca yönelik etkinlikte artıştır. Belirtiler, en az bir hafta, neredeyse her gün ve günün büyük bölümünde egemen olan bir şekildedir.	
Hipomanik Dönem Belirtileri: Bu dönemde belirtiler manidekine benzer olmakla beraber süre açısından farklılık göstermekte ve mani tanı ölçütlerini tam olarak karşılamamaktadır. Çabuk öfkelenme veya taşkın duygulanım, içsel güçte artış, grandiyözite, azalmış uyku ihtiyacı, konuşmada artış, fikir uçuşması, dikkat dağınıklığı, amaca yönelik etkinlik artışı veya ajitasyon, kontrolsüz etkinlikler gibi belirtilerin en az dört gün peş peşe, neredeyse her gün ve günün büyük bölümünde egemen olması ile karakterizedir.	
Major Depresyon Dönem Belirtileri: Bu dönem belirtileri; çökkün duygudurum, umutsuzluk, odaklanamama, yavaşlama, bitkinlik, yeme isteğinde artma veya azalma, uyku ihtiyacında artma veya azalma şeklindedir.	

Şekil 1. Bipolar ve İlişkili Bozuklukların Sınıflandırılması (DSM-5)

2.1.5. Tedavi

Bipolar bozukluğun tedavisi mortalite ve morbiditeyi azaltır ancak kesin bir tedavisi (cure) yoktur. Bipolar bozukluğun tedavisinde başlıca üç amaç vardır. Bunların ilki hastanın güvenliğini sağlamak, tam ve kapsamlı bir tanılama süreci oluşturmak ve yalnızca belirtilerin kontrol altına alınması değil iyilik halinin devamlılığını sağlamaktır (Saddock 2005). Genel olarak tedavide stabilizasyonu sağlamak, relaps oranlarını azaltmak ve işlevselliği artırma üzerinde durulur (Acar ve Buldukoğlu 2014; Beentjes ve ark. 2012).

Bipolar bozuklukta kullanılan tedavi yöntemleri psikofarmakolojik ve psikososyal tedaviler olmak üzere iki grupta ele alınacaktır.

Psikofarmakolojik Yöntemler: Bipolar bozukluğun tedavisi akut ve koruyucu (sürdürüm) tedavi olarak iki aşamalı olarak ele alınmaktadır.

Akut maninin farmakolojik tedavisinde temel dayanak noktasını lityum oluşturmaktadır. Bunun yanında duygu durum dengeleyiciler (valproik asit, karbamazepin, okskarbazepin, lamotrijin vb) tedavide önemli yer tutmaktadır. “Duygudurum düzenleyici” kavramından ilk kez 1980’lerde bahsedildiği görülmektedir.

Günümüzde bu kavram, hastalığın bir ucuna (mani /depresyon) karşı etkili olan ve uçlar arasında kaymayı önleyen ilaçları ifade etmek için kullanılmaktadır.

Bu ilaçların yanında akut evrede özellikle ajitasyonu kontrol etmek için benzodiyazepinler ve antipsikotiklerden de sıklıkla yararlanılmaktadır (Eroğlu ve Özpoyraz 2010; Yeloğlu ve ark. 2017).

Hafif şiddette bir bipolar depresyon atağının akut dönem tedavisinde, duygudurum düzenleyicilerin monoterapi olarak uygulanmasının etkili olduğu ve en sık olarak lityum ve lamotrijinin kullanıldığı belirtilmektedir. İnatçı ve şiddetli depresyon epizodunda ise lityum veya duygudurum düzenleyicilerinin yanında antidepresanların eklenmesiyle kombine tedavinin düzenlenmesi gerekebilmektedir. İnatçı bipolar I depresyonda Elektrokonvulsif terapi ve FDA tarafından onaylanan olanzapin / fluoksetin kombinasyonu da etkili tedavi seçeneklerindedir (Manning 2005). Bipolar depresyonda genellikle antidepresanların tek başına kullanılması manik kayma olabileceğinden dolayı önerilmez, tedavi duygudurum düzenleyicilerle birlikte kombine edilerek düzenlenir (Yüksel 2006). Bu hastalarda sürdürüm tedavisi yüksek relaps riski açısından önemlidir (Manning 2005).

Tedavi sürecinde koruyucu tedavi büyük önem taşımaktadır. Koruyucu tedavinin erken dönemde başlaması ve etkinliği hastaya daha çok yarar sağlamaktadır. İlaç seçiminde; hastalığın uzun dönem seyri, sık görülen atak türü, atak özellikleri, yan etkiler ve hastalıkla ilgili çeşitli faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. Koruyucu tedavi yapmanın başlıca hedefleri; relapsların önlenmesi, eşikaltı belirtilerin ortadan kaldırılması ve hastaların sağlıklı dönemlerindeki fonksiyonel düzeylerini devam ettirmeleridir. Koruyucu tedavide akut evrede olduğu gibi Lityum ve bazı duygudurum düzenleyici ilaçlar ile son yıllarda alternatif olarak atipik antipsikotikler kullanılmaktadır. Ayrıca koruyucu tedavide, aripiprazolün ve ketiyapinin lityuma ve valproik asite eklendiğinde olumlu etkisi olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (Eroğlu Zengin ve Özpoyraz 2010; Yeloğlu ve Hocoğlu 2017). Tedavi alternatifleri çok olmasına rağmen, ilaçların etkinliği her hastada farklıdır (Eroğlu ve Özpoyraz 2010).

Aşağıda tedavide sık kullanılan farmakolojik ajanlar kısaca açıklanmıştır:

Lityum: Bipolar bozukluğun koruyucu tedavisinde en temel ilaçtır. Tedavi klavuzlarında ilk öncelikle tercih edilme sebeplerinin arasında; duygudurum düzenleyici olarak ilk piyasaya çıkan ilaç olması, çok uzun yıllardır kullanılıyor olması, hakkında pek

çok çalışma yapılmış olması, yan etki profilinin az çok biliniyor olması yer almaktadır (Kesebir ve ark. 2011; Bozkurt ve ark. 2018).

Lityumun depresif ve manik epizodlar üzerindeki olumlu etki mekanizması henüz tam olarak anlaşılammakla birlikte antimanik etkinliği antidepresan etkinliğinden daha fazladır. Benzer şekilde, antidepresan etkisi antimanik etkisinden 3-6 hafta sonra, yüksek dozlarda kullanılmasıyla ortaya çıkmaktadır (Kesebir ve ark. 2011; Bozkurt ve ark. 2018).

Literatürde; lityumun ikinci haberci sistemi üzerinde bazı protein ve enzimler üzerine etki ederek nöronal plastisiteyi düzenleyici etkiye sahip olduğu, hücre yapılarında ve nörotransmitter sistemlerde değişikliklere neden olduğu, böbrek sistemlerinde etkili olan hücre içi c-AMP yolağını etkilediği belirtilmiştir (Kesebir ve ark. 2011; Bozkurt ve ark. 2018).

Ancak; karma atak, hızlı döngülü seyir, psikotik mani, madde kötüye kullanımı ile birliktelik ve serebral patolojilerin varlığında lityuma yanıt oranı azdır. Bunun yanısıra; yüksek doz ilaç kullanımı nedeniyle ortaya çıkan yan etkiler ve antimanik etkinliğin uzun sürede ortaya çıkması nedeniyle lityum mani tedavisinde tek başına yeterli olamamaktadır. Mani döneminde lityum, benzodiyazepinler ve tardif diskinezi riskine dikkat edilerek antipsikotik ilaçlarla birlikte kullanılmalıdır. Tedavi yaklaşımı her zaman hastaya özel olmalıdır (Rapoport ve ark. 2009; Eroğlu Zengin ve Özpoyraz 2010).

Karbamazepin: Bipolar bozuklukta sık kullanılan diğer bir tedavi seçeneğidir. 1980'lerden sonra yaygın şekilde kullanılmaya başlanmıştır (Ballenger ve Post 1980). Etkinliği, tedaviye başlandıktan 2-3 hafta sonra başlar ve %50-70 oranındadır. Kullanıldığı durumlar; lityuma cevap vermeyen, hızlı döngülü, disforik manili hastalar ve ailesinde duygu durum bozukluğu öyküsü olmayan hastalardır (Eroğlu Zengin ve Özpoyraz 2010).

Lamotrijin: Bipolar bozukluk hastalarının manik, depresif ve koruma dönemlerinde, aynı zamanda antiepileptik olarak da kullanılan bir feniltiazin türevidir. Lamotrijinin öncelikle depresif atak profilaksisinde tercih edilen bir ilaç olması 2003 yılında bipolar bozukluk tedavisinde FDA onayı almasına sebep olmuştur (Eroğlu Zengin ve Özpoyraz 2010; Yeloğlu ve Hocoğlu 2017).

Valproat: Duygudurum dengeleyici olarak kullanılan Valproat özellikle hızlı döngülü, karma mani ve psikotik manide tercih edilmektedir (Yeloğlu ve ark. 2017).

Literatürde bildirildiğine göre valproat GABA sentezini, salınımını ve etkisini artırırken; uyarıcı (eksitatör) beta-hidroksibutirik asit salınımını ve nöronal uyarılmışlık halini, manik dönemde presinaptik dopamin işlevini azaltmaktadır. Ayrıca, uyarılabilen membranlar üzerinden voltaj bağımlı sodyum kanallarını bloke etmesi diğer bir önemli etkisidir (Özerdem 2008).

Olanzapin: Bir Thienobenzodiazepin türevi olan olanzapin, bipolar bozukluktaki etkinliği en iyi bilinen atipik antipsikotiktir. Tohen ve arkadaşları yaptıkları çalışmada monoterapiye (tek başına lityum veya valproat vb. kullanan) iyi yanıt vermeyen manik hastalarda tedaviye olanzapin eklendiğinde hem mani hem de depresyon skorlarında anlamlı iyileşmeler görüldüğünü ve kombine tedavinin bu bireylerde etkin olduğunu bildirmişlerdir (Tohen ve ark. 2002).

Olanzapinin etkinliğinin lityumla karşılaştırıldığı çalışmalarda, manik ve karma atakların önlenmesinde lityumdan üstün; depresif atakların tedavisinde lityuma eşit bulunmuştur. Valproik asitle karşılaştırıldığı çalışmalarda ise, manik atakları önlemede valproik asitle benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir. Son zamanlarda yapılan çalışmalara göre, daha çok manik atakların baskın olduğu hastalarda lityumla ya da valproatla olanzapinin kombine edilmesi seyri olumlu etkilediği ve özkıyım riskini azalttığı belirtilmiştir.

Psikososyal Tedaviler:

Kronik ruhsal bozuklukların çok boyutlu bir şekilde ele alınması gerekmektedir. Son yıllarda bipolar bozuklukta etkili psikososyal girişimler geliştirilmektedir. Semptomların hastanın üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak ve hastanın işlevselliğini arttırmak amacı ile ilaç tedavisini destekleyen yaklaşımlar ve bazı programlar oluşturulmuştur. İlaç tedavisinin oluşturulması ve uygulanması, sosyal beceri kazandırma, davranışçı aile terapisi, bakım vericilerle kurulan terapötik ilişki ve işbirliği, baş etme stratejilerinin artırılması ve güçlendirilmesi, hasta ve ailelere yapılabilen psikoeğitim programları ve kişilerarası ve sosyal ritim terapisi psikososyal girişimlerdendir (Alataş ve ark. 2007; Çetinkaya Duman ve Bademli 2013; Morriss ve ark. 2014).

Sosyal Beceri Eğitimi ile gruplara; konuşma-dinleme becerileri, eleştirilme, eleştirme gibi toplumla birlikte ve özbakım, ev işleri gibi bireysel yaşama becerilerini

öğretmek amaçlanmaktadır (Alataş ve ark. 2007; Çetinkaya Duman ve Bademli 2013; Morriss ve ark. 2014).

Davranışçı Aile Terapileri ile hastanın ailesi ile; hastalığın belirtileri, nedenleri, hastalığın neden olduğu davranış problemleri ve bu problemleri çözme becerileri üzerine odaklanarak hastanın yaşam kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır (Miklowitz ve ark. 2003; Alataş ve ark. 2007).

Bilişsel Davranışçı Terapiler (BDT); duygularımızın, davranışlarımızın önemli rolüne odaklanan bir çeşit konuşma terapisisidir. Duygularımız ile davranışlarımızın birbirini nasıl etkilediğini inceler (Meyer ve Hautzinger 2012; Sungur 2013). Bipolar bozuklukta BDT'nin hedefleri arasında; strese neden olan faktörleri belirleyerek stresle, hastalık belirtileriyle başa çıkmada hastaya destek olmak, hastanın bilişsel ve davranışsal sorunlarını fark edip düzeltmesi için uygun stratejiler geliştirmek yer almaktadır (Maçkalı ve Tosun 2011).

Kişilerarası ve Sosyal Ritm Terapisi; rol değişiklikleri, rol çatışmaları, rol kayıpları, uzun dönemli kişiler arası problemler, uyku-uyanıklık döngüsü, iş-yaşam dengesi, günlük rutinlerin bireyin yaşamındaki rolünü vurgulayan bir adaptasyon terapisisidir (Frank ve ark. 2005).

Psikoeğitimler hasta ve aileye hastalık süreci ile baş etmeyi öğretmeyi hedeflemektedir. Bu şekilde hasta ve aile ile işbirliği içinde hastalık hakkındaki ön yargıların önlenerek, ailenin tedavi programlarına etkin katılımı sağlanmaktadır. Böylelikle tekrarlayan hastane yatışları ve hastalık hakkındaki önyargılar önlenmiş olur (Duman 2006).

Bipolar bozukluğu olan hastaların ailelerine verilen psikoeğitim ile ilgili çeşitli müdahale çalışmaları sonucunda nüksü önlediği ortaya konmuştur (Shimazu ve ark 2011; Özcan Ersoy ve Barlas Ünsal 2017).

Bu girişimlerin her birinin temel amacı; relapları azaltmak ve mani veya depresyonun tekrar ortaya çıkışını önlemektir. Bu girişimlerin farklılıklarına rağmen birtakım benzer amaçları bulunmaktadır. Bunlar;

- ✓ Bireysel biyografiye bağlantılı ideal koşullar hakkında önemli bilgiler sağlamak,
- ✓ Erken uyarı sinyallerini ve prodromal semptomları tanımlamak,

- ✓ Erken uyarı sinyalleri, mod düzensizlikleri, mod ve aktivite seviyesindeki değişiklikleri tetikleyen durumları tanımasına yardım etmek,
- ✓ Bir kriz planı veya tedavi sonrası sağlığı koruma planı geliştirmektir (Miklowitz ve ark. 2000; Miklowitz ve ark. 2013).

2.2. Bakım Verme ve Bakım Yükü

Kronik ruhsal hastalıklardan biri olan bipolar bozukluk, bireylerde duygusal, bilişsel zararlar, yeti yitimi, sosyal ve ekonomik kayıplara yol açarak toplumsal rollerini yerine getirmede zorlanmalarına ve işlevsel bozukluklara neden olmaktadır. Bu durum, hastaların sürekli olarak aile bakımı ve desteğine muhtaç durumda kalmalarına sebep olmaktadır. (Duman Çetinkaya ve Bademli 2013)

Eski dönemlerden beri bağımlı ya da hasta bireylerin ev ortamındaki bakımının ailedeki üyeler tarafından yapılması çok doğal kabul edilen ve alışıldık bir bakım şeklidir. Toplumsal yapıdaki, aile yapısındaki ve sağlık sistemindeki birtakım değişikliklere rağmen aile ve yakınlar bakımında hala önemli roller üstlenmektedirler. Ancak bakım sorumluluğu ailelerde bir çok sıkıntıyı beraberinde getirmekte ve buna bağlı olarak ailelerin yardım gereksinimi artmaktadır (Şahin ve ark. 2009).

Birey için hastalık beklenmedik bir durum olduğu gibi ailesi için de beklenmedik bir durumdur. Tüm aile üyeleri hastalıktan etkilenir (Dökmen, 2012). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleri karmaşık ve güç duygusal tepkiler yaşarlar. Yapılan çalışmalarda; ailelerin stres, anksiyete, depresyon, utanç, suçluluk, korku, çaresizlik, öfke, endişe, umutsuzluk gibi duygular yaşadıkları belirtilmektedir. Yaşanan çaresizlik hissi, utanç duygusu ve damgalanma korkusu da aile üyelerinin hastayı gizleme davranışına yol açarak hastalarının tedavisi için hastaneye başvurmalarını geciktirmektedir. Dahası; hastalıkla ailesel düzeyde baş etmeye çalışmalarına ve daha fazla güçlük yaşamalarına neden olabilmektedir (Duman ve Bademli 2013).

Konunun daha iyi anlaşılması açısından bakım verme, bakım veren kişi ve bakım yükü gibi kavramların tanımının ve açıklanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

2.2.1. Bakım Verme ve Bakım Veren/ Verici

Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlük'te; "bakım; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, emek verme biçimi, birinin

beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi” olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlük 2006).

Toseland ve arkadaşlarına göre; bakım verme emosyonel destek, fiziksel ya da maddi destek vermeyi de kapsayan bir yardım çeşididir (Toseland ve ark. 2001). Hastanın aldığı sağlık bakımı ve bazı sosyal hizmetleri koordine etme, ilaç alımı, tedaviyi izleme gibi rutin sağlık bakımı, özbakım, seyahat, evdeki küçük işleri yapma, parayı yönetme, nakdi yardım ve evde ortak bir yaşam sürdürmek diğer yardım çeşitlerini oluşturmaktadır (Toseland ve ark. 2001).

Bakım verme formal ve informal olarak iki grupta incelenmektedir. Formal bakım verme; hemşire, hekim, terapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, evde bakım yardımcıları gibi sağlık profesyonelleri tarafından evde veya bir kurumda sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetinin sunulmasıdır (Erdem 2005; Colello 2007; Soner ve Aykut 2017).

İnformal bakım verme; bakım karşılığında ücret almaksızın bir yakınına profesyonel olmayan yardım etme davranışıdır. İnformal bakım vericiler genellikle aile üyelerinden biri, yakın akraba, komşu veya arkadaşlardan biri olarak seçilir (Erdem 2005; Colello 2007; Soner ve Aykut 2017)

Hastalıkların sağ kalım sürelerinin ve ortalama insan ömrünün uzaması, bakım ihtiyacı duyan birey sayısında artışa sebep olmuştur. Bu gelişmelerle bakım veren kişi kavramı ön plana çıkmıştır. Fiziksel veya zihinsel bir rahatsızlık nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştiremeyen bir bireyin bakımını üstlenen kişi ‘bakım veren’ olarak tanımlanmıştır. Bakım verdikleri kişi ile yaşayan ya da zamanının bir bölümünde bakım verdiği kişinin ihtiyaçlarını karşılayan, tıbbi bakım ve doktor randevularını takip eden bakım verenler, bakım verdikleri kişiyi destekleyen anahtar roldedirler (Nehra ve ark. 2005).

Bakım verenlerin seçilmesinde genellikle duygusal ve ekonomik nedenler, rol oynamakta ancak bakım verme genellikle sevgi duygusuna dayalı yapılabilen bir davranıştır (Erdem 2005).

Toseland ve arkadaşları (2001), bakım verme sorumluluğunu üstlenmede; ebeveyn-çocuk ilişkisinde destek beklentisinin çift yönlü olması, hastanın bakımında aile bireylerini motive eden empati kurma, sevgi, duygusal bağ; suçluluk duygusundan

kaçınma, hasta bireye geçmişteki borcunu ödeme veya minnet duygusu, kişisel değerler, ailede güç birliği oluşturma gibi nedenlerin etkili olduğunu bildirmiştir.

2.2.1.1. Bakım Vermenin Sonuçları

Uzun süreli bakım verme fiziksel sağlık, ekonomik durum, ruhsal durum gibi yaşam kalitesinin göstergeleri olan alanları etkileyen bir süreçtir (Atagün ve ark. 2011).

Aile sürecine etkisi:

Hastalık, hem birey hem de ailesi için beklenmeyen bir durumdur. Hastalık durumundan birlikte etkilenirler (Mitrani ve Cjaza 2000; Güner 2008).

Genellikle kronik hastalıklar yoğun ve sıkı bakım takibi gerektirdiği için, ailedeki birincil bakım verende daha stresli uzun dönemli bakım verme bağımlılığına neden olur. Bu bağımlılık sonucu, ilk olarak aile üyeleri birbirine daha az zaman ayırabilir ve kronik hastalığa sahip hastaya ayrılan zaman artar. İkinci olarak çekirdek aile yapısı bakım ihtiyacını sağlamada aile üyelerinin sorunlarını arttırır. Üçüncü olarak sağlık bakımındaki toplum temelli hizmetlerin artışı ile karakterize değişimlerle birlikte kurum bakımının süresi kısalmıştır. Bu durum kronik hastalıkları olan bireylerin daha fazla topluma dönmesine neden olmaktadır. Böylelikle, aileye kalan bakımın yönetimi sorumluluğu bakım yükünü artırmaktadır (Arslantaş ve Adana 2011).

Ekonomik ve iş ile ilgili güçlükler

İnformal bakım verenlerin en sık yaşadığı ekonomik güçlükleri; sağlık güvencesi tarafından karşılanmayan masrafların ek yük oluşturması, bakıma ayrılan süre nedeniyle iş saatlerinin azaltılması ya da işten ayrılmak oluşturmaktadır. Araştırmaların sonuçlarına göre; bakım verme nedeni ile işlerini yeniden düzenlemek zorunda kalan bireyler genellikle daha fazla zorlandıklarını ifade ederken, çalışma ve emekliliğin avantajlarından, kişisel doyumdan ve kazançtan fedakarlık edebilmektedirler (İnci 2006; Saunders 2009). Magliano ve arkadaşlarının 2002'de şizofreni hastaların aileleri ile yaptığı çalışmasında; ailelerin %83'ünün finansal, duygusal ve günlük hayatla ilgili yük yaşadıkları saptanmıştır. Buna neden olarak da işe gidilemeyen gün sayısının fazla olması, hastalıkla ilgili masrafların fazla olması belirtilmiştir.

Bireyin ruh sağlığı üzerine etkisi:

Bakım veren bireyler sosyal ve kişilerarası ilişkilerde güçlük, sosyal destek yetersizliği ile ilgili problemlerle karşılaşabilmektedirler (Reinares ve ark. 2006; Bauer ve ark. 2011). Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım vericilerinin; stres anksiyete, ve depresyon başta olmak üzere utanç, suçluluk, korku, çaresizlik, zorlanma, endişe, umutsuzluk, öfke, tükenmişlik ve kayıp gibi duygularla baş etmek zorunda kaldıkları belirtilmektedir. Literatürde depresyona, ruhsal hastalığı olan hastaların bakım vericilerinde sıkça rastlanıldığı belirtilmektedir. Bakım vericilerin yaşamda karşılaştıkları stresörler depresyona sebep olabilmektedir. Depresyon ve anksiyete, bakım verenin yaşam kalitesini düşüren ve dolaylı olarak hasta bakımını da olumsuz etkileyen önemli sorunlardır. Bu durum, bakım vericilerin hastanın bakımında yetersiz kalmasına ve bakımının aksamasına neden olabilmektedir (Tel ve Ertekin 2013). Yapılan çalışmalarda, hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin artmasıyla birlikte, bakım verenlerde depresyon görülme sıklığında artış olduğu, anksiyete, stres, tükenmişlik ve davranış bozuklukları görüldüğü, sağlık algılarında olumsuz yönde değişikliklerin olduğu ve yaşam kalitelerinin düştüğü bildirilmektedir (Shanks-McElroy and Strobino 2001; Deeken ve ark. 2003; Pinquart and Sorensen 2003a; Dew ve ark. 2004; Lin and Lu 2005; Özdemir ve ark. 2009; Şahin ve ark. 2009).

Bireyin fiziksel sağlığı üzerine etkisi:

Yapılan araştırmalarda, bakım verenlerde diğer bireylere göre daha fazla fiziksel hastalık ve sağlık hizmeti kullanımı, kardiovasküler sorun gibi fiziksel sağlıkta somut değişiklikler saptanmıştır (Saunders 2003; İnci 2006; Beaudreau ve ark. 2008).

2.2.1.2. Bipolar Bozuklukta Bakım Verme

Kronik psikiyatri hastalarının çoğu aileleri ile birlikte yaşamaktadır ve aileler çoğu zaman bakım verme rolünü herhangi bir destek almadan yerine getirmektedirler. Aile üyeleri hastanın durumuyla ilgili birçok zorlukla karşı karşıya kalmaktadır (Duman ve Bademli 2013).

Bipolar hastaların ailelerinin bakımına duyduğu yoğun gereksinim ailelerinde strese neden olmaktadır. Ayrıca kronik ruhsal sorunlu hastaların çoğunun ailesinin evinden başka yaşam alanları olmadığından bu bireyler taburculuk sonrasında aileleri ile birlikte yaşamak zorunda kalmaktadır (Duman ve Bademli 2013).

Hastalığın ortaya çıkması ailenin sosyo-ekonomik durumunun, gelecekle ilgili planlarının, günlük rutinlerinin dengesini bozmaktadır. Hastalık sürecine ve hastanın durumuna dair belirsizlik ailede gerginlik yaratmaktadır. Bu durum ailelerde; hastalığı ve hastayı gizleme davranışı, utanç ve ciddi anlamda çaresizlik hissine yol açmaktadır.

Çaresizlik hissi ve utanç duygusu aile üyelerinin öfkeli olmasına neden olmaktadır. Buna ek olarak, ailelerin yaşadığı utanç duygusu ve damgalanma korkusu hastalarının tedavisi için hastaneye başvuramalarına, hastalıkla ailesel düzeyde baş etmeye çalışmalarına yol açmaktadır (Duman ve Bademli 2013).

Perlick ve arkadaşlarının (2007) bipolar bozukluğu olan hastaların bakım verenleri ile yaptıkları araştırmada; bakım verenlerin hastanın problemleri davranışları, rol işlev bozukluğu veya ev rutininin bozulması ile ilgili olarak orta veya yüksek düzeyde bir yük yaşadıkları tespit edilmiştir. Daha yüksek düzey yük yaşayan bakım verenler diğer bakım verenlere göre; daha fazla fiziksel sağlık sorunu, depresif belirti, riskli sağlık davranışı ve sağlık hizmeti kullanımı ve daha az sosyal destek bildirmiştir. Ayrıca, bipolar bozukluğu olan yakınlarına daha fazla finansal destek sağlamıştır (Perlick ve ark. 2007; Ostacher ve ark. 2008).

2.2.2. Bakım Yüğü

Yıpratıcı, fedakarlık gerektiren ve beklenmedik bir tecrübe olan bakım verme deneyimi; bakım veren kişiye bakım vermeye bağlı yeni rol ve görevler getirir; bakım verdiği kişi ile uzun, bağımlı ve tek yönlü bir sürece sokar. Bakım veren birey için fiziksel, duygusal ve ekonomik alanda güçlükler oluşturur. Bakım verenlerin yaşadıkları bu güçlükler, bakım verenlerin yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (Duman ve Bademli 2013).

Platt (1985) tarafından bakım yükü; psikiyatri hastasının ebeveynleri, aile üyeleri, yakın arkadaşları ve önemli olan yakınlarının hayatında oluşturduğu güçlükler, olumsuzluklar ve sorunlar olarak tanımlanmıştır (Platt 1985, Kaynak: Ogilvie ve ark. 2005).

Yük kavramı geniş bir şekilde, bakım verenin bakım rolünü üstlenmesinin beraberinde getirdiği ruhsal ve fiziksel sağlık sorunları, ekonomik sorunlar, sosyal yaşamla ilgili problemler, aile içindeki etkileşim sorunları ve kontrolünü kaybetme

endişesi gibi olumsuz birtakım subjektif ve objektif çıktılar olarak tanımlanabilir (Orak ve Sezgin 2015).

Bakım veren yükü objektif (nesnel) ve subjektif (öznel) yük olarak kategorize edilmektedir. Bakım yükünü objektif ve subjektif yük olarak ilk olarak tanımlayan yazarlar Grad & Sainsbury (1963) ve Hoenig & Hamilton (1966)'dır (Ganguly ve ark. 2010). Objektif yük, fiziksel yüküdür yani aile yükünün gözlemlenebilir ve doğrulanabilir yönüdür. Psikiyatrik hastalığı olan bireyin davranışlarının değişmesi sonucunda algılanan ve ailede ve ev işi rutinlerinde oluşan değişiklikler, ekonomik sorunlar, gelir kaybı, bakım verenin günlük yaşamı ve sosyal hayatındaki değişiklikler veya fiziksel-ruhsal sağlık sorunları gibi konuları kapsar. Subjektif yük ise hastanın hastalığının ve bu zorlukların nasıl algılandığı ve hissedilen sıkıntı, duygusal tepkiler, anksiyete ve depresyondur. Özetle bu zorlukların aile üyelerini ne ölçüde rahatsız ettiği (Ganguly ve ark. 2010; Aslantaş ve Adana 2011).

Bakım yükünün bakım verende oluşturduğu sorunlar oldukça fazladır. Bakım verenlerin yaşadıkları yükün şiddeti arttıkça ruhsal sağlık durumları da kötüleşmektedir. Yapılan araştırmalarda uzun süreli bakım verme süreci ve artan bakım veren yükünün ciddi boyutlara ulaşabilen depresyon, anksiyete, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon, tükenmişlik ve benzeri durumlara yol açabildiği gözlenmiştir (Pakenham 2001; Kalaycıoğlu 2003; Grant ve ark. 2004; Roick ve ark. 2006; Malak ve Dicle 2008; Dökmen 2012; Karahan ve İslam 2013).

Kanser hastalarının, felçlilerin, kronik hastalığı olanların ve ağır ruh sağlığı sorunları (örn., şizofreni) bulunanların ailelerinde ve bakım verenlerinde de depresyon ve kaygı bozuklukları, korku, stres ve umutsuzluk sıklıkla görülmektedir (Babaoğlu ve Öz 2001; Saunders 2003; Stetz ve Brown 2004; Grant ve ark. 2004; Nehra ve ark. 2005; Brehaut ve ark. 2009). Bakım vermeye bağlı olarak bakım verenin fiziksel ihtiyaçlarını ihmal etmesi ile depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır (Schreiner ve ark. 2006; Demirtepe ve Bozo 2009).

Bakım yükü kavramı çok karmaşık bir yapıya sahiptir. Geniş anlam ifade eden bakım yükü kavramı genellikle olumsuz ve kötümser bir kavramı akla getirmektedir. Bakım veren için karamsar bir tabloyu anımsatan bu kelime yerine “bakım deneyimi” gibi olumsuz anlam içermeyen nötr kelimelerin kullanılması önerilmiştir (Arslantaş ve Adana 2011).

Bakım verme deneyimi, bakım veren bireyler açısından farklı şekillerde ve çok boyutlu olarak algılanmaktadır. Bakım vermede olumlu yönler; samimiyet ve sevgiyi arttırma, bakım verme deneyimi yoluyla yaşamın anlamını keşfetme, kişiyi geliştirme, aradaki ilişkiyi daha yakınlaştırma, sosyal destek, özsaygıyı arttırma, kişisel tatmindir, olumsuz etkileri ise bakım verenlerin kendi yaşamlarında fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan pek çok zorlukların yaşanmasına neden olabilir (Toseland ve ark. 2001; Şahin ve ark. 2009).

Hasta yakınları, bakım vermenin zor yönlerine karşın aile üyelerinden birine bakım vermeye olumlu bir bakış açısıyla yaklaşmaktadır (Wells ve ark.2005).

2.2.2.1. Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler

Bakım yükünü etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler; Bauer ve arkadaşlarının (2011) 32 bakım verenle yaptığı çalışmada bakım yükünün en çok; hastanın davranışını anlamama, bakım verenin yardım alamaması ve umutsuzluğu, hastanın koopere olmayan davranışları ve bakım vericiyi reddetmesi, gelecekte endişe duyma ile ilgili olduğu belirtilmiştir.

Ostacher ve arkadaşlarının (2008) bipolar hastaların bakım verenlerindeki sübjektif ve objektif yükün bağlantılarını inceledikleri çalışmada, bakım verenler tarafından hastanın depresif epizotta olmasının bakım yükünü en çok etkileyen faktör olduğu bildirilmiştir.

Bakım Verenle İlgili Özellikler

Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri, yaşı, sosyoekonomik durumu, kültürel değerleri, sağlık durumu, ego gelişim düzeyi, sorumluluk hissi, duygusal yakınlığı, karşılıklı ilişkileri ve aile ilişkileri, kişilik faktörleri gibi özellikleri bakım yükünü etkilemektedir (Arslantaş ve Adana, 2011).

Tel ve Ertekin 'in çalışmasında, bakım vericilerin yaşı ve eğitim durumu duygusal tükenme düzeyini etkilerken; cinsiyeti, eğitim durumu, hastaya yakınlık derecesi ve en son hastaneye yatış zamanı da depresyon düzeyini etkilediği saptanmıştır (Tel ve Ertekin, 2013).

Bireylerin bakım verme algısında cinsiyetin önemli bir değişken olduğu belirtilmektedir. Pek çok kültürde ve Türkiye'de bakım verme, genelde kadınların görevi olarak algılanmaktadır (Dökmen 2011). Bakım vermeyi ailede çoğunlukla yürüten kişi;

hastanın annesi, eşi, çocuğu veya kardeşi olmaktadır (Dore ve Romans 2001; van der Voort 2009; Maskill ve ark. 2010; Gülseren 2010; Steele ve ark. 2010; Ateş ve Taşdelen 2012). Erkekler bakım verme rolünü üstlendiklerinde bunun bir kadın rolü olduğunu düşündüklerinden rahatsızlık duymakta ve yeni rol ve sorumluluklara uyum göstermeye çabalarken zorluk yaşamaktadırlar (Dökmen 2011).

Özlü ve arkadaşları'nın şizofreni hastalarına bakım verenlerin bir süre sonra hastalığı kabullenmeleri ve başa çıkma stratejileri edinmeleri ile yük algısı arasında farklılık olup olmadığını araştırdığı çalışmaları sonucunda, bakım verenin yaşının genç olması, bakım verilen hastaların genç olması, sosyal desteğe sahip olma, problem odaklı başa çıkma stratejisini kullanma durumlarında travmadan sonraki gelişimin daha iyi olduğunu bulmuşlardır (Özlü ve ark. 2010).

Ayrıca bakım verenin hastanın bakımı hakkında kararlarının alınmaması, bakım verenin sağlık durumunun kötü olması, yaşlı olması, hasta bakımı dışında farklı rollerinin olması ve bakım verme rolünün çok kapsamlı (fiziksel, duygusal, ekonomik vb.) olması bakım yükünü etkilemektedir (Arslantaş ve Adana 2011).

Hasta ile birlikte yaşama ve bakım süresinin artması bakım yükünde artışa neden olmaktadır. Demansı olan ve olmayan hastaların bakım verenleri ile yaptıkları çalışmada Crespo ve ark. (2005), hafta içinde bakım için geçirilen süre ile bakım verenlerin depresif belirtileri, kaygı düzeyleri ve bakım yükleri arasında ilişki bulmuşlardır. Ampalam ve ark.nın (2012) yaptığı çalışmada, hastalığın süresi ve bakım verenin yaşı ile bakım yükü arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur (Ampalam ve ark. 2012).

Hasta Ve Hastalıkla İlgili Faktörler

Hastanın demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu vb.), hastalık tanısının ne zaman konduğu, hastalığın evresi, hastalığın kronikleşmesi, hastada görülen fiziksel, ruhsal ve davranışsal değişiklikler gibi faktörler bakım yükünü etkilemektedir.

Bakım verilenin cinsiyetinin önemli olduğunu bildiren çalışmalar da vardır. Shin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; toplumda erkek çocuklar daha değerli kabul edildiği için, zihinsel engelli kız çocukların annelerinin yaşadığı stres düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Shin ve ark. 2006). Benzer şekilde başka bir çalışmanın sonucunda, kadın hastalarına bakım verenlerin sosyal olarak daha fazla zorlandığı ortaya çıkmıştır (Ivarson ve ark.2004).

Chadda ve ark. (2007), hastalık süresi altı ayı geçtikten sonra yük algısının değişmediği bildirirken, Roick ve ark. (2006) bakım verenlerin yüklerinin zamanla düşme eğilimi gösterdiğini saptamışlardır.

Mueser ve ark. 1996'da yaptığı bir çalışmada (Kaynak: Beentjes ve ark. 2012 p. 190-195) , Bipolarda bakım vericilerin algıladığı bakım yükü ile hastanın iç görüşünün olmaması, stabil olmayan duygudurum, delüzyonlar-sanrılar, tahmin edilemeyen davranışlar sergileme, gece boyunca uyanık kalma-ayakta olma, aşırı sıkıntı ve kendi kendine konuşmaları arasında ilişki bulunmuştur.

Yapılan araştırmalarda bipolarlarda bakım veren yüküne etki eden hastalık belirtilerinin, finansal problemler ve azalmış uyku ihtiyacı (Dore ve Romans, 2001), hastaların hiperaktivitesi ve öngörülemez davranışları, üzüntü, geri çekilme, huzursuzluk (Lam ve arkadaşları 2005; Reinares ve arkadaşları 2006) olduğu bildirilmiştir. Ayrıca; yapılan bir çalışmada (Reinares ve arkadaşları 2006), bipolar hastalarda son iki yıl içinde geçirilmiş bir epizod varlığı, hızlı döngülülük öyküsü, hastanın zayıf mesleki ve sosyal fonksiyonlarının olması ve bakım verenin hastanın ilaç kullanımından sorumlu olması ile öznel yük arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur.

Başka araştırmalarda ise, hastalık süresinin etkisiz olduğu saptanmıştır (Ergh ve ark. 2003). Bakım vermenin yükünü; hastada görülen davranışsal, duygusal, bilişsel bozulmalar, değişkenlik, hastanın kişisel bakımı, öfke, şüphe vb saldırgan davranışları oluşturmaktadır (Croog ve ark. 2006; Eters ve ark. 2008).

Hasta İle İlişkinin Niteliği

Bakım verenin hasta ile geçmiş yaşantıları, ilişkisinin niteliği ve ilişkide yaşanan ambivalan duygular bakım yükünü etkilemektedir. Bakım sırasında memnuniyetin düşük seviyede olması duygusal sıkıntı, aile çatışmaları ve yaşam kalitesinden ödün vermeye yol açabilir. Sıklıkla bakım yükü ile ilgili araştırmalar bu kavramın etki ve sonuçlarını tanımlamışlardır (Arslantaş ve Adana 2011).

Ailesel ve çevresel etkenler

Dar ve orta gelirli ailelerin hastaya evin içinde bakım için ayırabilecekleri bir özel alanın olmaması, köyden kente göçün sonucunda hastalarla aile içi sosyal uyumsuzlukların yaşanması, ekonomik nedenlerden dolayı aile üyelerinin çalışması

sonucunda hastaya evde refakat edecek kişilerin olmaması bakım yükünü etkilemektedir (Bilgili 2000; Erdem 2005; İnci 2006; Schulz ve Sherwood 2008).

2.3. Bakım Verenlerin Yaşadığı Bakım Yükünü Azaltmada Hemşirenin Rolü

Kronik hastalıklar hastanın bakım gereksinimini arttırır. Bu durumda hemşire bakım sunma ve tedavide, hem hastayı hem de hastanın iyilik hali üzerinde direkt etkilere sahip olan bakım verenleri bütüncül olarak ele almalıdır (Arpacı ve Arlı 2001; Yıldırım Sarı 2007).

Bipolar hastaların tedavisinde hemşirelerin hasta ve aile ile işbirliği yapması önemlidir. Etkili bir işbirliği için hasta ve ailesinin gereksinimlerine uygun şekilde planlanmış tedavi programları düzenlenmelidir. Stegink ve arkadaşlarının (2015) bildirdiğine göre, yapılan çalışmalarda “işbirlikçi bakım” ismiyle nitelendirilen yöntemle depresyon dönemindeki bipolar hastalarda depresyon süresinin ve şiddetinin azaldığı gözlenmiştir. Ayrıca, hemşirelerin bu bakım yönteminde profesyonel tutum ve davranışları ile hastalarla işbirliği kurabilmek yönünden önemli bir konumda olduğu bildirilmektedir. Hemşirelerin kendini yansıtabilmesi ve hastalarla işbirliği kurabilmesi için eğitim alması önemli görünmektedir (Stegink ve ark. 2015).

Hollanda’da yapılmış kalitatif bir çalışmada, ayaktan tedavi olan bipolar hastalar için hemşirelik sürecinin standart olmadığı bildirilmiştir (Goossens ve ark. 2008). Bu hastalara yönelik hemşirelik girişimleri; hasta ile terapötik işbirliği kurmak ve sürdürmek, hasta ve bakım vereni eğitmek, tedavi uyumunu arttırmak, hastanın otokontrol becerisi ile stresörler hakkında farkındalığını arttırmak, hastayı düzenli egzersiz ve uyku için desteklemek, erken haberci belirtileri tanınmasını sağlamaktır (Goossens ve ark. 2008). Aynı çalışmada görüşülen hemşireler; hastaların psikiyatrısten çok kendilerine duygu ve düşüncelerini ifade edebileceğini, hemşirelerin hastalarla diğer sağlık profesyonellerinden daha fazla zaman geçirdiklerini bildirmişlerdir. Ayrıca makalede, hemşirelerin hastayı daha iyi tanıdığı ve böylelikle hastalık belirtilerini daha erken fark edebildiği belirtilmiştir (Goossens ve ark. 2008).

Bakım verenlere yönelik bireysel danışmanlık, grup ya da aile danışmanlığı gibi uygulamalar da bakım yükünü azaltmada yararlı olabilir (McCallion ve ark. 1994). Verilen grup danışmanlıklarının bazısında daha çok eğitim üzerinde durulurken, bazılarında destek veya terapi uygulamaları daha fazla yer aldığı görülmektedir. Çoğunluğunda ise bunların hepsi bir arada kombine olarak kullanılmaktadır. Grubun

büyüklüğü, süresi vb. gruptan gruba farklılık gösterebilir. Ayrıca açık veya kapalı gruplar şeklinde, yapılandırılmış ya da yarı yapılandırılmış, kısa veya uzun süreli olarak danışmanlık verilebilir. Sağlık profesyonelleri uygulayabileceği gibi, bu uygulamaları aynı zamanda para-profesyoneller veya kendi kendine yardım grupları da uygulayabilir. Bazı çalışmalarda grup danışmanlığının sosyal izolasyonu azaltmada sosyal desteği arttırmada ve toplum kaynakları konusunda bilgilenme açısından bireysel danışmanlıktan daha etkili olduğu bulunmuştur. Ancak bakım verme ile ilgili stresi, yük ve psikolojik belirtileri azaltmada etkisinin daha az olduğu bulunmuştur (McCallion ve ark. 1994). Grup girişimlerinde amaçlar:

- İzolasyon ve yalnızlığı azaltmak,
- Duygu ve deneyimlerin paylaşılması,
- Bastırılmış duyguların ifade edilmesi için cesaretlendirme,
- Bakım verenlerin yaşadıklarının normalleştirilmesi, onaylanması ve diğer bakım verenlerin de benzer duyguları yaşadığını farketmesinin sağlanması (evrenselleştirme),
- Bakım vericinin rolünün ne kadar önemli olduğu hakkında umut verme, umut aşılama,
- Bakım vereni normal ve bozulmuş bir yaşlanma süreci, kronik sakatlıkların etkisi ve toplum kaynakları hakkında eğitmek,
- Etkin problem çözme ve başa çıkma stratejilerini öğretmek,
- Baskı yapan sorunları tanıması, çözümü için plan geliştirip bunu hayata geçirmesi konusunda yardım etmek olabilir (McCallion ve ark. 1994).

Bireysel danışmanlıklarda sosyal destek üzerinde fazla durulmaz, daha çok evlilik problemleri veya ruhsal sorunlar ya da gevşeme yöntemleri gibi konular üzerine danışmanlık verilir. Zarit ve ark. (1987) hem grup danışmanlığının hem de bireysel danışmanlığın bakım yükünü azalttığını bildirmiştir (Kaynak: McCallion ve ark. 1994 p. 64-88). Aile danışmanlıklarının ise kronik hastalara bakım veren kişiler için önemi büyüktür. Hastalık ailedeki tüm sistemleri etkilediği için bu danışmanlıkta tüm aile ele alınır.

Literatür incelendiğinde, ülkemizde bipolar hastalarda yapılmış aile müdahale çalışmalarına rastlanılmamıştır. Bu konuda araştırmalar yapılmasının bakım verenlerdeki yükü azaltmada olumlu katkılarının olacağı düşünülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Deseni

Araştırma, bipolar bozukluk tanısı alan hastaların birincil bakım vericilerinin algıladığı bakım yükü ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla, kesitsel-tanımlayıcı desende gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmada; bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri, hastaya ait özellikler ve bakım vermeye ait özellikler bağımsız değişken olarak ele alınırken, Bakım Verenlerin Yükü Envanteri'nin alt boyut puanları ve toplam puanı bağımlı değişken olarak ele alındı.

3.3. Araştırma Soruları

Araştırmada şu sorulara cevap arandı:

- 1- Bipolar bozukluk tanısı alan hastaların birincil bakım vericilerinin algıladıkları bakım yükü ne düzeydedir?
- 2- Bipolar bozukluk tanısı alan hastaların birincil bakım vericilerindeki bakım yükünü etkileyen faktörler nelerdir?

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın verileri, İstanbul'da bir üniversitesi hastanesinin Psikiyatri Anabilim dalına bağlı tüm poliklinikler ve yatan hasta servislerinden Mart- Eylül 2018 tarihleri arasında toplandı.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini İstanbul'da bir üniversitesi hastanesinin Psikiyatri Anabilim dalına bağlı tüm poliklinikler ve yatan hasta servislerinde takip edilen bipolar tanıli hastaların bakım vericileri oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini ise, Mart- Eylül 2018 tarihleri arasında Çarşamba-Perşembe günleri Duygudurum Polikliniği'ne gelen ve yatan hasta servislerine yatışı yapılan, klinik araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve bipolar bozukluk hastalarının birincil bakım vericisi olan 75 kişi oluşturdu. Ancak araştırma; 3 kişi araştırmaya dahil edilme kriterlerine uymadığı için, 7 kişi ölçeği eksik doldurduğu için, 12 kişi de araştırmaya katılmak istemediğini beyan ettiği için gönüllü olan 53 bakım verici (%70,66) ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri aşağıda belirtilmiştir.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri;

- Hastanın ve bakım verenin Türkçe konuşuyor olması,
- Bakım verenin 18 yaş ve üzerinde olması,
- Bakım veren kişinin hastanın primer bakım vericisi olması (anne, baba, eş, kardeş, çocuk vb.).

Dışlama Kriterleri;

- Bakım verenin hastanın primer bakım vericisi olmaması,
- Bakım verenin 18 yaşın altında olması,
- Hastanın veya bakım verenin Türkçe konuşamaması,
- Bakım verenin ücretli bakım personeli olması.

3.6. Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçları

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmada veriler; Kişisel Bilgi Formu (Ek – 1) ve Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (Novak ve Guest 1989; Küçükgüçlü 2004) ile toplandı (Ek – 2). Kişisel Bilgi Formu; bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri, hastaya ait özellikler ve bakım vermeye ilişkin özellikler olmak üzere toplam 30 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Bakım Verenlerin Yükü Envanteri

İlk olarak Novak ve Guest tarafından (1989) geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Küçükgüçlü (2004) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin geliştirilme amacı, bilişsel bozukluğu olan hastaların bakım verenlerinin yüklerini belirlemektir.

Likert tipte olan envanter, toplam 24 maddeden oluşan ve beş alt boyutu (Zaman-bağımlılık yükü, gelişimsel yük, fiziksel yük, sosyal yük ve duygusal yük) olan bir ölçüm aracıdır (Küçükgüçlü 2004). Fiziksel yük alt boyutu; bakım verenin uyku sorunları, yorgunluk gibi fiziksel sağlığını olumsuz etkileyen bakım ile ilişkili yüküdür. Zaman-bağımlılık alt boyutu; bakım verenin bakım vermeye fazla zaman ayırmasından kaynaklanan yüküdür. Gelişimsel yük alt boyutu; bakım verenin yaşamdaki beklentilerini

istediği gibi gerçekleştirememesi ve yaşam şartlarının akranlarından farklı olması ile ilişkili yükür. Duygusal yük alt boyutu; bakım verenin hastaya karşı geliştirdiği olumsuz duygular ile ilgili yükür. Sosyal yük alt boyutu ise; bakımın yönetimi, sosyal ilişkilerdeki sorunlar, rollerini yerine getirememe gibi yük algılanmasına neden olan durumlardır (Küçükgüçlü 2009; Sagut 2012). Küçükgüçlü ve ark. (2004) tarafından envanterin güvenilirlik çalışmasında ölçeğin tümü için elde edilen Cronbach alpha değeri 0.94, “Zaman-Bağımlılık Yüğü” için 0.93, “Gelişimsel Yüğü” için 0.94, “Fiziksel Yüğü” için 0.94, “Sosyal Yüğü” için 0.82, “Duygusal Yüğü” için 0.94 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin puanlaması, “hiç tanımlamıyor (0) puan”, ile “çok tanımlıyor (4) puan” şeklinde kodlanmaktadır. Bütün faktörler beş maddeden, ancak üçüncü faktör olan fiziksel yük dört maddeden oluşmaktadır. Her bir alt boyuttan en az 0, en fazla 20 puan alınmaktadır. Dört maddeden oluşan fiziksel yükte, her bir maddeye verilen yanıtın puanı 1.25 ile çarpılarak puan hesaplaması yapılmakta ve bu faktörden de toplam 20 puan elde edilmektedir (Küçükgüçlü 2004). Toplam yük puanı 0 ile 100 aralığında değişkenlik göstermektedir. Yüksek puan bakım verenler açısından yüksek derecedeki yüğü göstermektedir. Envanterin uygulanması normal şartlarda ortalama 10-15 dakika sürmektedir.

Bu çalışmada envanter toplam ve alt boyutların Cronbach alpha değerleri, Zaman-bağımlılık yüğü alt boyutu 0,87, Gelişimsel yük alt boyutu 0,85, Fiziksel yük alt boyutu 0,85, Sosyal Yüğü alt boyutu 0,70 ve Duygusal yük alt boyutu 0,84 ve genel toplamın 0,92 yüksek derecede güvenilir olduğu bulundu (Ek – 2, Ek- 3).

3.7. Araştırma Süreci

Araştırma verileri; Mart 2018- Eylül 2018 tarihleri arasında, hastane ortamında anketler aracılığı ve yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Katılımcılara çalışma hakkında bilgi verildi. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu imzalandıktan sonra, Kişisel Bilgi Formu ve Bakım Verenlerin Yüğü Envanteri dolduruldu.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın etik izni, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan (16.02.2017 tarih, 65852 sayılı) alındı. Kurum izni için İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı’na ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü’ne başvuru

yapılarak gerekli izinler alındı. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına göre yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul edenlerden bilgilendirilmiş gönüllü olur belgesini yazılı olarak doldurmaları istendi. Çalışmada, Bakım Verenlerin Yükü Envanteri'nin kullanılabilmesi için gerekli izin Prof. Dr. Özlem Küçükgüçlü'den e-mail yolu ile alındı.

3.9. Araştırmanın Analizi

Yapılan bu çalışmada veri üzerinde yapılan analizler ve hesaplamalar SPSS 21 (Statistical Package for the Social Science) istatistik programı ile yapıldı. Programın lisansı İstanbul Üniversitesi tarafından alındı (İ.Ü. Bilgi İşlem Daire Başkanlığı Yazılım Lisans Sunucusu <http://bilgiislem.istanbul.edu.tr/?p=6787>).

Kategorik değişkenler için frekans ve yüzde değerleri verildi. Sürekli nicel değişkenler için ortalama standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler verildi. Sürekli değişkenlerin güvenilirlik sınaması için Cronbach's alfa güvenilirlik analizi yapıldı. Sürekli değişkenlerin normal dağılım sınaması ve Bakım Verenlerin Yükü Envanteri'nin ve alt boyutlarının normal dağılıp dağılmadığını anlamak için Kolmogorov-Smirnov testi uygulandı. Yapılan analiz sonucunda Zaman-Bağımlılık Yükü düzeyinin ($p=0,200$), Gelişimsel Yük düzeyinin ($p=0,200$), Fiziksel Yük düzeyinin ($p=0,200$) ve genel toplam düzeyinin ($p=0,066$) normal dağıldığı, Sosyal Yük düzeyinin ($p=0,025$) ve Duygusal Yük düzeyinin ($p=0,000$) normal dağılmadığı tespit edildi. Normal dağılan değişkenler için parametrik testler, normal dağılmayan değişkenler için parametrik olmayan testler kullanıldı.

İki grup karşılaştırmasında Mann Whitney U testi ve Bağımsız Örneklem t testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H testi ve One-Way Anova yapıldı. İkili karşılaştırmalar Post Hoc testlerinden LSD ve Dunn's Testleri ile yapıldı. Değişkenler arasındaki ilişkiler için Spearman ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Tüm analizler 0,05 hata payında sınıandı.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Çalışmadaki örneklem grubunun İstanbul'un bir hastanesinden alınması,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen bakım vericilerin örneklem sayısını azaltması,
- Yatan hastaların ve ayaktan hastaların bakım yüklerinin karşılaştırılamaması çalışmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

4.1. Bakım Verici ve Bakıma İlişkin Özelliklere Yönelik Bulgular

Bu bölümde bakım veren ve bakım verilen bireylere ile bakıma ilişkin özelliklere yönelik bulgulara yer verildi (Tablo1- 4).

Tablo 1: Bakım Vericiye Ait Demografik Özelliklerin Dağılımı (n=53)

	Ort.	SS	Min	Max
Yaş	38,36	11,69	18	66
	n		(%)	
Cinsiyet				
Kadın	32		60,4	
Erkek	21		39,6	
Medeni Durum				
Bekar	21		39,6	
Evlü	32		60,4	
Eğitim durumu				
İlköğretim	10		18,9	
Lise	18		34,0	
Lisans ve Üzeri	25		47,2	
Çalışma Durumu				
Tam/Yarı Zamanlı	28		52,8	
Çalışmıyor	25		47,2	
Aylık Gelir Durumu				
Gelirim giderimden az	19		35,8	
Gelirim giderime eşit	25		47,2	
Gelirim giderimden fazla	9		17,0	
Hastaya yakınlık derecesi				
Anne-Baba	7		13,2	
Eş	16		30,2	
Kardeş	10		18,9	
Çocuk	13		24,5	
Diğer	7		13,2	
Fiziksel Hastalığa Sahip Olma				
Evet	9		17,0	
Hayır	44		83,0	
Bakım verilen kişi ile aynı evde yaşama				
Evet	39		73,6	
Hayır	14		26,4	
Toplam	53		100	

Tablo 1 incelendiğinde; bakım verenlerin yaş ortalaması $38,36 \pm 11,69$ yıldır. Bakım verenlerin %60,4'ü (n=32) kadın, %60,4'ü (n=32) evli, %47,2'si (n=25) lisans ve üzeri mezunu olduğu, %52,8'inin (n=28) tam/yarı zamanlı çalıştığı, %47,2 (n=25) gelirinin giderine eşit olduğu bulundu. %30,2'sinin (n=16) hastanın eşi ve %83'ünün (n=44) fiziksel bir rahatsızlığı olmadığı bulundu. %73,6'sının (n=39) bakım verdiği hasta ile aynı evde yaşadığı tespit edildi.

Tablo 2: Hastanın Bakımına İlişkin Özelliklerin Dağılımı (n=53)

	n	%
Bakım vermeyi gönüllü olma		
Evet	44	83,0
Hayır	9	17,0
Başka bir hastaya bakım verme tecrübesi		
Var	8	15,1
Yok	45	84,9
Manevi durumu		
Zayıf	10	18,9
Orta	25	47,2
Güçlü	18	34,0
Başetme aracı olarak maneviyatın işe yaradığını düşünme		
Evet	21	39,6
Hayır	13	24,5
Kısmen	19	35,8
Hastaya bakım verirken işe yaradığını düşünme		
Evet	46	89,8
Hayır	4	7,5
Kısmen	3	5,7
Rollerinizi yerine getirmekte güçlük yaşama		
Genellikle	28	52,8
Nadiren	25	47,2
Bakım verme sürecinde destek sahibi olma		
Evet	37	69,8
Hayır	16	30,2
Başka bir kişinin yardımına ihtiyaç duyma sıklığı		
Sıklıkla	36	67,9
Nadiren	17	32,1
Hastalık tedavisi ile başa çıkmada eğitim programlarına katılma		
Evet	23	43,4
Hayır	30	56,6
Toplam	53	100

Tablo 2 incelendiğinde; bakım verenlerin %83'ünün (n=44) hastaya bakım vermede gönüllü olduğu, %84,9'unun (n=45) ise hastasından başka bir hastaya bakım verme tecrübesi olmadığı bulundu. %47,2'si (n=25) manevi durumunu orta düzeyde değerlendirirken, %39,6'sı (n=21) baş etme aracı olarak maneviyatın işe yaradığını ifade etmiştir. %89,8'i (n=46) ise hastaya bakım verirken işe yaradığını düşünmektedir. Bakım verenlerin %52,8'inin (n=28) rollerini yerine getirmekte genellikle güçlük yaşadığı, %69,8'inin (n=37) hastaya bakım verme sürecinde destek aldığı, %43,4'ünün (n=23) hastalık semptomları ile eğitim programlarına katılırken %56,6'sının (n=30) eğitim programlarına katılmadığı belirlendi.

Tablo 3 : Hasta Bakım Süresine Ait Özellikler (n=53)

Hasta bakım süresine ait bilgiler	Ort	SS	Min	Maks
Hasta bakımına ayrılan saat	6,45	5,42	1	24
Hasta bakımına ayrılan gün (haftada)	5,75	2,05	1	7
Hasta bakımına ayrılan süre (yıl)	5,77	6,89	1	30

Tablo 3 incelendiğinde; bakım verenlerin günde ortalama bakım verme süresi $6,45 \pm 5,42$ saat, haftada bakıma ayrılan ortalama süre, $5,75 \pm 2,05$ gün ve bakım vericilerin hastaya bakım yılı ise ortalama $5,77 \pm 6,89$ yıl olduğu bulundu.

Tablo 4 : Bakım Verilen Hastaya Ait Özelliklerin Dağılımı (n=53)

	Ort.	SS	Min	Max
Hastanın yaşı	42,53	14,20	17	66
Tanı konma süresi (yıl)	7,68	9,10	1	40
	n		(%)	
Hastalığa eşlik eden başka bir ruhsal ya da fiziksel hastalığın varlığı				
Var	24		45,3	
Yok	29		54,7	
Hastalık belirtilerinin görülme sıklığı				
Sık	25		47,2	
Bazen	17		32,1	
Nadiren	11		20,8	
Hastanın fiziksel/duygusal/ekonomik/cinsel şiddet uygulama durumu				
Genellikle	9		17,0	
Nadiren	44		83,0	
Hastanın kontrollerine düzenli olarak gitme durumu				
Evet	21		39,6	
Her zaman değil	24		45,3	
Hayır	8		15,1	
Hastanın ilaçlarını düzenli kullanma durumu				
Evet	18		34,0	
Her zaman değil	25		47,2	
Hayır	10		18,9	

Tablo 4 incelendiğinde; bakım verilen hastaların yaş ortalaması $41,53 \pm 14,20$ yıl, bipolar bozukluk tanısı konma süresi $7,68 \pm 9,10$ yıl olarak bulundu. Hastaların %54,7'sinin (n=29) hastalığına eşlik eden başka bir ruhsal ya da fiziksel hastalığı olmadığı, %47,2'sinin (n=25) hastalığa eşlik eden belirtilerin sık görüldüğü, %83'ünün (n=44) nadiren fiziksel/duygusal/ekonomik/cinsel şiddet uyguladığı bulundu. %45,3'ünün

(n=24) kontrollerine her zaman düzenli gitmediği ve %47,2'sinin (n=25) ilaçlarını her zaman düzenli kullanmadığı tespit edildi

4.2. Bipolar Hastaların Bakım Verenlerinin Algıladığı Bakım Yüğü

Bu bölümde bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerin birincil bakım verenlerinin bakım verenlerin yükü envanteri ve alt boyutlarından aldığı puanlar verildi. (Tablo 5).

Tablo 5 : Bakım Verenlerin Yükü Envanterinin Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular (n=53)

	Ort	Standard Sapma	Minimum	Maksimum
Zaman-Bağımlılık Yüğü	8,96	5,14	0,00	20,00
Gelişimsel Yüğü	12,35	5,25	1,00	20,00
Fiziksel Yüğü	9,48	6,01	0,00	20,00
Sosyal Yüğü	6,47	4,79	0,00	20,00
Duygusal Yüğü	4,71	4,39	0,00	20,00
Ölçek Toplam	41,99	19,90	6,25	92,00

Tablo 5 incelendiğinde; zaman-bağımlılık yükü alt boyut ortalaması $8,96 \pm 5,25$, gelişimsel yük alt boyut ortalaması $12,35 \pm 5,25$, fiziksel yük alt boyut ortalaması $9,48 \pm 6,01$, sosyal yük alt boyut ortalaması $6,47 \pm 4,79$, duygusal yük alt boyut ortalaması $4,71 \pm 4,39$ ve ölçek toplam puan ortalaması $41,99 \pm 19,90$ olarak bulundu. .

4.3. Bakım Verici ve Bakıma İlişkin Özellikler İle Bakım Verenlerin Yükü Envanterinin Karşılaştırılması

Bu bölümde Bakım Verenlerin tanımlayıcı özellikleri ile BVYE nin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (Tablo 6-13)'te, bakıma ilişkin özellikler ile BVYE nin karşılaştırılması (Tablo 14-21)'de, bakım verilen bireye ilişkin özellikler ile BVYE nin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (Tablo 22-26)'de yer almaktadır.

Tablo 6 : Bakım Verenin Cinsiyeti ile Bakım Veren Yüğü Envanterinin Karşılaştırılması (n=53)

Cinsiyet/Bakım Veren Yüğü		n	Ort.	SS	t/Z	P
Zaman- Bağımlılık Yüğü	Kadın	32	9,09	5,11	0,228	0,821
	Erkek	21	8,76	5,30		
Gelişimsel Yük	Kadın	32	12,81	4,51	0,77	0,443
	Erkek	21	11,66	6,26		
Fiziksel Yük	Kadın	32	9,64	5,65	0,248	0,805
	Erkek	21	9,22	6,66		
Sosyal Yük*	Kadın	32	5,78	3,94	-0,931	0,352
	Erkek	21	7,52	5,80		
Duygusal Yük*	Kadın	32	4,00	3,48	-1,061	0,289
	Erkek	21	5,80	5,41		
Genel Toplam	Kadın	32	41,33	17,76	-0,293	0,771
	Erkek	21	42,98	23,22		

t:Bağımsız Örneklem T test

*Z:MannWhitney U testi

Tablo 6 incelendiğinde; cinsiyet ile bakım verenlerin yüğü envanteri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 7 : Bakım Verenin Medeni Durumu ile Bakım Veren Yüğü Envanterinin Karşılaştırılması (n=53)

Medeni Durum/Bakım Veren Yüğü		n	Ort.	SS	t/Z	p
Zaman- Bağımlılık Yüğü	Evli	21	9,85	5,67	1,027	0,309
	Bekar	32	8,37	4,76		
Gelişimsel Yük	Evli	21	13,42	5,19	1,207	0,233
	Bekar	32	11,65	5,25		
Fiziksel Yük	Evli	21	9,70	5,95	0,215	0,831
	Bekar	32	9,33	6,14		
Sosyal Yük*	Evli	21	6,00	4,49	-0,447	0,655
	Bekar	32	6,78	5,02		
Duygusal Yük*	Evli	21	4,14	5,01	-1,557	0,121
	Bekar	32	5,09	3,97		
Genel Toplam	Evli	21	43,12	20,65	0,335	0,739
	Bekar	32	41,24	19,69		

t:Bağımsız Örneklem T test

*Z:MannWhitney U testi

Tablo 7 incelendiğinde; medeni durum ile bakım verenlerin yüğü envanteri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 8: Bakım Verenin Eğitim Durumu ile Bakım Veren Yükü Envanterinin Karşılaştırılması (n=53)

Eğitim Durumu/Bakım Veren Yükü		n	Ort.	SS	F/KW	P
Zaman-Bağımlılık Yükü	İlköğretim	10	8,60	6,11		
	Lise	18	9,72	4,40	0,290	0,750
	Üniversite ve üzeri	25	8,56	5,37		
Gelişimsel Yük	İlköğretim	10	14,50	4,52		
	Lise	18	12,72	5,06	1,467	0,240
	Üniversite ve üzeri	25	11,24	5,53		
Fiziksel Yük	İlköğretim	10	12,87	4,78		
	Lise	18	9,44	5,85	2,314	0,109
	Üniversite ve üzeri	25	8,15	6,24		
Sosyal Yük*	İlköğretim	10	9,40	6,73		
	Lise	18	5,44	4,07	2,467	0,291
	Üniversite ve üzeri	25	6,04	4,04		
Duygusal Yük*	İlköğretim	10	7,80	5,37		
	Lise	18	4,44	5,09	3,934	0,140
	Üniversite ve üzeri	25	3,68	2,74		
Genel Toplam	İlköğretim	10	53,17	21,06		
	Lise	18	41,77	18,70	2,275	0,113
	Üniversite ve üzeri	25	37,67	19,30		

F: One-way ANOVA

*KW: Kruskal Wallis H testi

Tablo 8 incelendiğinde; eğitim durumu ile bakım verenlerin yükü envanteri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 9: Bakım Verenin Çalışma Durumu ile Bakım Veren Yüğü Envanterinin Karşılaştırılması (n=53)

Çalışma Durumu/Bakım Veren Yüğü		n	Ort.	SS	t/Z	p
Zaman- Bağımlılık Yüğü	Tam/Yarı zamanlı	28	8,46	4,67	-0,743	0,461
	Çalışmıyor	25	9,52	5,67		
Gelişimsel Yük	Tam/Yarı zamanlı	28	11,10	4,66	-1,880	0,066
	Çalışmıyor	25	13,76	5,60		
Fiziksel Yük	Tam/Yarı zamanlı	28	8,70	5,85	-0,993	0,325
	Çalışmıyor	25	10,35	6,19		
Sosyal Yük*	Tam/Yarı zamanlı	28	5,92	3,83	-0,483	0,629
	Çalışmıyor	25	7,08	5,69		
Duygusal Yük*	Tam/Yarı zamanlı	28	4,21	3,53	-0,362	0,383
	Çalışmıyor	25	5,28	5,21		
Genel Toplam	Tam/Yarı zamanlı	28	38,41	16,86	-1,396	0,718
	Çalışmıyor	25	45,99	22,51		

t:Bağımsız Örneklem T test

*Z:MannWhitney U testi

Tablo 9 incelendiğinde; çalışma durumu ile bakım verenlerin yüğü envanteri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 10 : Bakım Verenin Gelir Durumu ile Bakım Veren Yüğü Envanterinin Karşılaştırılması (n=53)

Gelir Durumu/Bakım Veren Yüğü		n	Ort.	SS	F/KW	p
Zaman- Bağımlılık Yüğü	Geliri giderinden az	19	11,05	5,72	2,645	0,081
	Gelir giderine eşit	25	7,64	4,50		
	Geliri giderinden fazla	9	8,22	4,54		
Gelişimsel Yük	Geliri giderinden az	19	14,10	4,20	1,770	0,181
	Gelir giderine eşit	25	11,60	5,22		
	Geliri giderinden fazla	9	10,77	6,77		
Fiziksel Yüğü	Geliri giderinden az	19	10,65	6,01	0,657	0,523
	Gelir giderine eşit	25	9,10	5,93		
	Geliri giderinden fazla	9	8,05	6,49		
Sosyal Yüğü*	Geliri giderinden az	19	7,84	5,74	2,152	0,341
	Gelir giderine eşit	25	5,24	3,72		
	Geliri giderinden fazla	9	7,00	4,87		
Duygusal Yüğü*	Geliri giderinden az	19	4,52	5,26	0,877	0,645
	Gelir giderine eşit	25	4,80	4,04		
	Geliri giderinden fazla	9	4,88	3,75		
Genel Toplam	Geliri giderinden az	19	48,18	21,53	1,462	0,242
	Gelir giderine eşit	25	38,38	18,04		
	Geliri giderinden fazla	9	38,94	20,33		

F: One-way ANOVA

*KW: Kruskall Wallis H testi

Tablo 10 incelendiğinde; gelir durumu ile bakım verenlerin yüğü envanteri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 11: Bakım Verenin Yakınlık Derecesi ile Bakım Veren Yüğü Envanterinin Karşılaştırılması (n=53)

Yakınlık Derecesi/Bakım Veren Yüğü		n	Ort.	SS	F/KW	p
Zaman- Bağımlılık Yüğü	Anne-Baba	7	9,14	4,45	4,169	0,006
	Eş	16	9,68	4,11		
	Kardeş	10	6,40	4,99		
	Çocuk	13	12,30	4,60		
	Diğer	7	4,57	5,31		
Gelişimsel Yüğü	Anne-Baba	7	11,57	5,99	0,456	0,767
	Eş	16	12,00	4,69		
	Kardeş	10	11,20	5,24		
	Çocuk	13	13,92	4,42		
	Diğer	7	12,71	7,67		
Fiziksel Yüğü	Anne-Baba	7	9,28	7,02	0,516	0,725
	Eş	16	9,14	5,85		
	Kardeş	10	7,50	5,65		
	Çocuk	13	10,67	5,39		
	Diğer	7	11,07	7,71		
Sosyal Yüğü*	Anne-Baba	7	6,00	7,23	2,650	0,618
	Eş	16	6,75	4,89		
	Kardeş	10	5,00	4,42		
	Çocuk	13	7,07	4,09		
	Diğer	7	7,28	4,27		
Duygusal Yüğü*	Anne-Baba	7	4,85	6,38	4,379	0,357
	Eş	16	4,37	2,72		
	Kardeş	10	3,60	3,74		
	Çocuk	13	4,07	2,95		
	Diğer	7	8,14	7,24		
Genel Toplam	Anne-Baba	7	40,85	25,43	0,740	0,569
	Eş	16	41,95	16,88		
	Kardeş	10	33,70	18,24		
	Çocuk	13	48,05	17,98		
	Diğer	7	43,78	26,99		

F: One-way ANOVA

*KW: Kruskal Wallis H testi

Tablo 11 incelendiğinde; bipolar hastaların bakım veren çocukları ile zaman bağımlılık yüğü alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). Yapılan post-hoc analiz sonucu, bakım veren çocukların bakım veren kardeş ve diğer bakım verenlere göre zaman bağımlılık yüğü alt boyutundan istatistiksel olarak daha yüksek puan aldığı bulundu.

Tablo 12 : Bakım Verenin Fiziksel Bir Hastalığa Sahip Olma Durumu ile Bakım Veren Yüğü Envanterinin Karşılaştırılması (n=53)

Fiziksel Hastalık/Bakım Veren Yüğü		n	Ort.	SS	t/Z	p
Zaman- Bağımlılık Yüğü	Var	9	9,00	3,90	0,157	0,981
	Yok	44	8,95	5,40		
Gelişimsel Yüğü	Var	9	11,77	2,77	-0,557	0,583
	Yok	44	12,47	5,64		
Fiziksel Yüğü	Var	9	9,44	4,80	0,151	0,984
	Yok	44	9,48	6,28		
Sosyal Yüğü*	Var	9	5,33	4,06	-0,690	0,506
	Yok	44	6,70	4,93		
Duygusal Yüğü*	Var	9	3,77	3,38	-0,601	0,568
	Yok	44	4,90	4,58		
Genel Toplam	Var	9	39,33	10,31	-0,679	0,503
	Yok	44	42,53	21,39		

t:Bağımsız Örneklem T test

*Z:MannWhitney U testi

Tablo 12 incelendiğinde; bakım verenin fiziksel bir rahatsızlığa sahip olma durumu ile bakım verenlerin yüğü envanteri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 13 : Bakım Verilen Hastayla Aynı Evde Yaşama Durumu ile Bakım Veren Yükü Envanterinin Karşılaştırılması (n=53)

Aynı Evde Yaşama/Bakım Veren Yükü		n	Ort.	SS	t/Z	p
Zaman-Bağımlılık Yükü	Evet	39	10,53	4,57	4,306	0,000
	Hayır	14	4,57	4,05		
Gelişimsel Yük	Evet	39	12,66	4,83	0,710	0,481
	Hayır	14	11,50	6,40		
Fiziksel Yük	Evet	39	9,61	5,86	0,269	0,789
	Hayır	14	9,10	6,64		
Sosyal Yük*	Evet	39	6,51	5,09	-0,334	0,738
	Hayır	14	6,35	3,99		
Duygusal Yük*	Evet	39	4,28	3,94	-0,993	0,321
	Hayır	14	5,92	5,44		
Genel Toplam	Evet	39	43,61	19,81	0,992	0,326
	Hayır	14	37,46	20,18		

t:Bağımsız Örneklem T test

*Z:MannWhitney U testi

Tablo 13 incelendiğinde; hasta yakınının bakım verilen hasta ile aynı evde yaşayanlar yaşamayanlara göre, zaman bağımlılık yükü alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı bulundu ($p<0,05$).

Tablo 14 : Bakım Verenin Bakım Vermeyi Gönüllü Kabul Etme Durumu ile Bakım Veren Yükü Envanterinin Karşılaştırılması (n=53)

Gönüllü Olma/Bakım Veren Yükü		n	Ort.	SS	t/Z	p
Zaman- Bağımlılık Yükü	Evet	44	9,63	5,01	2,185	0,034
	Hayır	9	5,66	4,71		
Gelişimsel Yük	Evet	44	12,43	5,09	0,223	0,825
	Hayır	9	12,00	6,30		
Fiziksel Yük	Evet	44	9,68	6,14	0,548	0,586
	Hayır	9	8,47	5,54		
Sosyal Yük*	Evet	44	6,27	4,96	-1,082	0,286
	Hayır	9	7,44	3,94		
Duygusal Yük*	Evet	44	4,47	3,96	0,469	0,650
	Hayır	9	5,88	6,27		
Genel Toplam	Evet	44	42,50	20,51	0,413	0,681
	Hayır	9	39,47	17,47		

t:Bağımsız Örneklem T test

*Z:MannWhitney U testi

Tablo 14 incelendiğinde; hastaya gönüllü bakım verenler gönüllü bakım vermeyenlere göre, zaman bağımlılık yükü alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı bulundu ($p<0,05$).

Tablo 15: Bakım Veren Hastadan Başka Bir Başkaya Bakım Verme Tecrübesi ile Bakım Veren Yükü Envanterinin Karşılaştırılması (n=53)

Başka Hastaya Bakım Verme/Bakım Veren Yükü		n	Ort.	SS	t/Z	p
Zaman-Bağımlılık Yükü	Evet	8	7,00	4,07	-1,175	0,245
	Hayır	45	9,31	5,27		
Gelişimsel Yük	Evet	8	10,12	3,22	-1,315	0,195
	Hayır	45	12,75	5,46		
Fiziksel Yük	Evet	8	7,50	5,21	-1,011	0,317
	Hayır	45	9,83	6,13		
Sosyal Yük*	Evet	8	3,87	2,41	-1,646	0,105
	Hayır	45	6,93	4,97		
Duygusal Yük*	Evet	8	3,62	2,38	-0,759	0,990
	Hayır	45	4,91	4,65		
Genel Toplam	Evet	8	32,12	12,96	-1,541	0,129
	Hayır	45	43,74	20,51		

t:Bağımsız Örneklem T test

*Z:MannWhitney U testi

Tablo 15 incelendiğinde; bakım veren hastadan başka hastaya bakım verme tecrübesi ile bakım verenlerin yükü envanteri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 16 : Bakım Verenin Manevi Durumunu (Dini İnanç ve Uygulamalar) Değerlendirmesi ile Bakım Veren Yükü Envanterinin Karşılaştırılması (n=53)

Manevi Durum/Bakım Veren Yükü		n	Ort.	SS	F/KW	p
Zaman- Bağımlılık Yükü	Zayıf	10	14,60	4,06		
	Orta	25	8,96	4,45	14,006	0,000
	Güçlü	18	5,83	3,88		
Gelişimsel Yük	Zayıf	10	16,30	3,49		
	Orta	25	12,24	5,35	4,763	0,013
	Güçlü	18	10,33	4,88		
Fiziksel Yük	Zayıf	10	13,50	6,89		
	Orta	25	9,55	4,78	3,992	0,025
	Güçlü	18	7,15	6,16		
Sosyal Yük*	Zayıf	10	9,40	7,02		
	Orta	25	6,72	3,90	4,803	0,091
	Güçlü	18	4,50	3,65		
Duygusal Yük*	Zayıf	10	5,10	4,77		
	Orta	25	4,92	4,13	1,045	0,593
	Güçlü	18	4,22	4,74		
Genel Toplam	Zayıf	10	58,90	22,68		
	Orta	25	42,39	16,12	7,276	0,002
	Güçlü	18	32,04	17,30		

F: One-way ANOVA

*KW: Kruskal Wallis H testi

Tablo 16 incelendiğinde; bakım verenlerden manevi durumunu zayıf olarak değerlendirenler zaman bağımlılık yükü, gelişimsel yük alt boyutlarından ve toplam ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı bir farka sahip olduğu bulundu ($p < 0,05$). Yapılan post hoc analizi sonucunda; manevi durumunu zayıf olarak değerlendirenlerin orta ve güçlü değerlendirenlere göre, zaman bağımlılık yükü, gelişimsel yük alt boyutlarından ve toplam ölçek puanından istatistiksel olarak daha yüksek puan aldığı bulundu.

Tablo 17 : Bakım Verenin Manevi Durumunun Rahatlatması ile Bakım Veren Yüğü Envanterinin Karşılaştırılması (n=53)

Manevi Durumun Rahatlatması/Bakım Veren Yüğü		n	Ort.	SS	F/KW	p
Zaman-Bağımlılık Yüğü	Evet	21	7,42	4,20	3,266	0,046
	Hayır	13	11,84	6,25		
	Kısmen	19	8,68	4,67		
Gelişimsel Yüğü	Evet	21	10,57	5,21	4,932	0,011
	Hayır	13	15,92	3,66		
	Kısmen	19	11,89	5,23		
Fiziksel Yüğü	Evet	21	7,50	5,60	4,223	0,020
	Hayır	13	13,26	6,42		
	Kısmen	19	9,07	5,20		
Sosyal Yüğü*	Evet	21	4,28	2,93	8,782	0,012
	Hayır	13	9,92	5,69		
	Kısmen	19	6,52	4,57		
Duygusal Yüğü*	Evet	21	3,42	2,42	2,121	0,391
	Hayır	13	6,53	6,17		
	Kısmen	19	4,89	4,42		
Genel Toplam	Evet	21	33,21	15,53	7,511	0,001
	Hayır	13	57,50	19,88		
	Kısmen	19	41,07	18,66		

t:Bağımsız Örneklem T test

*Z:MannWhitney U testi

Tablo 17 incelendiğinde; bakım verenlerden manevi durumu rahatlatmayanlarda zaman bağımlılık yüğü, gelişimsel yük, fiziksel yük, sosyal yükalt boyutlarında ve toplam ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farka sahip olduğu bulundu ($p<0,05$). Yapılan post hoc analizi ve Dunn's Post Hoc analizi sonucunda; manevi durumu rahatlatmayanlar rahatlatanlara göre zaman bağımlılık yüğü, gelişimsel yük, fiziksel yük, sosyal yük ve toplam ölçek puanından istatistiksel olarak daha yüksek puan aldığı bulundu.

Tablo 18 : Bakım Veren Rollerini Yerine Getirmede Güçlük Yaşama Durumu ile Bakım Veren Yükü Envanterinin Karşılaştırılması(n=53)

Rol Güçlük/Bakım Veren Yükü		n	Ort.	SS	t/Z	p
Zaman- Bağımlılık Yükü	Genellikle	28	10,39	5,37	2,222	0,031
	Nadiren	25	7,36	4,45		
Gelişimsel Yük	Genellikle	28	13,96	4,54	2,468	0,017
	Nadiren	25	10,56	5,49		
Fiziksel Yük	Genellikle	28	12,14	5,99	3,891	0,000
	Nadiren	25	6,50	4,52		
Sosyal Yük*	Genellikle	28	8,25	4,90	-2,898	0,004
	Nadiren	25	4,48	3,85		
Duygusal Yük*	Genellikle	28	5,64	4,82	-2,305	0,021
	Nadiren	25	3,68	3,68		
Genel Toplam	Genellikle	28	50,39	18,68	3,609	0,001
	Nadiren	25	32,58	17,06		

t:Bağımsız Örneklem T test

*Z:MannWhitney U testi

Tablo 18 incelendiğinde; bakım verenlerden rollerini yerine getirmede genellikle güçlük yaşayanların nadiren yaşayanlara göre, bakım veren yükü envanteri toplam puan ve alt boyutlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı bulundu ($p<0,05$).

Tablo 19 : Bakım Verenin Bakım Verirken Başka Birinden Destek Alma Durumu ile Bakım Veren Yükü Envanterinin Karşılaştırılması (n=53)

Destek Alma Durumu/Bakım Veren Yükü		n	Ort.	SS	t/Z	p
Zaman-Bağımlılık Yükü	Evet	37	8,70	4,91		
	Hayır	16	9,56	5,76	-0,555	0,581
Gelişimsel Yük	Evet	37	12,78	4,42		
	Hayır	16	11,37	6,85	0,756	0,458
Fiziksel Yük	Evet	37	9,25	5,47		
	Hayır	16	10,00	7,28	-0,410	0,684
Sosyal Yük*	Evet	37	5,78	3,96		
	Hayır	16	8,06	6,15	-1,079	0,280
Duygusal Yük*	Evet	37	4,40	3,58		
	Hayır	16	5,43	5,94	-0,344	0,731
Genel Toplam	Evet	37	40,93	16,65		
	Hayır	16	44,43	26,43	-0,490	0,629

t:Bağımsız Örneklem T test

*Z:MannWhitney U testi

Tablo 19 incelendiğinde; bakım verenin bakım verirken başka birinden destek alma durumu ile bakım verenlerin yükü envanteri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 20 : Bakım Verenin Hastanın Tedavisiyle Başa Çıkmada Eğitim Alma Durumu ile Bakım Veren Yükü Envanterinin Karşılaştırılması (n=53)

Eğitim Alma Durumu/Bakım Veren Yükü		n	Ort.	SS	t/Z	p
Zaman-Bağımlılık Yükü	Evet	23	10,21	4,18	1,577	0,121
	Hayır	30	8,00	5,65		
Gelişimsel Yük	Evet	23	12,69	5,12	0,406	0,686
	Hayır	30	12,10	5,41		
Fiziksel Yük	Evet	23	10,05	5,51	0,604	0,504
	Hayır	30	9,04	6,43		
Sosyal Yük*	Evet	23	6,86	3,63	-1,117	0,264
	Hayır	30	6,16	5,55		
Duygusal Yük*	Evet	23	4,00	2,74	-0,027	0,978
	Hayır	30	5,26	5,31		
Genel Toplam	Evet	23	43,83	15,08	0,588	0,559
	Hayır	30	40,57	23,08		

t:Bağımsız Örneklem T test

*Z:MannWhitney U testi

Tablo 20 incelendiğinde; bakım verenin hastanın tedavisiyle başa çıkmada eğitim alma durumu ile bakım verenlerin yükü envanteri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 21 : Bakım Verenin Bakımda Başka Birinin Yardımına İhtiyaç Duyma Sıklığı ile Bakım Veren Yükü Envanterinin Karşılaştırılması (n=53)

Yardıma İhtiyaç Duyma Sıklığı/Bakım Veren Yükü		n	Ort.	SS	t/Z	p
Zaman-Bağımlılık Yükü	Sıklıkla	36	10,61	4,61	3,812	0,000
	Nadiren	17	5,47	4,51		
Gelişimsel Yük	Sıklıkla	36	13,94	4,10	3,535	0,001
	Nadiren	17	9,00	5,92		
Fiziksel Yük	Sıklıkla	36	10,86	5,38	2,570	0,013
	Nadiren	17	6,54	6,38		
Sosyal Yük*	Sıklıkla	36	6,88	4,39	-1,282	0,200
	Nadiren	17	5,58	5,56		
Duygusal Yük*	Sıklıkla	36	4,52	3,62	-0,561	0,575
	Nadiren	17	5,11	5,80		
Genel Toplam	Sıklıkla	36	46,84	16,26	2,738	0,009
	Nadiren	17	31,72	23,32		

t:Bağımsız Örneklem T test

*Z:MannWhitney U testi

Tablo 21 incelendiğinde; bakım verenlerden bakımda başka birinin yardımına sıklıkla ihtiyaç duyanların nadiren ihtiyaç duyanlara göre, zaman bağımlılık yükü, gelişim yükü, fiziksel yük alt boyutlarından ve genel toplam ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı bulundu ($p<0,05$).

Tablo 22 : Hastanın Eşlik Eden Başka Ruhsal/Fiziksel Hastalığa Sahip Olma Durumu ile Bakım Veren Yükü Envanterinin Karşılaştırılması (n=53)

Hastalık Varlığı/Bakım Veren Yükü		n	Ort.	SS	t/Z	p
Zaman-Bağımlılık Yükü	Var	24	10,29	5,40	1,745	0,087
	Yok	29	7,86	4,72		
Gelişimsel Yük	Var	24	14,33	4,80	2,628	0,011
	Yok	29	10,72	5,11		
Fiziksel Yük	Var	24	11,45	6,24	2,261	0,028
	Yok	29	7,84	5,39		
Sosyal Yük*	Var	24	7,50	5,77	-0,996	0,319
	Yok	29	5,62	3,68		
Duygusal Yük*	Var	24	5,58	5,26	-0,961	0,337
	Yok	29	4,00	3,45		
Genel Toplam	Var	24	49,16	21,50	2,506	0,015
	Yok	29	36,05	16,59		

t:Bağımsız Örneklem T test

*Z:MannWhitney U testi

Tablo 22 incelendiğinde; bakım verenlerin hastalarında bipolar hastalığının yanı sıra başka bir hastalığa sahip olanların olmayanlara göre gelişimsel yük, fiziksel yük alt boyutlarından ve genel toplam ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı bulundu ($p<0,05$).

Tablo 23 : Hastada Belirtilerin Görülme Sıklığı ile Bakım Veren Yükü Envanterinin Karşılaştırılması (n=53)

Belirtilerin Görülme Sıklığı/Bakım Veren Yükü		n	Ort.	SS	F/KW	p
Zaman- Bağımlılık Yükü	Sık	25	11,64	4,90	8,602	0,001
	Bazen	17	7,11	3,47		
Gelişimsel Yük	Nadiren	11	5,72	5,02	10,529	0,000
	Sık	25	15,24	3,81		
	Bazen	17	10,64	4,19		
Fiziksel Yük	Nadiren	11	8,45	6,15	5,717	0,006
	Sık	25	12,00	5,85		
	Bazen	17	8,30	5,53		
Sosyal Yük*	Nadiren	11	5,56	4,68	5,163	0,076
	Sık	25	8,08	5,00		
	Bazen	17	4,88	3,95		
Duygusal Yük*	Nadiren	11	5,27	4,67	3,028	0,220
	Sık	25	5,44	4,45		
	Bazen	17	4,58	4,79		
Genel Toplam	Nadiren	11	3,27	3,52	9,055	0,000
	Sık	25	52,40	18,68		
	Bazen	17	35,54	13,65		
	Nadiren	11	28,29	19,38		

t:Bağımsız Örneklem T test

*Z:MannWhitney U testi

Tablo 23 incelendiğinde; hastada hastalık belirtilerinin görülme sıklığı ile zaman bağımlılık yükü, gelişimsel yük, fiziksel yük, alt boyutlarında ve toplam ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farka sahip olduğu bulundu ($p<0,05$). Yapılan post hoc analizi sonucunda; hastalık belirtileri sık görülenlerin nadiren görülenlere göre zaman bağımlılık yükü, gelişimsel yük, fiziksel yük, ve toplam ölçek puanından istatistiksel olarak daha yüksek puan aldığı bulundu.

Tablo 24 : Hastaların Bakım Verene Şiddet Uygulama Sıklığı Bakım Verenin Bakımda Başka Birinin Yardımına İhtiyaç Duyma Sıklığı ile Bakım Veren Yükü Envanterinin Karşılaştırılması (n=53)

Şiddet Uygulama Sıklığı/Bakım Veren Yükü		n	Ort.	SS	t/Z	p
Zaman-Bağımlılık Yükü	Genellikle	9	12,44	5,83	2,321	0,024
	Nadiren	44	8,25	4,75		
Gelişimsel Yük	Genellikle	9	14,55	4,18	1,390	0,171
	Nadiren	44	11,90	5,37		
Fiziksel Yük	Genellikle	9	13,33	5,37	2,138	0,034
	Nadiren	44	8,69	5,88		
Sosyal Yük*	Genellikle	9	10,77	4,49	-2,925	0,003
	Nadiren	44	5,59	4,39		
Duygusal Yük*	Genellikle	9	5,77	3,49	-1,610	0,116
	Nadiren	44	4,50	4,56		
Genel Toplam	Genellikle	9	56,88	17,63	2,597	0,012
	Nadiren	44	38,94	19,11		

t:Bağımsız Örneklem T test

*Z:MannWhitney U testi

Tablo 24 incelendiğinde; bakım verene genellikle şiddet uygulayan hastaların bakım verenlerinin nadiren uygulayanlara göre, zaman bağımlılık yükü, fiziksel yük, sosyal yük alt boyutlarından ve genel toplam ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı bulundu ($p<0,05$).

Tablo 25 : Hastaların Kontrole Düzenli Gelme Durumu ile Bakım Veren Yükü Envanterinin Karşılaştırılması (n=53)

Kontrole Düzenli Gelme Durumu/Bakım Veren Yükü		n	Ort.	SS	F/KW	p
Zaman- Bağımlılık Yükü	Evet	21	8,80	4,94	0,979	0,383
	Her zaman değil	24	8,33	4,79		
	Hayır	8	11,25	6,60		
Gelişimsel Yük	Evet	21	12,23	4,67	1,293	0,283
	Her zaman değil	24	11,58	5,94		
	Hayır	8	15,00	4,03		
Fiziksel Yük	Evet	21	9,34	5,51	0,680	0,511
	Her zaman değil	24	8,85	6,43		
	Hayır	8	11,71	6,22		
Sosyal Yük*	Evet	21	6,00	5,21	3,004	0,223
	Her zaman değil	24	5,91	3,87		
	Hayır	8	9,37	5,65		
Duygusal Yük*	Evet	21	3,33	2,67	2,827	0,243
	Her zaman değil	24	4,91	4,52		
	Hayır	8	7,75	6,27		
Genel Toplam	Evet	21	39,72	17,85	2,130	0,129
	Her zaman değil	24	39,60	18,99		
	Hayır	8	55,09	24,80		

t:Bağımsız Örneklem T test

*Z:MannWhitney U testi

Tablo 25 incelendiğinde; hastaların kontrole düzenli gelme durumu ile bakım verenlerin yükü envanteri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 26 : Hastaların İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumu ile Bakım Veren Yükü Envanterinin Karşılaştırılması (n=53)

İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumu/Bakım Veren Yükü		n	Ort.	SS	F/KW	p
Zaman- Bağımlılık Yükü	Evet	18	9,33	5,73	0,766	0,470
	Her zaman değil	25	8,12	4,79		
	Hayır	10	10,40	4,97		
Gelişimsel Yük	Evet	18	11,66	5,05	1,359	0,266
	Her zaman değil	25	11,88	5,57		
	Hayır	10	14,80	4,46		
Fiziksel Yük	Evet	18	9,16	5,55	0,322	0,726
	Her zaman değil	25	9,15	6,39		
	Hayır	10	10,87	6,26		
Sosyal Yük*	Evet	18	6,83	5,17	1,040	0,594
	Her zaman değil	25	5,68	4,25		
	Hayır	10	7,80	5,45		
Duygusal Yük*	Evet	18	3,55	2,81	0,969	0,616
	Her zaman değil	25	4,80	4,34		
	Hayır	10	6,60	6,29		
Genel Toplam	Evet	18	40,55	19,61	1,137	0,329
	Her zaman değil	25	39,63	18,89		
	Hayır	10	50,47	22,60		

t:Bağımsız Örneklem T test

*Z:MannWhitney U testi

Tablo 26 incelendiğinde; hastaların ilaçlarını düzenli kullanma durumu ile bakım verenlerin yükü envanteri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

4.4. Hasta ve Bakım Verenlere Ait Değişkenler ile Bakım Yükü Arasındaki İlişki

Bu bölümde hastalara ve bakım verenlere ait değişkenler ile bakım verenlerin yükü envanteri alt boyutları arasındaki ilişki Tablo 27’de verildi.

Tablo 27 : Hastalara ve Bakım Verenlere Ait Değişkenler ile Bakım Verenlerin Yükü Envanteri Alt boyutları Arasındaki İlişki (n=53)

Bakım Veren Yükü		Yaş	Günde Ayrılan Bakım saati	Haftada Bakıma Ayrılan Gün	Hastaya verilen bakım yılı	Hasta Yaşı	Tanı Süresi
Zaman-							
Bağımlılık	r	-0,033	0,170	0,426**	-0,066	0,097	-0,186
Yükü							
Gelişimsel Yük	r	-0,054	0,260	-0,013	-0,088	0,157	-0,176
Fiziksel Yük	r	-0,010	0,074	-0,078	0,085	0,042	-0,020
Sosyal Yük*	rho	-0,077	-0,039	0,140	0,031	0,076	0,012
Duygusal Yük*	rho	0,071	-0,087	0,018	0,040	0,114	-0,004
Genel Toplam	r	0,010	0,193	-0,007	-0,052	0,118	-0,127

r:pearson

rho:Spearman

Tablo 27 incelendiğinde; bipolar hastaya haftada bakım verme günü ile zaman–bağımlılık yükü alt boyutunda istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulundu ($p<0,001$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde; bipolar bozukluk tanısı konmuş üyesi bulunan ailelerde bakım veren üyelerin algıladıkları yük ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla, tanımlayıcı desende yapılan 53 kişinin örneklemini oluşturduğu bu araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda bu bölümde tartışıldı.

Birinci bölümde; Hastalara bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ve bakım vermeye ilişkin özellikler ile bakım verilen bireye yönelik özellikler ile ilgili bulgular, (Tablo 1 - 4),

İkinci bölümde; bakım vericiler ve bakım verilen bireye ait özellikler ile bakım verenlerin yükü envanteri alt boyutları (zaman-bağımlılık yükü, gelişimsel yük, fiziksel yük, sosyal yük, duygusal yük) puan ortalamalarının karşılaştırılması (Tablo 6 - 27); ile bakım verenlerin yükü envanteri alt boyutları (zaman-bağımlılık yükü, gelişimsel yük, fiziksel yük, sosyal yük, duygusal yük) arasındaki ilişkiye yönelik bulgular tartışıldı.

5.1. Bakım Veren ve Bakım Verilen Birey ile Bakıma İlişkin Özelliklerin Tartışılması

5.1.1. Bakım Verene Ait Demografik Özellikler

Bipolar bozukluk genç erişkinlik ve yetişkinlik döneminde başlayan bir rahatsızlıktır. Bu çalışmada bipolar hastaların bakım verenlerinin çoğunu eşleri oluşturduğu için hastalarla benzer olarak genç erişkinlik döneminde oldukları (yaş ortalaması $38,36 \pm 11,69$) ve literatürdeki diğer bipolar bozukluk tanılı hastalara bakım verenlerin yaş ortalamalarıyla benzerlik gösterdiği görülmektedir (Dore ve Romans 2001; Heru ve Ryan 2004; Çoban ve ark. 2013; Balaban ve ark. 2016).

Bu çalışmada, bakım verenlerin çoğunluğunu (%60,4'ünü) kadınların oluşturduğu görüldü. Literatür incelendiğinde benzer şekilde, bipolar hastalara bakım verenlerin çoğunun kadın olduğu (Dore ve Romans 2001; Heru ve Ryan 2004; Goossens ve ark. 2008; Ostacher ve ark. 2008; Maskill ve ark. 2010; Çoban ve ark.2013; Bauer ve ark. 2015) bulunmuştur. Literatürde kadınların bakım veren rolüne uygun görülmesinin en önemli nedeni olarak; daha çok geleneksel toplumlarda ev işleri ve bakım gibi işlerin kadınların doğal sorumluluğu olarak görülmesi, kadınların erkeklerden daha şefkatli, duyarlı, başa çıkma becerisi yüksek olarak kabul edilmesi üzerinde durulmaktadır (Bilgili 2000; Akın ve Demirel 2003).

Çalışmaya katılanların medeni durumları incelendiğinde, yarısından fazlasının evli olduğu bulundu. Bakım verenlerin çoğunun evli olması, bu çalışmada bakım verenlerin çoğunun erişkinlik döneminde olması ve çoğunun eşlerden oluşması ile açıklanabilir. Bipolar bozukluk tanılı hastalara bakım verenler ile yapılan çalışmalarda da bakım verenlerin çoğunun evli olması çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir (Hill ve ark. 1998; Dore ve Romans 2001; Heru ve Ryan 2004; Lam ve ark. 2005; Tranvag ve Kristoffersen 2008; Goossens ve ark. 2008; Arguvanlı ve Taşçı 2013; Çoban ve ark. 2013; Gania ve ark. 2019).

Çalışmaya katılanların eğitim durumu değerlendirildiğinde; yaklaşık yarısının (%47,2) lisans ve üzeri mezunu olduğu bulundu. Literatürde bakım verenlerin eğitim durumuna ilişkin değişik bulgulara rastlanmaktadır. Ancak Türkiye’de bakım verenlerle ilgili yapılmış çalışmalarda eğitim düzeylerinin ilkökul-ortaokul düzeyinde olduğu görülmektedir (Arguvanlı ve Taşçı 2013; Çoban ve ark. 2013; Balaban ve ark. 2016; Gania ve ark. 2019). Bu çalışmada eğitim durumunun yüksek çıkmasının nedeninin, çalışmanın Türkiye’nin en büyük şehirlerinden birindeki üniversite hastanesinde yapılmış olması, bakım vericilerin çoğunu hastaların çocuklarının oluşturması ile ilişkili olabileceği; ayrıca, eğitim düzeyi yüksek kişilerin çalışmaya katılmaya daha istekli olmasına bağlı olabileceği düşünüldü.

Hastalığın işlevsellikte bozulmaya yol açması, hastalık sürelerinin uzun olması ve sık relaps yaşanması, bakım vericilerin düzenli bir işe devam etmesinde sorun olabilmektedir. Ancak çalışmaya katılanların çalışma durumları incelendiğinde; bakım verenlerin yarısından fazlasının tam zamanlı/yarı zamanlı çalıştığı bulundu. Literatür incelendiğinde çalışma ile paralel sonuçlar elde edilen araştırmalar bulunurken (Dore ve Romans 2001; Ostacher ve ark. 2008; Bauer ve ark. 2011), farklı çalışma sonuçlarına da rastlanmaktadır. Balaban ve arkadaşlarının (2016) Bipolar I Bozukluk tanılı hastaların bakım verenleri ile yaptığı çalışmada, çalışmama oranı (% 61,3) olarak saptanmıştır. Çalışma bulgularındaki çeşitliliğin nedeni, araştırmaların farklı ülkelerde yapılması ve çalışma oranlarının ülkeden ülkeye farklılık göstermesi ile ilişkili olabilir. Aynı zamanda çalışmaya katılan bakım verenlerin çoğunu kadınlar oluşturmakta ve ülke genelinde kadınların çalışmama oranlarıyla da ilişkili olabileceğini düşündürdü. Çalışma oranlarının yüksek olduğu ülkelerde ruhsal hastalıklara yönelik sağlık hizmetlerinin sunumunun daha gelişmiş ve yaygın olmasına bağlı olarak hastasının bakımında destek

alabileceği kurum ve personelin olmasına bağlı olabilir. Çalışmaya katılanların gelir düzeyleri incelendiğinde; yaklaşık yarısının gelirinin giderine eşit olduğu bulundu. Literatürde; Arguvanlı ve Taşçı'nın (2013) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı hastaların bakım verenlerinin yarısının ekonomik durumlarını orta olarak ifade ettiği; Gania ve ark. (2019) çalışmasında ise, bakım verenlerin %60'ının sosyoekonomik düzeyi düşük olarak bulunmuştur. Bipolar bozukluk tanısı konan bireylerde yetiyetimine bağlı, çalışma oranları genel nüfusa göre daha düşüktür (Yazla ve ark. 2012). Aynı zamanda kronik bir hasta üyesi olan ailelerde rol ve sorumluluklar değişebilmektedir. Aileden bir üye bakım rolünü üstlenmek durumunda kalabilir ve gelir getiren bir işte çalışamayabilir. Bakım verilen hastanın tedavi masrafları, maddi desteğin yetersiz olması gibi durumlar bakım verenlerde gelir düzeyinin düşmesine neden olabilir. Çalışmaya katılanların çoğunluğunun gelir durumlarını gelir giderime eşit veya az olarak ifade etmelerinin bununla ilişkili olabileceği düşünüldü.

Literatür incelendiğinde bakım verenlerin çoğunu eşler (Hill ve ark. 1998; Heru ve Ryan 2004; Lam ve ark. 2005; Goossens ve ark. 2008, Tranvåg ve Kristoffersen 2008; Balaban ve ark. 2016; Gania ve ark. 2019), ebeveynler (Perlick ve ark. 1999; Dore ve Romans 2001; Reinares ve ark. 2006; Ostacher ve ark. 2008; Maskill ve ark. 2010) ve çocuklar (Bauer ve ark. 2015) oluşturmaktadır. Bu çalışmada da literatürle benzer şekilde, bakım verenleri ilk sırada eşler ve ikinci sırada çocuklar oluşturmaktadır.

Çalışmada, bakım verenlerin çoğunluğunun fiziksel hastalığının olmadığı, yalnızca %17'sinin fiziksel hastalığa sahip olduğu görüldü. Ganguly ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da bakım verenler hem fiziksel hem de ruhsal sağlıklarının etkilendiğini ifade etmişlerdir. Çalışmaya katılan bakım vericilerin çoğunun genç erişkinlik döneminde ve yaş ortalamalarının 38 civarında olması nedeniyle fiziksel hastalıkların az görülmesi beklenen bir durumdur.

Çalışmada, bakım verenlerin bakım verilen kişi ile aynı evde yaşadığı belirlendi. Bu durumun evli olan hastaların oranının fazla olması ve bakım verenlerin onların eşi ya da çocuğu olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bipolar bozukluk tanılı hastaların bakım verenleriyle yapılan çalışmalarda hasta ile aynı evde yaşadığını belirten bakım verenlerin olması bulgularla benzerlik göstermektedir (Hill ve ark. 1998; kaynak: Bauer ve ark. 2011; Dore ve Romans 2001; Heru ve Ryan 2004; Goossens ve ark. 2008; Ostacher ve ark. 2008).

5.1.2. Bakım Vermeye İlişkin Özellikler

Bu çalışmada, bakım vericilerin çoğunluğunun bakım vermeye gönüllü olduğu bulundu. Türk Toplumunda aile bireylerinin birbirine bağlı olmaları, birlikte yaşamaları, aile kavramına önem vermeleri, aile içinde işbirliği ve yardımlaşma olması, bakım vermenin doğal bir sorumluluk olarak görülmesi ya da zorunluluk bilinci, dini duygular/inanç, manevi değerler gibi nedenlerden dolayı gönüllü olma oranı yüksek bulunmuş olabilir. Nitekim bu çalışmada bakım verenlerin yaklaşık yarısı manevi durumunu orta düzeyde, üçte birinden biraz fazlası ise güçlü olarak ifade etmesi sonucu desteklemektedir. Arguvanlı ve Taşçı çalışmasında bakım veren bireylerin %96.1'inin hastanın bakımını kendi isteğiyle üstlendiği ve büyük çoğunluğu bunun nedenini “yakınlık derecesi ve bakım verme zorunluluğu” olarak ifade etmiştir. Ülkemizde yakınlarına bakım vermeyenlerin ayıplanması gibi sosyal baskılar da sonuçta etkili olmuş olabilir.

Çalışmada bakım verenlerin yarıdan fazlasının rollerini (aile, evlilik, mesleki, sosyal roller gibi) yerine getirirken güçlük yaşadığı bulundu. Literatüre bakıldığında en çok ebeveyn rolünü yerine getirmede güçlük yaşandığı (Dore ve Romans 2001; Heru ve Ryan 2004) bulunmuştur. Ayrıca; aile içi etkileşimin bozulduğunu (Arguvanlı ve Taşçı 2013; Gania ve ark. 2019), diğer rolleri yerine getirmede güçlük yaşandığını saptayan çalışmalar da mevcuttur (Van der Voort ve ark. 2007). Ganguly ve arkadaşları (2010) bipolar ve şizofeni tanılı hastaların bakım verenleriyle yürüttükleri kalitatif çalışmada bakım verenler hastalık nedeniyle tüm ailenin etkilendiğini, çocukların derslerini-ödevlerini yapmada, yetişkinlerin günlük ev işlerini yapmada, iş yaşamlarında ve sosyal aktivitelerini gerçekleştirmede sıkıntılar yaşandığını belirtmişlerdir. Bakım vermek, uzun zaman ve emek gerektiren bir sorumluluktur. Yaşamdaki diğer rollerle birleşince bakım vericilerin zorlanmasına ve algılanan bakım yükünün artmasına sebep olabilir.

Çalışmada bakım verenlerin çoğu daha önce başka bir hastaya bakım verme tecrübesinin olmadığını bildirmiştir. Literatür incelendiğinde; Oscar Tranvag ve Kjell Kristoffersen'in (2008) bipolar afektif bozukluğu olan bireyin eşi olma tecrübesini zaman içinde inceledikleri çalışmasında, eşlerin hastalık bağlantılı ciddi değişikliklerle karşı karşıya kaldıkları bulunmuştur. Bu çalışmanın üç ana bulgusu vardır. Bunlar; bu 14 çiftin daha önceki deneyimleri ile hastalık deneyiminin benzemediği, her tecrübenin bir sonraki tecrübeye zemin oluşturduğu ve önceki tecrübelerin hastalıkla baş etmeyi etkilediğidir.

Bakım verme tecrübesinin önceki yaşanılan tecrübe ile bağlantılı olarak, bakım yükünü hem olumlu hem de olumsuz yönde etkileyen bir değişken olduğu düşünülebilir. Ayrıca Ogilvie ve ark. (2005) çalışmasında, bakım verenlerin sağlık hizmetlerine ilişkin önceki tecrübelerinin hastalığa yönelik algılamalarını ve tutumlarını etkileyerek bakım yükünü etkileyebileceği belirtilmiştir.

Çalışmada bakım verenlerin yaklaşık yarısının manevi durumunu orta düzeyde, üçte birinden biraz fazlasının ise güçlü olarak ifade ettiği bulunmuştur. Ayrıca baş etme aracı olarak maneviyatın işe yaradığını düşünenler ya da kısmen işe yarıyor diyenler çoğunluktadır. Bu durumun aksine; Arguvanlı ve Taşcı'nın çalışmasında (2013) bakım verenlerin %64,5'i maddi ve/veya manevi desteğe gereksinimleri olduğunu bildirmişlerdir. Psikiyatri hemşireleri olarak hastalık ve yeti yitimi ile başetmede değerli bir kaynak olan manevi uygulamaları ve inanç sistemlerini desteklemek önemli görünmektedir (Collins ve Bowland 2012; Erişen ve Sivrikaya 2017). Literatürde maneviyatın hastalık ve yetiyitimi ile başetmede ve yaşam kalitesi açısından değerli bir kaynak olduğu; hem bakım alanların hem de bakım verenlerin iyi oluşlarını ve yaşam kalitelerini arttırmak için kendi sahip oldukları inanç sistemleri içerisinde manevi uygulamalarının desteklenmesinin ve cesaretlendirilmesinin gerekli olduğu bildirilmiştir (Sawatzky ve Pesut 2005; Collins ve Bowland 2012; Erişen ve Sivrikaya 2017).

Çalışmada, bakım verirken işe yaradığını düşünen bakım verenlerin oranı diğerlerinden daha yüksek bulundu. Literatür incelendiğinde bipolar hastaların bakım verenleri ile bu değişkenin incelendiği bir araştırmaya rastlanılmadı. Ancak; bakım verenlerin bakım verme ile ilgili farklı görüşleri olduğu görüldü. Maskill ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında bipolar hastalara destek vermenin olumlu ve olumsuz yönlerine odaklanılmıştır. Aynı çalışmada, bakım vericilerin çoğunun birine bakım vermeyi kendini geliştirme fırsatı ve birinin içindeki gücü ortaya çıkarma farkındalığı olarak gördüğü bildirilmiştir. Çalışmanın bu bulgusu, Türk toplumunun geleneksel özellikleri ile uyumludur. Bakım verenin hastasının isteklerini ve ihtiyaçlarını yerine getirirken manevi doyum yaşadığı düşünülebilir.

Çalışmada, bakım verenlerin yaklaşık yarıdan fazlası bakım verme sürecinde destek aldıklarını ve başka birinin yardımına sıklıkla ihtiyaç duyduklarını ifade etti. Literatürde; Arguvanlı ve Taşcı'nın çalışmasında (2013), bakım verenlerin %76,3'ü bakımda birinden yardım aldığını, bakımda yardımcısı olmayanların %88,9'u destek

gereksinimlerinin olduğunu, Heru ve Ryan'ın çalışmasında (2004) bakım verenlerin %65,6'sı bakımda başkalarından destek aldığını bildirmiştir. Benzer şekilde; Arguvanlı Çoban ve arkadaşlarının (2013) bipolar bozukluğu olan bireyler ve bakım verenlerinin yaşam kalitesini incelediği çalışmasında, destek alan bakım verenlerin yaşam kalitesi puanları psikolojik alanda, destek almayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Literatürdeki bu bulgular, çalışmanın bulgularını desteklemektedir. Bakım vericinin destek alamamasının yaşam kalitesinde düşmeye sebep olacağı düşünülebilir.

Çalışmada bakım verenlerin yaklaşık yarısının (%43,4) hastalık tedavisi ile başa çıkmada eğitim programlarına katıldığı, yarısından fazlasının katılmadığı bulunmuştur. Literatür incelendiğinde; bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin eğitime ihtiyacı olduğunu bildiren çalışmalara rastlanmaktadır (Heru ve Ryan 2004; Perlick ve ark. 2010; Maskill ve ark. 2010; Reinares ve ark. 2016; Gania ve ark. 2019). Bu durumun aksine; Arguvanlı Çoban ve arkadaşlarının (2013) bipolar bireyler ve bakım verenlerinin yaşam kalitesini inceledikleri çalışmasında, bakım verenlerin % 90.6'sının hastalıkla ilgili daha önceden bilgi aldığı bulunmuştur. Farklı çalışma bulguları olmasına rağmen, kronik ruhsal hastaların ve bakım verenlerinin dahil edildiği psikoeğitim programlarının düzenlenmesi ile bakım yükünün azaltılabileceği düşünülmektedir. Literatürde hasta ve hasta yakınlarının gereksinimlerine uygun şekilde psikoeğitim programları oluşturulmasının önemi ile ilgili çalışmalara rastlanılmaktadır (Merinder 2000; Gümüş 2006). Psikoeğitim programlarının içeriği; hastalık belirtileri, belirtilerin yönetilmesi, stresle baş etme, iletişim, sosyal aktiviteler planlama, yasal haklar ile ilgili olmalıdır. Eğitim verilirken yaşanan toplumun kültürel şartları da göz önünde bulundurulmalıdır.

Araştırmadaki hasta bakım ve hastalık tanı süresine ait bilgiler incelendiğinde; bakım verenlerin günlük ortalama bakım verme süresi $6,45 \pm 5,42$ saat, haftada bakıma ayrılan ortalama süre ise, $5,75 \pm 2,05$ gün olarak bulunmuştur. Bakım vericilerin hastaya ortalama $5,77 \pm 6,89$ yıldır baktığı, hastanın bipolar bozukluk tanısı konma süresi $7,68 \pm 9,10$ yıl olarak bulundu.

Literatür incelendiğinde, çalışmada tespit edilen bakıma ayrılan günlük ve haftalık süre ile uyumlu araştırmalar bulunmuştur (Heru ve Ryan 2004; Reinares ve ark. 2006; Goosens ve ark. 2006; Ganguly ve ark. 2010). Bakıma ayrılan süre uzadıkça bakım verenlerdeki stres, tükenmişlik, öfke, gerginlik artabilir. Bu duygular bakım verende

psikiyatrik yardım arayışına neden olabilir. Bakım vericinin bireysel baş etme mekanizmalarını güçlendirmek ve sosyal destek sistemini harekete geçirmek gerekebilir.

Çalışmada bakım verenlerin hastaya ortalama $5,77 \pm 6,89$ yıldır baktığı bulunmuştur. Literatürde bu çalışmanın bulguları ile benzeyen araştırmalar bulunmaktadır (Balaban ve ark. 2016; Gania ve ark. 2019).

Çalışmada saptanan tanı konma süresi, literatürdeki araştırma bulguları ile paraleldir (Dore ve Romans 2001; Goosens ve ark. 2008; Bauer ve ark. 2011; Balaban ve ark. 2016).

5.1.3. Bakım Verilen Hastaya Ait Özellikler

Araştırmada bakım verilen hastaların yaş ortalamasının $41,53 \pm 14,20$ olduğu, %45,3'ünde eşlik eden başka bir ruhsal ya da fiziksel hastalığın olduğu, yarısına yakınında hastalık belirtilerinin sık görüldüğü, nadiren fiziksel/duygusal/ekonomik/cinsel şiddet uyguladığı saptandı. Hastaların yaklaşık yarısının kontrollerine düzenli gitmediği, ilaçlarını her zaman düzenli kullanmadığı bulundu.

Literatürde bipolar bozukluk tanılı hasta bireyler ile yapılan bakım yükü çalışmalarındaki yaş ortalamaları bu çalışma kapsamındaki hastaların yaş ortalaması ile benzerdir (Dore ve Romans 2001; Reinares ve ark. 2006; Ostacher ve ark. 2008; Balaban ve ark. 2016; Gania ve ark. 2019).

Çalışmada bakım verilen hastaların yaklaşık yarısının hastalığa eşlik eden başka ruhsal ya da fiziksel hastalığı olduğu bulundu. Diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi bipolar bozuklukta da komorbid fiziksel ya da ruhsal hastalıklar sık görülmektedir (Forty ve ark. 2014; Amann ve ark. 2017). Amann ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada bipolar bozukluk tanılı hastaların (bipolar I ve II) %54,9'unda en az bir, %22,4'ünde 2 veya daha fazla, %5,8'inde 3 veya daha fazla komorbid fiziksel hastalık bulunduğu bildirilmiştir. Bu hastaların %22'sinde metabolik bozukluklar, %18,8'inde kardiyovasküler, %18,8'inde tiroit, %7,6'sında nörolojik, %15,5'inde nörotik, stresle ilişkili ve somatoform bozukluk, %12'sinde kişilik bozuklukları ve %2,9'unda nikotin bağımlılığının eşlik ettiği bildirilmiştir. Forty ve arkadaşlarının (2014) 1720 bipolar bozukluk tanılı hasta ile yaptıkları çalışmada, yaşam boyu komorbid fiziksel hastalık oranlarını osteoartrit %10,8, tiroit hastalığı %1,9, hipertansiyon % 15, yükselmiş lipit %19,2, astım %19,2, ve migren %23,7 olarak bildirmişlerdir. Ayrıca kullanılan ilaçların

yan etkileri de bazı bozukluklara yol açabilmektedir. Bipolar bozuklukta lityum kullanımına bağlı olarak hastalarda en sık hipotiroidi (yaklaşık %47), hiperparatiroidizm ile ilişkili hiperkalsemi (%6,3-%50), nefrojenik diyabetes insipitus (yaklaşık %40-%50) ve kilo artışı (yaklaşık %25) görüldüğü bildirilmektedir (Eker ve Eker 2010). Ayrıca; Akkaya ve ark. (2012) çalışmasında bipolar bozukluğa eşlik eden yalnızca psikiyatrik bozuklukların oranının %17,8 olduğu bildirilmiştir. McElroy ve arkadaşlarının (2001) 288 bipolar bozukluğa sahip bireyde hastalığa eşlik eden Eksen-1 bozuklukları inceledikleri çalışmasında, Bipolar I ve Bipolar II hastalarında komorbidite oranı benzer bulunurken, hastalarda %42 oranında anksiyete bozukluğu, % 42 oranında madde kullanım bozukluğu, % 5 oranında yeme bozukluğu saptanmıştır.

Çalışmada hastaların yarısına yakınında hastalık belirtilerinin sık görüldüğü bulundu. Literatürde; hastalığı iyi seyreden ve remisyonda olan hastalarda bile uzun dönemli izlemlerde %24'nde epizodların arasında rezidüel semptomların bulunduğu belirtilmektedir (Kaya ve ark. 2007). En sık görülen residüel semptomların bilişsel semptomlar olduğu, daha sonra duygusal semptomların (depresif ve manik) geldiği; daha az olarak da sosyal ve davranışsal alana ait (işle ilgili sorunlar, evlilik uyumunda bozulma, sosyal uyumda bozulma gibi) semptomların görüldüğü belirtilmektedir. Kaya ve arkadaşları (2007) remisyonda olan bipolar bozukluk tanılı hastalarla yaptıkları çalışmada subsendromal afektif semptomlar bulunduğu, bilişsel belirtilerden bipolar-depresif hastalarda dikkatsizlik daha fazla olmak üzere sözel öğrenme güçlüğü ve gecikmeli hatırlama ve sosyal çekilme olduğu ve genel olarak hastalarda mesleki sorunların olduğu bildirilmiştir. Yapılan çalışmalarda (Perlick ve ark. 1999; Lam ve ark. 2005; Reinares ve ark. 2006), bakım verende en yüksek stres/ sıkıntı yaratan hasta davranışlarının irritabilite, hiperaktivite, keder, geri çekilme ve öngörülemeyen davranışlar olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde Heru ve Ryan'ın çalışmasında (2004), hastanın koopere olmayan davranışlarının ve bakım vericiyi reddetmesinin bakım verenlerde sorun oluşturduğu bildirilmiştir. Başka bir çalışmada (Dore ve Romans 2001); bipolar bozukluk tanılı hastaların epizod sırasında %66'sının polis gerektiren bir olayın içinde yer aldığı, hem yasal sorunların hem de polis gerektiren olayların içinde yer almanın hastalık belirtilerinin şiddeti/sıklığı ile ilişki olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada buna ek olarak, hastanın para kontrolünün olmamasının bakım verende stres oluşturduğu belirtilmiştir. Ayrıca, belirtilerin sık görülmesi ile bakım veren; ümitsizlik, çaresizlik, başarısızlık, hastaya karşı öfke gibi duygular yaşayabilir. Bu duygular bakım verende tükenmişlik

gelişmesine yol açabilir. Psikiyatri hemşireleri, bakım verende olumsuz içerikteki duyguların oluşmasını önlemek için bakım verenleri duygu ve düşüncelerini açıklamaları için cesaretlendirebilir. Buna ek olarak, bakım verene semptom yönetimi hakkında bilgi vererek pek çok sorunun önüne geçilebileceği düşünülebilir.

Çalışmada katılımcıların çoğu bakım verdikleri bipolar bozukluğu olan yakınlarının nadiren fiziksel/duygusal/ekonomik/cinsel şiddet uyguladığını belirtirken sadece %17'si genellikle uğradığını belirtti. Ülkemizde Akkaya ve arkadaşlarının (2012) 584 manik atak hasta ile yürüttükleri 2 yıllık gözlemsel çalışmada, sözlü veya fiziksel saldırganlık öyküsü olanların oranı %57,6, %9,1'inde tutuklanma öyküsü olduğu, özkiyim girişimi öyküsü olanların oranı ise 16,3 olarak bulunmuştur. Literatürde bipolar hastaların bakım verenleri ile yapılmış çalışmalarda da yakınları tarafından şiddete uğradıklarını bildiren sonuçlar bulunmaktadır. Yeni Zelanda'nın Otago bölgesindeki yatan hasta ünitesinden taburcu olan, yaşları 16-65 arasında değişen bipolar afektif bozukluk tanısı alan 41 hastanın bakım vereni ile yapılan bir çalışmada, bakım verenlerin %90'ı hastanın epizodlar esnasında mesafeli ve iletişim kurmaya uzak olduğunu, daha iritabl olduğunu, diğer zamanlarda olmayan tartışmalara girdiğini bildirmiştir (Dore ve Romans 2001). Aynı çalışmada, bakım verenlerin %44'ünün hastanın atak döneminde hasta tarafından şiddete uğradığı veya şiddetle korkutulduğu/tehdit edildiği, grubun dörtte birinin gerçekten şiddete uğradığı saptanmıştır. Ayrıca, hastanın cinsiyeti farketmeksizin en çok eş/partner bakım verene şiddet uyguladığı bulunmuştur. Blanthorn-Hazell ve ark. (2018) ajitasyonu olan bipolar ve şizofreni tanılı hastaların informal bakım vericilerinde bakım yükü çalışma sonuçlarında bakım verenlerin çoğu, her zaman (%44) veya bazen (%40) bir ajitasyon dönemi tanıdıklarını bildirmiştir. Literatürdeki bulgular ile bu çalışmadaki saldırganlık oranı nispeten daha az olduğu görülmekle beraber şiddetin değerlendirilmesinde farklı soru ifadelerinin kullanılmasının (şiddete hiç uğradınız mı? ya da ne sıklıkla uğrarsınız vb) sonuç üzerinde etkili olduğu düşünüldü.

Kronik hastalıklarda tedaviye uyum tedavi sürecini desteklemektedir. Kronik psikiyatrik hastalıklarda tedaviye uyumsuzluk sık karşılaşılan, tedavi başarısını düşüren ve tekrarlı hastane yatışlarına neden olan ciddi bir sorundur. Tedavisine uyum sağlayan hasta; ilaçlarını önerilen şekilde ve zamanında kullanır, kontrol randevularını düzenli takip eder (Meriç 2006). Tedavi başarısının hastanın bu davranışlarından olumlu yönde etkileneceği düşünülebilir.

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, hastaların yaklaşık yarısının her zaman kontrollerine düzenli gitmediği ve ilaçlarını her zaman düzenli kullanmadığı bulundu. İlaç tedavisine uyumlu olduğunu belirtenlerin oranı %34 'tür. Çalışmanın bulguları değerlendirildiğinde, bu oranlar ülkemizde bipolar bozukluğu hastalarında belirlenen ilaç uyum oranları ile benzerlik göstermektedir. Gürsoy ve arkadaşlarının (2018) bipolar bozukluk hastalarında tedavi uyumu ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, benzer olarak %32,8'inin ilaç uyumunun yüksek olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde; Bahar ve arkadaşlarının (2015) ötimik duygudurum dönemindeki bipolar bozukluk tanılı hastaların tedaviye katılımlarını incelediği çalışmasında; hastaların %32,2'sinin ilaç uyumu yüksek düzeyde, %40,7'sinin ise orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Aksoy ve Kelleci'nin (2016) çalışmasında ise; %44,7'sinin tedaviye tamamen uyumlu olduğu, %39,3'ünün ise kısmen uyumlu olduğu bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada ise (Gümüş ve ark. 2017), bipolar bozukluk tanılı hastalara yönelik tedavi uyumunun önemi, ilaçların etkileri/yan etkileri hakkında psikoeğitim verilmesi ile relapsların azalabileceği, uzun dönemde olumlu etkiler beklenebileceği bildirilmiştir.

5.2. Bakım Vericiler ve Bakım Verilen Bireye Ait Özelliklere Göre Bakım Yükünün Karşılaştırılması

Çalışmaya katılanların ölçek toplam puan ortalaması $41,99 \pm 19,90$ olarak bulundu. Puanların yükselmesi yüksek derecedeki yükü göstermektedir. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 0-100 arasında değiştiği gözönüne alındığında, çalışmaya katılanların orta düzeye yakın bir bakım yükü algıladıkları söylenebilir. Literatürde bakım verenin eğitim düzeyi arttıkça bakım yükünün azaldığı belirtilmektedir (Karaağaç ve Çalık Var 2019). Bakım verenlerinin çoğunun eğitim düzeyin yüksek olması algılanan yükün hafif-orta arasında olmasına neden olmuş olabilir. Aynı zamanda sosyal desteğe sahip olmak da bakım verenin yükünü azaltan önemli bir faktördür. Bu çalışmaya katılan yarısından çoğu bakımda destek alabildiğini belirtmiştir. Türk toplumundaki aile yapısının hala destekleyici bir yapıya sahip olması ve çalışmaya katılan bakım verenlerin bakım vermeyi geleneksel rollerden biri olarak algılaması, envanterdeki maddeleri buna göre değerlendirmesi de bir başka neden olabilir.

Bakım verenlerin Bakım Yükü Envanterinin alt boyutlarından alınabilecek puanlar 0-20 arasında değişmektedir. Bu çalışmada alt boyutlardan alınan puan

ortalamalarına göre en çok yük bildirilen alanlar gelişimsel yük (12,35±5,25), fiziksel yük (9,48±6,01), zaman-bağımlılık yükü (8,96±5,25), sosyal yük (6,47±4,79) ve duygusal yüküdür (4,71±4,39). Çalışmada en yüksek puanın gelişimsel yük alt boyutundan alınması, hastanın bakım sorumluluğu nedeni ile kendi yaşamına yönelik planlar yapamaması veya yaşamdaki beklentilerini istediği gibi gerçekleştirememesi; yaşam şartlarının akranlarından farklı olması ile ilişkili olduğu; en düşük puanın duygusal alt boyuttan alınması ise, yaşanan tüm zorluklara rağmen bakım vericilerin hasta yakınlarına karşı olumlu duygular beslemeye devam ettiği şeklinde yorumlandı. Bakım vericilerin gelişimsel yükten sonra en fazla hissettiği yük fiziksel olup bakım verenin bakım vermeye bağlı uyku sorunları, yorgunluk gibi fiziksel sağlığını olumsuz etkileyen sıkıntılar yaşadığını göstermektedir. Ardından gelen zaman bağımlılık yüküdür; bir başka deyişle bakım vermeye fazla zaman ayırmasından kaynaklanan yüküdür.

Bakım verenler nispeten daha az sosyal yük bildirmiş olup; bakımın yönetimi, sosyal ilişkilerdeki sorunlar, rollerini yerine getirememe gibi yük algılanmasına neden olan durumlardır.

Literatürde bipolar bozukluk tanılı hastaların primer bakım verenlerindeki bakım yükünün bu envanter kullanılarak değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Ancak; Perlick ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında, bipolar hastaların bakım verenlerindeki yük bu çalışma ile uyumlu olarak “orta” seviyede bulunmuştur. Bu çalışma bulgusunun aksine bipolar bozukluk tanılı hastalara bakım veren bireylerde yüksek seviyede yük bildiren çalışmalara da rastlandı (Perlick ve ark. 1999; Dore ve Romans 2001). Dore ve Romans’ın çalışmasında (2001), Genel Yeni Zelanda Skalası ve Genel Sağlık Anketi kullanılmıştır. Buna ek olarak; bakım yükünün çeşitli değişkenlerle ilişkisine göre değerlendirildiği, The Duke-UNC Fonksiyonel Sosyal Destek Anketi kullanılarak yapılmış bir çalışmaya rastlandı (Gania ve ark. 2019). Farklı değerlendirme ölçekleri kullanılması, değişik özelliklere ve büyüklüğe sahip örneklem grupları ile araştırmanın tamamlanması gibi nedenler bakım yükünün değişik seviyelerde bulunmasına yol açmış olabilir. Ayrıca bakım çok boyutlu algılanan bir kavram olduğundan bireysel özelliklerden ve bireyin yaşadığı kültürden doğrudan etkilenebilir. Bakım yükü ile ilgili farklı çalışma sonuçlarının bulunması bununla ilişkili olabilir.

Literatürde bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ile bakım yükü arasında ilişkiyi inceleyen çalışmaların değişik sonuçları olduğu görülmüştür. Gania ve arkadaşlarının (2019) yaptığı bir çalışmada, bakım verenin kadın olması, yaşının yüksek olması, gelir getiren bir işte çalışmaması, düşük eğitim düzeyine sahip olması ile bakım yükünün arttığı bulunmuştur. Benzer şekilde; Renaires ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında, kadın olmanın daha fazla sübjektif yük ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Literatürdeki bulguların aksine; bu çalışmada bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ile bakım yükü arasında fark bulunamadı. Bu durumun nedeni, bakım yükünü algılamada bireysel farklılıklar ve örneklem büyüklüğünün sınırlılığı olabilir. Bununla birlikte; psikiyatri hemşiresinin, bakım verenlerin bireysel özelliklerinin bakım yükü üzerindeki etkilerinin farkında olarak her bireye özgü yaklaşımda bulunması önemlidir.

Çalışma kapsamında bipolar bozukluk tanılı hastalara bakım veren çocuklarının, bakım veren kardeş ve diğer bakım verenlere göre zaman-bağımlılık yükü alt boyutunda daha fazla yük bildirdiği bulundu. Literatürde bulunan bipolar bozukluk tanılı hastaların bakım verenleri ile yapılmış çalışmalar incelendiğinde çocukların diğer bakım verenlerden daha fazla yük bildirdiği çalışmaya rastlanılmadı. Çalışmada bakım veren çocukların hastaya diğer yakınlık derecelerindeki bakım verenlerden daha fazla yük bildirmesinin nedeni; çocuk olma rolünün ebeveyn rolünden geri planda olması, hastalık durumunda rollerin değişmesinin getirdiği yeni sorumluluklardan kaynaklanan çaresizlik, korku ve stres, yetişkinlik dönemindeki çocukların aynı zamanda ebeveyn rolüne de sahip olması olabilir.

Çalışma kapsamında bakım verilen hasta ile aynı evde yaşayan bakım verenlerin yaşamayanlara göre, zaman-bağımlılık yükü alt boyutunda daha fazla yük yaşadığı bulundu. Hasta ile aynı evi paylaşmanın; bakım verenin odak noktasının bakım verdiği hasta olmasına, bakım dışındaki işlere ayırabildiği zamanın azalmasına ve kısıtlanmışlık hissetmesine neden olarak bakım yükünü arttırabileceği şeklinde yorumlandı. Schulze ve Rössler'in (2006) mental hastalıklarda bakım yükünü derledikleri çalışmasında, hasta ile aynı evi paylaşan bakım verende daha yüksek yük bildirildiği belirtilmiştir. Benzer şekilde; Ostacher ve arkadaşlarının (2008) çalışması ile Perlick ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da hasta ile birlikte yaşamak artmış yük ile ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmaların sonucu çalışma ile paralellik göstermektedir. Steele ve ark. (2010) hasta ile aynı evde yaşamak ile bakım yükü ilişkisini; aynı evde yaşamının beraberinde getirdiği

bakımda rol almak ve bakımverenine kendine ait bir yerinin olamamasının bakım yükünü oluşturabileceği şeklinde yorumlamışlardır.

Çalışma kapsamında manevi durumunu zayıf olarak değerlendirenler daha fazla zaman-bağımlılık ve gelişimsel yük ile toplam yük yaşadıkları; yine manevi durumunun hastalık ile baş etmede kendilerini rahatlatmadığını ifade edenlerin daha fazla zaman-bağımlılık yükü, gelişimsel yük, fiziksel yük, sosyal yük ve toplam yük yaşadıkları bulundu. Bu bulgu manevi durumun ve manevi/dini inanç ve uygulamaların hastanın başa çıkmasını güçlendirerek bakım yükünü azalttığını göstermesi bakımından anlamlıdır. Psikiyatri hemşireleri ve diğer profesyonellerin hastayı bütüncül olarak ele alarak manevi durumlarını değerlendirmeleri ve başa çıkma bir kaynak olarak desteklemeleri önemlidir (Erişen ve Sivrikaya 2017).

Çalışma kapsamında hastaya gönüllü bakım verenlerin gönüllü bakım vermeyenlere göre, zaman-bağımlılık yükü alt boyutunda daha fazla yük yaşadıkları bulundu. Bu durumun nedeni olarak; gönüllü bakım verenlerin, bakım vermeyi yaşamlarının odak noktası haline getirip zamanı doğru kullanamamaları veya bakım vermeye adanmışlığı nedeniyle kendi ihtiyaçlarına zaman ayıramaması olabilir.

Çalışma kapsamında rollerini yerine getirmede güçlük yaşadığını ifade edenlerde genel olarak ve her alt boyutta yük yaşandığı dikkat çekmektedir. Bakım vermek büyük sorumluluk ve emek gerektiren yeni bir roldür. Yaşamdaki diğer rollerle (anne rolü, baba rolü, mesleki roller, evlilik içi roller vb.) birleştiğinde bakım verenin kendinden beklenen görevleri yerine getirmesini zorlaştırmaktadır. Böylelikle hissedilen bakım yükünün artacağı düşünülebilir. Literatür incelendiğinde, çalışma bulguları ile paralellik gösteren çalışmalara rastlanılmaktadır. Bauer ve ark. (2011) ile Dore ve Romans'ın (2001) çalışmasında, çocuk sahibi olan bakım verenlerin hastaya bakım verirken ebeveyn rolünü yerine getirmekte zorlandığı bulunmuştur. Van der Voort ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında ise, bakım verme rolünün kişinin rollerine göre değişebileceğini belirtmiştir. Örneğin; ebeveynin bakım rolü eşlerin rollerinden farklı olabileceği belirtilmiştir. Ayrıca bu çalışmada bakım vericilerinin çoğunu eşler oluşturmakta olduğu gözönüne alındığında eş rolündeki kişi birden fazla rol (ebeveyn, eş, çalışan veya ev hanımı vb., hem çocuk hem anne-baba) yüklenmiş olabilir.

Çalışma kapsamında bakımda başka birinin yardımına sıklıkla ihtiyaç duyanların nadiren ihtiyaç duyanlara göre, daha fazla zaman bağımlılık yükü, gelişimsel yük, fiziksel yük yaşadıkları bulundu. Yardıma ihtiyaç duyan bakımverenlerin kendilerine zaman ayırmada, yaşam hedeflerine ulaşmada ve fiziksel anlamda sorun yaşadıkları görülmektedir. Bu bulgu, yardım ihtiyacını daha çok bildiren kişilerin psikiyatri profesyonelleri ve sağlık hizmetleri tarafından ele alınmasının ve desteklenmesinin önemini göstermektedir. Bu kişilere yönelik destek ağının genişletilmesine yönelik müdahalelerin uygulanmasının yararlı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışma kapsamında hastalarında bipolar bozukluk hastalığının yanı sıra başka bir hastalığa sahip olanların olmayanlara göre gelişimsel yük, fiziksel yük alt boyutlarında daha fazla yük yaşadıkları bulundu. Kronik ruhsal bir hastalığın yanına ek hastalıkların bulunması bakım verene bağımlılığı arttırabilir. Bakım verenin hastanın gereksinimlerini karşılayabilmek için daha fazla fiziksel aktivite içerisine girmesine yol açarak daha fazla fiziksel yük hissetmesine neden olabileceği; yine hayattaki hedeflerini gerçekleştirmeye ayırdığı zamanın kısıtlanmasına bağlı olarak da gelişimsel yük hissetmesine neden olmuş olabileceği düşünüldü. Literatürde bipolar hastalarda eşlik eden diğer hastalıkların bakım yüküne etkisine ilişkin benzer araştırma bulgusuna rastlanılmamıştır.

Çalışma kapsamında hastalık belirtileri sık görülenlerin nadiren görülenlere göre daha fazla zaman bağımlılık yükü, gelişimsel yük ve fiziksel yük yaşadıkları bulundu. Hastalık belirtilerinin sık görülmesi sebebiyle, bakım verenin hastanın sorunlu davranışlarını kontrol etmek için ayırdığı zaman artmaktadır. Bu durum, bakım verenin kendi yaşamındaki birçok gelişmeyi kaçırmasına ve fiziksel olarak yorulmasına yol açabilir. Van der Voort ve arkadaşlarının (2007) sistematik derleme çalışmasında, manik veya depresif semptomlar ya da epizotlar arasında belirtilerin görülmesininin bakım yükü ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Depresif ve negatif semptomların manik semptomlardan daha fazla bakım yüküne sebep olduğu; bunun nedeninin ise depresif semptomların daha uzun sürmesine bağlı olduğu belirtilmiştir. Yapılan araştırmalarda bipolarda bakım veren yüküne etki eden hastalık belirtilerinin; manide finansal problemler ve azalmış uyku ihtiyacı (Dore ve Romans 2001), hastaların hiperaktivitesi ve öngörülemez davranışları (Lam ve arkadaşları 2005; Reinares ve arkadaşları 2006) olduğu bildirilmiştir.

Çalışma kapsamında, bakım verdikleri bireyler tarafından genellikle şiddet uygulandığını ifade eden bakım vericilerin nadiren uygulayanlara göre, zaman bağımlılık

yükü, fiziksel yük, sosyal yük alt boyutlarında daha fazla yük yaşadığı bulundu. Gülseren ve arkadaşlarının (2010) şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenleri araştırdığı çalışmasında, hastadan şiddet görme ile Algılanan Aile Yükü arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Hastalığın seyir dönemlerinde alevlenmelerin olması ile hasta davranışsal sorunlar yaşayabilmektedir. Bu sorunlardan biri şiddet davranışıdır. Hastanın bu davranışı, bakım verenin umutsuzluk, öfke, utanma, damgalanma gibi duygular hissetmesine sebep olarak toplumdaki izole edebilir. Tüm bu duyguların bakım verendeki yükü arttırabileceği düşünülebilir. Literatüre bakıldığında, yapılan bir çalışmada (Lam ve ark. 2005), bipolar hastanın sözel şiddetinden tüm bakım verenlerin olumsuz etkilendiği bildirilmiştir.

Çalışma kapsamında bakım verenlerin bipolar hastaya haftada bakım verme günü ile zaman-bağımlılık yükü alt boyutunda çok fazla yük yaşadıkları bulundu. Literatür incelendiğinde, yapılan çalışmalarda (Şahin ve ark. 2002; Gania ve ark. 2019) hastalık süresinin ve bakıma ayrılan zamanın artması ile bakım yükünün arttığı bulunmuştur. Literatür incelendiğinde; Van der Voort derleme çalışmasında (2007) hastanın davranışlarıyla baş edememenin yük ile ilişkili olduğunu belirtmiş ve Perlick ve arkadaşlarının (1999) çalışmasından aktardıklarına göre hastanın hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı ve relaps oranları ve psikiyatrik semptomlarının şiddeti ile yük arasında doğrusal bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Ancak, bakım verme süresi ile bakım yükü arasında anlamlı bir fark bulunmayan çalışma da mevcuttur (Ostacher ve ark. 2008). Bipolar bozukluk, kronik bir hastalık olması ve doğası gereği bakım verenin yoğun ilgi, zaman ve takibini gerektirmektedir. Bu nedenle, bakım verenin bakım vermek dışındaki işlere ayırabildiği zamanın çok sınırlanabileceği, hissettiği yükün artabileceği düşünülebilir.

Çalışma kapsamında bakım verenin fiziksel hastalığa sahip olma durumu ile bakım verenlerin algıladığı bakım yükü arasında fark bulunamadı. Bu durumun nedeni, çalışmaya katılan bakım verenlerin yaş ortalamasının genç olması, bakım verenlerin az bir kısmında sağlık problemleri görülmesine ve nispeten sınırlı bir örneklem grubunda çalışmanın yapılmasına bağlı olabilir. Fiziksel hastalığa sahip olması ile bakım yükü arasındaki ilişkiyi inceleyen daha büyük ve farklı örneklem grupları ile ileri çalışmaların yapılması önerilebilir.

Çalışma kapsamında bakım verenin başka bir hastaya bakım verme tecrübesi ile bakım verenlerin algıladığı bakım yükü arasında fark bulunamadı. Literatür incelendiğinde, bipolar bozukluk tanılı hastalara bakım verenlerin önceki bakım verme tecrübesi ile bakım yükü arasında ilişki bulan araştırmaya rastlanılmamıştır. Ancak Ogilvie ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında, bakım verenin önceki hasta bakım tecrübelerinin hastalıkla ilgili inançlarını etkileyebileceği bildirilmiştir. Hastalık süreci, bakım verenin yaşamında bakım verme gibi birçok yeni rolü beraberinde getirir. Çalışmaya katılan bakım verenler, kişilik özelliklerinden dolayı bu süreçte uyumlu baş etme yöntemleri geliştirmiş olabilirler. Bu nedenle bakım verme tecrübesine sahip olmamalarına rağmen bakım yükü ile fark bulunmamış olabilir.

Çalışma kapsamında destek alma durumlarına göre bakım verenlerin algıladığı bakım yükü arasında fark bulunamadı. Çalışmada bakımverenlerin çoğunun destek aldığını bildirmesi dikkat çekicidir. Bakım verenler bakımda yardım aldıklarında, sosyal destek sisteminin harekete geçmesi ile kendilerini rahatlamış ve zinde hissedebilirler. Bu nedenle yük bildirmemiş olabilirler. Yapılan bir çalışmada, sosyal destek arttıkça bakım yükünün azaldığı görülmüştür (Gania ve ark. 2019).

Literatür incelendiğinde, psikoeğitimin bakım yükünü azalttığını gösteren araştırmalara rastlanılmıştır (Reinares ve ark. 2004; Bernhard ve ark. 2006). Ancak bu çalışma kapsamında bakım verenlerin hastanın tedavisiyle başa çıkmada eğitim alma durumu ile bakım yükü arasında fark saptanmadı. Elde edilen bu bulgunun nedeni, çalışmaya katılan bakım verenlerin farklı kişilerden, farklı içerikte ve farklı eğitim yöntemleri ile eğitim almasına veya çoğunluğunun eğitim almamasına bağlı olabilir.

Çalışma kapsamında kontrole düzenli gelme durumu ve ilaçlarını düzenli kullanma durumu ile bakım verenlerin algıladığı bakım yükü arasında fark saptanmadı. Bu bulgunun nedeni, örneklem büyüklüğünün sınırlılığı olabilir. Literatüre bakıldığında, bipolar bozukluk tanılı hasta bireylerde düşük tedavi uyumu ile bakım yükü arasında pozitif yönde ilişki olduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır (Bauer ve ark. 2011; Gania ve ark. 2019). Tedavi uyumunun sağlanması ile hastada görülen semptomlar azalabilir. Semptom yönetiminin sürdürülmesi, hasta bireyin yaşamındaki sorumluluklarını daha aktif bir şekilde yerine getirmesi ve bakım yükünün azalması ile sonuçlanabilir.

6. SONUÇLAR

Araştırmada, bipolar bozukluk tanısı konmuş hastaların birincil bakım vericilerinin algıladıkları yük ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla, tanımlayıcı desende gerçekleştirilen çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmaktadır;

- Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, bakım verenlerin yaş ortalaması $38,36 \pm 11,69$ yıl olup, %60,4'ü (n=32) kadın, %39,6'sının (n=21) erkek olduğu, %60,4'ü (n=32) evli, %47,2'sinin (n=25) lisans ve üzeri mezunu olduğu, %52,8'inin (n=28) tam/yarı zamanlı çalıştığı, %47,2'sinin (n=25) gelirinin giderine eşit olduğu belirlendi. Bakım verenlerin %30,2'si (n=16) hastanın eşi ve %83'ünün (n=44) fiziksel bir rahatsızlığa sahip olmadığı, %73,6'sının (n=39) bakım verdiği hasta ile aynı evde yaşadığı tespit edildi.
- Hastanın bakımına ilişkin özellikler incelendiğinde; bakım verenlerin %83'ünün (n=44) hastaya bakım vermede gönüllü olduğu, %84,9'unun (n=45) ise hastasından başka bir hastaya bakım verme tecrübesi olmadığı bulundu. Bununla birlikte, bakım verenlerin %47,2'si (n=25) manevi durumunu orta düzeyde değerlendirirken, %39,6'sı (n=21) baş etme aracı olarak manevi durumunun kendisini rahatlattığını ifade etti.
- Bakım verenlerin %89,8'inin (n=46) hastaya bakım verirken işe yaradığını düşündüğü, %52,8'inin (n=28) rollerini yerine getirmekte genellikle güçlük yaşadığı, %69,8'inin (n=37) hastaya bakım verme sürecinde destek aldığı, %43,4'ünün (n=23) hastalık semptomları ile başa çıkmada eğitim programlarına katıldığı ve %67,9'unun (n=36) bakım sürecinde sıklıkla başka bir kişinin yardımına ihtiyaç duyduğu belirlendi.
- Bakım verilen hastaya ait özellikler incelendiğinde; hastaların yaş ortalaması $41,53 \pm 14,20$ yıl olup, hastaların %54,7'sinin (n=29) hastalığına eşlik eden başka bir ruhsal ya da fiziksel hastalığı olmadığı, %47,2'sinde (n=25) hastalığa eşlik eden belirtilerin sık görüldüğü, %83'ünün (n=44) nadiren fiziksel/duygusal/ekonomik/cinsel şiddet uyguladığı bulundu. Hastaların %45,3'ünün (n=24) kontrollerine her zaman düzenli gitmediği, %47,2'sinin (n=25) ise ilaçlarını her zaman düzenli kullanmadığı tespit edildi.

- Hasta bakım süresine ait bilgiler incelendiğinde; bakım verenlerin günde ortalama bakım verme süresi $6,45 \pm 5,42$ saat, haftada bakıma ayırdığı ortalama süre ise, $5,75 \pm 2,05$ gün olduğu, hastaya ortalama $5,77 \pm 6,89$ yıldır baktığı bulundu. Hastanın bipolar bozukluk tanısı konma süresi $7,68 \pm 9,10$ yıl olarak bulundu.
- Bakım verenlerin yükü envanterinden alınan ölçek toplam puan ortalaması $41,99 \pm 19,90$ olup envanterin puanlama sistemi göz önüne alındığında bakım verenlerin yükünün orta dereceye yakın olduğu bulundu.
- Bakım verenlerin envanterin alt boyutlarından aldıkları puanlar sırasıyla; gelişimsel yük alt boyut ortalaması $12,35 \pm 5,25$, fiziksel yük alt boyut ortalaması $9,48 \pm 6,01$, zaman-bağımlılık yükü alt boyut ortalaması $8,96 \pm 5,25$, sosyal yük alt boyut ortalaması $6,47 \pm 4,79$, duygusal yük alt boyut ortalaması $4,71 \pm 4,39$ olarak bulundu.
- Bipolar hastaların bakım veren çocukları ile zaman bağımlılık yükü alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p < 0,05$).
- Bakım verilen hasta ile aynı evde yaşayan bakım verenlerin yaşamayanlara göre, zaman bağımlılık yükü alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı bulundu ($p < 0,05$).
- Hastaya gönüllü bakım verenler gönüllü bakım vermeyenlere göre, zaman bağımlılık yükü alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı bulundu ($p < 0,05$).
- Bakım verenlerden manevi durumunu (dini inanç ve uygulamalar) zayıf olarak değerlendirenlerin zaman bağımlılık yükü, gelişimsel yük alt boyutlarından ve toplam ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı bir farka sahip olduğu bulundu ($p < 0,05$).
- Bakım verenlerden manevi durumu rahatlatmayanlarda zaman bağımlılık yükü, gelişimsel yük, fiziksel yük, sosyal yük alt boyutlarında ve toplam ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farka sahip olduğu bulundu ($p < 0,05$).
- Bakım verenlerden rollerini yerine getirmede genellikle güçlük yaşayanların nadiren yaşayanlara göre, bakım veren yükü envanteri toplam puan ve alt

boyutlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı bulundu ($p<0,05$).

- Bakım verenlerden bakımda başka birinin yardımına sıklıkla ihtiyaç duyanların nadiren ihtiyaç duyanlara göre, zaman bağımlılık yükü, gelişim yük, fiziksel yük alt boyutlarından ve genel toplam ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı bulundu ($p<0,05$).
- Bakım verenlerin hastalarında bipolar hastalığının yanı sıra başka bir hastalığa sahip olanların olmayanlara göre gelişim yük, fiziksel yük alt boyutlarından ve genel toplam ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı bulundu ($p<0,05$).
- Hastada hastalık belirtilerinin görülme sıklığı ile zaman bağımlılık yükü, gelişimsel yük, fiziksel yük alt boyutlarında ve toplam ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farka sahip olduğu bulundu ($p<0,05$).
- Bakım verene genellikle şiddet uygulayan hastaların bakım verenlerinin nadiren uygulayanlara göre, zaman bağımlılık yükü, fiziksel yük, sosyal yük alt boyutlarından ve genel toplam ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı bulundu ($p<0,05$).
- Bipolar hastaya haftada bakım verme günü ile zaman-bağımlılık yükü alt boyutu arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulundu ($p<0,001$).

7. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Bakım verenlerin farklı sosyoekonomik düzeylerde ve kurumlardan olduğu daha büyük bir örneklem grubuyla bakım yükünü inceleyen karşılaştırmalı araştırmaların yapılması,
- Yataklı tedavi kurumunda yatan ve ayaktan hastaların bakım verenlerine gereksinim duydukları hastalık belirtileri, bakım ve hastanın sorunlu davranışları ile baş etme gibi konularda psikoeğitim programlarının düzenlenmesi,
- Hastaya bakım verme sürecinde rollerini yerine getirmekte zorlanan bakım verenlere hastalığın getirdiği zorluklarla baş etmede ve hastaya öz-bakım vermede destek olacak güçlendirme programlarının oluşturulması ve etkin bir şekilde uygulanması,
- Bakım verenlerin ihtiyaç duyduğunda hastalarını belirli bir süreliğine bırakabilecekleri sağlık kurumlarının yaygınlaştırılması önerilebilir.

8. KAYNAKLAR

- Acar, G. ve Buldukoğlu, K. (2013). Bipolar Bozuklukta Psikoeğitimin Relapslara Etkisi: Sistematik Bir Derleme. *Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 6(4), 310-329.
- Akdemir, N ve Birol, L. (2005). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset, 193-200.
- Akın, A. ve Demirel, S. (2003). Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi*, 25 (4):73-82.
- Akiskal, H. S. (2002). Classification, diagnosis and boundaries of bipolar disorders: a review. *Bipolar disorder*, 5, 1-96.
- Akkaya, C., Altın, M., Kora, K., Karamustafalıoğlu, N., Yařan, A. Ve Tomruk, Kurt, E. (2012). Türkiye’de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri-HOME alışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bólteni*, 22(1):31-42.
- Aksoy, A., & Kelleci, M. (2016). Relationship Between Drug Compliance, Coping with Stress, and Social Support in Patients with Bipolar Disorder. *Düşünen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*, 29(3).
- Akkök, F. (1997). Farklı özelliği olan ocuk anne babalarının yaşadıkları. N. Karancı (Ed.) Farklılıkla Yaşamak. Aile ve toplumun farklı gereksinimleri olan bireylerle birlikteliği. Ankara: Türk Psikologlar Derneği yayını.
- Alataş, G., Kurt, E., Alataş Tüzün, E., Bilgi, V. ve Karatepe, H.T. (2007). Duygudurum Bozukluklarında Psikoeğitim. *Düşünen Adam*, 20(4), 196-205.
- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Urosevic, S., Walshaw, P.D., Nusslock, R. ve Neeren, A.M. (2005). The psychosocial context of bipolar disorder: Environmental, cognitive, and developmental risk factors. *Clinical Psychology Review*, 25 (8), 1043-1075.
- Amann, B. L., Radua, J., Wunsch, C., König, B., & Simhandl, C. (2017). Psychiatric and physical comorbidities and their impact on the course of bipolar disorder: A prospective, naturalistic 4- year follow- up study. *Bipolar disorders*, 19(3), 225-234.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölütleri Başvuru Elkitabı’ndan, ev. Koroğlu E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.

- Ampalam, P., Gunturu, S. ve Padma, V. (2012). A comparative study of caregiver burden in psychiatric illness and chronic medical illness. *Indian Journal of Psychiatry*, 54:239–43.
- Annagür, B.B., Zincir Bozkurt, S., Bez, Y., İnanlı, İ., Şahingöz, M., Ateş, N. ve ark. (2013). İki Uçlu Bozukluğu Olan Kadınların Sosyal ve Üreme Yaşamları: Türkiye’den Tanımlayıcı Bir Çalışma. *Journal of Mood Disorders*, 3(1), 12.
- Arguvanlı, S. ve Taşcı, S. (2013). Bipolar bozuklukta bakım verenlerin sorunları. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 21-30.
- Arısoy, Ö. ve Oral, T. (2009). Bipolar Bozuklukla İlgili Genetik Araştırmalar: Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(3), 282-293.
- Arpacı, F. ve Arlı, M. (2001). Aile Ortamında Demanslı Yaşlı Bakımında Karşılaşılan Sorunlar”1. Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı, Kalınkara, V. Editör, Ankara, s.332–344
- Arslandaş, H. ve Adana, F. (2012). Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin yük algısını ve duygu dışavurumunu etkileyen etkenler. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(1).
- Arslandaş, H. ve Adana, F. (2011). Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3(2):251-277
- Atagün, M.İ., Altınok, Ü., Balaban, Ö.D., Atagün, Z., Yalçınkaya, E.Y. ve Öneş, K. (2012). Omurilik Felçli Hastalarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve İlişkili Faktörler. *Klinik Psikiyatri*, 15: 92-102 .
- Atagün, M.İ., Balaban, Ö.D., Atagün, Z., Elagöz, M., Özpolat, A.Y. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3):513-552.
- Ateş, E. ve Bilgili, N. (2013). Omurilik yaralanmalı bireye bakım verenlerde stresle baş etme ve sosyal destek. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15(3): 1-12.
- Babaoğlu, E. ve Öz, F. (2001). Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 24-33.
- Bademli, K. ve Duman Çetinkaya, Z. (2013). Şizofreni Hastalarının Bakım Verenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 5(4):461-478.

Bahadır Yılmaz, E. ve Ata, E. E. (2017). Nörolojik Hastalığı Olan Bireylerin Bakım Vericilerinin Bakım Veren Yükü İle Stresle Başa Çıkma Biçimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 8(3).

Bahar, G., Savaş, H.A. ve Ünal, A. (2015). İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu Hastalarının Tedaviye Katılımları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Journal of Mood Disorders*, 5(3), 95-103.

Balaban, Ö. D., Küçüktüfekçi, A. H., Binbay, İ. T. ve Karamustafaloğlu, N. (2016). Bipolar I Bozukluk Hastalarının Bakımverenlerinde Yaşam Kalitesi Yük ve Sosyal Destekle İlişkili mi?. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 15-26.

Ballenger, J.C. ve Post RM. (1980). Carbamazepine in manic depressive illness: A new treatment. *Am J Psychiatry*, 137,782-790.

Bauer, R., Gottfriedsen, G. U., Binder, H., Dobmeier, M., Cording, C., Hajak, G. ve ark. (2011). Burden of caregivers of patients with bipolar affective disorders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(1), 139-148.

Bauer, R., Spiessl, H., & Helmbrecht, M. J. (2015). Burden, reward, and coping of adult offspring of patients with depression and bipolar disorder. *International journal of bipolar disorders*, 3(1), 2.

Baytunca, M. B., Aydın, R. ve Eremiş, S. (2014). Bipolar bozukluğun genetik altyapısı. *The Journal of Pediatric Research*, 1(2), 49-53.

Beentjes, T. A., Goossens, P. J. ve Poslawsky, I. E. (2012). Caregiver burden in bipolar hypomania and mania: a systematic review. *Perspectives in psychiatric care*, 48(4), 187-197.

Bernhard, B., Schaub, A., Kummler, P., Dittman, S., Severus, E., Seemüller, F. ve ark. (2006). Impact of cognitive-psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives. *Eur Psychiatry*, 21:81-86.

Bilgili, N. ve Kubilay, G. (2000). Yaşlı bireye bakım veren ailelerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Blanthorn-Hazell, S., Gracia, A., Roberts, J., Boldeanu, A. ve Judge, D. (2018). A survey of caregiver burden in those providing informal care for patients with schizophrenia or

bipolar disorder with agitation: results from a European study. *Annals of general psychiatry*, 17(1), 8.

Bozkurt, H.T., Erbasan,V., Eğılmez, Ü., Şen, B., Aydın, M.ve Altınbaş,K. (2018). Lityuma tedavi yanıtının klinik, biyolojik ve genetik yordayıcıları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*; 10(4):405-426.

Brehaut, J. C., Kohen, D. E., Garner, R. E., Miller, A. R., Lach, L. M., Klassen, A. F. ve ark. (2009). Health Among Caregivers of Children With Health Problems: Findings From a Canadian Population-Based Study. *American Journal of Public Health*. 9 (99), 1254-1262.

Cederlöf M., Larsson H., Lichtenstein P., Almqvist C., Serlachius E. ve Ludvigsson J.F. (2016). Nationwide population-based cohort study of psychiatric disorders in individuals with Ehlers-Danlos syndrome or hypermobility syndrome and their siblings. *BMC Psychiatry*, 16(1),207.

Ceviz, H. (2013). Bipolar I bozukluğu olan hastalarda ve eşlerinde cinsel işlev bozukluğu ve etkileyen faktörler. Doktora Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Edirne.

Chadda, R.K., Singh, T.B. ve Ganguly, K.K. (2007). Caregiver burden and coping. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(11), 923-930.

Coldham, E.L, Addington, J. ve Addington, D. (2002). Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. *Acta Psychiatr Scand*,106:28690.

Colello, K. J. (2007). Family caregiving to the older population: Background, federal programs, and issues for Congress.

Collins, W. L., & Bowland, S. (2012). Spiritual practices for caregivers and care receivers. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 24(3), 235-248.

Crespo, M., Lopez, J. ve Zarit, S.H. (2005). Depression and anxiety in primary caregivers: a comparative study of caregivers of demented and nondemented older persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 591–592.

Croog, S.H., Burleson, J.A., Sudilovsky, A. ve Baume, R. M. (2006). Spouse caregivers of Alzheimer patients: problem responses to caregiver burden. *Aging & Mental Health*, 10 (2), 87–100.

- Çakır, F., İlhem, C. ve Yener, F. (2010). Kronik Psikotik Hastalarda Taburculuk Sonrası Takip ve Tedaviye Uyum. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23:50–9.
- Çetinkaya, Y. (2006). Kanser hastalarına bakım verenlerde stres, stres yaratan durumların ve etkilerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Çetinkaya Duman, Z. (2006). Terapötik ortam aktiviteleri: Psikoeğitim grupları. Kongre Özet Kitabı 42. Ulusal Psikiyatri Kongresi: 112-3.
- Çetinkaya Duman, Z. ve Bademli, K. (2013). Kronik Psikiyatri Hastalarının Aileleri: Sistematik Bir İnceleme/Families of Chronic Psychiatric Patients: A Systematic Review. [Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar](#); Adana,5(1), 78-94.
- Çoban, S. A., Özkan, B., Medik, K. ve Saraç, B. (2013). Bipolar bozukluğu olan bireyler ve bakımverenlerinin yaşam kalitesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 4(2), 61-66.
- Çobanoğlu, Z.S.Ü., Aker, T. ve Çobanoğlu, N. (2003). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 16:211–8.
- Deeken J.F., Taylor K.L., Mangan P., Yabroff K.R. ve Ingham J.M. (2003). Care For The Caregivers: A Review Self-Report Instruments Developed to Measure The Burden, Needs, And Quality of Life of Informal Caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management* , 26(4): 922-953.
- Demirel, A., Demirel, Ö. F., Kadak, M. T. ve Duran, A. (2012). Ötistik Bipolar Hastalarda Nörobilişsel Defisitler. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(3).
- Demirtepe, D. ve Bozo, Ö. (2009). Bakıcı İyi Hissiz Ölçeği'nin Uyarlama, Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikoloji Yazıları*, 12(23): 28-37.
- Dew M.A., Myaskovsky L., Dimartini A.F., Switzer G.E., Schulberg H.C. ve Kormos R.L. (2004). Onset, Timing And Risk for Depression And Anxiety in Family Caregivers to Heart Transplant Recipients. *Psychological Medicine*, 34: 1065–1082.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed. Washington DC, American Psychiatric Association 2000.

- Dökmen, Z.Y. (2012). Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* , 3(1): 3-38.
- Dore, G., ve Romans, S. E. (2001). Impact of bipolar affective disorder on family and partners. *Journal of affective disorders*, 67(1-3), 147-158.
- Dutta, R., Boydell, J., Kennedy, N., van Os, J., Fearon, P. ve Murray, R. M. (2007). Suicide and other causes of mortality in bipolar disorder: A longitudinal study. *Psychological Medicine*, 37 (6), 839–847.
- Eker, Ö. D., & Eker, M. Ç. (2010). Lityumun metabolik yan etkileri. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 2(1), 26-51.
- Erdem, M. (2005). Yaşlıya Bakım Verme. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(3):101–106.
- Ergh, T. C., Hanks, R. A., Rapport, L. J. ve Coleman, R. D. (2003). Social support moderates caregiver life satisfaction following traumatic brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25 (8), 1090-1101.
- Erişen, M., & Sivrikaya, S. K. (2017). Manevi bakım ve hemşirelik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 184-190.
- Eroğlu Zengin M. ve Özpoyraz N. (2010). Bipolar bozuklukta koruyucu tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 2(2),206-36.
- Etters, L., Goodall, D. ve Harrison, B.E. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners banner*, 20(8),423-428.
- Forty, L., Ulanova, A., Jones, L., Jones, I., Gordon-Smith, K., Fraser, C. ve ark. (2014). Comorbid medical illness in bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 205(6), 465-472.
- Frank, E., Kupfer, D.J., Thase, M.E., Mallinger, A.G., Swartz, H.A., Fagiolini, A.M.ve ark. (2005). Two-15 year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with 16 bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62:996-1004.

- Gania, A. M., Kaur, H., Grover, S., Khan, A. W., Suhaff, A., Baidya, K. ve ark. (2019). Caregiver burden in the families of the patients suffering from bipolar affective disorder. *British Journal of Medical Practitioners*, 12(1).
- Ganguly, K. K., Chadda, R. K. ve Singh, T. B. (2010). "Caregiver burden and coping in schizophrenia and bipolar disorder: A qualitative study", *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13(2), s.126-142.
- Goossens, P. J. J., Van Wijngaarden, B., Knoppert-Van Der Klein, E. A. M. ve Van Achterberg, T. (2008). Family caregiving in bipolar disorder: caregiver consequences, caregiver coping styles, and caregiver distress. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(4), 303-316.
- Grant, J.S., Weaver, M., Elliott, T.R., Bartolucci, A.A ve Giger, J.N. (2004). Family Caregivers of Stroke Survivors: Characteristics of Caregivers at Risk for Depression. *Rehabilitation Psychology*, 49(2), 172-179.
- Gumus, F. (2017). The Effectiveness of Individual Psychoeducation on Functioning and Quality of Life with Bipolar Disorder in Turkey: A Randomized Controlled Study. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 490.
- Gülseren, L., Çam, B., Karakoç, B., Yiğit, T., Danacı, A. E., Çubukçuoğlu, Z. ve ark. (2010). Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Derg*, 21, 203-212.
- Gültekin, K.B., Kesebir, S. ve Tamam, L. (2014). Türkiye’de Bipolar Bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 6(2), 199-209.
- Gümüş, B.A. (2006). Şizofrenide Hasta ve Ailelerin Yaşadığı Güçlükler, Psikoeğitim ve Hemşirelik. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 8, 24-32.
- Gümüş, F., Buzlu, S. ve Çakır, S. (2016). Bipolar Bozukluk için Örnek Bir Bireysel Psikoeğitim Modeli. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 7(3).
- Günay, R. (2017). *İnmeli veya psikiyatrik bozukluğu olan hastalara bakım veren kişilerdeki bakım yükü ve ilgili değişkenler* (Master's thesis, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Güner, İ. C. (2008). Meme kanseri ve eşlerin desteği. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14(1), 46-49.

Gürsoy, M. S., Abbak, Ö., Beyazyüz, M., & Albayrak, Y. (2018, January). Bipolar Bozukluk Hastalarında Tedavi Uyumu ile Mizaç ve Karakter Özellikleri Arasındaki İlişki. In *Yeni Symposium* (Vol. 56, No. 1).

Heru, A. M., & Ryan, C. E. (2004). Burden, reward and family functioning of caregivers for relatives with mood disorders: 1-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 83 (2-3), 221-225.

Hill, R.G., Shepherd, G. ve Hardy P. (1998). In sickness and in health: the experiences of friends and relatives caring for people with manic depression. *Journal of Mental Health* 7, 611–620.

Honea, N.S., Brintnall, R., Given, B., Sherwood, P., Colao, D.B., Somers, S.C. ve ark. (2008). Putting evidence into practice: nursing assesment and interventions to reduce family caregiver strain and burden. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(3):507-516.

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri (2008, Mart). Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi Sempozyum Dizisi, 62, 25-30.

İnci, F.H. (2006). Bakım Verme Yükü Ölçeği' nin Türkçe' ye Uyarlanması. Geçerlilik ve Güvenilirliği. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.

Ivarson, AB., Sidenvall, B. ve Carlsson, M. (2004). The factor structure of the Burden Assessment Scale and the perceived burden of caregivers for individuals with severe mental disorders. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 396–401.

Johnson, S. L. (2005). Life events and bipolar disorder: Towards more specific models. *Clinical Psychology Review*, 25, 1008–1027.

Kalaycıoğlu, S. (Proje Sorumlusu)(2003). Yaşlılar ve yaşlı yakınları açısından yaşam biçimi tercihleri. Türkiye Bilimler Akademisi Raporları, Sayı: 5, Ankara: Türkiye Bilimler Akademisi.

Kara, K., Verim, S. ve Akarsu, S. (2013). Bipolar Bozuklukta Nörogörüntüleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 5(1), 1-14.

- Karaağaç, H. ve Var, E. Ç. (2019). Şizofreni hastalarına bakım verenlerin bakım yüklerinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 22,16-26.
- Karahan, A. ve Güven, S. (2002). Yaşlılıkta Evde Bakım. *Türk Geriatri Dergisi*, 5 (4): 155–159.
- Karahan, A.Y. ve İslam, S. (2013). Fiziksel Engelli Çocuk ve Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükü Üzerine Bir Karşılaştırma Çalışması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(1), 51-57.
- Kaya, E., Aydemir, Ö., & Selcuki, D. (2007). Residual symptoms in bipolar disorder: the effect of the last episode after remission. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 31(7), 1387-1392.
- Kelleci, M. ve Ata, E.E.(2011). Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*,2:105–10.
- Kesebir, S., İnanç, L., Bezgin, Ç.H. ve Cengiz, F. (2013). Kadınlarda Bipolar Bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 5(2), 220-231.
- Kesebir, S., Üstündağ, M. F. ve Kavzoğlu, S. Ö. (2011). Lityum Zehirlenmesi Lithium Intoxication. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3):426-445.
- Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas K.R., Walters E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6),593-602.
- Küçükgüçlü, Ö., Esen, A ve Yener, G. (2009). Bakım Verenlerin Yükü Envanterinin Türk Toplumunu İçin Geçerlilik ve Güvenilirliğinin İncelenmesi. *Journal of Neurological Sciences [Turkish]*, 26(1): 60-73.
- Lam, D., Donaldson, C., Brown, Y. ve Malliaris, Y. (2005). Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients. *Bipolar disorders*, 7(5), 431-440.
- Lin, P.C. ve Lu, C.M. (2005). Hip Fracture: Family Caregivers' Burden and Related Factors for Older People in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 14:719– 726.
- Maçkallı, Z. Ve Tosun, A. (2011). Bipolar bozuklukta bilişsel davranışçı terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(4), 571-594.

- Magliano, L., Marasco, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guarneri, M. ve Maj, M. (2002). The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatr Scand*, 106:291-298.
- Maj, M., Akiskal, H. S., López-Ibor, J. J. ve Sartorius, N. (Eds.). (2003). *Bipolar disorder* (Vol. 15). John Wiley & Sons.
- Malak, A.T. ve Dicle, A.(2008). Beyin Tümörlü Hastalarda Bakım Verenlerin Yükü ve Etkileyen Faktörler. *Türk Nöroşirürji Dergisi* , 18(2): 118-121.
- Manning, J.S. (2005). Burden of illness in bipolar depression. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 7, 259-267.
- Maskill, V., Crowe, M., Luty, S. ve Joyce, P. (2010). Two sides of the same coin: caring for a person with bipolar disorder. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 17(6), 535-542.
- Mausbach, B. T., Patterson, T. L., Rabinowitz, Y. G., Grant, I. ve Schule, R. (2007). Depression and distress predict time to cardiovascular disease in dementia caregivers. *Health Psychology*, 26 (5), 539-544.
- McCallion, P., Toseland R.W., Diehl, M. (1994). Social work practice with caregivers of frail older adults. *Research on Social Work Practice*, 4(1), 64-88.
- McElroy, S. L., Altshuler, L. L., Suppes, T., Keck Jr, P. E., Frye, M. A., Denicoff, K. D., ve ark. (2001). Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 420-426.
- McElroy, S. L., Frye, M. A., Helleman, G., Altshuler, L., Leverich, G. S., Suppes, T., ve ark. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in 875 patients with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 128(3), 191-198.
- Meriç, M. (2006). Anksiyolitik ve antidepresan kullanan bireylerin tedaviye uyumlarının incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış, Ankara.
- Merinder, LB. (2000). Patient Education in Schizophrenia: A Review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(2): 98-106.

- Meyer, T.D. ve Hautzinger, M. (2012). Cognitive behaviour therapy and supportive therapy for bipolar disorders: relapse rates for treatment period and 2-year follow-up. *Psychological Medicine*, 42(7), 1429-1439.
- Miklowitz D.J., Schneck, C.D., Singh, M.K., Taylor, D.O., George, E.L., Cosgrove, V.E. ve ark. (2013). Early intervention for symptomatic youth at risk for bipolar disorder: a randomized trial of family-focused therapy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52:121-31.
- Miklowitz, D.J., Simoneau, T.L., George, E.L., Richards, J.A., Kalbag, A., Sachs-Ericsson, N. ve ark. (2000). Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological Psychiatry*, 48:582-92.
- Mitrani, V. B. ve Czaja, S. J. (2000). Family-based therapy for dementia caregivers: Clinical observations. *Aging & Mental Health*, 4 (3). 200-209.
- Namlı, Z., Karakuş, G., Tamam, L. ve Demirkol, M. E. (2016). Bipolar Bozuklukta Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry*, 8(4), 309-320.
- Nehra, R., Chakrabarti, S., Kulhara, P. ve Sharma, R. (2005). Caregiver-coping in bipolar disorder and schizophrenia. A re-examination. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40,329–336.
- Nelson, E.A., Maruish, M.E. ve Axler, J.L. (2000). Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates. *Psychiatric Services*, 51:885-9.
- Nosé, M., Barbui, C. ve Tansella, M. (2003). How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(7), 1149-1160.
- Ogilvie, A. D., Morant, N. ve Goodwin, G. M. (2005). The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 7, 25-32.
- Olawale, K. O., Mosaku, K. S., Fatoye, F. O., Mapayi, B. M. ve Oginni, O. A. (2014). Caregiver burden in families of patients with depression attending Obafemi Awolowo

University teaching hospitals complex Ile-Ife Nigeria. *General hospital psychiatry*, 36(6), 743-747.

Orak, O.S. ve Sezgin, S. (2015). Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1):33-39.

Ostacher, M. J., Nierenberg, A. A., Iosifescu, D. V., Eidelman, P., Lund, H. G., Ametrano, R. M. ve ark. (2008). Correlates of subjective and objective burden among caregivers of patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(1), 49-56.

Özcan Ersoy, B. ve Barlas Ünsal G. (2017). Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hasta Yakınlarında Bakım Yükü ve Psikoeğitim. *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*,3,51-56.

Özdemir, F.K., Şahin, Z.A. ve Küçük, D. (2009). Determination of burden cares for mothers having children with cancer. *Yeni Tıp Dergisi*, 26,153-58.

Özdemir, Ü., Taşcı, S., Kartın, P., Çürük, G. N. Ç., Nemli, A. ve Karaca, H. (2017). Kemoterapi alan bireylerin fonksiyonel durumu ve bakım yükü. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 49-61.

Özerdem, A. (2008). Bipolar bozukluk tanılı hastalarda valproat monoterapisi öncesi ve sonrası görsel uyaranlara ilişkin potansiyellerin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora tezi, İzmir.

Özlü, A., Yıldız, M. ve Aker, T.(2010). Şizofreni hastalarına bakım verenlerde travma sonrası gelişim ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 11:89-94.

Öztürk Kaynar,G. Ve Vural, F. (2018). Kolorektal Kanserli Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. *Turk J Colorectal Dis*, 28:164-171.

Pakenham, K. I. (2001). Application of a stres and coping model to caregiving in multiple sclerosis. *Psychology, Health & Medicine*, 6 (1), 13-27.

Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S. S., Tsangari, H. ve Sourtzi, P. (2007). Caring or a relative with dementia: family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing*, 58 (5), 446–457.

Perlick, D. A., Clarkin, J. F., Sirey, J., Raue, P., Greenfield, S., Struening, E. ve ark. (1999). Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder. *British Journal of Psychiatry*, 175, 56–62.

Perlick, D.A., Hohenstein, J.M., Clarkin, J.F. ve ark. (2005). Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar Disorders*, 7, 126-135.

Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Miklowitz, D. J., Chessick, C., Wolff, N., Kaczynski, R. ve ark. STEP- BD Family Experience Collaborative Study Group. (2007). Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. *Bipolar Disorders*, 9(3), 262-273.

Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Miklowitz, D. J., Kaczynski, R., Link, B., Ketter, T. ve ark. STEP-BD Family Experience Collaborative Study Group. (2008). Caregiver burden and health in bipolar disorder: a cluster analytic approach. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(6), 484.

Perlick, D. A., Miklowitz, D. J., Lopez, N., Chou, J., Kalvin, C., Adzhiashvili, V., ve ark. (2010). Family- focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 12(6), 627-637.

Pinquart M. ve Sörensen S. (2003a). Associations of Stressors and Uplifts of Caregiving with Caregiver Burden And Depressive Mood: A Meta-Analysis. *Journal Of Gerontology:Psychological Sciences*, 58b(2): 112–128.

Rapoport, S.I., Basselin, M., Kim, H.W. ve Rao, J.S. (2009). Bipolar Disorder and Mechanisms of Action of Mood Stabilizers. *Brain Research Reviews*, 61, 185-209.

Raymont, V., Bettany, D. ve Frangou S. (2003). The Maudsley Bipolar Disorder Project: clinical characteristics of bipolar disorder I in a catchment area treatment sample. *Eur Psychiatry*, 18, 13–17.

Reinares M, Vieta E (2004) The burden on the family of bipolar patients. *Clinic Approaches Bipolar Disorders*, 3:17–23.

Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martinez-Aran, A., Torrent, C., Comes, M. ve ark. (2006). What really matters to bipolar patients' caregivers: sources of family burden. *Journal of affective disorders*, 94(1-3), 157-163.

Roick, C., Heider, D., Toumi, M. ve Angermeyer MC. (2006). The impact of caregivers characteristics, patients conditions and regional differences on family

burden in schizophrenia: a longitudinal analysis. Objective: Impact of caregiver characteristics, patient variables, and regional differences on family burden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 363–374.

Roick, C., Heider, D., Bebbington, P. E., Angermeyer, M. C., Azorin, J. M., Brugha, T. S. ve ark. Kornfeld, Å. (2007). Burden on caregivers of people with schizophrenia: comparison between Germany and Britain. *The British Journal of Psychiatry*, 190(4), 333-338.

Rowland, T.A. ve Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 8(9), 251-269.

Sadock, B. J. (2005). Kaplan & Sadoc Klinik Psikiyatri. *Ankara: Güneş Kitapevi*, 174-210.

Sagut, P. (2012). İlk atak ve kronik psikoz hastasına bakım verenlerin yükünün karşılaştırılması. Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Sarı, H. Y. (2007). Zihinsel engelli çocuğu olan ailelerde aile yüklenmesi. https://www.researchgate.net/profile/Hatice_Yildirim_Sari/publication/255646847,

Erişim Tarihi: 10.05.2019.

Sarıkoç, G., Demiralp, M., Özşahin, A. ve Açıkkel, C. H. (2015). Ruhsal hastalıklarda yardım arama: Hasta yakınlarının tutumlarına yönelik bir çalışma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 32-38.

Saunders, JC. (2003). Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues Mental Health Nursing*, 24:175-98.

Saunders, S. ve Power, J. (2009). Roles, Responsibilities, and Relationships among Older Husbands Caring for Wives with Progressive Dementia and Other Chronic Conditions. *Health & Social Work*, 34 (1), 41-51.

Sawatzky, R., & Pesut, B. (2005). Attributes of spiritual care in nursing practice. *Journal of Holistic Nursing*, 23(1), 19-33.

Sayar, G. H., Özten, E., Eryılmaz, G., Göğçegöz, I. ve Ceylan, M. E. (2014). Elektrokonvulzif Tedavi Üzerine Güncel Bir Gözden Geçirme/Electroconvulsive Therapy: A Current Review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 107.

- Schreiner, A. S., Morimoto, T., Arai, Y. ve Zarit, S. (2006). Assessing family caregiver's mental health using a statistically derived cut-off score for the Zarit Burden Interview. *Aging & Mental Health*, 10 (2), 107-111.
- Schulze, B. ve Rössler, W. (2006). Ruhsal hastalıkta bakım verenin yükü: 2004-2005'te ölçümler, bulgular ve müdahalelerin gözden geçirilmesi. *Curr Opin Psychiatry, TÜRKÇE BASKI*, 2, 47-58.
- Schulz, R. ve Sherwood, P.R. (2008). Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving. *American Journal of Nursing*, 108 (9 Suppl): 23-27.
- Shanks-Mcelroy, HA ve Strobino J. (2001). Male Caregivers Of Spouses With Alzheimer's Disease: Risk Factors And Health Status. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 16(3): 167-175.
- Shamsaei, F., Kermanshahi, S. M. K., Vanaki, Z., & Holtforth, M. G. (2013). Family care giving in bipolar disorder: experiences of stigma. *Iranian journal of psychiatry*, 8(4), 188.
- Shimazu, K., Shimodera, S., Mino, Y., Nishida, A., Kamimura, N., Sawada, K. ve ark. (2011). Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 198(5): 385-90.
- Shin, J., N, N. V., Crittenden, K. S., Hong, H. T. D., Flory, M. ve Ladinsky, J. (2006). Parenting stress of mothers and fathers of young children with cognitive delays in Vietnam. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50 (10), 748-760.
- Soner, S. ve Aykut, S. (2017). Alzheimer hastalık sürecinde bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları güçlükler ve sosyal hizmet. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 375-387.
- Steele, A., Maruyama, N. ve Galynker, I. (2010). Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: a review. *Journal of affective disorders*, 121(1-2), 10-21.
- Stegink, E. E., van der Voort, T. Y. N., van der Hooft, T., Kupka, R. W., Goossens, P. J., Beekman, A. T. Ve ark. (2015). The working alliance between patients with bipolar disorder and the nurse: helpful and obstructive elements during a depressive episode from the patients' perspective. *Archives of psychiatric nursing*, 29(5), 290-296.

Stetz, K. M. ve Brown, MA. (2004). Physical and Psychosocial Health in Family Caregiving: A Comparison of AIDS and Cancer Caregivers. *Public Health Nursing*, 21 (6), 533–540.

Sungur, M. Z. (2013). İki uçlu bozuklukta bilişsel davranışçı terapilerin yeri ve önemi. *Journal of Mood Disorders*, 3(5).

Şahin, Ş ., Oral, E. T., Akman, B. ve Verimli, A. (2002). İki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum:“Farz edelim ki, şeker hastasıyım.” demek yeterli mi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 212-222.

Şahin, Z. A., Polat, H. ve Ergüney, S. (2009). Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 1-9.

Takahaski, M., Katsutoshi, T. Ve Miyaoka H. (2005). Depression and associated factors of informal caregivers versus professional caregivers of demented patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59: 473-480.

Taylor, E.J. (2003). Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers. *Cancer Nurs* , 26:260-6.

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

Tel, H. ve Pınar Ertekin, Ş. (2013). Kronik Ruhsal Sorunlu Hastaların Primer Bakım Vericilerinde Tükenmişlik ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(3):145-152.

Tohen M., Chengappa K.N., Suppes T., Zarate C.A., Calabrese J.R. ve Bowden C.L. (2002). Efficacy of olanzapine in combination with valproate or lithium in the treatment of mania in patients partially nonresponsive to valproate or lithium monotherapy. *Arch Gen Psychiatry*, 59,62-69.

Toseland R.W., Smith G. ve Mccallion P. (2001). Family caregivers of the frail elderly. *Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Population*, 18 (2):99-109.

Tranvåg, O. ve Kristoffersen, K. (2008). Experience of being the spouse/cohabitant of a person with bipolar affective disorder: a cumulative process over time. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(1), 5-18.

Turhan, N. (2007). Bipolar Bozukluk: Kesitsel Bir Değerlendirme. Yayınlanmamış Uzmanlık tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana.

Türk Dil Kurumu (2006). Türkçe sözlük. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayını. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKUwjNheyJku_iAhXPK1AKHch9D_AQFjAAegQIARAB&url=http%3A%2F%2Fwww.tdk.gov.tr%2Findex.php%3Foption%3Dcom_gts&usg=AOvVaw1HmWW35ChWj-GT4V-KbCE5, Erişim Tarihi: 10.03.2019.

UHY-ME Çalışması, 2000, Türkiye. https://www.toraks.org.tr/userfiles/file/ulusal_hastalik_yuku_hastalikyukuTR.pdf, 17.06.2019, Erişim Tarihi: 12.03.2019.

Üstünova, E. ve Nahcivan, N. (2015). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalık Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri ve İlişkili Faktörler. *F.N. Hem. Dergisi*, 23(1): 11-22.

Van der Voort, T. Y. G., Goossens, P. J. J. ve Van Der Bijl, J. J. (2007). Burden, coping and needs for support of caregivers for patients with a bipolar disorder: a systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(7), 679-687.

vanden Heuvel, E.T.P., deWitte, L. P., Schure, L. M., Sanderman, R. ve Meyboom-deJong, B. (2001). Risk factors for burn-out in caregivers of stroke patient, and possibilities for intervention. *Clinical Rehabilitation*, 15, 669-677.

Viguera, A., Baldessarini, R. ve Tondo L. (2001). Response to lithium maintenance treatment in bipolar disorders: comparison of women and men. *Bipolar Disord*, 3, 245–252.

Wells, R., Dywan, J. ve Dumas, J. (2005). Life satisfaction and distress in family caregivers as related to specific behavioural changes after traumatic brain injury. *Brain Injury*, 19 (13), 1105–1115.

Willette-Murphy, K., Todero, C. ve Yeaworth, R. (2006). Mental health and sleep of older wife caregiver for spouse with alzheimer's disease and related disorders. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 837-852.

Wright, L., Hickey, J., Buckwalter, K., Hendrix, S. ve Kelechi, T. (1999). Emotional and physical health of spouse caregivers of persons with Alzheimer's disease and stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 30(3): 552-563.

Yazla, E., İnanç, L., ve Bilici, M. (2012). Relationship of sociodemographic features, clinical symptoms and functioning level among bipolar patients with manic episode and difference between these variables according to gender. *Düşünen Adam*, 25(3), 221.

Yeloğlu, Ç.H. ve Hocaoğlu, Ç. (2017). Önemli Bir Ruh Sağlığı Sorunu: Bipolar Bozukluk. *Mustafa Kemal Üniv Tıp Dergisi*, 8(30), 41-54.

Yıldırım, A., Buzlu, S., Aşilar, R. H., Camcıoğlu, T. H., Erdiman, S. ve Ekinci, M. (2014). Şizofreni hastalarının ailelerine uygulanan aileden aileye destek programının hastalık hakkında bilgi, aile yükü ve öz yeterlilik üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25(1).

Yüksel, N. (2006). Bipolar bozuklukları. *Ruhsal Hastalıklar*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 207-215.

Yüksel, R. N., Yaylacı, E. T., Kaya, H., Erzin, G., Akdağ, E. M., Demirci, A. ve ark. (2019). Bipolar bozukluk tanılı hastalarda cinsel işlevler ve prolaktin düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*, 22, 48-56.

9. FORMLAR

EK-1 : BİLGİ FORMU

BİLGİ FORMU

Bu anket, araştırmacı tarafından alandaki ilgili literatür incelenerek geliştirilmiştir. İlk 10 soru bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri, diğer sorular ise bakım verdikleri hasta ve hastaya bakım verme süreci ile ilgili özellikleri belirlemeyi amaçlamaktadır.

Cinsiyetiniz ?

Kadın ()

Erkek ()

Yaşınız ?

.....

Medeni Durumunuz ?

Bekar ()

Evli ()

Eğitim Durumunuz ?

Okur-yazar değil ()

Okur-yazar()

İlkokul mezunu()

Ortaokul mezunu()

Lise mezunu()

Önlisans /Lisans mezunu()

Yüksek lisans ve üzeri mezunu()

Çalışma Durumunuz?

Tam zamanlı çalışıyorum ()

Yarı zamanlı çalışıyorum ()

Çalışmıyorum ()

Sağlık Güvenceniz ?

SGK ()

Özel sağlık sigortası ()

Sigortam yok ()

Aylık Gelir Durumunuz?

Gelirim giderimden az ()

Gelirim giderime eşit ()

Gelirim giderimden fazla ()

Hastaya yakınlık dereceniz nedir ?

Anne () Baba () Eş () Kardeş () Çocuk () Diğer ()

Herhangi bir fiziksel hastalığınız var mı ?

Evet ()

Hayır ()

Bakım verdiğiniz kişi ile aynı evde mi yaşıyorsunuz?

Evet ()

Hayır ()

Hastanızın bakımı için ayırdığınız süre nedir ?**Günde kaç saat.....****Haftada kaç gün.....****Bakım vermeyi gönüllü olarak mı kabul ettiniz?**

Evet ().....

Hayır ().....

Hastanıza ne kadar süredir bakım vermektесiniz?.....**Hastanızdan başka bir hastaya bakım verme tecrübeniz var mı?**

() Var () Yok

Var ise kime, ne kadar süre ile nasıl bir bakım verdiniz?

.....

Manevi durumunuzu (dini inanç ve uygulamalar) nasıl değerlendirirsiniz?

Zayıf () Orta () Güçlü ()

Başıetme aracı olarak manevi durumunuzun sizi rahatlattığını düşünüyor musunuz?

Evet ()

Hayır ()

Kısmen ()

Hastaya bakım verirken işe yaradığınızı düşünüyor musunuz?

Evet ()

Hayır ()

Kısmen ()

Rollerinizi (anne rolü, baba rolü, eş, evlat, mesleki rolü, evdeki roller vb) yerine getirmede güçlük yaşıyor musunuz?

Her zaman () Genellikle () Sıklıkla () Nadiren () Hiçbir zaman ()

Bakım verme sürecinde size destek olan biri (Bakımı paylaşan, manevi destek olan, maddi yönden destek olan) var mı?

Evet () Hayır ()

Cevabınız “evet” ise kimler ya da hangi kurum tarafından destekleniyorsunuz?

.....

Hastalık, tedavisi ve başa çıkma yolları konusunda eğitim programlarına katılıyor musunuz?

Her zaman () Genellikle () Sıklıkla () Nadiren () Hiçbir zaman ()

Bakım verdiğiniz hastanızın yaşı:

Bakım verdiğiniz hastanız, kendine bakım, hastalık süreci ve tedaviyi sürdürme gibi konularda başka bir kişinin yardımına ne kadar ihtiyaç duyuyor?

Her zaman () Genellikle () Sıklıkla () Nadiren () Hiçbir zaman ()

Hastanızın bu hastalığa eşlik eden başka bir ruhsal ya da fiziksel hastalığı var mı?

() Var (var ise belirtiniz.....)

() Yok

Hastanız ne kadar süre önce bipolar bozukluk tanısını aldı?

.....

Hastanızın hastalık belirtilerinin görülme sıklığı nasıldır?

() Çok sık () Sık () Bazen () Nadiren () Çok nadir

Bakım verirken hastanızın en çok zorlandığınız davranışları nelerdir?

.....

Hastanız size şiddet uyguluyor mu?

Her zaman () Genellikle () Sıklıkla () Nadiren () Hiçbir zaman ()

Uyguluyorsa ne çeşit (fiziksel, duygusal, cinsel, ekonomik vb.) şiddet uyguluyor?.....

Hastanız kontrollerine düzenli olarak geliyor mu?

Evet () Her zaman değil () Hayır ()

Hastanız ilaçlarını düzenli kullanıyor mu?

Evet () Her zaman değil () Hayır ()



EK 2 . BAKIM VERENLERİN YÜKÜ ENVANTERİ

<p>Bakımveren kişi olarak deneyimlerinizi nasıl gördüğünüzü ve bakım verme hakkında neler hissettiğinizi öğrenmek istiyoruz.</p> <p>Ailede bakımveren kişi olarak deneyimlerinizi düşünün. Aşağıdaki ifadelerden hangisi son bir ayda bakımverdiğiniz kişiye bakımınızda yaşadığınız deneyimleri en iyi tanımlıyor.</p>				
0 puan Hiç Tanımlamıyor	1 puan Az Tanımlıyor	2 puan Orta derecede Tanımlıyor	3 puan Oldukça Tanımlıyor	4 puan Çok Tanımlıyor
1. Bakım verdiğim kişi günlük işlerinin çoğunu (telefon etme, alış-veriş yapma, yemek hazırlama, ev işleri, çamaşır yıkama, ulaşım araçlarına binme, kendi ilaçlarını kullanma, parasını idare etme) yapabilmek için benim yardımımıza ihtiyaç duyuyor.				
2. Bakım verdiğim kişi bana bağımlı.				
3. Bakım verdiğim kişiyi sürekli izlemek zorundayım				
4. Bakım verdiğim kişi bir çok temel fonksiyonunu (yeme-içme, banyo yapma, giyinip-soyunma, idrar ve dışkısını tutma, tuvalete gitme, oturup-kalkma, kişisel bakımını yapma, yürüme, merdiven inip-çıkma) yapabilmek için benim yardımımıza ihtiyaç duyuyor.				
5. Bakım verme işinden dolayı bir dakika bile boş vaktim yok				
				Puan
6. Yaşamda bazı şeyleri kaçırdığımı hissediyorum				
7. Bu durumdan kaçıp kurtulabilmeyi isterdim.				
8. Sosyal yaşamım olumsuz etkilendi				
9. Bakım verdiğim kişiye bakmaktan dolayı kendimi tükenmiş hissediyorum				
10. Hayatımın bu noktasında bazı şeylerin farklı olacağını ummuştum				
				Puan
11. Yeterli uyku uyuyamıyorum.				
12. Sağlığım olumsuz etkilendi				

13. Bakım verme beni fiziksel olarak hasta etti.	
14. Fiziksel olarak yorgunum.	
Puan	
15. Ailenin diğer üyeleri ile eskisi gibi iyi geçinemiyorum.	
16. Verdiğim bakım ailenin diğer üyeleri tarafından takdir edilmiyor	
17. Bakım verme işinden dolayı evliliğimde problemler yaşıyorum	
18. Mesleğimi eskisi gibi iyi yapamıyorum	
19. Bana bakım işinde yardım edebileceği halde etmeyen diğer yakınlarıma kızgınım.	
Puan	
20. Bakım verdiğim kişinin davranışlarından dolayı zor durumda kalıyorum.	
21. Bakım verdiğim kişiden utanıyorum	
22. Bakım verdiğim kişiye kızıyorum	
23. Yanımda arkadaşlarım olduğunda bakım verdiğim kişiden rahatsız oluyorum	
24. Bakım verdiğim kişiyle etkileşime girdiğimde öfke hissediyorum	
Puan	
TOPLAM PUAN	

EK 3: THE CAREGIVER BURDEN INVENTORY

Now we'd like to know how you see your experience as a caregiver and what your feelings are about giving care.

Think of your experiences as a family caregiver. How well does each of the following statements describe your experience in care for your carereceiver in the past month?

0	1	2	3	4
Not at all descriptive	Slightly	Moderately descriptive	Quite	Very Descriptive

1. My carereceiver needs my help to perform many daily tasks.
2. My carereceiver is dependent on me.
3. I have to watch my carereceiver constantly
4. I have to help my carereceiver with many basic functions.
5. I don't have a minute's break from my caregiving chores.

[FACTOR 1 BURDEN SCORE (TOTAL OF ALL FACTOR 1 ITEM SCORES.)]

6. I feel that I am missing out on life.
7. I wish I could escape from this situation.
8. My social life has suffered.
9. I feel emotionally drained due to caring for my carereceiver.
10. I expected that thing would be different at this point in my life

[FACTOR 2 BURDEN SCORE (TOTAL OF ALL FACTOR 2 ITEM SCORES.)]

11. I'm not getting enough sleep.
12. My health has suffered.
13. Caregiving has made me physically sick.
14. I'm physically tired.

[FACTOR 3 BURDEN SCORE (TOTAL OF ALL FACTOR 3 ITEM SCORES.)]

15. I don't get along with other family members as well as I used to
16. My caregiving efforts aren't appreciated by other in my family
17. I've had problem with my marriage
18. I don't do as good a job at work as I used to
19. I feel resentful of other relatives who could but do not help.

[FACTOR 4 BURDEN SCORE (TOTAL OF ALL FACTOR 3 ITEM SCORES.)]

20. I feel embarrassed over my carereceiver's behavior.
21. I feel ashamed of my carereceiver.
22. I resent my carereceiver
23. I feel uncomfortable when I have friends over.
24. I feel angry about my interactions with my carereceiver.

[FACTOR 5 BURDEN SCORE (TOTAL OF ALL FACTOR 5 ITEM SCORES.)]

[TOTAL BURDEN SCORE (SUM OF ALL INDIVIDUAL ITEMS.)]



EK-4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu çalışmanın adı “ Bipolar bozukluk tanısı alan hastaların birincil bakım vericilerinin algıladığı bakım yükü ve etkileyen faktörler” dir. Çalışma yüksek lisans tezi olarak yapılacaktır. Çalışmada, bipolar bozukluk tanısı konmuş üyesi bulunan ailelerde bakım veren üyelerin algıladıkları yük ve belirleyen faktörleri belirlemek amaçlandı. Elde edilen kişisel bilgiler hiçbir kişi veya kurumla paylaşılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına göre yapılacaktır. Çalışmadan kendi rızanızla, hiçbir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın ve istediğiniz zaman çekilme hakkına sahipsiniz. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda adı ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

Araştırmaya Katılan Gönüllünün ;

Adı:

Soyadı:

İmza:

Tarih:

Araştırmacının ;

Adı: Begüm

Soyadı: Çamlı

İmza:

Tarih:

10. ETİK KURUL KARARI

Ek-5 : Etik Kurul İzni

Tarih ve Sayı: 16/02/2017-65852



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :59491012-604.01.02-
Konu :Yüks.Lis.Öğr. Begüm Çamlı'nın
etik kurul kararı A-02

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitünüz Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Yard.Doç.Dr.Sevil YILMAZ'ın danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Begüm ÇAMLI'nın yürütücülüğünde "Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Hastaların Birincil Bakım Vericilerinin Algıladığı Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler" başlıklı Yüksek Lisans Tezi (Anket) hakkında ilgi yazınız ve ekleri 07 Şubat 2017 tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup; etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmza
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR
Başkan

e-İmza
Prof. Dr. Feray SAVRUN
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

EK :
1 dosya elden teslim edilecektir.

Doğrulamak İçin:<http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEL56MKMN>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Güler SOYDANER, Dahili : 22300

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL

Tel : 0 (212) 414 30 00 21107- 21108 Fax : 0 (212) 632 00 33

e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: A-02	Tarih: 07 ŞUBAT 2017
	Yard.Doç.Dr.Sevil YILMAZ'ın danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Begüm ÇAMLI'nın yürütücülüğünde tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye lerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ÇALIŞMA ESASI	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR	

ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR (Başkan)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mehmet Faik ÖZÇELİK (Başkan Yard.)	Genel Cerrahi	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Muhlîs Cem AR (Raportör)	İç Hastalıkları Hematoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Zeki ÖNGEN	Kardiyoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Öner SÜZER	Farmakoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Nurten Uzun ADATEPE	Nöroloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hakkı Oktay SEYMEN	Fizyoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ayşe Pervin Sutaş BOZKURT	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Gülten DİNÇ	Deontoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Suphi VEHİD	Halk Sağlığı	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Zeynep Hande TURNA	İç Hastalıkları Medikal Onkoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mutlu NIYAZOĞLU	İç Hastalıkları	İst. Eğitim ve Araştırma Hast.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Avukat Ayfer DİKMEN	Ticaret ve Sağlık Hukuku	Serbest Hukuk Bürosu	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Zümrüt GAMLI	Emekli Öğretmen	Sivil Üye	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	MAZERETLİ

* :Araştırma ile İlişki

** :Toplantıda Bulunma

Tarih ve Sayı: 28/12/2016-468893



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı :99984023-302.08.01-
Konu :Etik Kurul İzni-Begüm ÇAMKLI

A-02

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi :Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı Başkanlığı'nun 23.12.2016 tarihli 463811 sayılı yazısı.

Enstitümüz Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda başladığı Yüksek Lisans eğitimine Yard. Doç. Dr. Sevil YILMAZ'ın danışmanlığı altında devam eden **Begüm ÇAMLI**'nın "Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Hastaların Birincil Bakım Vericilerinin Algıladığı Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler"başlıklı tez çalışmasını İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başvurusu için gerekli iznin verilmesi hususunu rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. İlhan İLKILIÇ
Enstitü Müdürü

EK :
2 Adet Etik Kurul Dosyası (Fiziksel Ortamda Gönderilecektir)

Doğrulamak için: <http://194.27.128.66/emvision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BE0V654B6>

Ayrıntılı bilgi için iribab : Söktü DELİGÖZ Dahili : 22858

İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü 34098 Cerrahpaşa/İSTANBUL
Tel : 212 414 30 00 - 22016 - 22017 Fax : 212 414 30 16
e-posta : saglikbil@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

Ek—6: Kurum İzni

Tarih ve Sayı: 16/01/2018-20127



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 50200903-199-

Konu : Begüm Çamlı'nın tez çalışması

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında başladığı yüksek lisans eğitimine Yard.Doç.Dr.Sevil YILMAZ'ın danışmanlığı altında devam eden Begüm ÇAMLI'nın "Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Hastaların Birincil Bakım Vericilerinin Algılandığı Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler" başlıklı tez çalışmasını Fakültemiz Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında yapmasında sakınca bulunmadığı hakkında Fakültemiz Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğünden alınan 29.12.2017 tarihli, 491572 sayılı yazı, adı geçen anabilim dalı başkanlığından alınan 09.01.2018 tarihli, 10415 sayılı yazı ile adı geçen enstitü müdürlüğünün 19.12.2017 tarihli, 475938 sayılı yazısı ve ekinin bir fotokopisi ilâfekte sunulmuş olup, söz konusu müdürlüğün ve anabilim dalı başkanlığının görüşüne Dekanlığımız da katılmaktadır.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-İmza
Prof. Dr. Alaattin DURAN
Dekan

Ek:4

Doğrulamak için: <http://194.27.126.66/evision SorgulamaBelgeDogrulama.aspx?V=65A/C2D2WF8>Ayrıntılı bilgi için e-iletim : iletim@istanbul.edu.tr İletim : 22519

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34098 Cerrahpaşa/İstanbul

Tel : 0212 414 30 00 Faks : 0212 632 00 33

e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Adı : www.istanbul.edu.tr

Tarih ve Sayı: 29/12/2017-491572



T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü



Sayı :19274766-199-
Konu :Begüm ÇAML'I'nın tez çalışması
İk.

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi :25/12/2017 tarihli, 484287 sayılı yazı

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında başladığı yüksek lisans eğitimine Yard.Doç.Dr.Sevil YILMAZ'ın danışmanlığı altında devam eden Begüm ÇAML'I'nın "Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Hastaların Birincil Bakım Vericilerinin Algılandığı Bakım Yüğü ve Etkileyen Faktörler" başlıklı tez çalışmasını Anabilim Dalı Başkanının görüşü alınarak Fakültemizde yapmasında sakınca olmadığını bilgilerinize arz ederim.

e-İmza
Selma KAÇAR
Müdür

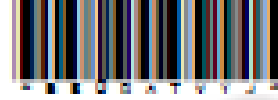
Doğrulanak için: <http://194.27.120.66/evision/Bongula/belgedogrulama.aspx?IMBESAVCA/YK047>

Ayrıntılı bilgi için araba : 0532 311 11 11

Tel : 0 (212)414 33 00 Faks : 0 (212) 414 33 30
e-posta : cthemsirelikhizmetleri@igmail.com Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr



Tarih ve Sayı: 19/12/2017-475938



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 99984023-302.08.01-
Konu : Tez Çalışma İzi-Begüm ÇAMLI

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Enstitümüz Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda başladığı Yüksek Lisans eğitimine Yrd. Doç. Dr. Sevil YILMAZ'ın danışmanlığı altında devam eden Begüm ÇAMLI'nın "Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Hastaların Birincil Bakım Vericilerinin Algılandığı Bakım Yüklü ve Etkileyen Faktörler" başlıklı tez çalışmasını Fakültemiz Psikiyatri Anabilim Dalı'nda yapmayı planladığı ve bu kapsamda çalışma yapılacak yerlerden gerekli izin alınması hususunu bilgi ve onaylarınıza arz ederim.

e-İmza
Prof. Dr. İhan İLKILIÇ
Enstitü Müdürü

EK :
1 Sayfa

Doğrulanak için: <http://194.27.128.66/enstitun.bongula/belge-dogrulama.aspx?YABERATVYJ>

Ayrıntılı bilgi için lütfen : Şişli (0212)414 3016 Dahili : 22016

İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü 34098 Cerrahpaşa/İSTANBUL

Tel : 212 414 30 00 - 22016 - 22017 Faks : 212 414 30 16

e-posta : saglikbil@istanbul.edu.tr /Elektronik A.Ş. : www.istanbul.edu.tr



Ek-7 Envanter Kullanım İzni

From: Özlem Küçükgüçlü <ozlem.kguclu@deu.edu.tr>
Sent: Friday, December 2, 2016 9:30 AM
To: 'begum camli'
Subject: RE: Bakım Verenlerin Yükü Envanteri Hakkında

Sevgili Begüm Çallı
 Ölçeği çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Ölçek hakkında ayrıntılı bilgiyi ekte gönderdiğim dosyada bulabilirsiniz. Bir sorunuz olduğunda istediğiniz zaman sorabilirsiniz. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim

Doç. Dr. Özlem Küçükgüçlü
 Dokuz Eylül Üniversitesi
 İç Hastalıkları Hemşireliği AD
 35340 İnciraltı / İzmir
 Tel. 0232 412 6966

Assoc. Prof. Özlem Küçükgüçlü
 Dokuz Eylul University
 Faculty of Nursing
 Department of Internal Medicine Nursing
 35340 İnciraltı, İzmir, Turkey
 Phone: +902324126966

From: begum camli [mailto:begumcamli@hotmail.com]
Sent: Thursday, December 01, 2016 10:43 PM
To: ozlem.kguclu@deu.edu.tr
Subject: Bakım Verenlerin Yükü Envanteri Hakkında

Merhaba Hocam,
 İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans programında öğrenciyim. Hazırlamakta olduğum tez konum, “ Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalara Bakım Verenlerde Algılanan Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler”. İnternette tezime ilgili araştırma yaparken sizin geçerlilik – güvenilirlik çalışmasını yaptığınız Bakım Verenlerin Yükü Envanteri’ni gördüm ve inceledim. Ben de tezimde kullanmak için envanteri arıyordum. Sizin Türkçe’ye uyarlamış olduğunuz envanteri kullanabilir miyim? İlginize şimdiden teşekkür ederim.

Saygılarımla,
 Begüm ÇAMLI
 İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
 Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Hastaların Birincil Bakım Vericilerinin Algıladığı Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler

ORJİNALLİK RAPORU

% 18 BENZERLİK ENDEKSİ	% 12 İNTERNET KAYNAKLARI	% 9 YAYINLAR	% 11 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
----------------------------------	------------------------------------	------------------------	---------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	% 1
2	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
4	www.capps.org İnternet Kaynağı	% 1
5	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	% 1
6	ect=http%3a%2f%2fwww.sciencedirect.com%2fscience% İnternet Kaynağı	% 1
7	dergipark.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
8	www.journalagent.com İnternet Kaynağı	% 1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	BEGÜM	Soyadı	ÇAMLI
Doğ.Yeri	BAKIRKÖY	Doğ.Tar.	08.12.1989
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	50893205136
Email	begumcamli@hotmail.com	Tel	05547905164

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü (Tam Burslu)	2013
Lise	Bakırköy Gürlek Nakipoğlu Lisesi	2006

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	ACİL SERVİS HEMŞİRESİ	TEKİRDAĞ SARAY DEVLET HASTANESİ	2019- ...
2.	AMELİYATHANE DERLENME ÜNİTESİ	SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	2016-2019
3.	KULAK BURUN BOĞAZ SERVİS HEMŞİRESİ	SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	2014-2016

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	YDS Puanı
İNGİLİZCE	İYİ	ORTA	İYİ	-	53.75

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	80,9517		
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları (Word, Excel, Powerpoint)	İyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

Edebiyat, Seyahat, Müzik